

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TERAPIJA ZA PSIHIJATRIJSKE PROBLEME

VODIČ ZA PRAKTIČAN RAD

Urednici

KEITH HAWTON
PAUL M. SALKOVSKIS
JOAN KIRK I
DAVID M. CLARK

Prijevod

prof. dr. sc. Mirjana Krizmanić

Recenzenti

mr. sc. Nada Anić, prof. psihol.
doc. dr. sc. Veljko Đorđević, dr. med., spec. psihijatrije



NAKLADA SLAP

SADRŽAJ

POPIS SURADNIKA	IX
PREDGOVOR	XI
UVOD	XIII
ZAHVALE	XV
1. RAZVOJ I NAČELA KOGNITIVNO-BIHEVIORALNIH TRETMANA	1
<i>Urednici</i>	
Rane kliničke primjene bihevioralnih načela	3
Primjena operantnih tehnika: primijenjena analiza ponašanja	7
Konsolidacija i elaboracija bihevioralnog pristupa	8
Integracija kognitivnih i bihevioralnih pristupa	10
Opća načela kognitivno-bihevioralnog tretmana	11
Preporučena literatura	12
2. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA PROCJENA	13
<i>Joan Kirk</i>	
Uvod	13
Ciljevi kognitivno-bihevioralne procjene	13
Načini procjenjivanja	16
Mjerenje u kognitivno-bihevioralnom procjenjivanju i tretmanu	17
Bihevioralno intervjuiranje	20
Samomotrenje	42
Upitnici samoiskaza	47
Informacije dobivene od drugih ljudi	47
Neposredno opažanje ponašanja	48
Bihevioralni nusprodukti	50
Fiziološke mjere	50

Zaključci	51
Preporučena literatura	51
3. ANKSIOZNA STANJA: PANIKA I GENERALIZIRANA ANKSIOZNOST	53
<i>David M. Clark</i>	
Priroda problema	53
Kognitivni modeli stanja anksioznosti	55
Procjena	60
Primjerenost za tretman	64
Opis tretmana	65
Alternativni tretmani	91
Ishod	91
Preporučena literatura	92
Dodatak: Faze uvježbavanja primijenjene relaksacije	93
Racionala	93
Prepoznavanje ranih znakova anksioznosti	94
Progresivna relaksacija (15-20 minuta)	94
Samoopuštanje (5-7 minuta)	95
Relaksacija kontrolirana znakovima (2-3 minute)	96
Diferencijalna relaksacija (60-90 sekundi)	96
Brza relaksacija (20-30 sekundi)	97
Uvježbavanje primjene	97
Program održavanja	98
4. FOBIČNI POREMEĆAJI	99
<i>Gillian Butler</i>	
Uvod	99
Teorijska osnovica tretmana	102
Procjenjivanje	105
Tretman u praksi	111
Djelotvornost izlaganja	129
Preporučena literatura	130
5. OPSESIVNI POREMEĆAJI	131
<i>Paul M. Salkovskis i Joan Kirk</i>	
Priroda problema	132
Psihološki model opsesivno-kompulzivnog poremećaja	135
Procjena	136
Tretman opsesija s otvorenim kompulzivnim ponašanjem	150
Tretman opsesija bez otvorenog kompulzivnog ponašanja	161
Alternativni tretmani	167
Istraživanja ishoda tretmana	168
Preporučena literatura	169

6. DEPRESIJA	171
<i>Melanie Fennell</i>	
Uvod	171
Kognitivni model depresije	173
Kognitivno-bihevioralna terapija za depresiju: opće karakteristike	175
Izbor bolesnika za kognitivno-bihevioralnu terapiju	176
Struktura tretmanskih sesija	178
Glavne strategije kognitivno-bihevioralne terapije	186
1. korak Kognitivne strategije	188
2. korak Bihevioralne strategije	190
3. korak Kognitivno-bihevioralne strategije	194
4. korak Preventivne strategije	204
Što ako kognitivno-bihevioralna terapija ne uspije?	210
Nalazi istraživanja	210
Preporučena literatura	211
Dodatak: letci za bolesnike	212
7. SOMATSKI PROBLEMI	237
<i>Paul M. Salkovskis</i>	
Pristupi somatskim problemima	238
Priroda somatskih problema	239
Procjena	246
Tretman	254
Specifični poremećaji: primjena općih i specifičnih tehnika	265
Moguće teškoće kod nekih drugih stanja	274
Teškoće u tretmanu	274
Zaključci	277
Preporučena literatura	277
8. POREMEĆAJI HRANJENJA	279
<i>Christopher Fairburn i Peter Cooper</i>	
Uvod	279
Klinička svojstva anoreksije i bulimije nervoze	280
Tretman bulimije nervoze	282
Priručnik za kognitivno-bihevioralni tretman	284
Podskupine bolesnica s bulimijom s kojima je teže raditi	304
Grupna terapija, hospitalizacija i upotreba lijekova u tretmanu bulimije nervoze	305
Tretman anoreksije nervoze	306
Preporučena literatura	315
9. KRONIČNE PSIHIJATRIJSKE SMETNJE	317
<i>John Hall</i>	
Uvod	317
Problemi	317

Procjena	320
Tretman kroničnih psihijatrijskih smetnji	325
Zaključci	337
Preporučena literatura	340
10. BRAČNI PROBLEMI	341
<i>Karen B. Schmaling, Alan E. Fruzzetti i Neil Jacobson</i>	
Uvod	341
Procjena	343
Struktura tretmana	348
Tretmanske intervencije: tehnike	354
Ishod	369
Preporučena literatura	371
11. SEKSUALNE DISFUNKCIJE	373
<i>Keith Hawton</i>	
Priroda seksualnih disfunkcija	374
Uzroci seksualnih disfunkcija	375
Procjena	379
Pregled seksualne terapije	385
Formulacija	387
Domaći zadaci	389
Savjetovanje	399
Poučavanje	403
Završetak tretmana	404
Ishod seksualne terapije	405
Zaključci	407
Preporučena literatura	407
12. RJEŠAVANJE PROBLEMA	409
<i>Keith Hawton i Joan Kirk</i>	
Uvod	409
Procjena	411
Faze i strategije rješavanja problema	418
Završetak terapije	426
Zaključci	428
Preporučena literatura	428
LITERATURA	429
KAZALO	451

6.

DEPRESIJA

Melanie J. V. Fennell

Uvod

Priroda depresije

Klinička je depresija toliko raširena, da se naziva običnom prehladom psihijatrije (Seligman, 1975). U bilo kojem trenutku 15-20% odraslih osoba pati od značajne količine depresivne simptomatologije. Najmanje 12% osoba doživljava depresiju koja u nekom razdoblju njihova života traži liječenje. Procjenjuje se da je depresija razlog za 75% psihijatrijskih hospitalizacija. Zbog za sada nejasnih razloga, u zapadnim industrijaliziranim zemljama, učestalost je depresije kod žena dva puta veća nego kod muškaraca (Brown i Harris, 1978). Čini se vjerojatnim da se pojava depresije ne može objasniti nekim pojedinačnim faktorom, već interakcijom brojnih različitih čimbenika. Utvrđeno je da su početak i tijek depresije u vezi s 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 bračni partner, pomanjkanje bliskog povjerljivog odnosa, pomanjkanje prikladne socijalne podrške i dugotrajno pomanjkanje samopoštovanja. (Noviji prikaz epidemiologije pogledajte u Boyd i Weissman, 1982).

Postoje različite podjele kliničke depresije kao dijagnostičke kategorije u nekoliko podklasa. Tako se razlikuju bipolarna i unipolarna depresija, te endogena i reaktivna (ili neurotična) depresija. U ovom ćemo poglavlju naziv "depresija" općenito koristiti za depresivni poremećaj koji nije bipolarni i nije psihotičan (tj. nema halucinacija ili 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, oni su žalosni, često na rubu suza. Progoni ih osjećaj krivnje, jer vjeruju da su na neki način razočarali druge ljude. Oni mogu postati i razdražljiviji nego što su to inače, anksiozniji i napetiji. Kad je depresija na

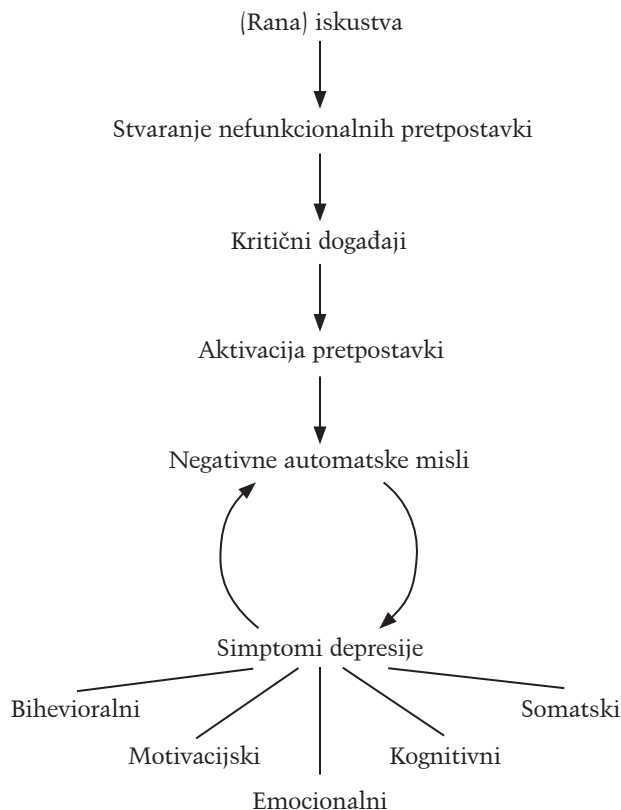
vrhuncu, ljudi mogu izgubiti sposobnost emocionalnog reagiranja, pa im se čini da su im umrtvljeni i dobri i loši osjećaji, te ne mogu uživati u normalnim aktivnostima ili biti za njih zainteresirani. Njihova je energija smanjena i sve im je teško i naporno, pa su stoga skloni odustajanju od stvari s kojima bi se inače normalno bavili. Događa se da provode sate zgrbljeni na stolcu ili ležeći u krevetu. Uobičajena zadovoljstva, poput čitanja novina ili gledanja televizije, postaju im teška i naporna, jer se teško koncentriraju i slabo pamte što su pročitali ili čuli. Postaju pretjerano zaokupljeni time kako se loše osjećaju, kao i prividno nerješivim teškoćama s kojima su suočeni. Mogu biti poremećene čak i osnovne tjelesne funkcije, pa slabo spavaju, nemaju teka, izgubili su spolnu želju. Najopasnije je što im se tijekom vremena čini da sve to neće nikad prestati i da se ništa ne može učiniti kako bi se stvari poboljšale. I tako raste beznadnost, koja može dovesti i do čežnje za smrću i misli o samoubojstvu. Među osobama koje su jako depresivne, na kraju oko 15% počinu samoubojstvo (Coryell i Winkour, 1982).

U većini slučajeva depresija je vremenski ograničena. Neliječene epizode obično prođu unutar 3-6 mjeseci, ali se često i vraćaju, pa kod oko 15-20% ljudi poremećaj postaje kroničan. Zbog toga liječenje treba biti usmjereno ne samo na oporavak od postojeće epizode, već i na održavanje poboljšanja i, ako je moguće, smanjenje vjerojatnosti ponovne pojave. Takva usmjerenost potakla je razvoj psiholoških tretmana, namijenjenih poučavanju bolesnika aktivnim vještinama upravljanja depresijom.

Razvoj psiholoških tretmana depresije

U posljednjih deset godina došlo je do naglog razvoja niza kratkotrajnih psiholoških tretmana depresije (Rush, 1982). Do sredine 1970-ih godina psihijatrijska konceptualizacija poremećaja smatrala je ponašajne i kognitivne nedostatke koji prate depresiju posljedicom primarnog poremećaja raspoloženja. U skladu s tim, to nisu bili prikladni ciljevi tretmana sami po sebi. U kliničkoj psihologiji, depresija je sve više dolazila u središte teorijskih spekulacija (npr. Lazarus, 1988; Costello, 1972; Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974b; Seligman, 1975), 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 najutjecajnija kognitivno-bihevioralna terapija za depresiju, kakvu su razvili Beck i njegovi suradnici u Philadelphiji (Beck, Rush, Shaw i Emery, 1979). Kognitivno-bihevioralna terapija u svom najboljem izdanju sadrži složeno ispreplitanje kognitivnih i bihevioralnih tehnika. Te tehnike u određenoj mjeri obuhvaćaju i intervencije koje zastupaju drugi autori, na primjer, program ugodnih doživljaja (npr. Lewinsohn, Sullivan i Grosscup, 1982), te



Slika 6.1 Kognitivni model depresije

ponovnu evaluaciju disfunkcionalnih standarda ponašanja (npr. Rehm, 1982) i depresivnih atribucija (npr. Abramson, Seligman i Teasdale, 1978).

