

Članak objavljen u:

Medici.com, broj 17, oktobar 2006

Kognitivni tretman depresivnih poremećaja

Igor Krnetić

Filozofski fakultet u Banjoj Luci, Odsjek za psihologiju
Psihološko savjetovanje Krnetić

Svako se povremeno osjeća tužno ili potišteno, a za većinu ljudi ova osjećanja slabe s protokom vremena. Međutim, ako osjećanje tuge traje dvije sedmice ili duže, te ako negativno utiče na svakodnevne aktivnosti, vjerovatno se dešava nešto ozbiljnije od doživljaja “potištenosti.”

Depresivne osobe imaju tendenciju da se osjećaju bespomoćno i beznačajno, okrivljujući sebe zato što se osjećaju na navedeni način. Ljudi koji su depresivni postaju preopterećeni i iscrpljeni, te se lako prestaju angažovati oko svojih uobičajenih aktivnosti i počinju se izolovati od porodice i prijatelja.

Manifestacije depresije takođe uključuju uporno tužno raspoloženje, gubitak zadovoljstva ili interesa za aktivnosti u kojima se prije uživalo, promjene u apetitu ili težini, teškoće u spavanju ili pretjerano spavanje, fizička usporenost, gubitak energije, doživljaj manje vrijednosti, osjećanje krivice, teškoće u razmišljanju i koncentraciji.

Depresivni poremećaji su najčešći emocionalni poremećaji u opštoj populaciji. Iako je većina ljudi blago depresivna s vremena na vrijeme, samo 10% do 25% žena i 5% do 12% muškaraca doživi *veliku depresivnu epizodu*. Većina ljudi doživlja blažu formu depresivnog poremećaja koji se naziva *disforija* ili *distimija*. Bez obzira na formu, depresivni poremećaj zahtjeva stručan tretman jer je depresija ozbiljan emocionalni poremećaj koji značajno utiče na razvoj problema u odnosima sa drugim ljudima, patnju porodice i gubitak radne produktivnosti.

Kognitivni modeli depresivnih poremećaja spadaju u najpoznatije i najplodnije istraživačke paradigme za ovu vrstu poremećaja u savremenoj psihološkoj nauci. U okviru kognitivne paradigme, najznačajnije izvore teorija depresivnosti predstavljaju dva psihoterapijska pravca: Bekova *kognitivna terapija* i Elisova *racionalno emotivno bihejvioralna terapija*.

Aron Bek razlikuje dva depresivna poremećaja: *minor* i *major*. Depresivni poremećaj *minor* dijagnostikuje se kad ne postoje psihotične epizode, a najistaknutiji poremećaj je depresivno raspoloženje u odsustvu kompletnog depresivnog sindroma, iako su neke osobine prisutne. On smatra da je ova distinkcija od krucijalnog značaja za indikovanje psihoterapije pošto su istraživanja pokazala da depresivni poremećaj *minor* mnogo bolje reaguje na samu kognitivnu terapiju (bez pratećih medikamenata) nego na

kombinovanu ili samo medikamentoznu terapiju, dok depresivni poremećaji *major* uglavnom bolje reaguju na medikamentoznu terapiju.

Stara podjela psihoterapijskih tehnika na površinske i dubinske uglavnom je odbačena, a jedna od novijih podjela je na kognitivno-bihejvioralne, humanističke i dinamičke. Prema savremenim istraživanjima, najefikasnije forme psihoterapije za depresivne poremećaje su kognitivno bihejvioralna i interpersonalna terapija.

Medikamentozna terapija depresivnih poremećaja podrazumijeva liječenje antidepresivima i primjenjuje se kao udarna terapija kod psihotičnih formi depresija (odnosno depresivnog poremećaja *major* prema Beku), dok je kod psihogeno uslovljenih depresija (distimija ili disforija) to samo potporna metoda liječenja osnovnom psihoterapijskom postupku.

Većina studija koje su se bavile efikasnošću tretmana depresivnih poremećaja sugerišu prednost kombinovanih tretmana (psihoterapija i psihofarmakoterapija), s primarnim naglaskom na jednom ili drugom tretmanu u zavisnosti od vrste depresivnog poremećaja (*minor* ili *major*). Međutim, profesionalna edukacija psihologa, psihijatarata i socijalnih radnika zna biti pod uticajem konflikata između tradicionalnih medicinskih modela i različitih psihoterapijskih pristupa. Ovi konflikti često izlaze na površinu tokom profesionalnog treninga i poslije, tokom primjene tretmana. Prihvatanje različitih validnih pristupa je od ključnog značaja za dobrobit klijenata.

