

Model tretmana prikazan na naučnom skupu:
Banjalučki novembarski susreti, 2007

Članak objavljen u:
Zbornik radova Filozofskog fakulteta, Banja Luka, 2008

MODEL BIHEJVIORALNO - KOGNITIVNOG TRETMANA SINDROMA HRONIČNOG ZAMORA

Igor Krnetić

Univerzitet u Banjoj Luci, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju

APSTRAKT

Sindrom hroničnog zamora (SHZ) je onesposobljavajući i kompleksan poremećaj za koji je karakterističan izražen umor koji se ne smanjuje odmaranjem i koji se pojačava fizičkom i mentalnom aktivnošću, uz prisustvo različitih nespecifičnih simptoma. Osobe sa SHZ često funkcionišu na značajno nižem nivou od onog za koji su bili sposobni prije pojave bolesti. Dijagnostika SHZ je specifična, a tretman kompleksan i zahtjeva individualiziran pristup.

Preliminarna istraživanja sugerišu upotrebu bihevioralno-kognitivne terapije (BKT) u tretmanu SHZ, s ciljem pomaganja pacijentima da nauče upravljati svojim aktivnostima, stresom i simptomima. U ovom radu prezentujemo model primjene bihevioralno-kognitivnih principa i tehnika u tretmanu SHZ koji smo razvili u *Psihološkom savjetovanju Krnetić* (PSK; www.krnetic.com).

Ključne riječi: *sindrom hroničnog zamora, bihevioralno - kognitivna terapija*

Definisanje simptoma. Sindrom hroničnog zamora (SHZ) je prvi put formalno definisan 1988. godine od strane američkog Centra za kontrolu i prevenciju bolesti (Reeves et al., 2005). Za SHZ karakterističan je ekstremno umor koji (1) traje 6 ili više mjeseci, (2) nije rezultat trenutnih napora, (3) ne smanjuje se odmaranjem i (4) uzrokuje značajnu redukciju dnevnih aktivnosti. Pored zamora karakteristično je 8 dodatnih simptoma: slabljenje sposobnosti pamćenja i/ili koncentracije, osjetljivo grlo, osjetljivi limfni čvorovi, mišićna bol, bol u zglobovima bez otoka i crvenila, glavobolje nove vrste,

obrazaca ili izraženosti, neokrepljujući san, zamor poslije aktivnosti, koji traje više od 24 sata (Fukuda 1944; Reeves et al., 2003; Reeves et al., 2005; Wagner et al., 2005).

Simptomi SHZ i njihove posljedice mogu biti ozbiljni i onesposobljavajući jednako kao simptomi multiple skleroze, lupusa, reumatoidnog artritisa, urođene srčane mane i sličnih hroničnih stanja. Ozbiljnost simptoma varira od pacijenta do pacijenta, kao i tokom vremena kod istog pacijenta. Uz to, kod 20% do 50% pacijenata sa SHZ prisutni su sledeći uobičajeni simptomi: bol u stomaku, netolerancija alkohola, bol u grudnom košu, hronični kašalj, dijareja, vrtoglavica, suhe oči ili usta, aritmija, bol u vilici, mučnina, jutarnja ukočenost, psihološki problemi (depresija, anksioznost, panični napadi), osjećaj nedostatak vazduha, kožne senzacije, mravinjanje, mršavljenje (Nisenbaum, Reyes, Unger & Reeves, 2004).

Dijagnoza. Da bi bio dijagnostikovani SHZ, pacijent mora zadovoljiti dva kriterijuma:

(1) Izražen hronični zamor koji traje 6 mjeseci ili duže, uz odsustvo drugih medicinskih stanja

(2) Istovremeno prisustvo 4 ili više simptoma:

- slabljenje sposobnosti pamćenja i/ili koncentracije
- osjetljivo grlo
- osjetljivi limfne čvorove
- mišićnu bol
- bol u zglobovima bez otoka i crvenila
- glavobolje nove vrste, obrazaca ili izraženosti
- neokrepljujući san
- zamor poslije aktivnosti, koji traje više od 24 sata.

