

Bihevioralna terapija fobija

Kalazić, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:102946>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-06-22**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine
Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Ana Kalazić

Bihevioralna terapija fobija

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu pod vodstvom prof. dr. sc. Dražena Begića i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2017/2018.

SADRŽAJ

SAŽETAK	
SUMMARY.....	
TEMELJI BIHEVIORALNE TERAPIJE	1
Bihevioralni pristup.....	1
Bihevioralna terapija.....	4
Kritika bihevioralnog pristupa	6
FOBIJE.....	7
Agorafobija	7
Socijalna fobija (socijalni anksiozni poremećaj)	8
Specifična fobija	10
BIHEVIORALNE TEORIJE FOBIJA	10
Bihevioralne teorije agorafobije	10
Bihevioralne teorije socijalne fobije	11
Bihevioralne teorije specifičnih fobija.....	12
BIHEVIORALNA TERAPIJA FOBIJA	13
Bihevioralna terapija agorafobije	13
Bihevioralna terapija socijalne fobije	15
Bihevioralna terapija specifične fobije	18
ZAKLJUČAK.....	20
ZAHVALE	22
LITERATURA	23
ŽIVOTOPIS	27

SAŽETAK

Bihevioralna terapija fobija

Ana Kalazić

Bihevioralna terapija označava niz tehnika koje su nastale na temelju teorija i zakona učenja koji pretpostavljaju da je odstupajuće ponašanje nastalo iz procesa učenja uz odgovornost socijalne okoline, a usmjerena je na mijenjanje abnormalnog ponašanja, misli i osjećaja u kliničkim uvjetima. Metode koje se u bihevioralnoj terapiji koriste temelje se na otkrićima eksperimentalnih psihologa koji su proučavali normalno i abnormalno ponašanje. Pretpostavka je bihevioralnih prikaza fobija da su takva ponašanja naučena, no različiti su bihevioristi naveli različite mehanizme učenja, odnosno uvjetovanje izbjegavanja, modeliranje i operantno uvjetovanje, i sadržaje učenja u razvoju fobija. Bihevioralne tehnike, s posebnim naglaskom na izlaganje, čine važan dio tretmana fobija i daju vrlo dobre ishode liječenja, a mogu se koristiti samostalno, u kombinaciji s drugim oblicima psihoterapije ili u kombinaciji s farmakoterapijom. Bihevioralna se terapija pokazala najučinkovitijom u liječenju specifične fobije, dok se za liječenje agorafobije i socijalne fobije preporučuje i dodatak kognitivne terapije zbog složenosti samih poremećaja.

Ključne riječi: bihevioralna terapija, bihevioralni pristup, fobije

SUMMARY

Behavioral therapy of phobias

Ana Kalazić

Behavioral therapy refers to a series of techniques based on theories and the principles of learning that assume that deviating behavior is generated from the learning process with the influence of the social environment, and is focused on changing abnormal behavior, thoughts and feelings in clinical conditions. Methods used in behavioral therapy are based on the findings of experimental psychologists who studied normal and abnormal behavior. Behaviorism interprets phobias as maladaptive behavior, learnt as any other behavior; different behaviorists have proposed different learning mechanisms, i.e. avoidance conditioning, modeling and operant conditioning, and learning contents in the development of phobias. Behavioral techniques, with a special emphasis on exposure, make an important part of the treatment of phobias and give very good treatment outcomes and can be used alone, in combination with other forms of psychotherapy or in combination with pharmacotherapy. Behavioral therapy has proven to be the most effective in the treatment of specific phobias, while adding cognitive therapy is recommended for the treatment of agoraphobia and social phobias due to the complexity of the disorders.

Keywords: behavioral therapy, behaviorism, phobias

TEMELJI BIHEVIORALNE TERAPIJE

Bihevioralni pristup

Biheviorizam je teorijski pravac u psihologiji koji proučava ponašanje koje se može opažati i mjeriti. Bihevioralni pristup osniva se na pretpostavci da je ponašanje pod utjecajem učenja koje se odvija u socijalnom kontekstu. Prema ovom pristupu, razlike pojedinaca u ponašanju pripisuju se jedinstvenoj povijesti učenja svake osobe, a ne razlikama u crtama ličnosti ili psihijatrijskim poremećajima. S druge strane, sličnosti među ljudima, prema bihevioralnom tumačenju, proizlaze iz zajedničkih pravila i vrijednosti te načina učenja koji su obilježja kulture u kojoj se pojedinci nalaze te se ovi kulturalni čimbenici također ubrajaju u jedinstvenu povijest učenja (1). Uspon biheviorizma započinje 1913. godine kad John B. Watson izdaje članak pod naslovom „Psihologija kako je biheviorist vidi“ gdje navodi da je psihologija potpuno objektivna eksperimentalna grana prirodnih znanosti te kritizira introspekciju, glavnu psihološku metodu dotad, smatrajući ju previše subjektivnom da bi bila znanstveno vrijedna. Središte psihologije premjestilo se s procesa mišljenja na procese učenja i pretpostavku da se svako ponašanje, i normalno i abnormalno, uči na isti način kao i sva druga ponašanja (2). Ponašanje se promatra kao da se radi o znanstvenom eksperimentu gdje je samo ponašanje zavisna varijabla, a nezavisne varijable su sve ono što uzrokuje ponašanje koje se želi mijenjati (3). Usmjerenost psihologije na procese učenja i istraživanje ponašanja donosi tri glavna oblika učenja – klasično uvjetovanje, operantno uvjetovanje i socijalno učenje.

Klasično uvjetovanje najčešće povezujemo uz ruskog fiziologa Ivana Pavlova, koji je istražujući probavni sustav pasa. opisao ovaj najjednostavniji oblik učenja koji se sastoji od uparivanja podražaja koji inače ne izaziva refleksni odgovor, tj. neutralni podražaj (zvono), s bezuvjetnim podražajem (mesni prah), odnosno podražajem koji izaziva neki bezuvjetni odgovor (slinjenje). Nakon što se neutralni podražaj nekoliko puta upari s bezuvjetnim podražajem, sam neutralni podražaj ima sposobnost izazvati reakciju i bez bezuvjetnog podražaja i tada to nazivamo uvjetovanim podražajem (zvono) koji izaziva uvjetovanu reakciju (slinjenje) (2,4). Ako se iza uvjetovanog podražaja ne javi bezuvjetni podražaj, uvjetovani odgovor postupno nestaje i taj se proces zove gašenje. Pavlov je opisao i eksperimentalnu neurozu

životinja koristeći električne šokove na psima ili im je zadavao zadatke u kojima su morali razlikovati kružnicu od elipse gdje bi nakon točnog odabira dobili hranu. Simptomi neuroze kod pasa bili su uzbuđenje, lajanje, uništavanje opreme i zaboravljanje onoga što su prethodno naučili. Ova otkrića dovela su do istraživanja neuroza kod ljudi (1). Najpoznatiji eksperiment izveli su John B. Watson i njegova poslijediplomska studentica Rosalie Rayner 1920. kada su jedanaestomjesečnom dječaku, Albertu B., pokazali niz podražaja, među kojima su bili bijeli štakor, zec, pas, majmun, paljenje novina, prema kojima dječak nije pokazivao strah, no uplašila ga je buka izazvana udarcima čekića po čeličnoj podlozi. Eksperimentatori su htjeli vidjeti može li se uvjetovanjem dječakov strah vezati uz neki objekt te su povezali bijelog štakora s bukom. Nakon nekoliko uparivanja, bijeli štakor, prethodno neutralni podražaj, počeo je izazivati strah, a taj se uvjetovani strah s vremenom generalizirao i na druge slične objekte poput maske Djeda Mraza, zeca i krznenog kaputa. Nekoliko godina kasnije, druga Watsonova studentica, Mary Cover Jones istraživala je uklanjanje straha u djece. Najpoznatiji eksperiment je onaj na trogodišnjem Peteru koji se bojao zečeva. Koristeći Peterovu najdražu hranu, postupno ga je navela da se približi zecu i izgubi strah. Ovim je istraživanjima pokazano da postoji povezanost između klasičnog uvjetovanja i emocionalnih podražaja, fobija u ovom slučaju, te da se načela uvjetovanja mogu koristiti u tretmanu straha i uklanjanju raznih drugih anksioznih poremećaja, ovisnosti ili seksualnih poremećaja (1,2).