Kognitivni model depresije

Beckov kognitivni model depresije (Beck, 1967, 1976) shematski je prikazan na slici 6.1. Prema tom modelu, iskustvo navodi ljude na određene pretpostavke ili na stvaranje shema o sebi i svijetu, koje se poslije koriste za organiziranje percepcije te za upravljanje i procjenjivanje ponašanja. Sposobnost predviđanja i osmišljavanja vlastitih iskustava od koristi je, pa čak i potrebna za normalno funkcioniranje. Međutim, neke su pretpostavke rigidne, ekstremne, otporne na promjenu i zbog toga "disfunkcionalne" ili kontraproduktivne. Takve se pretpostavke, na primjer, odnose na ono što je ljudima potrebno

da bi bili sretni (npr. "Ne mogu biti sretna ako netko o meni loše misli"), te što moraju činiti da bi sebe smatrali vrijednima (npr. "Moram biti uspješan u svemu čega se prihvatim"). Disfunkcionalne pretpostavke same po sebi nisu dovoljne za razvoj kliničke depresije. Problemi nastaju kad se pojave neki kritični događaji koji se isprepliću s osobnim sustavom vjerovanja pojedinca. Tako vjerovanje da osobna vrijednost u cijelosti 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.

Kad su disfunkcionalne pretpostavke jednom aktivirane, one dovode do provala "negativnih automatskih misli", koje su "negativne" jer su povezane s neugodnim emocijama, a "automatske" jer padaju ljudima na um, umjesto da proizlaze iz namjernog procesa rasuđivanja. To mogu biti interpretacije trenutačnih doživljaja, predviđanja budućih događaja ili sjećanja na nešto što se dogodilo u prošlosti. Te negativne misli dovode do drugih simptoma depresije: bihevioralnih simptoma (npr. smanjene razine aktivnosti, povlačenja); motivacijskih simptoma (npr. gubitka interesa, inercije); emocionalnih simptoma (npr. anksioznosti, krivnje) i fizičkih simptoma (npr. gubitka apetita, nesаницe). Kako se depresija razvija, tako negativne misli postaju sve češće i češće i sve intenzivnije, a racionalnije misli postupno bivaju istisnute. Pokretanju tog procesa pridonosi i razvoj sve prodornijeg depresivnog raspoloženja. I tako nastaje začarani krug. S jedne strane, što je osoba depresivnija, to ima više depresivnih misli i više u njih vjeruje. S druge strane, što više ima depresivnih misli i što više u njih vjeruje, to više postaje depresivna.

Kognitivni terapeut razbija začarani krug, poučavajući bolesnika kako će dovesti u pitanje negativne automatske misli, a nakon toga i pretpostavke na kojima se te misli temelje. U ostatku ovog poglavlja bit će opisano kako se to radi. Međutim, ponajprije moramo razmotriti dvije opće postavke o kognitivnom modelu.

1. Model je razvijen za tretman depresije i najviše je ispitivan u vezi s depresijom. On, međutim, nije relevantan samo za depresiju, ili čak samo za emocionalne poremećaje kliničkog intenziteta. Distorzija nadolazećih informacija u skladu s konceptualnim okvirom koji već otprije postoji nije sama po sebi abnormalna (Nisbett i Ross, 1980; Hollon i Kriss, 1984). Prema tome, ne postoji kvalitativna razlika među mislima većine depresivnih pacijenata i onih koji ih pokušavaju liječiti, već depresija preuveličava i intenzivira procese koji postoje u svima nama. Uviđanje te činjenice može biti važno za stvaranje ravnopravnog, suradničkog odnosa između terapeuta i bolesnika.
2. Činjenica da kognicije utječu na raspoloženje ne implicira da negativne misli *uzrokuju* depresiju. Na depresiju možemo gledati kao na konačan zajednički put niza bioloških, razvojnih, socijalnih i psihičkih varijabli koje čine dispozicije i prethode pojavi depresije. Depresivno mišljenje ne *uzrokuje* depresiju, ono je njezin dio. Kognitivni procesi mogu, međutim,

imati određeni vremenski prioritet u razvoju poremećaja raspoloženja, te mogu potaknuti, pojačati i održavati druge simptome. Zbog tog razloga oni čine idealnu točku za intervenciju.

Kognitivno-bihevioralna terapija za depresiju: opće karakteristike

Kognitivno-bihevioralna terapija je "aktivan, direktivan, vremenski ograničen, strukturiran pristup... utemeljen na teorijskoj racionalnosti da su emocije i ponašanje neke osobe u velikoj mjeri određeni načinom na koji ta osoba strukturira svijet" (Beck i sur., 1979, str. 3). Ta je terapija:

- utemeljena na prethodno opisanom koherentnom kognitivnom modelu emocionalnog poremećaja, a ne na hrpi tehnika bez ujedinjujuće racionalne;
- utemeljena na čvrstoj terapijskoj suradnji, u kojoj je bolesnik eksplicitno identificiran kao ravnopravni partner u timskom pristupu rješavanju problema;
- kratka i vremenski ograničena, potičući bolesnike da razviju neovisne vještine samopomoći;
- strukturirana i direktivna;
- usmjerena na problem i na faktore koji održavaju teškoće, a ne na izvore tih teškoća;
- oslonjena na proces propitivanja i "vođenog otkrivanja" (Young i Beck, 1982), a ne na uvjeravanje, držanje predavanja ili raspravu;
- utemeljena na induktivnim metodama, tako da bolesnik može naučiti svoje misli i vjerovanja smatrati hipotezama, čija se valjanost može provjeravati;
- obrazovna, pa kognitivno-bihevioralne tehnike prikazuje kao vještine koje se stječu praksom i unose u bolesnikovo okruženje pomoću domaćih zadataka.

Kognitivno-bihevioralna terapija može se konceptualizirati kao vrsta rješavanja problema. Bolesnici dolaze s nizom problema, među kojima je i depresija. Depresivno mišljenje ih sprječava u rješavanju tih problema, pa je stoga napad na te misli sredstvo za postizanje određenog cilja, a ne cilj sam po sebi: cilj terapije je pomoću kognitivno-bihevioralnih strategija pronaći rješenja za pacijentove probleme, a ne samo pomoći bolesniku da "racionalnije" misli. Neposredni cilj je ublažavanje ili uklanjanje simptoma. Dugoročno se iste strategije koriste za rješavanje životnih problema (poput situacijskih teškoća ili teškoća u odnosima), te sprječavanje, ili barem ublažavanje, budućih epizoda depresije.

U većini istraživačkih nacрта nudi se maksimum od 20 jednosatnih terapijskih sesija, koje se u prva 3-4 tjedna održavaju dva puta tjedno, kako bi se stvari pokrenule, a nakon toga jednom tjedno. U praksi se broj potrebnih susreta jako razlikuje. Neki ljudi, naročito oni koji su se tijekom života, a prije nego što su postali depresivni, dobro znali nositi s problemima, dobro reaguju na pet do šest vrlo strukturiranih, obrazovnih sesija. Onima čije teškoće

već postoje duže vrijeme, može biti potrebno svih 20 sesija, pa i više (Fennell i Teasdale, 1987a). Učestalost sesija može se također prilagođavati potrebama. Tjedni susreti mogu biti dovoljni kod blažih depresija. Suprotno tome, jače depresivni hospitalizirani bolesnici sa slabom koncentracijom i niskom razinom aktivacije, mogu na početku tretmana imati najviše koristi od kratkih (npr. 20-minutnih) dnevnih sesija, koje su usmjerene na specifične ponašajne zadatke. Neovisno o broju i učestalosti sesija, bolesniku treba odmah na početku objasniti da se od njega očekuje da razvije neovisne vještine samopomoći, pri čemu će mu terapeut biti na raspolaganju samo ograničeno vrijeme.

Izbor bolesnika za kognitivno-bihevioralnu terapiju

Pitanja koja slijede služe kao smjernice u odlučivanju treba li ili ne treba kod određenog bolesnika pokušati primijeniti kognitivno-bihevioralnu terapiju:

Je li bolesnik depresivan?

Istraživanja ishoda pokazala su učinkovitost kognitivno-bihevioralne terapije kod nepsihotičnih (tj. bez halucinacija i deluzija), nebipolarnih i nehospitaliziranih bolesnika, koji udovoljavaju formalnim dijagnostičkim kriterijima za veliki depresivni poremećaj. Istraživački dijagnostički kriteriji (Spitzer, Endicott i Robins, 1978), na primjer, za postavljanje nedvojbene dijagnoze traže: postojanje depresivnog raspoloženja ili opsežne anhedonije unutar najmanje dva tjedna; postojanje barem pet od osam drugih psihomotornih, kognitivno-afektivnih, motivacijskih i somatskih simptoma, te značajno oslabljeno opće funkcioniranje. Ti su kriteriji korisne smjernice za utvrđivanje je li neka osoba depresivna, ali se bolesnici ne smiju odbiti samo zato što ne pokazuju traženi broj simptoma.

Kakva je priroda depresije?

Beck i sur. (1979) predložili su da se "standardni" tretmani, poput hospitalizacije i lijekova, koriste kod vrlo teških bipolarnih depresija s visokim rizikom samoubojstva. Rush i Shaw (1983) dodaju da će kognitivno-bihevioralna terapija vjerojatno biti neuspješna kod endogenih ili melankoličnih depresija. Za sada, međutim, nema jasnih podataka koji bi pokazivali da obrazac endogenih simptoma predviđa slabu reakciju (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley i Christie, 1981; Kovacs, Rush, Beck i Hollon, 1981). Moguće je korištenje kognitivno-bihevioralnih metoda (u kombinaciji s fizičkim tretmanima i hospitalizacijom) za prevladavanje simptoma i posljedica pretežno bioloških depresija, kao što se koriste za prevladavanje tjelesne boli i invaliditeta. U praksi

se mogu kombinirati fizički tretman i kognitivno-bihevioralna terapija, iako mogu nastati problemi ako bolesnik ne koristi psihološke metode zato što postignuto poboljšanje pripisuje djelovanju lijekova.

Koliko je teška depresija?

Procjena težine je važna, jer može otkriti potrebu za alternativnim (ili istodobnim) fizičkim tretmanom ili hospitalizacijom, te stoga što o težini depresije ovisi na koje će se simptome i kojim tehnikama usmjeriti početni tretman. *Beckov inventar depresije* (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock i Erbaugh, 1961), ljestvica samoprocjene od 21 čestice, omogućava brzu procjenu opće simptomatologije, pa je bolesnici mogu rutinski popuniti prije svake sesije. Bodovi se mogu kategorizirati ovako: manje od 10 = osoba nije depresivna; 10-19 = blago depresivna; 20-25 = umjereno depresivna; 26 i više = jako depresivna. Alternativno se težina poremećaja može odrediti na temelju podataka iz intervjua, koji upućuju na intenzitet i raširenost depresivnog raspoloženja, reaktivnost na vanjske događaje, opseg bihevioralnih deficita i stupanj u kojem je narušeno opće funkcioniranje.

Govori li bolesnik o depresivnim kognicijama?

Terapeuti trebaju biti usmjereni na podatke o "negativnoj kognitivnoj trijadi", koju Beck smatra središnjom za depresiju (str. 192). Osobitu pažnju treba posvetiti izazivanju beznadnosti, suicidalnim namjerama i negativnim očekivanjima vezanima uz tretman, jer bavljenje tim simptomima treba biti na prvom mjestu.

Koliko je bolesnik voljan prihvatiti racionalu tretmana?

Bolesnici koji uviđaju važnost racionalne tretmana za njihovo vlastito doživljavanje ("Da, to sam ja") i koji su spremni pokušati primijeniti kognitivno-bihevioralne tehnike, bolje će reagirati na tretman od onih bolesnika koji odbijaju osobnu važnost tog modela (npr. "Shvaćam o čemu govorite, ali ne vidim kako bi to bilo primjenjivo na mene"), pa niječu mogućnost da bi to moglo za njih biti korisno (Fennell i Teasdale, 1987a).

U kojoj mjeri je bolesnik u stanju uspostaviti ravnopravan, suradnički odnos?

Teško je primijeniti kognitivno-bihevioralnu terapiju kao kratki tretman rješavanja problema, ako bolesnik ima znatne teškoće u djelovanju kao član tima.

Problemi obuhvaćaju strah od otkrivanja misli i osjećaja, ustrajanje u tome da bolesnik sam sve riješi, te vjerovanje da bi terapeut trebao sve riješiti. Takve teškoće ne znače da je kognitivno-bihevioralna terapija kontraindicirana, ali one djeluju na način kako se terapija provodi i mogu tražiti neke izravne intervencije. Tako se, na primjer, terapeut već rano u tretmanu mora više usmjeriti na izgrađivanje odnosa nego na poučavanje bolesnika o tehničkim terapijskim vještinama. Može biti nužno i eksplicite raditi na pružanju pomoći bolesniku da identificira i ponovno evaluira misli i pretpostavke koje sprječavaju aktivnu suradnju, poput: "Ako joj kažem kako se zaista osjećam, ona će me odbiti" ili "Njegov je posao da učini da se bolje osjećam, bez ikakvog mog nastojanja."

