

## **Kognitivno - vedenjski model sindroma kronične utrujenosti#**

IGOR LEVSTIK\*

*Zdravstveni dom Kočevje, Kočevje*

**Povzetek:** Sindrom kronične utrujenosti je heterogena entiteta raznovrstnih simptomov, hude utrujenosti in visoke stopnje okrnjenega delovanja. Tako socialno kot celotno funkcioniranje je pomembno prizadeto zaradi zmanjšane fizične in mentalne zmogljivosti. Kognitivno vedenjska terapija ponuja nov pristop k obravnavanju sindroma kronične utrujenosti. Ta temelji na hipotezi, da netočna in nekoristna prepričanja, neuporabne strategije spoprijemanja s problemi, negativna emocionalna stanja, socialni problemi in patofiziološki procesi v medsebojni interakciji trajno vzdržujejo motnjo. Tovrstna obravnava želi pomagati pacientu, da ponovno ovrednoti svoje razumevanje motnje in pridobi nove bolj učinkovite načine spoprijemanja s težavami. Kognitivno vedenjski model vključuje tako biološki kot tudi psihološki pogled na motnjo. Pri terapevtskem delu se je pokazalo, da je priporočljivo pričeti z vedenjskimi intervencami in šele nato poseči po kognitivnih. Osnovni namen vedenjskih oblik pomoči je stabiliziranje in nato postopno dvigovanje aktivnosti. Bazične kognitivne strategije pa imajo namen delovati na področju posameznikovih misli, prepričanj in stališč v povezavi s težavami.

**Ključne besede:** kronična utrujenost, etiologija, kognitivno-vedenjska terapija, konceptualizacija, model, obravnava, teorija

## **Cognitive behavioural model of chronic fatigue syndrome**

IGOR LEVSTIK

*Health Center Kočevje, Kočevje, Slovenia*

**Abstract:** Chronic fatigue syndrome is heterogeneous, with wide variation in symptoms, severity of fatigue and degree of functional impairment. Social and role functioning may be significantly impaired due to reduced physical and mental capabilities. Cognitive behavioural therapy offers a novel approach to treatment of chronic fatigue syndrome. It is based on the hypothesis that inaccurate and unhelpful beliefs, ineffective coping behaviour, negative mood states, social problems and pathophysiological processes all interact to perpetuate the disorder. Treatment aims to help patients to re-evaluate their understanding of the disorder and to adopt more effective coping behaviours. The cognitive behavioural

---

#Prispevek je bil predstavljen na 3. Kongresu psihologov Slovenije oktobra 1999 v Portorožu v okviru simpozija "Vedenjska in kognitivna terapija v Sloveniji".

---

\*Naslov / address: Igor Levstik, spec. klin. psih., Zdravstveni dom Kočevje, Roška 18, Kočevje, Slovenija, e-mail: igor.levstik@siol.net

model involve the physical and the psychological view. Therapeutic interventions often start with behavioural interventions and then move on to cognitive strategies. The principal behavioural intervention is intended to stabilise and then to gradually increase activity. The principal cognitive interventions are focused on negative thoughts, beliefs and attitudes towards the disorder.

**Key words:** chronic fatigue, aetiology, cognitive behavioural therapy, conceptualization, model, treatment, theory

CC=3311 3312

Moderni pogledi kognitivno vedenjske terapije (KVT) na sindrom kronične utrujenosti vključujejo dosežke medicinskega modela z žariščem na somatskih težavah in fizioloških mehanizmih ter raziskave kognitivnega, vedenjskega, emocionalnega in socialnega funkcioniranja. KVT obravnava utrujenosti ima veliko skupnega z obravnavo depresij, vendar je tu bistveno večji poudarek na prepričanjih in stališčih do bolezni.

*Utrujenost kot simptom* je vsesplošna človeška izkušnja. Lahko jo definiramo z mero redukcije v delovanju. Lahko pa je to subjektivni občutek utrujenosti, pomanjkanja energije in izčrpanosti.

