

Nada Anić

Kognitivna terapija depresivnosti je povezana predvsem z imenom A. Becka, čeprav je bil tudi prispevek drugih avtorjev (Lewinsohn, Sullivan in Grosscup, 1982 in Rehm 1982) pomemben za današnjo vedenjsko-kognitivno obravnavo te motnje. Zgodovinski razvoj kognitivne terapije in odnos posamzenih šol in smeri znotraj kognitivnega pristopa presegata ovire tega prispevka. Podrobnejše informacije je mogoče najti v obstoječi literaturi (Anić 1985, Anić 1990, Biro 1990, Dobson 1988, Hawton 1990).

Večina nedavnih raziskav (Beck 1978, Beck in sod. 1979) kaže, da se depresija razvije kot posledica interakcije različnih dejavnikov. Nastanek in potek depresije je mogoče povezati z različnimi biološkim, ekološkimi in psihosocialnimi spremenljivkami. S tem mislimo na motnje v delovanju nevrottransmitterjev, pojavljanje depresije in alkoholizma v družini, izgubo staršev, zanemarjanje v otroštvu, aktualne neugodne življenjske okoliščine, kritičnost in hostilnost partnerja, odsotnost tesnega in zaupnega odnosa, odsotnost ustrezne socialne opore in praviloma pomanjkanje samozaupanja.

Kot je znano, je depresija afektivna motnja. V njeni klinični sliki prevladujejo disforija, splošni upad aktivnosti, izguba motivacije in interesov, težnja v socialno izolacijo; motnje fizioloških funkcij se kažejo kot nespečnost, izguba apetita in različne bolečine. Spremljajoče misli imajo depresivno vsebino in njihova intenzivnost se glede na resnost motnje spreminja od običajnega pesimizma do zelo hudih občutkov krivde in samoobtoževanja, ko je stik z realnostjo že prekinjen.

Beck (1979) je s svojimi sodelavci (Rush, Shaw, Emery) napravil model za razumevanje depresije, ki na drugačen, skorajda obrnjen način prikaže odnos emocij in kognicij pri depresivnih bolnikih. Dotlej je veljalo, da depresivne misli spremljajo motnjo v čustvovanju in splošno disforijo. Beck in sodelavci so pojasnili in dokazali s kliničnimi izkušnjami, da depresivne misli lahko povzročijo depresivno čustvovanje.

Vsak posameznik na edinstven, sebi lasten način doživlja svojo okolico, na svoj lastni način percipira zanj pomembno dogajanje in okoliščine, interpretira vzročno-posledične odnose in v skladu s svojo lastno obdelavo informacij usmerja svoje vedenje. Skladno z načinom percepcije, pomnjenja, interpretacije pomembnih dogodkov in okoliščin oseba ocenjuje tudi svoje sposobnosti prilagajanja zahtevam okolice in raznim obremenjujočim okoliščinam ter uresničevanja sebi pomembnih ciljev. Kognitivni procesi so bistveni posredujoči dejavniki v prilagajanju posameznika na njegovo spremenljivo okolje.

Pri osebah z depresijo je mogoče poleg ostalih simptomov videti značilno kognitivno strukturo - usmeritev percepcije na neugodne okoliščine, negativna pričakovanja, nizko samozaupanje, usmeritev spomina na neuspehe in izgube, negativno predvidevanje. Osnovna tema depresivnih kognicij je izguba.

Povezavo depresivnega čustvovanja, depresivnih kognicij in znižane aktivnost je mogoče shematsko prikazati na naslednji način:

Slika 1: Interakcija kognicij, čustev in vedenja



Iz gornje sheme je razviden stalen povratni in interaktivni odnos kognicij, emocij, motivacijskih in vedenjskih dejavnikov. To seveda ne pomeni, da kognitivne distorzije povzročajo depresijo, pač pa so kognicije s svojimi rigidnimi in izkrivljenimi oblikami pomemben mediator vedenja depresivnih bolnikov in vzpodbujajo pojavljanje depresivnih čustev.

