

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN ZDRAVSTVENE ANKSIOZNOSTI

TATJANA PRVULOVIĆ MIRKOVIĆ i DRAGANA MARKANOVIĆ¹

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod i

¹*Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije, Zagreb, Hrvatska*

Somatoformni simptomi, somatizacije i tjelesni simptomi anksioznosti uobičajeni su okidači za razvoj zdravstvene anksioznosti i hipohondrijskih strahova. Pacijenti su često preokupirani somatskim smetnjama te su skloni i normalne tjelesne senzacije interpretirati kao patološke, što rezultira porastom anksioznosti i uz nju vezanih simptoma tjelesne pobuđenosti. Percipirajući ih opasnima, pacijenti doživljavaju daljnji porast anksioznosti i počinju se ponašati na izbjegavajuće načine, što dovodi do pogoršanja sveukupnog stanja.

U ovom prikazu slučaja opisana je 45-godišnja ženu koja je imala višegodišnje povremene anksiozne i somatoformne simptome te joj je dijagnosticiran niz somatskih poremećaja. Nakon operacije cerebralne aneurizme razvila je jake hipohondrijske strahove i disfunkcionalnost u svim poljima, koji su perzistirali unatoč farmakološkom i suportivnom psihijatrijskom liječenju. Uključena je u 11 seansi kognitivno-bihevioralnog tretmana. Uz niz bihevioralnih tehnika, središnju ulogu u terapiji imala je kognitivna restrukturacija namijenjena prepoznavanju i mijenjanju disfunkcionalnih kognicija. Evaluacija tretmana učinjena je neposredno nakon i 3,5 godine nakon njegovog završetka. Pacijentica je izvijestila o značajnom poboljšanju stanja, što je u skladu sa znanstvenim istraživanjima koja potvrđuju da je kognitivno-bihevioralna terapija najučinkovitija terapija za liječenje zdravstvene anksioznosti i somatoformnih poremećaja.

Ključne riječi: zdravstvena anksioznost, somatoformni poremećaj, kognitivno-bihevioralna psihoterapija

Adresa za dopisivanje: Tatjana Prvulović Mirković, dr. med.
Odjel za duševne bolesti
Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“
Andrije Štampara 42
35 000 Slavonski Brod, Hrvatska
Tel: 035 201 834; Gsm: 091 333 9955
E-pošta: prvulovic.mirkovic@gmail.com

UVOD

Zdravstvena anksioznost je pretjerana zabrinutost za zdravlje koja izaziva značajnu emocionalnu uznemirenost i utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe. Javlja se na kontinuumu i cijelim spektrom psihijatrijskih poremećaja, kao što su somatoformni poremećaji, anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja i psihotični poremećaji (1).

Česti okidači straha i brige za zdravlje su tjelesni simptomi. Ponekad su ti simptomi uvjetovani dijagnosticiranom tjelesnom bolešću, ponekad je riječ o somatskim smetnjama bez jasne organske etiologije, a zabrinutost nerijetko izazivaju i tjelesne senzacije koje su po svojoj prirodi posve normalne (2).

Većina pacijenata preokupiranih brigama o zdravlju ima brojne anksiozne i/ili somatoformne te depresivne simptome obično zadovoljavajući dijagnostičke kriterije za više poremećaja iz tog spektra. Prema klasifikacijama MKB-10 (3) i DSM-IV (4) to su uglavnom dijagnoze iz kruga somatoformnih i anksioznih poremećaja, među kojima zbog preklapanja kriterija i smjernica često postoji visok komorbiditet. Za razliku od tih klasifikacija, u kojima su osnovni uvjet za postavljanje dijagnoze somatoformnih poremećaja i hipohondrijaze medicinski neobjašnjeni tjelesni simptomi, u klasifikaciji DSM-5 (5) prekida se s potenciranjem dihotomije psihogeno-organsko, ukidaju se pojmovi somatoforman i hipohondrijaza te se uvode nove dijagnostičke kategorije (Poremećaj sa somatskim simptomima i Anksiozni poremećaj zbog bolesti). Kao ključno obilježje sada se ističe postojanje jednog ili više somatskih simptoma koji kod pacijenta izazivaju patnju i/ili disfunkcionalnost i zbog kojih se počinje ponašati, osjećati i razmišljati drugačije nego ranije. U većini slučajeva brige o zdravlju započinju u ranoj odrasloj dobi i kroničnog su tijeka, sa simptomima koji često variraju u obliku i intenzitetu i koji se izmjenjuju s razdobljima bez tjelesnih simptoma (5).

Poremećaji iz somatoformnog spektra desetljećima su smatrani otpornima na liječenje (6). Međutim, niz znanstvenih istraživanja pokazuje da različiti oblici psihoterapije mogu dovesti do značajnog poboljšanja simptoma (7), a kao osobito učinkovit pristup ističe se kognitivno-bihevioralna terapija (8-11). Posljednjih godina sve je više dokaza da podjednako dobre učinke kao tradicionalna kognitivno-bihevioralna terapija imaju i programi koji se provode putem interneta (12,13), a obećavajućom se čini i kognitivna terapija utemeljena na usredotočenoj svjesnosti (14-16).