Pogosto je to simptom katere koli organske bolezni, lahko pa ostane nepojasnjena tudi po natančnih pregledih. V zadnjem času dobijo pacienti s kronično utrujenostjo diagnozo nevrastenija, ki pa je postala »pokrov«, pod katerim se skrivajo številne nepojasnjene težave. Ali pa dobijo diagnozo, odvisno od specializiranosti zdravnika, ki se mu potožijo. Psihatri se zatekajo v depresivne motnje, ostali pa v različna virusna obolenja, hipoglikemijo, encefalomyelitis ipd. Ker pa v celoti ne ustrezajo simptomom, se uporablja termin sindrom kronične utrujenosti. Ta je bil skovan v letu 1988 (Holmes, cit. po Conley, 1997) in zahteva najmanj šest mesecev obstoja zmanjšane aktivnosti brez dokazanega organskega obolenja. Sicer pa je sindrom opredeljen z naslednjimi kriteriji:

1. Klinično ovrednotena utrujenost, medicinsko nepojasnjena, 6 mesecev trajajoča
  - na novo povzročena,
  - brez predhodnega dolgotrajnega napora,
  - s počitkom se ne prekine,
  - redukcija nivoja aktivnosti.
  
2. Prisotnost štirih simptomov
  - subjektivno poslabšanje spomina,
  - bolečine v vratu,
  - bolečine v mišicah,
  - bolečine v sklepih,

- glavobol,
  - nezadosten spanec.
3. Odsotnost simptomov
- aktivna bolezen,
  - melanholija ali bipolarna depresija,
  - psihotične motnje,
  - demenca,
  - bulimija ali anoreksija,
  - odvisnost.

Sindrom se včasih prekriva z drugimi nepojasnjenimi somatskimi sindromi, npr. fibromyalgio. Pogosto pa pri pacientih srečamo simptome, ki kažejo na depresivno in anksiozno motnjo ali pa na somatizacijo in hipohondrijo. Nima pa samostojnega diagnostičnega statusa, podobno kot kronična nepojasnjena bolečina.

## **Etiologija**

### *Organski model:*

Beard (1969, cit. po Conley, 1997) opisuje nevrastenijo kot izčrpanje nervne moči. Freud prav tako poudarja pomen energetske izčrpanosti v povezavi z aktualno nevrozo. Novejše teorije pa se naslanjajo na organske vzroke, kot so kronična infekcija, kemični disbalans, metabolični problemi, kronična imunska disregulacija, mišična disfunkcija in neuroendokrinološke nenormalnosti. V ospredju so predvsem Epstein-Barrov virus, herpes simplex I in herpes simplex II virusi ter humani herpes virus-6 (Wessely, 1994, cit. po Clark in Fairburne, 1997).

### *Psihološki modeli:*

J.Hurry je identificiral motnje ideacije in fizioloških procesov, ki naj bi povzročali in vzdrževali bolezen imenovano nevrastenija. Psihodinamično so razlagali utrujenost kot posledico kroničnega konflikta in frustracij. Alexander je izpostavil vlogo konflikta med prepričanjem, kaj bi lahko naredil, in emocionalno nezmožnostjo to uresničiti. Shands vidi utrujenost kot posledico samoobrambne reakcije samopodobe trpečega. Moderna psihodinamična gledanja pa govorijo o pretiranem delovanju kot poskusu kompenzacije nizke samopodobe. Utrujenost, ki se ob tem pojavi, pa nato postane argument za neuspeh ali nepotešeno potrebo (McCranie, 1980, cit. po Clark in Fairburne, 1997). KVT pa poskuša integrirati dualistično gledanje v koherenten racionalni tretma.

## **Obravnava kronične utrujenosti**

### *Medicinska terapija:*

V terapevtske namene se zdravi potencialni biološki vzrok, bodisi antivirusno, v smeri krepitve imunskega sistema, nadomestitve določenih substanc ali pa antidepresivno zdravljenje.

### *Psihoterapija:*

Tovrstni pristop se je najprej pojavljal kot obravnava nevrastenije, kasneje kot nadomestek medikamentov in prolongiranega počitka. V začetku se je razvijala skozi preprosto sugestijo, ki temelji na avtoriteti zdravnikov, do bolj sofisticirane obravnave, ki je bila predhodnica KVT.

### *Kognitivno vedenjski pristop:*

Da bi se izognil iskanju vzroka organsko-psihološke dihotomije, se pristop oklepa pragmatičnega postopka osredotočiti se na faktorje, ki vzdržujejo bolezen. Temelji na (1) ne samo somatskih simptomih, ampak tudi na kognitivnih, emocionalnih, vedenjskih in socialnih okoliščinah ter (2) počiva na modelu, ki vidi identificirane faktorje kot vzdrževalce bolezni.

