

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
PSIHOTERAPIJA DEPRESIJE

PIŠOT

DEJAN PIŠOT

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Psihoterapija depresije

(Psychotherapy of depression)

Ime in priimek: Dejan Pišot

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, avgust 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Dejan PIŠOT

Naslov zaključne naloge: Psihoterapija depresije

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 38

Število referenc: 54

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: duševna motnja, motnja razpoloženja, depresija, zdravljenje, psihoterapija

Izveček: Duševno motnjo definiramo kot zdravstveno stanje, ki spremeni posameznikovo razmišljanje, občutenje ali vedenje. Ta je posledica nepravilnosti na področju mentalnih procesov, čustvovanja in razpoloženja ali višjih funkcijah posameznikovega vedenja. Motnje razpoloženja uvrščamo med najbolj razširjene duševne motnje. Približno 21 milijonov Američanov starejših od 18 let je leta 2005 trpelo za eno izmed motenj razpoloženja. V svetu je problematika slednjih motenj velika, številke pa alarmantne. Depresija je najbolj razširjena duševna motnja in hkrati tudi najbolj razširjena motnja razpoloženja. Pri depresiji so značilni občutki žalosti, potrnosti in nemoči, hkrati je zanjo značilna skupina somatskih, kognitivnih in motivacijskih simptomov. Depresijo povzročajo dejavniki, ki se v splošnem delijo v tri velike skupine; biološki, psihološki in socialni dejavniki. Vsako leto depresija prizadene 5-8% populacije Združenih Držav Amerike, tveganje za depresijo pa je pri ženskah približno 50% večje kot pri moških. V klinični praksi se depresijo zdravi zlasti z uporabo dveh različnih skupin zdravljenja; predpisovanje ustreznih zdravil, ki jim pravimo antidepresivi in obiskovanje psihoterapije. Psihoterapija je način vstopa v stik z vzorci vedenja in spreminjanje le-teh. V nadaljevanju se bomo konkretno seznanili s štirimi psihoterapevtskimi šolami, ki se učinkovito uporabljajo v klinični praksi. Depresija je bolezen, ki prizadene posameznika kot tudi njegove bližnje, vendar je ena izmed bolezni, ki jo lahko zelo učinkovito zdravimo.

Key words documentation

Name and surname: Dejan PIŠOT

Title of the final project paper: Psychotherapy of depression

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 38

Number of references: 54

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Key words: mental disorder, mood disorder, depression, treatment, psychotherapy

Abstract: Mental disorder is defined as a medical condition that alters individual's thinking, feeling and behaviour. It's the result of abnormalities on mental functioning, emotions, mood or higher functioning level of individual's behaviour. The most commonly prevalent mental disorder are the mood disorders. Back in 2005 approximately 21 millions of American people, older than 18 years suffered from one of the mood disorders. In the world the issue of mood disorders is big and the numbers are alarming. The most prevalent mood disorder, and the most prevalent mental disorder at the same time, is depression. Depression is defined by the feelings of sadness, depressed mood and helplessness, along with the group of somatic, cognitive and motivational symptoms. Depression is caused by factors, divided in three groups; biological, psychological and sociological factors. 5-8% of American population per year suffers from depression and the risk is about 50% higher in woman rather than man. The depression is treated with two principal forms of treatment; the prescription of antidepressants and the psychotherapy. Psychotherapy is the form of entering and modifying the behavioral patterns. We are going to learn about four specific techniques of psychotherapy, that are effectively used in clinical practice of treating depression. Depression affects the person itself and their families, but the treatment of this disorder is very effective.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojemu mentorju doc. dr. Gregorju Žvelcu za napotke pri pisanju zaključne naloge.

Posebna zahvala pa gre tudi družini in prijateljem za spodbudo in številne nasvete.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to thank my mentor Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD for guidance in my final thesis. As well, a special thanks goes to my family and friends for their encouragements and counselings.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
2 DEPRESIJA IN DIAGNOSTIČNI KRITERIJI	4
2.1 Diagnostični kriteriji	4
3 SIMPTOMATIKA	6
3.1 Biološka simptomatika	6
3.2 Psihološka simptomatika	7
4 ETIOLOGIJA	8
4.1 Biološka komponenta	8
4.2 Psihološka komponenta	9
4.3 Socialna komponenta	9
5 EPIDEMIOLOGIJA	11
6 ZDRAVLJENJE	13
6.1 Antidepresivi	14
6.2 Psihoterapija	16
6.2.1 Kognitivno vedenjska terapija	16
6.2.2 Interpersonalna terapija	19
6.2.3 Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija	21
6.2.4 Na čustva usmerjena terapija	23
7 SKLEP	25
8 VIRI IN LITERATURA	28

1 UVOD

Nikoli v življenju ne bi smeli pozabiti, kako smo ljudje nenehno izpostavljeni vplivom iz okolja, kako nas ravno naša ranljivost naredi človeške. Čustva so namreč tisto, kar nas naredi izjemne. Čeprav je to naša posebnost, pa čustvenost ni nobena posebnost in kot pravi Kassin (2004) za doživljanje čustev žalosti in strahu, občutkov praznine ter vseh ostalih neprijetnih čustev sploh ni potrebno biti "nor". Zaradi družbenih predsodkov je vse težje razbremeniti linijo med "normalnim" in "nenormalnim", vendar navsezadnje se je oz. se še bo vsak izmed nas zagotovo vsaj enkrat v življenju srečal z vsaj eno duševno motnjo. Vendar vprašanje je le, ali ljudje res vemo, kaj slednje sploh pomeni? Duševno motnjo lahko definiramo kot zdravstveno stanje, ki spremeni posameznikovo mišljenje, občutenje ali vedenje, pri čemer lahko vpliva tudi na vsa omenjena področja hkrati. Posamezniku povzroči stisko in hkrati ovira njegovo delovanje (Sutton, 2009). Kiesler (1999) duševno motnjo definira kot zdravstveno bolezen, ki predstavlja razvojno nenormativno stanje, pri čemer psihopatološki vzorci prisotni pri pacientu, niso prisotni pri posameznikih zdrave populacije. Sam pa se strinjam s Suttonom, namreč slednje vedenjske posebnosti v družbi, bi morali razumeti kot zdravstvena stanja in ne kot zdravstvene bolezni,

Psihopatološki vzorci so pri katerikoli duševni motnji odklonilni vzorci mišljenja, občutenja, vedenja ali percepcije pri posamezniku, kar pa nikakor ne pomeni, da je tak posameznik nor. Duševne motnje so posledica nepravilnosti oz. abnormalnosti na področju mentalnih procesov, čustvovanja in razpoloženja, ali na višjih funkcijah posameznikovega vedenja, kot so npr. socialni stiki ali načrtovanje (The United States Department, 2012). Omenjene mentalne funkcije so psihične funkcije, ki jih opravljajo človeški možgani in kot pravita Tomori in Zihlerl (1999) so to možganske dejavnosti, ki človeku omogočajo stik s svetom in samim seboj. V psihopatoloških okoliščinah pa je takšen stik na različne, vendarle prepoznavne načine, moten (Tomori in Zihlerl, 1999). V današnjem času ljudje vse težje spregledamo primere nenavadnih oz. včasih celo čudnih človeških vedenj, zaradi česar so duševne motnje znotraj družbe postale že skoraj neprepoznave (Kiesler, 1999). Po svetovnih podatkih se ocenjuje, da bo približno tretjina oz. kar polovica Američanov v času svojega življenja bolehalo za težavo, katero lahko kvalificiramo kot duševno motnjo (Kessler, 1994 in Regier, 1993 po Kassin, 2004). Približno 450 milijonov ljudi po vsem svetu trpi za duševno ali vedenjsko motnjo, svetovna zdravstvena organizacija pa navaja, da bo kar četrtina ljudi tekom življenja razvilo eno ali več tovrstnih motenj (World Health Organization v nadaljevanju WHO, 2004).

Po podatkih nacionalnega združenja proti duševnim motnjam za duševno motnjo trpi približno 60 milijonov Američanov (National Alliance on Mental Illness v nadaljevanju NAMI, 2013), medtem ko je po navedbah Marušiča in Temnikove (2009) prevalenca duševnih motenj v splošni populaciji med 260 in 315 na 1000 prebivalcev.

Med najbolj razširjene duševne motnje po svetu uvrščamo motnje razpoloženja, ki predstavljajo skupino tistih motenj, ki posamezniku povzročajo težave na področju čustvenih stanj, oz. razpoloženj. Motnje razpoloženja se v splošnem kažejo kot trajen občutek žalosti oz. depresije, ali trajen občutek evforije oz. manije (The United States Department, 2012).

Razpoloženje je dalj trajajoče čustvo, ki v človeku ustvari subjektivno občuteno čustveno stanje in je v praksi lahko moteno na različne načine in v različnih stopnjah čustvene odzivnosti (Tomori in Zihlerl, 1999). Čustvo ali emocija je duševni proces in stanje, ki izraža človekov vrednostni odnos do zunanjega sveta ali sebe, je torej pomembno orodje, s katerim posameznik izraža svoje notranje počutje. Čustva so temeljna sestavina posameznikovih temperamentnih značilnosti, ki so, kot pravita Umek in Zupančič (2009), pomembna podlaga za razvoj njegove osebnosti. Gaulin in McBurney (2004) v svojem delu navajata, da je čustvovanje tako kompleksen proces, da se ljudje v neki določeni situaciji na dražljaj ne odzovemo zgolj z čustvom, ampak se v ozadju sprosti celotna paleta intenzivnih reakcij. Pri čustvovanju namreč sodelujeta posameznikova pozornost in potrebe, njegove misli in želje ter celotno telo. Čustvo lahko namreč tudi prevzame nadzor nad našim življenjem. Posamezniki, ki trpijo za motnjami v razpoloženju doživljajo zaskrbljujoče, dlje trajajoče spremembe v občutkih in čustvih, kar povzroča težave v njihovem vsakdanjem življenju.

Približno 21 milijonov odraslih Američanov, oz. 9,5% populacije Združenih Držav Amerike starih vsaj 18 let ali več, je v letu 2005 imelo motnjo razpoloženja (National Institute of Mental Health, 2013). V Evropskem prostoru, po mojih izračunih na podlagi podatkov pridobljenih iz spleta, pa imamo cca. 60,3 milijonov posameznikov z enakimi težavami, od katerih je kar 4,2 milijona Angležev in slabih 143 tisoč posameznikov na Slovenskem ozemlju (Statistika svetovnih držav za motnje razpoloženja, 2013).

Potrebno se je zavedati, da je problematika motenj razpoloženja velika, številke, ki stanje opisujejo pa alarmantne. Cilj te zaključne naloge je narediti doprinos k obravnavanju tematike motenj razpoloženja, oz. konkretno k obravnavi depresije.

Depresija je danes najbolj razširjena motnja razpoloženja in najbolj razširjena duševna motnja nasploh (Ameriško Združenje Psihologov, 2013).