Operantno uvjetovanje druga je glavna vrsta učenja koja odražava ideje Edwarda Thorndikea i Burrhusa Frederica Skinnera. Thorndike se bavio učinkom koji posljedice imaju na ponašanje i svojim istraživanjima na mačkama formulirao je zakon efekta prema kojem se ono ponašanje koje biva nagrađeno ponavlja, dok se smanjuje pojava ponašanja koje za organizam ima neugodne posljedice. Za razliku od klasičnog uvjetovanja gdje je ponašanje refleksno i nesvjesno, u operantnom uvjetovanju ponašanje se koristi kao instrument za postizanje pozitivnih i smanjenje negativnih posljedica (2). B. F. Skinner nadovezao se na Thorndikeov rad i preformulirao je zakon učinka tako da je naglasak stavio na povezanost ponašanja i njegovih posljedica i time uveo pojam diskriminativnog podražaja koji označava događaje koji organizmu navješćuju posljedice ako se ponaša na određen način. Umjesto zakona efekta, Skinner izvodi zakon potkrepljenja gdje se pozitivnim potkrepljivanjem povećava vjerojatnost pojave nekog odgovora u prisutnosti

određenog događaja, a negativnim potkrepljivanjem se također pojačava vjerojatnost pojave određenog odgovora, ali zbog uklanjanja neugodnog događaja (poput električnog šoka). Proučava se ono što je prethodilo ponašanju i ono što je uslijedilo kako bi se mogao shvatiti nastanak, održavanje i promjena određenog ponašanja, a izbjegava se pretpostavka da ljudsko ponašanje odražava motive ili potrebe (1,2).

Treći oblik učenja je socijalno učenje koje označava učenje od drugih ljudi, a možemo ga podijeliti na učenje prema modelu ili modeliranje, imitaciju, učenje promatranjem i simboličko učenje (4). Bandura i suradnici koristili su modeliranje kako bi smanjili strah od pasa kod djece i uočili su da se ponašanje može stjecati i bez očitog potkrepljivanja ili uvježbavanja, samim opažanjem druge osobe koja se ponaša na određeni način. Također, Bandura, tvorac teorije socijalnog učenja, smatra da ljudi imaju određeni stav o svojim mogućnostima u danim situacijama i njihov osjećaj samoučinkovitosti utječe na to kako će se zaista ponašati, a ako smatraju da ne mogu kontrolirati životne okolnosti, postaju anksiozni (1).

Neki su teoretičari primijetili da gledanjem drugoga kako nešto radi i prije nego što da bilo kakav odgovor, osoba nešto nauči i mijenja svoje ponašanje. Tako nastaje teorija medijacijskog učenja prema kojoj podražaj izvana ne pobuđuje izravno promjenu u ponašanju, nego se to odvija preko posredujućih procesa ili medijatora poput straha ili mišljenja. Hobart Mowrer i Neal Miller teorijom medijacijskog učenja analizirali su anksioznost eksperimentima uvjetovanja izbjegavanja na štakorima. Zaključili su da se učenje odvija u dva stadija; u prvom se stadiju klasičnim uvjetovanjem životinja naučila bojati uvjetovanog podražaja (zvuk), a u drugom je stadiju naučila vanjsko ponašanje pomoću operantnog uvjetovanja kojim će izbjegavati uvjetovani podražaj i tako smanjiti strah. Mowrer i suradnici smatraju da se ovakvo istraživanje može prenijeti na ljude i na taj način proučavati duševni i emocionalni život (2). S druge strane, kritičari ove teorije navode da je ponekad teško na ovaj način objasniti zašto su neki ljudi ostali anksiozni unatoč ulasku u fobične situacije, čak i tijekom dugotrajne terapije (5).

Prema bihevioralnom pristupu, ista načela vrijede i za normalno i za problematično ponašanje, a klinička procjena usmjerena je na to da se ustanovi na koji su način teškoće naučene i što ih održava. Nakon što otkrijemo navedene mehanizme, moguće je planiranje prilagođenijih sadržaja učenja (1).

Bihevioralna terapija

Iz teorija učenja nastao je niz terapijskih tehnika koje se označavaju terminima bihevioralna terapija i modifikacija ponašanja jer su temeljene na zakonima učenja koje su eksperimentalno provjerili bihevioristi (2). Ove su tehnike usmjerene na promjenu ponašanja, a ne na mentalne reprezentacije koje podržavaju simptome, misli ili osjećaje. Tretman se može obavljati bez istraživanja ranih doživljaja iz djetinjstva, nesvjesnih procesa, unutarnjih konflikata i slično (1). Na početku terapije funkcionalnom analizom ponašanja identificiraju se uvjeti u kojima se ponašanje pojavljuje, sve ono što prethodi, pogoduje i održava ponašanje. Nakon što je sve navedeno ustanovljeno, terapeut predlaže specifični terapijski postupak. Razvijene su brojne bihevioralne tehnike, a moguće ih je koristiti pojedinačno ili u kombinaciji (4). Neke od najvažnijih u terapiji fobija su izlaganje, relaksacija, sustavna desenzibilizacija, modeliranje i trening komunikacijskih vještina.

Izlaganje je tehnika u kojoj se osobu izlaže podražajima koji izazivaju anksioznost upravo kako bi se izazvala anksioznost koja traje dok sama ne nestane procesom gašenja jer klijent ne doživljava nikakvu povredu ili štetu (1). Temeljeno je na pretpostavci da se anksioznost održava izbjegavanjem zastrašujućeg podražaja. Koristi se u terapiji fobija, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, paničnog poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a). Može se izvoditi uživo tako što terapeut može pratiti pacijenta tijekom izlaganja podražajima koji se ne mogu prenijeti u terapeutov ured ili mu može zadati izlaganje kao domaću zadaću. Najčešće se pokazalo da su nakon barem jednog iskustva izlaganja u prisutnosti terapeuta pacijenti sposobni za samovođeno izlaganje. Ako nije moguće izazvati izlaganje uživo (ne može se praktično izvesti), provodi se izlaganje u mašti putem zamišljanja, reprezentacije podražaja u slikama, pričama ili filmovima. Pacijenti zamišljaju dolazak u kontakt sa zastrašujućim podražajem ili, u slučaju da su zastrašujući podražaji unutarnji tjelesni znakovi poput ubrzanog rada srca, hiperventilacije ili vrtoglavice, pacijenti namjerno izazivaju unutarnje znakove i to se zove interoceptivno izlaganje. Prije započinjanja terapije važno je pacijentu objasniti razloge za izlaganje i način rada jer je to tretman koji zahtijeva od pacijenta toleranciju visokih razina anksioznosti. Zatim je potrebno oblikovati hijerarhiju podražaja koji izazivaju anksioznost. Traži se od pacijenta da poreda zastrašujuće

podražaje na skali od 0 do 10, što nazivamo subjektivnim jedinicama neugode ili SUD procjene. Nakon toga se započinje s izlaganjem. Početno izlaganje je upoznavanje pacijenta sa zastrašujućim podražajem i traženje od njega da ostane s podražajem u kontaktu. U početku pacijentima obično treba više vremena da se naviknu na podražaj pa je potrebno i planirati nešto duže trajanje terapije. Nakon početnog izlaganja, od pacijenta se traži ponavljanje izlaganja kroz domaću zadaću, uglavnom svakodnevno. Izlaganje treba ponavljati dok podražaj ne izaziva minimalnu anksioznost. Nakon što podražaj više ne izaziva anksioznost, pacijent kreće na sljedeći podražaj na hijerarhiji izlaganja (6).

Neke od prepreka koje se spominju kod terapije izlaganjem su teškoće zamišljanja zastrašujućeg podražaja prilikom izlaganja u mašti, nevoljkost pacijenata za upuštanje u izlaganje što dovodi do odbijanja ili odustajanja od terapije, neuspjeh u postizanju klinički značajnog smanjenja simptoma ili recidiv straha nakon završetka terapije, visoki troškovi terapije i niska dostupnost tretmana (7).

