

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
ZDRAVLJENJE GENERALIZIRANE ANKSIOZNE
MOTNJE Z VEDENJSKO KOGNITIVNO TERAPIJO

TIM KOTNIK

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Zdravljenje generalizirane anksiozne motnje z vedenjsko
kognitivno terapijo**

(Treatment of generalised anxiety disorder with cognitive behavioural therapy)

Ime in priimek: Tim Kotnik
Študijski program: Biopsihologija
Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, julij 2019

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Tim KOTNIK

Naslov zaključne naloge: Zdravljenje generalizirane anksiozne motnje z vedenjsko kognitivno terapijo

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 38 Število slik: 3

Število referenc: 54

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: generalizirana anksiozna motnja, vedenjsko kognitivna terapija, anksioznost, zaskrbljenost, kognitivni model

Izvleček:

Generalizirana anksiozna motnja je zaznamovana s prekomernimi in neobvladljivimi skrbmi, simptomi tesnobe in napetosti. Zaradi nejasne narave skrbi in njihove raznolikosti, velja za eno najtežje ozdravljivih anksioznih motenj. Pri zdravljenju se priporoča uporaba vedenjsko kognitivnega pristopa, zdravil ali kombinacijo obojega. Vedenjsko kognitivna teorija obravnava motnjo kot kompleksno interakcijo med čustvi, vedenjem, vplivom okolja in izkušenj ter kognitivnimi dogodki in procesi. Njeno delovanje skuša pojasniti skozi različne kognitivne modele. Tekom terapije se terapevt in klient ukvarjata s konceptom netolerantnosti do negotovosti, pacientovim prepričanjem v koristnost skrbi, negativno problemsko usmerjenostjo in kognitivnim izogibanjem. Kombinacija vedenjskih in kognitivnih pristopov se je izkazala za najbolj učinkovit način zdravljenja, podobna učinkovitost se je izkazala pri zdravilih, ki imajo na dolgi rok škodljive učinke. Sočasna raba zdravil in terapije ne doprinese večje učinkovitosti. Večina strokovnjakov na začetku priporoča zdravljenje z vedenjsko kognitivno terapijo, kasneje, če le-ta ne deluje, pa postopno dodajanje farmakoterapije. Raziskava lahko prispeva k boljši informiranosti in ozaveščenju tako o anksioznih motnjah, kot o zdravljenju le-teh. Ljudje, ki trpijo z generalizirano anksiozno motnjo, se bodo morda lažje odločili, ali se bodo zatekli k vedenjsko kognitivni terapiji, farmakoterapiji ali kombinaciji obeh. Spoznanja zaključne naloge lahko služijo kot podlaga za nadaljnja raziskovanja psiholoških mehanizmov generalizirane anksiozne motnje in novih tehnik zdravljenja motnje.

Key words documentation

Name and SURNAME: Tim KOTNIK

Title of the final project paper: Treatment of generalised anxiety disorder with cognitive behavioural therapy

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 38 Number of figures: 3

Number of references: 54

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: generalised anxiety disorder, cognitive behavioural therapy, anxiety, worry, cognitive model

Abstract:

Generalised anxiety disorder is characterised by overwhelming and uncontrollable feelings of worry, symptoms of anxiety and tension. The unknown nature of anxiety and its diversity make it one of the toughest anxiety disorders to treat. Its recommended treatment are cognitive behavioural approach, drugs, or the combination of both. Cognitive behavioural therapy looks at the disorder as a complex interaction of emotion, behaviour, environmental factors and experience, cognitive events and processes, and tries to explain its mechanisms through different cognitive models. Through therapy, the therapist and client deal with the concept of intolerance of uncertainty, patient's conviction of the usefulness of worry, negative problem orientation and cognitive avoidance. A combination of behavioural and cognitive approaches has proven to be the most effective form of treatment. Drugs have similar effectiveness but with long term detrimental effects. The simultaneous use of drugs and therapy does not contribute to greater efficiency. Most experts recommend cognitive behavioural therapy at the beginning and gradual administration of pharmacotherapy if that proves to be insufficient. Research of this subject can improve awareness of anxiety disorders and their treatment. The findings of this final project paper can help people suffering with generalised anxiety disorder decide whether to seek cognitive behavioural therapy, pharmacotherapy, or a combination of both. It can also serve as a basis for further research of psychological mechanisms of generalised anxiety disorder and its new forms of treatment.

ZAHVALA

Hvala družini (mami, očetu, sestri in babici), ki so me spodbujali, mi stali ob strani med pisanjem zaključne naloge in imeli več upanja v zaključek naloge od mene.

Hvala Maji Ani Čeček, ki mi je pomagala pri ideji diplomske naloge in me spodbujala.

Hvala Pii Prajner in Maši Primožič, ki sta mi pomagali z angleščino.

Hvala mojim backpackerjem in nepričakovani poškodbi, ki so me prisilili v dokončanje diplome.

Hvala mentorju, ki mi je dovolil, da sledim svojim interesom in mi zaupal.

In seveda **hvala** meni, ki sem uspel pripeljati dodiplomski študij biopsihologije do konca.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	ANKSIOZNE MOTNJE	2
2.1	Generalizirana anksiozna motnja.....	3
2.2	Panična motnja.....	5
2.3	Fobične motnje	6
2.3.1	Agorafobija.....	6
2.3.2	Socialna fobija	6
2.3.3	Specifične (izolirane) fobije	7
2.4	Obsesivno kompulzivne motnje.....	7
2.5	S stresom pogojene anksiozne motnje	8
2.6	Disociativne anksiozne motnje	9
2.7	Somatoformne motnje.....	9
3	VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA	10
3.1	Značilnosti vedenjsko kognitivne terapije	10
3.2	Kognitivni model	11
3.3	Tehnike vedenjsko kognitivne terapije	12
3.4	Kognitivna konceptualizacija	13
4	OBRAVNAVA GENERALIZIRANE ANKSIOZNE MOTNJE Z VEDENJSKO KOGNITIVNO TERAPIJO	14
4.1	Kognitivni modeli generalizirane anksiozne motnje	15
4.1.1	Metakognitivni model	15
4.1.2	Teorija izogibanja.....	17
4.1.3	Štiridelni model	18
4.2	Postopek zdravljenja generalizirane anksiozne motnje	18
4.3	Vedenjske in kognitivne tehnike generalizirane anksiozne motnje.....	21
4.4	Zdravljenje generalizirane anksiozne motnje z vedenjsko kognitivno terapijo in farmakoterapijo.....	21
5	SKLEPI.....	24
6	LITERATURA IN VIRI.....	25

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

<i>Slika 1.</i> Pet vidikov življenjskih izkustev	11
<i>Slika 2.</i> Kognitivni model emocionalnih motenj	13
<i>Slika 3.</i> Kognitivni model GAM	15

SEZNAM KRATIC

ASM – akutna stresna motnja

GAM - generalizirana anksiozna motnja

OKM – obsesivno kompulzivna motnja

PM – panična motnja

PTSM – posttravmatska stresna motnja

SNRI - zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina

SSRI - selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina

VKT - vedenjsko kognitivna terapija

1 UVOD

Beseda »anksioznost« je tujka, prevzeta iz angleškega in francoskega jezika (ang. anxiety, fr. anxiété) ob koncu 19. in v 20. stoletju (Snoj, 1977, po Hribar, 2007). Izvor besede je grški (anxios) in pomeni tesnoba (Bartol, Tavzes in Adlešič, 2002, po Hribar, 2007). Anksioznost lahko opredelimo kot neprijetno čustvo, ki ga navadno spremljajo telesne in vedenjske spremembe, podobne spremembam, ki spremljajo običajen odziv na stres (Dernovšek, 2009). Kadar anksioznost ovira posameznika pri vsakodnevnih dejavnostih in vztraja, tudi takrat ko ni več nevarnosti ter jo oseba ne more nadzorovati, gre za anksiozno motnjo (Dernovšek, 2013).

Veliko ljudi, ki trpi za generalizirano anksiozno motnjo (GAM), svojega problema ne prepozna kot hudega. Svoje občutke tesnobe radi obvladujejo sami, vse dokler ne postanejo simptomi nevzdržni in potrebni zdravljenja (Borza, 2017). Pri zdravljenju sta se za najbolj učinkoviti in uspešni dokazali vedenjsko kognitivna terapija (VKT) in farmakoterapija (Crits-Christoph idr., 2011).

Vedenjsko kognitivna psihologija obravnava motnjo kot kompleksno interakcijo med čustvi, vedenjem, vplivom okolja in izkušenj ter kognitivnimi dogodki in procesi, katero delovanje skuša pojasniti skozi različne kognitivne modele (Rotvejn Pajič, 2001). Vedenjsko kognitivna terapija je pri zdravljenju generalizirane anksiozne motnje manj učinkovita v primerjavi z drugimi anksioznimi motnjami in dosega le zmerne učinke (Anić, 2017). Prav zaradi tega, sta ta dva konstrukta zanimiva za številne raziskovalce. Raziskave so pokazale, da VKT pomaga pri zmanjševanju akutnih simptomov GAM do dve leti po zdravljenju in velja za veliko bolj uspešno v primerjavi z nespecifičnimi terapijami (Borkovec in Ruscio, 2001). Pozitivni učinek VKT vključuje tudi zmanjšanje večine sočasnih anksioznih motenj (Newman, Przeworski, Fisher in Borkovec, 2010). Za zdravljenje se priporoča tudi farmakološko zdravljenje, vendar se zadovoljiv odziv na kratkoročno zdravljenje z zdravili pojavi le pri približno 60% pacientih (Crits-Christoph idr., 2011). Včasih so simptomi anksioznosti tako izraziti, da mora pacient pred začetkom psihološke terapije jemati zdravila, s čemer se vsaj delno olajšajo simptomi (Bourin in Thibaut, 2013).

V zaključni nalogi želimo raziskati anksiozne motnje, razumeti ključne značilnosti posameznih vrst, se natančneje poglobiti v generalizirano anksiozno motnjo in razumeti vedenjsko kognitivno terapijo. Cilj je ugotoviti in razumeti, kako vedenjsko kognitivna terapija gleda na generalizirano anksiozno motnjo, kako poteka zdravljenje ter preveriti njeno učinkovitost brez in z uporabo farmakoterapije.

2 ANKSIOZNE MOTNJE

Anksiozne motnje so najbolj razširjene psihiatrične motnje (Bandelow, Michaelis in Wedekind, 2017), osnova njih je povečana tesnoba, ki bremeni vsakodnevno delovanje, uspešno udejstvovanje in slabša kakovost življenja (Dernovšek, 2013). Povečana tesnoba se kaže pogosto kot odziv na specifične predmete ali situacije v odsotnosti resnične nevarnosti (Shin in Liberzon, 2011).