Kognitivno-bihevioralni modeli zdravstvene anksioznosti naglašavaju da su strahovi vezani uz zdravlje i s njima povezana problematična ponašanja posljedica tumačenja tjelesnih simptoma na prijeteci način (2,17,18). Sklonost takvom načinu razmišljanja obično se razvija interakcijom biološke ranjivosti osobe i njezinih ranih učenja, odnosno relevantnih iskustava kao što su iskustva bolesti i smrti ili stresni životni događaji. Na temelju njih osoba razvija opća vjerovanja o sebi, drugima, svijetu i budućnosti (npr. „*Slab sam*“, „*Ne mogu se nositi s neugodom*“, „*Svijet je prepun opasnosti*“), kao i niz s njima povezanih stavova, pravila i pretpostavki (npr. „*Promjene u tijelu siguran su znak bolesti*“, „*Moram sve imati pod kontrolom*“, „*Ako se opustim, dogodit će se nešto loše*“). Pri susretu s različitim unutarnjim (tjelesni simptomi i senzacije) i vanjskim okidačima (slušanje ili čitanje o bolestima, dijagnoza tjelesne bolesti, obolijevanje bliske osobe) osoba s takvim vjerovanjima bit će ih sklona interpretirati na katastrofičan način. Strahujući da bi ti simptomi mogli biti opasni, počinje pretjerano usmjeravati pažnju na tijelo, nerijetko tumačeći čak i normalne tjelesne senzacije kao patološke. Istraživanja pokazuju da te osobe često pate i od perceptivnih pristranosti pa tako, primjerice, normalne tjelesne senzacije doživljavaju averzivnijima i intenzivnijima nego zdrave osobe (2). Ko-

gnitivno-bihevioralni modeli nadalje ističu da percepcija prijetnje dovodi do intenziviranja anksioznosti i tjelesne pobuđenosti, što pak dovodi do pogoršanja sveukupnog stanja. Kako bi ublažila anksioznost, osoba počinje primjenjivati niz sigurnosnih ponašanja kao što su provjeravanje simptoma i tijela, pretraživanje interneta, traženje razuvjeravanja od bliskih osoba ili medicinskog osoblja, zahtijevanje medicinskih pretraga, ostajanje blizu bolnice itd., a česta su i izbjegavanja različitih situacija vezanih uz bolest ili smrt.

Zbog snažne povezanosti emocionalne, tjelesne, kognitivne i bihevioralne komponente poremećaja, djelovanjem na bilo koju od njih moguće je prekinuti njegov začarani krug (19). Na početku kognitivno-bihevioralnog tretmana s pacijentom je važno uspostaviti odnos povjerenja i razumijevanja, detaljno analizirati njegovo zdravstveno stanje te identificirati predisponirajuće, precipitirajuće i posebice održavajuće faktore (17). Uz podučavanje relaksacijskim tehnikama i tehnikama ovladavanja stresom, kao korisne bihevioralne tehnike osobito se ističu postupno izlaganje situacijama povezanim s bolešću te sprječavanje provjeravanja i razuvjeravanja, kao i rad na bihevioralnoj aktivaciji i poticanju zdravog ponašanja (2,19). Budući da disfunkcionalne kognicije imaju središnju ulogu u razvoju i održavanju poremećaja, pacijenta je tijekom terapije nužno podučiti tehnikama za prepoznavanje uznemirujućih misli o bolesti i evaluaciju njihove realističnosti, pomoći mu da razvije alternativna tumačenja, poveća toleranciju neizvjesnosti te prihvati tjelesne simptome, kao i realitet bolesti i smrti (2,19). Osim toga, više istraživanja pokazuje da osobe sa zdravstvenom anksioznošću imaju teškoće s prepoznavanjem i izražavanjem emocija, njihovim razlikovanjem od tjelesnih senzacija i toleriranjem neugode, zbog čega se osobito važnim elementom terapije čini i rad na otkrivanju, razlikovanju, izražavanju i prihvaćanju emocija (20, 21).

Cilj ovoga rada je prikazati kognitivno-bihevioralni tretman pacijentice koja je imala višegodišnje polimorfne somatske simptome, koji su izazivali različit stupanj anksioznosti ovisno o značenju koje im je pridavala. Postavljen joj je i niz organskih dijagnoza. Nakon operacije cerebralne aneurizme razvila je jake hipohondrijske strahove, visoku opću anksioznost i disfunkcionalnost koji nisu prevladani unatoč farmakoterapijskom i suportivnom psihijatrijskom liječenju.

PRIKAZ SLUČAJA

I. POVIJEST SLUČAJA

Opće informacije. Jana je 45-godišnja žena, udana i majka dvoje maloljetne djece. Živi sa suprugom i djecom u podstanarskom stanu. Po zanimanju je frizerka i dugo-trajno je nezaposlena.

Glavna pritužba. Žali se na „neprestane zastrašujuće misli“ o različitim bolestima od kojih bi se mogla razboljeti i umrijeti, kao i na niz somatskih smetnji i otežano svakodnevno funkcioniranje.