Preplavlivanje je oblik naglog izlaganja visokom intenzitetu neugodnog podražaja. Ovu vrstu terapije pacijenti često odbijaju ponoviti, a na osnovi spontanog oporavka, tj. ponovnog javljanja uvjetovanog odgovora nakon duže pauze nakon gašenja, može se ponovno pojaviti fobija kad se pacijent nađe u situaciji koja izaziva strah (8).

Sustavna desenzibilizacija tretman je namijenjen ublažavanju anksioznosti koji je razvio južnoafrički psihijatar Joseph Wolpe. Koristeći načelo protuuvjetoavanja, prema kojem postupnim izlaganjem sve većem broju izvora straha tjeskobu će zamijeniti suprotno stanje ili reakcija, Wolpe je zaključio da ako se u prisutnosti podražaja koji izaziva anksioznost može izazvati reakcija koja je suprotna anksioznosti pa dolazi do potpunog ili djelomičnog uklanjanja anksiozne reakcije, slabi veza između podražaja i anksiozne reakcije. Kako bi uklonio fobije ili druge neprilagođene anksiozne reakcije, Wolpe je razvio reakcije koje su inkompatibilne s anksioznošću – odabrao je tri takve reakcije: mišićnu relaksaciju, interpersonalnu asertivnost i seksualnu pobuđenost. Mišićno opuštanje koristi se standardno u većini slučajeva sustavne desenzibilizacije, interpersonalna asertivnost i seksualna pobuđenost koriste se ako je anksioznost koju treba inhibirati vezana uz socijalnu anksioznost ili seksualne teškoće (1).

Jedna od tehnika su i tretmani relaksacije koji se temelje na istraživanjima progresivne mišićne relaksacije koju je razvio Edmund Jacobson na temelju svoje teorije da su negativna emocionalna stanja uzrokovana neuromuskularnom hipertenzijom (9). Pacijente se uči nizu progresivno kraćih vježbi napravljenih tako da uvjetuju odgovor opuštanja koji se na kraju tretmana može postići u nekoliko sekundi. Važno je reći da trening relaksacije smanjuje simptome anksioznosti, no isto tako može smanjiti učinkovitost izlaganja jer ako pacijenti kontroliraju svoju anksioznost, ne mogu ju u potpunosti doživjeti i tako ne uče iz iskustva da je njihova anksioznost podnošljiva.

Modeliranje ili tehnika podučavanja primjerom koristi se opservacijskim učenjem koje je proučavao Bandura. Uobičajeno se koristi u treningu socijalnih vještina gdje terapeut pokaže poželjno ponašanje i traži pacijenta da to imitira ili prilikom izlaganja kada je terapeut prvi koji dolazi u dodir sa zastrašujućim podražajem. Opažanje posljedica ponašanja modela može inhibirati ili dezinhbirati imitativno ponašanje opažača. Modeliranje bi se trebalo koristiti samo u početku izlaganja i to samo kod onih koji se boje izvoditi izlaganje samostalno (1,6).

Trening komunikacijskih vještina, uključujući vještine slušanja i govorenja koristi se najčešće u terapiji socijalne anksioznosti ako je uočeno da se pacijent ponaša na nepovoljan ili manje uspješan način u socijalnim situacijama. Terapeut može izvoditi vježbe s pacijentom kroz igranje uloga i vježbanjem vještina u stvarnom životu. Druge bihevioralne tehnike uključuju trening asertivnosti, tj. zauzimanja za sebe gdje se potiče pacijente da budu otvoreni i jasno izražavaju svoje stavove (2,9).

Kritika bihevioralnog pristupa

Postoje brojne kritike bihevioralnog pristupa, a jedna od glavnih je to što se teško može dokazati da je određeno ponašanje nastalo samo učenjem. Teorijama učenja moguće je tumačiti fobije i druge jednostavnije poremećaje koji nastaju na principu podražaj-reakcija, ali ne i složenije unutarne procese (6). Za primjer se može uzeti depresija za koju bi bilo potrebno pratiti osobu godinama i neprekidno bilježiti ponašanja i potkrepljenja koja su dovela do promijenjenog ponašanja. Također, iako su bihevioralni tretmani učinkoviti u liječenju raznih poremećaja, sama ta činjenica nije dovoljan dokaz da su ta ponašanja nastala učenjem (2,4).

Prigovara se i da su bihevioralne terapije previše mehanicističke i površne, ugrožavaju slobodu klijenta te da se premalo pažnje posvećuje biološkim utjecajima i subjektivnom doživljaju koji se odvijaju izvan utjecaja učenja na ponašanje. Neki smatraju da se ljude svodi na skup stečenih reakcija koje nastaju iz mehaničkog odnosa s okolinom (6).

Postavlja se pitanje i je li moguće eksperimente na životinjama i laboratorijske uvjete generalizirati na ljudska bića. Uz to, iako se naglašava znanstvenost ovog pristupa, mnogi se postupci procjene i tretmana osnivaju više na kliničkoj praksi nego na eksperimentalnim istraživanjima, a podaci dobiveni istraživanjima mogu se različito tumačiti i često ne govore jednoznačno u prilog teorijama učenja (6).

FOBIJE

Fobije možemo definirati kao svjesno izbjegavanje pojava, situacija ili aktivnosti koje prekida normalni tijek života, a uzrokovano je iracionalnim strahom za koji je fobična osoba svjesna da je pretjeran i neutemeljen. Podjela prema MKB-10 dijeli fobije na agorafobiju, socijalnu fobiju i specifičnu fobiju (10). Fobije su trenutačno najčešći poremećaj u skupini anksioznih poremećaja, s time da su najučestalije specifične fobije, a slijede agorafobija i socijalna fobija (11). U kontaktu sa zastrašujućim podražajem dolazi do razvoja anksioznosti koja može dovesti i do pojave pravog paničnog napadaja, a uz uobičajene simptome fobije nose i značajan komorbiditet, poput depresivnog i somatoformnog poremećaja. S obzirom na to da se nerealni strahovi i izbjegavajuće ponašanje pojavljuju u raznim psihijatrijskim poremećajima, dijagnoza fobije postavlja se jedino kad su pojedinačne ili višestruke fobije dominantan aspekt kliničke slike te izvor visoke nelagode za oboljelu osobu, a nisu posljedica nijednog drugog psihijatrijskog poremećaja ili djelovanja psihoaktivnih tvari (11).

Agorafobija

Agorafobija je složeni sindrom koji se očituje skupom strahova od mnoštva ljudi, trgova i javnih mjesta, napuštanja doma te svih drugih mjesta s kojih osoba ne

može brzo pobjeći ili potražiti pomoć. Strah može izazvati i odlazak u kupovinu, kazalište, kino, hodanje po mostu, tuneli, korištenje javnog prijevoza bez pratnje bliskih osoba. Iako se strah javlja u gužvi i prisutnosti gomile ljudi, pacijenti su skloni priznati da ponekad strah doživljavaju i kada su sami, npr. sami kod kuće, u praznoj trgovini (12).

Mnogi smatraju da je agorafobija posljedica paničnog poremećaja, odnosno straha od bivanja na mjestu na kojem osoba može doživjeti panični napadaj i pri tome teško dobiti pomoć. Agorafobija se rijetko javlja bez paničnog poremećaja, a pokazalo se da je prediktivna za pojavu paničnog poremećaja. Osobe koje imaju samo dijagnozu agorafobije rjeđe dolaze u tretman nego oni koji imaju agorafobiju uz panične napadaje (6).

