

Primjena kognitivno-bihevioralne terapije kod bolesnika s ozljedom kralješnične moždine

Renato PAHIĆ¹, Tea PAHIĆ²

¹Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice

²Sveučilište u Zagrebu, Učiteljski fakultet

Sažetak

Osobe s ozljedom kralješnične moždine (OKM) često doživljavaju ozbiljne psihološke, psihosocijalne i kognitivne probleme te su pod naglašenim rizikom za razvoj depresije, anksioznih poremećaja, problema s ovisnošću, osjećaja bespomoćnosti, slabog suočavanja sa stresom i niskog samopouzdanja. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), kao visoko strukturiran i vremenski ograničen tretman koji je orijentiran na cilj, kod osoba s OKM-om pokazuje visoku učinkovitost u smanjenju simptoma psihičkih poremećaja. Istraživački nalazi potvrđuju da provedba KBT-a tijekom rehabilitacije ima značajne pozitivne učinke na rane emocionalne ishode kod odraslih osoba s OKM-om. Potvrđena je učinkovitost KBT tretmana depresije, anksioznosti, suočavanja s problemima i smanjenja boli kod osoba sa OKM-om, a značajni dugoročni učinak nazire se kod depresivne simptomatologije. S ciljem utvrđivanja smjernica za kreiranje posebnih KBT programa za populaciju s OKM-om buduća bi se istraživanja trebala usmjeriti na ispitivanje djelotvornosti pojedinih kognitivno-bihevioralnih tehnika u tretmanu određenog poremećaja.

Ključne riječi: kognitivno-bihevioralna terapija, ozljeda kralješnične moždine, mentalni poremećaji

Abstract

People with spinal cord injury (SCI) often experience severe psychological, psychosocial and cognitive problems and have an increased risk for developing

depression, anxiety disorders, addiction, feelings of helplessness, poor coping mechanisms and low self-esteem. As a highly structured, time framed and goal oriented treatment cognitive-behavioral therapy (CBT) shows high efficiency in reducing the symptoms of mental disorders in people with SCI. Research findings confirm that the implementation of CBT during rehabilitation has significant positive effects on early emotional outcomes in adults with SCI. The short-term efficacy of CBT is confirmed in treatment of depression, anxiety, coping with problems and pain relief in patients with SCI, while significant long-term impact can be discerned in depressive symptoms. In order to establish guidelines for the creation of special CBT programs for the SCI population focus of the future research should be placed on effectiveness of individual cognitive-behavioral techniques in the treatment of specific mental disorders.

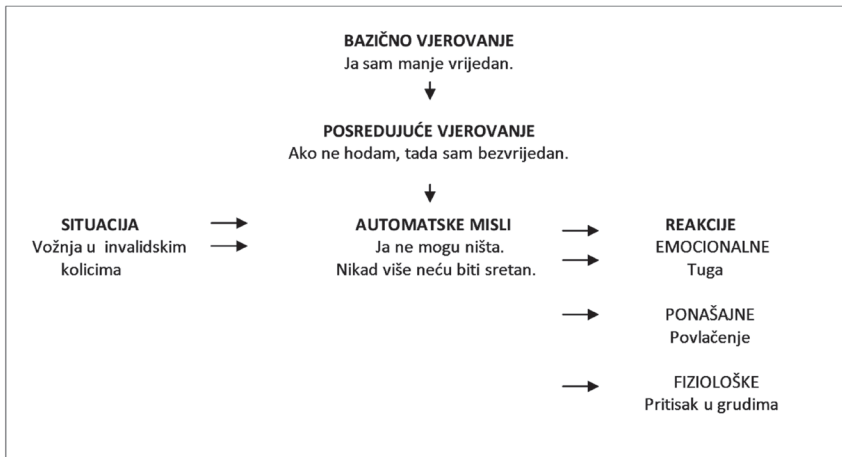
Key words: cognitive behavioral therapy, spinal cord injury, mental disorders

Uvod

Budući da većina ljudi nije pripremljena za posljedice bolesti koje utječu na opću funkcionalnost i rezultiraju invaliditetom, tjelesne bolesti i stanja umnogome pridonose poremećajima mentalnog zdravlja koji nastaju kao posljedica stresa zbog pojave bolesti [1]. Najčešći oblik kliničke psihološke intervencije predstavljaju neke od psihoterapijskih metoda psihodinamskog, kognitivno-bihevioralnog ili fenomenološkog pristupa [2]. Budući da rehabilitacija bolesnika s ozljedom kralješnične moždine (OKM) slijedi zahtjevan dnevni raspored, kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), koje su vremenski ograničene i izuzetno strukturirane, u tretmanu ovih osoba predstavljaju dobar psihoterapijski izbor. Što su kognitivno-bihevioralne terapije i kome su namijenjene?