Pri pisanju zaključne naloge želim depresijo predstaviti kot duševno motnjo, kot pereč problem današnje družbe. Pri slednjem je razlikovanje med depresijo in depresivnostjo izrednega pomena, saj lahko pravo ozadje depresije poznamo šele v trenutku, ko vemo, kaj depresija sploh je. Temu sledi opredelitev dejavnikov tveganja, kjer želim predstaviti vzroke, zaradi katerih motnja v splošnem sploh nastane. V nadaljevanju bom predstavil rubriko simptomov, katerih poznavanje je ključnega pomena za uvid v depresijo. Nekaj vrstic želim nameniti epidemiologiji, kjer se mi zdi pomembno opozoriti na celotno ozadje te neprijetne motnje, zlasti na njeno razširjenost v svetu. Poseben prostor pa bom namenil zdravljenju depresije, največ pozornosti pa posvetil psihoterapevtskemu pristopu v procesu zdravljenja.

Namen teoretičnega dela zaključne naloge je podrobno zajeti in predstaviti področje zdravljenja depresije, tako uničujoče motnje, katere posledice so lahko uničljive. Glavni cilj je sistematično predstaviti štiri oblike psihoterapije, kjer bodo v ospredje postavljene zlasti dve pomembni lastnosti slednje oblike zdravljenja depresije: neškodljivost in učinkovitost. V končnem delu naloge pa bo predstavljena refleksija o najboljši izbiri terapije, s katero lahko pravočasno rešimo trpljenje posameznika.

2 DEPRESIJA IN DIAGNOSTIČNI KRITERIJI

Vsi smo lahko žalostni. Vsi smo lahko potrti. Vsi poznamo tiste dneve, ko nam stvari preprosto ne gredo od rok. Vsi poznamo trenutke nejevolje, trenutke žalosti. (a) *"Danes je grozen dan. Ni bilo dovolj, da sem odkrila, da mi je 'najboljša prijateljica' povedala veliko laži, izvedela sem tudi, da so mojemu prijatelju odkrili Levkemijo ... Sovražim vse in žalostna sem"*. (b) *"Ob pisanju domače naloge, sem se odločil narediti internetni posnetek, za kar sem se trudil 2 uri. Nato, se mi je računalnik sesul, s čimer sem izgubil celotno moje delo, posnetek in domačo nalogo"* (Skupščina ljudi, 2013). To so primeri vsakdanjega soočanja z življenjem, to so trenutki, ko občutimo slap neprijetnih čustev, zaradi katerih lahko postanemo depresivni. Lamovec (1988) depresivnost opredeljuje kot znižanje duševne in telesne vitalnosti, kar pomeni, da je celovito posameznikovo delovanje pod ravno običajnega duševnega ravnovesja.

Porušitev duševnega ravnovesja povzroča težave z osrednjimi življenjskimi funkcijami, npr. prehranjevanjem, spanjem in socialnim življenjem. Ko so ljudje depresivni, se motnje pojavijo na različnih nivojih njihovega delovanja (Greenberg in Watson, 2006), vendar večina izmed nas takšne občutke doživlja redkeje, saj so takšna nihanja razpoloženja v našem vsakdanjem življenju redka in prisotna le za kratek čas, medtem ko so za nekatere posameznike pogostejša, dolgotrajnejša in intenzivnejša (Kassin, 2004). Torej, kaj narediti, ko se občutki nejevolje ponavljajo, ko smo žalostni in se preprosto ne moremo počutiti srečni? Ko se več dni, ali celo tednov počutimo čisto nemočni ali neuporabni? Obupamo. V tem trenutku se depresija, kot prehodna oblika razpoloženja, spremeni v trajno spremembo razpoloženja oz. motnjo razpoloženja (Institute of Medicine, 2001). Ko posameznikovo življenje postane popolnoma preplavljeno z neprijetnimi emocijami, posameznik teh intenzivnih občutkov ne uspe več obvladovati in takrat lahko po mnenju Perata (2013) slednje občutke definiramo kot mračno stanje ujetosti v obup, ki mu ni videti konca.

2.1 Diagnostični kriteriji

Depresija je splošen termin, ki se že dlje časa uporablja za poimenovanje različnih obolenj, ki se razlikujejo glede na svojo izraženost in intenzivnost; od tistih manjših, pa vse do tistih najhujših. V nadaljevanju se bom z njim nanašal na veliko depresivno motnjo, ki jo psihologi in psihiatri velikokrat poimenujejo tudi klinična depresija. Motnjo opredeljujejo občutki žalosti, potrtosti in nemoči, vendar tukaj v mislih nimam zgolj depresivnega počutja, ampak, kot opredeljujeta Schnyer in Allen (2001) je pri klinični obliki depresije prisotna celotna skupina somatskih, kognitivnih in motivacijskih simptomov.

Če se depresivna motnja nenehno ponavlja, tej v klinični praksi pravimo unipolarna oz. ponavljajoča se depresivna motnja (Marušič in Temnik, 2009) – zanjo je značilno, da je bolnik doslej doživel eno ali dve depresivni epizodi (American Psychiatric Association, 1994 v nadaljevanju DSM-IV). Klein in Wender (2005) depresivno motnjo opisujeta kot razširjeno, bolečo in nevarno duševno motnjo, ki zniža raven posameznikovega delovanja (Marcus, Yasamy, Van Ommeren, Chisholm in Saxena, 2012).

Diagnoza velike depresivne motnje po kriterijih DSM-IV (DSM-IV).

1. Depresivno razpoloženje, ki ga bolnik navaja subjektivno ali ki ga opazijo drugi ljudje. Tako razpoloženje se pojavlja skoraj vsak dan in večji del dneva.
2. Precej zmanjšani interesi in zadovoljstvo pri skoraj vseh dejavnostih, skoraj vsak dan oziroma večji del dneva.
3. Znatna izguba apetita in zmanjšanje telesne teže (5% mesečno). Značilen pa je lahko tudi povečan apetit. Simptom se pojavlja skoraj vsak dan.
4. Nespečnost ali pretirana želja po spanju, skoraj vsak dan.
5. Psihomotorična agitacija ali zavrtost, skoraj vsak dan.
6. Utrujenost ali izguba energije, skoraj vsak dan.
7. Občutki nevrednosti ali hude krivde, lahko vse do blodnjavosti skoraj vsak dan.
8. Zmanjšana sposobnost mišljenja oziroma osredotočenja misli in neodločenosti skoraj vsak dan.
9. Ponavljajoče razmišljanje o smrti, ponavljajoče se samomorilne ideje brez načrta ali specifičen načrt za izvršitev samomora ali že samomorilni poskus.

Za diagnosticiranje velike depresivne epizode oz. motnje mora posameznik doživljati vsaj pet (5) navedenih simptomov (Williams, 1992), ki trajajo vsaj 14 dni (Tomori in Ziherl, 1999) in pomenijo spremembo prejšnjega posameznikovega delovanja (DSM-IV). Depresivno motnjo se opredeljuje na podlagi simptomatike (t.j. intenzivnost in čas trajanja simptomov ter njihov neposredni vpliv na socialno raven posameznikovega delovanja) (Institute of Medicine, 2001 in DSM-IV).

3 SIMPTOMATIKA

Depresija je ena izmed najbolj razširjenih in najbolj izčrpavajočih duševnih motenj (Ross, Smith in Booth, 1997 po Greenberg in Watson, 2006), ki ljudem znatno zniža kvaliteto njihovih življenj, saj motnjo oblikujejo kontinuirano slabo razpoloženje ali žalost, katero spremljata fizična in psihološka simptomatika (Institute of Medicine, 2001).

Depresija ni monolitna motnja, njene oblike se od posameznika do posameznika občutno razlikujejo, hkrati pa se njena vsebina lahko tudi pri posamezniku spreminja skozi čas (Greenberg in Watson, 2006). Anić in ostali so v svojem delu uporabili navedek, ki pravi, da je simptomatika depresije tako raznolika, da dobesedno ne poznamo dveh bolnikov s povsem enakimi simptomi (2008). Depresija je motnja, ki jo vsak posameznik doživlja na svoj, subjektiven način in kot pravi Williams (1992) se s svojim depresivnim počutjem tudi vsak posameznik spoprijema subjektivno. Navsezadnje pa vendarle obstaja ena skupna premisa simptomov.

Williams (1992) depresijo opisuje kot sindrom z obširno skupino simptomov, ki se v splošnem pojavijo sočasno. V času depresije posamezniki doživljajo veliko različnih neprijetnih občutkov, med katerimi ni najbolj pogost samo upad zanimanj, ugodja in veselja, temveč se pri posameznikih pojavijo tudi neprijetna čustva, med katerimi so najpogostejše žalost, jeza, tesnoba in občutek sramu (Greenberg in Watson, 2006). Omembe vredni pa so tudi občutki preobremenjenosti, obupanosti in otopelosti (Schnyer in Allen, 2001) ter navsezadnje somatske motnje v obliki telesnih bolečin (DSM-IV), občutkov pritiska in prebadanja ter pekočih bolečin (Tomori in Zihlerl, 1999). "Depresija je torej motnja razpoloženja in čustvovanja s sočasnimi spremembami videza, vedenja, mišljenja in ostalih duševnih funkcij", sta zapisala Marušič in Temnikova (2009, str. 34).

Marušič in Temnikova sta simptomatiko depresije razdelila na dve veliki področji; na **biološko** in **psihološko** skupino simptomov, zraven pa dodala še tretje, manjše področje: **socialni znaki**.

3.1 Biološka simptomatika

Posameznika na področju biološke simptomatike (po DSM-IV in Tomori in Zihlerl, 1999) spremlja (a) dnevno spreminjanje razpoloženja, kar je slabše v jutranjem času, pogosti so tudi izbruhi joka; (b) motnje spanja - nespečnost, zlasti jutranja nespečnost, najbolj značilno je zgodnje zbujanje bolnika; (c) motnje apetita, slednje se največkrat kaže kot pomanjkanje apetita, redkeje pa je apetit povečan in (d) motnje želje po spolnosti; (e) izguba volje in motivacije, pomanjkanje energije in utrujenost ter (f) odsotnost ali občuten upad življenjskega navdušenja ter izguba zadovoljstva.

3.2 Psihološka simptomatika

Psihološka simptomatika (DSM-IV in Tomori in Zihlerl, 1999) vključuje (a) potrtost in tesnobo, občutke pesimizma, (b) občutke krivde in obupanosti, ki vključuje negativno in nerealistično samoocenjevanje ter nizko samospoštovanje, (c) znižano strpnost, izrazitejša impulzivnost in napadalnost in (d) motnje koncentracije in spomina, posamezniki utrpijo tudi nezmožnost sprejemanja odločitev – neodločnost.

Socialni znaki pa se kažejo kot (a) izguba zanimanja za ljudi in svet okoli sebe ter kot (b) manjša učinkovitost pri posamezniku na področju dela. Razlogi za to pa najpogosteje tičijo v preveliki utrujenosti, nedoločenosti in v upadu komunikativnosti.

Depresija je bolezen, ki bolniku zmanjša kakovost življenja, nesposobnost občutenja sreče in optimizma pa lahko vodi v samomor (Klein in Wender, 2005), simptomi pa lahko posameznika tudi popolnoma onespobijo (Institute of Medicine, 2001). Največji strokovni in javni interes je dognati, v kolikšni meri depresivne motnje prispevajo k samomorilnem vedenju (Anič in ostali, 2008). Znano je namreč, da več kot 90% posameznikov, ki je storilo samomor trpelo za eno izmed duševnih motenj (Institute of Medicine, 2001), v delu Meyerja in Quenzerjeve (2005) lahko preberemo tudi, da je kar med 7% in 15% posameznikov, ki je storilo samomor, trpelo za depresijo - po mnenju nekaterih strokovnjakov je takih posameznikov kar četrtina (NAMI, 2013).