Simptomi moraju perzistirati ili se ponavljati tokom 6 ili više uzastopnih mjeseci i ne smiju postojati prije pojave SHZ.

Pri tome, ne postoje fizički znaci koji ukazuju na SHZ, niti postoje dijagnostički laboratorijski testovi za SHZ. Pacijenti koji pate od simptoma SHZ moraju biti pažljivo evaluirani pošto je mnoga medicinska stanja teško razlikovati od SHZ (Fukuda 1944; Nisenbaum, Reyes, Unger & Reeves, 2004).

Slična medicinska stanja. Opisana su brojna oboljenja sa sličnim spektrom simptoma: fibromialgični sindrom, mialgični encefalomijelitis, neurastenija, višestruka senzibilitacija na supstance, hronična mononukleoza. Iako su primarni simptomi drugačiji, hronični zamor je često prisutan kod ovih stanja.

Druga stanja koja mogu prouzrokovati slične simptome. Brojna klinički definisana oboljenja mogu prouzrokovati zamor: hipotireoidizam, apneja u spavanju i narkolepsija, veliki depresivni poremećaj, hronična mononukleoza, bipolarni afektivni poremećaj, šizofrenija, poremećaji ishrane, karcinom, autoimune bolesti, hormonalni

poremećaji, subakutne infekcije, gojaznost, zloupotreba alkohola ili narkotika, reakcije na medikamente. Dijagnoza bilo kojeg od navedenih stanja isključuje dijagnozu SHZ, osim ukoliko je dijagnostikovano stanje adekvatno tretirano, te više ne objašnjava zamor i druge simptome karakteristične za SHZ.

Mogući uzroci. Uprkos istraživanjima uzroci su nepoznati. Dosadašnja istraživanja su se fokusirala na odvojene uloge imunološkog, endokrinog i nervnog sistema. Trenutno je u fokusu naučnih studija uloga njihove interakcije, kao i genetskih i sredinskih faktora. Takođe je važno napomenuti da SHZ nije uzrokovan depresijom. Naime, iako ove dvije bolesti često koegzistiraju, mnogi pacijenti sa SHZ nemaju depresivni, niti bilo koji drugi psihijatrijski poremećaj.

Faktori rizika. Ljudi svih uzrasta, bez obzira na pol, etničku i socioekonomsku pripadnost mogu imati SHZ. Najčešće se javlja kod ljudi starosne dobi između 40 i 50 godina, kod žena 4 puta češće nego kod muškaraca. Iako se mnogo rijede javlja kod djece nego kod odraslih, SHZ se može razviti i kod djece, naročito u doba adolescencije.