Najčešće se dijagnosticira kod žena, s početkom tijekom adolescencije ili rane mladosti (2). Učestalost agorafobije u populaciji je otprilike 0,6-1,6%, s time da postoje varijacije u različitim etničkim i kulturološkim grupama zbog terminologije i opisa samih simptoma te razlika u kulturalnoj prihvatljivosti. Klinička slika uključuje nemir, nelagodu, slabost, a poremećaj često započinje rekurentnim paničnim napadajima sa simptomima lupanja srca, vrtoglavice, preznojavanja, straha od infarkta miokarda, gubitka kontrole (4). Osobe koje imaju samo dijagnozu agorafobije bez paničnih napadaja opisuju nešto drugačije simptome, poput nelagode u truhu ili gubitka kontrole nad eliminacijskim funkcijama (6). Oboljeli počinju izbjegavati mjesta na kojima doživljavaju anksioznost i s vremenom im se i od same pomisli na napuštanje doma može javiti napadaj panike. S obzirom na to da su simptomi često nepredvidivi i teško ih je kontrolirati, bolesnici navode da im je život u velikoj mjeri ograničen te se u prilagodbi svojim simptomima često koriste zlouporabom alkohola ili lijekova te razvijanjem „sigurnosnih ponašanja“ u nošenju sa situacijama koje ne mogu izbjeći. Većinom se agorafobija javlja uz napadaje panike i liječenjem paničnog poremećaja poboljšavaju se i simptomi agorafobije (6).

Socijalna fobija (socijalni anksiozni poremećaj)

Socijalna fobija uporan je, iracionalan strah od prisutnosti drugih ljudi i socijalnih situacija u kojima su oboljeli uvjereni da ih se pozorno promatra (4). Početak je socijalne fobije najčešće u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi.

Učestalost pojave u općoj populaciji varira od 1 do 4%. Simptomi mogu započeti akutno, nakon nekog ponižavajućeg socijalnog događaja, no češće započinju neprimjetno tijekom više mjeseci ili godina bez jasnog prethodno traumatskog događaja. U općoj su populaciji ovim poremećajem češće zahvaćene žene, dok je u kliničkoj populaciji odnos spolova izjednačen. Ovaj se nalaz u kliničkom uzorku može objasniti činjenicom da su simptomi socijalne fobije više uznemirujući za muškarce zbog toga što muška uloga u društvu zahtijeva veću afirmaciju, i u karijeri i u izlascima. Socijalna se fobija često proglasi sramežljivošću i zbog toga može ostati neprepoznata i podcijenjena. Pacijenti često izbjegavaju javljanje liječniku zbog ovog poremećaja i obično je neko dodatno stanje uz socijalnu fobiju razlog traženja pomoći (13). Glavni je strah kod oboljelih sramoćenje ili poniženje pred drugima te da će drugi otkriti i ismijati njihovu anksioznost u socijalnim situacijama. Takve osobe strahuju od interakcije s ljudima ili izvođenja određenih aktivnosti poput pisanja, govorenja ili jedenja pred drugima, korištenja javnih zahoda. Simptomi koji se javljaju u fobičnim situacijama tipično su znojenje, crvenilo, drhtanje, suha usta, strah od povraćanja, potreba za uriniranjem ili defekacijom ili strah od pojave te potrebe (12). Rizični čimbenici za nastanak socijalne fobije su psihijatrijski poremećaji roditelja (posebno socijalna fobija, zatim drugi anksiozni poremećaji, depresija), pretjerivanje u zaštićivanju ili odbacivanju od strane roditelja, nepostojanje bliskog odnosa s odraslom osobom tijekom djetinjstva, zlostavljanje u djetinjstvu, često seljenje tijekom djetinjstva, lošiji uspjeh u školi. Perfekcionistička uvjerenja mogu biti značajan faktor u održavanju anksioznosti i razvoju depresije, a posebno se povezuje sa socijalnom fobijom gdje se pokazalo kako pojačava pojavu ruminacije negativnih socijalnih interakcija ili negativnu interpretaciju pozitivnih interakcija (14). Kod trećine se oboljelih navodi isključivo strah od verbalnog nastupa pred drugima, u trećine se navodi još jedan socijalni strah dodatno, a u trećine postoje brojni strahovi čije karakteristike odgovaraju generaliziranom obliku socijalne fobije koja uz veći broj oštećenja ima i više komorbiditeta, perzistentnija je, započinje ranije u odnosu na specifičan tip socijalne fobije i ima lošiju prognozu. Osobe sa socijalnom fobijom imaju oštećenje na širokom spektru, od odustajanja od školovanja do značajnih nesposobnosti u poslu ili aktivnostima kojima se bave. Također, izražavaju nezadovoljstvo velikim dijelom svog života te ocjenjuju kvalitetu života vrlo nisko (11).

Specifična fobija

Specifična je fobija uporan i nerealan strah od određenih predmeta, situacija ili aktivnosti. Po učestalosti se nalazi iza velikoga depresivnog poremećaja koji se smatra najčešćim psihičkim poremećajem u populaciji (7). Specifičnu fobiju karakteriziraju tri komponente: a) iščekujuća anksioznost ako postoji mogućnost sučeljavanja s fobičnim podražajem; b) sam strah; c) izbjegavajuće ponašanje kojim osoba smanjuje anksioznost. Kod specifične fobije strah ne proizlazi iz samog podražaja, nego od zastrašujućeg ishoda za koji oboljela osoba smatra da će nastupiti nakon kontakta sa samim podražajem (11). Specifične fobije možemo podijeliti na podtipove: fobija od životinja (životinje ili insekti), fobija od prirodnih pojava (grmljavina, visina, voda), fobija od injekcije-krv-i-ozljede, fobija od određene situacije (javni prijevoz, tuneli, letenje) i ostale specifične fobije (10). Podjelu specifičnih fobija na podtipove potvrđuju podaci koji pokazuju da ovi podtipovi imaju različitu dob i način početka, obiteljsku sklonost i fiziološke reakcije na fobični podražaj. Na primjer, fobije od životinja počinju većinom u dječjoj dobi, dok situacijske fobije počinju kasnije tijekom života. Nadalje, dok se većina oblika specifične fobije manifestira simptomima tahikardije, povišenog tlaka, drhtanja, znojenja itd., fobija od injekcija-krv-i-ozljede karakteristično kod oboljelih dovodi do vazovagalne sinkope u prisutnosti zastrašujućeg podražaja (11). Iako su specifične fobije jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja uopće, većina ljudi ne traži liječničku pomoć.

BIHEVIORALNE TEORIJE FOBIIJA

Različite fobije tumačile su se prvo pretpostavkom da su takve reakcije naučene. S obzirom na mehanizam i sadržaj učenja, različiti su bihevoristi dali različita objašnjenja za nastanak fobija. Tri pretpostavljena mehanizma nastanka fobija su: model uvjetovanja izbjegavanja, modeliranje i operantno uvjetovanje (2).

Bihevioralne teorije agorafobije

Agorafobiju neki bihevoristi objašnjavaju posredstvom klasičnog uvjetovanja, odnosno nastanak agorafobije povezuju s neugodnim iskustvom (bespomoćnost,

panika, strah) na javnom mjestu. Uvjetovanjem se razvija povezanost anksioznosti i događaja na javnom mjestu te se aktivira i ponašanje izbjegavanja zastrašujućih podražaja. Putem operantnog uvjetovanja objašnjava se olakšanje od anksioznosti koje nastaje negativnim potkrepljivanjem i dovodi do veće sklonosti izbjegavanja zastrašujuće situacije. Strah se može naučiti i oponašanjem drugih ljudi, tj. učenjem putem modela. Osoba promatranjem drugih ljudi u neugodnim situacijama ili čak putem verbalnih uputa koje stvaraju averziju prema javnim mjestima može razviti agorafobiju (2).

Bihevioralne teorije socijalne fobije

Bihevioralne teorije socijalnu anksioznost objašnjavaju na nekoliko načina – direktnim izlaganjem neugodnim socijalnim situacijama, promatranjem drugih u traumatskim socijalnim situacijama te posrednim učenjem, prijenosom informacija vezanih uz nepovoljne socijalne interakcije. Također, postoji značajna obiteljska komponenta, što može biti nasljedno ili stečeno – roditelji, bez obzira imaju li samo socijalnu anksioznost ili ne, mogu odgojiti socijalno anksiozno dijete putem različitih mehanizama kao što je neizlaganje djeteta socijalnim situacijama i nerazvijanje socijalnih vještina, pretjerano zaštićivanje, kritiziranje, kontroliranje i prenošenje zastrašujućih informacija o socijalnim interakcijama (11).