Vsakdanja, običajna tesnoba se v primerjavi s tesnobo pri anksioznih motnjah razlikuje po tem, da deluje kot čustvo varovalnega pomena, ki usmerja našo pozornost na vsebine, ki nam predstavljajo dejansko nevarnost ter aktivira naše telo za boj ali beg, medtem ko tesnoba pri anksioznih motnjah izgubi svojo varovalno funkcijo in postane moteča pri vsakodnevem funkcioniranju (Dernovšek, 2013). Je tudi intenzivnejša (predvsem pri napadih panike) in dolgotrajnejša, saj traja mesece in ne mine ob koncu stresne situacije (Bourne, 2014).

Tesnoba se lahko kaže na ravni telesa, čustev, vedenja in misli. Na ravni telesa se izraža v spremembah delovanju srca (razbijanje srca), znojenju, potnih dlaneh, hitrem, plitvem in nepravilnem dihanju, slabosti, glavobolu, prebavnih motnjah, diareji, nemirnem želodcu, tiščanju v prsih, trzanju mišic,... Čustveno se tesnoba izraža v strahu, paniki, utrujenosti, nemiru in nemoči, vedenjsko pa v pomanjkanju volje, nespečnosti ali prekomernem spanju, jokavosti in neorganiziranosti. Ena izmed tipičnih vedenjskih oblik je izogibanje okoliščinam in vedenjskim oblikam, ki sprožijo tesnobo ter razvoj varovalnih vedenjskih oblik (Dernovšek, Gorenc in Jeriček, 2012). Na miselni ravni se težave pojavijo zaradi miselnega izkrivljanja, s čemer posameznik precenjuje nevarnosti in podcenjuje možnost rešitve. Pogost pojav je katastrofiziranje oziroma doživljanje in izražanje strahu ob nenevarnih situacijah, ne razumevanje lastnega vegetativnega vzbujenja ter pričakovanje ponovne neprijetnosti v določenih znanih situacijah, ki je povezano z neugodno izkušnjo pretirane tesnobe (anticipatorna tesnoba) (Dernovšek, 2013). Vse to lahko vodi v zmanjšano koncentracijo, slabše presojanje in zamegljene predstave, pozabljanje, opravljanje pogostih matematičnih napak in okrnjeno fantazijsko življenje (Dernovšek idr., 2012).

Poznamo več vrst anksioznih motenj, kamor uvrščamo: generalizirano anksiozno motnjo, panično motnjo, fobične anksiozne motnje, disociativne, somatoformne, s stresom pogojene anksiozne motnje in obsesivno kompulzivne motnje (Dernovšek, 2013). Kriterije za njihovo diagnozo je določilo Ameriško psihiatrično združenje (APA) in so navedeni v Diagnostičnem in statističnem priporočniku duševnih motenj (DSM-5) (Bourne, 2014). Anksiozne motnje se v osnovi med seboj razlikujejo glede na to, kaj izzove pretirano

tesnobo. Pri pacientu se lahko pojavi več motenj hkrati ali pa se v različnih življenjskih obdobjih pojavijo različne motnje. Pogosto so sočasno prisotne še druge duševne in telesne motnje, najpogosteje sta to depresija in motnje odvisnosti (Dernovšek, 2013). Anksiozne motnje se lahko zdravijo s psihološkimi terapijami, farmakoterapijami ali s kombinacijo obeh. Najučinkovitejša psihološka terapija je vedenjsko kognitivna terapija. Pri farmakoterapiji se najpogosteje uporabljajo selektivni inhibitorji ponovnega privzema serotonina in inhibitorji prevzema serotonina in norepinefrina. Druge možnosti zdravljenja z zdravili vključujejo tudi pregabalin, triciklične antidepresive, buspiron, moklobemid in druge. Pri razvijanju načrta zdravljenja z zdravili je potrebno biti pozoren na njihovo učinkovitost, neželene učinke, interakcije, stroške in želje pacienta (Bandelow, Michaelis in Wedekind, 2017).

2.1 Generalizirana anksiozna motnja

Generalizirana anksiozna motnja (GAM) je zelo razširjena motnja, za katero so značilni vztrajna zaskrbljenost, simptomi tesnobe in napetost. Je najpogostejša anksiozna motnja v primarni zdravstveni oskrbi, prisotna pri okrog 22% pacientov, ki se pritožujejo zaradi težav z anksioznostjo. Njena zastopanost je v primarni zdravstveni oskrbi nekje 8%, v splošni populaciji pa 1,9-5,1%, kar nakazuje na to, da so pacienti z GAM zelo visoki uporabniki virov zdravstvene primarne oskrbe (Wittchen, 2002).

Poenostavljena definicija pravi, da gre za mešanico skrbi in tesnobnih simptomov, ki jih pacient doživlja večino časa (Greenberg in Padesky, 1995, po Pustinek, 2009). Wells (1997, po Pustinek, 2009) meni, da je ključna značilnost GAM skrb, zaskrbljenost oziroma skrbljivost in da jo lahko pojmuje kot esencialno motnjo skrbljivosti.

GAM je po DSM-5 definirana (APA, 2013, po Starcevic in Portman, 2013) kot ekscesivna anksioznost in zaskrbljenost, ki se pojavlja v več kot polovici dni v obdobju najmanj 6 mesecev, v povezavi s številnimi dogodki. Oseba svojo zaskrbljenost težko obvladuje. Spremljajo jo najmanj trije od slednjih simptomov: (1) nemirnost, živčnost, nesproščenost, velika čustvena napetost, (2) hitra utrudljivost, (3) težave s koncentracijo ali občutek prazne glave, (4) razdražljivost, (5) mišična napetost in (6) motnje spanja. Anksioznost in zaskrbljenost povzročita veliko stisko ali oškodujeta pacientovo funkcioniranje na socialnem, poklicnem ali kakšnem drugem pomembnem področju delovanja. Motnja ni posledica fizioloških učinkov snovi (npr. zlorabe zdravila) ali drugega zdravstvenega stanja (npr. hipertirodizem).

Akiskal (1998, po Pustinek, 2009) povezuje GAM z anksioznostjo kot osebno potezo. Meni, da gre za neobvladljivo nagnjenje k zaskrbljenosti v povezavi z lastnim

blagostanjem in blagostanjem bližnjega sorodstva. Spremljajoče manifestacije so čuječnost, napetost, razdražljivost, nemiren spanec, prebavne težave in vzburljenje.

Veliko ljudi, ki trpi za GAM, beleži, da so že vse življenje bolj plašni, previdni in se pogosto izogibajo drugim zaradi strahu pred zavrnitvijo. Prisotna je dolgotrajna, stalna, prosto lebdeča tesnoba, ki jo spremlja psihomotorična napetost in avtonomna vzburljenost. Paciente pogosto skrbi za stvari, ki jim nekaj pomenijo in predstavljajo vrednoto (zdravje, družina, šola, služba itd.). Do sebe znajo biti po eni strani zelo zahtevni in perfekcionistični, po drugi strani pa dvomijo v svoje sposobnosti, kakovost svojega dela in učinkovitost. Iščejo zunanjo potrditev in zaradi previsokih pričakovanj pri svojih uspehih doživljajo premajhno zadovoljstvo. Pacienti stalno premlevajo (ruminiranje), kar ne pomaga rešiti problema in ne vodi v olajšanje. Strah jih je predvsem prihodnosti, ki jo vidijo kot neugodno. Ujeti so v past nasprotnih prepričanj, saj imajo po eni strani občutek, da zaskrbljenosti ni mogoče nadzorovati, po drugi strani pa so prepričani, da jih le-ta na nek način ščiti oziroma so zaradi nje bolj pripravljeni na morebitne negativne situacije. Prav zaradi tega je GAM dolgo nezdravljena (Dernovšek, 2013).

Pustinek (2009) dodaja različne telesne, emocionalne, kognitivne in vedenjske simptome, ki so bolj ali manj značilni za vse vrste tesnornih stanj in nevroz. Te so: tresenje, stiskanje v prsih, razbijanje srca, zasoplost (»kratka sapa«), mišične bolečine in krči, suha usta, omotičnost, vrtoglavice, diareja, težave s požiranjem, zatikanje pri govoru, jecljanje, skaljenost misli, spominske motnje, težave s koncentracijo,...

GAM je pogosto diagnosticirana zelo pozno, posledično gre pogosto za kronično stanje in pridružene težave (depresija, fobije, stanja odvisnosti). Pri ženskah je dvakrat pogostejša kot pri moških. Začne se lahko že pred dvajsetim letom starosti (Dernovšek, 2013). V povprečju pa se pojavi okrog tridesetega leta starosti, kar je nekoliko kasneje kot ostale anksiozne motnje. Novejše raziskave kažejo celo na to, da se prične razvijati že v otroštvu. Kot rizične faktorje za razvoj GAM navajajo vedenjsko inhibicijo, nevroticizem in izogibanje škodljivim posledicam. Tveganje za razvoj pa predstavljajo tudi stresorji v otroštvu in pretirano zaščitništvo staršev (Anić, 2017).

Pacienti, ki trpijo z GAM se pogosto zatečejo k zdravniku zaradi telesnih težav, predvsem zaradi težav z dihanjem, prehitrega bitja srca, bolečin v želodcu, glavobola, utrujenosti itd. Zdravljenje GAM temelji na zmanjševanju tesnobe na normalno raven, pogosto se uporabljajo različne tehnike sproščanja, psihoterapija in drugi pristopi (npr. telesna vadba) (Dernovšek, 2013). Za zdravljenje GAM se priporoča tudi farmakološko zdravljenje, kjer se trenutno uporablja več različnih razredov zdravil: antidepresivi (selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina - SSRI, zaviralci ponovnega privzema serotonina in

noradrenalina - SNRI), benzodiazepini in občasno antipsihotiki (Crits-Christoph idr., 2011).

2.2 Panična motnja

O panični motnji (PM) govorimo, ko gre za značilne nenadne epizode akutne zaskrbljenosti ali hudega strahu, ki se pojavi brez očitnega razloga (Bourne, 2014). Za to motnjo trpi od 1,5% do 3,7% splošne populacije (Francis idr., 2007). Vzroki za PM so skupek dednosti, kemičnih neravnovesij v možganih in osebnega stresa, ki ga lahko sproži nenadna izguba ali večje spremembe v življenju. PM se navadno razvije v pozni adolescenci ali v tretjem desetletju življenja (Bourne, 2014).