Koliko je opsežan bolesnikov repertoar vještina suočavanja?

Bolesnici s dobrim repertoarom bihevioralnih i kognitivnih vještina suočavanja reaguju brže i potpunije na kognitivno-bihevioralnu terapiju nego bolesnici bez takvog repertoara (Simons, Lustman, Wetzel i Murphy, 1985). Možda je tome tako stoga što oni spremnije prihvaćaju racionalu tretmana (pogledajte i Fennell i Teasdale, 1987a) ili zato što tretman jednostavno ponovno uspostavlja već postojeće vještine, koje je razorila depresija, umjesto da ih uči potpuno novim oblicima prilagođenog ponašanja. Sad kad smo to utvrdili, možemo reći i da se danas pažnja sve više usmjerava na primjenu kognitivno-bihevioralne terapije kod težih i kroničnih depresija koje se opiru tretmanu (npr. Shaw, citiran u Beck i sur., 1979, str. 392; Fennell i Teasdale, 1982; De Jong, Triebe i Henrich, 1986).

Struktura tretmanskih sesija

Početni intervju

Pregledan prikaz prvog tretmanskog intervjua nalazi se u tablici 6.1. Intervju, koji obično traje između sat i sat i pol, dolazi nakon dijagnostičkog procjenjivanja i evaluacije prikladnosti bolesnika za gore opisani tretman. Njegova je primarna svrha što prije započeti aktivnu terapiju, kako bi se potaklo nadu i pružilo bolesniku mogućnost upoznavanja sa strukturom i procesom kognitivno-bihevioralnog tretmana. Glavni zadaci terapeuta su:

1. Procjena postojećih teškoća

U toj fazi nije nužno znati baš sve o bolesniku. Točnije rečeno, podaci o povijesti poremećaja, koji se rutinski prikupljaju u formalnom psihijatrijskom pregledu (detalji o obiteljskom porijeklu, povijesti školovanja itd.) ne uklju-

čuju se, osim ako su očito relevantni za sadašnje funkcioniranje. Cilj je dobiti opću sliku postojeće situacije kako je vidi sam bolesnik. To zahtijeva što točnije određivanje glavnih problema i prikupljanje dovoljno informacija o njihovom nastanku, razvoju i kontekstu (okolnosti u kojima bolesnik živi, resursi, socijalna potpora itd.) te o negativnim automatskim mislima koje se vežu uz te probleme. Terapeut treba dati preliminarnu formulaciju slučaja, u skladu s kognitivnim modelom depresije. Primjer formulacije nalazi se na slici 6.2. Takva formulacija (s kojom se upoznaje bolesnik) je u biti hipoteza koju treba validirati tijekom tretmana u svjetlu nadolazećih novih informacija. U mnogim slučajevima se do podataka potrebnih za potpunu formulaciju (naročito informacije o temeljnim pretpostavkama i ranim iskustvima koja su dovela do tih pretpostavki) dolazi tek nakon što je tretman već neko vrijeme u tijeku.

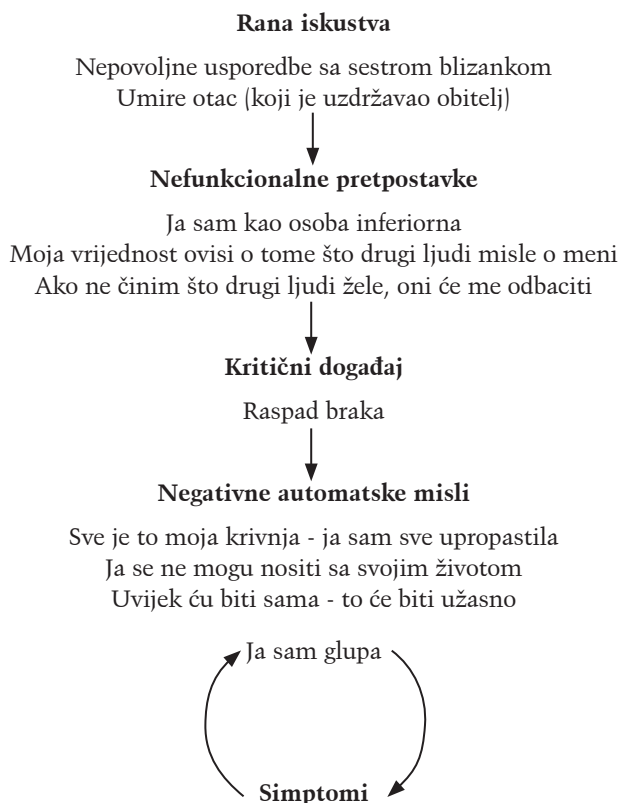
Procjena postojećih teškoća sažeto se prikazuje u "popisu problema" koji se izrađuje u dogovoru s bolesnikom. Primjer se nalazi u tablici 6.2. Popis obično obuhvaća dvije vrste problema: simptome depresije i "životne probleme". Ovi posljednji se odnose na probleme izvan same depresije, koji s njom mogu biti manje ili više povezani, na primjer:

Tablica 6.1 Struktura početnog intervjua

-
1. *Procjena postojećih teškoća:*
 - Simptomi
 - Životni problemi
 - Povezane negativne misli
 - Početak/razvoj, kontekst depresije
 - Beznadnost/suicidalne misli
 - dogovorena lista problema
 2. *Definiranje ciljeva*
 3. *Prezentacija racionalne tretmana:*
 - Praktični detalji
 - Začarani krug negativnih misli i depresija
 - Mogućnost promjene
 4. *Početak tretmana:*
 - Specifično:* Odaberite prvi cilj tretmana
 - Dogovorite se o prikladnom domaćem zadatku
 - Općenito:* Omogućite bolesniku doživljaj stila kognitivno-bihevioralne terapije
- Opći ciljevi:*
- Uspostavljanje odnosa
 - Poticanje nade
 - Pružanje prilike bolesniku za početno razumijevanje modela
 - Postizanje radnog dogovora o testiranju tog modela u praksi
-

- (1) praktični problemi (loš stan ili nezaposlenost)
- (2) interpersonalni problemi (poput teškoća u stvaranju bliskih i povjerljivih odnosa)
- (3) intrapersonalni problemi (poput pomanjkanja samopouzdanja, koje je postojalo i prije početka kliničke depresije).

Oslanjanje na dogovoreni popis problema omogućava bolesniku neposredan doživljaj kognitivno-bihevioralne terapije kao suradničkog pothvata. Popis pomaže terapeutu u razumijevanju bolesnikove perspektive, a bolesniku



Bihevioralni: Snižena razina aktivnosti, socijalno povlačenje

Motivacijski: Gubitak interesa i uživanja, sve je napor, odgađanje

Emocionalni: Žalost, anksioznost, krivnja, stid

Kognitivni: Slaba koncentracija, neodlučnost, mozganje, samokritičnost, suicidalne misli

Somatski: Nesanica, gubitak apetita.

Slika 6.2 Kognitivni model depresije: gospođa R

Tablica 6.2 Popis problema: gospođa R

-
1. *Nemogućnost da se izrazim*
teško mi je reći "ne"
teško mi je ne složiti se
teško mi je reći što želim, ako drugi žele nešto drugo
 2. *Osjećam se inferiornom osobom*
 3. *Teško mi je prilagoditi se raspadu mog braka:*
Želim biti u stanju sama se nositi s praktičnim stvarima (računi, pronalaženje stana itd.)
Nikada neću ostvariti neki drugi dugotrajni odnos.
 4. *Depresija*
svladana svakodnevnim zahtjevima
izbjegavam ljude
sjedim i mozgam
ništa ne radim
ne mogu se koncentrirati
ni u čemu ne uživam
itd.
 5. *Osjećam se depresivno zato što sam depresivna:*
Moja je krivnja što je sve u takvom kaosu; zaslužujem da se tako osjećam.
-

daje osjećaj da se uistinu nastoji razumjeti i upoznati njegova unutarnja zbilja. Terapeut daje kratke, česte sažetke onog što je bilo rečeno i traži povratne informacije, kako bi bio siguran da je točno reflektirao ono što je bolesnik želio reći. Na primjer, "Dopustite da provjerim da li sam vas dobro shvatio. Prvi je problem što ste ostali bez posla. Čini se da tu postoje dvije strane. Jedna je da vi to smatrate svojom krivnjom jer niste bili dovoljno dobri. Druga je da imate teškoća s ispunjavanjem svog vremena. Čini li vam se to točnim?" Kao što je rečeno u 12. poglavlju, lista problema nameće i red nad kaosom. Velika količina neugodnih doživljaja svodi se na određeni broj specifičnih teškoća. Taj proces "redukcije problema" ključan je za poticanje nade, jer implicira mogućnost kontrole. Popis problema u tablici 6.2, na primjer, navodi niz čestica pod naslovom "simptomi depresije". Bolesnica, koja je svaki simptom prikazala kao poseban problem, osjećala se svladanom već pukim brojem tih teškoća. Izrada popisa problema svela je prividno beskonačan katalog na različite aspekte istog problema. (Više detalja o izradi liste problema potražite u 12. poglavlju.)

U radu s depresivnim bolesnicima ključno je već u početnom intervjuu otkriti beznadnost i suicidalne misli. Suicidalne misli se ne priznaju lako, pa uvijek kad je prisutna beznadnost, treba postaviti pitanje o mislima na samoubojstvo. Na primjer:

- Terapeut: Zvuči kao da ste se u vezi s izgledima da stvari krenu nabolje osjećali vrlo potišteno.
- Bolesnik: Da, jesam. Netko me neki dan pitao što ću učiniti kad djeca odu od kuće. I onda sam shvatila da uopće ne mogu gledati toliko unaprijed. Ja za sebe ne vidim budućnost - barem ne neku koju bi vrijedilo imati.
- T: Čini se, dakle, da nema ničeg čemu biste se mogli unaprijed veseliti?
- B: To je točno.
- T: Katkada kad se ljudi tako osjećaju, oni počnu misliti da baš i nema smisla živjeti. Pitam se jeste li se vi ikada tako osjećali?
- B: Pa baš i jesam, znam da to ne bih trebala reći, ali jesam.
- T: Jeste li otišli toliko daleko, da ste pomišljali i na to da završite svoj život?
- B: Da, jesam. Često o tome mislim.

Kad je jednom došlo do priznanja suicidalne namjere, treba procijeniti ozbiljnost te namjere prikupljanjem više detalja o tome jesu li rađeni planovi, što je osobu spriječilo da poduzme stvarnu akciju itd. Kad je prisutna ekstremna beznadnost i suicidalne misli, tada se intervencija treba ponajprije usmjeriti na njih. Terapeuti katkada misle da ne bi trebali spominjati samoubojstvo, kako ne bi bolesniku stavljali takve ideje u glavu. Zapravo bolesnik često osjeća olakšanje što može o tome slobodno govoriti. Samoubojstvo je često odgovor na pomisao da je neka situacija nepodnošljiva i da se ništa ne može učiniti kako bi se promijenila. Samouništenje tako postaje pokušaj rješavanja problema. Rasprava otvara put do razmatranja alternativnih rješenja ili barem dogovora da će ta opcija biti pohranjena, kako bi terapija dobila priliku da počne djelovati. (Cjelovitu raspravu pogledajte u Beck i sur., 1979, 10. poglavlje; Burns, 1980, 15. poglavlje.)

2. Definiranje ciljeva

U 1. sesiji treba definirati ciljeve za svaki od postojećih problema. Korisna su pitanja: "Kako biste željeli da se stvari u tom području promijene?" i "Pretpostavimo da tretman djeluje, što će se u vezi s tim problemom promijeniti?" Tijekom tretmana ciljevi se često mijenjaju, pa neki od njih poslije izgledaju nevažnima, neke treba modificirati, a pojavljuju se i novi ciljevi. Unatoč tome, 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.

3. Prezentacija racionalne tretmana

Bolesnici se informiraju o praktičnim stvarima kao što su broj, trajanje i učestalost sesija; upotreba domaćih zadataka; način na koji će bolesnik doći u kontakt s terapeutom u slučaju potrebe i sl. Još je važnije bolesniku jasno prikazati sržna načela terapije na jednostavan i jasan način. Prvo je od tih načela

ideja da se depresija može shvatiti kao začarani krug koji čine prethodno opisana potištena raspoloženja i negativne misli. Drugo je načelo da je promjena moguća, tj. da bolesnik može naučiti "hvatati" i testirati depresivne misli, te pronalaženjem realističnijih i korisnijih alternativa izaći iz začaranog kruga. Bolesnici ne moraju potpuno razumjeti složenost kognitivnog modela, niti bez ikakve ograde prihvatiti da će im tretman pomoći. Potrebno je samo postići radni dogovor da su središnje ideje tretmana smislene za njihov doživljaj depresije, te da su ih voljni iskušati.

