

Univerzitet u Sarajevu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

KOGNITIVNO – BIHEVIORALNI TRETMAN DEPRESIJE

Završni magistarski rad

Studentica: Zemina Kadirić

Mentor: Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, 2021. godine

I. SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. DEPRESIJA:GLAVNA KLINIČKA OBILJEŽJA	5
2.1. Simptomi, klinička slika, dijagnoza.....	5
3. DEPRESIVNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA.....	9
3.1.Simptomi depresivnosti u djece i adolescenata.....	10
3.1.1.Simptomatologija depresivnosti s obzirom na dob i spol djeteta.....	13
4. KOGNITIVNO- BIHEVIORALNI MODELI DEPRESIJE.....	15
4.1. Kognitivni modeli depresije.....	18
4. 2. Bihevioralni modeli depresije.....	20
4. 3. Atribucijske teorije depresije.....	22
4. 3. 1. Reformulirani model naučene bespomoćnosti.....	22
4.3.2. Model očaja.....	22
4.3.3. Metakognitivni model ruminiranja i depresije.....	23
5. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN DEPRESIJE.....	24
5.1. Opći plan tretmana depresije.....	24
5.1.1. Procjena.....	25
5.1.2. Upoznavanje s tretmanom, prezentacija racionalne tretmana.....	26
5.1.3. Utvrđivanje ciljeva.....	26
5.1.4. Bihevioralna aktivacija i druge bihevioralne intervencije.....	27
5.1.5. Kognitivne intervencije.....	29
5.1.6. Prorjeđivanje tretmana i priprema za budućnost.....	31
6. ZAKLJUČCI.....	33
7. LITERATURA.....	35

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN DEPRESIJE

Zemina Kadirić

SAŽETAK

Cilj ovog rada jeste na osnovu teorijskih razmatranja i empirijskih istraživanja prikazati glavna klinička obilježja depresivnog poremećaja, kognitivno-bihevioralni model u tumačenju nastanka i održavanja depresije te obilježja kognitivno-bihevioralnog pristupa u tretmanu depresije. Depresija je najčešći od svih psihičkih poremećaja i jedan od glavnih razloga otežanog radnog funkcioniranja ljudi širom svijeta. Klinička slika depresije sadrži veliki broj kognitivnih, emocionalnih, somatskih, motivacijskih i ponašajnih simptoma, pri čemu su osnovni simptomi depresivno raspoloženje i gubitak zanimanja u svim ili gotovo svim aktivnostima. Simptomi depresije uzrokuju klinički značajnu patnju i oštećenje u radnom, socijalnom i drugim važnim područjima funkcioniranja. Brojna empirijska istraživanja potvrdila su učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije u tretmanu depresivnog poremećaja. Kognitivno-bihevioralna terapija je aktivan, direktivan, vremenski ograničen, strukturiran pristup utemeljen na teorijskoj racionalni da su emocije i ponašanje neke osobe u velikoj mjeri određeni načinom na koji ta osoba strukturira svijet. Kognitivno-bihevioralna terapija sadrži složeno ispreplitanje kognitivnih i bihevioralnih tehnika. Njihova primjena u radu s depresivnim osobama općenito se temelji na mišljenju da depresivna osoba ima iskrivljenu percepciju sebe, svijeta oko sebe i budućnosti, te da joj nedostaju socijalne vještine u komunikaciji s drugim osobama. Ove kognitivne distorzije pridonose depresiji i mogu u tretmanu biti identificirane i promijenjene pomoću kognitivno-bihevioralnih tehnika. Učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije je potvrđena velikim brojem kontroliranih studija koje su je upoređivale s drugim tretmanima za depresiju kao što su antidepresivi i druge vrste psihoterapija.

Ključne riječi: depresija, kognitivno-bihevioralna terapija, tretman depresije

1. UVOD

Depresija je najčešći i jedan od najtežih psihijatrijskih poremećaja u općoj populaciji. To je vodeći uzrok otežanog radnog i socijalnog funkcioniranja u Sjedinjenim Američkim Državama i svijetu za osobe između 15 i 44 godine (Leahy, Holland i McGinn, 2014). Svjetska zdravstvena organizacija je predviđala da će do 2020. godine depresija biti druga po redu najraširenija bolest uopće, odmah iza srčanih bolesti. Osobito zabrinjava činjenica da se prvo javljanje poremećaja pomiče prema sve nižoj životnoj dobi. Najmanje 12% osoba doživljava depresiju koja u nekom razdoblju njihovog života traži liječenje. Procjenjuje se da je depresija razlog za 75% psihijatrijskih hospitalizacija (Hawton, Salkovskis, Kirk i Clark, 2008). Ovisno o istraživanjima, životna prevalencija depresije kreće se u rasponu od 1% do čak 19%, a smatra se da su u prosjeku svaka peta žena i svaki deseti muškarac tokom svog života iskusili ozbiljnu depresivnu epizodu. Uzevši u obzir navedeno, novije procjene govore o tome da se više od 150 miliona ljudi širom svijeta liječi zbog depresije. Depresija se može javiti u svakom životnom dobu, no njezina je najčešća pojavnost nakon dvadeset i pete do četrdesete godine života. Upravo je to doba najvećeg radnog potencijala, a velik je broj radno nesposobnih ljudi zbog depresivnog poremećaja. Depresija je među vodećim uzrocima smanjenja ili gubitka radne sposobnosti, a smatra se da će do 2030. godine biti vodeći uzrok zdravstvenog opterećenja (Ivanušić, 2019). Učestalost javljanja je dvostruko češća kod žena nego kod muškaraca (Karlović, 2017). Depresija kod muškaraca češće ostane neprepoznata zbog sklonosti muškaraca da je sami pokušaju „liječiti“ alkoholom i/ili drogama (Barbarić, 2012). Istraživanja koja su ispitivala spolne razlike često su nalazila razlike u atribucijama i drugim komponentama kognitivnog stila, kao što su stavovi prema sebi, prema budućnosti te perfekcionizam (Abela i sur., 2009; Avison i McAlpine, 1992; Galambos, Leadbeater i Barker, 2004; Kuehner, 2003; McNamara i Hackett, 1986; prema Kurtović i Marčinko, 2011). Depresija je prevalentni rizični faktor suicidalnosti kod žena. Velika depresivna epizoda, povezana s velikim depresivnim poremećajem ili bipolarnim poremećajem, registrirana je barem u polovici smrtnih slučajeva osoba koje su počinile suicid (Kozarić-Kovačević i Jendričko, 2004). Suicidalna promišljanja prisutna su kod gotovo 80% depresivnih osoba (Brečić, 2017). Ukoliko se ne liječi, jedna od šest depresivnih osoba izvrši samoubistvo (Elis i Newman, 2009). Nedovoljna, neadekvatna ili pogrešna terapija vjerovatno doprinosi povećanju stope samoubistava kod depresivnih osoba (Hell, 2012). Kod starijih osoba

depresivni simptomi se često zanemaruju ili pak povezuju s ranim stadijima demencije, a zapravo prema nekim istraživanjima do 97 % starijih osoba koje su počinile suicid su bolovale od nekog poremećaja raspoloženja (Makarić i sur., 2019). Studije pokazuju da je depresija bolest s najvišom stopom povrata bolesti te da 50-80% osoba oboljelih od depresivnog poremećaja ima ponovljenu depresivnu epizodu (Kalebić-Jakupčević i Živčić-Bećirević, 2016). Iako je većina ljudi blago depresivna s vremena na vrijeme, samo 10% do 25% žena i 5% do 12% muškaraca doživi veliku depresivnu epizodu prema važećim dijagnostičkim kriterijima (Leahy i sur., 2014)

Pojava depresije ne može se objasniti nekim pojedinačnim faktorom, već interakcijom brojnih faktora. Utvrđeno je da su pojava i tok depresije u vezi sa nizom bioloških, povijesnih, okolinskih i psihosocijalnih varijabli. Među tim su varijablama poremećaji u funkcioniranju neurotransmitera, obiteljska povijest depresije ili alkoholizma, rani gubitak roditelja ili zanemarivanje djeteta, nedavni negativni životni događaji, kritičan ili neprijateljski raspoložen partner, pomanjkanje bliskog povjerljivog odnosa, pomanjkanje prikladne socijalne podrške i dugotrajno pomanjkanje samopoštovanja (Hawton i sur., 2008).

Sukobi u partnerskim odnosima povezani su s povećanim rizikom za razvoj depresije, žene koje doživljavaju sukobe u braku imaju 25 puta veću vjerovatnost da postanu depresivne. Uz to, 8-12% žena doživi postporođajnu depresiju. Procjene nasljednosti za depresiju su između 37 i 66%, ali su faktori kao što su životni događaji, razvojna povijest i vještine suočavanja istaknutije. Postoje dokazi da kombinacija roditeljskih kognitivnih stilova, negativno pruženih povratnih informacija i emocionalnog zlostavljanja donosi veći rizik za depresiju kasnije u životu. Depresija ima visoki komorbiditet s drugim poremećajima, uključujući panični poremećaj, agorafobiju, socijalnu fobiju, generalizirani anksiozni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i poremećaj upotrebe psihoaktivnih tvari (Leahy i sur., 2014).

Najčešći tjelesni poremećaji koji prate depresiju su kardiovaskularni (kronična bolest srca, infarkt miokarda), endokrini (hipotireoza, hipertireoza, dijabetes, Cushingov sindrom), seksualni poremećaji, bolni sindromi, rak i terminalna stanja. Nalazi pokazuju da je gotovo svaki treći kardiovaskularni bolesnik ujedno i depresivni bolesnik (Tasovac, Vlastelica i Matijević, 2015). Više od 75 % ljudi koji boluju od šećerne bolesti pate od povratnog depresivnog poremećaja. Pokazalo se da i u tom slučaju komorbidna depresija otežava tok dijabetesa, ali intervencije

usmjerene na depresiju mogu ublažiti tok dijabetesa (Stoppe, 2019). Pacijenti s depresijom čak dva puta češće obolijevaju od Alzheimerove bolesti (Lovretić i Mihaljević-Peješ, 2013). Depresija je najčešći psihijatrijski poremećaj povezan s cerebrovaskularnim bolestima, javlja se kod 26 do 34% bolesnika unutar dvije godine poslije moždanog udara (Buljan, 2004). Od depresije pati 20-37% bolesnika s oštećenjem kičmene moždine (Davidoff, Roth i Thomas, 1990; Migliorini, Tonge i Taleporos, 2008; Craig, Tran i Middleton, 2009; prema Pahić i Pahić, 2015). Klinička depresija zabilježena je u 50% pacijenata s kroničnom boli (Ivanušić, 2019). Tadinac i suradnici (2006) u svom su istraživanju utvrdili značajno višu razinu depresivnosti u pacijenata koji boluju od psorijaze i gastrointestinalnih bolesti u odnosu na zdrave ispitanike. Poseban terapijski problem predstavlja komorbiditet depresije s višestrukim tjelesnim poremećajima u starosti (Filaković, 2004).

Postoje različite podjele kliničke depresije kao dijagnostičke kategorije u nekoliko podklasa. Tako se razlikuju bipolarna i unipolarna depresija, te endogena i reaktivna depresija. U ovom ćemo radu naziv „depresija“ općenito koristiti za depresivni poremećaj koji nije bipolarni i nije psihotičan (tj. nema halucinacija i nema deluzija), jer je to vrsta poremećaja za koji je kognitivno-bihevioralna terapija stvorena i na kojem je bila i najopsežnije testirana. Klinička depresija u ovom smislu sasvim je drugačija od prolaznih loših raspoloženja, koja doživljava većina ljudi kao normalnu reakciju izazvanu nekim gubitkom, pa narušava mnoge aspekte funkcioniranja. Kad su ljudi klinički depresivni, to narušava njihovo opće funkcioniranje. Za neke ljude su depresivni simptomi blagi i prolazni, a za neke mogu postati ozbiljni i dugotrajni, tako da interferiraju sa svakodnevnim funkcioniranjem. Istraživanja sugeriraju da je dio objašnjenja zašto neki ljudi doživljavaju ozbiljne i dugotrajne depresivne simptome, dok se drugi oporavljaju od depresivnih simptoma relativno brzo, u načinu reagovanja na simptome depresije (Anić, 1990).