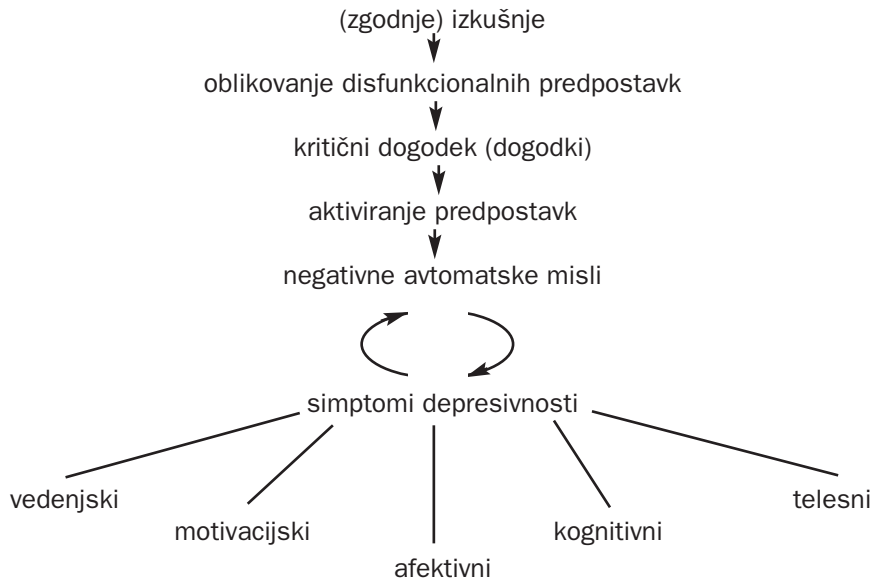
Beck je s sodelavci opravil obsežne klinične raziskave na vzorcu depresivnih bolnikov. Na podlagi dobljenih rezultatov so nastali koncepti, ki pomagajo razumeti depresivnost in so hkrati uporabni pri terapiji. Eden takih konceptov je **depresivna triada**. To po Becku sestavljajo tri skupine vsebin, ki nastanejo kot posledica kognitivnih distorzij: negativno vrednotenje sebe, negativno vrednotenje okolice depresivnega bolnika in negativno predvidevanje lastne bodočnosti. Take kognitivne vsebine nujno povzročajo nastanek žalosti in drugih simptomov depresije. Spremljajoče

fiziološke simptome (nespečnost, utrujenost, motnje apetita) bolnik interpretira v negativnem smislu, upad delovne učinkovitosti in brezvoljnost pa doživlja kot dokaz lastne ničvrednosti. Takšno krožno podpiranje kognitivnih, emocionalnih, motivacijskih in vedenjskih simptomov pogloblja depresivnost in pogojuje nastanek samoobtoževanja in občutkov krivde.

Od zgodnje mladosti dalje se oblikujejo značilne sheme - ustaljeni, z zgodnjimi izkušnjami in učenjem formirani obrazci doživljanja sebe in sveta okrog sebe. V shemi depresivne osebe prevladuje depresivna tematika. Depresivna kognitivna shema deluje kot filter, ki določa poseben način videnja in doživljanja sebe in svojih izkušenj. Mogoče si jo je predstavljati kot polpropustno membrano, ki prepušča samo negativne vtise, spomine in izkušnje, ne prepušča pa pozitivnih informacij, ki bi ovrgle doživljanje depresivnega bolnika, da je ničvrednej, ki samo izgublja, ga nihče ne mara in nima nobene perspektive.

Za mišljenje depresivne osebe so značilne napake v logiki - npr. sklepi, nasprotni dokazom. To distorzijo v mišljenju Beck označuje kot **samo-voljno sklepanje**. Ena od enako pogostih napak v mišljenju je pretirano posploševanje (iz maloštevilnih dokazov o lastni osebi, svoji učinkovitosti ali sreči).

V navedeni literaturi je mogoče najti seznam in razlago kognitivnih napak, tipičnih za depresivne in anksiozne bolnike, ki jih je zbral in uredil Beck s sodelavci. Terapevt v terapiji bolniku pomaga, da prepozna svoje kognitivne distorzije in jih zamenja z bolj funkcionalnimi in realističnimi mislimi, percepcijami in pričakovanji. Za razumevanje in zdravljenje duševnih motenj v vedenjsko-kognitivni terapiji so posebno pomembne avtomatske negativne misli. To so kratke misli, trditve ali sklepi, ki se pojavijo v trenutku, "blisknejo", in jih zato bolniki pogosto sploh ne registrirajo. Zaznajo samo nenadno nastala spremljajoča negativna čustva (žalost, jeza, strah). Negativne misli so lahko kratkotrajne predstave, npr. slika samega sebe, izoliranega od ljudi, izpostavljenega sramotengu in podobno. Negativne avtomatske misli povzročajo nastanek negativnih čustev "iz organizma", torej brez povoda iz okolice. Kognitivni terapevtski pristop razlaga na primer prosto lebdečo anksioznost kot reakcijo na zastrašujoče avtomatske negativne misli. Podobno se pojavlja tudi depresivnost v interakciji z negativnimi depresogenimi mislimi.