Pri depresivnem bolniku je potrebno veliko pozornosti posvetiti samomorilni nevarnosti (Tomori in Zihlerl, 1999), ker so samomorilne misli in samomorilna dejanja pri depresivnih bolnikih v splošnem pogosto prisotna simptoma. Bolniki se zaradi svoje onespobljenosti počutijo veliko breme njihovim bližnjim in prepričani so, da bi svet bil lepši brez njih, njihovi bližnji pa srečnejši, če bi oni bili mrtvi (DSM-IV). Potemtakem se nenehne misli o samomoru spremenijo v tako kritično stanje, da bolnik tudi poskusi storiti samomor. Po mojem mnenju je tukaj potrebno opozoriti, da je depresija uničujoča motnja, katere pravočasno odkrivanje vodi k boljši ozdravitvi, pravočasno odkrivanje samomorilnih teženj pa vodi k rešitvi bolnika pred samim seboj. Za zaključek pa je potrebno dodati misel, da moramo pri zdravljenju upoštevati tudi posameznikove pretekle izkušnje s samomorom, odlašati pa ne smemo niti s hospitalizacijo, če ocenimo, da je ta potrebna (Tomori in Zihlerl, 1999).

4 ETIOLOGIJA

Pri nastanku depresije vedno sodeluje več dejavnikov, ki se med seboj prepletajo. Nikoli namreč ne moremo najti samo enega in edinega razloga za njen nastanek (Greenberg in Watson, 2006). Dejavnike si lahko predstavljamo z t.i. *biopsihosocialnim modelom*, ki vsebuje tri komponente nastanka depresije; **biološka**, **psihološka** in **socialna**. Najpomembnejši dejavniki tveganja vključujejo biološko ozadje motnje v družini, življenjske dogodke, socialno stisko in revščino (Institute of Medicine, 2001).

4.1 Biološka komponenta

Prvo komponento modela sestavljajo tisti dejavniki, zaradi katerih je posameznik biološko dovzetnejši za razvoj depresije, le ti se skrivajo v biološki dispoziciji posameznika. Izpostavimo lahko sicer dve teoriji: (a) *Teorija genetskih vzrokov* temelji na podatkih, da se v nekaterih družinah depresija prenaša iz generacije v generacijo. Klein in Wender (2005) navajata, da je verjetnost pojava depresije pri starših, sorojcih in otrocih depresivne osebe približno 20-25%, medtem ko Meyer in Quenzer (2005) pa dodajata, da kljub številnih raziskavam, ki so bile narejene v podporo te teorije, so strokovnjaki zaključili, da dominantnega gena, ki bi določal depresijo, ni. V njunem delu najdemo še piko na i, ki pravi, da če bi bila genetika edini faktor za razvoj bolezni, bi verjetnost za razvoj slednje pri enojajčnih dvojčkih bila 100% (Meyer in Quenzer, 2005). (b) *Teorija fizioloških vzrokov* pa pravi, da se vzrok za nastanek depresije pri posamezniku skriva v neravnotežju prenašalcev živčnih impulzov v naših možganih, ki jim pravimo nevrottransmiterji. Delovanje teh kemičnih snovi v človeških možganih naj bi bilo pri depresivnih bolnikih moteno, kar vpliva na znižano sposobnost doživljanja pozitivnih in povišano sposobnost doživljanja negativnih emocij (Greenberg in Watson, 2006). Depresivne motnje bi lahko bile posledica pomanjkanja nevrottransmiterjev na enem mestu (Mayberg, Lewis, Regenold in Wagner, 1994 po Greenberg in Watson, 2006) ali več mestih v možganih. Pri depresivni motnji se lahko konkretno sklepa na serotoninske abnormalnosti v možganih, katere naj bi bile vodilen vzrok za nastanek motnje (Seo in Patrick, 2009), ter na vzročno-posledično vpletenost dopamina – nepravilnosti v serotoninskem sistemu lahko povzročijo nepravilnosti v delovanju dopaminskega sistema (De Simoni, Dal Toso, Fodritto in Sokola ter Algeri, 1987 po Seo in Patrick, 2009), ker je po mnenju Cools in sodelavcev (2011) delovanje serotonina ogledalo delovanja dopamina.

4.2 Psihološka komponenta

Psihološke teorije pravijo, da moramo vzroke za depresijo iskati v neustreznih adaptacijskih mehanizmih, ki se oblikujejo kot posledica čustvenih prikrajšanj ali čustvenih travm v otroštvu. Ko otrok iz strani druge pomembne osebe ne dobi potrebnih pozitivnih dražljajev, ko takšna oseba pri otroku ne spodbuja pozitivnih čustvenih stanj in ne zmanjšuje negativnih čustvenih stanj, je takšna oseba pri otroku izvor travme (Žvelc, 2011). Slednje pri otroku povzroči težave pri razvijanju občutka lastne vrednosti in težave pri samospoštovanju. Take osebe imajo negativno mnenje o sebi in svetu nasploh. Čeprav se depresivna motnja velikokrat začne v mladosti in sicer med 20. in 30. letom starosti (Perat, 2013), pa Marcus in sodelavci (2012) poudarjajo njen začetek že v času adolescence.

Kiesler (1999) depresivne motnje razlaga kot posledice nepravilnega učenja že v času otroštva, ko so nam družine in ostale socialne skupine posredovale deviantne vzorce vedenja. Vpliv na razvoj depresivne motnje pa ima tudi kultura (DSM-IV). Depresivna motnja lahko nastane tudi kot posledica načina, s katerim se posameznik spopada v vsakdanjem življenju, izpustiti pa ne smemo tudi že prej omenjenih socialnih zatiranj oz. pritiskov kot so revščina, diskriminacija in ostala prikrajšanja, ki jih izkusijo posamezniki nižjih družbenih slojev (Kiesler, 1999). Posamezniki, ki so v zgodnjih letih ali pozneje v življenju bile žrtve neprijetnih izkušenj razvijejo osebnostne lastnosti, npr. odvisnost, izogibanje in impulzivnost – čustveno intenzivne oblike vedenja, ki povzročajo sproščanje visokih količin stresnih hormonov, kar je tudi ena izmed značilnosti depresivnih bolnikov (Thase in Howland, 1995), pri posamezniku pa slednje povzročajo težave pri soočanju s stresom in nenehno stisko (Institute of Medicine, 2001).

4.3 Socialna komponenta

Nastanek depresije lahko pripišemo tako biološkim, kot tudi okoljskim faktorjem (Institute of Medicine, 2001). Sprožilni dejavniki, ki jih uvrščamo v socialno komponento so tisti, ki prihajajo iz našega okolja, prisotni so lahko tik pred pojavom depresije, ali pa so na posameznika delovali že dlje časa.

Vzroki za depresivnost so tudi socio-patološki; (Anić in ostali, 2008)

- partnerski odnosi
- pretirana občutljivost, ponižanja
- latentna stresna stanja
- neusklajenost z socio-kulturnimi navadami in praksami
- občutljivost za ekstremne ekološke spremembe

Depresija je lahko normalno človeško čustvo, normalen človeški odziv na izgubo, razočaranje ali neuspeh v življenju. **Sprožilni dejavniki:** (Kordič, 2013)

- izguba, ločitev, osamljenost
- konflikti in velike obremenitve
- pomembni življenjski dogodki
- razbremenitve po večjih obremenitvah
- reakcije, vezane na obletnice oz. pomembne datume

Depresivne motnje se pogosto pojavljajo tudi kot stranski učinek zlorabljanja substanc (National Institute of Mental Disorders) ali uživanja določenih zdravil, npr. antihipertenzivov (zdravljenje povišanega krvnega tlaka), antipsihotikov (zdravljenje psihoz), antihistaminikov (zdravljenje alergij), antiparkinsonikov (zdravljenje parkinsonove bolezni), kortikosteroidov (hormoni) in analgetikov (Kordič, 2013).

5 EPIDEMIOLOGIJA

Depresija je pomemben prispevek k svetovnemu bremenu motenj, ki prizadene ljudi vseh svetovnih držav, njena razširjenost pa je v velikem porastu. Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da bo do leta 2020 depresija postala drugi največji povzročitelj najrazličnejših bolezni (Depresija bo kmalu zavlada po svetu, 2013). Vsak drugi zemljan bo v času šestih let zbolel za depresijo, bolezen, ki bo njegovo življenje ter življenja njegovih najbližjih močno spremenila. Klein in Wender (2005) še navajata, da bo 20 % žensk in 10% moških v času svojega življenja razvilo depresivno ali manično-depresivno motnjo. V Združenih Državah Amerike je študija o razširjenosti depresije, že leta 1994 pokazala, da je za depresijo v času svojega življenja trpelo 24% žensk in 15% moških (Kessler in ostali, 1994, po Kassin, 2004).

Vsako leto depresija prizadene 5-8% odraslih prebivalcev Združenih Držav Amerike, kar v praksi pomeni, da bo približno 25 milijonov ljudi v enem letu imelo vsaj eno depresivno epizodo (NAMI, 2013) oz. približno ena desetina svetovne populacije bo vsako leto doživela eno epizodo depresije (Amenson in Lewinsohn, 1981 po Williams, 1992). Depresija je ena najpogostejših bolezni nasploh, ki svoj vpliv ne manifestira samo na posameznika, ampak tudi na celotno družbo (Marušič in Temnik, 2009). Že v prejšnjem stoletju je vsaj 12% odrasle populacije po svetu imelo tako resno epizodo depresije v času svojega življenja, da je za slednjo bilo potrebno zdravljenje (Schuyler in Kutz, 1973 po Beck in ostali, 1979), v današnjem času pa je depresija na samem vrhu lestvice najbolj razširjenih duševnih motenj po celem svetu. Ocenjuje se, da depresivna motnja prizadene 350 milijonov ljudi (Marcus, Yasamy, Van Ommeren, Chisholm in Saxena, 2012).

Depresija je vodilen vzrok invalidnosti obeh spolov, vendar je breme pri ženskah za 50% večje kot breme za predstavnike moškega spola (WHO, 2008 po Marcus, Yasamy, Van Ommeren, Chisholm in Saxena, 2012). S klinično depresijo, pri kateri je zdravljenje nujno potrebno, se srečuje nekje do 25 odstotkov žensk in 12 odstotkov moških, pri čemer je treba opozoriti na posebnosti, ki ju prinaša razlika med spoloma (Perat, 2013). Možnost za razvoj depresivne motnje pri ženski je po mnenju Weissmana in Klermana (1997 po Williams, 1992) dva do trikrat večja kot pri moškem, medtem, ko pa Nacionalno Združenje k Duševnim Motnjam (2013) navaja kar 70% večjo verjetnost za razvoj te motnje pri ženskah. Zakaj je temu tako, sicer ni znano (NAMI, 2013 in Williams, 1992), vendar Williams (1992) izpostavlja zanimivo teorijo, ki pravi, da so mlade ženske z otrokom posebno dovzetne za razvoj depresivne motnje. Nekaterim strokovnjakom je slednje dalo misliti, da sta manjša zaposlitvena možnost ter večja odgovornost v odnosu do otroka v primerjavi z moškimi,

vodilni vzrok nastanka depresije pri mladih ženskah. Navsezadnje je korelacija med nastopom depresije, povečanim stresom in slabe socialne podpore (Brown, 1989, po Williams, 1992) popolnoma v skladu z navedeno teorijo strokovnjakov.