Do sredine 1970-ih godina psihijatrijska konceptualizacija poremećaja smatrala je ponašajne i kognitivne nedostatke koji prate depresiju posljedicom primarnog poremećaja raspoloženja. U kliničkoj psihologiji depresija je sve više dolazila u središte teorijskih spekulacija, ali pokušaji razumijevanja njezine fenomenologije i procesa nisu doveli do razvoja sofisticiranih, koherentnih, na praksi utemeljenih terapijskih programa. U međuvremenu je potvrđena klinička

učinkovitost niza bihevioralnih i kognitivno-bihevioralnih tretmana. Danas je od tih terapija najšire prihvaćena, opsežno evaluirana i najutjecajnije kognitivno-bihevioralna terapija za depresiju, kakvu su razvili Beck i njegovi suradnici. Kognitivno bihevioralna terapija u svom najboljem izdanju sadrži složeno ispreplitanje kognitivnih i bihevioralnih tehnika (Hawton i sur., 2008). Radi se o strukturiranom, konkretnom, specifičnom i na problem orijentiranom psihološkom postupku za depresivne poremećaje. Saradnjom između klijenta i terapeuta nastoje se identificirati problemi, prepoznati individualne (kognitivne) blokade, otkriti, ispitati i provjeriti moguće alternative. Osim posvećivanja posebne pažnje kognitivnim procesima, u psihoterapijski repertoar ulaze i elementi bihevioralne terapije, kao što su aktiviranje, povećanje kompetentnosti, rješavanje problema, vježbe u svakodnevnom životu, izgradnja vještina sučeljavanja i vježbe komunikacije (Hautzinger, 2002).

Učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije je potvrđena velikim brojem kontroliranih studija koje su je upoređivale s drugim tretmanima za depresiju kao što su antidepressivi i druge vrste psihoterapija. Te studije pokazuju da pacijenti liječeni kognitivno-bihevioralnim tehnikama napreduju brzo i nisu depresivni i nekoliko godina nakon početnog oporavka (Barbarić, 2012). Veći broj istraživanja sugerira superiornu efikasnost KBT u usporedbi s drugim relevantnim tretmanima (najčešće interpersonalnom terapijom, dinamskom terapijom i farmakoterapijom). Superiornost kognitivno-bihevioralne terapije očituje se u dužem trajanju postignutih terapijskih efekata, rjeđem odustajanju od tretmana te manjem broju povrata simptoma (Živčić-Bećirević, 2008).

Na osnovu teorijskih razmatranja i rezultata empirijskih istraživanja, u ovom radu ćemo nastojati odgovoriti na slijedeća pitanja:

1. Koja su klinička obilježja depresivnog poremećaja?
2. Kako kognitivno-bihevioralni model objašnjava nastanak i održavanje depresivnog poremećaja?
3. Koja su glavna obilježja kognitivno-bihevioralnog pristupa u tretmanu depresije?

2. DEPRESIJA: GLAVNA KLINIČKA OBILJEŽJA

2.1. *Simptomi, klinička slika, dijagnoza*

Klinička je depresija toliko raširena da se naziva običnom prehladom psihijatrije. U bilo kojem trenutku 15-20% odraslih osoba pati od značajne količine depresivne simptomatologije (Hawton i sur., 2008). Svaka osoba depresiju doživljava na sopstveni način. Bez obzira na to, ljudi se obično žale na određene simptome, koji se zbog toga i koriste u dijagnosticiranju depresije. U nastavku ćemo navesti najčešće simptome depresije (prema Barbarić, 2012).

Kognitivni simptomi uključuju samokritičnost, beznade, misli o samoubojstvu, teškoće s koncentracijom, pamćenjem i dosjećanjem, teškoće u donošenju odluka i lakše prisjećanje negativnih sadržaja. Kroz glavu neprestano prolazi cijeli lanac negativnih misli, čini se da se ne može umiriti vlastiti um. Prisutna je tzv. kognitivna trijada: negativno viđenje sebe (kao punih mana, manje vrijednih ili bezvrijednih), negativno viđenje svijeta oko sebe (kao mjesta gdje se stalno nešto negativno događa) i negativno viđenje budućnosti (kao mračne, beznadne, u kojoj će se stalno ponavljati ciklusi neuspjeha i gubitaka).

Emocionalni simptomi uključuju osjećaj tuge, praznine, iritabilnost. Prisutan je i osjećaj ljutnje, krivnje, nervoze, tjeskobe i straha. Pojačane su i druge negativne emocije poput srama, zavisti, ljubomore. Smanjeno je proživljavanje pozitivnih emocija, osoba više se ne uživa u stvarima u kojima je prije uživala i koje su izazivale zadovoljstvo.

Od *tjelesnih simptoma* prisutne su teškoće sa spavanjem, najčešće premalo sna bilo zbog preranog buđenja ili češćeg buđenja noću ili uspavlivanja. Rjeđe može doći do pretjeranog spavanja nakon kojeg se ne osjeća odmoreno. Prisutan je osjećaj konstantnog umora i nedostatak energije. Appetit je smanjen ili povećan te se gubi ili dobiva na težini. Dodatno, osoba ima osjećaj usporenosti i/ili težine u tijelu ili pak osjećaj krajnje napetosti ili nemira.

Motivacijski simptomi uključuju nedostatak volje za aktivnosti, bezvoljnost, gubitak energije i interesa za većinu stvari. Sve se čini prenaporno, ništa više nema smisla ni svrhe te se čini da nema smisla ništa ni započinjati.

Ponašajni simptomi uključuju povlačenje od drugih ljudi, angažovanje u manjem broju aktivnosti nego ranije, naročito onim ugodnim.

Pri dijagnosticiranju depresije potrebno je razlikovati klinički jasno depresivno stanje od normalne tuge. Depresivno stanje podrazumijeva jasan intenzitet i trajanje simptoma. Dijagnoza depresivnog poremećaja postavlja se pomoću kriterija navedenih u važećim klasifikacijskim sistemima, MKB-10 (Svjetska zdravstvena organizacija, 1994) ili DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014). U obje klasifikacije simptomi trebaju trajati dva tjedna da bi se postavila dijagnoza. Navedene dvije klasifikacije diskretno se razlikuju u kriterijima za depresivni poremećaj. Prema klasifikaciji MKB-10, klijent treba imati prisutne simptome lošijeg raspoloženja, gubitka interesa i uživanja te smanjenja energije kao obavezne, dok DSM-5 traži prisutnost ili samo depresivnog raspoloženja ili samo gubitka interesa i uživanja. Ostali su simptomi praktički identični (Karlović, 2017).

Dijagnoza veliki depresivni poremećaj prema DSM-5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) temelji se na kriterijima da su pet (ili više) slijedećih simptoma prisutni tokom dvotjednog razdoblja i predstavljaju promjenu od ranijeg funkcioniranja, od čega je barem jedan od simptoma ili (1) depresivno raspoloženje ili (2) gubitak zanimanja ili uživanja:

- A.
1. Depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan, što se navodi kao subjektivna pritužba (npr. osjeća se tužno, isprazno, beznadno ili vide drugi (osoba djeluje uplakano)
(U djece i adolescenata može biti prisutno razdražljivo raspoloženje)
 2. Značajno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim, ili gotovo svim, aktivnostima, veći dio dana, gotovo svaki dan (prema subjektivnom iskazu ili zapažanju drugih)
 3. Značajan gubitak tjelesne težine bez dijete ili dobivanje na težini (npr. promjena viša od 5% tjelesne težine u mjesec dana), ili smanjenje ili povećanje apetita, gotovo svakodnevno
 4. Nesanica ili pretjerano spavanje, gotovo svakodnevno
 5. Psihomotorni nemir ili usporenost, gotovo svaki dan (opaženo od drugih ljudi, a ne samo kao subjektivni osjećaj nemira ili usporenosti)
 6. Umor ili gubitak energije, gotovo svakodnevno
 7. Osjećaj bezvrijednosti ili pretjerane ili neodgovarajuće krivnje (koja može biti sumanuta), gotovo svakodnevno (ne samo predbacivanje sebi ili krivnja zbog bolesti)
 8. Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentriranja, ili neodlučnost, gotovo svakodnevno (ili prema subjektivnom iskazu ili prema zapažanju drugih)

9. Ponavljajuća razmišljanja o smrti (ne samo strah od umiranja), ponavljajuća suicidalna promišljanja bez specifičnog plana ili pokušaj suicida ili specifičan plan za suicid
- B. Ovi simptomi uzrokuju klinički značajnu patnju ili oštećenje u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.
- C. Ova epizoda se ne može pripisati fiziološkim učincima psihoaktivne tvari ili drugog zdravstvenog stanja.

Američka psihijatrijska udruga (2014) daje detaljan opis depresivne simptomatologije. Raspoloženje u velikoj depresivnoj epizodi osobe najčešće opisuju kao depresivno, tužno, beznadno, obeshrabreno ili utučeno. Neke osobe naglašavaju tjelesne tegobe, bolove, prije nego osjećaj tuge. Mnogi pokazuju pojačanu razdražljivost. U djece i adolescenata, razdražljivo ili hirovito raspoloženje može se razviti prije nego depresivno ili snuždeno. Gubitak zanimanja ili uživanja, u određenom stupnju, gotovo je uvijek prisutan. Osobe mogu navoditi osjećaj gubitka interesa za hobije, „više ih nije briga“, ili gubitak uživanja u aktivnostima koje su nekad smatrale ugodnima. U nekim osoba primjetno je značajno smanjenje seksualnog interesa ili želje u odnosu na prijašnje. Promjene apetita uključuju njegovo smanjenje ili porast. Neke depresivne osobe ističu kako se moraju prisiliti jesti. Drugi, pak, navode kako mogu jesti više, žuditi za određenom vrstom hrane, slatkišima ili ugljikohidratima. Kada su promjene apetita značajne, u bilo kom pravcu može se pojaviti značajan gubitak ili povećanje tjelesne težine, a kod djece nemogućnost dostizanja očekivane tjelesne težine. Smetnje spavanja pojavljuju se u formama nesanice ili pretjeranog spavanja. Kada je prisutna nesanica, najčešće se pojavljuje u obliku središnje nesanice (buđenje tokom noći nakon čega slijede poteškoće s ponovnim uspjavanjem) ili terminalna nesanica (prerano buđenje i nemogućnost ponovnog usnivanja). Osobe koje pokazuju pretjerano spavanje imaju iskustvo prolongiranih epizoda noćnog spavanja ili porast dnevnog spavanja. Ponekad su upravo smetnje spavanja razlog zbog kojeg osoba traži liječenje (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Psihomotorne promjene uključuju nemir, kao što je nemogućnost mirnog sjedenja, koračanja, kršenje prstiju, ili usporenost (tj usporen govor, razmišljanje te pokreti tijela, preduge stanke prije odgovora, modulacije riječi, količine izgovorenih riječi, siromaštvo sadržaja). Psihomotorne promjene moraju biti takve da su primjetne od strane drugih, a ne samo izraz subjektivnog

osjećaja. Smanjenje životne energije, umor i iscrpljenost su česti. Osoba može navoditi osjećaj stalnog umora i bez tjelesnog napora. Čak i najmanji zadaci mogu izazivati znatan napor.

Osjećaj bezvrijednosti ili krivnje u velikoj depresivnoj epizodi može uključivati nerealne negativne prosudbe osobne vrijednosti ili zaokupljenost krivnjom ili ruminacije o neuspjesima iz prošlosti. Ove osobe obično pogrešno interpretiraju neutralne ili beznačajne svakodnevne događaje kao dokaz osobnih nedostataka te imaju pretjeran osjećaj odgovornosti za nepovoljne događaje. Mnoge osobe navode oštećenu sposobnost razmišljanja, koncentriranja ili donošenja, čak i manjih, odluka. One koji se bave intelektualno zahtijevnijim poslovima, najčešće nisu sposobni funkcionirati. U djece nagli pad u školskom uspjehu može biti posljedica slabe koncentracije. U starijih osoba problemi s pamćenjem mogu biti osnovna pritužba te tako krivo interpretirani kao rani znakovi demencije. Ako se velika depresivna epizoda uspješno liječi, problemi s pamćenjem se najčešće u cjelosti povuku.