Pacient, ki trpi zaradi PM, ima pozornost selektivno usmerjeno na določene telesne odzive. Pretirano tesnobo sproži napačna interpretacija oziroma razumevanje posameznega slučajnega telesnega ali duševnega simptoma, ki je sam po sebi nenevaren. Takšni simptomi so: rahla omotica, razbijanje srca ali pospešen srčni utrip, občutek cmoka v grlu, potenje, slabost ali bolečine v trebuhu, oteženo dihanje ali občutek dušenja, stiskanje v vratu, občutek prazne glave, občutek spremenjenosti (derealizacija in depersonalizacija). Poleg napačne razlage omenjenih simptomov, pacienta spremljajo misli, da bo umrl, se zadušil, da ga bo kap, da bo izgubil zdrav razum in znorel ter izgubil nadzor nad svojim vedenjem. Takšne misli posameznika še bolj prestrašijo in mu povečajo tesnobo, saj ga preganja občutek ogroženosti. Simptomi se posledično ojačajo, situacijo bolnik ponovno napačno razume, tako je začaran krog sklenjen (Dernovšek, 2013). Intenzivna panika običajno traja nekaj minut, lahko pa se vrača še dve uri v valovih. Diagnozo PM se postavi, če je posameznik imel dva ali več napadov panike in je vsaj enemu od teh napadov sledil mesec dni (ali več) bojzani, da se bo napad ponovil. Potrebno je poudariti, da se panični napadi pojavijo spontano, nepričakovano in brez očitnega razloga (Bourne, 2014).

PM se lahko dodatno zaplete, če pacient razvije anticipatorno tesnobo pred novimi napadi. Pacienti poročajo, da je strah pred napadom lahko veliko bolj neprijeten kot napad sam, zato razvijejo varovalna in izogibajoča se vedenja. Zdravljenje poteka z zdravljenjem in s pomočjo psihoterapije, najpogosteje z vedenjsko kognitivnimi pristopi (Dernovšek, 2013).

Študije o zdravljenju PM v psihiatričnem okolju kažejo na to, da kljub učinkovitim farmakološkimi in psihološkimi pristopom pri zdravljenju, pacienti ne okrevajo povsem. Samo od 20% do 50% pacientov je deležnih izboljšanja simptomov, po umiku zdravil pa je stopnja možne ponovitve motnje od 25% do 85% (Francis idr., 2007).

2.3 Fobične motnje

Fobične anksiozne motnje so motnje, kjer je prisoten ekscesivni strah pred objektom, aktivnostjo, ali situacijo, ki sama po sebi ni nevarna. Oseba, ki trpi za to motnjo, običajno prepozna iracionalnost strahu, a ji kljub temu onemogoča prilagojeno delovanje v vsakodnevnih aktivnostih. Fobije označujejo tri bistvene značilnosti: (1) prisotnost nenehnega strahu pred objektom ali situacijo skozi daljši čas, (2) posameznik se zaveda iracionalnosti strahu, a mu to spoznanje ne pomaga in (3) izogibanje neugodnim situacijam, ki so odvisne od tipa fobije. Obstajajo trije tipi fobičnih anksioznih motenj: agorafobija, socialna fobija in specifične fobije (Levstik, 2009).

2.3.1 Agorafobija

Za agorafobijo je značilna izrazita zaskrbljenost zaradi dejanske ali pričakovane izpostavljenosti javnim prostorom, pri čemer se simptomi strahu ali anksioznosti večinoma pojavijo v vsaj dveh od petih različnih situacij (npr. pri uporabi javnega prevoza, v odprtem ali zaprtem prostoru, pri čakanju v vrsti ali v gneči in če ostanejo sami doma). Teh situacij se pacienti bojijo in izogibajo, saj menijo, da bo v primeru paničnega napada, izhod oziroma pobeg iz njih težaven ali pa da pomoč v danem trenutku ne bo na voljo. Posamezniki se poskušajo aktivno izogniti tovrstnim situacijam, kar se lahko kaže vedenjsko (npr. iskanje zaposlitve, ki ne zahteva uporabe javnega prevoza) ali kognitivno (npr. z odvrčanjem pozornosti, kadar se bojijo) (Asmundson, Taylor in Smits, 2014). Mnogih agorafobičnih ljudi pa ni strah samo paničnih napadov, ampak tudi tega, kaj si bodo mislili ljudje o njih, če jih bodo videli v takšnem stanju. Agorafobija se pojavlja v vseh življenjskih obdobjih. Zaradi nje bi naj trpelo 5% ljudi, od tega je okoli 80% žensk (Levstik, 2009).

2.3.2 Socialna fobija

Socialna fobija je motnja, kjer je izzvana pretirana tesnoba zaradi socialnih okoliščin. Za to motnjo trpi okrog 2,2% ljudi (Dernovšek, 2013). Ključna značilnost socialne fobije je po DSM-5 (APA, 2013, po Spence in Rapee, 2016) strah ali tesnoba v socialnih situacijah, v katerih je posameznik izpostavljen drugim in strah pred reagiranjem na način, ki bo negativno ocenjen s strani drugih (bodisi zaradi individualnega vedenja posameznika bodisi zaradi prikazovanja simptomov tesnobe, kot so zardevanje, tresenje ali potenje). Posameznik, ki trpi zaradi socialne fobije, se socialnim situacijam izogiba, če je to mogoče ali pa le-te prenaša z intenzivno anksioznostjo. DSM-5 (APA, 2013, po Spence in Rapee, 2016) nadalje navaja, da strah ne sme biti v sorazmerju z dejansko nevarnostjo, da mora trajati dlje kot šest mesecev in ni posledica fizioloških učinkov substanc, drugih duševnih

motenj ali zdravstvenega stanja. Prav tako strah povzroča klinično pomembno stisko ali okvaro na pomembnih področjih družbenega delovanja. Socialna fobija se pojavlja v poznem otroštvu ali v mladostništvu. Navadno se začne z otroškim sramom, ki se nadaljuje skozi mladostništvo in zgodnji odraslosti, kasneje pa začne izgubljati na ostrini (Levstik, 2009).

2.3.3 Specifične (izolirane) fobije

Specifične fobije se kažejo kot skrajni in trdovratni strahovi pred določenimi objekti, situacijami, dejavnostmi ali osebami. Najpogosteje so prisotni strahovi pred živalmi, višino, tuneli, temo, vodo, letenjem, boleznijo, dvigalom,... Posamezniki se kljub zavedanju, da jim ne prete dejanska nevarnost, skušajo izogniti fobičnim dražljajem (Garcia, 2017). V primerjavi z agorafobijo tukaj ni predhodnih spontanih paničnih napadov, niti ni prisoten strah pred njimi in pred socialnimi situacijami (Levstik, 2009). Posamezniki se pri ustavljanju iracionalnega strahu počutijo nemočne. Specifična fobija povzroča močno anksioznost, kar vpliva na vsakodnevne dejavnosti, delo in odnose. Specifična fobija je lahko posledica travmatskega dogodka in s tem rezultat pogojevanja ali posledica modeliranja (Garcia, 2017). Zastopanost specifičnih fobij je pri obeh spolih približno enaka, kot primerne terapevtske tehnike se priporočajo desenzitizacija v imaginaciji in izpostavljanje v realnih življenjskih pogojih (Levstik, 2009).

2.4 Obsesivno kompulzivne motnje

Obsesivno kompulzivna motnja (OKM) je nevropsihiatrična motnja z 2 do 3% prevalenco. Pacienti, ki trpijo z OKM, imajo ponavljajoče se vsiljive misli (obsesije) in/ali ponavljajoče se stereotipno vedenje (kompulzije), ki traja vsaj eno uro na dan in znatno vpliva na delovanje posameznika. Vsiljive misli povzročajo izrazito tesnobo. Pacienti pogosto navajajo, da si s kompulzijami prizadevajo zmanjšati ali nevtralizirati moteče misli, zaradi česar imajo težave s pozornostjo in koncentracijo. Med pogoste obsesije uvrščamo strah pred kontaminacijo, strah pred poškodbo sebe ali drugih, misli nasilne podobe, ponavljajoče se prepovedane ali perverzne seksualne misli, potrebo po simetriji in pretirano zaskrbljenost zaradi videza. Med primere kompulzij, ki se izvajajo kot odziv na obsesije, so prekomerno umivanje rok, ritualno kopanje ali negovanje, ponavljanje dejavnosti, ponovno branje besedila (Pittenger, Kelmendi, Bloch, Krystal in Coric, 2005).

Čeprav se OKM lahko začne že v otroštvu, se večina primerov pojavi v adolescenci in zgodnji odraslosti. Povprečna starost nastopa je od 22 do 36 let, pri čemer imajo moški običajno zgodnejši začetek pojava kot ženske. Zdravljenje poteka z VKT in farmakoterapijo (Pittenger idr., 2005).

2.5 S stresom pogojene anksiozne motnje

S stresom pogojene anksiozne motnje nastanejo, ker je povzročitelj stresnega odziva izjemno hud ali zaradi slabše osebnostne opremljenosti posameznika za spopad z vsakodnevnimi obremenitvami. Sem uvrščamo posttravmatsko stresno motnjo, akutno stresno motnjo in prilagoditveno motnjo (Ziherl, 2013).

Posttravmatska stresna motnja (PTSM) je prehodna, ki se nezdravljena lahko prevesi v kronično, pogosto izčrpavajoča duševna motnja, ki se lahko pojavi po travmatskem življenjskem dogodku, kot so vojaški spopadi, naravne katastrofe, spolni napadi ali nepričakovana izguba ljubljene osebe. PTSM je povezana s težavami na številnih področjih, vključno s težavami pri delu, socialnimi motnjami in fizičnimi zdravstveni težavami. Simptomi PTSM vključujejo stiske, vsiljive spomine, nočne more zaradi travme, razdražljivost, hipervigilnost (povečana občutljivost ogroženosti ali preokupacija s potencialno nevarnostjo), težave s spanjem, slaba koncentracija in čustveni umik. Posamezniki s PTSM se pogosto izogibajo krajem, dejavnostim ali stvarim, ki bi jih lahko spominjale na travmo. PTSM lahko pri posamezniku vodi do zlorabe substanc, motenj razpoloženja in anksioznosti, impulzivnega in nevarnega vedenja, samopoškodovanja, kroničnih bolečin, vnetja, kardiometabolnih motenj in povečanje tveganosti za demenco. Tveganje za invalidnost in prezgodnjo smrt, ki se pripisuje PTSM je izjemno visoko (Shalev, Liberzon in Marmar, 2017). Za PTSM je značilen časovni zamik pojava simptomov od nekaj tednov do nekaj mesecev (Ziherl, 2013).