6 ZDRAVLJENJE

Velik vzpon medikamentoznih in psihoterapevtskih pristopov skozi čas je prispeval k izjemnemu napredku na področju zdravljenja depresije (Busch, Rudden in Shapiro, 2004). Prvi korak v procesu zdravljenja je obisk zdravnika ali strokovnjaka za zdravljenje duševnih motenj, kateri nas naprej napoti na različne zdravniške in psihiatrične preglede (Klein in Wender, 2005). Slednje je med drugim namreč zelo pomembno, zaradi izključitve depresije, kot posledice jemanja nekaterih zdravil, ali prisotnosti različnih virusov pri pacientu. Depresija je motnja, ki jo lahko učinkovito zdravimo (Institute of Medicine, 2001). Izjemen pomen v boju z depresijo predstavlja sama postavitve diagnoze, saj nam samo temeljita diagnoza omogoča učinkovito zdravljenje. Kljub temu, da se klinični strokovnjaki zavedajo, da zdravljenje depresije velikokrat predstavlja nenehno borbo (Busch, Rudden in Shapiro, 2004), pa v splošnem lahko rečemo, da so tudi najhujše oblike depresije ozdravljive. Depresijo v splošnem zdravimo na več načinov. Najpogosteje uporabljena načina zdravljenja, sta psihofarmakološko zdravljenje in zdravljenje s psihoterapijo, velikokrat pa je k zdravljenju potrebno pristopiti s kombinacijo obeh. Vendar pereče vprašanje, ki se tukaj pojavi je, kateri izmed dveh načinov je boljši?

Klein in Wender (2005) sta v svojem delu predstavila smernice, s katerimi si v klinični praksi pomagajo strokovnjaki: (1) bolnik se zdravi samo z zdravili, ker je bolnikova depresija biološka – zdravljenje je primerno; (2) bolnik se zdravi samo z psihoterapijo, njegova depresija je biološka, zato bi porabil preveliko časa in denarja – zdravljenje je napačno; (3) bolnik se zdravi samo z zdravili, vendar njegova depresija kaže na psihološki izvor – zdravljenje je napačno; (4) bolnik se zdravi samo s psihoterapijo, njegova depresija ima psihološki izvor – zdravljenje je primerno.

V monografiji z naslovom Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije (Anić in ostali, 2008) lahko preberemo povzetke raziskav, ki so pokazale, da je pri zdravljenju depresije vedno najboljše t.i. integralno zdravljenje, ki vključuje psihofarmakološko in psihoterapevtsko zdravljenje hkrati. Ker bolezensko stanje tipično izhaja iz kombinacije vzrokov, je slednje tudi razumljiva stvar, zaradi česar je pomembno poudariti, da mora tako preventiva, kot tudi samo zdravljenje motnje biti sestavljeno iz večplastnega pristopa (Institute of Medicine, 2001). V procesu zdravljenja depresije je pomembno razviti zdravljenje oz. kombinacijo zdravljenj, ki vključuje nevropsihološko in psihološko ranljivost pacientov, ki bi lahko bile vzrok za ponavljajoče se simptome depresije (Busch, Rudden in Shapiro, 2004). Nezdravljena depresija pa velikokrat vodi do osebnih, družinskih in socialnih katastrof.

Pri zdravljenju depresije pa si lahko pomagamo tudi z alternativnimi sredstvi samopomoči, kot so razne oblike športne dejavnosti, sproščujoče tehnike (npr. joga, meditacija), skupine za samopomoč in navsezadnje tudi umetnost ipd.

6.1 Antidepresivi

Antidepresivi so skupina zdravil, ki se jih uporablja pri zdravljenju raznih duševnih motenj. Čeprav se ta, t.i. "normalizacijska" zdravila uporabljajo pri zdravljenju motenj, kot so anksiozna in obsesivno-kompulzivna motnja, je njihova primarna uporaba namenjena zdravljenju depresije. Normalizacijska zdravila jim pravimo zato, ker v splošnem služijo kot sredstvo za zdravljenje depresivnih občutkov depresivne osebe, medtem, ko pri zdravih posameznikih slednja nimajo učinka (Klein in Wender, 2005). Antidepresivi imajo majhen učinek na normativno razpoloženje zdravega posameznika, če jih slednji zaužije se v splošnem lahko mentalni procesi nekoliko upočasnijo, vendar ne povzročajo evforičnih stanj. Antidepresivi so pomemben način zdravljenja depresije, nemalokrat pa zasledimo, da so antidepresivi najboljša rešitev le v primeru biološko pogojene depresije, Klein in Wender pa poudarjata, da bi predpis antidepresivov moral biti prva izbira pri zdravljenju depresije biološkega izvora. Primarni učinek antidepresivov je delovanje na nevrottransmitterje v možganih, zlasti na serotonin, noradrenalin ter dopamin.

V splošnem pri zdravljenju depresije uporabljamo tri osnovne skupine tipičnih antidepresivov ter skupino atipičnih antidepresivov, katerih primarna naloga je "pripraviti" nerotransmitterje k povečanem medsebojnemu komuniciranju v možganih (Mitchell, 2004). Prva skupina v praksi veliko uporabljenih antidepresivov so t.i. **Selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI)**. So skupina zdravil za zdravljenje depresije, ki s svojim učinkovanjem vplivajo na povečanje aktivnosti nevrottransmitterja, odgovornega za naše razpoloženje – serotonina (Klein in Wender, 2005). SSRI so zdravila, ki niso bila odkrita naključno, ampak namerno z uporabo nevrokemičnih znanj o depresiji, kar opravičuje nizko število njihovih stranskih učinkov in zelo dobro učinkovitostjo (Mitchell, 2004). Ena izmed dveh skupin najstarejših antidepresivov (Klein in Wender, 2005) so zdravila, ki jim pravimo **Triciklični antidepresivi (TCA)**. Njihova naloga je preprečevanje privzema prostega noradrenalina in serotonina v živčne končiče (Meyer in Quenzer, 2005). TCA so učinkovita, vendar nevarna zdravila, njihovo predoziranje povzroča večjo umrljivost med človeško populacijo kot predoziranje s katerim koli drugim zdravilom (Mitchell, 2004). Kljub temu, da so v zadnjih letih bili zamenjani z novejšimi oblikami zdravil - npr. SSRI, (Klein in Wender, 2005), ki imajo večjo mero varnosti in izboljššan profil stranskih učinkov, pa v splošnem

TCA še vedno veljajo za zdravila, ki jim pravimo "rešitelji življenj" (Mitchell, 2004). V zadnjo skupino tipičnih antidepresivov spadajo t.i. **Zaviralci monoooksidaze (MAOI)**. Ti so kemične snovi, katere delujejo na osnovi inhibicije aktivnosti encimov, ki nadzirajo oksidazo monoaminov - serotonin, dopamin, noradrenalin (Klein in Wender, 2005). Zaradi nevarnosti, ki bi uporabnika lahko doletele v stiku z določeno hrano, se MAOI predpisujejo samo v izrednih primerih, ko ostali antidepresivi ne delujejo (Mayoclinic, 2012), s čemer se strinjata tudi Klein in Wender (2005). MAOI so v primerjavi s TCA redkeje predpisani antidepresivi (Mitchell, 2004), ker kot navajata Mayer in Quenzer (2005) so MAOIs izredno toksična zdravila – predpisovati bi jih morali le v primerih, ko ni uspeha s TCA in elektrokonvulzivno terapijo. Na drugi strani imamo še skupino atipičnih antidepresivov, med katerimi sta najbolj znana **Bupropion in Mirtazapine**. Bupropion je eden izmed najpogosteje predpisanih antidepresivov v svetu (Moreira, 2011). Poznan je kot atipičen antidepresiv, ki se razlikuje tako od SSRI, kot tudi od tricikličnih antidepresivov (Thackery in Harris, 2003). Njegovo delovanje pa ni jasno (Klein in Wender, 2005). Avtorja v svojem delu pravita, da njegovo učinkovanje v primerjavi z ostalimi antidepresivi ni jasno, novejša študija pa kažejo, da je učinkovit približno toliko, kot Prozac ali Paroxetine (Cipriani in ostali, 2009). Mirtazapine je specifična oblika antidepresiva, ki deluje na noradrenergične in serotonergične predele možganov. Najbolj znano zdravilo s to učinkovino je Remeron. Remeron je zdravilo v obliki tablet, ki na možgane deluje na svojevrsten način, v proces pa sta vključena dva nevrottransmitterja – serotonin in noradrenalin (Klein in Wender, 2005). V primerjavi z SSRI in Bupropionom se je Mirtazapine izkazal kot najboljši antidepresiv kar se tiče učinkovitosti, medtem, ko se je na nivoju tolerance izkazal podobno, kot ostali omenjeni antidepresivi (Cipriani in ostali, 2009).

Biološke terapije pri zdravljenju depresije predstavljajo visoko učinkovitost. 80% ali več posameznikov, ki trpi za veliko depresivno motnjo, bo pokazalo konkretne rezultate pri uporabi posameznega ali kombinacije antidepresivov (Klein in Wender, 2005). Depresija kot bolezensko stanje tipično izhaja iz kombinacije vzrokov, zaradi česar je pomembno poudariti, da tako preventiva, kot tudi samo zdravljenje motnje mora biti sestavljeno iz večplastnega pristopa (Institute of Medicine, 2001) - različni terapevtski ukrepi so namreč pokazali, da depresijo najučinkoviteje rešimo z delovanjem na področju mentalnih, interakcijskih in nevrobioloških sprememb (Greenberg in Watson, 2006).

6.2 Psihoterapija

Depresivnemu bolniku, ki se primerno in učinkovito zdravi z zdravili, vendar se kljub temu srečuje s psihološkimi težavami (npr. težave pri soočanju z vsakodnevnimi dejavnostmi, neprimerno naučeni vedenjski vzorci) se svetuje tudi psihološko podporo s strani psihoterapevta, oz. psihiatra (Klein in Wender, 2005). Psihoterapija je način vstopanja v vzorce vedenja depresivnih ljudi, hkrati pa z uporabo psihoterapevtskih tehnik te vzorce pri depresivnih ljudeh spreminjamo (Cozolino, 2002; Linden, 2006 po Gilbert, 2007). Psihoterapiji velikokrat rečemo tudi "terapija pogovarjanja". "Psihoterapijo je vsekakor potrebno usmeriti na celovito razumevanje osebnosti, katera ima moč in voljo, da to možnost izkoristi" (Anić et al, 2008). Psihoterapija, kot pristop zdravljenja depresivnih posameznikov, je najboljši način zdravljenja blagih oblik te motnje. Vendar je slednja tudi pomemben korak pri zdravljenju hujših oblik motnje, saj sta človeška interakcija in človeška podpora ključnega pomena pri pacientu, ki boleha za depresijo. Cilj vsakega pacienta, ki se odloči za uporabo psihoterapije je lajšanje psihološkega trpljenja (Auld, Hyman in Rudzinski, 2005). Psihoterapija je odlična priložnost za izražanje čustev pacienta, pri čemer pa ni samo sprejemanje pacienta tista ključna točka, vendar je v terapevtskem odnosu pomembno tudi empatično vživljanje v pacienta (Anić in ostali, 2008). Klein in Wender (2005) menita, da ima psihoterapija zelo pomembno vlogo v procesu zdravljenja duševnih motenj, ker ponuja učinkovito in razumevajočo podporo trpečim bolnikom. V splošnem je vsekakor znano, da je terapevtski odnos zelo pomembna sestavina učinkovite terapije (Gilbert, 2007). Veliko psihiatrov verjame in je že v preteklosti verjelo, da je psihoterapija najboljša oblika zdravljenja depresije, ker naj bi po njihovem mnenju bila depresija vedno posledica življenjskih izkušenj posameznika (Klein in Wender, 2005)

V nadaljevanju bodo na kratko predstavljene štiri oblike psihoterapije, ki so se v klinični praksi izkazale kot pomembni, učinkoviti ter varni pristopi zdravljenja depresivnih motenj.