Tretman zasnovan na kognitivnim modelima depresivnih poremećaja. Osnovna pretpostavka kognitivnih modela emocionalnih poremećaja je da ljudi u priličnoj mjeri *sami*, svojim razmišljanjem (kognicija = razmišljanje), stvaraju i usvajaju odmažuća ponašanja i emocije. Specifičan kapacitet ljudi da misle o sopstvenom mišljenju (metakognicija), omogućava im da shvate da oni u stvari ne saobraćaju sa realnošću kao takvom, već sa *svojim viđenjem* realnosti. Takođe su u stanju da shvate da su njihove životne filozofije u osnovi *hipoteze*, odnosno pretpostavke o (1) njima samima, (2) drugim ljudima i (3) uslovima života. Te hipoteze se mogu provjeravati jer ljudi imaju sposobnost da metakognitivno racionalno procjene različite aspekte svog mišljenja.

Za razliku od drugih psihoterapijskih škola koje psihološke procese posmatraju kao rezultat „skrivenih sila” koje osoba ne može da kontroliše, kognitivno bihejvioralna terapija (skraćeno: KBT) ukazuje na ulogu zdravog razuma u suočavanju čovjeka sa psihološkim problemima. Oslanja se na logičke komponente ljudskog bića i razrađene tehnike rješavanja svakodnevnih problema, te ih koristi u borbi sa psihološkim problemima. Jednostavnost i razumljivost, kako teorije, tako i tehnike, velika je vrlina ovog pristupa. Nema nikakve mistifikacije, nerazumljivih i neprovjerljivih konstrukata, tako da klijent ima potpun uvid u zbivanja u kojima i sam aktivno učestvuje tokom čitavog tretmana.

U suštini, KBT predstavlja aktivan, direktivan i strukturisan *psihoedukativan pristup*. Susreti se u pravilu organizuju na sedmičnoj osnovi, osim kod teže depresivne reakcije ili u prisutnosti jačeg suicidalnog rizika. Prosječno trajanje tretmana je 16

susreta, dok druge forme psihoterapija mogu trajati i godinama (!), a efekti su dugoročni upravo zbog edukativnog pristupa u KBT (klijent uči da bude sam svoj terapeut nakon završetka formalnog tretmana). Pri kraju tretmana, susreti se mogu prorijediti na razmak od 2-3 sedmice s ciljem što boljeg osamostaljivanja klijenta i podsticanja njegovog osjećaja samoeфикаsnosti u rješavanju psihičkih problema. Korisno je dogovoriti kontrolne susrete nakon šest mjeseci ili godinu dana, zavisno od problema, s ciljem praćenja postignutih efekata.

Racionalno emotivno bihevioralna terapija (skraćeno: REBT) predstavlja najstariju i najuticajnije kognitivno bihevioralnu terapiju i trenutno je jedna od najprimjenjivanijih formi KBT. Naučne studije psihoterapijskog ishoda podržavaju efektivnost i efikasnost ove vrste terapije sa različitim kliničkim poremećajima.

Uvidi u REBT. Albert Elis ističe da za uspješno rješavanje psihičkih problema, ljudi moraju steći sljedeća tri uvida:

1. *Psihološki poremećaj je pretežno određen iracionalnim evaluacijama koje ljudi imaju o negativnim životnim događajima, a ne događajima samim po sebi.* Bez ovog uvida, ljudi su skloni da pokušavaju da izmjene situaciju, a ne svoja uvjerenja o njoj.
2. *Nije nužno saznati kako i kada je poremećaj nastao da bi se prevazišao.* Bez ovog uvida, ljudi tragaju za uzrocima i krivcima u prošlosti, umjesto da se fokusiraju na promjenu svojih uvjerenja, takvih kakva su sada.
3. *Samo uporno i snažno dovođenje u pitanje svojih iracionalnih uvjerenja može prekinuti kružni tok psihološkog poremećaja.* Bez ovog uvida, ljudi očekuju da im kognitivno uviđanje samo po sebi bude dovoljno da proizvede pozitivnu promjenu na emotivnom i ponašajnom planu.

Terapijski odnos. U KBT se naglašava važnost dobrog i pouzdanog odnosa, ali i činjenica da on nije dovoljan za terapijsku promjenu. Međutim, iako je u REBT naglasak na što efikasnijoj primjeni terapijskih tehnika s ciljem efikasnijeg mjenjača disfunkcionalnih uvjerenja, kada je klijent ekstremno depresivan, izrazita terapeutova toplina i podrška je pozitivna u jednom ograničenom periodu, nakon kojeg slijede standardne aktivno-direktivne intervencije.

U odnosu sa klijentima, REBT terapeuti pružaju *specifičnu empatiju* (uživljavanje, saosjećanje), koja pored emotivne, podrazumijeva i filozofsku empatiju. Na taj način, oni pokazuju da razumiju filozofiju koja je iza klijentovih odmažućih i bolnih emocija.

Istraživanja su pokazala da su klijenti čiji su terapeuti bili najtopliji i najsaosjećajni imali veći napredak, što ukazuje da i u visoko tehničkoj formi tretmana depresije kao što je KBT, saosjećanje i terapeutova toplina imaju značajan uticaj na oporavak.