Akutna stresna motnja (ASM) je prehodna motnja, ki nastane kot reakcija na telesne in/ali duševne obremenitve (Kodrič-Lašič, 2013). Pri ASM gre za kratkotrajno tesnoba in pojav nekaterih drugih simptomov takoj po stresnem dogodku, ki se pojavijo med 2 dnevi in 4 tedni po travmi. ASM je konceptualno podobna PTSM, saj vključuje podoživljanje, izogibanje in vznurjenost simptomov, se pa razlikuje od PTSM po močnejših disociativnih simptomih (Bryant, Harvey, Dang, Sackville in Basten, 1998).

Prilagoditvena motnja je čustvena motnja, ki nastane kot posledica prilagajanja na pomembno spremembo v življenju ali na obremenjujoče življenjske dogodke (bolezen ali smrt v družini, izguba službe, dolgotrajne zakonske težave itd.). Sprememba je tako intenzivna, da vpliva na posameznikovo socialno funkcioniranje in vključuje naslednje simptome: tesnoba, zaskrbljenost, zmanjšana sposobnost reševanja problemov, depresivnost, moteno je vnaprejšnje načrtovanje, pri mladostnikih so pogoste vedenjske motnje v obliki agresivnega ali disocialnega vedenja (Kodrič-Lašič, 2013).

2.6 Disociativne anksiozne motnje

Pri disociativnih (konverzivnih) motnjah gre za izgubo povezave med spomini, zavedanjem identičnosti in neposrednimi senzacijami ter nadzorom nad telesnimi gibi (Bourne, 2014). Za to motnjo uporabljamo dva izraza. Disociativna motnja temelji na izgubi povezave med spomini, zavedanjem, sensorjem in nadzorom nad temi procesi, medtem pa konverzivna motnja označuje obrat konfliktov v telesne oziroma nevrološke motnje. Poznamo različne tipe disociativnih motenj: disociativna amnezija, disociativne fuge, disociativni stupor, stanje transa in motnje obsedenosti, multiple motnje osebnosti itd. (Kodrič-Lašić, 2013).

2.7 Somatoformne motnje

Osnova somatoformnih motenj je izražanje čustvenih in vedenjskih psihosocialnih problemov s telesnimi simptomi. Pacient se vedno znova vrača k zdravniku zaradi ponavljajočih se in spremenljivih telesnih simptomov. Kljub negativnim izvidom in zagotovilom zdravnika, pacient ni zadovoljen in zahteva dodatne preiskave. Motnja se začne pred tridesetim letom starosti. Motnja je lahko prehodna (kot odgovor na stresno situacijo) ali trajna (psihosocialni vzroki so za pacienta neprepoznavni). Med somatoformne motnje uvrščamo somatizacijsko motnjo, hipohondrično motnjo, somatoformno avtonomno disfunkcijo itd. (Kodrič-Lašić, 2013).

3 VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA

Vedenjsko kognitivna terapija (VKT) je sestavljena iz dveh različnih psihoterapevtskih pristopov: vedenjskega, ki se ukvarja s spreminjanjem posameznikovega vedenja, ki je moteče zanj ali njegovo okolje, in kognitivnega, ki se ukvarja s prepoznavanjem posameznikovih načinov razmišljanja, stališči, predstavami, prepričanji in spreminjanjem nefunkcionalnih miselnih shem (Pastirk, 2011). VKT se je razvijala v treh korakih in sicer ima korenine v teorijah učenja in klasičnih vedenjskih principih ter njihovi uporabi v klinični praksi. V naslednjem koraku razvoja je prišlo do integracije vedenjske terapije s kognitivnimi terapevtskimi orientacijami, v zadnjem valu pa do postopne integracije vedenjsko-kognitivnih terapij in upoštevanje tradicionalnih psihoterapevtskih pristopov (Pastirk, 2007).

3.1 Značilnosti vedenjsko kognitivne terapije

VKT je v osnovi simptomatsko usmerjena in jasno strukturirana. Je časovno relativno kratek psihoterapevtski pristop, ki običajno poteka tedensko, povprečno od tri do šest mesecev. Osrednji cilj terapije je ublažitev simptomatike, tako, da simptomi postanejo manj moteči oz. da delno ali v celoti izzvenijo. Ko je terapevtski cilj dosežen, se pacienta še vedno spremlja nekaj mesecev. VKT je osnovana na ideji interakcije in tesne povezanosti posameznikovih misli (kognicije), emocij, vedenja in telesnih reakcij. Terapije potekajo tako, da klient in terapevt sedita nasproti, pri čemer se terapevt poslužuje znanstveno utemeljenih psihoterapevtskih pristopov (Pastirk, 2011). Terapevtov odnos temelji na zavezi in zaupanju. Klientu mora vnašati toplino, empatijo, skrb, spoštovanje, zanimanje za pacienta in izkazovati kompetentnost. Aktivno sodelovanje je ključnega pomena za uspešen potek terapije. Pacient mora razumeti terapijo kot timsko delo, kjer se oba odločata o glavni tematiki seanse, pogostosti srečanj in pacientovih zadolžitvah (Smrdu, 2009).

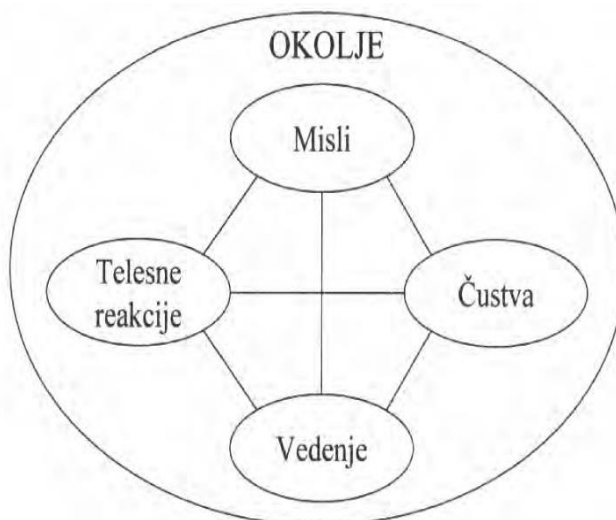
Ob začetku terapije, je naloga pacienta, da navede svoje probleme in si zastavi cilje, ki jih kasneje skupaj s terapevtom dosežeta (Smrdu, 2009). VKT se osredotoča na klientovo vedenje po principu »sedaj in tukaj«, kar pomeni, da je pomembna analiza obstoječe situacije. Ukvarja se predvsem z aktualnimi problemi in specifičnimi situacijami, ki so za pacienta neugodne (Ribič Hederih, 2007). VKT se usmeri v preteklost le v določenih primerih: (1) če pacient izrazi močno željo po tem, (2) če delo na aktualnih problemih ne vodi v spremembe na kognitivnem, vedenjskem in emocionalnem področju in (3) če terapevt presodi, da je potrebno ugotoviti kdaj in kako so se posamezne disfunkcionalne misli pojavile. Eden izmed ciljev terapije je prav tako naučiti pacienta, da bo sam svoj »terapevt«, da bo znal preprečiti ponovitev motnje, se naučiti identificirati, razložiti in

odgovoriti na lastne disfunkcionalne misli in prepričanja. VKT uporablja različne tehnike za spreminjanje misli, razpoloženja in vedenja (Smrdu, 2009).

Prednosti VKT so potrdile številne študije in dokazale njeno učinkovitost pri obravnavi in zdravljenju anksioznih motenj (generalizirana anksiozna motnja, panični napadi, socialne fobije, obsesivno kompulzivne motnje,...), depresivnih motenj, odvisnosti od psihoaktivnih snovi, motenj prehranjevanja, partnerskih problemov, kroničnih bolečin in shizofrenije (Smrdu, 2009). V zadnjih letih je vse bolj uporabna pri obravnavi osebnostnih motenj in psihoz, pri čemer je potrebna določena modifikacija tradicionalnega pristopa (Pastirk, 2011).

3.2 Kognitivni model

VKT temelji na kognitivnem modelu ki pravi, da čustva, vedenje in telesne reakcije posameznika niso neposredno odvisna od zunanjih situacij ali dogodkov, ampak od interpretacije oziroma osebne razlage teh situacij ali dogodkov, torej od miselnih (kognitivnih) procesov (Beck, 2011).



Slika 1. Pet vidikov življenjskih izkustev (Greenberger in Padesky, 1995, po Pustinek, 2009).

Kognitivni procesi potekajo na treh ravneh: ravni avtomatskih misli, vmesnih prepričanj in bazičnih prepričanj. Posameznikova prepričanja se začnejo oblikovati v zgodnjem otroštvu in se razvijajo vse življenje. V zgodnjem otroštvu se razvije najbolj osnovna raven prepričanj o nas in svetu okoli nas, kar imenujemo osnovna-bazična prepričanja. Zanje je značilno, da so globalna, toga in generalizirana. Če poteka razvoj ugodno, si izoblikujemo prepričanja, ki vodijo k pozitivnemu videnju sebe in sveta in obratno v neugodnih

razmerah. Tovrstna prepričanja pa vplivajo na razvoj vmesnih prepričanj, ki so sestavljena iz stališč, pravil in domnev. So bolj prilagodljiva od bazičnih prepričanj, a še vedno jih je težko spreminjati. Najlažje so dostopne avtomatske misli. Te se oblikujejo na podlagi vmesnih in bazičnih prepričanj. Pri avtomatskih mislih govorimo o miselnem toku, ki poteka ob manifestnem miselnem dogajanju in se običajno pojavi spontano. Gre za nagle in kratke misli, ki se lahko pojavijo v obliki slik ali kratkih sporočil. Avtomatske misli sprejemamo kot resnico brez razmisleka in vrednotenja ter so značilne za vse ljudi. Osrednji problem avtomatskih misli je, da ne glede na to, kako iracionalne so, jim v večji meri verjamemo. Te so pogosto distorzijske (že v osnovi niso realne) ali disfunkcionalne (ker so v realnosti mogoča) (Pastirk, 2007).

Cilj terapije je obenem naučiti pacienta prepoznavati avtomatske misli, jih kritično vrednotiti in modificirati negativne avtomatske misli, kar pogosto pripelje do izboljšanja čustvenega doživljanja. VKT predpostavlja neprestano povezanost misli s čustvi, vedenjem in fiziološkimi telesnimi reakcijami, pri čemer se ta proces dogaja v kontekstu nekega okolja, ki dodatno specifično vpliva na posameznika. Prav tako je potrebno upoštevati vzajemen odnos med kognicijo in čustvom, saj določena misel oziroma njena interpretacija vpliva na čustveno stanje, hkrati pa čustvo povečuje verjetnost prepričanja v to kognicijo (Pastirk, 2011). Pozornost v terapiji je tako usmerjena predvsem na pacientovo doživljanje na ravni telesnih občutkov (tresenje, dihanje, bitje srca ipd.), čustev (strah, jeza, žalost idr.), misli (kriv sem, nisem sposoben, osramotil se bom idr.) in vedenja (izogibanje, razbijanje stvari ipd.), ki ga izkazuje (Smrdu, 2009).