Razvoj trenutnog problema. Prve smetnje Jana je imala u poslijeporođajnom razdoblju, kada je imala 32 godine. Nakon rođenja prvog djeteta počela je doživljavati slabost, nesvjesticu, drhtavicu i znojenje te je kao reakciju na te simptome razvila anksiozne i agorafobične smetnje (somske smetnje mogle su biti uzrokovane anemijom i iscrpljenošću, ali nije isključena ni psihogena etiologija). Četiri godine kasnije, zbog teške bolesti oca, ponovno osjeća znojenje, lupanje srca, trnce, bol u želucu, slabost i sl., ali ih shvaća kao posljedicu stresa te ne brine o njima u značajnijoj mjeri. Nakon očeve smrti i tijekom druge trudnoće smetnje se pogoršavaju te su sljedećih šest godina oscilirajućeg tijeka. U dobi od 43 godine ponovno se intenziviraju. Jana je tada podvrgnuta nizu pretraga koje su rezultirale postavljanjem više dijagnoza. Iduće godine započinje razdoblje izraženijih smetnji i hipohondrijaze koje Jana povezuje sa strahom doživljenim tijekom ultrazvučnog pregleda kod kardiologa, a zatim i s dijagnosticiranjem cerebralne aneurizme. Nakon embolizacije aneurizme rečeno joj je da je aneurizma bila nuznalaz i da nije uzrokovala njezine tegobe. Također joj je pojašnjeno da nema nikakve opasnosti od pucanja zaostale aneurizme od 2x3 mm, niti ikakvih ograničenja u ponašanju. Unatoč urednim nalazima i razuvjeravanju od strane liječnika Janini strahovi se pojačavaju, postaje usredotočena na oslušivanje svojih tjelesnih senzacija i sve se više pasivizira.

Medicinska povijest. U dobi od 43 godine pacijentici su postavljene sljedeće dijagnoze: cervikalni sindrom, lumbosakralni sindrom, sindrom iritabilnog crijeva, vertiginozni sindrom, kronični gastritis, arterijska hipertenzija, atipične stenokardije. Sljedeće godine uspješno je operirala cerebralnu aneurizmu.

Psihijatrijska povijest. Od prve pojave smetnji Jana je u nekoliko navrata zatražila pomoć psihijatra te je povremeno uzimala anksiolitike i antidepresive. Unatrag 14 mjeseci (nakon operacije) nalazi se u redovnom ambulantom farmakološkom (escitalopram+alprazolam) i suportivnom psihijatrijskom tretmanu pod dijagnozom anksiozno-depresivnog poremećaja. Budući da na tretman ne odgovara, psihijatrica ju šalje na kognitivno-bihevioralnu terapiju.

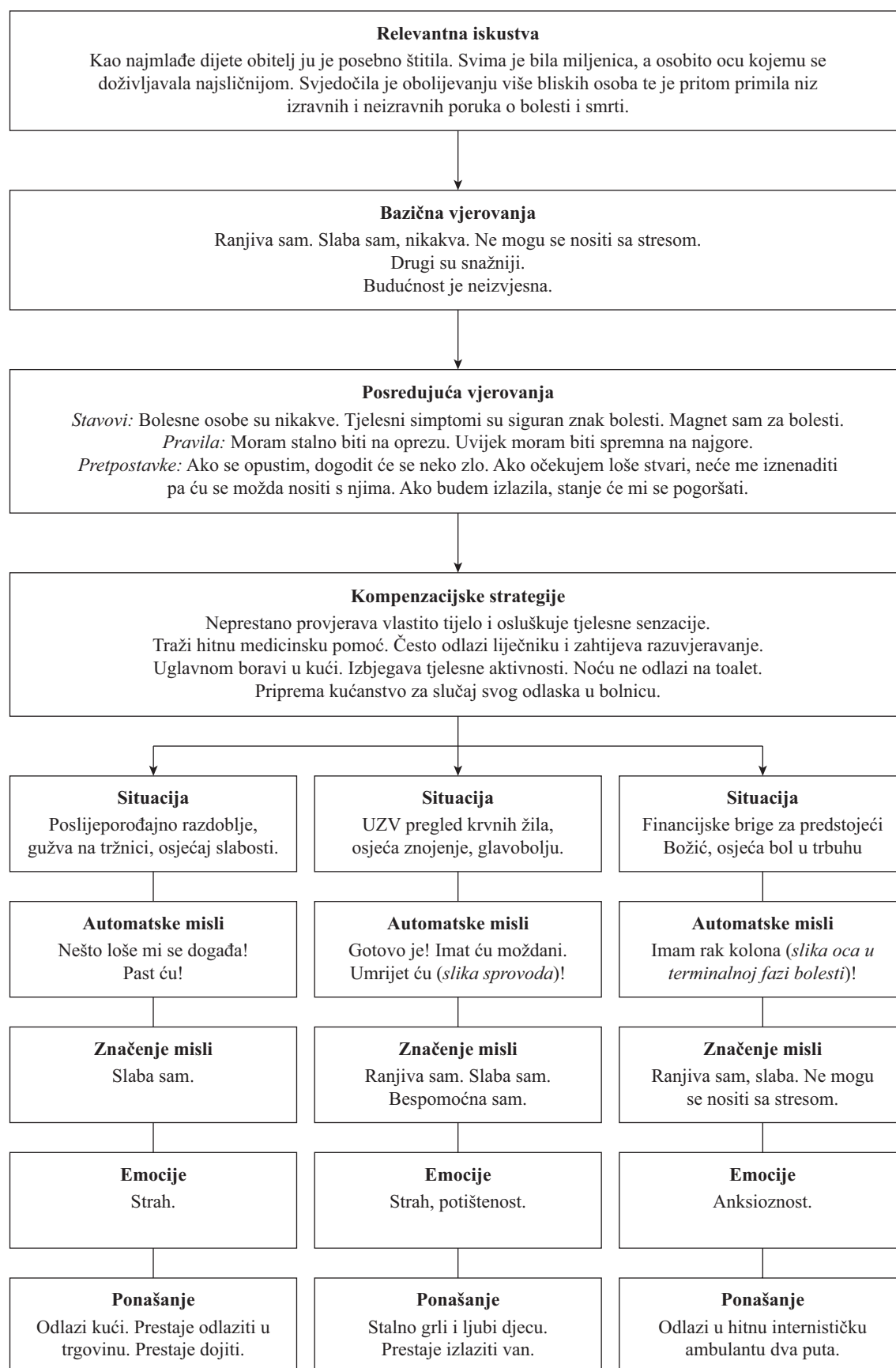
Osobna i socijalna povijest. Pacijentica je odrasla u brojnoj i blisko povezanoj obitelji kao najmlađa od sedmero djece. Opisuje se kao vedra i društvena osoba. Uvijek je bila aktivna i bavila se sportom. U obitelji nije bilo psihičkih bolesti, ali više članova je bolovalo od niza tjelesnih bolesti (majka boluje od karcinoma želuca, sestra je imala limfom, brat je prebolio srčani udar, nekoliko bliskih osoba je imalo probleme s kralježnicom). Najteže ju je pogodila bolest i smrt oca s kojim je bila vrlo bliska, a koji je umro od karcinoma kolona. U svojoj sekundarnoj obitelji osjeća nezadovoljstvo i visoku razinu stresa. Suprug je nakon teškog ranjavanja u ratu ostao invalid. Unatoč izraženim simptomima iz kruga PTSP-a i depresije odbija psihijatrijsku pomoć pa Jana godinama nosi teret većine obiteljskih obveza. Suprugova mirovina jedini im je stalni izvor prihoda, a zbog nepovoljnih ekonomskih transakcija izgubili su stan. Izvještava i o problemima s trinaestogodišnjim sinom koji je teško prilagodljiv i postiže loš školski uspjeh.

II. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA FORMULACIJA SLUČAJA

Precipitanti i okidači pogoršanja. Prvoj pojavi Janinih strahova od tjelesnih simptoma prethodilo je rođenje prvog djeteta. Tijekom idućih 12 godina pogoršanja je doživljavala u razdobljima većih životnih stresova kao što su bolest i smrt oca te trudnoća. Stanje joj se značajnije pogoršava nakon dijagnoze niza tjelesnih bolesti i ultrazvučnog pregleda krvnih žila vrata prilikom kojega joj je medicinski tehničar rekao da su joj žile začepljene i da mora početi voditi računa o sebi želi li živjeti. Posljednjih godinu dana, nakon operacije aneurizme, okidači anksioznosti su svakodnevne situacije u kojima primjećuje različite tjelesne simptome, razgovori o bolesti i smrti i sl.

Presjek tipičnih trenutnih kognicija i ponašanja. Nakon pojave okidača Jana postaje preokupirana mislima o bolesti i smrti. Najčešće automatske misli koje joj prolaze kroz glavu su: „Imam vrtoglavicu. Puknut će mi aneurizma!“, „Imam aneurizmu. Možda imam još nešto...“, „Boli me u trbuhu. Sigurno imam rak kao i tata!“, „Lupa mi srce! Gotovo je! Imat ću srčani!“ itd. Katastrofične kognicije obično su popraćene emocijama straha i anksioznosti, a na tjelesnom planu mišićnom napetošću, nemogućnošću opuštanja, znojenjem, trncima, vrtoglavicom, smetnjama ravnoteže, glavoboljom, bolovima u kralježnici, nadutošću, gastričnom neugodom i bolovima. Na ponašajnom planu je na stalnom oprezu pa tako neprestano provjerava svoje tijelo, promatra ga, osluškuje tjelesne senzacije. Stalno čisti i posprema kuću te pere i glača odjeću, kako bi obitelj bila zbrinuta u slučaju njezinog odlaska u bolnicu. Zbog straha da će pasti ima i niz izbjegavanja pa tako noću trpi potrebu za mokrenjem, rijetko izlazi iz kuće i ne bavi se nikakvim tjelesnim aktivnostima. Primjeri Janinih tipičnih automatskih misli, emocija, tjelesnih reakcija i ponašanja u različitim aktivirajućim situacijama prikazani su u donjem dijelu sl. 1.

Longitudinalni pogled na kognicije i ponašanja. Svjedočeći obolijevanju njoj bliskih osoba, opažajući načine na koje su se nosile s bolestima i primajući tijekom interakcija s njima različite izravne i neizravne poruke o bolestima i smrti, Jana je tijekom mladosti razvila disfunkcionalna bazična vjerovanja o sebi i drugima. Sebe je percipirala kao ranjivu, slabu i nesposobnu za nošenje sa stresom, a druge ljude kao snažnije i moćnije. Kako bi se nosila s idejama o vlastitoj bespomoćnosti, razvila je niz pravila (npr. „Moram stalno biti na oprezu“, „Uvijek moram biti spremna na najgore“), stavova (npr. „Tjelesni simptomi su siguran znak bolesti“, „Bolesne osobe su nikakve“) i pretpostavki („Ako se opustim, dogodit će se neko zlo“, „Ako očekujem loše stvari, neće me iznenaditi pa ću se možda uspjati nositi s njima“). Stoga je kao ključne strategije samozaštite počela koristiti provjeravanje vlastitoga tijela, razuvjeravanje od strane drugih osoba i izbjegavanje različitih situacija za koje je vjerovala da bi mogle dovesti do pojave ili pogoršanja tjelesnih simptoma. Njezina ključna vjerovanja i glavne strategije suočavanja prikazane su na sl. 1.