Mowrerova dvofaktorska teorija daje model za razumijevanje i održavanje socijalne anksioznosti. Nakon traumatskog iskustva tijekom socijalne interakcije, osoba stječe uvjetovani odgovor nelagode, poniženja i anksioznosti i takav se odgovor može javljati u sličnim situacijama u budućnosti (6). Negativnim potkrepljivanjem izbjegavajućeg ponašanja dolazi do sprječavanja gašenja uvjetovane reakcije i na taj se način objašnjava održavanje socijalne anksioznosti (12).

Seligman stjecanje socijalne fobije objašnjava konceptom spremnosti. Ovaj koncept podrazumijeva evolucijski ili biološki utemeljenu spremnost za razvoj straha od pojedinaca višeg statusa, tj. prilagodbu podređenih članova grupe dominantnim figurama u društvenoj hijerarhiji. Bilo je korisno razviti mehanizme koji će isključiti problematično ponašanje, a ti su mehanizmi uključivali anksioznost preko koje

nastaju ponašanja tipična za socijalnu fobiju – izbjegavanje zurenja i neslaganja (6,12).

Model deficita socijalnih vještina razmatra neprikladno ponašanje ili nedostatak socijalnih vještina kao uzrok socijalne anksioznosti. Prema ovom modelu, osoba se nije naučila ponašati u društvu, ponavljano čini greške u koracima, nespretna je i društveno nevješta. Ipak, ovi se štetni načini socijalnog ponašanja smatraju manje znakom socijalne nekompetencije, a više posljedicom zakočenosti zbog anksioznosti i pažnje previše usmjerene na sebe. Također, socijalne vještine mogu onemogućavati i neprilagođene strategije suočavanja kao što su sigurnosna ponašanja (12).

Bihevioralne teorije specifičnih fobija

Bihevioralne teorije objašnjavaju specifične fobije klasičnim i operantnim uvjetovanjem. Za nastanak straha važno je klasično uvjetovanje, dok je za održavanje ključno operantno uvjetovanje. Izbjegavanjem ili bijegom od zastrašujućeg podražaja dolazi do negativnog potkrepljenja. Učenje straha klasičnim uvjetovanjem ključno je za uočavanje opasnosti i stvaranje mehanizama samoočuvanja za preživljavanje vrste, no podražaji koji su nekada predstavljali opasnost danas više nisu opasni i ova urođena ponašanja su u takvim uvjetima neučinkovita (15). S druge strane, uvjetovanje izbjegavanja ne može se primijeniti na sve specifične fobije jer dostupni podaci pokazuju da se samo oko 50% ljudi prisjeća neugodnih iskustava s fobičnim objektom ili situacijom, što dovodi do zaključka da se nastanak fobije odvija i drugim mehanizmima. Drugi modeli učenja ističu učinak modeliranja ili imitacije, a često se opisuje i kao posredno uvjetovanje, što dovodi do zaključka da se fobije mogu učiti gledajući druge kako se suočavaju sa strahom ili kako ga izbjegavaju. No, ovom se objašnjenju nastanka straha isto nalaze nedostaci jer se fobične osobe rijetko javljaju liječniku i kažu da im se strah razvio zbog promatranja patnje neke druge osobe, a i mnogi su ljudi bili svjedoci trauma drugih osoba pa nisu postali fobični (6). Nadalje, navodi se biološka predispozicija u ljudi prema kojoj su ljudi predisponirani naučiti bojati se određenih podražaja (zmije, visine, jaka buka) više nego drugih jer su ti podražaji u primitivnom okruženju predstavljali opasnost (4).

BIHEVIORALNA TERAPIJA FOBIIJA

Bihevioralna terapija agorafobije

S obzirom na to da su se razni oblici kognitivno-bihevioralne terapije pokazali uspješnima u liječenju agorafobije s ili bez paničnog poremećaja, ovaj se oblik smatra terapijom izbora. U kognitivno-bihevioralnim terapijama za anksiozne poremećaje, izlaganje je esencijalni element u terapiji i ovaj je oblik intervencije superioran kognitivnim intervencijama (16). Bihevioralne intervencije u tretmanu agorafobije i paničnog poremećaja su induciranje panike, konstrukcija hijerarhije straha i izlaganje hijerarhiji straha (6).

U pacijenata koji uz agorafobiju imaju i panične napadaje, induciranje panike važan je dio tretmana jer se usmjerava na tjelesne simptome panike koji u pacijenata izazivaju strah i neka istraživanja pokazuju da samo induciranje panike može ublažiti simptome panike. Smatra se da 95% bolesnika s agorafobijom koji se jave liječniku imaju i panične napadaje (17). Kod pacijenata se na umjetan način izazivaju tjelesni simptomi panike tijekom seansi, a cilj je dugoročno smanjiti strah od simptoma panike. S vremenom se traži od pacijenata da prirodno povećaju strah i pri tome im nije dozvoljeno korištenje sigurnosnih ponašanja (6). Anksioznost kod osoba s agorafobijom ovisi o razini percipirane sigurnosti u fobičnoj situaciji. Razni talismani, lijekovi, dobri prijatelji i osobe od povjerenja, što ubrajamo u sigurnosna ponašanja, mogu djelomično odagnati anksioznost, ali ne mogu ju prevenirati. Uporaba sigurnosnih ponašanja daje pogrešnu procjenu sigurnosti i kontrole nad simptomima i osoba vjeruje da je upravo to sigurnosno ponašanje spriječilo katastrofalan ishod koji bi se inače dogodio te stoga zastrašujuća situacija i dalje izaziva anksioznost jer i dalje postoji jednaka percepcija situacije kao zastrašujuće. Smatra se da su sigurnosna ponašanja maladaptivni bihevioralni odgovor na anksioznost (5). Važno je ukloniti korištenje sigurnosnih ponašanja jer upravo ona mogu sprječavati pacijenta u učenju da tjelesni simptomi panike nisu urođeno opasni. Panika se na umjetan način može izazvati brzim i plitkim udisajima kako bi se izazvala hiperventilacija, stezanjem prsnih mišića za izazivanje napetosti u prsima, vrtnjom u stolici za izazivanje audiovestibularnih simptoma, trčanjem na mjestu ili vožnjom sobnog bicikla kako bi se izazvali kardiovaskularni simptomi. Najčešće se koristi hiperventilacija jer može izazvati više različitih simptoma poput vrtoglavice,

zamućenog vida, trnaca, obamrlosti i depersonalizacije. Mehanizam djelovanja indukcije panike prema različitim modelima kognitivno-bihevioralne terapije različito se tumači. Prema Clarkovom modelu smatra se da je indukcija panike bihevioralni eksperiment koji se koristi za odbacivanje pogrešnih kognitivnih procjena, dok se u Barlowljevom modelu smatra da je primarni mehanizam djelovanja gašenje uvjetovanog procesa (6).

Pacijenti s agorafobijom izbjegavaju situacije koje im izazivaju anksioznost i stoga je ključno napraviti popis tih situacija rangiranih od najmanje do najviše zastrašujućih. Hijerarhija straha može se oblikovati s ili bez sigurnosnih ponašanja, a ako su ona uključena, važno je što prije smanjiti korištenje tih ponašanja i poučiti pacijenta o njihovom značenju (6).