6.2.1 Kognitivno-vedenjska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) je oblika psihoterapije, ki je bila razvita z namenom zdravljenja depresije (Thackery in Harris, 2003). Terapija izhaja iz t.i. kognitivne teorije depresije, katero je prvič razvil ameriški psihiater Aaron T. Beck. Kognitivna teorija predpostavlja, da je depresija posledica napak v procesu mišljenja, kamor spadajo nerealna stališča o sebi in svetu nasploh (Klein in Wender, 2005). Williams (1992) predstavlja obširno razlago teorije: (a) *negativne avtomatske misli* so misli, ki se pojavijo same od sebe in te niso posledica zavestnega mišljenja, na posameznika pa učinkujejo tako, da vplivajo na njegovo razpoloženje.

V splošnem depresivne misli izhajajo iz treh dimenzij: negativen pogled nase (npr. Nič nisem vreden!), na svet (Ljudje so zlobni!) in na prihodnost (To bo polom!); (b) *sistematične napake logike* so napake, ki se pojavijo v obliki samovoljnega sklepanja, (Ne mara me, ker se z njim nisem strinja!), posploševanja (Prvič mi ni uspelo, torej mi nikoli ne bo!), selektivnih abstrakcij (Sem slab, ničvreden, neumen, ...), povečevanja ali pomanjševanja (To kar sem naredil je tragično! ali Ta zmaga, ne pomeni nič!), personalizacije (Kljub temu, da mi rečeš da sem dober, vem da sem zloba!) in dihotomnega mišljenja (Samo čudež mi lahko pomaga!) in (c) *depresogene sheme*, pa so sheme, ki pomenijo dolgotrajna stališča o svetu, katere posameznik ureja na osnovi povezovanja preteklih izkušenj s sedanjimi, kar v splošnem povzroča napačne predstave o življenju nasploh.

Kognitivni pristopi pravijo, da ljudje oblikujemo pogled na svet na osnovi naših prepričanj in občutenj, ki se oblikujejo na podlagi nekih subjektivnih predpostavk (Thackery in Harris, 2003). Depresija je motnja, za katero so značilne negativne predstave o sebi in svetu nasploh, ki pa, kot opozarja Williams (1992), niso selektivne. Avtor poudarja, da je kognitivna teorija depresije podprta s kliničnimi opazovanji iz katerih je razvidno, da negativne predstave o sebi povzročajo upad razpoloženja tako pri depresivnih, kot tudi pri zdravih ljudeh (Williams, 1992). Kognicija oz. spoznavanje je proces oblikovanja prepričanj ter pričakovanj (Bolton in Hill, 2004), torej je to tisto orodje, s katerim oblikujemo stališča o sebi in svetu nasploh. Ta stališča se v ozadju oblikujejo veliko časa in se nekega dne aktivirajo brez posameznikovega zavedanja. Bolton in Hill (2004 po Beck, 1976) namreč pravita, da se ti načini delovanja aktivirajo brez kakršnikoli utemeljenih vzrokov, posameznik bo na neki točki svojega življenja - npr. kot posledice kombinacije različnih stresnih dejavnikov (Williams, 1992), začel funkcionirati na način, o katerem on dejansko ne bo zavestno odločal.

Osnovna tehnika terapije je "lovljenje" tistih misli, s pomočjo katerih posameznik oblikuje stališča in na podlagi katerih posameznik posledično deluje (Williams, 1992). Beleženje teh misli pa pripomore k razrešitvi neposrednega učinka, ki jih misli imajo na posameznika. Pacienti se pri soočanju s svojimi mislimi velikokrat počutijo neprijetno, zaradi česar po mnenju kognitivno-vedenjskih terapevtov lahko le dober odnos, ki temelji na zaupanju in podpori, ustvari dobro osnovo za učinkovito sodelovanje v terapiji (Gilbert, 2007). Takšen način sodelovanja je izrednega pomena, saj terapevt v takšnem odnosu ni tisti, ki pozna vse odgovore, ampak je viden kot soudeleženec pri iskanju le-teh (Williams, 1992). Opazovanje pacientovih misli lahko pomaga pri uvidu v psihološki fenomen, ki ni v stiku z realnostjo, hkrati pa nam to ocenjevanje ponudi tudi možnost uvida na vpliv, ki ga pacientove subjektivne interpretacije imajo na njegovo delovanje (Williams, 1992).

V trenutku, ko pacienta soočimo s tem, da so misli posledica naših lastnih interpretacij in ne posledica dejstev, pacient pridobi uvid, s katerim se bo "varoval" v prihodnje. Cilj tehnike je torej iskanje dokazov o tem, koliko je neka določena negativna misel, res negativna (Williams, 1992), poudarek terapije pa ni ustvarjanje pozitivnih interpretacij, ampak učinkovito soočanje misli z realnostjo.

V splošnem je namen takšne tehnike sodelovanje pacienta pri raziskovanju postavljene hipoteze o tem, koliko je neka določena negativna misel, res negativna. Največji problem pri pojavljanju negativnih misli je v tem, da so nesporne in nepovratne (Williams, 1992). Cilj kognitivnih terapij je soočanje pacienta z realnostjo na način oblikovanja novih, alternativnih načinov doživljanja negativnih misli, s čimer želimo preprečiti njihov neprijeten vpliv na posameznikovo razpoloženje. Potemtakem pacienta naučimo, kako se primerno odzvati ob nastopu takšne misli, z racionalnim pogledom na njo. Naučimo ga iskati alternativne predstave o določenih mislih in s tem učimo samopodkrepitev, kar povečuje posameznikovo zadovoljstvo (Anić in ostali, 2008).

V trenutku, ko se depresivni posameznik preneha ukvarjati z različnimi dejavnostmi, si niti misliti ne moremo, da bo slednji neko opravilo dejansko opravil, zato moramo take posameznike spodbujati k vse večji aktivnosti (Anić in ostali, 2008). V takih primerih so miselne priprave ustrezna tehnika pomoči pacientu, saj vsaka nova "ovira" lahko predstavlja ravno tisto točko, na kateri moramo s pacientom dejansko delati (Williams, 1992). Tehnika temelji na preprosti ideji; pacienta moramo pripraviti na način, s katerim mu vlijemo prepričanje, da bo neko dejavnost dejansko uspel opraviti. Williams poudarja, da je namen te tehnike odkrivanje "ovir", ki se pojavijo v odnosu do neke dejavnosti na način, da si pacient tekom seanse dejansko predstavlja, da neko dejavnost izvaja (1992). Velikokrat se znotraj terapije uporablja t.i. alternativna terapija, ki temelji na ustvarjanju depresivnih občutkov znotraj nadzorovanih okoliščin, česar namen je ustvariti neke tipične situacije, ki pri bolniku sprožajo depresivno razpoloženje. Cilj slednje alternativne terapije pa je iskanje alternativnih rešitev pri soočanju z le-to (Williams, 1992). Ustrezen način odzivanja pomeni velik preskok v procesu zdravljenja, saj pacientu ustrezen odziv na nek določen dražljaj predstavlja občutek varnosti in tedaj bo pacient občutil, da se z situacijo zna spoprijeti. Negativne misli in negativno razpoloženje sta dve stanji pri pacientu, ki se oblikujeta na osnovi stresnih situacij, npr. dlje trajajočih strahovih ali predpostavkah (Williams, 1992) – rečemo lahko, da je za depresivne paciente značilen izkrivljen način procesiranja informacij (Anić in ostali, 2008).

Namen tehnike soočanja s temi izkrivljenimi načini procesiranja informacij je ravno neposredna obravnava subjektivnih prepričanj, strahov in predpostavk na način, da slednje vzamemo v obzir in jih poskusimo ustrezno razrešiti. To pa naredimo tako, da (a) s pacientom odkrijemo, kako so dejansko slednji strahovi oz. predpostavke nastale ter (b) odkrijemo, kako se le ti vzdržujejo in (c) s pacientom poiščemo "dokaze", ki bodo dejansko razbremenili mejo med preteklostjo in prihodnostjo (Williams, 1992).

6.2.2 Interpersonalna terapija

Interpersonalna psihoterapija (IPT) je časovno omejena psihodinamična terapija, s katero si psihoterapevt prizadeva odpraviti pacientove simptome in hkrati izboljšati posameznikovo delovanje v stiku z drugimi osebami (Robertson in ostali, 2008). Interpersonalna terapija je ena izmed najbolj priznanih psihoterapij pri zdravljenju depresije v klinični praksi. Dogodki, ki se dogajajo v medosebnih odnosih ne povzročajo depresije, ampak je depresija tista, ki svoj vpliv manifestira na delovanje posameznika v stiku z ostalimi ljudmi (Goldberg, 2012). IPT je sestavljena na osnovi t.i. interpersonalne teorije, oz. teorije odnosa. Korenine te teorije segajo v čas življenja enega izmed najbolj pomembnih ameriških psihiatrov in psihoanalitikov, Harry Stacka Sullivana. Omenjena teorija predstavlja velik preskok na področju psihodinamičnih teorij – ob strani Freudove psihoanalize je slednja teorija ena izmed največjih napredkov kliničnega zdravljenja duševnih motenj. Sullivan se je v času dela v bolnici St. Elizabeth kot psihiater ukvarjal z zdravljenjem različnih shizofreničnih in paranooidnih stanj, osredotočal pa se je na to, kako medosebni dejavniki pacientom povzročajo težave v medosebnem delovanju (Evans, 1996). V tistem času je namreč veljalo prepričanje, da je shizofrenija neozdravljiva motnja, vendar je Sullivan pod vplivom ameriškega nevrologa in psihiatra Williama Alansona White-a ter s pomočjo klinične prakse, razvil zelo učinkovito tehniko zdravljenja shizofrenije, ki je dramatično spremenila takraten pogled na zdravljenje psihotičnih stanj, spremenila pa je tudi mišljenje o sami naravi raznih duševnih motenj (Evans, 1996).