Iz perspektive kognitivno-bihevioralnog modela ponašanje i doživljavanje pojedinca, bilo ono prilagođeno ili neprilagođeno, sagledava se u okviru međusobnog djelovanja unutrašnjih bioloških i psiholoških te vanjskih socijalnih faktora. U potpunosti uvažavajući biološke i socijalne čimbenike te njihov mogući utjecaj na neprilagođeno ponašanje i doživljavanje osobe, ovaj terapijski pristup u nastanku psihičkih smetnji jasno prepoznaje i ulogu kognitivnih iskrivljenja [3]. Budući da je dokazano da misli imaju veliki utjecaj na ponašanje i doživljaje, te da su emocionalni problemi i neprilagodba temeljeni na iskrivljenim misaonim tumačenjima i iracionalnim vjerovanjima [2], tijekom terapije iskrivljene se kognicije nastoje prepoznati i modificirati u cilju promjene disfunkcionalnog ponašanja. S obzirom na to da se radi

o složenom međudjelovanju misli, emocija i ponašanja, disfunkcionalna ponašanja također utječu na formiranje nefunkcionalnih misaonih obrazaca, stoga KBT intervencija podrazumijeva i promjenu disfunkcionalnih ponašanja s ciljem mijenjanja kognitivnih obrazaca. U skladu s kognitivnim modelom, disfunkcionalno mišljenje, koje utječe na raspoloženje i ponašanje osobe, nalazi se kod svih psihičkih smetnji [4].



Shema 1. Primjer disfunkcionalnog obrasca mišljenja i reakcija koje izaziva prema Beckovom kognitivnom modelu

Kognitivno-bihevioralna terapija vremenski je ograničena i relativno kratka, orijentirana je na cilj i usmjerena na problem. Primjenjiva je za širok raspon psiholoških problema i poremećaja uključujući poremećaje raspoloženja, anksioznost, poremećaje prilagodbe, stresna stanja, strahove, ljutnju, partnerske probleme i slično. Primjenjuje se u obliku KBT psihoterapije ili psihološkog savjetovanja po KBT principima. U okviru psihološkog savjetovanja moguća je primjena samo nekih određenih bihevioralnih, odnosno kognitivnih tehnika. Provodi se kroz individualne i grupne tretmane te kao partnerska terapija, s odraslim klijentima ili s djecom. Sam tretman visoko je strukturiran, a rukovodi se jasno definiranim principima među kojima se ističu transparentnost i edukativnost. Naglašava se sadašnjost u smislu da su neugodna emocionalna stanja i/ili disfunkcionalna ponašanja koje pojedinac u nekom trenutku doživljava posljedica njegovih interpretacija i tumačenja kojih u danom trenutku često nije svjestan [4].

Učinkovitost i efikasnost kognitivno-bihevioralnih terapija

Za učinkovitost psihoterapijskih tretmana podjednako su zainteresirani, kako istraživači iz tog područja, tako i sami psihoterapeuti i njihovi klijenti. Općenito govoreći, rezultati provedenih meta-analiza o efikasnosti kognitivno-bihevioralnih terapija ukazuju na njihove dugoročne učinke u smanjenju simptoma kod različitih vrsta psihičkih poremećaja [2,5,6,7]. Također, rezultati meta-analiza koje se bave utvrđivanjem razlika u učinkovitosti pojedinih vrsta psihoterapija ukazuju na malu do umjerenu prednost u efikasnosti kognitivno-bihevioralnih terapija u odnosu na druge psihoterapijske pravce [8,9]. Naime, od 25 empirijski validiranih psihoterapijskih tretmana, za koje je jasno utvrđena učinkovitost u smanjenju simptoma kod pojedinih vrsta poremećaja, čak dvije trećine predstavljaju tretmani iz kognitivno-bihevioralnog spektra [2].