Do takvog se dogovora dolazi korištenjem informacija dobivenih od bolesnika prilikom izrade popisa problema, kojim se bolesniku demonstrira osobna relevantnost kognitivnog modela, propitivanjem neposrednih reakcija bolesnika na racionalu tretmana, poticanjem slobodnog iznošenja sumnji i ograda, te ohrabivanjem bolesnika da testira učinkovitost terapije u akciji. Korisna su pitanja: "Kakva je vaša reakcija na ideju da depresivne misli mogu održavati depresiju?", "Što mislite, kako se te ideje mogu primijeniti na vas osobno?", "Što mislite, koliko bi vam to moglo pomoći?" Naročito je važno izazivanje sumnji i ograda kod bolesnika koji nisu dobro reagirali na prijašnji tretman. Kod takvih osoba može biti korisno otvoreno poticati skepticizam, pa npr. reći: "Znam da ste već pokušavali riješiti te probleme, pa to nije uspjele. Pretpostavljam da sada sumnjate u svoje izgleda s ovim tretmanom. Ako imate takvih sumnji, bilo bi mi drago da mi ih kažete, kako bismo mogli otvoreno o njima razgovarati." Kad se takve ograde otvoreno izraze, onda im se terapeut može aktivno suprotstaviti ili barem priznati vrijednost bolesnikova stajališta ("Drago mi je da ste to potaknuli"), pa tada pokušati doći do dogovora da je najbolji način utvrđivanja djeluje li kognitivno-bihevioralna terapija da je se iskuša.

4. Početak tretmana

U užem smislu početak tretmana specifično znači identificiranje cilja neposredne intervencije i dogovor o domaćim zadacima koje će bolesnik izvršiti prije sljedeće sesije. Općenitije, početak uključuje demonstriranje onog što će terapija značiti u praksi, tj. usmjeravanje na specifične probleme, traženje aktivnog surađivanja itd. Korisni zadaci nakon početnog intervjua obuhvaćaju:

- (a) bolesnikovo slušanje audiosnimke sesije, kako bi se uvjerio da dane informacije uistinu reflektiraju situaciju u kojoj se nalazi;
- (b) čitanje djela *Suočavanje s depresijom* (Beck i Greenberg, 1974), knjižice koju je izdao Centar za kognitivnu terapiju u Philadelphiji, a koja detaljnije opisuje tretman;
- (c) motrenje aktivnosti i raspoloženja i
- (d) motrenje negativnih automatskih misli.

Tablica 6.3 Struktura susljednih terapijskih sesija

1. *Određivanje dnevnog reda*
 2. *Tjedni zadaci:*
 razgovor o onome što se dogodilo nakon posljednje sesije
 povratne informacije o prijašnjoj sesiji
 pregled domaćih zadataka: ishod?
 teškoće?
 što je naučeno?
 3. *Glavne teme dana:*
 specifične strategije
 specifični problemi
 dugoročni problemi
- Lista prioriteta
4. *Domaći zadaci:*
 zadatak?
 racionala?
 predviđene teškoće?
 5. *Povratne informacije:*
 razumijevanje?
 reakcije?
-

Susljedne terapijske sesije

Uz rijetke iznimke, kasnije sesije odvijaju se prema obrascu prikazanom u tablici 6.3.

1. Određivanje plana rada

Na početku 2. sesije uvodi se određivanje plana rada, na primjer, ovako: "Prije nego što počnemo, rado bih odredio dnevni red današnjeg susreta. To znači da unaprijed odlučimo na čemu želimo danas raditi. To ćemo od sada nadalje činiti na početku svake sesije. Mi svakog tjedna imamo na raspolaganju određeno vrijeme, a ideja je da se tijekom tog vremena bavimo onime što se svakom od nas čini najvažnijim. Kako vam se to čini?" Osim popisa glavnih tema tog dana, plan rada automatski uključuje i pregled događaja nakon prošle sesije, povratne informacije o prijašnjoj sesiji i pregled domaćeg rada.

2. Tjedni zadaci

Pregled događaja Taj bi pregled trebao biti kratak, ali dovoljan da terapeut može vidjeti kako su se stvari odvijale od posljednjeg susreta s bolesnikom, te da omogućiti pojavljivanje tema i događaja važnih za terapiju.

Povratne informacije o prošloj sesiji Pitanja poput: "Jeste li još razmišljali o temama o kojima smo prošli put razgovarali?" i "Kad ste o svemu razmislili, kakve su bile vaše reakcije na naš posljednji susret?", pokazuju bolesnicima da se od njih očekuje promišljanje o terapiji, kao i izvlačenje određenih pouka.

Pregled domaćeg rada Ovim se naglašava važnost samopomoći, omogućuje terapeutu da identificira teškoće i pogrešna shvaćanja koja inače mogu ostati neotkrivena, te pruža mogućnost potkrepljivanja neovisnog funkcioniranja. Evo nekih korisnih pitanja: "Kakvi su bili rezultati vaše domaće zadaće?", "Na kakve ste teškoće naišli?", "Što možete učiniti kako biste ih prevladali u budućnosti?", "Što ste naučili?" i "Kako možete to što ste naučili upotrijebiti za rješavanje drugih problema?"

3. Glavne teme dana

U većini sesija veći dio vremena posvećen je glavnim temama dana. Te glavne teme, koje se razlikuju od tjedna do tjedna, definiraju terapeut i bolesnik zajedno. One uključuju rad na specifičnim kognitivno-bihevioralnim strategijama (poput navike da se propituju negativne automatske misli), rad na određenim teškoćama koje su se pojavile tijekom tjedna (npr. vraćanje na prijašnje stanje), te rad na dugoročnim problemima (poput bračnih teškoća), kojima se treba baviti u nizu sesija. Kad postoji nekoliko važnih tema, terapeut i bolesnik zajedno određuju prioritet. Slično tome, kad se za vrijeme sesije pojave pitanja koja u početku nisu bila uvrštena u dnevni red, zajednički se donosi odluka o tome treba li ga mijenjati ili nastaviti raditi na onome što je već dogovoreno. Općenito govoreći, bolje je tijekom jedne sesije temeljito se baviti jednom ili dvjema temama nego većim brojem pitanja površno, ne omogućavajući konačnu obradu nijednog od njih. Ono što bolesnik nauči o postupanju s jednom teškoćom može biti generalizirano i na postupanje s drugim tegobama.

4. Domaće zadaće

Zadaci samopomoći kojima se bolesnik treba baviti između sesija bit će korisni ako:

- (a) *logički proizlaze* iz onog što se događalo tijekom sesije;
- (b) su *jasno i konkretno definirani*, tako da se uspjeh može lako prepoznati (npr. "baviti se svakog dana pet minuta pletenjem", a ne "postati sljedećeg tjedna bolja osoba");
- (c) imaju *eksplicitnu racionalu*, koju shvaćaju i prihvaćaju i terapeut i bolesnik (npr. "kako bih testirala ideju da ne mogu ništa učiniti", a ne "da vidim što će se dogoditi") i
- (d) nisu zamišljeni kao *situacije u kojima se može nešto izgubiti*, pa bolesnik može iz njih naučiti nešto korisno, neovisno o tome postiže li se željeni ishod ili ne.

Kako bi se smanjile mogućnosti za pogrešno razumijevanje, korisno je da i terapeut i bolesnik zapišu što je zadatak i što se njime treba postići (racionala). Isto tako, bolesnik treba zapisati što je učinjeno i s kakvim ishodom (bolesnik u tu svrhu može koristiti standardni obrazac prikazan na slici 6.3 i 6.4).

Čak i kad se slijede ove smjernice, niska motivacija, pomanjkanje interesa i beznadnost neminovno će utjecati na to hoće li (i kako) biti obavljene domaći zadaci samopomoći. Kako bi se što više povećali izgledi za uspjeh, korisno je predvidjeti teškoće s kojima bi se bolesnik mogao susresti, pa unaprijed raditi na tome kako ih prevladati. To uključuje identificiranje, propitivanje i blokiranje negativnih automatskih misli, poput: "To neće uspjeti" i "To sve nema smisla" (pogledajte kako se to radi u "kognitivno-bihevioralnim strategijama" na str. 194). Sukladno tome, kad bolesnici ne obave dogovorene zadatke, kognitivni terapeut pretpostavlja da su ga u tome omele takve negativne automatske misli. "Nepridržavanje uputa" ili "pomanjkanje suradnje" tako postaje problem koji treba riješiti, a ne slabost bolesnika ili njegovo opiranje.

5. Povratne informacije

Konačni zadatak terapeuta je dobivanje povratnih informacija o bolesnikovim reakcijama na sesiju kao cjelinu. Prvo, treba od bolesnika tražiti da sažeto kaže što je naučio, na primjer: "Ako se bavim problemima korak po korak, a ne svime odjednom, tada se mogu s njima nositi", "Otkrio sam da nije točno da ja *ne mogu* ništa učiniti, već ja *mislím* da ne mogu ništa učiniti", "Kad terapija završi, ja ću i dalje biti u stanju suočavati se s problemima pomoću onog što sam naučila". Drugo, treba saznati što bolesnik osjeća u vezi s proteklom sesijom, a ponajviše je li ga nešto uzrujalo ili uvrijedilo. Bolesniku treba objasniti da su iskrene povratne informacije uvijek dobrodošle, pa makar bile i negativne, jer omogućuju razjašnjavanje krivo shvaćenog i pomažu terapeutu da djeluje u skladu s bolesnikovim potrebama.

Glavne strategije kognitivno-bihevioralne terapije

Glavne strategije tretmana koje se upotrebljavaju u kognitivno-bihevioralnoj terapiji prikazane su u tablici 6.4. Svaka od njih bit će detaljno opisana u odlomcima koji slijede. U većini se slučajeva napredovanje kroz te strategije odvija uglavnom po kronološkom redu, pri čemu se najveći broj sesija posvećuje primjeni kognitivno-bihevioralnih vještina (3. korak) na niz različitih problema. Opće je pravilo da se svaka strategija dobro obradi, prije nego što se krene na sljedeću. Treba reći da granice između strategija nisu tako jasne kao što to tablica sugerira. Potpuno je moguće koristiti dvije ili više strategija odjednom. Isto tako, kod nekih se slučajeva koristi samo ograničen raspon (na primjer, tehnike odvrćanja

Tablica 6.4 Glavne kognitivno-bihevioralne terapijske strategije

1. <i>Kognitivne strategije</i>	Tehnike odvrćanja pažnje Brojenje misli
2. <i>Bihevioralne strategije</i>	Motrenje aktivnosti, zadovoljstva i svladavanja Planiranje aktivnosti, zadavanje stupnjevanih zadataka
3. <i>Kognitivno-bihevioralne strategije</i>	Identificiranje negativnih automatskih misli Propitivanje negativnih automatskih misli Bihevioralni eksperimenti
4. <i>Preventivne strategije</i>	Identificiranje pretpostavki Osporavanje pretpostavki Korištenje zastoja ili pogoršanja Pripremanje za budućnost

pažnje ne primjenjuju se kod osobe koja je u stanju smjesta i učinkovito dovesti u pitanje i provjeriti negativne automatske misli). Izbor strategije u bilo kojem trenutku određen je procjenjivanjem u tom trenutku najprikladnijih ciljeva za intervenciju. Pitanja koja slijede mogu biti od koristi prilikom izbora strategije koju treba primijeniti s nekim bolesnikom u određenom trenutku terapije:

Koliko je teška bolesnikova depresija?

Koji su nedostaci najizraženiji? Što je, na primjer, teža depresija, to je vjerojatnije da će bolesnik imati teškoća u održavanju normalne razine aktivacije. Ako je tako, tada je najvažnije motriti i planirati aktivnosti, već i stoga što razdoblja neaktivnosti čine plodno tlo za depresivna mozganja.

U kojoj se fazi terapije nalazi bolesnik?

Općenito je korisno graditi na postojećem znanju i vještinama. Osoba mora, na primjer, znati kako će prepoznati negativne automatske misli, prije nego što nauči kako će ih testirati i dovesti u pitanje.

Koji je problem trenutačno za bolesnika najviše uznemirujući?