## **Komponente klinične reprezentacije**

### *Misli, prepričanja in stališča:*

Problem prepričanja v organsko vzročnost vodi ne samo v povečanje nezmožnosti, temveč tudi predvideva slabši izid (Wilson, 1994, cit. po Salkovskis, 1996). Somatska bolezen pa kot zunanji povzročitelj težav ohranja pozitivno samopodobo. Pojavljajo se misli, ki so katastrofizirajoče, usmerjene v nezmožnost delovati. Te so lahko: »Sam sebi škodujem. Še slabše mi bo. Če bom tako nadaljeval, še dolgo časa ne bom za nobeno rabo.« Druge misli zopet izhajajo iz perfekcionističnih stališč: »Moral bi delati trše. Ne smem se pritoževati.« Ta stališča pa bi bila lahko kompenzacija za vulnerabilno samovrednotenje.

### *Vedenje:*

Ker se pojavlja znižana funkcionalnost oz. hitrejša utrudljivost, prihaja do izogibanja aktivnosti. Počitek je del reševanja in s tem nižanja aktivnosti, kar vodi v začarani krog.

*Emocije:*

Pojavljajo se pretežno depresivno anksiozne težave, ki pa nastopijo po frustraciji želje po aktivnosti in nezmožnosti zaradi bolezni, kar pa je navadno posledica in ne vzrok utrujenosti.

*Fiziologija:*

Precizni fiziološki mehanizmi pri utrujenosti so še nejasni, so pa podobni kot pri depresiji.

*Interpersonalni faktorji:*

Predvsem v prepričanju drugih o vzrokih bolezni.

**KVT konceptualizacija**

Obstajata generični in specifični model, ki je enostaven in kompleksen.

Enostavni prikazuje začarani krog, ki predpostavlja napačno interpretacijo simptomov utrujenosti kot bolezni, ki se slabša z aktivnostjo in s tem povzroča izogibanje, občutek nemoči ter depresivnost. Fiziološka komponenta pa je sprememba, povezana z emocionalno motnjo.

Kompleksni model, predstavljen na naslednji strani, vključuje dva interaktivna kroga (Sharpe, 1997, cit. po Wells, 1997). Prvi temelji na katastrofični napačni interpretaciji simptomov, ki vodijo v stisko in izogibanje aktivnosti, drugi pa na »bi« stališču, ki vodi v frustracijo in občasne pretirane izbruhe aktivnosti. Emocija frustracije je posledica konflikta med željo po delovanju in nepremostljivo oviro utrujenosti na drugi strani. Pomembno pa je tudi stališče po popolnosti in rešitvi vsakega problema, ki vodi k delu, usmerjenemu življenjskemu stilu ter nesposobnosti iskanja pomoči in pritoževanja.

**Kognitivno vedenjska terapija**

Bistvo tretmaja je osvoboditi pacienta samovzdrževalnega kroga s ponovno ocenitvijo razumevanja bolezni in z učenjem učinkovitega spoprijemanja s težavami.

KV ocenitev:

- *Aktualni problemi.* Lista simptomov in življenjskih težav. Samoocenitev nivoja utrujenosti in neaktivnosti.
- *Kognicije.* Pridobiti prepričanja, cilje, strahove v zvezi s terapijo, pričakovanja, ostala bolj splošna stališča in prepričanja (perfekcionizem, vulnerabilno samovrednotenje itd). Dnevnik.
- *Emocije.* Navadno težave v izražanju emocij, delati se pogumnega,

**BAZIČNA PREPRIČANJA****PREPRIČANJA**

DELOVATI PERFEKIONISTIČNO  
VSE REŠITI  
NE KAZATI SLABOSTI  
DEPRESIJA KAŽE NA SLABOSTI

**ŽIVLJENJSKI STIL**

STORILNOSTNO NARAVNAN  
KAZATI SE POGUMNEGA  
NE POTREBUJEM POMOČI

**SPROŽILEC**

STRES ALI BOLEZEN

**SIMPTOMI**

UTRUJENOST  
MIŠIČNE BOLEČINE  
OSTALI SIMPTOMI  
ZNIŽANO FUNKCIONIRANJE

**MISLI**

VERJETNO IMAM TELESNO BOLEZEN  
SAMO ŠKODIM SI  
NIČ NE MOREM NAREDITI  
MORAL BI SE BOLJ POTRUDITI  
TEGA NE BOM ZMOGEL PREMAGATI

**EMOCIJE**

STISKA  
FRUSTRIRANOST

- ignoriranje čustev.
- *Vedenje*. Ugotoviti, kako se pacient spoprijema s težavami. Določiti osnovo njegovega vedenja.
- *Fiziologija*. Pomen natančnih fizioloških preiskav.
- *Socialni faktorji*. Ob ugotavljanju socialnega funkcioniranja je pomembno tudi gledanje okolice na pacientove težave.