Nakon što je sastavljena hijerarhija straha, započinje se s izlaganjem koje može biti uživo ili u mašti ako se pacijent previše boji izlaganja uživo ili ako pacijent nema pristup zastrašujućim podražajima. U zadnje se vrijeme koriste i terapije izlaganja pomoću virtualne stvarnosti gdje je stvarnost zamijenjena umjetno stvorenim podražajima unutar kontroliranog računalnog svijeta, a neka istraživanja pokazuju da ovakva vrsta izlaganja nije lošija u svojim ishodima od *in vivo* izlaganja (18). Od pacijenta se traži da bude u blizini podražaja ili stvori sliku podražaja te da ostane u kontaktu sa podražajem dok se strah ne izgubi. Nekada se smatralo da seansa završava kada se pacijent navikne na strah, no sada se smatra da toleriranje straha i iskustvo samoučinkovitosti predviđaju ishod terapije. Dakle, ni stupanj smanjenja straha ni razina fiziološkog navikavanja u seansi ne predviđaju ishod. Seansa se smatra završenom kad je pacijentova pogrešna procjena odbačena, ako je nestao nagon za bježanjem iz situacije ili kada je pacijent naučio da može tolerirati anksioznost koju uzrokuje zastrašujuća situacija. Također, nekada se smatralo da izlaganje djeluje putem gašenja, dok se trenutno smatra da je mehanizam djelovanja izlaganja gašenje naučenih emocionalnih reakcija i odbacivanje pogrešnih procjena (6).

In vivo izlaganje je terapija izbora za izbjegavanje u agorafobiji, a negativan utjecaj na ishod terapije imaju trajanje poremećaja, težina agorafobije i izbjegavajući poremećaj ličnosti (19). Prema istraživanju koje su proveli Hoffart i sur., bolesnici s agorafobijom bez paničnog poremećaja imali su dugoročno lošije ishode liječenja

prilikom praćenja nakon dvadeset godina nego oni s paničnim poremećajem uz agorafobiju. Time je naglašena razlika između dva poremećaja te je pokazano da je agorafobija jedan od najupornijih poremećaja. Izbjegavajuće ponašanje u paničnom poremećaju s agorafobijom povezano je sa stresom koji proizlazi iz paničnog napadaja, dok je kod agorafobije izbjegavanje povezano s iščekivanjem simptoma anksioznosti koje zapravo inhibira osobu u približavanju zastrašujućem podražaju. Samo izlaganje nije dovoljna terapija za agorafobiju i potrebno joj je dodati još neki oblik terapije, poput kognitivne terapije (20).

Poremećaji disanja, uz hiperventilaciju i hipokapniju, važan su faktor u razvoju anksioznosti tijekom paničnog napadaja. Osobe s agorafobijom i paničnim poremećajem često su sklone hiperventilaciji i posljedičnim simptomima kad se nađu u dodiru sa zastrašujućom situacijom (17). Ponovno učenje disanja pomaže pacijentima u pravilnom disanju. Bolesnici uče disati sporije, korištenjem abdominalnih mišića i poboljšati opuštenost korištenjem meditativne procedure. Ponovno učenje disanja ne koristi se tijekom izlaganja jer ga bolesnici mogu shvatiti kao sigurnosno ponašanje, a to onemogućuje toleriranje anksioznosti koja osigurava korektivno emocionalno iskustvo (6).

U tretmanu agorafobije koriste se i vježbe relaksacije. Svrha je primijenjene relaksacije da pacijent nauči promatrati prve znakove anksioznosti i tada primijeni brzu i efektivnu relaksaciju prije nego što se simptomi razviju u pravi panični napadaj (17). Kao i ponovno učenje disanja, relaksacija se ne preporučuje tijekom fobičnih epizoda, nego ako pacijenti doživljavaju kroničnu tjelesnu napetost između paničnih napadaja (6).

Bihevioralna terapija socijalne fobije

Prema smjernicama za tretman socijalne fobije navodi se da bi svi tretmani trebali uključivati izlaganje zastrašujućim socijalnim znakovima. Prema meta-analizama koje su proveli Feske i Chambless (21) te Acarturk i sur. (22), nije pronađena značajna korist i utjecaj na ishod terapije od dodavanja kognitivnih intervencija terapiji izlaganjem i prema tome se može zaključiti da je samo izlaganje dovoljna terapija za socijalni anksiozni poremećaj (14). S druge strane, istraživanja u kojima su direktno uspoređivali izlaganje i kognitivno restrukturiranje pokazala su da

se kombinacijom ove dvije tehnike postižu bolji rezultati u usporedbi sa korištenjem pojedinačno izlaganja ili kognitivnog restrukturiranja. Nekoliko autora smatra da se izlaganje i kognitivno restrukturiranje teško može razlikovati i konceptualno i praktično s obzirom na to da se oba usmjeravaju na učenje novih iskustava koja su suprotna pacijentovim uvjerenjima o procjeni negativnih socijalnih ishoda (6). Nadalje, pokazalo se da izlaganje i kognitivno restrukturiranje kao pojedinačna terapija daju slične rezultate prilikom procjene simptoma fobije nakon terapije, tijekom praćenja i u pogledu komorbiditeta poput depresivnog poremećaja ili drugih anksioznih poremećaja (21).

Nakon što je konstruirana hijerarhija socijalnih situacija koje pacijent izbjegava ili prilikom doticaja s njima doživljava anksioznost, započinje se s izlaganjem situaciji koja izaziva umjerenu anksioznost. Izlaganje se može odvijati uživo, izvan terapeutovog ureda, korištenjem virtualne stvarnosti, igranjem uloga ili u mašti. Prilikom izlaganja u mašti, terapeut pacijentu pripovijeda scenarij u kojem pacijent sudjeluje u socijalnoj situaciji koja izaziva anksioznost i nakon toga se traži od pacijenta da opiše kako bi se tada osjećao, što bi mislio i činio. Cijeli se proces snima te pacijent zatim sluša snimku više puta, u seansi i kao domaću zadaću, sve dok ne bude mogao zamisliti situaciju bez osjećaja anksioznosti. Izlaganje igranjem uloga odvija se tako da pacijent i terapeut glume određenu socijalnu situaciju ili se od pacijenta traži da simulira izvedbu poput držanja govora pred terapeutom kao publikom. U izlaganje u mašti i izlaganje s igranjem uloga potrebno je uključiti elemente pacijentovih katastrofičnih strahova. Može se od pacijenta tražiti da zamisli da je pogriješio tijekom nastupa ili terapeut može glumiti neugodnu osobu koja je, uz to što odbija razgovor, gruba i vrijeđa pacijenta (6). U novije se vrijeme koristi i virtualna stvarnost za koju se pokazalo da nije ni više ni manje učinkovita od tradicionalnog izlaganja u pogledu izbjegavajućeg ponašanja, straha od socijalnih interakcija i negativnih procjena te depresije. Smatra se da izlaganje putem virtualne stvarnosti, uz navedenu učinkovitost, može biti i praktičnije za terapeuta od izlaganja uživo (23).

S obzirom na to da su socijalne situacije međusobno previše različite i imaju različito vrijeme trajanja, može biti teško držati se produženog izlaganja određenim zadacima prema hijerarhiji strahova. Ovaj se problem može riješiti traženjem da pacijent kratke situacije ponovi više puta i izlaganjem npr. pola sata dnevno različitim

situacijama, što je u ovakvim slučajevima korisnije od strogog slijeđenja hijerarhije. Također, nakon što je pacijent shvatio ideju izlaganja, može biti korisno zadati mu da traži mogućnosti da bude anksiozni svaki dan te ta iskustva zapisuju u dnevnik (6).

Tijekom izlaganja uživo trebalo bi upozoriti pacijente da ne koriste svoja sigurnosna ponašanja. Često su to vrlo suptilna i automatska ponašanja te ih pacijent nekada nije ni svjestan, a ponekad nisu ni vidljiva jer se radi o kognitivnim manipulacijama, npr. kontroliranje samog sebe, isprobavanje rečenica u glavi. Neka od tipičnih socijalnofobičnih sigurnosnih ponašanja su sakrivanje lica, ne postavljanje ili postavljanje previše pitanja, čvrsto držanje čaše, izbjegavanje stanki u govoru, što manje pomicanja, biranje odjeće koja prikriva znojenje, itd. (12). Ponašanja koja se izbjegavaju, npr. pričanje viceva ili pokazivanje neslaganja s drugima, trebalo bi poticati. Prilikom izlaganja korisno je napraviti usporedbu procjene situacije sa sigurnosnim ponašanjem i bez njega i tada se obično pokazuje da interakcijski partneri najčešće ne razlikuju uvjete sa sigurnosnim ponašanjem i bez njega. Sve to služi kao dokaz pacijentu da su njegovi tjelesni osjećaji i znakovi nepouzdana znakovi dojma koje ostavlja na druge. Sigurnosna ponašanja negativno djeluju na uspjeh izlaganja i prema tome ih je važno eliminirati (6).