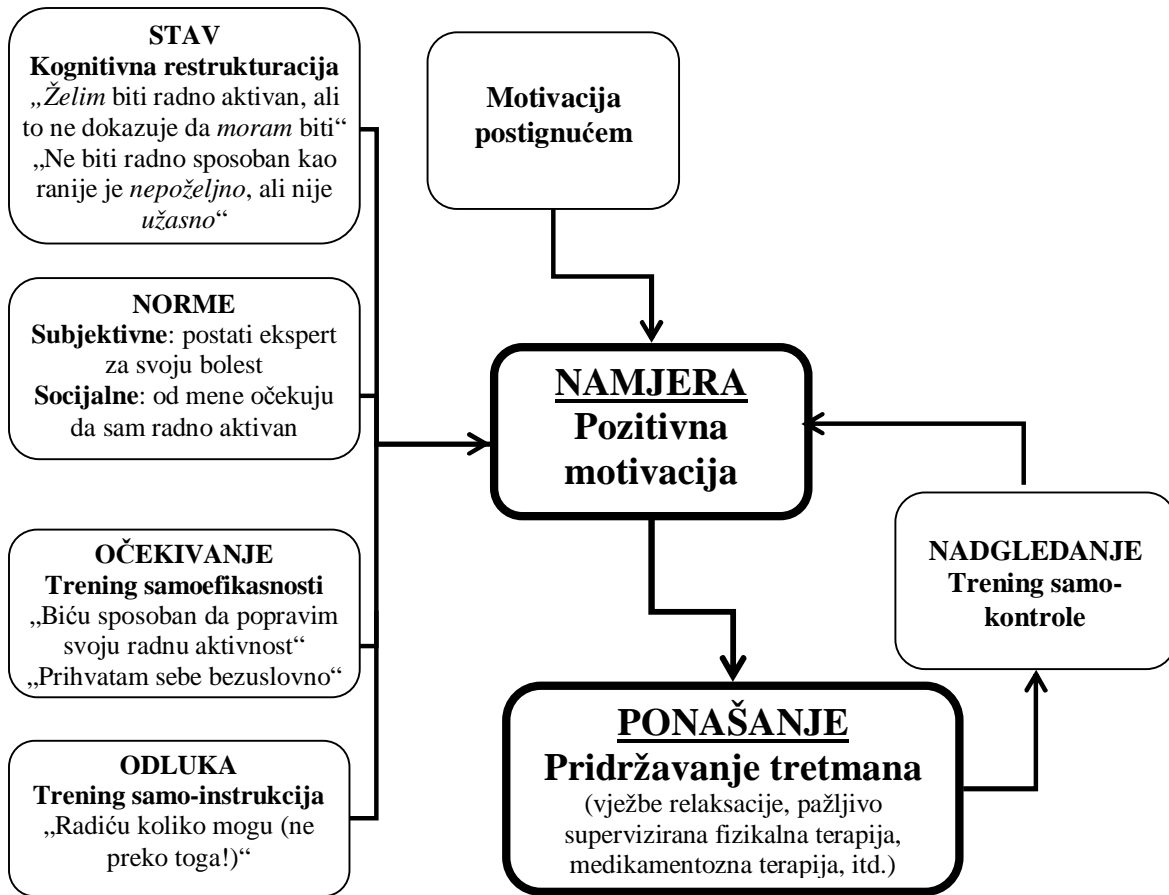
Obuhvatan tretman. Ne postoji jedna terapija koja pomaže svim pacijentima sa SHZ. Pošto je uzrok nepoznat, tretman mora biti usmjeren na smanjenje simptoma i poboljšavanje funkcionisanja. To prije svega podrazumijeva promjenu životnog stila uz medikamentoznu terapiju i pažljivo superviziranu fizikalnu terapiju sa vrlo umjerenim pristupom. Iako doktori oklijevaju da dijagnostikuju SHZ, tačna dijagnoza je veoma važna za planiranje, evaluaciju i ishod tretmana, pošto je prema istraživanjima kasna dijagnoza povezana sa slabijim ishodom tretmana, odnosno duže prisustvo bolesti prije dijagnoze implicira komplikovaniji razvoj bolesti (Bleijenberg, 2003; Jones, Nisenbaum & Reeves, 2003; Jones et al., 2007).

Oporavak. SHZ zahvata svakog pojedinca različito. Neki ljudi ostaju vezani za kuću, dok se kod drugih stanje popravi do tačke da mogu nastaviti sa poslom i drugim aktivnostima (najčešće uz prisustvo simptoma). Prema različitim studijama, stepen oporavka iznosi od 8% do 63%, a medijana je 40% za follow-up istraživanja. Potpun oporavak je rijedak, jer u prosjeku kod 5% do 10% pacijenata dođe do totalnog oporavka.

Navedeno ukazuje da je dijagnostika SHZ specifična, a tretman kompleksan i zahtjeva individualiziran pristup.