Sl. 1. Dijagram kognitivne konceptualizacije smetnji pacijentice Jane

Prednosti i jake strane. Pri rješavanju različitih životnih problema Jani su pomagale vrlo dobre intelektualne sposobnosti, a njezino napredovanje u terapiji mogle su potpomoći i izražene osobine savjesnosti, marljivosti, iskrenosti i spontanosti, kao i otvorenost za nova iskustva.

III. TIJEK TRETMANA

Popis problema. Kao svoje najznačajnije probleme Jana je izdvojila: (a) strah od bolesti i smrti, (b) učestale somatske simptome (bolovi u trbuhu, glavobolja, vrtoglavica), (c) visoku opću anksioznost, te (d) probleme u bračnom i obiteljskom funkcioniranju.

Ciljevi tretmana. S pacijenticom je dogovoren rad na sljedećim terapijskim ciljevima: (a) smanjiti opću anksioznost [na subjektivnoj ljestvici od 0 (bez anksioznosti) do 10 (najveća moguća anksioznost) pacijentica je očekivala pad sa 10 na 3], (b) poboljšati opće raspoloženje (na subjektivnoj ljestvici sa 1 na 6), (c) ukloniti provjeravanja, razuvjeravanja i izbjegavajuća ponašanja, te (d) smanjiti uvjerenje da su tjelesni simptomi siguran znak bolesti [na subjektivnoj ljestvici od 0 % (uopće ne vjerujem) do 100% (u potpunosti vjerujem) Jana ga je željela reducirati sa 100 % na 10 %].

Terapijski odnos. Terapiju je vodila prva autorica rada koja je doktorica medicine, specijalistica psihijatrije i supervizantica iz kognitivno-bihevioralnih terapija. Terapeutkinja i pacijentica uspostavile su topao i suradnički odnos, a zajedničko definiranje problema i traženje rješenja odvijali su se u ozračju empatije, poštovanja i bezuvjetnog prihvaćanja. Terapeutkinja je pacijenticu ohrabivala na promjenu pružajući joj pritom vodstvo, podršku i afirmaciju.

Primijenjene tehnike. S ciljem uspostave povjerenja i suradnje, na početku kognitivno-bihevioralne terapije obvezno se provodi *upoznavanje pacijenta s tretmanom*. Nakon ispitivanja očekivanja, postavljanja terapijskih ciljeva i normalizacije problema Jana je stoga educirana o kognitivno-bihevioralnom modelu i nužnosti aktivnog sudjelovanja u terapijskom procesu.

S ciljem usvajanja vjerovanja da tjelesni simptomi nisu nužno znak bolesti te uklanjanja anksioznosti kao reakcije na zamijećene tjelesne senzacije provedena je pažljiva *psihoedukacija* o anksioznosti općenito, kao i o zdravstvenoj anksioznosti.

Tijekom tretmana korišten je niz bihevioralnih intervencija. Kako bi naučila kontrolirati tjelesne simptome anksioznosti, pacijentica je podučena *tehnikama relaksacije* usmjerenima na disanje (provodila je abdominalno disanje) te *tehnikama preusmjerenja pažnje* (preferirala je usmjerenje na molitvu). S ciljem angažiranja u aktivnostima koje je izbjegavala, poput izlaska iz kuće i fizičke aktivnosti, provedeno je postupno *izlaganje*. Osim izbjegavanjem, Janin problem se održavao i zbog stalnog obraćanja pozornosti na tjelesne senzacije i traženje razuvjeravanja pa je u svrhu njihovog ukidanja korištena teh-

nika *prevencije reakcije* (u početku djelomičnim, a kasnije i potpunim sprječavanjem tih kompenzatornih ponašanja). Uvedena je i *bihevioralna aktivacija* u okviru koje je Jana u svoj dnevni raspored uključivala različite ugodne aktivnosti, koje su trebale rezultirati poboljšanjem općeg raspoloženja.

Ključne tehnike za usvajanje adaptivnijih vjerovanja o tjelesnim simptomima, a time i za ublažavanje straha od bolesti i smrti, bile su različite tehnike *kognitivne restrukturacije*. Pacijentica je podučena identifikaciji negativnih automatskih misli i disfunkcionalnih vjerovanja, kao i prepoznavanju uz njih vezanih emocija i ponašanja. Posebna je pozornost obraćena osvještavanju povezanosti između neugodnih emocija i mnoštva tjelesnih reakcija. Koristeći niz pacijentičnih recentnih iskustava, kao i primjera iz ranijih životnih razdoblja, na terapijskim seansama neprestano se jačao kognitivno-bihevioralni model, a disfunkcionalne misli i vjerovanja su tehnikom Sokratovskog propitivanja zamjenjivana realističnijima.