Slika 2: Beckov kognitivni model depresivnosti

Ta model depresivnosti je nastal na osnovi obsežnih kliničnih opazovanj in kompleksnih raziskav. Disfunkcionalne predpostavke nastanejo z zgodnjimi izkušnjami in učenjem. Kasnejši kritični dogodek (dogodki) v življenju osebe (na primer prekinitev čustvene zveze, neuspeh) aktivira te predpostavke, ki povzročijo pojav negativnih avtomatskih misli (na primer "saj tudi ne zaslužim nič boljšega"). Negativne avtomatske misli povzročijo nastanek ostalih simptomov depresije, ti pa preko povratne zveze krepijo negativne avtomatske misli. Terapevtska obravnava, kot jo je predlagal Beck, mora biti v tej verigi usmerjena na posredujoče kognitivne procese, ki usmerjajo vedenje.

Pri tem načinu zdravljenja terapevt bolniku pomaga prepoznati posamezne oblike njegovega izkrivljenega mišljenja in disfunkcionalnega vedenja. Določen način postavljanja vprašanj povzroči vodeno odkrivanje, proces, v katerem bolnik s pomočjo terapevta odkriva povzavo med svojimi emocionalnimi stanji in disfunkcionalnimi kognicijami. To odkrivanje obsega tudi učenje obvladovanja depresivnih čustev z zamenjavo negativnih avtomatskih misli z bolj realističnimi in manj vznemirjajočimi. Razen posebnega načina postavljanja vprašanj (Sokratična vprašanja) terapevt uporablja tehniko jasno strukturiranih, bolniku primernih domačih nalog. Namen teh nalog je aktiviranje bolnika v presledkih med terapevtskimi seansami in vzpodbujanje k samostojnemu vrednotenju in spreminjanju izkrivljenih kognicij in disfunkcionalnega vedenja.

Vedenjsko-kognitivna terapija depresivnih bolnikov poteka v dveh glavnih smereh:

- a) dvig nivoja dnevnih aktivnosti bolnika (zlasti prijetnih)
- b) delo v smislu kognitivnega restrukturiranja.

To pomeni: (1) identifikacijo negativnih avtomatskih misli ali disfunkcionalnih predpostavk, (2) zamenjavo negativnih misli z bolj realističnimi in (3) uporabo vedenjskih eksperimentov in učenja novih veščin (tu so mišljene zlasti socialne veščine in znajdljivost pri reševanju raznih življenjskih težav).

Glede na individualne značilnosti in težave posameznega depresivnega bolnika bo zdravljenje usmerjeno enkrat bolj v vedenje, drugič bolj v kognicijo. Klinična praksa kaže, da se ti postopki med seboj dopolnjujejo. Najpogosteje uporabljeni vedenjskih postopki pri zdravljenju depresij so načrtovanje dnevnih aktivnosti, self-monitoring prijetnih dogodkov in aktivnost in vedenjski eksperimenti. Podrobnejše podatke o zgoraj omenjenih in drugih vedenjskih ter kognitivnih tehnikah, ki so uporabne pri zdravljenju depresije, je mogoče najti v navedeni literaturi (Fennell 1989, Biro 1990, Beck 1978, Williams 1992).

Terapija je kratka. Obsega 12 do 20 seans, ki potekajo v prvih treh ali štirih tednih najprej dvakrat tedensko, kasneje enkrat tedensko. Pri zdravljenju bolnikov s težjimi oblikami depresije svetujejo (Fennell 1989) krajše seanse večkrat tedensko, saj je koncentracija takšnih bolnikov slabša, motivacija pa manj zadovoljiva.

Ta vrsta terapije je izrazito strukturirana. Začetna ocena, prvi intervju

in vse nadaljnje seanse imajo jasno in čvrsto strukturo. Cilji so vedno dogovorjeni. Evaluacija terapije je obvezna.