Model bihevioralno - kognitivnog tretmana sindroma hroničnog zamora

Bihevioralno-kognitivna terapija (BKT) ima značajnu ulogu za učenje pacijenata kako da se nose sa ovom bolešću i za razvijanje bihevioralnih obrazaca i strategija za ublažavanje simptoma. Preliminarna istraživanja sugerišu upotrebu BKT u tretmanu SHZ s ciljem pomaganja pacijentima da nauče upravljati svojim aktivnostima, stresom i simptomima (Balter & Unger, 1997; Chisholm et al., 2007). Oblast upotrebe BKT u tretmanu SHZ se još uvijek istražuje, a ovdje prezentujemo model koji smo razvili u *Psihološkom savjetovanju Krnetić (PSK)*:



Grafik 1: PSK model bihevioralno-kognitivnog tretmana sindroma hroničnog zamora

Terapijska strategija ovog modela zahtjeva stvaranje dobrog radnog saveza i vrlo jasno i precizno postavljanje ciljeva i formulisanje problema. Tek nakon što su postignuti ovi preduslovi, prelazi se na razvijanje individualiziranog plana tretmana. Kad se pređe na učenje bihevioralno-kognitivnih principa i tehnika, te kreiranje domaćih zadataka na osnovu njih, upravljanje pacijentovom rezpozivnošću na primjenu ovih principa i tehnika predstavlja izuzetno važnu kariku našeg modela. Da bi to bilo moguće, ističemo važnost navedenih preduslova tretmana.

Bihevioralne tehnike koje se upotrebljavaju su (1) progresivna mišićna relaksacija (PMR) i (2) *self-management* tehnike. PMR se ne upotrebljava u svrhu recipročnog inhibiranja određenih reakcija, već s ciljem učenja pacijenta opuštanju kroz primjenu blagih fizikalnih vježbi. *Self-management* tehnike su: (1) trening samoefikasnosti, (2) trening samoinstrukcija i (3) trening samokontrole.

Teorijska postavka **treninga samoefikasnosti** jeste da je ponašanje je određeno očekivanjem. U tretmanu SHZ, očekivanje je bitno jer se odnosi na cilj tretmana, koji je neizvjestan. Zbog toga je potrebno kod pacijenta razviti očekivanje da ishod zavisi i od nepoznatih faktora, ali u isto vrijeme i očekivanje sopstvene efikasnosti u ponašanju

(pridržavanje tretmana). Cilj treninga samoefikasnosti je dvostruk: (1) korištenjem principa i tehnika koje je postavio Bandura (Bandura, 1969, 1982, 1986, 1994a, 1994b; Bandura & Walters, 1963) razviti osjećaj samoefikasnosti (osjećaj pacijenta da će umijeti izvesti određena ponašanja koja zahtjeva tretman) i (2) korištenjem principa i tehnika koje je postavio Ellis (Ellis, 1965, 1972, 1976, 1994, 2004) razviti kod pacijenta bezuslovno prihvatanje sebe, koje se zasniva na procjeni ličnih osobina i ponašanja, ali ne i globalne lične vrijednosti na osnovu tih osobina i ponašanja. Suštinska bihevioralna komponenta treninga samoefikasnosti je omogućavanje samostalnog izvođenja aktivnosti uz fiziološku komponentu pozitivnog emocionalnog stanja kao potkrepljenja na svakom koraku. Glavni rezultati su zdrava nada i bezuslovno prihvatanje sebe, a oni utiču na formiranje racionalnog očekivanja koje doprinosi namjeri da se počne i nastavlja sa primjenom propisanog tretmana.

Ponašanje je ishod samoinstrukcija, predstavlja teorijsku postavku **treninga samoinstrukcija** koji se zasniva na principima i tehnikama koje je postavio Michenbaum (Michenbaum, 1977). Sastoji se iz tri koraka: (1) osvještavanje disfunkcionalnih samoinstrukcija (npr. "Ne mogu ništa raditi, tako sam umoran."), (2) traženje alternativnih samoinstrukcija (npr. "Umoran si, ali radi koliko možeš (ne preko toga!).") i (3) probavanje i izbor najdjelotvornijih samoinstrukcija po principu učenja kroz pokušaje i pogreške. Rezultat su kratke i jasne samoinstrukcije kojim pacijent u kritičnim momentima upravlja svojim ponašanjem preko pozitivne odluke da se primjeni tretman.