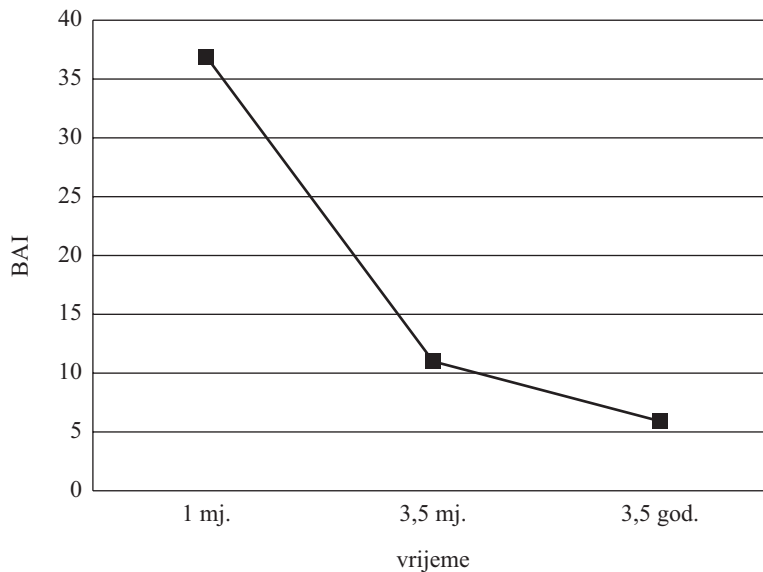
Tijekom trajanja tretmana, a posebice pri njegovom završetku, pregledom naučenoga, identifikacijom mogućih budućih problema i predviđanjem načina na koje bi se mogli riješiti radilo se i na *sprječavanju povrata simptoma*.

Problemi i zapreke. U terapiji se nisu pojavile značajnije prepreke. Kao jedina poteškoća koja je identificirana već u prvoj fazi rada može se izdvojiti pacijentičino neizvršavanje pisanih domaćih zadaća. Iako je razumjela na koje načine zapisivanje pomaže u terapiji (npr. pri prepoznavanju, evaluiranju i odgovaranju na negativne automatske misli), na seanse bi dolazila bez bilježaka. Nakon razgovora o uočenom problemu zaključeno je da Jana ne preferira pisani način izražavanja. Kao alternativa dogovoreno je izvođenje zadanih tehnika u mislima, što je pacijentica počela redovito i rado obavljati.

Rezultati tretmana. Tretman je proveden tijekom 11 seansi 14 tjedana (od studenog 2011. do veljače 2012. godine), s jednom seansom praćenja 3.5 godine nakon završetka tretmana (u kolovozu 2015. godine). Prema pacijentičnim subjektivnim procjenama, rezultatima mjerenja, kliničkom dojmu i zapažanju bliskih osoba iz okoline, do posljednje seanse ostvareni su svi terapijski ciljevi, a postignute kognitivne i bihevioralne promjene održale su se i 3,5 godine od prekida farmakoterapije i psihoterapije.

Nakon 11 seansi kognitivno-bihevioralne terapije Jana izvještava o značajnom subjektivnom poboljšanju i navodi da je iznimno zadovoljna. Na subjektivnim procjenskim ljestvicama izvještava o padu opće anksioznosti sa 10 na 1 te poboljšanju općeg raspoloženja s 1 na 9. Jednake procjene daje i nakon 3,5-godišnjeg praćenja, navodeći da se osjeća odlično i da nema nikakvih posebnih smetnji.

O klinički značajnom smanjenju anksioznosti pokazuje i rezultati koje je Jana postigla na Beckovom upitniku anksioznosti (BAI; 22). Upitnik je prvi put primijenjen tek na četvrtj seansi (mjesec dana nakon prvog susreta),



Sl. 2. Pacijentičini rezultati na Beckovom upitniku anksioznosti 1 mjesec i 3,5 mjeseca nakon uključivanja u kognitivno-bihevioralnu terapiju, te 3,5 godine nakon završetka terapije

kada je pacijentica svoje opće stanje već opisivala mnogo boljim nego prije početka tretmana. Međutim, na sl. 2 je uočljivo da je i tada imala značajno izražene simptome anksioznosti (ukupni rezultat od 37 bodova ukazuje na visoku ili težu anksioznost), koja se postupno smanjivala. Na kraju terapije pacijentica je postigla ukupni rezultat od 11 bodova koji bi odgovarao blagoj anksioznosti, pri čemu je istaknula da se unutar njega 3 boda mogu pripisati trncima zbog bolesti kralježnice, a nipošto zabrinutosti. Na kraju razdoblja praćenja ostvareni rezultat je ukazivao na normalnu, nepatološku razinu anksioznosti (ukupni rezultat od 6 bodova).

Do završetka tretmana više nije pretjerano obraćala pažnju na tjelesne senzacije te je u potpunosti prekinula s provjeravanjima, razuvjeravanjima i izbjegavajućim ponašanjima. Postignute promjene zadržale su se i nakon okončanja terapije, kada navodi da uredno funkcionira. Zaposlila se, fizički je aktivna, ide na plivanje, vozi bicikl i redovno ide u crkvu.