Bitno je raditi na problemima koje bolesnici smatraju relevantnima za njihovo neposredno stanje. Kad se terapeut i bolesnik ne slažu o tome kojim bi se problemom trebali baviti, najprikladnije je do uzajamno prihvatljivog rješenja doći otvorenim razgovorom o onome što govori za i protiv određenog

problema (pogledajte str. 144). Jedan je teško depresivni bolesnik htio, na primjer, raditi na svom teškom i bolnom odnosu sa svojim roditeljima odmah na početku tretmana. Terapeut je, međutim, smatrao da će se bolesnik moći konstruktivnije nositi s tim problemom kad jednom stekne kakvu kontrolu nad svojom depresijom. Kad su ispitali sve što govori u prilog ili protiv svake od ovih opcija, postalo je jasno da su neovisni pokušaji rješavanja problema uvijek bili osuđeni intenzivnim depresivnim raspoloženjem, koje je dovelo do dugih sati uzaludnog mozganja. Terapeut i bolesnik postigli su kompromis: u sesijama, dakle u "sigurnoj" okolini, terapeut i bolesnik zajedno su radili na rješavanju problema odnosa s roditeljima; između sesija bolesnik je svoju energiju usmjerio na razvoj vještina za upravljanje depresijom. Da razlika u mišljenju nije bila riješena otvorenim razgovorom, tehnike za ublažavanje simptoma možda ne bi bile od koristi jer bi ih pacijent smatrao irelevantnima.

Koji je problem u ovom trenutku najotvoreniji za promjenu?

Za poticanje nade i angažmana u tretmanu, bitno je da terapijske sesije i obavljanje domaćih zadataka omogućavaju bolesnicima doživljaj uspjeha (nije važno koliko malog), koji bolesnici mogu pripisati sebi i koji im pruža neposredne doživljajne dokaze da se depresija može kontrolirati njihovim vlastitim nastojanjima. To je naročito važno na početku tretmana.

1. korak Kognitivne strategije

Ove se tehnike predstavljaju bolesniku kao način skraćivanja vremena provedenog u mozganju, koje jasno dovodi do povećane patnje umjesto do konstruktivnog rješavanja problema. Te su strategije osobito korisne u početku tretmana, prije nego što se pacijent izvješti u pronalaženju alternativa za negativne automatske misli. One ne izazivaju temeljnu kognitivnu promjenu, ali smanjuju učestalost depresivnih misli, dovode do poboljšanog raspoloženja, koje se tada može koristiti kao facilitator za rješavanje problema. To sve treba jasno protumačiti bolesniku, na primjer ovako:

- Terapeut: Dakle, vi sada provodite mnogo vremena razmišljajući ponovno i ponovno o vašem problemu?
- Bolesnik: Da, tako je.
- T: I kako se pri tome osjećate?
- B: Užasno.
- T: Što se događa ako se uspijete nečim rastresti, usmjeriti se na nešto drugo?
- B: Pa, to mi je vrlo teško postići, ali ako u tome uspijem, to mi pomaže.
- T: Da bi vam se sviđalo naučiti učinkovitije iskopčati takve misli? Što mislite da bi se dogodilo kad biste to mogli?

- B: Pretpostavljam da bih se bolje osjećao.
- T: To zvuči kao jedna mogućnost, zar ne? Dakako, problem neće nestati samo zato što o njemu ne mislite. Ideja je da steknete određenu kontrolu nad time kako se osjećate. Na taj ćete način otkriti da dugoročno gledano možete na stvari gledati konstruktivnije i biti u boljem položaju da ih sredite.

Neki bolesnici koriste preusmjeravanje pažnje kao način izbjegavanja bolnih pitanja ("kognitivno izbjegavanje"). Njih se može potaknuti na procjenjivanje prednosti (kratkoročno se bolje osjećaju) i nedostataka (dugoročno problemi ostaju neriješeni). Misli koje bolesnike sprječavaju u bavljenju bolnim pitanjima (na primjer, "To bi za mene bilo previše" ili "Ako na to zaboravim, proći će"), mogu se identificirati i dovesti u pitanje na isti način kao i bilo kakve druge negativne automatske misli (pogledajte 3. korak).

Tehnike preusmjeravanja pažnje

Usmjeravanje na jedan objekt

Bolesnike se poučava kako će usmjeriti pažnju na neki objekt, opisati ga sami sebi što je detaljnije moguće. Ključna pitanja sadržavaju: "Gdje se točno nalazi?", "Koliko je velik?", "Koje je boje?", "Od čega je izrađen?", "Koliko točno ima takvih stvari ovdje?", "Čemu služi?", itd.

Senzorna svjesnost

Bolesnici se uče da se usredotoče na okolinu kao cjelinu, koristeći se pri tome vidom, sluhom, okusom, dodirrom i njuhom. Ključna pitanja sadržavaju: "Što točno možete vidjeti ako gledate oko sebe? "I što još? I što još?", "Što čujete? Unutar vašeg tijela? U prostoriji? Izvan prostorije? Izvan zgrade?", "Kakav imate okus?", "Što dodirujete? Možete li osjetiti svoje tijelo na stolici? Možete li osjetiti svoju odjeću na tijelu? Svoju kosu? Svoje naočale? Svoje cipele?", "Što njušite?" itd.

Mentalne vježbe

Ove vježbe uključuju brojanje unazad od 1000 u skokovima od po 7 brojeva, navođenje životinja čiji nazivi počinju svakim od slova abecede, detaljno sjećanje na neku omiljenu šetnju, zapravo, bilo kakvu vrlo zanimljivu mentalnu aktivnost.

Ugodna sjećanja i fantazije

Živa, konkretna sjećanja na neka prijašnja zadovoljstva i ugodne doživljaje (npr. ugodne praznike) i maštarije (npr. što bi bolesnik učinio da dobije glavni zgoditak na lutriji) mogu se koristiti kao distraktori. Nedostaci su u tome

što ugodne uspomene mogu biti teže dostupne (pogledajte Clark i Teasdale, 1982), a i u tome što negativne kognicije lako prevladaju pozitivne.

Vrlo zanimljive aktivnosti

Važno je odabrati aktivnosti koje podjednako zaokupljaju duh i tijelo, npr. rješavanje križaljki, slaganje "slagalica" ili igranje tenisa. One koje ne traže mnogo mišljenja, može se učiniti zanimljivijima tako da ih se kombinira s nekim drugim aktivnostima, npr. slušanje radija uz peglanje.

Treba reći da slaba koncentracija često otežava uspješnu upotrebu ovih tehnika na neko imalo duže vrijeme. Međutim, uz dovoljno vježbe, ove tehnike sve učinkovitije blokiraju bavljenje negativnim i nepoželjnim mislima.

Brojenje misli

Brojenje misli (Burns, str. 66-68) služi udaljavanju od negativnih misli. Ono od bolesnika traži da pribilježi ili na neki drugi način registrira pojavu negativnih automatskih misli (npr. stavljanjem oznake na papir ili pritiskanjem brojača), te da ih tada makne u stranu, umjesto da im dopusti da utječu na njegovo raspoloženje. Nedostatak je ove tehnike što njezin neposredni učinak može biti stvarno ili prividno povećanje broja negativnih misli, a time i depresivnog raspoloženja, jer bolesnik postaje sve svjesniji tih misli, a ne raspolaže vještinama kojima bi ih mogao promijeniti.

2. korak Bihevioralne strategije

Cilj bihevioralnih strategija, poput motrenja i planiranja aktivnosti, te stupnjevanih zadataka, je maksimalno angažiranje bolesnika u aktivnostima koje podižu raspoloženje. To slično "planiranju ugodnih događaja" (Lewinsohn, Munoz, Youngren i Zeiss, 1978, 7. poglavlje). Međutim, ove se tehnike prezentiraju u okviru kognitivne racionalne, tj. one se eksplicite upotrebljavaju kako bi se testirale misli koje blokiraju uključivanje u takve aktivnosti ili navode ljude da ih odbace ili da podcjenjuju ono što rade, čime se održava depresija. (Pogledajte letak na str. 212-220, koji se može dati bolesnicima kako bi im se objasnila upotreba bihevioralnih strategija.)

Aktivnosti motrenja

Primjer cjelovitog protokola za bilježenje prikazan je na slici 6.3. Od bolesnika se traži da bilježe što rade iz sata u sat, te da procijene ugodu (U) svake od aktivnosti na ljestvici od 0 do 10, te svoju vještinu u toj aktivnosti (V). "U" procjene pokazuju koliko je osoba u toj aktivnosti uživala. "V" procjene poka-

zuju 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 bolesniku provjeru misli, poput: "Ja ništa ne radim". Takve misli mogu biti točne ili netočne. Ako su netočne, tada se to motrenjem može utvrditi. Ako, međutim, ima nešto istine u tim mislima, tada je prvi korak identificiranje teškoća i njihova nastanka, kako bi se mogao pronaći bolji obrazac aktivnosti. Samomotrenje pokazuje i odnos između raspoloženja i aktivnosti. Procjenjivanjem specifičnih aktivnosti obzirom na doživljenu 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 ili ponašanju). Depresivna osoba često podcjenjuje vještine koje ima mislima kao što su: "Pa što onda? To je ionako ono što se od mene očekuje" i "Da, ali ja sam to nekada radila mnogo bolje." Te misli ne prihvaćaju činjenicu da u depresiji i najjednostavniji zadaci traže izuzetno mnogo napora, što treba pohvaliti i priznati. Tako se smanjuje raspoloživo potkrepljenje, raste obeshrabrenost i samokritičnost, a razina aktivnosti se još više smanjuje. Uvođenje realističnijeg pojma svladane vještine (tj. onog koji uzima u obzir kako se bolesnik osjeća, umjesto očekivanja "normalnog" učinka) čini bitan dio ponovne mobilizacije bolesnika.

Planiranje aktivnosti

Kad postoje točne informacije o tome što bolesnik radi i koliko je time zadovoljan, tada se svaki dan unaprijed planira, i to sat po sat. Cilj je takvog planiranja povećanje razine aktivnosti, svladavanja vještine i doživljaja ugone. Ta strategija ima niz prednosti. Ona svodi prividno preveliku količinu zadataka na popis koji sadrži ono što bolesnik može izvesti, uklanja potrebu za ponovljenim odlučivanjem ("Što mi je sada činiti?"), povećava vjerojatnost da će aktivnosti biti provedene, potiče povećanje proporcije aktivnosti koje bolesniku pružaju zadovoljstvo i povećava bolesnikov osjećaj kontrole nad vlastitim životom. Informacije iz plana mogu se koristiti za propitivanje negativnih automatskih misli, kao što su: "Ja nikad ne uspijem nešto učiniti", "Ne bih trebao trošiti vrijeme na ono u čemu uživam" i slične (pogledajte 3. korak). U nekim slučajevima planiranje pomaže bolesnicima da se postupno vrate u normalno, nedeprativno funkcioniranje. Jako depresivne osobe, na primjer, mogu u početku planirati i provesti samo pola sata aktivnosti dnevno.

Zadavanje stupnjevanih zadataka

Stupnjevanim zadacima povećavaju se izgledi bolesnika 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

Ime

	<i>Ponedjeljak</i>	<i>Utorak</i>	<i>Srijeda</i>
9-10	spavala	ustala, pila čaj (U2, V5)	ustala pila čaj U2, V7)
10-11	ustala, pila čaj (U2, V4)	pranje radio (U1, V4)	natrag u krevet (U2, V0)
11-12	kupnja (U3, V3)	kupnja (U1, V3)	spavala
12-13	tražila izgubljenu mačku (U0,V10)	pranje (U0,V4)	spavala
13-14	sjedila u vrtu (U0,V0)	slušala radio (U1, V0)	ustala, ručala (U2, V5)
14-15	slušala radio u vrtu (U1, V0)	↓	slušala radio (U1, V0)
15-16	↓	↓	razgovarala s prijateljem (U5, V0)
16-17	hranila mačke (U1, V=)	spavala	gledala TV (U1, V0)
17-18	slušala radio (U1, V0)	vodila mačku ve- terinaru (U0,V6)	↓
18-19	gledala TV (U1, V0)	večerala (U1, V4)	otišla u kino i na večeru s prijateljima, (U6, V2)
19-20	večerala (U1, V2)	gledala TV (U1, V0)	↓
20-24	gledala TV (U1, V0)	↓	↓

Slika 6.3 Tjedni program aktivnosti: gospođa R

Početak tjedna

Četvrtak	Petak	Subota	nedjelja
spavala	spavala	spavala	spavala ustala (U0, V4)
ustala pila čaj (U3, V4)	ustala, pila čaj (U2, V6) hranila mačke (U1, V2)	spavala	slušala radio pila čaj (U3, V3)
otišla u banku i u dućane (U3, V6)	razgovarala s prijate- ljicom (U5, V2)	ustala, doručkovala (U2, V4)	čitala novine (U3, V3)
slušala radio (U2, V0)	odvezla se na sasta- nak s prijateljicom za ručak (U1, V6)	slušala radio (U4, V0)	telefonirala prijatelju zbog posla (U5, V5)
odvezla se do kuće prijateljice (U1, V5)	ručak s prijateljem (U5, V2)	otišla u kupnju (U2, V2)	čitala novine (U3, V0)
posjetila prijateljicu koja je dobila dijete (U5, V1)	posjetila mamu (U4, V1)	↓	peglala, slušala radio (U3, V1)
↓	↓	čitala novine (U1, V3)	razgovarala sa sestrom (U8, V0)
↓	svađa (U0, V6)	čitala knjigu (U2, V3)	kupnja sa se- strom (U5, V4)
↓	šišanje (U5, V4)	čistila srebro (U1, V5)	razgovarala sa sestrom (U5, V2)
odvezla se doma (U2, V5)	odvezla se do stana večera (U2, V3)	večerala (U2, V3)	večerala (U3, V4)
večerala (U3, V3)	piće sa susjedima	gledala TV (U3, V1)	gledala TV (U3, V0)
gledala TV (U3, V0)	↓	↓	↓

Slika 6.3 (nastavak)

propitivanjem blokada koje koče napredak ("Ja to neću moći učiniti", "To je previše za mene", itd.). Ta se tehnika može koristiti za prevladavanje odgađanja i pomaganje bolesnicima da se nose s inercijom i suoče sa situacijama koje izazivaju anksioznost. Depresivni bolesnici često govore da ponovno ne uspijevaju obaviti zadatke koje su sami sebi postavili, pa tu činjenicu koriste kao dokaz osobne neprikladnosti i propadanja. To može biti posljedica toga što nisu prilagodili svoje standarde tako da uzimaju u obzir kako se osjećaju, pa još uvijek od sebe očekuju isto što su očekivali i kad nisu bili depresivni. Očiti neuspjesi pridonose gubitku nade u mogućnost promjene. Zadavanje stupnjevanih zadataka suzbija beznadnost ohrabrujući bolesnike da smanje zadatke na razinu koju mogu provesti, da povećaju učestalost samonagradivanja i da realističnije definiraju uspjeh, uzimajući u obzir kako se osjećaju. (Pogledajte detaljnije upute za zadavanje stupnjevanih zadataka na letku za bolesnike na str. 216.)