Psihološki problemi osoba s OKM-om

Budući da do ozljede kralješnične moždine najčešće dolazi iznenada i neočekivano, njene se posljedice snažno odražavaju na sve aspekte života osobe te se doživljavaju kao osobna prijetnja osjećaju stabilnosti i kontrole. Ozljeda kralježničke moždine, kao kompleksna ozljeda koja često rezultira invaliditetom, snažno utječe na sveukupno funkcioniranje osobe, ali i na njenu socijalnu okolinu. Mnogi preživjeli doživljavaju ozbiljne psihološke, psihosocijalne i kognitivne probleme, a pod osobitim su rizikom za razvoj depresije, anksioznih poremećaja, problema s ovisnošću, osjećaja bespomoćnosti, slabog suočavanja sa stresom i niskog samopouzdanja [10,11]. Gotovo polovina ispitanika (48,5%) s OKM-om pati od nekih psihičkih problema: depresije 20 - 37% [10,12,13,14], anksioznosti 30%, kliničkog stresa 25%, te posttraumatskog stresnog poremećaja 8,4%, što je dvostruko više u odnosu na opću populaciju [12]. Također, kod ovih je osoba, u odnosu na opću populaciju, značajno izraženija vjerojatnost javljanja psihopatološkog komorbiditeta.

Kao što se može uočiti, najčešći psihološki problem povezan s OKM-om predstavlja depresija koja se manifestira kao gubitak zadovoljstva, koji prati gubitak energije, problemi s koncentracijom, spavanjem i apetitom [10,13]. Iako su rani istraživači pojavu depresije najčešće interpretirali kao dio procesa prilagodbe na OKM, u novije vrijeme ona se smatra sekundarnom komplikacijom koja je povezana sa smanjenjem kvalitete života, slabom socijalnom integracijom i lošijom premorbidnom slikom [12,15], što u konačnici rezultira produljenom rehabilitacijom [15] i s više sekundarnih tjelesnih komplikacija [15,16]. Prevalencija velikog depresivnog poremećaja kod muškaraca s OKM-

om u akutnoj fazi je otprilike dva posto veća nego kod žena i iznosi 9,9%, dok je prevalencija ostalih depresivnih poremećaja za oba spola podjednaka i kreće se oko 10% [14]. Godinu dana nakon ozljede kriterije za veliki depresivni poremećaj zadovoljava 11,4% ispitanika [17].

Uz depresivno raspoloženje, kod bolesnika s OKM-om česti su kronična bol i kronični umor. Kronična bol značajno doprinosi povećanom depresivnom raspoloženju: bolesnici s većom kroničnom boli imaju 8 puta veću vjerojatnost za razvoj depresije i 9 puta veću vjerojatnost za pojavu kroničnog umora [18]. Nalazi također indiciraju da ispitanici s izraženijim stupnjem kronične boli u značajno većoj mjeri doživljavaju konfuzna stanja, anksioznost i ljutnju, niske energetske razine funkcioniranja te iskazuju niže procjene samoefikasnosti [18] što upućuje na potrebu za kontinuiranim razvojem efikasnih tretmana, kako za bol tako i za umor, s ciljem prevencije i smanjenja negativnih posljedica ovih simptoma [19].

Budući da prisustvo ili odsustvo depresije može biti ključan faktor u procesu oporavka pacijenta identifikacija faktora koji doprinose nastanku depresije kod osoba s OKM-om od velike je važnosti. Među faktorima za koje se smatra da doprinose većem riziku pojave depresije nalaze se veća ozbiljnost hendikepa, stupanj samopercipiranog hendikepa, nedostatak autonomije, postojanje ozbiljnih komplikacija, slabije obrazovanje, veći broj sati provedenih u krevetu, mlađa dob, postojanje psihijatrijskih problema prije nastanka OKM-a, neadekvatne strategije suočavanja, bol, nizak aktivitet, učestala uporaba alkohola nakon ozljede, nedostatna osobna asistencija, somatski simptomi, razvod, nezaposlenost, dekubitus, niska samoprocjena prilagodbe na invalidnost i neurološki deficiti [15]. S druge strane, značajnim zaštitnim čimbenicima pokazali su se: dobra premorbidna slika [12] i zaposlenost osobe [14].