Trening samokontrole zasniva se na Kanferovoj teorijskoj postavci da se ljudi samokontrolišuća bića (Kanfer & Goldstein, 1986). Sastoji se iz tri koraka: (1) samoposmatranje (self-monitoring), odnosno nadgledanje kako se izvode naučena ponašanja, (2) ocjena ponašanja (npr. „Ovo je bilo dobro / korisno / pomažuće, a ono je bilo loše / nekorisno / odmažuće“) i (3) potkrepljivanje pozitivnog uz zanemarivanje negativnog ponašanja. Treći korak je ključan i podrazumijeva učenje pacijenta aktivnom fokuiranju na pozitivno ponašanje i razmišljanje (umjesto na negativno), hvaljivanju sebe (npr. "Bravo!" "Svaka čast!") i nagrađivanju sebe (npr. šetnja, film, kupovina, restoran, masaža). Trening samokontrole ključan je za uspješno upravljanje pacijentovom reaktivnošću na primjenu ovih principa i tehnika.

Kognitivne tehnike koje koristimo u našem modelu su sve naučno evaluirane tehnike, koje mogu biti upotrebljene za otklanjanje emocionalnih blokada koje se tiču SHZ, kroz identifikovanje disfunkcionalnih stavova, uvjerenja i kognitivnih procesa, te razvijanje funkcionalnih stavova, uvjerenja i normi, kao i efikasnih strategija za kontrolu disfunkcionalnih kognitivnih procesa (ruminiranja i brige). Tu spadaju: (1) preokviravanje (npr. „Moj organizam me upozorava, a ne sprečava.“), (2) kognitivna restrukturacija (npr. racionalno-emotivno-bihevioralna terapija; Ellis, 1994; Ellis & Harper, 1996; Ellis & Dryden, 2002; i kognitivna terapija; Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), (3) kontrola disfunkcionalnih kognitivnih procesa (npr. stop-tehnika, distrakcija, terapija treningom pažnje; Purdon, 2004), (4) racionalno-emotivna imaginacija (Ellis, 1993), (5) racionalno donošenje odluka, itd.

Motivacija postignućem odnosi se na motivisanje pacijenta anticipiranjem efekata uspješno obavljenom i pozitivnim emocijama potkrepljenom akcijom. Naime,

suprotno zdravorazumskom uvjerenju da prvo dolazi do javljanja motivacije za određenu aktivnost, a zatim do izvođenja te aktivnosti (npr. „Počecu sa tretmanom čim mi se javi motivacija.“), prema modelu motivacije postignućem potrebno je prvo započeti aktivnost, a postignuće zatim dovodi do povećanja motivacije za tu aktivnost (npr. „Primjenicu propisani tretman, pa ako mi bude bolje, naravno da ću nastaviti.“). Za primjenu ovog modela motivacije razvijene su tehnike koje se zasnivaju na imaginaciji postignuća.

Zaključak

Preliminarna istraživanja sugerišu upotrebu BKT u tretmanu SHZ s ciljem pomaganja pacijentima da nauče upravljati svojim aktivnostima, stresom i simptomima. Oblast upotrebe BKT u tretmanu SHZ se još uvijek istražuje, a u ovom radu predstavili smo model koji smo razvili u *Psihološkom savjetovanju Krnetić* (PSK). Bihevioralno-kognitivni principi i tehnike koje koristimo u našem modelu naučno su evaluirane tehnike. Naučne evaluacije trebale bi da provjere efikasnost prikazanog modela primjene bihevioralno-kognitivnih principa i tehnika u tretmanu SHZ.

Međutim, obzirom da prezentovani model predstavlja veoma apstraktnu stratešku platformu, vjerujemo da ovaj model ima potencijal za veoma široku primjenu u psihološkom savjetovanju koje se odnosi na bilo koji sindrom ili problem koji je povezan sa (1) smanjenom pozitivnom motivacijom (**namjera**) ili (2) ne pridržavanjem medicinskih tretmana, preporuka i savjeta, *ali* i sa ne pridržavanjem bilo kojih dugoročno korisnih pristupa, preporuka i savjeta u bilo kojoj oblasti života (**ponašanje**).