3. korak Kognitivno-bihevioralne strategije

Većina tretmanskih sesija i domaćih zadaća usmjerene su na poučavanje bolesnika tome kako će identificirati, dovesti u pitanje i testirati negativne automatske misli. Te vještine čine srž kognitivne terapije i koriste se za smanjivanje depresivne simptomatologije, a poslije za suočavanje sa "životnim problemima".

Priroda automatskih negativnih misli

Sadržaj depresivnog mišljenja kategoriziran je s obzirom na kognitivnu trijadu (npr. Beck, 1967). Kognitivna trijada sadrži negativna gledišta o:

- (1) sebi (npr. "Ja sam beskoristan");
- (2) sadašnjem doživljavanju (npr. "Ništa što radim ne ispadne kako treba"),
- (3) budućnosti (npr. "Nikad mi neće biti bolje").

Depresivne automatske misli imaju niz karakteristika koje mogu djelovati na to kako će se terapija provoditi, kao i na odnos između terapeuta i bolesnika. Te su karakteristike *uobičajene*, pa ih stoga može biti teško identificirati. One su *automatske* i *nehotične*, pa ih stoga može biti teško kontrolirati. One djeluju uvjerljivo, naročito ako su praćene snažnim emocijama, pa ih je stoga teško dovesti u pitanje. I konačno, one se pojavljuju kao reakcija na širok raspon podražaja, među kojima je i sama terapija. Tako se razgovor o kraju tretmana može interpretirati kao odbacivanje (npr. "Ona me se samo želi riješiti"), a domaći zadaci mogu se ne izvršavati jer bolesnik predviđa neizbježan neuspjeh (npr. "Ja ću to krivo učiniti"). Negativne automatske misli koje spr-

ječavaju uključivanje u terapiju i dovode do spornog napretka često slične onima koje općenito sprječavaju oporavak. Te misli treba identificirati i dovesti u pitanje kao i ostale negativne automatske misli. (Širu raspravu pogledajte u Beck i sur., 1979, 14. i 15. poglavlje.)

Negativne automatske misli su posljedica pogrešaka u obradi, zbog kojih dolazi do distorzija percepcija i interpretacija doživljenog. Te pogreške obuhvaćaju:

- *Pretjeranu generalizaciju*, donošenje dalekosežnih sudova na osnovi pojedinačnih slučajeva. Tako depresivna osoba koja je učinila jednu pogrešku, može zaključiti: "Sve što činim pođe krivo."
- *Selektivnu apstrakciju*, obraćanje pažnje samo na negativne aspekte doživljaja. Tako osoba može ustvrditi: "Danas nisam doživjela ni trenutak zadovoljstva", ne zato što je to zaista bilo tako, već stoga što uživanje u nečem nije uopće ušlo u njezino svjesno doživljavanje.
- *Dihotomno rasuđivanje*, razmišljanje u krajnostima. Bolesnik može odbaciti neko postignuće koje nije bilo savršeno, jer: "Ako ja to ne mogu učiniti 100% kako treba, nema uopće smisla da to radim."
- *Personalizaciju*, preuzimanje odgovornosti za stvari koje s osobom imaju malo ili nimalo veze. Tako će depresivna osoba koja na ulici nije uhvatila pogled nekog prijatelja pomisliti: "Mora da sam nešto učinila što ga je uvrijedilo."
- *Proizvoljno zaključivanje*, donošenje zaključaka na temelju neprikladnih podataka. Tako netko tko ima problema s prvim domaćim zadatkom može zaključiti: "Ta terapija kod mene nikad neće imati uspjeha."

Negativne automatske misli povezane su s cjelokupnim rasponom depresivne simptomatologije. Bihevioralni i motivacijski simptomi povezani s očekivanjima negativnog ishoda (npr. "Ja to ne mogu učiniti"). Afektivni simptomi povezani su s kognicijama koje se razlikuju po sadržaju s obzirom na prirodu percipiranog utjecaja u osobnom području. Tuga je, na primjer, povezana s mislima o riziku ili prijetnji (pogledajte 3. poglavlje). Kognitivni simptomi mogu biti potaknuti ili intenzivirani negativnim automatskim mislima. Mozganja o postojećim problemima mogu djelovati na koncentraciju i pamćenje, dovodeći do dodatnih uznemirujućih misli (npr. "Gubim razum"). Slično tome, somatski simptomi mogu biti intenzivirani negativnim interpretacijama njihova značenja (npr. "Ako ne spavam, poludjet ću").

Identificiranje negativnih automatskih misli

Bolesnici obično najprije s terapeutom vježbaju identifikaciju negativnih automatskih misli, a zatim kroz domaće zadatke usmjerene na samomotrenje razvijaju svoje vještine. U tu se svrhu može rutinski koristiti obrazac za bilježenje nefunkcionalnih misli, prikazan na slici 6.4. Tekst iznad svakog stupca služi kao vodič za niz koraka koji slijede. Bolesnik se poučava:

DATUM	EMOCIJA Što osjećate? Koliko je to loše (0-100)?	SITUACIJA Što ste radili ili o čemu ste mislili?	AUTOMATSKE MISLI Koje su to točno bile misli? Koliko ste vjerovali u svaki od njih? (0-100%)?	RACIONALNI ODGOVOR Kakvi su vaši racionalni odgovori na te automatske misli? Koliko vjerujete u svaki od njih?	ISHOD 1. Koliko sada vjerujete u te misli (0-100%)? 2. Kako se osjećate (0-100%)? 3. Što sada možete učiniti?
Subota	Tužna 80 Prazna 80 Kriva 90	Izašla navečer sa svojim bivšim mužem.	Mi više nikad neće mo otići zajedno kući, zbog glupog načina na koji sam vodila svoj život. Stvari više nikad neće biti tako dobre. Ja ne zaslužujem sreću, zbog boli koju sam mu nanijela. 90%	Ne mogu promijeniti ono što se dogodilo. 100% Nema smisla razmišljati o onome što je moglo biti. 70% Ne znam je li točno da stvari više nikad neće biti kakve su bile, jer ne mogu vidjeti budućnost. 90% Još sam mlada, a bilo je mnogo ljudi u mojoj situaciji koji su na kraju sretno živjeli i činili mnogo toga što nikad ne bi da se stvari nisu promijenile. 75% Budućnost bi mi ustvari mogla biti i bolja od prošlosti. Iskreno rečeno, naš brak nije bio dobar ni za mene ni za njega. 70%	1. 60% 2. Tužna 50 Prazna 50 Kriva 70 3. Ne treba razmišljati o prošlosti. Energiju treba trošiti na planiranje budućih zadovoljstava.

Slika 6.4 Bilješke o nefunkcionalnim mislima gospođe R

- (1) kako će identificirati neugodne emocije;
- (2) kako će identificirati situacije u kojima se pojavljuju i
- (3) kako će identificirati s njima povezane negativne misli.

Te ćemo korake sada podrobnije opisati:

Identificiranje neugodnih emocija

Promjena raspoloženja u negativnom smjeru je znak da su prisutne automatske misli (bolesnici obično lakše primjećuju kako se osjećaju nego što mogu neposredno opažati svoje misli). Bolesnici bilježe svoje emocije (npr. tužan, ljutit, kriv) i procjenjuju njihov intenzitet na ljestvici od 0 do 100. Procjena 100 znači da je čuvstvo snažno koliko uopće može biti, 50 da je umjereno snažno itd. Intenzitet emocija i vjerovanje u negativne automatske misli (pogledajte dalje u tekstu) procjenjuju se stoga što misli koje dovode u pitanje te negativne misli, rijetko kad mogu potkopati vjerovanje u njih ili ukloniti neugodu s kojom su te misli neposredno i smjesta povezane. Ljestvice procjenjivanja čine i male promjene očitima. Međutim, neki ih ljudi ne vole, obično zato što previše nastoje što točnije odgovoriti ("Je li to sad bilo 73 ili 74?") ili stoga što im se čini da brojevi proces terapije čine mehaničkim. Ako se to dogodi, tada treba iznaći neki drugi način za mjerenje promjena, na primjer, procjenjivanje osjećali se bolesnik, nakon što je doveo u pitanje neke misli, bolje, gore ili isto kao i prije toga.

Identificiranje problemne situacije

Bolesnici kratko opisuju situaciju u kojoj se emocije pojavljuju, označavajući i što su u to vrijeme radili (npr. "razgovarala sam sa suprugom" ili "gledala sam TV") ili opću temu o kojoj su razmišljali (npr. "mislila sam na svoju svekrvu koja dolazi krajem tjedna" ili "brinula sam se zbog toga kako se osjećam").

Identificiranje povezanih negativnih automatskih misli

Bolesnici bilježe što su mislili kad su se počeli osjećati loše i procjenjuju koliko su vjerovali u svaku misao na ljestvici od 0 do 100. Procjena 100 znači da su potpuno uvjereni, 50 da samo napola vjeruju u tu misao itd. Negativne automatske misli ne obuhvaćaju samo misli uobličene u riječi, već i predodžbe (pogledajte 3. poglavlje). Misli treba zabilježiti doslovno, riječ po riječ. Ako ih bolesnik ne može zabilježiti kad se pojave, tada ih može samo pribilježiti ili pokušati upamtiti pa ih poslije u cijelosti analizirati.

Uobičajeni problemi u identifikaciji negativnih automatskih misli

Bolesnici izbjegavaju bilježenje misli

Depresivno raspoloženje otežava ljudima udaljavanje od njihovih negativnih misli. Štoviše, poticanje svjesnosti o depresivnim mislima prije nego što su bolesnici stekli vještine da se s njima nose, može biti bolno i odbojno. Vjerojatnost pribjegavanja izbjegavanju je manja kod bolesnika koji su na to bili pripremljeni i koji su prihvatili racionalu tretmana. U početku može biti korisno pristati na ograničenje vremena koje će bolesnici provesti usredotočujući se na uznemirujuće misli i poučiti ih nekim drugim načinima kontroliranja tih misli (npr. neki program vrlo zanimljivih aktivnosti).

Nema negativnih automatskih misli

Ako u nekoj uznemirujućoj situaciji ne mogu biti identificirane negativne misli, korisno je pitati: "Kakvo je značenje imala ta situacija za vas? Što vam to značenje govori o vama / vašoj situaciji / vašoj budućnosti?" Pitanja poput ovih otkrivaju implicitno osobno značenje događaja. Na primjer, bolesnica koja je upravo započela s terapijom, postaje depresivna i uzbuđena prije svake tretmanske sesije. Ta osoba ne može pronaći nikakve misli koje bi mogle protumačiti zašto se tako osjeća. Kad je bila upitana što joj znači dolazak na tretman, rekla je: "Pokazuje mi koliko sam nisko pala. Meni ne bi smjela biti potrebna takva vrsta pomoći. Ja bih se trebala moći sama s tim nositi."

Propust u uočavanju sržnih depresivnih misli

Važno je pronaći misli, predodžbe ili značenja koja su dovoljno snažna da izazovu doživljenu emociju. Jedna je bolesnica opisala kako joj je kolač koji je pekla lagano zagorio. Emocija o kojoj je govorila bila je beznadnost, a procjena 90%. Misao koju je identificirala bila je: "To sam zabrljala". Terapeutu se činilo da ta misao ne tumači stupanj doživljene emocije. Dodatnim propitivanjem otkrivena je mnogo deprimantnija misao: "Ja sam potpuno beskorisna". Kako bi bio siguran da će takve sržne depresivne misli biti korektno identificirane, terapeut se može pitati: "Kad bih ja to mislio, bih li se tako loše osjećao?" Ako je odgovor negativan, treba nastaviti s traženjem.