3.3 Tehnike vedenjsko kognitivne terapije

Zdravljenje po vedenjsko kognitivnem modelu poteka na dveh različnih ravneh: z vedenjskimi in kognitivnimi tehnikami (Smrdu, 2009). Vedenjske tehnike se uporabljajo pri terapiji vseh vrst anksioznih motenj, reševanju številnih šolskih problemov, pri soočanju s stresom, depresiji, pri terapiji seksualnih disfunkcij idr. Koristne so pri večanju samokontrole posameznika, večanju asertivnosti in učenju socialnih veščin. V osnovi se vedenjske tehnike delijo na dve veliki skupini, kjer ena temelji na principih operantnega pogojevanja, druga pa na principu klasičnega pogojevanja (Križnik Novšak, 2007). Sem uvrščamo tehnike beleženja, načrtovanja nagrade, sistemsko desenzitizacijo, tehnike sproščanja, modeliranje, igranja vlog, trening socialnih veščin, asertivni trening itd. (Smrdu, 2009). Kognitivne tehnike se uporabljajo takrat, ko želimo doseči kognitivno spremembo in ko želimo spremeniti nefunkcionalna ali napačna prepričanja. Sem uvrščamo tehnike identifikacije negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj, modifikacijo negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj, tehnike zaustavljanja in preusmerjanja misli, tehniko čuječnosti itd. (Pastirk, 2011).

3.4 Kognitivna konceptualizacija

Kognitivna konceptualizacija primera je postopek, ki v VKT predstavlja način za opis in razumevanje pacienta kot osebe, klientovih problemov in težav ter postopkov in metod za rešitev njegovih problemov. Kognitivna konceptualizacija opisuje in definira dejavnike, ki vzdržujejo posameznikove probleme in pojasnjuje osnovne mehanizme, ki so pogojevali razvoj neke motnje oz. nastanek problemov pri klientu, ter sočasno nakazuje rešitve teh problemov. Osredotoča se na začarani krog vpliva negativnih avtomatskih misli, ki se odvijajo v sprožilni situaciji, na čustva, vedenje in fiziološke reakcije, ter pojasnjuje kako so čustva in avtomatske misli povezane med seboj, ter kako avtomatske misli izhajajo iz bazičnih predpostavk (Žugman, 2007).



Slika 2. Kognitivni model emocionalnih motenj (Žugman, 2007).

Osnovni namen kognitivne konceptualizacije je, da tako klient kot terapevt razumeta funkcioniranje klienta in njegovih problemov ter da klienta naučimo strukturirati njegovo lastno doživljanje in funkcioniranje. Klient tako pridobi uvid v nefunkcionalnost svojih bazičnih prepričanj in učinkovitejše obvladovanje svojih problemov. Kognitivna konceptualizacija zajema aktualne probleme, ki so klienta pripeljali v terapijo in temeljne psihološke mehanizme, ki so omogočili in pogojevali nastanek klientovih problemov. Gre za kontinuiran proces postavljanja in razvijanja delovnih hipotez, katerega namen je izdelava sheme klientovih problemov in njihovega izvora (Žugman, 2007).

4 OBRAVNAVA GENERALIZIRANE ANKSIOZNE MOTNJE Z VEDENJSKO KOGNITIVNO TERAPIJO

Za zdravljenje GAM se priporoča predvsem VKT in uporaba zdravil. GAM je pri zdravljenju z VKT manj učinkovita v primerjavi z drugimi anksioznimi motnjami in dosega le zmerne učinke (Anić, 2017). Pa vendar terapija pomaga pri zmanjševanju akutnih simptomov GAM do dve leti po zdravljenju in velja za veliko bolj uspešno v primerjavi z nespecifičnimi terapijami (Borkovec in Ruscio, 2001). Pozitivni učinek VKT vključuje tudi zmanjšanje večine sočasnih anksioznih motenj (Newman idr., 2010). Vredno je omeniti, da je glede na podatke v svetu kar 5% populacije, ki v določenem življenjskem obdobju trpi zaradi GAM, kar pomembno vpliva na njihovo zdravje in splošno stanje. Prav zaradi teh razlogov, je zanimanje raziskovalcev in terapevtov za obravnavo GAM veliko (Anić, 2017).

Vse novonastale teorije GAM imajo v izhodišču Beckovo kognitivno formulacijo anksioznih motenj. Beck je skupaj s sodelavci izvedel klinične intervjuje s klienti, ki so bili k njemu napoteni zaradi anksiozne nevroze in ugotovil, da so stopnjevanje simptomov vedno spremljale ideje o grozeči nevarnosti, ki so se pojavile v obliki avtomatskih misli in/ali imaginacij. K razumevanju kognitivnih osnov anksioznosti je pripomogla razlaga, da se kognitivna ranljivost za nastanek anksioznih motenj razvija preko izkrivljenih shem o nevarnosti, ki vodijo in usmerjajo procesiranje podatkov (pozornost, interpretacijo, pomnjenje nevarnih ali grozečih dražljajev). Sheme so tako aktivirane z realnim ali le z zaznanim neugodnim življenjskim dogodkom in sistematično izkrivljajo informacije. Posledično posameznik precenjuje intenzivnost in resnost nevarnosti, podcenjuje svojo sposobnost soočanja in nepotrebno uporablja kompenzacijske in samozaščitne strategije, kot so kognitivno, afektivno ali fizično izogibanje. Ugotovitve novejših raziskav pravijo, da osebe, ki trpijo z GAM, sistematično izkrivljajo interpretacijo nejasnih ali dvosmiselnih dogodkov. Osebe poročajo, da informacije o nevarnosti procesirajo v skladu z njihovimi avtomatskimi mislimi, ki so usmerjene na nevarnost in grožnjo (Barlow, 2002). Osnova novejših modelov vključuje možnost, da imajo kognitivni procesi pri GAM vlogo samozaščite oziroma samoregulacije (Riskind, 2005).

V zadnjih dveh desetletjih so nastale tri teorije, ki poskušajo pojasniti funkcijo in vlogo skrbi pri osebah z generalizirano anksiozno motnjo. Vse tri teorije skušajo pojasniti delovanje mehanizma, ki sproži zaskrbljenost. Govorimo o Wellsovi metakognitivni teoriji, teoriji izogibanja in štiridelnem modelu razumevanja in obravnave generalizirane anksiozne motnje (Anić, 2017).

4.1 Kognitivni modeli generalizirane anksiozne motnje

4.1.1 Metakognitivni model

Metakognitivna teorija generalizirane anksioznosti se ukvarja s pojasnjevanjem razvoja in vzdrževanja pretirane zaskrbljenosti, ki se je ne da nadzirati z metakognitivno regulacijo. Izraz metakognicije označuje znanje, prepričanja o mislih, oceno le-teh, regulacijo in zavedanje trenutnih misli. Pri GAM gre za rezultat interakcije zaskrbljenosti kot strategije spoprijemanja, negativne ocene zaskrbljenosti in poskusa nadziranja zaskrbljenosti. Teorija v žarišče obravnave postavlja spremembo metakognicij oziroma spremembo mišljenja o mišljenju (Anić, 2007).



Slika 3. Kognitivni model GAM (Wells, 1995, po Pustinek, 2009).

Metakognitivni model GAM (slika 3), ki ga je predlagal Wells, navaja, da se ločita dva tipa skrbi, ki ju izkusijo posamezniki z GAM. Ko se posameznik prvič spopade s sprožilcem (negativne novice, vsiljive misli, neprijetne predstave in situacije), ki vzbuja anksioznost, nastajajo pozitivna prepričanja o skrbi (npr. Prepričanje, da bo skrb pomagala pri situaciji). Ta proces je znan kot skrb tipa 1 in predstavlja predelovalno strategijo kot odgovor na sprožilec. Wells jo definira kot skrb za nekognitivne dogodke in skrb, ki se nanaša na zunanje dogodke ali fizične simptome. Skrb tipa 1 najprej sproži anksiozni odziv, kasneje pa se lahko anksioznost poveča ali zmanjša. To je odvisno od tega, ali je problem, ki je spodbudil zaskrbljenost, rešen. Če se skrbi tipa 1 začnejo ponavljati, se sprožijo negativna

prepričanja o skrbeh. Posamezniki, ki trpijo za GAM, začnejo skrbeti glede skrbi tipa 1. Strah jih je, da skrbi ni mogoče nadzorovati ali pa so celo same po sebi nevarne. Wells »skrbi zaradi skrbi« imenuje skrb tipa 2 ali meta-skrb. Negativna prepričanja se s ponavljajočimi izkušnjami aktivirajo že ob prvih signalih zaskrbljenosti oziroma že ob samem sprožilcu (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman in Staples, 2009). Ko se enkrat pojavi meta-skrb, se aktivirajo še dodatni dejavniki, ki vzdržujejo problem: vedenjski odzivi (izogibanje zaskrbljujočih situacij, iskanje pomiritve), poskusi kontrole misli (potlačitev misli) in emocionalni simptomi. Z uporabo tovrstnih strategij skuša posameznik zmanjšati nevarno ocenjeno situacijo (Pustinec, 2009).

Metakognitivna terapija se drži določenega zaporedja, kar je pomembno za doseg cilja. V prvem koraku metakognitivne terapije je potrebno ustvariti konceptualni primer metakognitivnega modela klienta, ki je osnova za nadaljnje posege. Z modelom želimo zmanjšati neučinkovite strategije spoprijemanja, pripeljati skrbi pod učinkovit nadzor in spreminjati metakognitivna prepričanja (Hjemdal, Hagen, Nordahl in Wells, 2013). Na začetku je potrebno formulirati spodnji del modela (negativne interpretacije skrbi, vedenje, misli in emocije), še le kasneje se izvajata pozitivna prepričanja in probleme v povezavi z uporabo skrbi kot spoprijemalne strategije. V drugem koraku je potrebna socializacija oziroma uvajanje pacienta v kognitivni model. Potrebno ga je naučiti o pomenu zaskrbljenosti zaradi skrbi samih, o vlogi kontraproduktivnih reakcij pri vzdrževanju motnje in mu dopovedati, da je glavni problem skrb zaradi skrbi (Pustinec, 2009). Po konceptualizaciji in socializaciji, je potrebno izzvati in izpodbiti prepričanja o nenadzorovani zaskrbljenosti, izpodbiti prepričanja o nevarnosti zaskrbljenosti, izpodbiti pozitivna prepričanja o zaskrbljenosti in preprečiti ponovitev povratka simptomov (Hjemdal idr., 2013):

Metakognitivna terapija uporablja tehnike kot so metakognitivni odmik in eksperimenti za odlaganje skrbi. Te tehnike se uporabljajo za nadomestitev neučinkovitih strategij. Cilj terapije je povečati učinkovit nadzor nad skrbmi in izpodbijati prepričanja o njihovi neobvladljivosti. Poudariti je potrebno, da se terapija ukvarja z metakognitivnimi prepričanji o skrbeh in ne z vsebino skrbi. Zdravljenje GAM je običajno sestavljeno iz 10 do 12 seans, ki se izvajajo v tedenskih 50-minutnih seansah (Hjemdal idr., 2013).