Promišljanja o smrti, suicidalna promišljanja ili pokušaj suicida su česti. Oni mogu varirati od pasivne želje osobe da se ujutro ne probudi ili uvjerenja kako bi drugima bilo bolje da je nema, do prolaznih, ali opetovanih misli o suicidu, te do specifičnog suicidalnog plana. Motivacija za suicid može uključivati želju za odustajanjem pred, kako joj se čini, nesavladivim preprekama, intenzivnu želju za prekidom percipiranog mučnog i bolnog emocionalnog stanja kojem osoba ne vidi kraja, nemogućnost predviđanja bilo kakvog životnog zadovoljstva ili želja da se ne bude teret drugima. Rješavanje ovakvih promišljanja može biti značajniji pokazatelj smanjenja rizika za suicid od negiranja budućih suicidalnih namjera (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

3. DEPRESIVNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA

Fenomen depresivnosti u djetinjstvu i adolescenciji sve do 60-ih godina prošlog stoljeća bio je obavijen mnogim mitovima koji su na izvjestan način usporili empirijski pristup proučavanja. Smatralo se da je depresija u djece izuzetno rijetka, a kada se i pojavi da se manifestira na zamaskirani način i kao dio normalnog razvojnog procesa. Rezultati sve brojnijih istraživanja na ovom području opovrgavaju većinu ovih mitova. Ali, i danas broj identificirane depresivne djece značajno je manji, nego broj onih koji će biti pogrešno dijagnosticirani ili pak neće biti prepoznati kao djeca s problemima. Postoji nekoliko razloga za ovakvu situaciju. Većina djece nema potrebne sposobnosti samoopažanja i verbalnog izražavanja da tačno opišu kako se osjećaju i šta ih muči, tako da većinu svojih problema pokazuju kroz ponašanja koja ne moraju od strane odraslih biti pravilno prepoznata. Depresivnost spada u tzv. internaliziranu grupu psiholoških problema koji se ne manifestiraju na vidljiv, otvoren način te ih odrasli, učitelji i roditelji vrlo teško prepoznaju. Jedan od razloga je i što depresivna djeca često imaju i neke druge, komorbidne poremećaje, poput anksioznosti, poremećaja ponašanja i sl. Depresivnost ne nastaje u vakuumu, proces razvoja depresivnosti odvija se kroz međudobno različito strukturiranih bioloških, psiholoških i socijalnih sistema (Vulić- Prtorić, 2004).

Kliničke i epidemiološke studije pokazuju da 40 do 70% djece i adolescenata s depresijom ima još jedan psihički poremećaj. Najčešći komorbidne dijagnoze su anksiozni poremećaj, zlouporaba sredstava ovisnosti, poremećaji ponašanja koji se može nastaviti nakon što depresivna epizoda prođe, ADHD, poremećaj osobnosti, osobito granični poremećaj osobnosti te teškoće učenja (Boričević Maršanić i sur., 2016). Komorbidni anksiozni poremećaj često produžava tok depresivnih epizoda u djece i adolescenata. Suprotno tome, djeca i adolescenti koji imaju dijagnozu ADHD u povećanom su riziku od razvoja komorbidne depresije. Najviše proučavani tip psihoterapije za tretman djece i mladih s velikim depresivnim poremećajem jeste kognitivno-bihevioralna terapija. Ona je djelotvorna čak i u suočavanju s komorbiditetom, suicidalnom ideacijom i beznadnosti (Rudan i Tomac, 2009).

3.1. *Simptomi depresivnosti u djece i adolescenata*

S obzirom na prevalenciju djece i adolescenata istraživači navode da oko 15-40% djece i adolescenata pokazuje neki simptom depresije, od čega 5-6% adolescenata doživljavaju depresiju na razini sindroma, a jedna manja grupa njih (1-3%) razvija depresivni poremećaj (Vulić-Prtorić, 2004). Sindrom depresije u dječijoj dobi sličan je onome u odrasloj dobi. Simptomi depresivnosti mogu se podijeliti u četiri osnovne skupine: emocionalnu, tjelesnu ili somatsku, kognitivnu i bihevioralnu.

Emocionalni simptomi depresivnosti kod djece

Simptomi koji općenito opisuju depresivnost na emocionalnom planu jesu tužno i beznadno raspoloženje, obeshrabrenost i utučenost. Duboka žalost je osnovno fenomenološko obilježje depresije i naročito je prisutna kod predškolske djece i adolescenata. Međutim, u djece i adolescenata loše raspoloženje može imati i sasvim suprotne kvalitete, poput razdražljivosti ili izljeva bijesa. U nekim istraživanjima utvrđeno je da čak 80% adolescenata u situacijama kada se osjećaju depresivni primjećuju kod sebe istovremenu pojavu žalosti i ljutnje dok je kod desetogodišnje depresivne djece ljutnja čak superiorno čuvstvo u odnosu na žalost. Ljutnja može potaknuti agresivno ponašanje pa nije rijetkost da depresivno dijete bude dijagnosticirano kao dijete s poremećajem u ponašanju. Depresivna djeca sklonija su usmjeravati svoju ljutnju prema sebi ili prema neprikladnim objektima, dok nedeprativna djeca lakše izražavaju svoju ljutnju prema van ili prema prikladnim objektima. Važnost ljutnje pokazala se naročito indikativnom u prepoznavanju suicidalne djece. Potisnuta ljutnja snažno je povezana s beznadnošću, a upravo visoke razine ljutnje, depresivnosti i beznadnošću predstavljaju upozorenje za suicidalno ponašanje djece i adolescenata. Osjećaji krivnje javljaju se u vrijeme predpuberteta i predstavljaju ključni simptom kliničke slike depresivnosti, što je prema nekim autorima specifični simptom depresije za djecu iznad 11 godina starosti. Depresivno raspoloženje se najčešće javlja u kombinaciji s drugim negativnim emocijama. Nije rijetkost da depresivno dijete prolazi istovremeno kroz tri emocionalna stanja, depresivno raspoloženje, iritabilnost i anksioznost (Vulić-Prtorić, 2004).

Tjelesni simptomi depresivnosti kod djece

Tjelesni simptomi uključuju poremećaj različitih tjelesnih funkcija: promjene u apetitu koji može biti ili značajno smanjen ili povećan i smetnje spavanja u obliku inicijalne insomnije (teškoće s uspavljivanjem), središnje insomnije (buđenje tijekom noći), terminalne insomnije (prerano buđenje), glavobolje, trboblje, umor i sl. U nekim slučajevima ovi simptomi mogu imati oblik obrambenog ponašanja, kad npr. kada dijete doživljava neugodu u školi, simptomi na tjelesnom planu mogu mu omogućiti izbjegavanje te neugodne situacije i priskrbiti pojačanu brigu i pažnju roditelja (Vulić-Prtorić, 2004).

Kognitivni simptomi depresivnosti kod djece

Na kognitivnom planu obično se primjećuju teškoće u koncentraciji i ispunjavanju školskih obaveza, samookrivljavanje, nisko samopoštovanje i osobno obezvrjeđivanje. Depresivna djeca opisuju sebe, svijet oko sebe i budućnost u negativnim terminima. Oni doživljavaju da ih njihovo socijalno okruženje ne podržava, pretjerano kritizira, odnosi se prema njima neprijateljski ili indiferentno. Kada izražavaju ekstremnu beznadnost i kada je to udruženo s pretjeranom krivnjom za nešto za što misle da će biti kažnjeni, mogu se javiti suicidalne ideje i namjere. Ova grupa simptoma najviše je istraživana u okviru kognitivnih teorija. Ono što ove simptome čini specifičnima jeste njihovo višestruko određenje. Kognitivne se fenomene opisuje kao antecedente ili prethodnice depresivnosti, kao moderatore koji pojačavaju ili ublažavaju utjecaj negativnih stresnih događaja, opisuje ih se i kao simptome patoloških procesa, kao rizične i kao zaštitne faktore. Djeca s niskim samopoštovanjem pokazuju tendenciju depresivnosti, prijetnje samopoštovanju dovode do depresivnosti, a povećanje samopoštovanja je smanjuje (Vulić-Prtorić, 2004).

Najviše istraživani kognitivni simptomi su nisko samopoštovanje, beznadnost, bespomoćnost i depresivni atribucijski stil. Depresivna djeca doživljavaju sebe manje vrijednima, nevoljenima i odbačenima od drugih u većoj mjeri nego što je to slučaj kod npr. anksiozne djece (Clark i Beck, 1989; prema Vulić-Prtorić, 2004). Najčešće sebe opisuju negativnim terminima kao npr. ja sam glup, loš, niko me ne voli i slično (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004). Drugi najčešći kognitivni simptom depresivnosti je beznadnost, odnosno negativno očekivanje od budućnosti. Živčić (1994; prema Vulić-Prtorić, 2004) je pronašla da djeca u dobi od 8 do 13

godina mogu doživljavati i pouzdano izvještavati o svojoj negativnoj percepciji budućnosti. Simptomi bespomoćnosti javljaju se u situacijama kada dijete nema kontrolu nad događajima u vlastitom životu i kada očekuje da tu kontrolu neće imati niti ubuduće. Bespomoćnost podrazumijeva osjećaje nekompetentnosti koji proizilaze iz ponavljanih doživljaja neuspjeha. Kognitivni simptomi koji najčešće prvi privuku pažnju nastavnika i roditelja jesu problemi koji se pojave u školi. Depresivna djeca imaju slabiji školski uspjeh i teškoće u učenju koje nisu povezane s njihovim intelektualnim funkcioniranjem već s problemima u ponašanju, koncentraciji i slabom prilagodбом na školske obaveze. Povezanost između depresivnosti i ovih problema uglavnom je dvosmjerna, depresivnost negativno djeluje na školsko postignuće, a školski neuspjeh povećava osjećaj depresivnosti (Vulić-Prtorić, 2004).

Bihevioralni simptomi depresivnosti kod djece

Na planu ponašanja kod depresivne djece uočavamo psihomotoričke promjene poput nemira ili agitacije i psihomotoričke usporenosti. Uočava se gubitak zanimanja za hobije ili druge aktivnosti u kojima je dijete prije uživalo, ili se nastavlja baviti tim aktivnostima, ali s dozom gubitka ugone. Dijete se stalno žali na umor te mu svakodnevne obaveze predstavljaju značajan napor. Ove promjene u ponašanju snažno djeluju na djetetovo postignuće u školi i općenito njegovo kognitivno funkcioniranje. Na planu socijalnog funkcioniranja roditelji i nastavnici primjećuju da se dijete povlači iz socijalnih kontakata, da više nije popularno među vršnjacima ili da je odbačeno. Agresivno ponašanje i napadi bijesa u obliku acting-out ponašanja česti su među depresivnom djecom, te još povećavaju osjećaje krivnje i depresivnosti. Kako kognitivni stil u razdoblju djetinjstva i adolescencije još nije oblikovan, pesimistički atribucijski stil može se razviti uslijed depresivnog raspoloženja. Deficiti u školskim i socijalnim vještinama mogu u drugih izazvati reakcije koje samo jačaju djetetovo vjerovanje da je manje sposobno i da se nikom ne sviđa. Trajanje ovakvih vjerovanja negativno utječe na djetetov osjećaj kontrole nad važnim događajima u njegovom životu. S obzirom da je ovo vrijeme intenzivnog razvoja kognitivnog stila, može se desiti da se pesimistički stil zadrži i nakon što je depresija prošla (Vulić-Prtorić, 2004).