Vedenjsko-kognitivna terapija je po naravi kolaborativna. Klient in terapevt se jasno dogovorita o vzajemnem sodelovanju, o nalogah in ciljih. Ta značilnost terapije je hkrati tudi omejitev. Bolniki, ki niso motivirani za sodelovanje, ne izpolnjujejo vključitvenih kriterijev.

Vedenjsko-kognitivna terapija je simptomatska. Usmerjena je na bolj konkretne probleme in odpravljanje aktualnih težav in manj na ugotavljanje vzroka težav. V terapevtskem delu je poudarek na posebej oblikovanih vprašanih v smislu vodenega odkrivanja, ne pa na diskusiji, konfrontaciji ali prepričevanju.

Postopek vedenjsko-kognitivne terapije je indukcija.

Ta terapija je edukativna. Pomembno je pojasnjevanje (a) posameznih postopkov in njihovega smisla, (b) kognitivnega modela depresivnosti in (c) veščin, ki jih mora bolnik obvladati s treningom med seanso in z domačimi nalogami v svojem življenjskem okolju.

IZBOR BOLNIKOV

Opisana terapija prvotno ni bila predvidena za zdravljenje bolnikov z zelo resnimi ali bipolarnimi depresijami niti za suicidalne bolnike. Glede na klinične izkušnje se danes ta pristop vse pogosteje kombinira z medikamentozno terapijo. Uporablja se tudi pri depresivnih bolnikih v hospitalnem zdravljenju. Postavljanje indikacije za vedenjsko-kognitivno terapijo olajša uporaba določenega instrumentarija (raznih ocenskih lestvic za depresivnost). Potrebno je ugotoviti, ali bolnik kaže tipične depresivne kognicije in distorzije. Važna je ocena motivacije za tak pristop, saj sta od motivacije odvisna potek in izhod terapije. Pomembno je oceniti tudi bolnikovo trenutno sposobnost za sodelovanje in vzpostavitev potrebnega odnosa s terapevtom. Klinične izkušnje kažejo, da je mogoče že zgodaj v poteku predvideti izhod iz terapije glede na bolnikovo izvrševanja domačih nalog.

EVALUACIJA VEDENJSKO-KOGNITIVNE TERAPIJE DEPRESIJ

Obilje podatkov iz literature kaže na učinkovitost tega pristopa k zdravljenju depresij. Sodobne raziskave najpogosteje tečejo v treh smereh.

Študije iz prve skupine primerjajo učinkovitost ali izhod različnih terapevtskih pristopov pri skupinah preiskovancev s podobnimi motnjami (Lambert in Bergin 1994).

Za drugo skupino studij je značilno kombiniranje kognitivne terapije z drugimi, najpogosteje z medikamentozno terapijo (Hollon, Shelton in Loosen, 1991).

V treći skupini so raziskave, ki skušajo ugotoviti, katera komponenta vedenjsko-kognitivne terapije je odgovorna za uspeh zdravljenja oziroma katera je učinkovitejša pri določeni skupini bolnikov (Jacobson et.al. 1996; Hollon in Beck 1994).

LITERATURA

1. Anić, N.: Praktikum iz biheviorn terapije II, Društvo psihologa SR Hrvatske, Zagreb, 1985
2. Anić, N.: Praktikum iz kognitivne i biheviornalne terapije, Društvo psihologa Hrvatske, Zagreb, 1990.
3. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G.: Cognitive therapy of depression, Guilford Press, New York, 1979.
4. Biro, M.: Kognitivna psihoterapija, v Anić, N., ur.: Praktikum iz kognitivne i biheviornalne terapije ruštvo psihologa Hrvatske, Zagreb, 1990.
5. Dobson, K.: Handbook of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression, The Guilford Press, New York, 1988.
6. Jacobson, N.S., Dobson, K. i sur.: A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996, Vol 64, No 2, 295-304.
7. Fennell, M.J.V.: Depression, u Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. , Clark, D.M.: Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems, Oxford University Press, 1989.
8. Hollon, S.D., Beck, A.T.: Cognitive and Cognitive-Behavioral

Therapies, v Bergin, A.E., Garfield, S.L.: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, John Wiley & sons., 1994.

9. Hollon, D., Chelton, R.C., Loosen, P.T.: Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, Vol 59, 88-99
10. Williams, J.M.G.: The psychological treatment of depression: A Guide to the Theory and Practice of Cognitive Behaviour Therapy, London, Routledge, 1992.