Rezultati študij kažejo, da je metakognitivna terapija učinkovita pri zamenjavi metakognitivnih prepričanj in intenzivnosti anksioznosti in da so opažene spremembe trajne v enoletnem obdobju spremljanja. Terapija prav tako ni usmerjena le na obravnavo oseb z GAM, ampak tudi na osebe s čustvenimi motnjami, kjer imajo metakognitivne misli pomembno vlogo (Anić, 2017).

4.1.2 Teorija izogibanja

Borkovec je pri pojasnjevanju GAM predlagal teorijo izogibanja. Model pravi, da zaskrbljenost deluje kot kognitivno izogibanje na zaznane grožnje. Narava zaskrbljenosti je primarno miselna in ne imaginarna aktivnost. Langovo pojmovanje, da se telesna aktivacija čustev pojavlja kot oblika imaginacije, je vodila k prepričanju, da prevladovanje misli zaskrbljenosti služi kot motivirana oblika izogibanja afektivnih predstav. Zaskrbljenost je torej visoko motiviran proces, ki se telesni aktivnosti, povzročeni z afektivno imaginacijo, izogiba ali jo blaži s pretirano miselno aktivnostjo. Zaskrbljenost, ki jo najdemo pri GAM je kronična in težko kontroljiva ter motivirana s potrebo po rešitvi problema (grožnje) in z možnostjo, da se hitro potlači neprijetna telesna aktivacija (Anić, 2007). Izogibanje ima torej dve funkciji. Prva je, da je zaskrbljenost kognitivni poskus ustvarjanja načinov za preprečitev slabih dogodkov in/ali za pripravo na njihov pojav. Druga pa, da zaskrbljenost služi kot motivirana oblika izogibanja afektivnih predstav, ki aktivirajo strah in se izogiba telesni aktivnosti ali jo blaži. Proces kognitivnega izogibanja je tako vsakič negativno podkrepjen in ojačan, kar onemogoča čustveno obdelavo dražljajev, povezanih s strahom, ki so sicer potrebni za izumrtje anksioznih odzivov. Posledično to vodi v ohranjanje zaskrbljenosti (Newman in Llera, 2011). Posameznik utrjuje prepričanje, da ga zaskrbljenost ščiti pred nevarnostjo na različnih področjih v povezavi s preteklimi travmami, neugodnimi delovnimi izkušnjami ali pa sedanjimi interpersonalnimi problemi (Anić, 2017).

Terapija na podlagi teorije izogibanja je usmerjena na pomirjanje telesne in čustvene vznemirjenosti in na zmanjševanje zaskrbljenosti. Kontrolirane študije so dokazale, da kombinacija vedenjskih in kognitivnih postopkov vodi k boljšim in stabilnejšim rezultatom kot pa uporaba posameznih postopkov vedenjske ali kognitivne terapije (Anić, 2007).

Na podlagi teorije izogibanja, je pri obravnavi GAM priporočljivo delati na klientovem samonadzoru zunanjih situacij, misli, čustev, fizioloških reakcij in vedenja. Smiselno se je posluževati sprostivnih tehnik (progresivna mišična relaksacija, diafragmalno dihanje ipd.) in samonadzorovane desenzitizacije, ki vključuje uporabo metod (npr. imaginarne vaje) za lažje pridobivanje običajnih odzivov. Klient se postopoma uči obvladovati dražljaje, tako da spremlja, kdaj in kje se določene skrbi pojavijo. S kognitivnim prestrukturiranjem skušamo klientu povečati fleksibilnost v mišljenju in omogočiti dostop do različnih, fleksibilnih perspektiv. Klienti morajo redno spremljati zaskrbljenost in jo beležiti v dnevnik, pri čemer se spremlja posebne skrbi, strahove in dejanske izide teh skrbi. S tem se poveča zavedanje klientov, da bodo njihove zaznave možnih groženj v prihodnosti precenjene, sposobnosti soočanja pa podcenjene. Klienta je potrebno poučiti,

da živi brez pričakovanj, in ga spodbujati, da usmerja pozornost na sedanost, s čemer prekine stalno zaskrbljenost (Behar in Borkovec, 2005).

4.1.3 Štiridelni model

Ladouceur je s sodelavci predstavil štiridelni model GAM, ki vključuje: (1) netolerantnost do negotovosti, (2) prepričanja o zaskrbljenosti, (3) slaba orientacija problemov in (4) kognitivno izogibanje (Anić, 2017). Netolerantnost do negotovosti je prva komponenta modela in je pojmovana kot dispozicijska značilnost, ki izhaja iz niza negativnih prepričanj o negotovosti in njenih posledicah ter vključuje težnjo po negativnem odzivu na čustvenem, kognitivnem in vedenjskem področju v negotovih situacijah in dogodkih (Boswell, Thompson-Holland, Farchione in Barlow, 2013). Netoleranca negotovosti je posledica znižanega praga tolerance za nejasnost in močnih reakcij nanjo ter sprejemanja grozečih izidov kot posledice negotovosti, kar vodi do disfunkcionalnega vedenja (Anić, 2007). Za posameznike, ki trpijo z GAM, so negotove ali dvoumne situacije stresne in vznemirljive. V takih situacijah doživljajo kronično zaskrbljenost. Posamezniki imajo prepričanja, da jim bo zaskrbljenost pomagala pri bolj učinkovitem soočanju z neprijetnimi in neugodnimi situacijami ali pa pomagala pri preprečitvi soočanja s to situacijo. Osebe z GAM so tako nagnjene k precenjevanju prednosti zaskrbljenosti in k podcenjevanju pomanjkljivosti zaskrbljenosti. Ta zaskrbljenost, s spremljajočimi občutki tesnobe, vodi v negativno problemsko usmerjenost in kognitivno izogibanje, pri čemer sta oba namenjena ohranjanju skrbi. Posamezniki, ki imajo izkrivljeno problemsko usmerjenost, nimajo zaupanja v svoje sposobnosti reševanja problemov. Probleme pogosto zaznavajo kot grožnje in postanejo enostavno ogroženi, ko se ukvarjajo s problemom. So predvsem pesimistični glede izida reševanja težav. Ti občutki povečujejo zaskrbljenost in anksioznost. Četrta komponenta kognitivno izogibanje se nanaša na Borkovecovo teorijo, ki postavlja v ospredje uporabo kognitivnih strategij, ki preprečujejo soočanje z zastrašujočimi imaginacijami (Behar idr., 2009).

4.2 Postopek zdravljenja generalizirane anksiozne motnje

Vedenjsko kognitivni postopek pri obravnavi GAM poteka individualno ali skupinsko, običajno v desetih do šestnajstih srečanjih. Med ključne elemente obravnave spada: psihoedukacija o VKT in GAM, trening zavedanja zaskrbljenosti, obvladovanje netolerantnosti do negotovosti in sprejemanje negotovosti, spreminjanje prepričanj o koristnosti skrbi, izboljšanje soočanja s problemi in obvladovanje večšin reševanja problemov, predelava bazičnih stališč in preprečevanje ponovitve simptomov. Skozi vsa srečanja se dela predvsem na povečevanju tolerance do negotovosti, saj se koncept

netolerance to negotovosti razume kot ključen in je odgovoren za nastanek in vzdrževanje GAM (Anić, 2017).

Psihoedukacijska faza je namenjena postopnemu učenju modela GAM, ki ga klientu, zaradi njegove kompleksnosti, pojasnujemo na konkretnih terapevtskih primerih. S pomočjo shem pridobivajo potrebna znanja, ki jih povezujejo z osebnimi izkušnjami, ustrezna znanja o mehanizmih, ki so pomembni za njihove težave in o izrazitem pomenu pretiranih skrbi za meta terapijo. Skrbi klientu predstavimo kot miselne procese o negotovosti glede negativnih dogodkov v prihodnosti, ki jih spremlja tesnoba (Anić, 2017).

Pri zdravljenju GAM so pomembne tri stopnje obravnave: trening zavedanja skrbi, prepoznavanje in obvladovanje netolerantnosti do negotovosti ter spreminjanje prepričanj o koristnosti skrbi. Trening zavedanja skrbi je proces samoopazovanja, v katerem klient beleži vidike svojih skrbi v dnevnik, s čimer se uči prepoznavati skrbi takoj ob njihovem pojavu, prepoznavanja ponavljajočih se skrbi in sprožilcev, ki aktivirajo proces zaskrbljenosti. Svoje skrbi razvrsti v dve skupini: skrbi o vsakodnevni realni dogodkih in skrbi o hipotetičnih, nepreverjenih dogodkih v prihodnosti (Wilkinson, Meares in Freeston, 2011).

Prepoznavanje in obvladovanje netolerantnosti do negotovosti je naslednji korak obravnave, katerega cilj je pomagati klientu prepoznati težave z negotovostjo in ga naučiti povišati toleranco do negotovosti s postopnim večanjem kognitivne in vedenjske fleksibilnosti v posameznikovo življenje (Wilkinson idr., 2011). Netolerantnost do negotovosti vpliva na to, kako posameznik zaznava, interpretira in se odziva na negotove situacije na kognitivni, čustveni in vedenjski ravni. Več študij je pokazalo tesno povezavo med netolerantnostjo do negotovosti in zaskrbljenostjo. Koncept netolerantnosti do negotovosti je ključen pri nastanku in vzdrževanju GAM, zato se na povečanju tolerance dela skozi vse seanse (Provencher, Dugas in Ladouceur, 2004). Klienta s konceptom spoznamo v drugem ali tretjem srečanju. Poudari se, da si netolerantne osebe pogosto postavljajo vprašanja »kaj če«, kar je lahko povod v začetek kroga zaskrbljenosti. To se lahko klientu predstavi na konkretnem primeru, kasneje se ga sooči s preprostimi nalogami, s katerimi vadi sprejemanje negotovosti. To opravlja najprej na seansah, kasneje v času med seansami (Wilkinson idr., 2011).