3.1.1. *Simptomatologija depresivnosti s obzirom na dob i spol djeteta*

Istraživači su pokušali utvrditi specifična obilježja, sličnosti i razlike u depresivnoj simptomatologiji djece različitog uzrasta i spola. Te promjene se ne događaju linearno. Broj simptoma depresivnosti u funkciji dobi pokazuje značajne oscilacije ako ih promatramo odvojeno kod dječaka i djevojčica, neki su simptomi specifični za predškolsku djecu i adolescente, ali ne i za djecu u razdoblju srednjeg djetinjstva. U kliničkim uvjetima poznavanje specifične dobne i spolne simptomatologije može imati presudno značenje u postupcima dijagnostike i terapije. Kad su upoređeni simptomi depresivne djece sa simptomima odraslih, anhedonija, dnevne promjene raspoloženja, psihomotorička retardacija povećavaju se s dobi, dok se depresivni izgled, nisko samopoštovanje i tjelesne pritužbe smanjuju s dobi. Druge manifestacije poput umora, agitacije i slabog apetita imaju zakrivljenu distribuciju, češći su kod djece predškolaca i odraslih nego kod djece i adolescenata. Depresivnost u obliku dijagnostičke kategorije tj. poremećaja moguće je dijagnosticirati kod djece nakon dobi 2-3 godine, mada je i u toj dobi depresivni poremećaj izuzetno rijedak. Rezultati pokazuju da su depresivni sindromi izuzetno rijetki u djece predškolske dobi dok se dijagnoza depresivnog poremećaja u općoj populaciji može postaviti najviše u 1% slučajeva (Gotlib i Hammen, 1996, prema Vulić-Prtorić, 2004).

Prilikom procjene poseban problem predstavljaju djeca u dobi do 7 godina s obzirom na slabiju upotrebu govora u komunikaciji i davanju informacija. Tu u dijagnostici pomažu neverbalni znakovi kao što su neverbalna facijalna ekspresija, pokreti tijela i slično (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja–Novković, 2004). U predškolskoj dobi dominantni simptomi depresije su iritabilnost, apatija, tjelesne pritužbe i plačljivost. U djece se zapaža mračan izgled, gotovo bolestan, nedostaje im za dob uobičajeno razmetanje i hvalisanje kao kod nedeprativnih vršnjaka. Kod djece u dobi 7-12 godina dijagnoza depresije se postavlja veoma rijetko, a razlozi su prvenstveno teškoće djece da opišu i verbaliziraju ono što osjećaju, kao i procjene odraslih kad se radi o ovoj grupi problema. Najčešći simptomi depresivnosti u ovom razdoblju su nisko samopoštovanje, pesimizam, razdražljivost, tjelesne pritužbe, školski problemi s gradivom i vršnjacima te bježanje iz škole.

Porast u broju simptoma u razdoblju adolescencije povezuje se s burnim promjenama koje su specifične za sva područja funkcioniranja. Kognitivni razvoj u adolescenciji značajno pridonosi mogućnosti javljanja depresivnih simptoma. Povećanje depresivnih raspoloženja i poremećaja može biti čak četverostruko u usporedbi s ranim djetinjstvom (Vulić-Prtorić, 2004). U adolescenciji klinička slika postaje sličnija onoj u odrasloj dobi te se pojavljuju suicidi, alkohol, droga. Klinička je slika u ovom dobu maskirana različitim oblicima odstupanja u ponašanju te odrasli često iza agresivnosti, kršenja normi i pravila ponašanja i otpora, posebice prema autoritetima, ne prepoznaju depresiju (Kocijan-Hercigonja i Hercigonja-Novković, 2004).

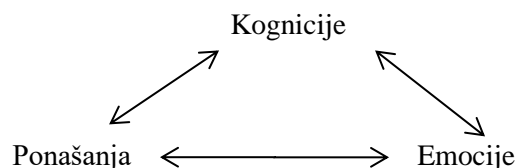
Dok su u predpubertetu depresivni simptomi češći među dječacima, nakon puberteta su češći među djevojčicama. U dobi od 11 godina utvrđen je odnos od 5:1 u korist dječaka, dok je u dobi od 15 godina taj odnos 1,8:1 u korist djevojčica. Također se pokazalo da djevojčice u dobi od 13 godina i starije imaju više rezultate na CDI skali depresivnosti od dječaka, dok ta razlika nije značajna za dob ispod 13 godina (Nelson i sur., 1987; Harrington, 1993; Cicchetti i Toth, 1998.; prema Vulić-Prtorić, 2004). Petersen, Sarigiani i Kennedy (1991; prema Kurtović i Marčinko, 2011) su utvrdili da se spolne razlike počinju pojavljivati u dobi od 13 godina te postaju značajne do dobi od 17 godina. U dobi od 16 godina djevojčice imaju dvaput veću vjerovatnost razvoja depresivne simptomatologije od dječaka (Wenar, 2003).

Incidencija pokušaja suicida doseže vrhunac tokom kasne adolescencije. Vjerovatnost da adolescenti izvrše suicid dva je puta veća od takve vjerovatnosti u adolescentica, dok adolescentice dva do tri puta češće pokušavaju suicid od dječaka. Veliki depresivni poremećaj najznačajniji je rizični faktor za izvršenje suicida u toj dobnoj grupi (Rudan i Tomac, 2009). Veliki broj istraživanja pokazuje da mnogi faktori, poput obiteljskih sukoba, podrške, roditeljske depresije i roditeljskog stila odgoja imaju znatan utjecaj na nastanak, održavanje i oporavak od depresije (Kurtović, 2012).

Većina studija pokazuje da je socijalna podrška, koja kod djece i adolescenata uključuje podršku roditelja, vršnjaka te učitelja/profesora, važan zaštitni faktor u razvoju depresivnosti.

4. KOGNITIVNO- BIHEVIORALNI MODELI DEPRESIJE

Kognitivnu terapiju razvio je Aaron T. Beck u ranim šezdesetim godinama prošloga stoljeća kao strukturiranu, kratkotrajnu, na sadašnjost orijentiranu psihoterapiju namijenjenu liječenju depresije, usmjerenu na rješavanje tekućih problema i na mijenjanje disfunkcionalnog mišljenja i ponašanja (Beck, 1964; prema Beck, 2008). Osnovna ideja kognitivnog modela je da je disfunkcionalno mišljenje (koje utječe na klijentovo raspoloženje i ponašanje) uobičajeno kod svih psihičkih smetnji. Stvarna evaluacija i mijenjanje mišljenja izaziva poboljšanje u raspoloženju i ponašanju. Trajnije poboljšanje rezultat je promjene klijentovog bazičnog disfunkcionalnog vjerovanja. Kognitivna terapija je utemeljena na kognitivnom modelu koji pretpostavlja da je ljudsko ponašanje i emocije pod utjecajem njihove percepcije događaja. Nije situacija sama po sebi ono što determinira ljudske osjećaje, već način na koji se ta situacija konstruiše (Beck, 1964; Ellis, 1962; prema Beck, 2008).



Dakle, način na koji se ljudi osjećaju povezan je s načinom kako oni interpretiraju i misle o nekoj situaciji. Emocionalni odgovori su pod utjecajem percepcije koju imamo o toj situaciji.

Važan pojam u kognitivnom modelu su negativne automatske misli. To su brze, evaluacijske misli i nisu rezultat namjere ili razmišljanja. Javljaju se automatski. Često su brze i kratke, jedva da ih možemo biti i svjesni. Vjerovatnije je da ćemo biti svjesniji emocija koje ih prate. Rezultat toga je obično nekritičko prihvatanje tih misli kao tačnih. Automatske misli, trenutne riječi ili slike koje prolaze kroz svijest osobe su vezane za specifičnu situaciju i mogu se smatrati površinskim nivoom kognicije. Kao logično, postavlja se pitanje odakle se automatske misli pojavljuju. Odgovor ima veze sa trajnim kognitivnim fenomenom, vjerovanjima (Beck, 2008).

Još od djetinjstva, ljudi razvijaju određena vjerovanja o sebi samima, drugim ljudima i svijetu oko sebe. Njihova središnja ili bazična vjerovanja su shvaćanja koja su toliko temeljna i duboka

da ih često ne artikuliraju ni sebi samima. Osoba takve ideje smatra apsolutnom istinom. Bazična vjerovanja su najosnovniji nivo vjerovanja. Ona su opšta, rigidna i generalizirana. Bazično vjerovanje obuhvata temeljnu pretpostavku stvorenu od strane pojedinca koja određuje način na koji sagledava sebe i svijet koji ga okružuje. Zbog dugotrajne navike sagledavanja zbivanja na ovaj način, s vremenom se takva vjerovanja prestaju uočavati i preispitivati. Bazična vjerovanja utječu na razvoj posredujućih vjerovanja koja postoje u obliku stavova, pravila i pretpostavki. Ova vjerovanja utječu na percepciju situacije, na način kako će pojedinac misliti, osjećati se i ponašati se. Posredujuća vjerovanja (stavovi, pretpostavke, pravila) postoje između bazičnih vjerovanja i automatskih misli (Beck, 2008).

Važan pojam u kognitivnom modelu su kognitivne distorzije što se definira kao iskrivljenja u mišljenju gdje klijent usklađuje percepciju situacije sličnim vjerovanjima. Kognitivne distorzije karakteriše dihotomno mišljenje, pretjerana generalizacija, minimiziranje i preuveličavanje, personalizacija.

Tradicionalni KBT pristup psihološkim poremećajima tvrdi da psihološke probleme ne uzrokuju sami događaji, već način na koji se ti događaji tumače. Kognitivna terapija se bavi značenjima koja ljudi daju svojim iskustvima (Wells, 2009). Tri bazične pretpostavke u osnovi kognitivno-bihevioralne terapije su da su emocije i ponašanja određena mišljenjem, emocionalni poremećaji rezultat su negativnog i nerealističnog mišljenja i mijenjajući negativno i nerealistično mišljenje moguće je smanjiti emocionalne poremećaje. Proces kognitivno-bihevioralne terapije podrazumijeva učenje klijenta da nadgleda emocionalne poremećaje i aktivirajuće događaje, identifikuje maladaptivne misli i vjerovanja, uvidi vezu između mišljenja, emocija i ponašanja, testira maladaptivne misli i vjerovanja ispitujući dokaze za i protiv njih i da zamijeni negativno sa realističnim mišljenjem (Krnetić, 2015).

Temeljna terapijska obilježja ovog na problem usmjerenog pristupa su interes za klijenta, nastojanja, znatiželja, empatija i razumijevanje, prihvatanje i toplina, ali i stručno znanje i profesionalno ponašanje u interakciji. Terapeut i klijent zajedno rade na rješavanju određenih problema. Tretman uključuje snažnu usmjerenost na trenutne probleme. Terapeut strukturira terapijski okvir, sadržaj i trajanje susreta. Terapeut ponovno sažima tok razgovora, usmjerava

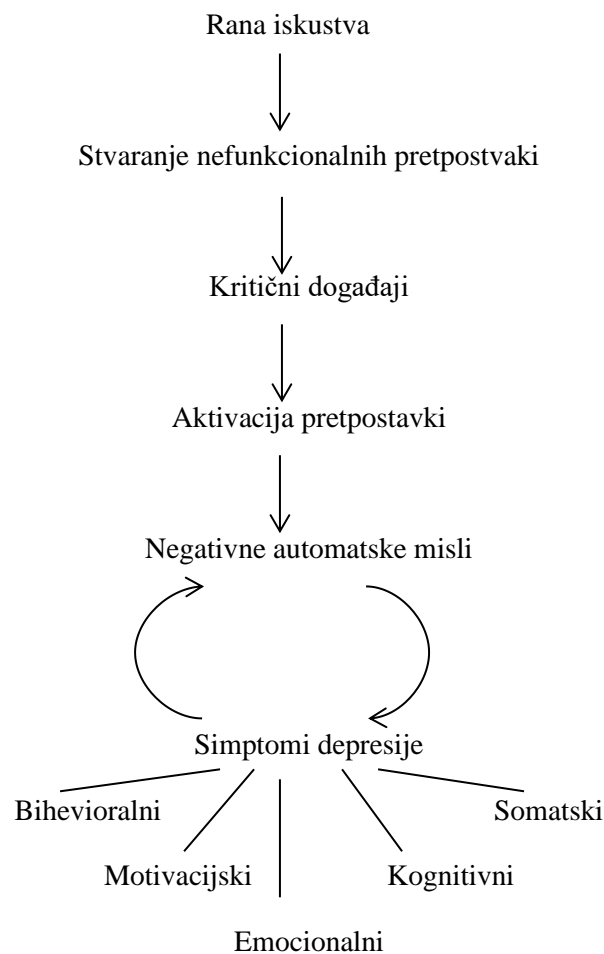
razgovor na središnje aspekte i probleme, daje povratne informacije te nastoji svaki susret ili temu završiti vježbom, domaćom zadaćom i konkretnim prenosom u realitet (Hautzinger, 1998).