Traženje tumačenja, a ne misli

Terapeuti katkada ne uspijevaju dobiti točne prikaze kognicija, jer njihova eksplorativna pitanja ne pokazuju bolesnicima jasno što se od njih traži. U tu kategoriju ulaze pitanja "zašto?". Na primjer, na pitanje: "Zašto ste bili uzrujani?" može se odgovoriti na niz načina, od kojih nijedan neće dati konkretne podatke o procesu mišljenja te osobe, npr. "Imam kompleks od malih

nogu" (povijesno tumačenje), "Baš sam trebala dobiti menstruaciju" (biološko tumačenje), "Takva sam ja osoba" (osobno tumačenje), "Svatko bi se zbog nečeg takvog uzrujao" (tumačenje pomoću ljudske prirode). Za kognitivnog terapeuta nijedan od tih odgovora nije baš od koristi. Raspitivanje o nekim uznemirujućim događajima treba biti tako vođeno, da terapeut može postaviti pitanje: "Što ste točno u tom trenutku mislili?" To pitanje bolesniku jasno pokazuje što terapeut želi znati. Kao opće pravilo, treba izbjegavati pitanja "zašto" i zamijeniti ih pitanjima "što" ili "kako".

Testiranje negativnih automatskih misli

Postoje dvije glavne metode za traženje realističnijih i korisnijih alternativa za negativne automatske misli: verbalno osporavanje njihove valjanosti i bihevioralni eksperimenti namijenjeni testiranju tih misli na djelu.

Verbalno osporavanje

Cilj je verbalnog osporavanja, a u interesu generalizacije i prevencije, poučiti bolesnike kako će sami za sebe ponovno evaluirati svoje mišljenje. Taj cilj neće biti postignut ako terapeut sve radi sam, stoga glavna strategija promjene uključuje bolesnikovo pronalaženje alternativa, što se postiže osjetljivim propitivanjem, a ne nuđenjem alternativa kroz raspravu, poučavanje ili interpretaciju. Korisna pitanja koja bolesnici mogu sami sebi postaviti obuhvaćaju:

1. Koji podaci podupiru te misli?
2. Koja alternativna gledišta postoje?
3. Koje su prednosti i nedostaci takvog načina mišljenja?
4. Koje logičke pogreške činim?

Sad ćemo se detaljnije zadržati na svakom od ovih pitanja.

Koji podaci podupiru te misli? Podaci koji podržavaju neku negativnu automatsku misao vjerojatno će biti iskrivljeni na dva glavna načina. Prvo, teže se dosjetiti pozitivnih informacija (podataka koji govore suprotno) od negativnih (podataka koji podupiru tu misao) (Clark i Teasdale, 1982). To znači da će bolesnik, a da toga nije svjestan, donositi zaključke na temelju pristranog uzorka. Drugo, neutralne ili pozitivne informacije koje su na raspolaganju, interpretiraju se kao negativne, a uistinu negativne informacije kao još negativnije nego što bi na temelju činjenica trebale biti. To znači da:

- (1) treba nastojati otkriti podatke koji opovrgavaju tu misao, a kojih bolesnik na početku nije svjestan i
- (2) treba pažljivo propitati valjanost očito negativnih podataka.

Dijalog koji slijedi to dobro ilustrira:

- Bolesnica: Moj me muž više ne voli.
 Terapeut: To mora biti vrlo uznemirujuća misao. Zbog čega mislite da vas on više ne voli?
 B: Eto, kad dođe navečer doma, on nikad ne želi sa mnom razgovarati. On samo želi sjediti i gledati TV. A onda ode ravno u krevet.
 T: OK. Postoje li neki podaci, nešto što on čini, koji govore protiv zamisli da vas više ne voli?
 B: Ja se ne mogu sjetiti ničeg takvog. Čekajte trenutak. Ustvari, prije nekoliko tjedana bio mi je rođendan i on mi je poklonio zaista zgodan sat. Ja sam vidjela reklamu o tim satovima, pa sam spomenula da mi se sviđaju, a on je to upamtio i otišao i kupio mi jedan takav.
 T: Dobro. E sad, je li to u skladu s idejom da vas on više ne voli?
 B: Pa valjda zapravo i nije, zar ne? Ali zašto je onda navečer takav?
 T: Pretpostavljam da je jedan od mogućih razloga da je takav jer vas više ne voli. Postoje li još neki mogući razlozi?
 B: Pa on u posljednje vrijeme radi dokasno. Hoću reći, većinu večeri dolazi kući kasno, a mora raditi i vikendom. Pretpostavljam da bi to mogao biti razlog.
 T: Mogao bi biti, zar ne? Kako biste to mogli ustanoviti?
 B: Pa mogla bih reći kako sam uočila da izgleda umorno i pitati ga kako se osjeća i kako mu je na poslu. Nisam to učinila, samo me ljutilo jer mi ne posvećuje dovoljno pažnje.
 T: To zvuči kao odlična ideja. Što mislite o tome da to bude vaša domaća zadaća za sljedeći tjedan?

Tako se zadaci za domaću zadaću mogu koristiti za prikupljanje informacija koje će objasniti pitanja za koja nema dovoljno prikladnih podataka. Treba ipak reći da bi negativno stajalište bolesnice moglo ustvari biti točno. U ovom konkretnom slučaju umor je uistinu bio uzrok ponašanja njezina supruga, ali ona je mogla biti i u pravu.

Koja alternativna gledišta postoje? U gornjem primjeru moguće alternativno tumačenje suprugova ponašanja bilo je relativno lako dostupno, što nije uvijek slučaj. Dodatna pitanja sadržavaju:

1. Što biste o tome mislili prije nego što ste postali depresivni? (Ako depresija ne traje dugo, ljudi se normalno sjećaju da su prije drugačije razmišljali. Postojeće promjene raspoloženja mogu se koristiti na isti način, npr. "U danu u kojem se osjećate relativno dobro, biste li mislili o tome?")
2. Što bi netko drugi, u čija gledišta vjerujete, mislio o tome?
3. Što biste rekli nekoj osobi koja je došla k vama s tim problemom? (Ljudi često mnogo bolje rješavaju tuđe nego vlastite probleme. To se može iskoristiti za generiranje alternativnih stajališta.)

Važno je da su alternative koje smo iznašli povezane s činjenicama, jer će ih inače bolesnici doživjeti kao prazno umirivanje.

Koje su prednosti i nedostaci takvog načina mišljenja? To je pitanje naročito korisno kad se propituju samokritične misli. Mnogi ljudi smatraju samokritičnost nužnom i konstruktivnom, ne primjećujući njezine štetne učinke na nastojanje da prevladaju svoje teškoće:

- Terapeut: Zvuči kao da ste vrlo strogi prema sebi kad nešto pokušate i u tome ne uspijete.
- Bolesnik: Ja ne mislim tako. Mislim da, kad ne bih imao sam za sebe visoke standarde, nikad ništa ne bih učinio.
- T: To znači da morate prema sebi biti strogi kako biste nešto uspjeli obaviti?
- B: To je točno.
- T: Vi imate malu djevojčicu, zar ne? Kako ste joj pomagali kad je učila govoriti? Jeste li skočili na svaku pogrešku koju je učinila i razljutili se kad je upotrijebila krivu riječ?
- B: Ne, nisam.
- T: Što mislite da bi se dogodilo da ste to činili?
- B: Pa mislim da se mogla obeshrabrili i prestati pokušavati.
- T: A koliko je to u skladu s načinom na koji postupate sa sobom?
- B: Pa, bude mi svega dosta i želim odustati.
- T: A što bi se dogodilo da prestanete prema sebi biti tako zahtjevni i da sami sebe više potičete?
- B: Mislite da bih sa sobom trebao postupati kao s nekim drugim tko nastoji naučiti nešto novo?
- T: Upravo tako. Koje bi mogle biti prednosti eksperimentiranja s takvim pristupom tijekom sljedećeg tjedna?
- B: Moglo bi mi biti lakše ustrajati u pokušajima.

Koje logičke pogreške činim? Ovo je pitanje naročito korisno kad bolesnik redovno čini iste pogreške. Korisna pitanja obuhvaćaju i ova:

- (1) Osuđujem li sebe kao osobu na temelju jednog događaja? (prekomjerna generalizacija);
- (2) Usredotočujem li se na svoje slabosti, zaboravljajući svoje jake strane? (selektivna apstrakcija);
- (3) Mislim li na način sve-ili-ništa? (dihotomno rasuđivanje);
- (4) Preuzimam li odgovornost za nešto što nije moja krivnja? (personalizacija);
- (5) Zaključujem li prebrzo? (arbitrarno zaključivanje)

Odgovori na ova i slična pitanja bilježe se u obrascu za bilježenje nefunkcionalnih misli u rubriku "Racionalni odgovori". Svaki od odgovora ocjenjuje se s obzirom na stupanj vjerovanja na ljestvici od 0 do 100, na isti način kao i originalne negativne automatske misli. U posljednjem stupcu obrasca procjenjuje se djelotvornost odgovora. Prvo, ponovno se procjenjuje vjerovanje u originalnu negativnu misao, pri čemu je cilj smanjenje tog vjerovanja. Drugo, ponovno se procjenjuje intenzitet čuvstva koje prati tu misao, a cilj je smanjenje intenziteta. I na kraju, bolesnik predlaže bihevioralni eksperiment, pomoću kojeg će testirati valjanost odgovora na djelu.

Bihevioralni eksperimenti

Iza verbalnog propitivanja automatskih misli rutinski 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. Propitivanje negativnih misli potiče bolesnike 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 mislima i time narušavaju njihovu vjerodostojnost. Tako unutar kognitivno-bihevioralne terapije promjena ponašanja nije cilj sam po sebi, već sredstvo za testiranje valjanosti negativnih automatskih misli. Katkada nova ponašanja već postoje u bolesnikovu repertoaru, ali su blokirana negativnim mislima. Tako, na primjer, neka osoba može znati kako se izražava neslaganje, ali je u tome inhibirana mislima poput: "Ako se ne složim, neće me voljeti". U drugim slučajevima, bolesnik nije jednostavno blokirana negativnim 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 tijekom terapije.

Koraci za organiziranje bihevioralnog eksperimenta slične koracima u provođenju znanstvenog istraživanja:

1. *Definirajte što predviđate.* Izrazite misao koju ćete eksperimentom testirati, npr. "Ako kažem svojoj ženi kako se loše osjećam, ona će se na mene naljutiti."
2. *Razmotrite postojeće podatke u prilog tom predviđanju ili protiv njega.* Već tim postupkom možete potkopati podatke koji govore u prilog negativnim predviđanjima i otkriti suprotne podatke, koji do tog trenutka nisu bili percipirani ili su bili odbačeni.
3. *Organizirajte poseban eksperiment, kojim ćete testirati izneseno predviđanje.* I terapeutu i bolesniku mora biti jasno što će bolesnik činiti. Osim

toga, eksperiment treba biti tako zamišljen da što je moguće više povećava izgleda za pozitivan ishod. U gornjem primjeru treba razgovarati o načinu na koji bi suprug mogao iznijeti svoje osjećaje, a ako treba, to se može uvježbati igranjem uloga.

4. *Konstatirajte i pribilježite rezultate.* Poput ostalih domaćih zadataka i bihevioralni eksperimenti moraju biti zamišljeni kao "situacije u kojima se ne može izgubiti" (str. 185), a koje će biti vrijedne neovisno o tome hoće li ispasti u skladu s bolesnikovim željama ili ne. Ako je eksperiment bio "uspješan" (supruga se *nije* razljutila), još bolje. Bolesnik je prikupio eksperimentalne podatke, koji pokazuju da negativne misli mogu biti netočne. U tom je slučaju sljedeći korak daljnje građenje na onom što je naučeno, tako da se određena pouka može generalizirati na druge situacije. Ako pak eksperiment nije bio uspješan (supruga se *jest* naljutila), i to je korisna informacija. Što je bilo krivo? Je li to bilo nešto što je bolesnik učinio? Jesu li njegove dobre namjere propale zbog dodatnih negativnih misli? Kad je problem identificiran, tada se može planirati učinkovitije postupanje s tom situacijom sljedeći put. Tako se i prividno negativni rezultati mogu konstruktivno iskoristiti.
5. *Donesite zaključke.* U završnom koraku korisno je formulirati pravilo koje sadrži ono što je naučeno. U gornjem primjeru zaključak je bio: "Nemojte donositi pretpostavke o tome kako će ljudi prema vama reagirati: provjerite to sami."