Pri interpersonalni psihoterapiji v današnji klinični praksi še vedno srečamo osnovno idejo, s katero je začel delati Sullivan in sicer ta pristop t.i. interpersonalnega ozadja. Terapija se sama po sebi ukvarja s tistimi dejavniki, ki sprožijo, ohranjajo in povečujejo posameznikovo stisko. IPT v splošnem vključuje od 12 do 16 enournih tedenskih seans (Goldberg, 2012) – IPT tipično traja od dveh do štirih mesecev (Thackery in Harris, 2003), zaradi česar se terapija ne ukvarja z osebnostnimi motnjami, ampak se v času trajanja le-te, terapevt osredotoča na težave, ki nastajajo na področju povezovanja z drugimi osebami.

V splošnem je Sullivan pri svojem delu uporabljal posameznikove izkušnje, pri katerih je v središče postavil koncepte medosebnih odnosov za okvir tisto, kar pacientu povzroča težave pri navezovanju stikov z ljudmi (Evans, 1996). Terapija, ki temelji na reševanju stisk v medsebojnih odnosih, se konkretno osredotoča na simptome, ki so povezani s posameznikovimi odnosi z ostalimi ljudmi, npr. družino in vrstniki (Goldberg, 2012). Cilj IPT je skupaj s pacientom predelati slednje procese in tako utemeljiti zakaj in kako se slednji procesi manifestirajo v njegovem vsakdanjem življenju. Lahko rečemo, da je v današnji praksi cilj IPT izboljšava medosebnih odnosov. IPT pacientom nudi učinkovito pomoč pri vzpostavljanju in ohranjanju odnosov v njihovem vsakdanjem življenju, v splošnem pa se znotraj terapije dela tudi na nivoju spreminjanja pacientovih lastnih pričakovanj. Stuart in Robertson (2003) pa še poudarjata, da se v IPT pacientu nudi pomoč pri vzpostavljanju boljše socialne mreže, ki pomembno prispeva k upravljanju s pacientovo stisko. Torej cilj psihoterapevta ni nikoli določanje simptomov in postavitev pravilne diagnoze na objektivni način, ampak eksperimentalno in empatično usmerjanje pacienta pri stiku z ostalimi ljudmi, z namenom izboljšave pacientovih težav (Evans, 1996).

Robertson s kolegi predstavlja potek interpersonalne psihoterapije na dokaj preprost in razumljiv način; terapijo skupaj sestavlja pet (5) faz – *ocenjevanje, začetna, sredinska in končna seansa* ter *seansa vzdrževanja oz. vzdrževalne seanse*. Thackery in Harris (2003) pa sta v svojem delu, konkretno IPT za depresivne paciente razdelila v dve obliki zdravljenja – *načrt prve obravnave* (ki pokriva fazo ocenjevanja, začetne, sredinske in končne seanse) in *vzdrževalno terapijo* (ki pokriva vzdrževalne seanse). Terapevt v samem začetku opravi standardni klinični pregled in določi primernost uporabe terapije pri posameznem pacientu (Robertson in ostali, 2008). Psihoterapevt s pacientom, ki je primeren za uporabo IPT v začetni fazi oblikuje medosebni inventar oz. dinamike znotraj medosebnih odnosov pacienta, na katerih bosta delala, ter navsezadnje določi predvideno uro seans. V sredinski seansi identificirata težavna področja za pacienta ter na njih delata. V zaključni fazi terapevt skupaj s pacientom naredi neke vrste pregleda nad celotnim delom, ki sta ga opravila ter skupaj naredita tudi načrt za prihodnost. Vzdrževalna faza pa predvideva preventivo pred relapsom ter v nekaterih primerih tudi razreševanje še nerešenim težav (Robertson in ostali, 2008). Thackery in Harris (2003) navajata, da je vzdrževalna terapija dolgoročna oblika IPT z namenom preventive in zmanjševanja ponovitev depresivnih epizod, dodajata pa še, da se lahko vzdrževalno terapijo podaljša tudi do obdobja treh let z eno seanso mesečno. Končni cilj IPT je depresivne paciente pripraviti do potrebnih sprememb, ki jim bodo izboljšali spopadanje z simptomi, ki jih depresija prinaša s seboj (Goldberg, 2012).

6.2.3 Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija

Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija oz. *ang. mindfulness based cognitive therapy* je svetovno priznana oblika psihoterapije za zdravljenje pacientov, ki trpijo za depresivnimi motnjami (Bartley, 2012). Čuječnost lahko definiramo kot sprejemajoče zavedanje tega, kar doživljamo v danem trenutku. Pri čuječnosti je prisotno ne presojujoče zavedanje misli, produkt terapije pa je zmogljivost opazovanja ozadja samih misli, brez osredotočanja na njihovo vsebino (Segal, Williams in Teasdale, 2002). Konkretno je bila takšna oblika psihoterapije razvita z namenom pomoči ljudem, pri katerih je tveganje za povrnitev depresivnega stanja, visoko (Williams in Kuyken, 2011). Čeprav, bolj kot o konkretni obliki zdravljenja depresije, tukaj govorimo o terapiji, ki služi kot sredstvo za preventivo. Njen namen ni zmanjševanje simptomov v akutni fazi depresije (Hoffman in ostali, 2010). Kot vemo, je depresija ponavljajoča se bolezen, z občutnimi psihološkimi, fiziološkimi, finančnimi in družbenimi posledicami v družbi (Segal, Williams in Teasdale, 2002). Namen čuječnostne terapije pa je paciente, ki so depresijo že izkusili, naučiti kako boljše živeti in s tem preprečiti ponoven relaps. Vse oblike terapije usmerjanja pozornosti in zavedanja delujejo na istem principu; trpljenje ljudi namreč pogosteje izhaja iz odnosa, ki ga posameznik ima do preteklih neprijetnih in bolečih izkušenj, kot iz izkušenj samih po sebi (Bartley, 2012). Terapija pa deluje ravno na tej ideji, da lahko posameznikom učinkovito zmanjšamo stisko z učenjem novih, alternativnih odnosov v stiku z neprijetnimi in ali neželenimi izkušnjami.

Segal, Williams in Teasdale (2002) so bili prvi avtorji, ki so se začeli spraševati o tem, kateri pomembni psihološki mehanizmi povzročijo relaps pri posamezniku. Teasdale (2002) je konkretno predstavil t.i. *diferencialno aktivacijsko hipotezo*, s katero lahko pojasnimo mehanizem, ki je za to odgovoren. Hipoteza predlaga, da občutki žalosti in praznine vnovično aktivirajo miselne procese, ki jih asociiramo s preteklo izkušnjo. To je fenomen, na katerega so ozdravljeni depresivni posamezniki zelo občutljivi, zlasti zato, ker imajo tej posamezniki lahek dostop do celotne palete negativnega materiala, kot npr. negativnih misli, vedenj in domnev (Segal, Williams in Teasdale, 2002). V primerih, ko se pri posamezniku, ki se je uspešno ozdravil od depresije, oceni tveganje ponovnega relapsa, terapija predvideva pomoč pri ozaveščanju takih miselnih procesov in hkrati učenje novih strategij, s katerimi se bodo posamezniki lahko učinkovito izognili slednjim vzorcem mišljenja. Torej kot navaja Crane (2009) je namen terapije posameznika naučiti (a) zavedanja lastnih telesnih občutkov, misli in emocij ter (b) primernih odzivov na opozorilne znake relapsa. Hoffman in ostali (2010 po Bishop in ostali, 2004) so v svojem delu razlikovali dve komponenti čuječnosti oz. dve komponenti, na čuječnosti temelječe kognitivne terapije: (a) tista, ki vključuje

samoregulacijo pozornosti in (b) tista, ki vključuje orientacijo v danem trenutku, ki jo oblikujeta radovednost, odprtost in sprejemljivost. Praktično, na čuječnosti temelječa kognitivna terapija je multidimenzionalna oblika psihoterapije, ki bi jo lahko opisali kot mešano obliko zdravljenja - vključuje na čuječnosti temelječo terapijo zmanjševanja stresa in nekatere aspekte kognitivno-vedenjskega pristopa (Crane, 2009).

Osnovalec, na čuječnosti temelječe terapije zmanjševanja stresa (*ang. mindfulness based stress reduction*) je bil profesor medicine Kabat-Zinn, katerega cilj je bil, starodavna znanja Budistične čuječnosti spremeniti v dostopen in uporaben program, s katerim bi lahko pomagali pacientom, ki trpijo za kroničnimi bolečinami in ostalimi kroničnimi stanji (Segal, Williams in Teasdale, 2002). Ko je bila uporaba starih običajev ustrezno oblikovana in ustrezno združena s psihološkimi dognanji, je iz njega nastal program, s katerim "oblikujemo" mentalno stanje, ki nastane s tem, da svojo pozornost usmerimo na način, da se je (a) zavedamo in da je (b) ne presojujemo (Crane, 2009). Segal, Williams in Teasdale (2002 po Kabat-Zinn, 1990) opis slednje terapije definirajo kot; "Neverjetno je, kako se počutiš olajšanega, ko vidiš, da so tvoje misli samo misli in v resnici niso "ti" ali "realnost". Kognitivno-vedenjski del čuječnostne terapije črpa neposredno iz kognitivno-vedenjske terapije za zdravljenje depresije (glej točko 6.2.1). Na kratko, ideja celotne terapije je sprememba odnosa, ki ga pacient ima s svojimi mislimi, nikoli pa se pri tej terapiji ne spreminja same vsebine le-teh (Gilbert, 2007). Terapija čuječnosti je terapija, ki deluje na principu pomoči ljudem, da postanejo boljši opazovalci toka svojih misli, posledično jih slednja osvobodi njihove ujetosti (Gilbert, 2007). Uporabniku torej ponudi uvid v svoje šibke točke, ki so last vsakemu človeškemu bitju (Crane, 2009).

Terapija čuječnosti postaja vse bolj uporabljena terapevtska metoda v klinični praksi za zdravljenje različnih duševnih motenj (Hoffman in ostali 2010 po Baer, 2003; S. R. Bishop, 2002; Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 1994; Salmon, Lush, Jablonski in Sephton, 2009). Njen namen je spodbujati uporabnike k predelavi izkušenj brez kakršnihkoli obsojanj, s čimer jim klinični strokovnjaki poskušajo pomagati pri spreminjanju odnosov do lastnih misli in občutkov, ki za njih predstavljajo težavo. Pomemben vidik terapije čuječnosti je še ta, da uporabnike uči sprejemati dejstvo, da se težke in neprijetne stvari zgodijo, ker so to pač ovire, ki nam jih življenje vendarle postavi, vendar se kljub temu lahko preživi, saj se tudi mora. Segal, Williams in Teasdale (2002) so prišli do zaključka, da je trening čuječnosti nepogrešljiv faktor pri zdravljenju pacientov, ker učinkovito pripomore k prenehanju ruminantnih miselnih vzorcev pri posamezniku. To je nov, boljši način življenja, ki si ga vsak ozdravljen depresiven posameznik želi.

6.2.4 Na čustva usmerjena terapija

Greenberg in Watson (2006) sta v svojem delu zapisala, da so čustva temeljni aspekt človeškega delovanja in hkrati tudi temeljni aspekt depresivnih motenj. Seveda so čustva nekaj, kar nas naredi človeške, nekaj kar nas naredi to, kar dejansko smo. Torej si lahko predstavljamo kako sesutje tako kompleksnega sistema spremeni naše življenje, nas prizadene ter ujame v začarani krog depresije. Pri zdravljenju depresivnih motenj se moramo vselej ustaviti pri posameznikovi čustvih. Avtorja nadaljujeta, da je pri zdravljenju depresije nujno potrebno v obzir vzeti tiste spremembe, ki so se pojavile na področju čustvovanja kot osrednjo točko psihoterapije. Prepričana sta, da v trenutku, ko se terapevtsko osredotočimo na posameznikova čustva, storimo zelo pomembno intervencijo, ki nudi olajšanje ter ozdravitev (Greenberg in Watson, 2006).