U svim oblicima kognitivne terapije proizašle iz Beckovog modela tretman se temelji na kognitivnoj formulaciji specifičnog poremećaja i na njenoj primjeni na konceptualizaciju i razumijevanje klijenta. Terapeut teži na različite načine stvoriti kognitivnu promjenu u klijentovom mišljenju i sistemu vjerovanja da bi proizveo dugotrajnu emocionalnu i ponašajnu promjenu. On se postavlja kao edukator koji podučava i pomaže klijentu da usvoji vještine kojima može samostalno savladati teškoće s kojima se suočava. Kognitivna terapija omogućila je strukturiran, usredotočen i aktivan pristup koji je usmjeren na klijentov unutrašnji svijet, a za cilj ima podučavanje klijenta kako da sam sebi bude terapeutom (Corey, 2004).

U preporukama za tretman različitih psihopatoloških poremećaja Američko psihijatrijsko udruženje sugerira primjenu kognitivno-bihevioralnih tehnika kod 80% različitih poremećaja, što predstavlja najčešće preporučeni psihoterapijski pristup. Glavnu podršku tome daju empirijski dokazi njezinih teorijskih postavki, tehnika te osobito efikasnosti tretmana. Premda joj se često prigovara da zanemaruje terapijski odnos, u kognitivno-bihevioralnoj terapiji on se konceptualizira kroz zajednički stav u vezi očekivanja od tretmana, suglasnost o ciljevima terapije, te dogovaranje o dnevnom redu na svakom pojedinom susretu (Živčić, 2008).

4.1. Kognitivni modeli depresije

Kognitivni modeli depresije polaze od pretpostavke da kognitivne, motivacijske i vegetativne simptome depresije uzrokuju, povećavaju i održavaju pristranosti, distorzije ili stilovi razmišljanja. Aaron T. Beck vjeruje da je temelj depresije takozvana kognitivna trijada koja se sastoji od negativnog doživljavanja sebe, okoline i budućnosti. Pacijenti svoje neuspjehe pripisuju osobnim neadekvatnostima te su uvjereni da im nedostaju kvalitete koje su nužne za postizanje sreće. Skloni su mišljenju kako okolina postavlja pred njih prepreke koje je nemoguće savladati. Treća komponenta trijade je beznadni pogled na budućnost u kojoj njihovi naponi neće biti dostatni da bi promijenili nezadovoljavajući tijek svojih života. Drugim riječima, depresivan klijent prema Becku, ima vjerovanja: “Ja sam gubitnik”, “Ništa u ovom iskustvu nije vrijedno” i “Budućnost će biti ispunjena neuspjesima”.



Slika 1. Kognitivni model depresije (Beck, 1967., 1976.)

Depresivni pacijenti stalno iskrivljuju interpretacije događaja održavajući negativnu sliku sebe, okoline i budućnosti. Sadržaj je negativan jer ga podržavaju predrasude ili distorzije u mišljenju, odnosno negativne automatske misli. Ove vrste misli uključuju etiketiranje, proricanje budućnosti, personaliziranje, sve ili ništa mišljenje, omalovažavanje pozitivnog, katastrofiziranje i čitanje misli. Ranjivost na buduće depresivne epizode se predviđa na temelju pacijentove potvrde disfunkcionalnih pretpostavki. Disfunkcionalne pretpostavke su vodeća načela u osnovi negativnih automatskih misli i uključuju “trebam “ i “moram” izjave, npr., “Trebam uspjeti u svemu što radim” ili “ Svi me smoraju prihvatiti”. Pretpostavke također uključuju “ako-onda” izjave, “Ako u ovom ne uspijem, onda sam gubitnik” ili “ Ako me neko ne voli, onda nisam vrijedan da budem voljen”. Ove pretpostavke su “disfunkcionalne” jer su rigidne, kažnjavajuće i gotovo ih je nemoguće ispuniti (Leahy i sur., 2014).

Beck je pretpostavio da se, kada je pojedinac suočen sa gubitkom ili neuspjehom, rani negativni koncepti sebe i drugih aktiviraju. Ti koncepti, sheme predstavljaju najdublju razinu mišljenja i odraz su bazičnih vjerovanja o sebi (ja nisam vrijedan ljubavi, bespomoćan sam, nekompetentan sam) i o drugima (drugi su nepouzdana, kontrolirajući ili superiorni), (Leahy i sur., 2014). Tako vjerovanje da osobna vrijednost u cjelosti ovisi o uspjehu može u slučaju neuspjeha dovesti do depresije, a vjerovanje da osobna sreća ovisi o tome je li osoba voljena može nakon nekog odbijanja potaknuti depresiju (Hawton i sur., 2008).

Jedan od najučinkovitijih načina liječenja depresije, kognitivna terapija, usredotočuje se na mijenjanje pristranih tumačenja i disfunkcionalnih automatskih misli, a bihevioralna terapija mijenja primarno ponašanje, a kasnije i kogniciju. Kombinacija tih dviju terapija dovela je do nastanka najmoćnije psihoterapijske metode u liječenju depresivnih poremećaja (Begić, 2011; prema Lovretić i Mihaljević-Peleš, 2013). U depresivnih bolesnika kognitivno-bihevioralna terapija pokazuje brzo i dugotrajno poboljšanje. Ona je učinkovitija od drugih psihoterapija u tretmanu depresivnih poremećaja (Begić, 2013).

Kognitivna terapija uključuje početnu procjenu klijentove depresije, s usmjerenošću na automatske misli, disfunkcionalne pretpostavke i bazična vjerovanja. Terapeut radi konceptualizaciju slučaja sa klijentom, povezujući tri razine mišljenja s ranijim iskustvima socijalizacije, trenutnim odnosima i životnim stresorima, okidačima za depresivno mišljenje,

strategijama suočavanja (izbjegavanje, kompenzacija, ruminiranje) i drugim relevantnim informacijama. Tretman se nastavlja upoznavanjem s kognitivnim modelom, upotrebom bihevioralne aktivacije (raspored aktivnosti, kratkoročnih i dugoročnih ciljeva), bavljenje emocijama i mislima, opažanjem negativnih automatskih misli (Leahy i sur., 2014).

Jedna od glavnih prednosti kognitivne terapije u liječenju depresije je smanjenje rizika od recidiva. U poređenju sa alternativama, kao što su terapija medikamentima i interpersonalna psihoterapija, postoje dokazi da će pacijenti liječeni kognitivnom terapijom vjerovatnije održati poboljšanje nakon završetka liječenja (Evans i sur., 1992.; Shea i sur., 1992.; prema Moore i Garland, 2003). Veliki broj istraživanja sugerira da KBT daje niže stope recidiva, u odnosu na stopu recidiva nakon ispitivanja terapije lijekovima (Pettit i Joiner, 2006).

4.2. Bihevioralni modeli depresije

Bihevioralno orijentirani autori etiologiju i fenomenologiju depresije izvode iz teorije učenja i principa instrumentalnog uvjetovanja. Zajednički nazivnik bihevioralne teorije je da nastanak depresije objašnjavaju kao posljedicu smanjene učestalosti, varijabiliteta ili motivacijskog djelovanja pozitivnog potkrepljenja. Osnovni bihevioralni model depresije je koncepcija o gubitku pozitivnog potkrepljenja i naučene bespomoćnosti (Gregurek, 2004).

Prema biheviorističkim istraživanjima izvor depresije može biti neprilagođeno interpersonalno ponašanje, nedostatne socijalne vještine i vještine rješavanja problema. Eksperimentalno su utvrđeni nedostaci depresivnih pacijenata u uspješnosti rješavanja interpersonalnih problema. Depresivne osobe imaju manje podržavajućih veza sa prijateljima, članovima obitelji i kolegama. (Leahy i sur., 2014). U bihevioralnim modelima depresija je dio konteksta ili odnosa između osobe i okoline, na način da depresiju karakterizira poteškoća dobivanja potkrepljenja ili nepovezivanje potkrepljenja i ponašanja. Ova je konceptualizacija proširena u model bihevioralne aktivacije koji naglašava funkcionalnu analizu ponašanja kako bi se utvrdilo šta održava ili pojačava depresivno funkcioniranje ili ponašanje. Funkcionalna analiza istražuje ono što prethodi i posljedice koje slijede nakon depresivnog ponašanja. Depresija je često rezultat pasivnog, ponavljajućeg, nekorisnog ponašanja. Cilj je bihevioralne terapije postupno povećati učestalost i intenzitet korisnih ponašanja korištenjem tehnika kao što su raspored aktivnosti i

meni nagrada, pri čemu ova druga daje popis ponašanja koja su prije bila korisna ili bi to mogla biti u budućnosti. Naglasak je na tome da je potrebno bolje djelovati prije nego što se bolje osjećamo.

Drugi bihevioralni faktor koji doprinosi depresiji je je u tome što ponašanje koje je prije bilo korisno sada više nije. To može biti posljedica većih zahtjeva u okolini. Posljedično, klijent možda treba povećati intenzitet prije potkrepljenog ponašanja. Depresija može biti posljedica redukcije pozitivnog ponašanja, nedostatka samopotkrepljenja, nedostatka asertivnosti, slabe vještine rješavanja problema, upotrebe samokritika. Nedostatak socijalnih vještina i odgovarajućih asertivnih vještina su također korisni bihevioralni ciljevi za terapiju. Mnogi depresivni klijenti moraju naučiti odgovarajuća socijalna ponašanja, pa su osnove higijene i pristojnog izgleda često važni ciljevi. Slabe asertivne vještine mogu dovesti do nesposobnosti dobivanja potkrepljenja, većeg osjećaja bespomoćnosti i više agresivnog i nepotkrepljujućeg ponašanja prema drugima pa će u terapiji biti korišten trening asertivnosti (Leahy i sur., 2014).

Peter Lewinsohn je 1974. godine postavio hipotezu da depresija izvire iz niske razine potkrepljenja. Prema Lewinsohnovu modelu, depresija je često rezultat pasivnog, repetitivnog i nenagrađenog ponašanja. Također, povećanjem zahtjeva i standarda okoline, neka ponašanja prestaju biti nagrađivana. Kad količina potkrepljenja padne, osoba daje manje odgovora, količina potkrepljenja i dalje pada i na kraju se pojavljuje depresija (Davison i Neale, 2002). Drugim riječima, depresija je prema ovom modelu, posljedica malog broja pozitivnih interakcija sa okolinom (npr. depresivna majka) ili velikog broja kažnjavajućih iskustava. Prema ovoj teoriji, raspoloženje je u funkciji relativne količine primljenog pozitivnog potkrepljenja i averzivnih podražaja (Anić, 1990). Nedostatak pozitivnog potkrepljenja prema ovoj teoriji može biti posljedica nedovoljnih izvora potkrepljenja u okolini, nedostatka socijalnih vještina i nesposobnosti doživljavanja ugone. Značajni potkrepljujući događaji po ovoj teoriji, koji mogu biti zaštitni faktori, u nastanku depresije su: stimulativne socijalne interakcije, iskustva kompetentnosti, pozitivna seksualna iskustva, zabavne aktivnosti. Značajni kažnjavajući događaji koji potiču depresiju mogu biti česti averzivni događaji, naročito ukoliko je osoba pojačano osjetljiva na averzivni događaj, ako osobi nedostaju vještine kojima može prekinuti

neugodan događaj (bračna nesloga, teškoće na poslu, negativne reakcije drugih) (Leahy i sur., 2014).