V naslednji stopnji, se mora klient naučiti in razumeti, da se pozitivna prepričanja o skrbeh in netoleranca do negotovosti povežeta z nagnjenostjo k zaskrbljenosti. Klienta prvo poučimo o koristnosti skrbi na splošno, kasneje pa ta prepričanja o skrbeh povežemo z vlogo, ki jo igrajo pri GAM. Pacienti GAM omenjajo, da jih skrbi pripravijo na

pričakovane negativne dogodke, ki se pogosto ne pojavijo. Ker so prepričani v koristnost skrbi, je potrebno s klientom dobro obdelati primere skrbi, kjer do rešitve problema ni pripeljala skrb, ampak aktivnost (Wilkinson idr., 2011).

Naslednji ključen element pri obravnavi GAM je izboljšanje spoprijemanja s problemi in učenje večšin reševanja problemov. Negativna problemska usmerjenost pri GAM vključuje težnjo po ocenjevanju problemov kot groženj, obravnavanje problemov kot nerešljivih in dvom posameznika v sposobnost reševanja problemov in pozitiven izid (Provencher idr., 2004). V prvem koraku te faze, se terapevt in klient ukvarjata s spremembo stališč do problemov. Klient se mora naučiti razlikovati problem od lastne čustvene reakcije nanj, saj bolj kot je posameznik frustriran in anksiozen, bolj ocenjuje problem kot pomemben in grozeč. V naslednjem koraku se izvede trening reševanja problemov v običajnih petih korakih kognitivne terapije, pri čemer je v peti stopnji procesa najboljša rešitev tista, ki ima največ prednosti, najmanj pomanjkljivosti, a še vedno ni popolna. Taka izbira rešitve vsebuje veliko negotovosti, zato klienta postopoma učimo tudi tolerirati negotovost izida (Anić, 2007).

V zaključni fazi terapevtskega postopka GAM gre za integracijo kognitivnega izogibanja in predelavo bazičnih stališč. Več raziskav je pokazalo, da je zaskrbljenost sestavljena iz verbalno-jezikovnih misli in da je povezana z zmanjšanjem periferne somatske aktivnosti. Ena izmed funkcij skrbi pri GAM je izogibanje negativnim imaginacijam strahu. Kognitivno izogibanje ovira čustveno obdelavo teh predstav in prepreči polno aktivacijo mrež strahu v spominu. Polna aktivacija mreže strahu pa je pomemben korak pri zmanjševanju strahu. Tako lahko kognitivna izpostavljenost negativnim predstavam pozitivno vpliva na zmanjšanje skrbi in je pomemben korak pri zdravljenju GAM (Provencher idr., 2004). Na začetku te faze, klientu na razumljiv način, s pomočjo shem, razložimo mehanizem ohranjanja in jačanja skrbi, ki dolgoročno vzdržujejo izogibanje. Nato spodbujamo klienta k izpostavljanju v imaginaciji brez možnosti izogibanja in nevtraliziranja anksioznosti. Zastrašujoče predstave mora klient natančno opisati naglas v prvi osebi ednine, v sedanjem času. Terapevtova naloga je, da tovrstni opis posname, da ga lahko klient kasneje posluša in postopoma premaguje vznemirjenost, povezanih s predstavo (Anić, 2017).

Pri zadnjih seansah, mora terapevt posvetiti posebno pozornost na preprečevanje ponovitve simptomov. Klient mora končati terapijo z realističnimi pričakovanji, da ga terapija ni naredila imunega do skrbi, ampak, da je sedaj opremljen z novimi znanji in sposobnostnimi, s katerimi lahko svoje skrbi drži v območju normalnega. Terapevt in klient v tej fazi utrdita usvojeno znanje, postopke in ponovita naučene strategije (Wilkinson idr., 2011).

4.3 Vedenjske in kognitivne tehnike generalizirane anksiozne motnje

Skozi proces zdravljenja, je naloga terapevta, da klienta seznanja s tehnikami vedenjsko kognitivne psihologije, ki lahko posamezniku pomagajo pri telesni vznemirjenosti in zmanjševanju skrbi. Nadzor nad telesno vznemirjenostjo lahko dosežemo z učenjem in vajo različnih oblik relaksacije (čuječnostjo, progresivno mišino relaksacijo, mentalnim umirjanjem, pomirjujočimi imaginacijami ipd.), zmanjšanje skrbi pa z različnimi kognitivnimi postopki (kognitivna restrukturalizacija, delo na meta kognicijah ipd.) (Anić, 2017).

V zadnjih letih se vse pogosteje uporablja kognitivna tehnika čuječnosti, ki lahko pomembno pomaga osebam z GAM. Gre za obliko meditacije, ki zahteva razvoj treh kvalitet v pozornosti nekoga: (1) odsotnost vrednotenja, presojanja, (2) namerna pozornost, budnost in (3) osredotočanje na sedanost. Z drugimi besedami, gre za poseben način usmerjanja pozornosti, namenoma, v sedanjem trenutku in brez presojanja. Posamezniku dovoljuje polno spremljanje vseh aspektov različnih izkušenj, kar vključuje vse kognitivne, fiziološke in vedenjske komponente. S to tehniko skuša VKT spremeniti odnos do negativnih misli in omogočiti drugačen, umirjen odnos do lastnih skrbi. Cilj tehnike je sprejemanje skrbi kot mentalne aktivnosti in ne resnične nevarnosti ter pomagati klientu, da se odmakne od skrbi, jih opusti oziroma zazna brez telesnega vznemirjenja (Toš Koren, 2007).

Zelo uporabna vedenjska tehnika pri obravnavi GAM, je progresivna mišična relaksacija. Tehnika uči posameznika sproščanja posameznih sklopov telesnih mišic preko učenja razlikovanja napetega in sproščene stanja mišic. V času treninga si oseba prizadeva za zmanjševanje potrebnega časa za sprostitev in za uporabo tehnike relaksacije v najrazličnejših situacijah realnega življenja (Novšak, 2007).

4.4 Zdravljenje generalizirane anksiozne motnje z vedenjsko kognitivno terapijo in farmakoterapijo

GAM se lahko zdravi s psihološkimi terapijami, s pomočjo zdravil ali kombinacijo obojega. Pacient, ki trpi za GAM, se ima pravico odločiti sam, za katero vrsto terapije se bo odločil. Pri tem igra pomembno vlogo posameznikova želja in individualne potrebe. Med psihološkimi terapijami se je za najbolj učinkovito izkazala vedenjsko kognitivna terapija. Zdravljenje z VKT je lahko v pravi meri zelo učinkovito in pomaga posamezniku premagati tesnobo. Pri tem je potrebno veliko motivacije, odločnosti in potrpežljivosti, saj je za doseg učinkov potreben čas. Za katero vrsto zdravljenja se bo posameznik odločil, je odvisno tudi od posameznikove situacije in resnosti motnje. Včasih so simptomi

anksioznosti tako izraziti, da mora pacient pred začetkom psihološke terapije ali med, jemati zdravila, s čemer se vsaj delno olajšajo simptomi. Nekateri ljudje se ne želijo zateči k zdravilom, ker menijo, da bodo od njih odvisni ali pa, da bodo s tem izkazali svojo šibkost. Ne glede na to, za kar se posameznik odloči, mu tovrstni pristopi zdravljenja lahko pomagajo pri spopadanju z GAM (Bourin in Thibaut, 2013).

GAM je ena najtežje ozdravljivih anksioznih motenj, zaradi česar je učinkovit odziv na zdravljenje nižji v primerjavi z drugimi anksioznimi motnjami. Pa vendar, kombinacija vedenjskih in kognitivnih pristopov, nudi obetavne rezultate pri zdravljenju GAM. V meta analizi, ki je preučevala 65 študij VKT in farmakoterapije GAM, so ugotovili, da je VKT v primerjavi s skupino čakajočih na terapijo in placebo tableto dosegla pomembno večje učinke pri zdravljenju in zmanjševanju simptomov. Neposredna primerjava VKT in farmakoterapije je pokazala bistveno večji učinek pri VKT (Olatunji, Cisler in Deacon, 2010). Kljub empirični podpori, je bila količina klinično pomembnih sprememb zmerna, približno polovica pacientov pa je imela po zdravljenju še vedno prisotnih nekaj kliničnih simptomov (Crits-Christoph idr., 2011). Raziskave so pokazale, da VKT pomaga pri zmanjševanju akutnih simptomov GAM do dve leti po zdravljenju (Borkovec in Ruscio, 2001). Pozitivni učinek VKT vključuje tudi zmanjšanje večine sočasnih anksioznih motenj (Newman, Przeworski, Fisher in Borkovec, 2010).

Pri farmakološkem zdravljenju se uporablja več različnih razredov zdravil: antidepresivi (selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina - SSRI, zaviralci ponovnega privzema serotonina in noradrenalina - SNRI), benzodiazepini in občasno nekateri antipsihotiki (Newman, Llera, Erickson, Przeworski in Castonguay, 2013). Danes so antidepresivi prva izbira pri zdravljenju GAM. Podobno kot pri VKT, se zadovoljiv odziv na kratkoročno zdravljenje s SSRI/SNRI pojavi le pri približno 60% pacientih, popolna remisija pa le pri približno 37% (Crits-Christoph idr., 2011). Raziskave so pokazale, da je lahko farmakološko zdravljenje brez psihološke terapije učinkovito, vendar je klinični izid za pacienta skromen, saj na kratki in dolgi rok ne premore zadostne splošne učinkovitosti. Nekatera zdravila imajo lahko na dolgi rok škodljive učinke, zato zdravljenje samo z njimi dolgoročno ni dovolj (Baldwin, Waldman in Allgulander, 2011).

Glede na to, da se VKT in farmakološko zdravljenje pogosto uporabljata pri zdravljenju GAM, pri čemer niti ena sama ne povzroča visoke stopnje kliničnega odziva na zdravljenje, je nenavadno, da je le majhna pozornost usmerjena na učinkovitost kombinacije zdravil in psihoterapije (Crits-Christoph idr., 2011).

V študiji, kjer so primerjali učinkovitost zdravljenja GAM z zdravili (uporaba SNRI) in v kombinaciji zdravil z VKT, so rezultati pokazali izboljšanje v obeh skupinah, pri čemer

med njima ni bilo večjih razlik (Crits-Christoph idr., 2011). V meta analizi so primerjali učinkovitost zdravljenja različnih anksioznih motenj z antidepresivi in v kombinaciji rabe antidepresivov s psihoterapijo. Ugotovili so, da je kombinirano zdravljenje bolj učinkovito pri veliki depresivni motnji, panični motnji in obsesivni kompulzivni motnji. Pri posttravmatski stresni motnji in generalizirani anksiozni motnji niso odkrili pomembnih razlik v učinkovitosti (Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Andersson, Beekman in Reynolds, 2014). Večina strokovnjakov na začetku obravnave priporoča zdravljenje z VKT, kasneje, če le-ta ne deluje, pa postopno dodajanje farmakoterapije (Stein in Sareen, 2015).