Rezultati primjene KBT-a u tretmanu psihičkih poremećaja kod bolesnika s OKM-om

Iako postoji značajan broj dosadašnjih istraživanja koja su ispitivala utjecaj KBT terapije na psihosocijalnu prilagodbu pacijenata s ozljedom kralježničke moždine, najveći problem ovih istraživanja, kao i najčešći problem većine kliničkih istraživanja, uglavnom je mali uzorak ispitanika i/ili neadekvatna kontrola. Ipak, opsežnim pregledom literature iz ovog područja pojedini su istraživači izdvojili određen broj istraživanja koja u znatnom dijelu udovoljavaju kriterijima za valjano donošenje zaključaka o utjecaju KBT tretmana na

psihosocijalnu prilagodbu osoba s OKM-om. Nalazi meta-analize istraživanja o utjecaju KBT tretmana na psihološku prilagodbu osoba s OKM-om, u čije su razmatranje ušli samo nacrti kontroliranih istraživanja i kvazi-eksperimentalni nacrti sa slučajnim odabirom ispitanika te čije su intervencijske grupe bile slične po spolu, dobi, tipu i ozbiljnosti ozljede, ukazuju da provedba KBT tijekom rehabilitacije ima značajne pozitivne učinke na rane emocionalne ishode kod odraslih osoba s OKM-om [20]. Velike i značajne međugrupne razlike uočene su na mjerama asertivnosti, suočavanja, samoefikasnosti, depresije i kvalitete života, pri čemu rezultati intervencijskih grupa ukazuju na uspješniju prilagodbu. Nalazi drugih istraživanja također ukazuju na učinkovitost KBT u tretmanu depresije, anksioznosti, boli, prilagodbe na invaliditet i suočavanju s problemima kod osoba s OKM-om u fazi rehabilitacije [21,22,23,24,25]. Međutim, zbog širokog raspona različitih intervencijskih tehnika koje ove terapije obuhvaćaju djelotvornost pojedinih tehnika u tretmanu određenog poremećaja nije u potpunosti razjašnjena. Tek se u rijetkim istraživanjima obratila pozornost djelotvornosti primijenjenih tehnika i to uglavnom kroz subjektivnu procjenu korisnosti tretmana od strane pacijenata. Nalazi ovih istraživanja pokazuju da pacijenti osobito korisnim procjenjuju trening socijalnih vještina, trening asertivnosti, bihevioralnu aktivaciju, problem solving i trening kontrole boli [15,22,23]. Iz tog razloga bilo bi poželjno da, u cilju kreiranja posebnih KBT programa za rad s pacijentima s OKM-om, ispitivanje djelotvornosti pojedinih tehnika svakako uđe u fokus budućih istraživanja iz ovog područja.

Iako je u nekim istraživanjima dugoročni učinak KBT na smanjenje simptoma depresije kod osoba s OKM-om utvrđen [26], ostala istraživanja uglavnom nisu uspjela potvrditi takve nalaze [20,21]. Međutim, budući da istraživanja pokazuju kako je depresija povezana s produljenom rehabilitacijom i manje funkcionalnih dobitaka osoba s OKM-om [15,27], osobe kod kojih se javi depresija kao posljedica OKM-a u hospitalnoj fazi rehabilitacije sasvim sigurno mogu imati velike dobrobiti od kognitivno-bihevioralnih tretmana.

Zaključak

Dosadašnji nalazi nedvojbeno ukazuju na pozitivan učinak KBT tretmana na smanjenje simptoma depresije, anksioznosti, poremećaja u prilagodbi i stresa, boljeg suočavanja s boli kod osoba s OKM-om tijekom rehabilitacije, te evidentiraju dugoročne učinke u smanjenju simptoma depresije. Primjena KBT-a se tako prepoznaje kao visoko učinkovit tretman za smanjenje psihičkih smetnji i poremećaja kod osoba s OKM-om koji rezultira kraćim trajanjem

rehabilitacije i većim funkcionalnim dobicima osobe u odnosu na klasični rehabilitacijski program.