Čustva so funkcionalni del naših življenj, vendar nepravilno delovanje le teh predstavlja problem (Power, 2010). Na čustva usmerjena terapija (*ang. Emotion focused therapy*) je kratkotrajna, strukturirana oblika psihoterapije, ki se lahko prakticira bodisi na individualnem, bodisi na skupinskem nivoju. Terapija izhaja iz premise, da so čustva temeljna sestavina za izgradnjo sebe in svojega delovanja (Greenberg, 2010). Čustva so tisto orodje, s katerim ljudje procesiramo informacije, orodje, s katerimi ljudje interpretiramo dejanja in navsezadnje orodje, s katerim se orientiramo v našem vsakdanu. Začetnik na čustva usmerjene terapije je psiholog Les Greenberg, kateri je bil prepričan, da so čustva biološki fenomen, ki nadzira naše delovanje v okolju (Greenberg, 2010). Ta biološki fenomen ima svoje nevrokemično in fiziološko delovanje, jezik s katerim upravlja možgane pa je preprosto unikaten. Z odraščanjem ljudje ponotranjimo različne vedenjske vzorce od pomembnih oseb in s tem ustvarimo nekakšne notranje vzorce nevroloških delovanj, zaradi katerih ljudje delujemo tako kot delujemo. Čustvene sheme so koherentno sestavljene tako, da so v naši spominski mreži v možganih vstavljene kot nekakšne majhne enote, ki so vselej posledica naših izkušenj in preteklih odzivov na dražljaje iz okolja (Greenberg, 2010). Avtor še dodatno pojasnjuje, da takšen sistem ni nadzorovan samo iz strani bioloških in evolucijskih dejavnikov, temveč je čustvovanje posledica sinteze med seboj zelo različnih struktur, katere smo oblikovali skozi naše življenje. Pri terapiji posameznikovih emocij so cilj ravno omenjene čustvene sheme, namen psihoterapevta v sodelovanju s pacientom pa je koherentna sprememba le-teh.

Terapije je sestavljena iz dveh večjih principov: (a) zagotavljanje terapevtskega odnosa in (b) terapevtsko delo (Greenberg, Rice in Elliott, 1993). Omemba, da je vzpostavitev dobrega terapevtskega odnosa med terapevtom in klientom izredno pomembna se zdi že preveč klišejska,

vendar se pri tovrstni obliki terapije vnovično srečamo s slednjim dejstvom. Terapija je usmerjena v klienta, slednje vključuje podporo klientu na način, ki predvideva vstop terapevta v notranji okvir posameznika in empatično spremlja pacientove izkušnje (Greenberg, 2010). Terapija pa ne pomeni samo vzpostavitve trdnega odnosa na nivoju empatije, ampak hkrati pomeni tudi funkcijo usmerjanja notranjih čustvenih procesov, na različne načine in v različnem času. Lahko bi rekli, da je terapija dvodimenzionalna, saj nudi pozitivno perspektivo na dveh različnih, a hkrati med seboj povezanih področjih. Terapija deluje na štirih različnih načinih spreminjanja čustvenega procesiranja. (Greenberg in Watson, 2006): (a) povečanje zavedanja lastnih čustev; (b) krepitev čustvene regulacije; (c) refleksija čustev in (d) spreminjanje čustev. Ti vidiki so vodnik, ki usmerja terapijo v klinični praksi, s katerimi se pacientom nudimo čustveno podporo. Znotraj terapije se v splošnem ne naslanjamo zgolj na čustveno podporo, ampak tudi na socialno; odnos med dvema pa mora vključevati tudi elemente uglašenosti, vrednotenje izkušenj in empatično odzivnost s strani terapevta. Celotna terapija je praktično sestavljena iz vodenja, pri čemer skuša terapevt s pomočjo tehnik Gestalt terapije (Greenberg, 2010) pacienta usmerjati k večjemu nadzorovanju čustev ter k boljšemu soočanju z njimi. Sočasno terapevt poskuša v sklopu terapije vzpostaviti različna specifična stanja, s katerimi pacientu nudi priložnost za različne intervencije, ki bodo v največje meri dodelila učinkovito upravljanje s problemi. Posledično se s slednjimi načini procesiranja informacij klientu ponudi alternativne načine intervencije in sicer, kako upravljati različne načine čustev v različno danih trenutkih, s katerimi bo dosegel notranji mir. Empirične raziskave so pokazale, da ustreznejše procesiranje čustvenih informacij pomeni boljše počutje in prepreko za relaps (Greenberg in Watson, 2006) v depresivno stanje.

7 SKLEP

Menim, da je najboljši pristop k zdravljenju depresije prej omenjeno integralno zdravljenje, ki pomeni dvodimenzionalno obliko zdravljenja. Le to pokrije večdimenzionalno simptomatiko. Pomanjkanje ustrezno kvalificiranih psihoterapevtov povzroča veliko nevšečnosti bolnikom, ker večina psihoterapevtov ni kvalificiranih za ustrezno zdravljenje na biološkem in psihološkem nivoju hkrati (Klein in Wender, 2005). To lahko zasledimo tudi v monografiji »Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije« (Anić in ostali, 2008), v kateri avtorica navaja, da zdravljenje z uporabo antidepresivov in psihoterapije ni vedno izvedljivo, saj je problem v primanjkovanju ustrezno izobraženega kadra. Zdravljenje depresije zahteva kompleksen pristop. Kolikšno težo dati psihofarmakološki in kolikšno psihoterapevtski podpori, pa je še zmeraj vprašanje, na katerega svetovni strokovnjaki niso našli enotnega odgovora. Enotnega odgovora po mojem mnenju ni. Strokovnjak je tisti, ki oceni situacijo ter oceni, kaj pacienti v kliničnih ustanovah dejansko potrebujejo. Veliko strokovnjakov po svetu je prepričanih, da je zdravljenje depresije najboljše z omenjeno dvodimenzionalno kombinacijo, saj po njihovi definiciji naj bi biološko zdravljenje lajšalo simptome, psihološko zdravljenje pa lajšalo vsakodnevno delovanje (Klein in Wender, 2005). Sam se nagibam k prepričanju, da je psihoterapevtski pristop pomembnejši, saj pacientom nudi občutek sočutja, podpore in razumevanja. Williams (1992) v ospredje postavlja Beck-a in sodelavce, ki so v svojem delu (1979) poudarili, da je kognitivno-vedenjska terapija učinkovita metoda zdravljenja pri kateri sta ključnega pomena empatija in toplina. Vsekakor pa biološka oblika zdravljenja ni zanemarljiva, saj kot navaja Mujabašić (Anić in ostali, 2008 po Kandel, 1979): "Vse kar je biološko, je psihološko in vse, kar je psihološko je biološko". V literaturi se kot najbolj primerni in najbolj učinkoviti terapiji omenja kognitivno-vedenjsko in interpersonalno terapijo, ki sta po mnenju avtorjev Busch, Rudden in Shapiro (2004) dokazano najbolj uspešni obliki psihoterapije. Klein in Wender (2005) navajata, da med oblikama praktično ni razlik v njuni učinkovitosti, s čemer se strinja tudi Cuijpers in sodelavci (2011). Raziskave so pokazale, da je tri mesečna uporaba kognitivno-vedenjskih pristopov enakovredna psihofarmakološki terapiji. Takšno učinkovitost utemeljujejo z dokazi o kemičnih spremembah v možganih, ki jih povzroči pogovor (Thackery in Harris, 2003). Nekatere študije so sicer pokazale, da je IPT enakovredna psihofarmakološkemu pristopu, vendar obstajajo pa tudi raziskave, ki omenjajo, da so SSRI učinkovitejši od IPT (Cuijpers in ostali, 2011). Dejstvo pa je, da je IPT zelo učinkovita terapija za zdravljenje depresije, z ali brez vključitve zdravljenja z antidepresivi.

Omenjena terapija nudi učinkovito zdravljenje tudi ljudem različnih ras in socialnih razredov (Williams, 1992) ter različnih oblik depresije. Avtor vnovično omenja, da je kombinacija KVT in zdravil najboljša, čeprav poudarja, da je KVT sama po sebi bolj učinkovita kot zgolj zdravljenje z antidepressivi. V klinični praksi se največkrat uporablja KVT, zlasti v primerih, ko interpersonalna terapija ne poda želenih rezultatov, kar se največkrat pripeti zaradi težav v odnosu med psihoterapevtom in pacientom (Thackery in Harris, 2003). Cujipers skupaj s sodelavci (2011) navaja, da je IPT ena izmed vodilnih terapij, prakticiranih pri zdravljenju depresije, dodaja pa tudi, da slednja terapija v primerjavi z ostalimi oblikami psihoterapije ne predstavlja bistvenih razlik v njeni učinkovitosti. IPT je tudi vzdrževalna oblika terapije, ki največkrat, kot je bilo že omenjeno, služi kot preventiva oz. kot oblika dodatne podpore pacientom, ki trpijo za depresijo (Thackery in Harris, 2003). KVT izboljša stanje v 65,7% primerih, v kombinaciji z tricikličnimi antidepressivi se procent zviša na 72%, medtem, ko se pri uporabi zgolj tricikličnih zdravil, pa se procent zniža na 63% (Williams, 1992). Navsezadnje bi pri zdravljenju depresije izpostavil še terapijo čuječnosti, kot novejši, vendar učinkovit način zdravljenja depresije. Hoffman in ostali (2010) navajajo celo paleto svežih in kvalitetnih študij, ki so pokazale, da je Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija učinkovita oblika zniževanja ravni stresa, tesnobnosti in seveda učinkovita tudi pri zdravljenju depresije (Baer, 2003; Carmody in Baer, 2009; Grossman, Niemann, Schmidt in Walach, 2004; Ledesma in Kumano, 2008; Mackenzie, Carlson in Speca, 2005; Matchim in Armer, 2007; Ott, Norris in Bauer-Wu, 2006; Praissman, 2008; Smith, Richardson, Hoffman in Pilkington, 2005; Teixeira, 2008; Toneatto in Nguyen, 2007 ter Winbush, Gross in Kreitzer, 2007). Terapija čuječnosti je učinkovita pri zdravljenju tesnobnih in depresivnih motenj različnih intenzivnosti. Hoffman je s svojimi sodelavci našel kar 727 člankov, med katerimi jih je analiziral 39, rezultati pa so bili zelo vzpodbudni. Če povzamem zaključke avtorja; v interakciji z tesnobnostjo in depresijo je terapija v splošnem pokazala skoraj 60% izboljšanje pri osebah, obolenih za depresijo (2011), vendar je procent učinkovitosti pri uporabi KVT vseeno višji. Kljub temu, da se zdi KVT zelo, ali celo najbolj učinkovita oblika psihoterapije pri zdravljenju depresije, Greenberg in Watson (2006) omenjata, da je Na čustva usmerjena terapija enako ali celo bolj učinkovita v primerjavi s KVT. Na čustva usmerjena terapija je terapija, ki klientu nudi čustveno podporo in kot pravita Greenberg in Watson (2006) je čustvo osnovni aspekt na kateremu moramo delati, če želimo depresijo učinkovito ozdraviti. Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos in Steckley (2003) so tisti avtorji, ki so učinkovitost slednje primerjali s KVT in prišli do ugotovitev, da pri zdravljenju z obema terapijama posamezniki razvijejo boljšo čustveno refleksijo pri razreševanju težav, vendar Na čustva usmerjena terapija po njihovem mnenju ponuja boljšo učinkovitost pri pridobivanju samozavesti (Greenberg in

Watson, 2006). Hkrati je omenjena terapija po mnenju avtorjev učinkovitejša tudi pri zmanjševanju konfliktov v medosebnih odnosih ter odpravljanju simptomov depresije nasploh. Na čustva usmerjena terapija klientu zagotovo nudi korenite spremembe, ki omogočajo takšno učinkovitost. Pri uporabi slednje terapije se pri približno 70% ozdravljenih bolnikov, depresija več ne ponovi (Greenberg in Watson, 2006). Avtorja pa še poudarjata, da Na čustva usmerjena terapija nudi maksimalno učinkovitost zdravljenja in pospeši hitrost zdravljenja. Kar je pa najpomembnejše, po njihovem mnenju, slednja terapija klienta tudi najučinkoviteje varuje pred ponovnim pojavom depresije oz. relapsom (Greenberg in Watson, 2006).