Konačno, Janin stupanj uvjerenja u pretpostavku da su tjelesni simptomi siguran znak ozbiljne bolesti se s početnih 100 % do kraja tretmana smanjio na gotovo 0 % te je ostao takav i u razdoblju nakon prekida psihoterapije i farmakoterapije. Tri i pol godine nakon terapije Jana još uvijek ima poteškoće s kralježnicom i sklonost probavnim smetnjama, ali se osjeća zdravom. Postojeće tjelesne simptome mirno prihvaća i umjesto ranijih katastrofičnih interpretacija sada ih doživljava kao znakove stresa. Pacijentičine izjave najbolje odražavaju postignute kognitivne i bihevioralne promjene: „Uopće se ne brinem. Ne razmišljam o bolestima. Sve je u redu.“, „Ja sam normalna osoba. Zdrava sam, osim što imam bolest kralježnice. Ne

osjećam se bolesnom niti se bojim bolesti.“, „Na pretrage idem jer moram... Pa prije 2 mjeseca sam bila na pretragama u Zagrebu i još uopće nisam otišla neurologu pokazati nalaze, a ranije bih trčala.“, „Prije ni do mame nisam smjela otići, a sada sam išla raditi u Njemačku.“, „Idem na plivanje, vozim bicikl.“, „Bol u želucu mi pokazuje da sam se previše nasekirala.“, „Emotivno sam očvrstnula i ojačala. Bolje se brinem za sebe.“

Promjene je nakon tretmana zapazila i pacijentičina bliža okolina. Njezin je suprug potvrdio da primjećuje niz pozitivnih promjena u njezinom ponašanju. Bliska prijateljica i susjeda navela je da joj tijekom cijelog razdoblja praćenja Jana djeluje odlično, kao i da znanja stečena na terapiji prenosi na prijatelje koji se pate sa sličnim problemima.

RASPRAVA

Prikazana pacijentica je imala kompleksnu kliničku sliku s nizom smetnji i problema, a adekvatna procjena učinjena je tek po uključivanju u kognitivno-bihevioralni tretman, kada se otkriva potpuna slika i dugi vremenski tijek poremećaja. Njezine teškoće u skladu su s podacima iz literature koji govore da se somatizacijski sindromi često nalaze u komorbiditetu s anksioznim i depresivnim poremećajima, a nerijetko i s organskim poremećajima (20). Iako je prve somatske smetnje moguće psihogene prirode imala još u prvom poslijeporođajnom razdoblju, 12 godina prije tretmana, a neupitno nakon očeve smrti i tijekom druge trudnoće, kao početak tegoba navodi tek razdoblje oko 14 mjeseci prije početka tretmana. Polimorfne somatske smetnje koje je imala godinama smatrala je uzrokovanim isključivo tjelesnim poremećajima i bolestima. Psihičke

poteškoće smatrane su reaktivnima i sekundarnima, a sporadično je psihijatrijski liječena zbog anksiozno-depresivnih smetnji i poremećaja prilagodbe. Unatoč tome što joj je postavljeno više psihosomatskih dijagnoza i što je imala brojne nespecifične i medicinski nedovoljno objašnjene simptome (uz druge popratne pokazatelje poremećaja kao što je opsežno korištenje zdravstvene skrbi te predisponirajuće faktore kao što su spol, dob i teške bolesti u obitelji), nikada se nije posumnjalo na somatoformnu narav smetnji. Cerebralna aneurizma je bila slučajni i asimptomatski nalaz tijekom opsežne i invazivne medicinske dijagnostike, te okidač razvoja intenzivnih hipohondrijskih strahova i uvjerenja zbog kojih je pacijentica i tražila pomoć.

Kognitivno-bihevioralni terapijski pristup bio je empatijski, edukativan, kolaborativan i aktivan, a pacijentica ga je opisivala prijateljskim. Terapeut je imao neutralan stav prema somatskim simptomima te je uz pažljivo slušanje aktivno tražio i epizode sa somatskim simptomima iz ranijih razdoblja pacijentičinog života. Naime, takvi su pacijenti skloni zaboravljati simptome koji više nisu aktualni, a zbog uvjerenja u njihovu tjelesnu etiologiju u psihoterapijskom okruženju ih obično smatraju i nevažnima (20). Kod njih, pa tako i kod opisane pacijentice, problem je često smanjena sposobnost prepoznavanja i razumijevanja emocija te nerazlikovanje emocija i kognicija (23) zbog čega su psihoedukacija i jačanje kognitivno-bihevioralnog modela bili važan i stalni dio terapije. Tijekom godina pacijentičin stupanj zdravstvene anksioznosti varirao je od gotovo nepostojećeg do izrazito jakih hipohondrijskih strahova ovisno o značenju koje je pridavala somatskim tegobama. Stoga je s ciljem ublažavanja strahova bilo neophodno raditi na promjeni pogrešnih interpretacija tjelesnih simptoma. Pri tom se vrlo korisnim pokazalo propitivanje specifičnih situacija u kojima je pacijentica imala tjelesne simptome povezane sa stresom, ali bez izražene hipohondrijaze, odnosno povezivanje recentnih stresova s javljanjem somatskih smetnji.