Umjerenu terapijsku djelotvornost pokazuju uvježbavanje socijalnih kompetencija i primijenjena relaksacija (12). Kada se primijete deficiti u socijalnim vještinama pacijenta, ili kroz igranje uloga ili putem pacijentovih izvješća, a mogu biti korisne poruke putem mobitela ili e-maila, terapeut bi trebao uvježbavati pacijenta u potrebnim vještinama. One su u rasponu od osnovnih vještina poput uspostavljanja kontakta očima i aktivnog slušanja do složenih vještina kao što je intervju za posao ili uspostavljanje održavanje prijateljstva. Nakon što ih je pacijent uvježbao s terapeutom, pacijentu se zadaje korištenje novih vještina tijekom izlaganja (24). Za trening relaksacije važno je napomenuti da može postati sigurnosno ponašanje koje održava anksioznost ako se pacijentu ne objasni da tijekom izlaganja ne pokušavaju kontrolirati simptome poput crvenjenja ili znojenja te da shvate da je mala vjerojatnost da će drugi ove znakove primijetiti (6).

Zaključno, izlaganje bi trebalo biti uključeno u sve tretmane, s time da može biti učinkovitije kada pacijenti dobiju uputu da usmjere svoju pažnju na znakove koji izazivaju anksioznost te da prestanu koristiti sigurnosna ponašanja. Do boljih ishoda

može dovesti kombinacija kognitivnog restrukturiranja s izlaganjem, kao i neke dodatne tehnike usmjerene na kognitivno procesiranje pacijenta poput treninga usmjeravanja pažnje, davanje povratnih informacija o stvarnoj socijalnoj izvedbi, promjene vjerovanja o ključnim sjećanjima. Za većinu pacijenata trening socijalnih vještina nije nužan, no može biti koristan kod onih koji pokazuju specifične deficite u tom području (6). Kognitivno-biheviorna terapija učinkovita je i kao grupna i kao individualna (25). Nisu nađeni dokazi da kombiniranje lijekova i psihoterapije poboljšava ishode, a uporaba anksiolitika tijekom izlaganje može djelovati negativno i dovesti do slabijih rezultata. Osobe s generaliziranim oblikom socijalnog anksioznog poremećaja i komorbiditetima poput poremećaja raspoloženja češće imaju slabije ishode liječenja i kod njih je potrebno dodati više komponenti tretmana (6).

Biheviorna terapija specifične fobije

Izlaganje uživo zastrašujućim podražajima ključni je sastojak za uspješan ishod tretmana specifične fobije i zbog toga se smatra tretmanom izbora. Ako izlaganje uživo nije moguće, koristi se izlaganje u mašti, a u novije vrijeme i virtualna stvarnost. Preplavlivanje, odnosno izlaganje najviše zastrašujućem podražaju, pokazalo se jednako uspješno kao i postupno izlaganje, no pacijenti ga lošije podnose te se zato preferira postupno izlaganje (6).

Kao što je prethodno opisano, postupno izlaganje započinje konstruiranjem hijerarhije straha. Razine neugode (SUD) koriste se kako bi se terapeut i pacijent bolje razumjeli te kako bi se pratio smjer i napredak u terapiji. Hijerarhija se može ocjenjivati tako da je niža stavka u hijerarhiji izlaganje fotografiji zastrašujućeg podražaja, a viša izlaganje uživo ili na temelju sve veće blizine podražaju (6). Navodi se nekoliko faktora koji bi mogli poboljšati učinkovitost izlaganja. Direktno se izlaganje čini korisnijim od indirektnog, a čini se da je i od terapeuta vođeno izlaganje učinkovitije od samovođenog. Prisutnost terapeuta može biti korisna zbog toga što on odmah suočava pacijenta s izbjegavajućim ponašanjem i daje mu povratnu informaciju o tome kako ta ponašanja djeluju u određenoj situaciji. Uz to, može hrabriti pacijenta, pratiti je li pacijent zaista odradio izlaganje te graduirati podražaje u izlaganju. S druge strane, terapeut može postati dio sigurnosnog ponašanja pacijenta te tako ometati učenje, što može uzrokovati pojavu straha kad pacijent nije prisutan

(16). Terapeut bi pacijenta trebao tijekom izlaganja potaknuti na toleriranje zastrašujućeg podražaja te ohrabriti da se nagradi za postizanje ciljeva izlaganja.

Pacijente bi trebalo potaknuti da napuste korištenje sigurnosnih ponašanja u bilo kojem obliku tijekom izlaganja jer je utvrđeno da i sama dostupnost sigurnosnih ponašanja, čak i kada se ne koriste, smanjuje učinkovitost izlaganja. Potrebno je direktno pitati pacijenta o svemu što čini, kaže, zamišlja i koristi kako bi si stvorio osjećaj sigurnosti ili smanjio iznenađenje od zastrašujućeg podražaja (6). S druge strane, prema nekim se autorima dolazi do zaključka da strategije za kontrolu anksioznosti mogu biti korisne, no samo ako pomažu povećanju samoučinkovitosti i promjeni ponašanja koja se terapijski želi postići, a ne odvrću pažnju od zastrašujućeg podražaja tijekom izlaganja (26). Seanse izlaganja završavaju se kad pacijent odbaci pogrešne procjene, kad se smanji potreba za bijegom iz situacije i kada pacijent nauči da može tolerirati svoju anksioznost i suočavanje s njom u kontaktu sa zastrašujućim podražajem (6).

Bihevioralni tretman prilagođava se s obzirom na različite podtipove fobije. Kod osoba s fobijom od krvi-injekcija-ozljeda često se u prisutnosti zastrašujućeg podražaja javlja nesvjestica. Iako se kod takvih osoba u početku zamjećuje povećanje krvnog tlaka i otkucaja srca u blizini fobičnog podražaja, naknadno se javlja pad srčanog ritma i tlaka te dolazi do nesvjestice. Zbog toga se uz terapiju izlaganja uživo ove pojedince poučava strategija suočavanja kako bi se spriječio ovaj nagli pad. Koristi se primijenjena mišićna napetost koja se sastoji od naizmjeničnog zatezanja i opuštanja velikih grupa mišića u tijelu tijekom 15 sekundi. Ovom se tehnikom pacijente prvo poučava u neutralnim uvjetima, a nakon što ovladaju ovom vještinom, potiče ih se da ju koriste tijekom izlaganja kad zamijete znakove koji imaju sklonost izazvati nesvjesticu (6). Strah od krvi-injekcija-ozljeda uzrokuje nesuradljivost pacijenata, odbijanje cijepljenja, dijagnostičkih i drugih medicinskih postupaka i stoga je važan jer može biti životno ugrožavajući zato što osobe donose odluke o svom liječenju na temelju straha, a ne preporuka liječnika (27).

Kod osoba koje imaju strah od padanja kad nema podrške u blizini izlaganje otvorenim prostorima često nije korisno. Ova se vrsta fobije češće nalazi kod starijih osoba koje imaju određeno oštećenje vizualno-perceptivno-spacijalnog funkcioniranja te se kod njih preporučuje izlaganje audiovestibularnim podražajima ili

ostalim osjetilnim senzacijama vrtoglavice uz postupke neuropsihološke rehabilitacije (6).

Izlaganje korištenjem virtualne stvarnosti pokazalo se učinkovitim tretmanom za anksiozne poremećaje (28). Terapija virtualne stvarnosti postupnija je od izlaganja uživo, podražaj je moguće ponoviti koliko god je puta potrebno bez dodatnih troškova, pacijenti imaju osjećaj privatnosti jer se nalaze unutar terapeutovog ureda. Prema istraživanjima, izlaganje putem virtualne stvarnosti učinkovito je za dentalnu fobiju, aviofobiju, akrofobiju, klaustrofobiju i ostale vrste fobija u kojima su zastrašujući podražaji teško dostupni (7).