Za zaključek se vprašam, zakaj psihoterapija v primerjavi z uporabo zdravil nudi boljše rezultate v procesu zdravljenja depresije. Fascinantno je, kako ima lahko misel neke osebe, tako močan vpliv na nas. Skrivnost učinkovitosti psihoterapije se po mojem mnenju nahaja ravno v tem, kar vseskozi poudarjam, da smo ljudje ekstremno ranljiva bitja, kar nas loči od nežive narave. Čeprav večina ljudi to zanika, so misli ostalih ljudi za nas pomembne, kar se kaže v potrebi po pripadnosti, varnosti in potrebi po drugih ljudeh. Psihoterapija ni nič drugega kot širjenje pozitivnih vplivov na posameznika. To je dejansko to, kar psihoterapevt v seansah počne; skozi terapijo ponuja prisotnost, empatijo ter občutek, da nas nekdo posluša, zlasti pa upanje in občutek nadzora. S svojimi mislimi pa zdravi misli pacienta. Psihoterapevt počne to, kar po definiciji počnejo pomembni ljudje v naših življenjih; prijatelj, sodelavec in partner. Sam menim, da je razlog za tako razširjenost depresije v svetu velikokrat posledica občutka osamljenosti in občutka, da nas nihče ne posluša in razume. Psihoterapija je način zdravljenja oz. zapolnitev tiste praznine v nas, ko nas nekdo zapusti, oz. ko nekoga ni. Uči nas spoprijemanja s svojimi strahovi, krepi hrabrost v nas, uči pa nas tudi novih načinov mišljenja, občutenja in vedenja z namenom dobrega počutja. Vendarle, če pomislimo, so to stvari katere se skozi celotno življenje učimo tudi sami, ob strani naše prijateljev, sodelavcev in družine. Nikakor ne smemo pozabiti kako pomembna je medsebojna povezanost, skrivnost se namreč skriva v starem reku; "Vsi za enega, eden za vse!".

8 VIRI IN LITERATURA

Ameriško Združenje Psihologov. Pridobljeno oktobra 2013, na <http://www.apa.org/topics/depress/>

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Association 1400 K Street, N.W., Washington, DC 20005.

Anić, N., Felc, J., Kores Plesničar, B., Meden Klavora, V., Milič, J., Mujabašič, M., Pišljarič, M., Rus Makovec, M., Tavčar, R. (2008). *Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije*. Idrija: psihiatrična bolnišnica.

Auld, F., Hyman, M. in Rudzinski D. (2005). *Resolution of Inner Conflict: An Introduction to Psychoanalytic Therapy*. Second Edition. American Psychological Association 750 First Street, NE Washington, DC 20002

Bartley, T. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer*. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, UK

Beck T., A., Rush J., A., Shaw F., B., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, 72 Spring Street, New York, N.Y. 10012.

Bolton, D. in Hill, J. (2004). *Mind, Meaning and Mental Disorder: The nature of causal explanation in psychology and psychiatry*. University of Oxford: New York.

Broquet, K. (1999). "Status of treatment of depression". *South Med J* 92 (9): 846–56

Busch, N. F., Rudden, M. in Shapiro T. (2004). *Psychodynamic Treatment of Depression*. American Psychiatric Publishing, Inc. 1000 Wilson Boulevard Arlington, VA 22209-3901

Cipriani, A., Furukawa, TA., Salanti, G., Geddes, JR., Higgins, JP., Churchill, R., Watanabe, N., Nakagawa, A., Omori, IM., McGuire, H., Tansella, M., Barbui, C. (2009). *Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis*. *Lancet* 373 (9665): 746-758.

Cools, R., Nakamura, K., Daw, D., N. (2011). Serotonin and Dopamine: Unifying Affective, Activational, and Decision Functions. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 36, 98-113.

Crane, R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive features*. Routledge 270 Madison Avenue, New York NY 10016

Cuijpers, P., Geraedts, S. A., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, C. J. in van Straten, A. (2011). *Metanaliza interpersonalne psihoterapije v depresiji*. Pridobljeno decembra, 2013 na <http://ajp.psychiatryonline.org/pdfAccess.aspx?url=%2Fdata%2FJournals%2FAJP%2F4234%2Fapi.ajp.2010.10101411.pdf>

Depresija bo kmalu zavlada po svetu. Pridobljeno oktobra, 2013 na <http://www.24ur.com/ekskluziv/zanimivosti/depresija-bo-kmalu-zavlada-po-svetu.html>

Evans III, B. F. (1996). *Interpersonal theory and psychotherapy*. Routledge, 29 West 35th Street, New York, NY 10001

Gaulin S. J. C., in McBurney D. H. (2004). *Evolutionary Psychology*. Second Edition. Pearson Education, Inc. Upper Saddle River, New Jersey

Greenberg L. S., in Watson J. C. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. American Psychological Association. Washington, DC.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression. Third Edition*. SAGE Publications Ltd 1 Oliver's Yard 55 City Road London EC1Y 1SP

Goldberg, J. (2012). *Interpersonal Therapy for Depression*. Pridobljeno decembra, 2013 na <http://www.webmd.com/depression/guide/interpersonal-therapy-for-depression>

Greenberg, L., Rice, L. in Elliott, P. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment by Moment Process*. New York, Guilford.

Greenberg, S. L. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *FOCUS : The Journal of Life Long Learning in Psychiatry*. Winter 2010, Vol. VIII, No. 1

Greenberg, S. L. in Watson, C. J. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression*. American Psychological Association, Washington, DC.

Hofmann, S. G., Sawyer, A.T., Witt A. A., in Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 2010*, Vol. 78, No. 2, 169–183

Institute of Medicine. (2001). *Neurological, Psychiatric and Developmental Disorders*. National Academy Press. Washington, D.C.

Kassin, S. (2004). *Essentials of Psychology*. "Chapter 13: Psychological Disorders". Pearson. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 509-549.

Kiesler, D. J. (1999). *Beyond the disease model of mental disorders*. Greenwood Publishing Group, Inc. USA.

Klein, D. F., in Wender, P. H. (2005). *Understanding Depression: A Complete Guide to Its Diagnosis and Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Kordič, J. *Depresija*. Pridobljeno, oktobra, 2013 na <http://www.zdravniski-nasveti.net/?nStran=teme&tema=depresija&pog=index>

Lamovec, T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij*. Ljubljana. 266-305.

Marcus, M., Yasamy M. T., Van Ommeren, M., Chisholm, D., Saxena S. (2012). *Depression. A Global Public Health Concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse.

Marušič, A. in Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celjska Mohorjeva družba. Celje.

Mayoclinic stuff. (2012). *Depression: treatments and drugs*. Pridobljeno novembra, 2013 na <http://www.mayoclinic.com/health/depression/DS00175/DSECTION=treatments-and-drugs>

Meyer, S. J. in Quenzer F. L. (2005). *Psychopharmacology: Drugs, the Brain and Behavior*. Sinauer Associates, Inc. Sunderland, Massachusetts. USA.

Mitchell, S. E. (2004). *Drugs, the straight facts. Antidepressants*. Chelsea House Publishers

Moreira, R. (2011). "The efficacy and tolerability of bupropion in the treatment of major depressive disorder". *Clin Drug Investig.* 31 Suppl 1: 5–17.

National Alliance on Mental Illness. (2013). *Mental illness: what you need to know*. NAMI: the national Alliance on Mental Illness.

National Institute of Mental Health, pridobljeno oktobra, 2013 na <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-numbers-count-mental-disorders-in-america/index.shtml>

Perat, M. (2012). *DEPRESIJA - VEČ KOT OBČUTEK POTRTOSTI*. *Zdrave novice*, pridobljeno oktobra, 2013 na <http://www.psihoterapija-ordinacija.si/sl/clanki/clanki-poljudni/322-klinicna-depresija.html>

Power, M. (2010). *Emotion Focussed Cognitive Therapy*. JohnWiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, UK

Robertson, M., Rushton, P. in Wurm C. (2008). Interpersonal Psychotherapy: An overview. *Psychotherapy in Australia*, 14 (3), 46-54.

Seo, D. in Patrick, J. C. (2009). Role of Serotonin and Dopamine System Interactions in the Neurobiology of Impulsive Aggression and its Comorbidity with other Clinical Disorders. *Aggress Violent Behav*, 13(5), 383–395.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews* 2007, Vol. 3, No. 11

Skupščina ljudi, ki te razumejo. Pridobljeno oktobra, 2013 na <http://www.experienceproject.com/stories/Had-A-Bad-Day/3159333>

Statistika svetovnih držav za motnje razpoloženja. Pridobljeno oktobra, 2013 na http://www.rightdiagnosis.com/m/mood_disorders/stats-country.htm

Stuart, S. In Robertson, M. (2003). *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London: Edward Arnold

Sutton A. L. (2009). *Mental Health Disorders*. Source book. Fourth edition. Omnigraphics, Inc.

Thackery E. in Harris M. (2003). *The Gale Encyclopeda of Mental Disorders*. The Gale Group, Inc. 27500 Drake Road Farmington Hills, MI 48331-3535

Thase, M. E. in Howland, R. H. (1995). Biological processes in depression: An updated review and integration. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 213–279). New York: Guilford Press.

The United States Department of Health and Human Services (2012). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. "Chapter 2: The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness."

Tomori, M. in Zihlerl, S. (ur.). (1999). *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.

Umek, J. M., in Zupančič M. (2009). *Razvojna psihologija*. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.

Williams, J. Mark G. (1992). *The Psychological Treatment of Depression*. A guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy. Second edition. Routledge 11 New Fetter Lane, London EC4P 4EE.

World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders*. Effective interventions and policy options. Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji: integrativni model medosebnih odnosov*. Založba IPISA.