4.3. Atribucijske teorije depresije

U okviru kognitivne paradigme, u tumačenju depresije važno mjesto pripada teorijama koje ključnu ulogu pripisuju bespomoćnosti i beznadnosti. Ove su se teorije razvijale kroz tri faze, od izvorne teorije bespomoćnosti, preko njezine atribucijske verzije do teorije beznadnosti (Leahy i sur., 2014).

4.3.1. Reformulirani model naučene bespomoćnosti

Seligmanov model (1975, prema Leahy i sur., 2014) depresije naglašavao je da nesistemska povezanost ponašanja i posljedica može dovesti do naučenog vjerovanja o osobnoj bespomoćnosti, odnosno, „Bez obzira šta učinim, to nije važno“. Abraham, Seligman i Teasdale predložili su reformulirani model naučene bespomoćnosti. Prema ovom modelu, samokritična depresija i bespomoćnost su posljedice određenog obrasca objašnjenja ili „atribucija“, koja pojedinac ima o svojim neuspjesima. Depresija proizlazi iz sklonosti atribuiranja neuspjeha unutrašnjim, stabilnim osobinama (primjerice, nedostatak sposobnosti) suprotno unutrašnjim, ali nestabilnim osobinama (primjerice, nedostatak napora). Pojedinac koji vjeruje da može pokušati više ima manju vjerovatnost da se osjeća bespomoćan, očajan, samokritičan i depresivan. Do depresije dolazi usljed izloženosti nekontroliranim događajima što dovodi do naučene bespomoćnosti (pasivnost, usporeno učenje, nedostatak agresivnosti i kompetitivnosti, gubitak apetita i tjelesne težine. Ova teorija ističe nedostatak kontrole nad potkrepljenjem, više nego kvalitet ili kvantitet potkrepljenja (Leahy i sur., 2014).

4.3.2. Model očaja

Abramson, Metalsky i Alloy (1989, prema Leahy i sur., 2014) modificirali su Seligmanov model naučene bespomoćnosti u model „očaja“. Prema tom modelu, specifični simptomi depresije, nedostatak energije, nedostatak aktivnosti usmjerene prema cilju, smanjeno samopoštovanje i tuga, djelimično su rezultat specifičnih interpretacija negativnih događaja. Prvenstveno, one se

pripisuju stabilnim, globalnim i unutrašnjim uzrocima (primjerice, „Uvijek sam gubitnik“). I transferzalna i longitudinalna istraživanja podržavaju očaj kao značajnu kognitivnu ranjivost na depresiju (Leahy i sur., 2014).

4.3.3. Metakognitivni model ruminiranja i depresije

Nekoliko novijih kognitivnih modela depresije manji naglasak stavlja na sadržaj misli, a više na proces, funkciju ili strategiju mišljenja. Depresiju često karakteriziraju reakcije u smislu ruminiranja, odnosno pasivnog i pretjeranog usmjeravanja na misli, osjećaje i probleme povezane s negativnim afektom bez usmjerenosti na aktivno rješavanje problema ili distrakciju.

Wells (2009; prema Leahy i sur., 2014) je predložio metakognitivni model ruminiranja i depresije. Depresivni ruminatori, sa svojom pretjeranom usmjerenošću na razmišljanja povezana s negativnim afektom, vjeruju da će im ruminiranje pomoći u rješavanju problema, ali njihovo ruminiranje nije podložno kontroli. Obrazac ruminacije vodi ka depresivnim ponašanjima (izbjegavanje), depresivnim mislima („to je očajno“) i sniženom raspoloženju (tuga). Ovi nekorisni odgovori pogoršavaju ciklus ruminiranja. Wellsova metakognitivna terapija pruža specifične intervencije za bavljenje klijentovom teorijom ruminiranja (Leahy i sur., 2014).

5. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI TRETMAN DEPRESIJE

Temeljna pretpostavka kognitivno-bihevioralne modifikacije je da klijenti, kao preduvjet promjeni ponašanja moraju zamijetiti kako misle, šta osjećaju i kako postupaju te kako to utječe na druge. Uspostava odnosa saradnje između klijenta i terapeuta iznimno je bitna stavka u odvijanju terapijskog procesa. Saradnja je važna varijabla u predviđanju uspješnosti terapije. U većini istraživačkih nacrtu nudi se maksimum od 20 jednosatnih sesija, koje se u prva 3-4 tjedna održavaju dva puta tjedno, kako bi se stvari pokrenule, a nakon toga jednom tjedno. Misli o samoubojstvu trebaju uvijek biti glavni prioritetni cilj za tretman, posebno kad postoji povijest suicidalnog ili parasuicidalnog ponašanja (Leahy i sur., 2014).

Specifični simptomi depresije mogu se grupirati u sljedeće kategorije: niska razina ponašanja, nedostatak užitka i zanimanja, povlačenje, samokritičnost, ruminiranje, tuga, očaj. Ciljevi tretmana su povećati razinu aktivnosti, povećati ugodna i potkrepljujuća ponašanja, povećati i poboljšati socijalne odnose, poboljšati samopoštovanje, te pomoći klijentu u razvoju kratkoročnih i dugoročnih pozitivnih perspektiva. U užem smislu početak tretmana specifično znači identificiranje cilja neposredne intervencije i dogovor o domaćim zadacima koje će klijent izvršiti prije sljedeće seanse, odnosno demonstriranje onog što će se dešavati u praksi, usmjerenje na specifične probleme, traženje aktivne saradnje. Nakon toga se uvodi određivanje plana rada, koji uključuje i pregled događaja od svake prethodne seanse, pregled domaće zadaće. U većini seansi najveći dio vremena posvećuje se glavnim temama dana koje zajednički određuju klijent i terapeut, a uključuju rad na specifičnim kognitivno-bihevioralnim strategijama. Kad postoji nekoliko važnih tema, terapeut i klijent zajedno određuju prioritet te se detaljno bave jednom temom, a ono što klijent nauči o postupanju s jednom teškoćom može biti generalizirano i na postupanje s drugim teškoćama (Hawton i sur., 2008).

5.1. *Opći plan tretmana depresije*

Kognitivno-bihevioralni tretman depresije podrazumijeva realizaciju nekoliko planiranih koraka. Uz bihevioralne i kognitivne intervencije tretman uključuje kvalitetnu procjenu, upoznavanje klijenta sa tretmanom, utvrđivanje ciljeva te pripremu klijenta za funkcioniranje nakon završetka tretmana. Slijedi detaljniji opis pojedinih tretmanskih koraka i intervencija u tretiranju depresije kognitivno-bihevioralnim tehnikama.

5.1.1. Procjena

Specifični problemi depresije mogu se evaluirati korištenjem obrazaca za samoprocjenu i intervjua. Beckov inventar depresije (BDI) omogućava brzu procjenu simptomatologije. Početni intervju ima za cilj prikupljanje podataka i dobijanje opće slike postojeće situacije kako je vidi klijent. To zahtijeva utvrđivanje glavnih problema i prikupljanje dovoljno informacija o njihovom nastanku, razvoju i kontekstu te negativnim automatskim mislima koje se vežu uz te probleme. Primarna svrha početnog intervjua je što prije početi aktivnu terapiju, kako bi se kod klijenta potakla nada i pružila mogućnost upoznavanja sa strukturom i procesom kognitivno-bihevioralnog tretmana. Terapeut daje preliminarnu formulaciju slučaja u skladu s kognitivnim modelom depresije, a koja je zapravo hipoteza koju treba validirati tokom tretmana. Do podataka potrebnih za potpunu formulaciju, naročito informacije o temeljnim pretpostavkama i ranim iskustvima koja su dovela do tih pretpostavki dolazi se tek nakon što je tretman već neko vrijeme u toku. Procjena postojećih poteškoća sažeto se prikazuje u „popisu problema“ koji se izrađuje u dogovoru s klijentom. Popis problema obuhvata dvije vrste problema, simptome depresije i životne probleme koji su izvan depresije, ali su s njom više ili manje povezani, kao što su praktični problemi, nezaposlenost, interpersonalni problemi, teškoće u stvaranju bliskih odnosa, manjak samopouzdanja koje je postojalo i prije početka depresije. Lista problema omogućuje klijentu neposredan doživljaj kognitivno-bihevioralne terapije kao saradničkog poduhvata, doživljaj da se uistinu nastoji razumjeti njegova unutrašnja zbilja, te na izvjestan način nameće i red nad haosom iz razloga što se njime veliku količinu problema i neugodnih doživljaja svodi na određeni broj specifičnih teškoća, što potiče nadu i implicira mogućnost kontrole.

U radu s depresivnim klijentom ključno je već u početnom intervjuu otkriti beznadnost i suicidalne misli. Kad se dođe do priznanja suicidalne namjere, treba procijeniti ozbiljnost te namjere prikupljanjem više detalja o tome jesu li rađeni planovi, šta je osobu spriječilo da poduzme stvarnu akciju. Može se insistirati da svaki klijent prihvati ugovor o nepokušavanju samoubojstva. U takvom ugovoru klijent obećava terapeutu da se ni u kojim okolnostima dok je u tretmanu neće ozlijediti i da će kontaktirati terapeuta prije nego što sebi nešto učini. Svim klijentima koji pokazuju depresiju treba dati mogućnost liječenja antidepressivima kao dijelom tretmana (Leahy i sur., 2014).

5.1.2. Upoznavanje s tretmanom, prezentacija racionalne tretmana

Terapeut upoznaje klijenta o dijagnozi depresije čim je završena početna evaluacija te ga educira o kognitivno bihevioralnom modelu depresije. Dio procesa upoznavanja s tretmanom je pružiti individualno prilagođenu konceptualizaciju slučaja i tretmanski plan. Opći nacrt tretmana treba uključivati evaluaciju rizika za samoubojstvo, bihevioralne deficite i kognitivne distorzije. Terapeut i klijent ispituju konceptualizaciju trenutno prisutnih simptoma koja može uključivati nacrt bihevioralne neumjerenosti i deficita, uzroke životnih problema, tipične automatske misli, pretpostavke i sheme te primjere kako je klijent izbjegavao ili svoje individualne sheme. Klijenta se upoznaje kako će izgledati terapija i šta se od njega kao klijenta očekuje. Kognitivno bihevioralna terapija je aktivna, terapija usmjerena na ovdje i sada koja zahtijeva predanost i suradnički odnos klijenta i terapeuta. Klijenta se informira i o praktičnim stvarima kao što su broj, trajanje i učestalost sesija, upotreba domaćih zadataka. Dokazano je da je spremnost pacijenata na izvršavanje domaćih zadataka povezana sa smanjenjem depresivnog raspoloženja (Hayasaka i sur., 2015; prema Pepić i sur., 2017). Najvažnije je klijentu objasniti ključna načela terapije na jednostavan način, od kojih je prvo da se depresija može shvatiti kao začarani krug koji čine potištena raspoloženja i negativne misli. Drugo načelo je da je promjena moguća, odnosno da klijent može naučiti identificirati i testirati depresivne misli i pronalaženjem realističnijih i korisnijih alternativa izaći iz začaranog kruga (Hawton i sur., 2008).

5.1.3. Utvrđivanje ciljeva

Definiranje ciljeva na početku tretmana pomaže terapeutu da korigira nerealistična očekivanja u vezi s terapijom, uspostavi standard pomoću kojeg će pratiti napredak i usmjeri pažnju na budućnost. Postavljanje ciljeva naročito je važno za depresivne klijente koji su bez nade. Odrediti ciljeve, tj. znati šta se želi postići, temelj je motivacije. S obzirom da je kod depresivnih klijenata motivacija općenito jako pogođena, definiranje ciljeva je jedan od načina podizanja motivacije. Terapeut može pomoći klijentu u postavljanju ciljeva za sljedeći dan, sedmicu, mjesec, godinu, stalno upućujući klijenta na proaktivan stav prema budućnosti. Kratkoročni ciljevi mogu uključivati povećanje bihevioralne aktivnosti, druženje s prijateljima, povećanje fizičke aktivnosti ili obavljanje nekog posla. Ciljevi trebaju biti realistični, odnosno ostvarljivi i definirani u terminima ponašanja. Dugoročni ciljevi mogu uključivati pohađanje nekog tečaja,

dobivanje potvrda, gubitak tjelesne težine ili promjena posla. Mogu se ispitati i dublji ciljevi ili svrhe života, tako da se terapija ne odnosi samo na prevladavanje depresije već i na uspostavljanje života vrijednog življenja (Leahy i sur., 2014). Terapeut i klijent zajednički tokom tretmana periodično provjeravaju ostvarenost ciljeva.