5 SKLEPI

Skozi zaključno nalogo smo podrobno predstavili generalizirano anksiozno motnjo in ugotavljali kako se le-ta razlikuje od drugih anksioznih motenj. Obravnavali smo enega izmed načinov zdravljenja: vedenjsko kognitivno terapijo. Zaradi želje po poglobljenem znanju, smo tovrstna konstrukta povezali in spoznali preučevano motnjo skozi različne vedenjsko kognitivne modele. Osredotočili smo se na potek terapije in ugotovili kakšna je učinkovitost zdravljenja z zdravili in psihološkimi terapijami.

Generalizirana anksiozna motnja je razširjena motnja, ki je zaznamovana s prekomernimi in neobvladljivimi skrbmi, simptomi tesnobe in napetosti. To povzroči stisko in vpliva na pacientovo funkcioniranje na socialnem, poklicnem ali drugem pomembnem področju delovanja. Zaradi nejasne narave skrbi in njihove raznolikosti, velja za eno najtežje ozdravljivih anksioznih motenj. Pri zdravljenju se priporoča uporaba vedenjsko kognitivnega pristopa, zdravil ali kombinacijo obojega.

Vedenjsko kognitivni pristop obravnava GAM kot kompleksno interakcijo med čustvi, vedenjem, vplivom okolja in izkušenj ter kognitivnimi dogodki in procesi, katero delovanje skuša pojasniti skozi različne kognitivne modele. Tekom terapije se terapevt in klient ukvarjata s konceptom netolerantnosti do negotovosti, pacientovim prepričanjem v koristnost skrbi, negativno problemsko usmerjenostjo in kognitivnim izogibanjem. V času terapije je potrebno kognitivno prestrukturiranje, uporaba sprostitvenih tehnik, izobraževanje pacienta o naravi anksioznosti, usposabljanje za prepoznavo in spremljanje znakov, povezanih z anksioznim odzivom ter usposabljanje za zmanjšanje vznburjenosti z različnimi vedenjsko kognitivnimi tehnikami. Kombinacija vedenjskih in kognitivnih pristopov se je izkazala za najbolj učinkovit način zdravljenja generalizirane anksiozne motnje, a kljub temu je količina klinično pomembnih sprememb zmerna. Podobna učinkovitost je pri zdravljenju motnje z zdravili, ki imajo na dolgi rok škodljive učinke. Sočasna raba zdravil in terapije ne doprinese večje učinkovitosti. Večina strokovnjakov na začetku obravnave priporoča zdravljenje s terapijo, kasneje, če le-ta ne deluje, pa postopno dodajanje farmakoterapije.

Z zaključno nalogo želimo opogumiti ljudi k reševanju problemov na način, da se z njimi soočijo, prispevati k boljši informiranosti in ozaveščenosti o anksioznih motnjah in o zdravljenju le-teh. Na podlagi ugotovitev zaključne naloge, se bodo lahko ljudje, ki trpijo z generalizirano anksiozno motnjo, morda lažje odločili, ali se bodo zatekli k vedenjsko kognitivni terapiji, farmakoterapiji ali kombinaciji obeh. Spoznanja zaključne naloge lahko služijo kot podlaga za nadaljnja raziskovanja psiholoških mehanizmov generalizirane anksiozne motnje in novih tehnik zdravljenja motnje.

6 LITERATURA IN VIRI

Anić, N. (2017). Kognitivno-vedenjski modeli razumevanja in obravnave generalizirane anksiozne motnje. V B. Starovasnik Žagavec, T. Zadravec in P. Janjušević (ur.), *Novejša spoznanja in kognitivno vedenjski pristopi pri obravnavi različnih skupin klientov v terapevtski praksi* (str. 146-156). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Anić, N. (2007). Vedenjsko-kognitivni modeli razumevanja in obravnave generalizirane anksiozne motnje. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije* (str. 189-204). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Asmundson, G., Taylor, S. in Smits, J. (2014). Panic Disorder And Agoraphobia: An Overview And Commentary On DSM-5 Changes. *Depression And Anxiety*, 31 (6), 480-486.

Baldwin, D., Waldman, S. in Allgulander, C. (2011). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *The International Journal Of Neuropsychopharmacology*, 14 (05), 697-710.

Bandelow, B., Michaelis, S. in Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19 (2), 93-107.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Behar, E. in Borkovec, T. D. (2005). The nature and treatment of generalized anxiety disorder. V B. O. Rothbaum (ur.), *The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa* (str. 181-196). New York: Guilford.

Behar, E., DiMarco, I., Hekler, E., Mohlman, J. in Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal Of Anxiety Disorders*, 23 (8), 1011-1023.

Borkovec, T. D. in Ruscio, A. N. (2001). Psychotherapy for generalised anxiety disorder. *The Journal of clinical Psychiatry*, 62 (11), 37-42.

Borza L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19 (2), 203–208.

Boswell, J., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. in Barlow, D. (2013). Intolerance of Uncertainty: A Common Factor in the Treatment of Emotional Disorders. *Journal Of Clinical Psychology*, 69 (6), 630-645.

Bourin, M. in Thibaut, F. (2013). A Critical Approach of the Current Treatment of Anxiety Disorders. *Current Psychopharmacology*, 2 (2), 104-112.

Bourne, E. J. (2014). *Anksioznost in fobije: Priročnik za samopomoč*. Ljubljana: Modrijan.

Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. in Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (5), 862–866.

Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M. B., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S. in Pastva, A. M. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 25 (8), 1087–1094.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Andersson, G., Beekman, A. in Reynolds, C. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13 (1), 56-67.

Dernovšek, M. Z. (2009). Anksiozne motnje. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 235-248). Ljubljana: Rokus Klett.

Dernovšek, M. Z. (2013). Anksiozne motnje. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Zihelr (ur.), *Psihiatrija* (str. 228-234). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Dernovšek, M. Z., Gorenc, M. in Jeriček, H. (2012). *Ko te strese stres*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Dubovsky, S. L. (1990). Anxiety Disorders. V J. H. Scully, D. W. Bechtold, J. A. Bell, S. L. Dubovsky, G. L. Neligh in J. L. Peterson (ur.), *Psychiatry* (str. 145-160). Malvern: Harwal Publishing.

Francis, J., Wiesberg, R., Dyck, I., Culpepper, L., Smith, K., Orlando Edelen, M. in Keller, M. (2007). Characteristics and Course of Panic Disorder and Panic Disorder With Agoraphobia in Primary Care Patients. *The Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry*, 09 (03), 173-179.

Garcia, R. (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning & Memory*, 24 (9), 462-471.

Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. in Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration. *Cognitive And Behavioral Practice*, 20 (3), 301-313.

Hribar, M. (2007). Razmejitev anksioznosti (tesnobe) od nekaterih sorodnih fenomenov. *Psihološka obzorja*, 16 (3), 75-88.

Kodrič-Lašič, J. (2013). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Muršec (ur.), *Psihiatrični utrinki* (str. 57-84). Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.

Križnik Novšak, A. (2007). Vedenjske tehnike. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije* (str. 79-96). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Levstik, I. (2009). Fobije. V N. Anić, N. Hribar in P. Janjušević (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 94-102). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije in Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Mitte, K. (2005). Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Treatments for Generalized Anxiety Disorder: A Comparison With Pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131 (5), 785-795.

Newman, M. in Llera, S. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31 (3), 371-382.

Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A. in Castonguay, L. G. (2013). Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9 (1), 275-297.

Newman, M. G., Przeworski, A., Fisher, A. J. in Borkovec, T. D. (2010). Diagnostic Comorbidity in Adults With Generalized Anxiety Disorder: Impact of Comorbidity on Psychotherapy Outcome and Impact of Psychotherapy on Comorbid Diagnoses. *Behavior Therapy*, 41 (1), 59-72.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M. in Deacon, B. J. (2010). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: A Review of Meta-Analytic Findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33 (3), 557–57.

Pastirk, S. (2007). Uvod v kognitivno terapijo. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije* (str. 5-19). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Pastirk, S. (2011). Vedenjsko kognitivna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 253-284). Ljubljana: IPSA.

Pastirk, S. in Anić, N. (2013). Vedenjsko kognitivni teoretični pristopi. V R. Masten in M. Smrdu (ur.), *Klinična psihologija* (str. 109-132). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Pittenger, C., Kelmendi, B., Bloch, M., Krystal, J. H. in Coric, V. (2005). Clinical treatment of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 2 (11), 34–43.

Provencher, M., Dugas, M. in Ladouceur, R. (2004). Efficacy of problem-solving training and cognitive exposure in the treatment of generalized anxiety disorder: A case replication series. *Cognitive And Behavioral Practice*, 11 (4), 404-414.

Pustinek, M. (2009). Kognitivni model razumevanja in tretmana generalizirane anksioznosti. V N. Anić, N. Hribar in P. Janjušević (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije* (str. 32-56). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije in Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana.

Ribič Hederih, B. (2007). Vedenjska terapija – od teorije k terapiji. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije* (str. 20-37). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Riskind, J. (2005). Cognitive Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder: A Second Generation of Theoretical Perspectives. *Cognitive Therapy And Research*, 29 (1), 1-5.

Roemer, L. in Orsillo, S. M. (2002). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 9 (1), 54-68.

Rotvejn Pajič, L. (2001). Kombiniranje tehnik v vedenjski in kognitivni terapiji. *Psihološka obzorja*, 10 (1), 81-90.

Shalev, A., Liberzon, I. in Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376 (25), 2459–2469.

Shin, L. in Liberzon, I. (2011). The Neurocircuitry of Fear, Stress, and Anxiety Disorders. *FOCUS*, 9 (3), 311-334.

Smrdu, M. (2009). Vedenjsko-kognitivna terapija in njene tehnike. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 347-353). Ljubljana: Rokus Klett.

Spence, S. in Rapee, R. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research And Therapy*, 86, 50-67.

Starcevic, V. in Portman, M. (2013). The status quo as a good outcome: How the DSM-5 diagnostic criteria for generalized anxiety disorder remained unchanged from the DSM-IV criteria. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 47 (11), 995-997.

Stein, M. B. in Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373 (21), 2059–2068.

Toš Koren, I. (2007). Nekatere kognitivne tehnike. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije* (str. 97-115). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Wilkinson, A., Meares, K. in Freeston, M. (2011). *CBT for worry and generalised anxiety disorder*. Los Angeles: Sage.

Wittchen, H. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression And Anxiety*, 16 (4), 162-171.

Ziherl, S. (2013). Stresne motnje. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 238-241). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Žugman, B. (2007). Kognitivna konceptualizacija primera. V N. Anić in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije* (str. 38-45). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.