Smjernice za terapiju specifičnih fobija upućuju na to da je izlaganje tretman izbora te da se, kada je to moguće, izlaganje uživo treba uključiti u tretman. Izlaganje maštom ili virtualnom stvarnošću može se koristiti prilikom pripreme pacijenta za izlaganje uživo ili ako je zastrašujući podražaj nedostupan izlaganju uživo. U nekim fobijama, a posebno kod klaustrofobije, korisno je izlaganje interoceptivnim znakovima povezanim s anksioznošću. Dodatak kognitivnih tehnika može biti koristan pacijentima koji se ne žele uključiti u izlaganje uživo ili za odbacivanje pogrešnih i disfunkcionalnih ideja o zastrašujućem podražaju, no pacijente bi trebalo poticati da se uključe u izlaganje. Lijekovi se za specifične fobije nisu pokazali učinkovitim. Anksiolitici akutno mogu smanjiti anksioznost, prema nekim istraživanjima uporaba tih lijekova dovela je do povećane anksioznosti kad su se pacijenti našli u fobičnoj situaciji bez lijekova (6).

ZAKLJUČAK

Na temelju bihevioralnog pristupa razvijene su učinkovite terapijske tehnike koje se koriste u liječenju fobija, paničnog poremećaja i ostalih anksioznih poremećaja, poremećaja raspoloženja, poremećaja u ponašanju i tijekom razvoja. Bihevioralne tehnike su kratke i orijentirane na problem, cilj je liječenja kroz novo učenje zamijeniti nepoželjno ponašanje prilagođenijim obrascima ponašanja (29). Pacijent je aktivno uključen u terapiju i uči vještine koje će mu pomoći u kontroli anksioznosti, tj. održavanju anksioznosti na razini koju može tolerirati i koja ne ometa normalno funkcioniranje (6). U terapiji specifičnih fobija bihevioralne tehnike pokazale

su se dovoljno učinkovita, dok se u liječenju socijalnog anksioznog poremećaja i agorafobije preporučuje dodatak i drugih oblika terapije, poput kognitivne terapije koja se uz bihevioralnu terapiju pokazala učinkovitom u liječenju ovih složenijih poremećaja.

ZAHVALE

Zahvaljujem mentoru, prof. dr. sc. Draženu Begiću koji mi je svojim savjetima pomogao u izradi ovog rada.

Također, zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na podršci, kako tijekom izrade ovog rada, tako i tijekom cijelog studija.

LITERATURA

1. Nietzel MT, Bernstein DA, Milich R. Uvod u kliničku psihologiju. 1. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
2. Davison GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. 6. Naklada Slap, Jastrebarsko. 2002.
3. Biro M. Klinička psihologija. Beograd-Zagreb: Medicinska knjiga, 1990.
4. Begić D, Jukić V, Medved V. (ur.) Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.
5. Helbig-Lang S, Richter J, Lang T, Gerlach AL, Fehm L, Alpers GW, et al. The role of safety behaviors in exposure-based treatment for panic disorder and agoraphobia: Associations to symptom severity, treatment course, and outcome. *J Anxiety Disord* [Internet] 2014;28(8):836-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.010>
6. Leahy, R. L., Holland, S. J. i McGinn LK. Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
7. Martinac M, Vranić A, Zarevski P, Zarevski Z. Psihologija za liječnike. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2015.
8. Meuret AE, Wolitzky-Taylor KB, Twohig MP, Craske MG. Coping Skills and Exposure Therapy in Panic Disorder and Agoraphobia: Latest Advances and Future Directions. *Behav Ther* [Internet] 2012;43(2):271-84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.002>
9. Stangier U, Clark DM, Ehlers A. Socijalna fobija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2009.
10. Grubišin J. Fobije. U: Begić D. (ur.) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada, 2010.
11. Hollander E, Simeon D. Concise guide to anxiety disorders [Internet]. Vol. 64, *Journal of Clinical Psychiatry* 2003. 1396-1397 p. Available from: [file:///E:/Book/2003 – Hollander, Simeon – Concise guide to anxiety](file:///E:/Book/2003%20-%20Hollander,%20Simeon%20-%20Concise%20guide%20to%20anxiety)

disorders.pdf

12. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. *N Engl J Med* [Internet] 2017;376(23):2255-64. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1614701>
13. Hawley LL, Rector NA, Laposa JM. Examining the dynamic relationships between exposure tasks and cognitive restructuring in CBT for SAD: Outcomes and moderating influences. *J Anxiety Disord* [Internet] 2016;39:10-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.010>
14. Raghav K, Van Wijk AJ, Abdullah F, Islam MN, Bernatchez M, De Jongh A. Efficacy of virtual reality exposure therapy for treatment of dental phobia: A randomized control trial. *BMC Oral Health* [Internet] 2016;16(1):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0186-z>
15. Sehlmeier C, Schönig S, Zwitserlood P, Pfeleiderer B, Kircher T, Arolt V, et al. Human fear conditioning and extinction in neuroimaging: A systematic review. *PLoS One*. 2009;4(6).
16. Gloster AT, Wittchen HU, Einsle F, Lang T, Helbig-Lang S, Fydrich T, et al. Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(3):406-20.
17. Imai H, Tajika A, Chen P, Pompoli A, Furukawa T. Psychological therapies versus pharmacological interventions for panic disorder with or without agoraphobia in adults (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(10).
18. Malbos E, Rapee RM, Kavakli M. A controlled study of agoraphobia and the independent effect of virtual reality exposure therapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47(2):160-8.
19. Ramnerö J, Ost L-G. Prediction of outcome in the behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cogn Behav Ther* 2004;33(4):176-80.
20. Hoffart A, Hedley LM, Svanøe K, Langkaas TF, Sexton H. Agoraphobia with and without panic disorder: A 20-year follow-up of integrated exposure and

- psychodynamic therapy. *J Nerv Ment Dis* 2016;204(2):100-7.
21. Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behav The*. 1995;26(4):695-720.
 22. Acarturk C, Cuijpers P, Van Straten A, De Graaf R. Psychological treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis. *Psychol Med* 2009;39(2):241-54.
 23. Bouchard S, Dumoulin S, Robillard G, Guitard T, Klinger E, Forget H, et al. Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: A three-arm randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2017;210(4):276-83.
 24. Kaphingst KA, Persky S, Lachance C. The Impact of Social Skills Training For Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Anxiety Disord* 2010;14(4):384-99.
 25. Barkowski S, Schwartze D, Strauss B, Burlingame GM, Barth J, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Anxiety Disord* [Internet] 2016;39:44-64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.005>
 26. Shiban Y, Diemer J, Müller J, Brütting-Schick J, Pauli P, Mühlberger A. Diaphragmatic breathing during virtual reality exposure therapy for aviophobia: Functional coping strategy or avoidance behavior? A pilot study. *BMC Psychiatry* [Internet] 2017;17(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1181-2>
 27. McMurtry CM, Taddio A, Noel M, Antony MM, Chambers CT, Asmundson GJG, et al. Exposure-based Interventions for the management of individuals with high levels of needle fear across the lifespan: a clinical practice guideline and call for further research. *Cogn Behav Ther* [Internet] 2016;45(3):217-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2016.1157204>
 28. Oprüş D, Pinteá S, García-Palacios A, Botella C, Szamosközi Ş, David D. Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A quantitative meta-analysis. *Depress Anxiety* 2012;29(2):85-93.

29. Jokić-Begić N. Bihevioralna paradigma anksioznosti. U: Begić D. (ur) Suvremeno liječenje anksioznih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada, 2010.

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Ana Kalazić

Datum rođenja: 06.08.1992.

Mjesto rođenja: Osijek

OBRAZOVANJE

2012. – 2018. Medicinski fakultet Zagreb

2011. – 2012. Filozofski fakultet u Osijeku

2007. – 2011. Opća gimnazija Osijek

2001. – 2007. Osnovna glazbena škola Franje Kuhača Osijek

1999. – 2007. Osnovna škola Franje Krežme Osijek

VJEŠTINE

Aktivno služenje engleskim jezikom

Aktivno služenje njemačkim jezikom

Dobro poznavanje rada na računalu

Sviranje klavira