Literatura:

1. Dattilio, F.M., Freeman, A. (2011). Kognitivno-bihevioralne strategije u kriznim intervencijama. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Nietzel, M.T., Bernstein, D.A. i Milich, R. (2002). Uvod u kliničku psihologiju. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Anić, N. (ur.) (1990). Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
4. Beck, J.S. (2007). Osnove kognitivne terapije. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Andrews, G., Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A re-analysis of the Smith, Glass, and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
6. Nicholson, R.A., Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
7. Robinson, I.A., Berman, J. S., Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
8. Shapiro, D.A., Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy*, 10, 4-25.
9. Svartberg, M., Stiler, T.C. (1991). Comparative effects of short-term psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 59, 704-714.
10. Davidoff, E. Roth, P. Thomas et al. (1990). Depression among acute spinal cord injury patients: A study utilizing the Zung self-rating depression scale. *Rehabilitation Psychology*, 35, 171-180.
11. Hawkins, D.A., Heinemann, A.W. (1998). Substance abuse and medical complications following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 43, 219-231.
12. Migliorini, C., Tonge, B., Taleporos, G. (2008). Spinal cord injury and mental health. *Aust N Z J Psychiatry*, 42(4), 309-14.
13. Craig A., Tran Y., Middleton J. (2009). Psychological morbidity and spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 47, 108-114.
14. Kalpakjian, C.Z., Albright, K.J. (2006). An examination of depression through the lens of spinal cord injury. Comparative prevalence rates and severity in women and men. *Womens Health Issues*, 16(6), 380-8.
15. Arango-Lasprilla, J.C., Ketchum, J.M., Starkweather, A., Nicholls, E., Wilk, A.R. (2011). Factors predicting depression among persons with spinal cord injury 1 to 5 years post injury. *Neurorehabilitation*, 29, 9-21.

16. Krueger, H., Noonan, V.K., Williams, D., Trenaman, L.M., Rivers, C.S. (2013). The influence of depression on physical complications in spinal cord injury: behavioral mechanisms and health-care implications. *Spinal Cord*, 51, 260-266.
17. Bombardier, C.H., Richards, J.S., Krause, J.S., Tulsy, D., Tate, D.G. (2004). Symptoms of major depression in people with spinal cord injury: implications for screening. *Arch Phys Med Rehabil*, 85(11), 1749-1756.
18. Craig A., Tran Y., Siddall P. i sur. (2013). Developing a model of associations between chronic pain, depressive mood, chronic fatigue, and self-efficacy in people with spinal cord injury. *J Pain*, 14(9), 911-20.
19. Alschuler, K.N., Jensen, M.P., Sullivan-Singh, S.J., Borson, S., Smith, A.E., Molton, I.R. (2013). The association of age, pain, and fatigue with physical functioning and depressive symptoms in persons with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*, 36(5), 483-91.
20. Dorstyn D., Mathias J., Denson L. (2010). Efficacy of cognitive behavior therapy for the management of psychological outcomes following spinal cord injury: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 20, 1-18.
21. Mehta, S., Orenczuk, S., Hansen, K. T. i sur. (2011). An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 56, 15-25.
22. Perry, K.N., Nicholas, M.K., Middleton, J.W. (2010). Comparison of a pain management program with usual care in a pain management center for people with spinal cord injury-related chronic pain. *Clin J Pain*, 26(3), 206-16.
23. Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol*, 42, 41-52.
24. Dorstyn, D., Mathias, J., Denson, L. (2010). Psychological intervention during spinal rehabilitation: a preliminary study. *Spinal Cord*, 48(10), 756-761.
25. Craig, A., Hancock, K. (1998). Living with spinal cord injury: longitudinal factors, interventions and outcomes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5(2), 102-108.
26. Craig, A. R., Hancock, K., Dickson, H., Chang, E. (1997). Long-term psychological outcomes in spinal cord injured persons: results of a controlled trial using cognitive behavior therapy. *Arch Phys Med Rehabil*, 78(1), 33-38.
27. Malec, J., Neimeyer, R. (1983). Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care. *Arch Phys Med Rehabil*, 64, 359-363.