Tijekom terapije pacijentica je samoinicijativno prekinula uzimanje psihofarmaka, a nije došla ni na seansu za koju je predviđena detaljnija evaluacija tretmana. Također je prekinula psihijatrijske kontrole. Tri i pol godine nakon završetka terapije pozvana je na ponovnu procjenu stanja koja je potvrdila da su postignute promjene stabilne, a terapijski ishodi i bolji od onih koji su očekivani na početku tretmana. Međutim, ovi rezultati idu u prilog studijama koje pokazuju da je učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije veća u pacijenata koji početno iskazuju visoku razinu zdravstvene anksioznosti (10). Pacijentica više nije anksiozna, zaposlila se, fizički je aktivna, doživljava se zdravom te svoje raspoloženje i sveukupno stanje opisuje odličnim. Navodi da se osjeća emotivno čvršćom te da se bolje brine za sebe. I dalje je sklona u stresu reagirati somatskim smetnjama, ali sada ih doživljava kao znak stresa i poticaj da se nadalje bolje brine za sebe. Nema specifičnog objašnjenja što joj je najviše pomoglo („razgovor“), a posebno važnim ističe suosjećajan i suradnički pristup rješavanju problema.

ZAKLJUČAK

Rad s prikazanom pacijenticom bio je vrlo uspješan, što je u skladu sa znanstvenim istraživanjima koja potvrđuju učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije i ističu je kao terapiju izbora u liječenju zdravstvene anksioznosti, hipohondrijaze odnosno somatoformnih poremećaja. Ishodi tretmana bili su odlični unatoč visokoj početnoj razini anksioznosti i ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima, što može biti poticaj terapeutima da se uhvate u koštac i s teškim i kompliciranim pacijentima, rezistentnima na ranije liječenje.

LITERATURA

1. Asmundson GJG, Taylor S, Sevgur S, Cox, BJ. Health anxiety: classification and clinical features. U: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, eds. *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*. New York: John Wiley & Sons, 2001, 3-21.
2. Furer P, Walker JR, Stein MB. *Treating Health Anxiety and Fear of Death: A Practitioner's Guide*. New York: Springer, 2007.
3. Svjetska zdravstvena organizacija. MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
4. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-IV. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
5. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. DSM-5. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2014.
6. Taylor S, Asmundson GJG, Coons MJ. Current directions in the treatment of hypochondriasis. *J Cogn Psychother*. 2005; 19: 285-304.
7. Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A i sur. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta analysis. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 12-19.
8. Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2010; 33: 579-93.
9. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012; 36: 427-40.
10. Olatunji BO, Kauffman BY, Meltzer S, Davis ML, Smits JA, Powers MB. Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behav Res Ther* 2014; 58: 65-74.
11. Tyrer P, Cooper S, Salkovskis P i sur. Clinical and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2014; 383: 219-25.
12. Hedman E, Andersson G, Andersson E i sur. Internet-based cognitive-behavioural therapy for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 230-6.
13. Hedman E, Andersson E, Lindfors N, Andersson G, Rück C, Ljotsson B. Cost-effectiveness and long-term effecti-

- veness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychol Med* 2013; 43: 363-74.
14. Williams MJ, McManus F, Muse K, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *Br J Clin Psychol* 2011; 50: 379-97.
 15. McManus F, Muse K, Surawy C. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for severe health anxiety. *HCPJ* 2011; 11: 19-23.
 16. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Williams, JMG. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 817-28.
 17. Salkovskis PM. Somatski problemi. U: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM ur. Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme – Vodič za praktičan rad. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008; 237-278.
 18. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognit Ther Res* 2007; 31: 871-83.
 19. Taylor S, Asmundson GJG. Treating health anxiety: a cognitive-behavioral approach. New York: The Guilford Press, 2004.
 20. Woolfolk RL, Allen LA. Treating somatization: a cognitive-behavioral approach. New York: The Guilford Press, 2006.
 21. Stewart SH, Watt MC. Assessment of health anxiety. U: Asmundson GJG, Taylor S, Cox BJ, eds. *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*. New York: John Wiley & Sons, 2001, 95-131.
 22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
 23. Sharma MP, Manjula M. Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25: 116-24.

SUMMARY

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF HEALTH ANXIETY

T. PRVULOVIĆ MIRKOVIĆ and D. MARKANOVIĆ¹

Dr. Josip Benčević General Hospital Slavonski Brod, Slavonski Brod, and
² *Croatian Association for Behavioral-Cognitive Therapies, Zagreb, Croatia*

Somatoform symptoms, somatizations, and physical symptoms of anxiety are common triggers for the development of health anxiety and hypochondriac fears. Patients are often preoccupied with somatic difficulties and tend to interpret even normal bodily sensations as pathological, which results in the increase of anxiety and anxiety-related symptoms of physical arousal. Following the perception of danger, patients experience further increase of anxiety and start to behave in avoidant ways, which leads to exacerbation of the overall condition. This case study describes a 45-year-old woman who had long-term sporadic anxiety and somatoform symptoms and was diagnosed with several somatic disorders. After cerebral aneurysm surgery, she developed severe hypochondriac fears and dysfunction in all areas of life, which persisted despite pharmacological and supportive psychiatric treatment. She underwent 11 sessions of cognitive-behavioral treatment. In addition to several behavioral techniques, cognitive restructuring aimed at identification and modification of dysfunctional cognitions had a central role in the therapy. Treatment outcomes were evaluated immediately after and 3.5 years after the treatment. The patient reported significant improvement of symptoms, which is in accordance with scientific research showing that cognitive-behavioral therapy is the most efficient therapy for health anxiety and somatoform disorders.

Key words: health anxiety, somatoform disorder, cognitive-behavioral psychotherapy