### **Planiranje terapije**

Pomembno je, na kakšen način se pacientu razloži, zakaj je napoten k psihoterapevtu. To lahko oblikuje njegova stališča in morebitno težnjo dokazati, da ima prav. Ob tem pa pride do izraza tudi odnos v terapiji. Nekateri potrebujejo le blage sugestije, da lahko spremenijo stališča, vedenje in življenjski stil in s tem prekinejo začarani krog (rekonceptualizacija). Drugi zopet zahtevajo izrazito dolgo terapijo. Pacienti, ki imajo dober premorbiden nivo funkcioniranja, pa potrebujejo le pomoč za prevrednotenje in razumevanje svoje bolezni preko izboljšanja obrambnega vedenja.

### **Postavljanje ciljev**

Morajo biti operacionalizirani in realistični, ne pa splošni. S tem se tudi naučijo realnih pričakovanj do sebe.

### **Proces obravnave**

Najprej na vedenjskem področju, šele potem se gre na kognitivno:

- Vedenjske intervence: najprej je potrebno stabilizirati aktivnost, nato pa jo postopno povečevati. S tem se napadajo stališča, kot so: »Po aktivnostih mi je še slabše« ipd. Po ugotovitvi temeljnega nivoja aktivnosti, se lahko začne z vedenjskim eksperimentom. Aktivnost mora biti na smiselnem in tolerantnem nivoju; konsistentna dan za dnem; usmerjena v pridobitev realnih ciljev ter mora postopno naraščati. Pomembno je analizirati pretirane izbruhe aktivnosti in s tem podkrepitve prepričanja, da je aktivnost pogubna.
- Kognitivne intervence: usmeriti pozornost na to, da pacient vidi izboljšanje preko lastnega truda in s tem gradi samozaupanje. Paziti mora na potencialno grožnjo samovrednotenja. To, da je pacient bolan, je lahko namreč obramba samopodobe pred samokritiko. Pomagati mu z razlikovanjem med vzdrževalnimi in vzročnimi mehanizmi. (1) Delati je potrebno še na predhodnih prepričanjih, kot so: »Sem že poskušal, a ni šlo. Aktivnost je za takšne škodljiva.« itd. (2) Ob naraščajoči aktivnosti se pojavijo bolečine, ki jih interpretirajo kot recidive. Tu lahko gremo v tehtanje za inproti argumentov. Ali pa to vzamemo kot proces zdravljenja. (3) Pojavljajo se tudi generalne

predpostavke – perfekcionizem, vse ali nič pristop, ki pa so obvladljive na daljši čas, tako da moramo poskusiti potencirati pomembnost sedanjega delovanja. Pa tudi zmanjšati stisko in depresije, tudi s pomočjo zdravil. Uporabiti vse, kar vključuje normaliziranje fizioloških dejavnikov (spalne navade, diete, redukcija medikacij).

## Zaključek

Utrujenost je simptom, ki je prisoten pri skoraj vseh boleznih, kot samostojen bolezenski sindrom pa je z medicinskega stališča še nepojasnen. V razlagah se prepletajo tako biološki kot psihološki vzroki. Kognitivno vedenjski pristop pa se tu poskuša integrirati kot terapevtski pristop v splošni medicinski praksi. Predmet raziskovanja z vidika KTV naj bi bila specifikiranje prepričanj, motenj razpoloženja, vedenja in fizioloških komponent. Natančno je potrebno določiti: vlogo prepričanj in stališč pri perpetuiranju sindroma, vlogo kognitivnega izogibanja ter mehanizme, na katerih temeljijo simptomi.

## Literatura

- Clark, D.M. in Fairburne, C.G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Conley, E.J. (1997). *America exhausted*. Flint: Vitality Press.
- Salkovskis, P.M. (1996). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: Wiley

*Prispelo/Received: 27.06.2000*  
*Sprejeto/Accepted: 25.01.2001*