5.1.4. Bihevioralna aktivacija i druge bihevioralne intervencije

Depresivnim klijentima se čini apsolutno nemogućim obavljati sve one aktivnosti koje bi trebali obavljati svaki dan. Dodatno ih poražava činjenica da su to nekada uspijevali ili činjenica da drugi ljudi mogu obavljati sve to i mnogo više. Povećanje potkrepljenja i produktivnog ponašanja jedan je od prvih ciljeva tretmana za depresivnog klijenta. Bihevioralna aktivacija koja kombinira planiranje potkrepljenja i raspored aktivnosti je sredstvo za postizanje ovog cilja. Kod poticanja aktiviteta radi se, s jedne strane, o povećanju ili ponovnom uvođenju pozitivnih iskustava i aktivnosti, a s druge, o smanjenju prekomjerne količine negativnih, opterećujućih doživljaja.

Depresivni ljudi su skloni umanjivanju i neuviđanju činjenja onih stvari koje doista obavljaju. Zato trebaju krenuti sa samomotrenjem. Od klijenata se traži da bilježe šta rade iz sata u sat te procjenjuju ugodu svake od aktivnosti na skali od 0 do 10, te svoju vještinu u toj aktivnosti. Procjene vještine pokazuju kakvo je bilo postignuće u toj aktivnosti s obzirom na to kako se osoba u to vrijeme osjećala.

Samomotrenje daje čvrste podatke o općoj razini aktivnosti. To omogućuje terapeutu i klijentu provjeru misli, poput: „Ja ništa ne radim“. Takve misli mogu biti tačne ili netačne. Ako su netačne, tada se to samomotrenjem može utvrditi. Ako su donekle tačne, onda je prvi korak identificiranje teškoća i njihovog nastanka, kako bi se mogao pronaći bolji obrazac aktivnosti. Samomotrenje pokazuje i odnos između raspoloženja i aktivnosti. Procjenjivanjem specifičnih aktivnosti obzirom na ugodu i postojeću vještinu izvođenja provjeravaju se i misli poput: “Ništa što radim ne djeluje na to kako se osjećam“, što može upućivati na neuspjeh u percipiranju pozitivnih doživljaja, i „Ništa što radim nije vrijedno truda“, što može upućivati na depresivnu sklonost odbacivanju percipiranih pozitivnih akcija jer ne udovoljavaju nekom zamišljenom standardu i ponašanju (Hawton i sur., 2008).

Praćenje sedmičnog rasporeda aktivnosti omogućuje klijentu i terapeutu praćenje klijentovih aktivnosti, jesu li mnoge od njih monotone, ruminirajuće, bez potkrepljenja i koje su od njih povezane s najvišim ili najnižim stupnjem ugone. Pregledavaju se aktivnosti koje su nekad klijentu pružale ugodu i aktivnosti za koje klijent vjeruje da bi u njima mogao uživati te ga se potiče na planiranje više takvih aktivnosti, a manje onih koje ne donose potkrepljenje.

Kad postoje tačne informacije o tome šta klijent radi i koliko je time zadovoljan, tada se svaki dan unaprijed planira, i to sat po sat. Cilj ovog planiranja je povećanje razine aktivnosti, savladavanja vještine i doživljaja ugone. Ova strategija ima niz prednosti. Ona svodi prividno preveliku količinu zadataka na popis koji sadrži ono što klijent može izvesti, povećava vjerovatnost da će aktivnosti biti provedene, potiče povećanje proporcije aktivnosti koje klijentu pružaju zadovoljstvo i povećava klijentov osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Informacije iz plana mogu se koristiti za ispitivanje negativnih automatskih misli, kao što su: „Ja nikad ne uspijem nešto učiniti“, „Ne bih trebao trošiti vrijeme na nešto u čemu uživam“ i slično. Konačno, klijent se uključuje u planirane aktivnosti prema rasporedu aktivnosti i pritom bilježi stvarne procjene razine zadovoljstva i postignuća (Hawton i sur., 2008).

Ako se klijent ne uspije uključiti u planirane aktivnosti, misli koje vode klijenta da izabere izbjegavati aktivnosti mogu se potaknuti i pobijati, jer često klijenti pretpostave da bi trebali čekati dok se ne osjećaju motivirani prije aktivnosti, što je uobičajena pogreška. Zapravo je vjerovatnije da će se osjećati motiviraniji kad jednom započnu aktivnosti. Pored bihevioralne aktivacije koriste se i tehnike poput zadavanja stupnjevitih zadataka što suzbija beznadnost ohrabrujući klijenta da smanje zadatke na razinu koju mogu provesti i da realističnije definiraju uspjeh, uzimajući u obzir kako se osjećaju. Terapeut također potiče pacijenta na samonagrađivanje pozitivnim izjavama i opipljivim nagradama za svaki obavljeni zadatak te nastoji pomoći klijentu u poboljšavanju socijalnih vještina, kao što su pozitivno i pohvalno ponašanje prema drugima, jačanje samopouzdanja i odlučnosti te poboljšanje osobne higijene i izgleda (Leahy i sur., 2014).

Zadavanjem stupnjevitih zadataka povećavaju se izgledi klijenta da u njima uspije jer su zadaci razbijeni u male korake, od kojih se svaki potkrepljuje. U kognitivno bihevioralnoj terapiji svaki je korak olakšan identificiranjem i propitivanjem blokada koje koče napredak („Ja to neću moći

učiniti“, „To je previše za mene“). Zadavanje stupnjevitih zadataka suzbija beznadnost ohrabrujući klijente da smanje zadatke na razinu koju mogu provesti, da povećaju učestalost samonagrađivanja i da realističnije definiraju uspjeh, uzimajući u obzir kako se osjećaju (Hawton i sur., 2008)

Bihevioralni zadaci kao što su raspored aktivnosti, postupni zadaci, trening asertivnosti, trening rješavanja problema i trening komunikacijskih vještina koriste se u tretmanu depresije ne samo za povećanje potkrepljenja za klijente, već i kao pomoć klijentima u testiranju i propitivanju njihovih negativnih kognicija. Klijent koji vjeruje da nema šta za reći i da niko nije zainteresiran za razgovor sa njim, može dobiti zadatak da razgovara sa deset ljudi, što mu može pomoći da u testiranju ideje da nema šta za reći i da će ga svi odbaciti, ali i u prepoznavanju da nedostatak pozitivnih reakcija od drugih nije katastrofa. Druga važna komponenta bihevioralnih zadataka je pomoći klijentu da nauči izabrati ponašanje. Od depresivnog klijenta koji sjedi kod kuće i ruminira može se tražiti da razmislimo alternativama ruminiranju, naprimjer odlasku u muzej. Od klijenta se može tražiti da izračuna cijenu i dobit za ostanak kod kuće i ruminiranje u odnosu na odlazak u muzej, što je korisno u motiviranju klijenta da se usmjeri na to kako njegova negativna predviđanja određuju njegove izbore. Bihevioralni zadaci se tako koriste za prikupljanje informacija o mislima.

Klijenti često ojačaju nadanje izvršavanjem bihevioralnih zadataka i mogu uvjerljivo vidjeti razliku između svojih iskrivljenih vjerovanja i stvarnosti. Samo apstraktne rasprave s klijentima o tome kako je realitet dobar pokazuju se značajno inferiornima kao strategija u pomaganju klijentima u testiranju njihovih kognitivnih distorzija u odnosu na izvršavanje ponašanja koja su „djela suprotna mislima“ (Leahy i sur., 2014).

5.1.5. Kognitivne intervencije

Tok kognitivnih intervencija počinje obučavanjem klijenta o različitim vrstama kognitivnih distorzija. Tri razine kognitivnih distorzija su povezane u hijerarhiji tako da su iskrivljene automatske misli najneposrednije i najlakše dostupne, nakon čega slijede disfunkcionalne pretpostavke i disfunkcionalne sheme. Kognitivno restrukturiranje je tehnika koja se sastoji od identifikacije i evaluacije negativnih automatskih misli. Nakon što ih se identificira, pacijenta se potiče da ih ponovno procijeni i pokuša osporiti traženjem dokaza i protudokaza u svrhu

nalaženja novog, logičnijeg, realnijeg i funkcionalnijeg načina razmišljanja. Nakon što se klijenta educira o prirodi automatskih misli i različitim kategorijama u koje se mogu klasificirati, klijenta se upoznaje kako su raspoloženja povezana s mislima koje ima u određenom trenutku. Zato se od klijenta traži da redovno vodi bilješke o događajima u svom životu i emocijama i mislima koje su s njima povezane, te da procjenjuje intenzitet tih emocija. Kad je klijent upoznat s identificiranjem i podučen kategoriziranju negativnih automatskih misli, slijedi njihovo propitivanje i osporavanje.

Postoje dvije glavne metode za traženje realističnijih i korisnijih alternativa za negativne automatske misli, verbalno osporavanje njihove valjanosti i bihevioralni eksperiment. Ispitivanje cijene i dobiti od misli, ispitivanje dokaza za i protiv misli, korištenje tehnike vertikalnog spuštanja, primjena „dvostrukih standarda“ uobičajene su tehnike koje se koriste u ovu svrhu.

Iza verbalnog propitivanja i osporavanja negativnih automatskih misli dolaze bihevioralni zadaci, pomoću kojih se testiraju ili provjeravaju nove ideje. Ti zadaci mogu zahtijevati poduzimanje akcije kojom će se poboljšati neka nezadovoljavajuća vanjska situacija ili pronalaženje učinkovitijih načina reagiranja na vanjsku situaciju koja se ne može poboljšati.

Ispitivanje negativnih misli potiče klijente na realistično procjenjivanje cijene i prednosti drugačijeg načina reagiranja, kao i na pripremu na niz mogućih ishoda. Tako se otvara put do promjena u ponašanju, što dovodi do posljedica koje se suprotstavljaju originalnim negativnim mislima i time narušavaju njihovu vjerodostojnost. Tako unutar kognitivno bihevioralne terapije promjena ponašanja nije cilj sam po sebi, već sredstvo za testiranje valjanosti automatskih negativnih misli. Ponekad nova ponašanja već postoje u klijentovom repertoaru ponašanja, ali su blokirana negativnim mislima. Tako naprimjer, neka osoba može znati kako se izražava neslaganje, ali je pritom inhibirana mislima kao što su „Ako se ne složim, neće me voljeti“. U drugim slučajevima, klijent nije blokirana negativnim automatskim mislima već ne zna kako bi se mogao učinkovitije ponašati. U tom slučaju nova ponašanja poput, asertivnosti, socijalnih vještina, rješavanja problema ili vještina učenja moraju biti naučena tokom tretmana (Hawton i sur., 2008).

Utvrđivanje disfunkcionalnih pretpostavki i shema je složenije od utvrđivanja negativnih automatskih misli te se ove dvije vrste kognitivnih distorzija utvrđuju zajedničkim radom klijenta

i terapeuta. Kao i kod negativnih automatskih misli, verbalno suprotstavljanje nefunkcionalnim pretpostavkama treba uvijek biti testirano i potkrijepljeno promjenama u ponašanju. Može biti neophodno ponavljanje bihevioralnih eksperimenata duže vrijeme nego kod eksperimenata u vezi sa negativnim automatskim mislima, a i u većem broju različitih situacija. Eksperimenti trebaju biti u različitim oblicima kao što su prikupljanje informacija o standardima drugih ljudi (umjesto pretpostavljanja da su vlastiti standardi univerzalni), djelovanje protiv pretpostavki i opažanje posljedica (što može izazvati visoku anksioznost) te testiranje novog pravila na djelu. Konačni cilj ovog procesa pobijanja je produkcija „racionalnog odgovora“, odnosno noviji, logičniji i realniji oblik originalne misli, pretpostavke ili sheme. Disfunkcionalna pretpostavka „Ako se nekome ne sviđam, to znači da sam bezvrijedna“ može se zamijeniti funkcionalnijom, „Ako se nekome ne sviđam, možda me dobro ne poznaje“ (Leahy i sur., 2014).