Literatura

- Balter, R. & Unger, P. (1997). REBT Stress Management with Patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 3, 223-230
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston, Inc.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, Nj: Prentice Hall
- Bandura, A. (1994a). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company
- Bandura, A. (1994b). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press.
- Bandura, A. & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, Winston, Inc.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. London. Penguin Books
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bleijenberg G. (2003). Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome in the general population. *BioMed Central Health Quality of Life Outcomes, 1*
- Chisholm D., Godfrey E., Ridsdale L., Chalder T., King M., Seed P., Wallace P. & Wessely S. (2001). Chronic fatigue in general practice: economic evaluation of counselling versus cognitive behaviour therapy. *British Journal of General Practice, 462*, 15-18
- Ellis, A. (1965). Showing People They Are Not Worthless Individuals. *Voices: The Art and Science of Psychotherapy, 1*, 74-77
- Ellis, A. (1972). *Psychotherapy and the value of a human being*. New York: Albert Ellis Institute.
- Ellis, A. (1976). RET abolishes most of the human ego. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 13*, 343-348
- Ellis, A. (1993). Rational-Emotive Imagery. In: Bernard, M. & Wolfe, J. L. (Eds.). *The RET Resource Book for Practitioners*. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (revised and updated). New York: Birch Lane Press.
- Ellis, A. (2004). Post-september 11th perspectives on religion, spirituality, and philosophy in the personal and professional lives of selected rebt cognoscenti: A response to my colleagues. *Jurnal of Counseling & Development, 82*, 439-442
- Ellis, A. & Dryden, W. (2002). *Primjena racionalno-emocionalne bihevioralne terapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Ellis, A. & Harper R.A. (1996). *Vodič u razuman život*. RET Centar, Beograd.
- Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Dobbins, J. G., Komaroff, A., and the International CFS Study Group. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine, 121*, 953-959
- Jones, J. F., Nisenbaum, R. & Reeves, W.C. (2003). Medication use by persons with chronic fatigue syndrome: results of a randomized telephone survey in Wichita Kansas. *BioMed Central Health Quality of Life Outcomes, 1*

- Jones, J. F., Maloney, E. M., Boneva, R. S., Jones, A. B. & Reeves, W.C. (2007). *Complementary and alternative medical therapy utilization by people with chronic fatiguing illnesses in the United States. BMC Complementary and Alternative Medicine, 7*
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1986). *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed.). New York: Pergamon Press.
- Michenbaum, D. (1977) *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press
- Nisenbaum, R., Reyes, M., Unger, E. R. & Reeves, W. C. (2004). Factor analysis of symptoms among subjects with unexplained chronic fatigue: what can we learn about chronic fatigue syndrome? *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 171-178
- Purdon, C. (2004). Psychological Treatment of Rumination. In: Papageorgiou, C. & Wells, A. (eds.). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd, England
- Reeves, W. C., Lloyd, A., Vernon, S. D., Klimas, N., Jason, L.A., Bleijenberg, G., Evengard, B., White, P. D., Nisenbaum, R., Unger, E.R., and the International Chronic Fatigue Syndrome Study Group (2003). Identification of ambiguities in the 1994 chronic fatigue syndrome research case definition and recommendations for resolution. *BMC Health Services Research, 3*
- Reeves, W.C., Wagner, D., Nisenbaum, R., Jones, J.F., Gurbaxani, B., Solomon, L., Papanicolaou, D.A., Unger, E.R., Vernon, S.D. & Heim, C. (2005). Chronic fatigue syndrome - a clinically empirical approach to its definition and study, *BMC Medicine, 3*
- Wagner, D., Nisenbaum, R., Heim, C., Jones, J. F., Unger, E.R. & Reeves, W.C. (2005). Psychometric properties of the CDC symptom inventory for the assessment of chronic fatigue syndrome *Population Health Metrics, 3*

Autoru možete pisati na adresu: Igor Krnetić, Filozofski fakultet u Banjoj Luci, Bana Lazarevića 1, 78000 Banja Luka, Bosna i Hercegovina

Elektronska pošta: krnetic@blic.net