5.1.6. Prorjeđivanje tretmana i priprema za budućnosti

Kognitivno-bihevioralna terapija nema za cilj samo u toku tretmana dovesti do promjene negativnih misli i disfunkcionalnih vjerovanja, nego i osposobiti klijenta vještinama koje će moći koristiti u problemskim situacijama u svakodnevnom životu nakon tretmana. Upotreba bihevioralnih i kognitivnih tehnika za ublažavanje simptoma depresije tokom tretmana pomažu klijentu da razvije vještine samopomoći. Ovo je važan aspekt prevencije recidiva (Moore i Garland, 2003).

U završnim sesijama terapije naglasak je na pomaganju klijentu da i dalje u praksi primjenjuje strategije naučene tokom tretmana. Smanjenje učestalosti terapijskih sesija pruža klijentu priliku da vježba strategije samopomoći, a da u isto vrijeme ima smjernice terapeuta.

Približavanjem kraju tretmana mnogi klijenti strahuju da neće sami dobro funkcionirati. Poželjno je postupno prorjeđivanje na manje česte, ali redovite seanse. Klijenta se potiče da sam sebi zadaje domaće zadaće, a nastavak izvođenja domaćih zadaća je dobar prediktor održavanja poboljšanja. Klijenta se potiče da izrazi svoje brige i procijeni podatke o njihovoj valjanosti te moguće identificira specifične događaje koji bi u budućnosti mogli voditi do depresije, kao npr. odlazak u penziju, smrt roditelja ili odlazak djece iz kuće. Terapeut i klijent mogu zajedno izraditi planove za takve situacije (Hawton i sur., 2008).

Kognitivno bihevioralna terapija nastoji klijenta osposobiti da se s budućim depresivnim teškoćama, krizama i recidivima nosi samostalno. Pri kraju tretmana klijenta se uvježbava da po potrebi koristi sve što je tokom tretmana naučio, razgovara se o mogućim teškoćama i krizama, kao i mogućnostima njihovog samostalnog prevladavanja. Stoga se klijenta podsjeća na tehnike koje su bile korisne u savladavanju teškoća koje je imao pri dolasku na tretman i naučenim tokom tretmana.

6. ZAKLJUČCI

1. Depresivna simptomatologija je veoma obimna. Najčešći simptomi depresije su gubitak energije, poteškoće sa spavanjem, gubitak tjelesne težine, teškoće koncentracije, umor, psihomotorni nemir, osjećaj bezvrijednosti i česta suicidalna razmišljanja. Važeći klasifikacijski sistemi kao kriterije dijagnosticiranja depresije navode najmanje dvosedmično prisustvo simptoma depresivnog raspoloženja i gubitak zanimanja, odnosno smanjeno zanimanje ili uživanje u svim ili gotovo svim aktivnostima. Ovi simptomi uzrokuju klinički značajnu patnju i oštećenje u radnom, socijalnom i drugim važnim područjima funkcioniranja. Depresivne osobe imaju tendenciju da se osjećaju bespomoćno i beznačajno, okrivljujući sebe za navedene osjećaje. Dodatno, osjećaju se preopterećeno i iscrpljeno te se lako prestaju angažirati oko svojih uobičajenih aktivnosti i počinju izolirati od okoline.
2. Kognitivno-bihevioralni model nastanak i održavanje depresivnog poremećaja tumači pristranostima, distorzijama ili stilovima razmišljanja čiji je sadržaj negativan jer ga podržavaju predrasude ili distorzije u mišljenju, odnosno negativne automatske misli. Temelj depresije je takozvana kognitivna trijada koja se sastoji od negativnog doživljavanja sebe, okoline i budućnosti. Pacijenti svoje neuspjehe pripisuju osobnim neadekvatnostima te su uvjereni da im nedostaju kvalitete koje su nužne za postizanje sreće. Skloni su mišljenju kako okolina postavlja pred njih prepreke koje jes nemoguće savladati. Treća komponenta trijade je beznadni pogled na budućnost u kojoj njihovi naponi neće biti dostatni da bi promijenili nezadovoljavajući tok svojih života. Depresivni pacijenti stalno iskrivljuju interpretacije događaja održavajući negativnu sliku sebe, okoline i budućnosti. Važna predispozicija za mnoge depresivne pacijente je prisutnost negativnih kognitivnih shema koje potiču iz djetinjstva i adolescencije. U bihevioralnim modelima depresija se shvata u terminima odnosa između pojedinca i okoline, a nastanak i održavanje depresije karakterizira teškoća dobijanja potkrepljenja ili nepovezivanje potkrepljenja i ponašanja. Bihevioralni modeli depresije naglašavaju redukciju nagrađujućih ponašanja, nedostatak samonagrađivanja, samokažnjavajuće ponašanje, deficit vještina, nedostatak asertivnosti, slabe vještine rješavanja problema, izloženost averzivnim situacijama te nedosljednost

između ponašanja. Osnovni bihevioralni model depresije je koncepcija o gubitku pozitivnog potkrepljenja i naučene bespomoćnosti.

3. Kognitivno-bihevioralna terapija je jedan od najviše istraženih i široko prihvaćenih psiholoških tretmana za depresiju. Kognitivne terapijske strategije u kognitivno-bihevioralnom tretmanu depresije usmjerene su na edukaciju i kognitivno restrukturiranje (identificiranje i modificiranje disfunkcionalnih kognicija), a bihevioralne na planiranje aktivnosti, samonagrađivanja, trening rješavanja problema te trening asertivnosti i socijalnih vještina. Fokus kognitivnih intervencija je mijenjanje depresivnog mišljenja, a bihevioralne intervencije imaju za cilj podizanje nivoa aktivnosti kod deperesivnih klijenata. Unutar kognitivno-bihevioralne terapije promjena ponašanja nije cilj sam po sebi, već sredstvo za testiranje valjanosti automatskih negativnih misli.

7. LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5*. Naklada Slap.
- Anić, N. (1984). *Praktikum iz biheviorn terapije*. Društvo psihologa Hrvatske.
- Anić, N. (1990). *Kognitivno-bihevioralne terapije*. Društvo psihologa Hrvatske.
- Baldwin, S. D., Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of DEPRESSION*. The Parthenon Publishing Group, International Publishers in Medicine, Science & Technology.
- Barbarić, D. (2012). *Pobijedite depresiju kognitivno-bihevioralnim tehnikama*, Profil International.
- Beck, J.S. (2008). *Osnove kognitivne terapije*. Naklada Slap.
- Begić, D. (2013). Kognitivno-bihevioralna terapija depresije. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik.*, 19, (106), 171-174.
- Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Ercegović, N., Paradžik, L.J., Grgić, V. (2016). Sva lica dječje depresije-heterogenost kliničke slike depresije u djece i adolescenata. *Paediatr Croat.*, 60 (1), 119-125.
- Brečić, P. (2017). Suicide in Psychiatry Disorders. *Medicus*, 26 (2), 173-183.
- Buljan, D. (2004). Depression and stroke. *Acta Clinica Croatica*, 43 (1). 121-127.
- Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Naklada Slap.
- Davison, G.C., Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Elis, T.E., Newman, K.F. (2009). *Kognitivna terapija suicidalnosti: Izaberi život*, Psihopolis institut.
- Filaković, P. (2004). Terapija depresija kod bolesnika s komorbiditetom. *Medicus*, 13 (1), 59-67.
- Gregurek, R. (2004). Psychoterapy of Depressions. *Medicus*, 13 (1), 95-100.
- Hautzinger, M. (2002). *Depresija*, Naklada Slap.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (2008). *Kognitivno bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme*. Naklada Slap.
- Hell, D. (2012). *Depresija*. Laguna.
- Ivanušić, J. (2019). Bol i depresija - psihijatrijski osvrt. *Acta Med Croatica*, 73 (1) 35-43.

- Kalebić-Jakupčević, K., Živčić-Bećirević, I. (2016). Kognitivni i metakognitivni procesi u depresivnom poremećaju. *Soc.psihijat.*, 44, (3), str.185-195.
- Karlovic, D. (2017). Clinical Characteristics and Diagnosis of Depression. *Medicus*, 26 (2), 161-165.
- Kocijan-Hercigonja, D., Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13 (1), 89-93.
- Kozarić-Kovačević, D., Jendričko, T. (2004). Suicisality and Depression. *Medicus*, 13 (1), 77-87.
- Krnetić, I. (2015). *Kružna razmišljanja i uopštena vjerovanja koja vode u depresiju*. Centar za kognitivno-bihejvioralnu terapiju Banja Luka, Akademac BL.
- Kurtović, A. (2012). Uloga obitelji u depresivnosti adolescenata. *Klinička psihologija* 5, (2), 1-2, 37-58. *Naklada Slap*.
- Kurtović, A., Marčinko I. (2011). Spolne razlike u atribucijama negativnih i pozitivnih događaja te depresivnim simptomima. *Psihologijske teme*, 20 (1), 1-25.
- Kurtović, A., Živčić-Bećirević, I. (2012). Uloga svakodnevnih negativnih događaja u depresivnosti adolescenata. *Društvena istraživanja Zagreb*, 21 (3), 671-691.
- Leahy, R.L., Holland, S.J., McGinn L.K. (2014). *Planovi tretmana i intervencije za depresiju i anksiozne poremećaje*, Naklada Slap.
- Lovretić, V., Mihaljević-Peleš, A. (2013). Je li poremećaj kognitivnih funkcija u depresiji put u demenciju. *Soc. psihijat.*, 41 (2), 109-117.
- Makarić, P., Vidović, D., Čelić, I., Jendričko, T., Brečić, P. (2019). Suicidalnost u starijih osoba. *Soc.psihijat.*, 47, 417-418.
- Moore, R.G., Garland, A. (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*. John Wiley & Sons Ltd, England.
- Munjiza, M., (2012), *Depresija bolest 21. veka*, Velarta Beograd.
- Pahić, R., Pahić, T. (2015). Primjena kognitivno-bihejvioralne terapije kod bolesnika s ozljedom kralješnične moždine. *Fiz. rehabil. med.*; 27 (1-2), 125-132.
- Pepić, F., Milovanović, O., Djurić, S., Biočanin, V., Djurić, D. (2017). Kognitivno bihejvioralna teorija i terapijska adherence. *Engrami. vol. 39. br.2*.
- Pettit, J.W., Joiner, T.E. (2006). *Chronic Depression Interpersonal Sources, Therapeutic Solutions*. American Psychological Association Washington.
- Pozgain, I. (2017). *Optimal Therapy Selection in the Treatment of a Depressive Patient*. *Medicus*, 26 (2), 193-198.
- Rudan, V., Tomac, A. (2009). Depresija u djece i adolescenata. *Medicus*, 18 (2), 173-179.

- Stoppe, G. (2019). Depression in Old Age. *Soc. Psihijat.*, 47, 261-268.
- Tadinac, M., Jokić-Begić, N., Hromatko, I., Kotrulja, L., Lauri-Korajlija, A. (2006). Kronična bolest, depresivnost i anksioznost. *Soc.psihijat.*, 34 (4), str. 169-174.
- Tasovac, D., Vlastelica, M., Matijević, V. (2015). Depresija u kardioloških bolesnika. *Soc.psihijat.*, 43, (2), str. 87-94.
- Vulić-Prtorić, A. (2004), *Depresivnost u djece i adolescenata*, Naklada Slap.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press New York.
- Wenar, C. (2003), *Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije*, Naklada Slap.
- Živčić, I. (2008), Kognitivno-bihevioralna terapija: Što je i kako djeluje?. *Prvi hrvatski psihoterapijski kongres*, Zagreb. Klinika za psihološku medicinu, 29-30.