Uobičajeni problemi u suprotstavljanju negativnim automatskim mislima

Racionalni odgovori nisu dovoljni

Racionalni odgovori mijenjaju intenzitet uznemirujućih emocija i vjerovanja u negativne automatske misli samo ako bolesnik u te odgovore vjeruje. To je jedan od razloga zbog kojeg te odgovore treba izmamiti od bolesnika, umjesto da mu ih terapeut ponudi. Neki odgovor koji je za terapeuta smislen ne mora to biti i za pacijenta. Slično tome, nisu korisni pokušaji umirivanja koji se ne oslanjaju na činjenične podatke (npr. "Sve će biti dobro") i opomene (npr. "Ne govorite gluposti"). Unatoč tome, bolesnici ne moraju odmah 100% vjerovati u sve svoje odgovore. Uspješno suprotstavljanje negativnim mislima je vještina koja traži vježbanje i praksu. Kad očito valjani odgovori ne dovode do smanjenja uznemirenosti i patnje ili vjerovanja u originalne misli, to obično znači da bolesnici imaju prema tim odgovorima neke ograde. Ne može se umjesto njih odgovoriti na njihovo "da, ali..."

Kontaminiranje bolesnikovim mislima

Terapeuti katkada ulete u zamku razmišljanja o tome kako su bolesnici opravdano depresivni, naročito kad žive u teškim uvjetima. Ako postoje podaci o prisutnosti "kognitivne trijade", terapeut treba pretpostaviti da je moguća promjena stajališta. Ni u zbiljski teškim situacijama nisu svi ljudi depresivni: neki zadržavaju pozitivan stav i usmjereni su na rješavanje problema, održavajući svoje samopoštovanje unatoč teškoćama. Terapeut se mora pitati što je to u mišljenju *njegova bolesnika* što ga sprječava da i sam to učini?

Suprotstavljanje nemogućem

Ne možemo se suprotstavljati činjenicama. Katkada se ono što je terapeut interpretirao kao depresivno iskrivljavanje, pokaže točnim. To je jedan od razloga zbog kojih je važno utvrditi podatke koji podupiru pacijentova gledišta. Slično tome, nije se moguće suprotstaviti pitanjima. Negativne automatske misli povezane, na primjer, s anksioznošću, često se izražavaju u obliku pitanja o budućnosti: "Što ako se s tim ne budem mogao nositi?" Takva pitanja obično prikrivaju negativna predviđanja. Terapeutov je zadatak pronaći to predviđanje, tj. okrenuti pitanje u tvrdnju koja se onda može procjenjivati s obzirom na to koliko bolesnik u nju vjeruje i koliko je dovodi u pitanje. U gornjem primjeru to bi moglo biti: "Neću se moći s tim nositi. Uvjerenje: 80%."

4. korak Preventivne strategije

Glavna prednost psiholoških tretmana depresije u odnosu na uzimanje lijekova jest u tome što ti tretmani smanjuju rizik vraćanja poremećaja. Kognitivno-bihevioralna terapija je u tom pogledu naročito dobra. Osim što bolesnike poučava nizu prethodno opisanih vještina upravljanja depresijom, ona smanjuje ranjivost na buduće epizode narušavanjem temeljnih pretpostavki na kojima se temelji depresivno mišljenje.

Identificiranje i suprotstavljanje nefunkcionalnim pretpostavkama

Identificiranje nefunkcionalnih pretpostavki

Kad je bolesnik jednom u stanju vješto identificirati i suprotstaviti se negativnim automatskim mislima, tada se tretman usredotočuje na nefunkcionalne pretpostavke koje su u osnovi tih misli. Te pretpostavke imaju određene prepoznatljive karakteristike:

1. *One ne odražavaju realitet ljudskog iskustva.* Tako, na primjer, vjerovanje "Ja moram uvijek biti snažan" zanemaruje ljudsku ranjivost. U tom su smislu te pretpostavke "nerazumne".
2. *One su rigidne, pretjerano generalizirajuće i ekstremne,* jer ne vode računa o razlikama u okolnostima.
3. *One sprječavaju, umjesto da olakšavaju postizanje ciljeva,* kao kad standardi perfekcionista izazivaju anksioznost koja šteti njegovim postignućima.
4. *Kršenje tih pretpostavki povezano je s ekstremnim i pretjeranim emocijama,* npr. depresijom i očajem, umjesto tuge i kajanja. Kad se tim pretpostavkama udovoljava, tada su doživljene pozitivne emocije podjednako snažne, npr. oduševljenje umjesto zadovoljstva ili ugone.
5. *One su relativno nedostupne za uobičajena iskustva.* Tome je tako djelomično stoga što, iako se pojedinci ponašaju kao da su te pretpostavke točne, one često nisu formulirane, pa su stoga velikim dijelom nesvjesne. Osim toga, napuštanje tih pretpostavki može biti povezano s nekim prividno neprihvatljivim rizicima, npr. "Ako prestanem uvijek svih puštati prije sebe, nitko me više neće voljeti."

Beck, Hollon, Young, Bedrosian i Budenz (1985) grupirali su nefunkcionalne pretpostavke prema trima glavnim područjima zabrinutosti: *postignuću* (visoki standardi, potreba za uspjehom itd.), *prihvatanju* (potreba da se drugim ljudima svidamo, da nas vole, itd.) i *kontroli* (potreba za kontroliranjem događaja, potreba da se bude snažan, itd.). U danoj situaciji može djelovati bilo koje od tih područja. Tako ljudi mogu izbjegavati bliske odnose, jer se boje da neće moći udovoljiti standardima druge osobe (postignuće), jer se boje odbijanja (prihvatanje) ili jer se boje da bi netko mogao zavladati njihovim životom (kontrola). Beck, Epstein i Harrison (1983) dodatno su grupirali pretpostavke s obzirom na nadređene dimenzije, koje bi prema njihovu mišljenju mogle utjecati na vrstu događaja koji pospješuju depresiju, na obrazac simptoma i na način na koji ljudi reagiraju na tretman. Oni su identificirali dvije dimenzije: "*sociotropiju*" (koja ističe važnost interpersonalnih odnosa) i "*autonomiju*" (koja naglašava važnost neovisnosti i slobode izbora). Te dimenzije, koje nisu uzajamno isključive, imaju mnogo širi djelokrug od specifičnih nefunkcionalnih pretpostavki. U tom su smislu mnogo sličnije "varijablama ličnosti", jer utječu na to kako se ljudi osjećaju, kako misle i što čine tijekom života i u nizu različitih situacija. Takva grupiranja mogu se klinički koristiti za bolje razumijevanje određenih bolesnika, kao i za usmjeravanje načina na koji se provodi tretman. Na primjer, neka vrlo autonomna osoba možda teško prihvaća sugestije koje dolaze od terapeuta, pa je u napasti da prerano prekine terapiju jer smatra da bi to "trebala" obaviti sama. Suprotno tome, vrlo sociotropna osoba može pretjerano nastojati ugoditi terapeutu i imati teškoća u neovisnom djelovanju između sesija. Oba ova uobičajena obrasca

reagiranja mogu se povoljno iskoristiti i to tako da se u prvom slučaju osobito istaknu tretmanski aspekti samopomoći, a u drugom koristi bolesnikova želja da ugoditi terapeutu za što veću mobilizaciju bolesnika, prije nego što se kod njega poticati veća neovisnost.

Identificiranje nefunkcionalnih pretpostavki može biti teže od hvatanja negativnih automatskih misli, jer te pretpostavke nisu odvojeni događaji u svijesti, već generalizirana pravila koja nikad ne moraju biti formulirana riječima. Njih može biti nemoguće opažati, već o njima treba zaključivati na temelju znakova poput ovih:

1. *Teme* koje se pojavljuju tijekom tretmana, npr. zaokupljenost nastojanjem da se sve učini dobro ili zabrinutost zbog odbacivanja.
2. *Logičke pogreške* u automatskim mislima koje mogu odražavati slične pogreške u nefunkcionalnim pretpostavkama koje su u osnovi tih misli, npr. dihotomno rasuđivanje: "Ako se još jednom posvadimo, ja odlazim" (misao); "Ako se s nekim ne možete složiti, nema uopće smisla s njim biti u odnosu" (pretpostavka).
3. *Globalne samoprocjene*, npr. "glupa", "djetinjasta", "slaba", mogu reflektirati standarde ponašanja koji inače nisu eksplicite izraženi. Globalne evaluacije drugih često imaju istu funkciju.
4. *Sjećanja, obiteljske uzrečice*. Ljudi se katkada živo sjećaju nekih doživljaja iz djetinjstva koji kao da su u skladu, barem intuitivno, s postojećim vjerovanjima. Jedna je žena vjerovala da je apsolutno nužno da u svakoj prilici udovoljava željama drugih ljudi. Ona se živo sjećala svoje majke, koja je izlazila iz kuće uz prijetnju da je više neće voljeti ako ne učini što joj je bilo rečeno. Iako je sada bila u svojim četrdesetim godinama, svaki znak neodobravanja u njoj bi izazvao isti osjećaj očaja. Korisna pitanja za identifikaciju takvih uspomena uključuju: "Sjećate li se da ste se ikada prije tako osjećali?", "Možete li se sjetiti kada ste prvi put imali taj osjećaj?" i "Podsjećá li vas to na nešto iz vaše prošlosti?"
5. *Povišeno raspoloženje* obično pokazuje da je zadovoljena neka pretpostavka, kao što slabo raspoloženje upućuje na kršenje neke pretpostavke. Tako će, na primjer, osoba koja vjeruje da je nužno stalno se svima svidati, biti oduševljena (umjesto da bude jednostavno zadovoljna) kad se nekome sviđa.
6. *Strelica prema dolje*. Ova tehnika (Burns, 1980, str. 235-241) uključuje identifikaciju problemne situacije te negativnih emocija i negativnih misli koje osoba u toj situaciji doživljava. Umjesto propitivanja samih misli, terapeut pita: "Recimo da je to točno, što bi to za vas značilo?" To i slična pitanja (npr. "Što bi to govorilo o vama?", "Što bi se tada dogodilo?", "Kad bi to tako bilo, što bi u tome bilo tako loše?") ponavljaju se sve dok nije moguće formulirati tvrdnju koja je dovoljno općenita da zahvaća ne samo originalnu problemnu situaciju, već i druge situacije u kojima djeluje isto pravilo. Primjer je prikazan na slici 6.5.

Situacija: Sesija s bolesnikom koji na kraju izjavljuje da se ne osjeća bolje.

Emocije: Krivnja, anksioznost, depresivnost.

Misli: To je bila užasna sesija - ništa nismo postigli.

Pretpostavimo da je to točno, što bi to vama značilo?

Bolesniku neće biti bolje.

Pretpostavimo da mu neće biti bolje, što bi to vama značilo?

Da sam loše obavio svoj posao.

Pretpostavimo da je tome tako, što bi vama to značilo?

Da sam trajjav terapeut.

Pretpostavimo da ste trajjav terapeut, što onda?

Prije ili poslije ulovit će me u tome.

Što znači "uloviti u tome"?

Da će svi saznati da nisam dobar terapeut i prezirati me.
To će dokazati da je moj dosadašnji uspjeh bio prijevara, čista sreća.

To znači: Da bih mogao o sebi dobro misliti i da bi drugi mogli o meni dobro misliti, moram biti uspješan u svemu što radim.

Slika 6.5 Tehnika "strelica prema dolje": doktore, izliječi sam sebe.

Propitivanje nefunkcionalnih pretpostavki

Kad je jednom neka nefunkcionalna pretpostavka identificirana, koristi se propitivanje i bihevioralno eksperimentiranje kako bi se otkrilo novo, umjerenije i realističnije pravilo. Korisna pitanja sadržavaju:

Na koji je način ta pretpostavka nerazumna? Pitanje poput: "Postoje li podaci koji to potvrđuju?" traži procjenu činjenica koje se mogu utvrditi. Je li ta pretpostavka u skladu s načinom na koji svijet funkcionira? Na koji način

ona ne odražava stvarnost ljudskog iskustva? Nerazumno je, na primjer, tražiti da život bude uvijek pošten, kad je činjenica da on to nije.

Na koji način je ta pretpostavka nekorisna? Pomaže li ta pretpostavka bolesniku da dobije u životu ono što želi ili ga u tome sprječava? Ovdje je korisna strategija izraditi popis prednosti i nedostataka tog vjerovanja. Često na taj način ubrzo postaje jasno da to vjerovanje ili uvjerenje ima više nedostataka nego prednosti, a i da su mnoge prednosti samo prividne, a ne i stvarne. Na primjer, pretpostavke perfekcionista mogu povremeno uistinu dovesti do vrlo kvalitetnih postignuća, međutim one često izazivaju stupanj anksioznosti koji je inkompatibilan s kvalitetnim postignućem, pa stoga mogu dovesti do izbjegavanja izazova i prilika.

Odakle potječe ta pretpostavka? Prihvaćanje povijesne pretpostavke nije uobičajeno u kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Međutim, u nekim slučajevima poznavanje načina na koji su nastale nefunkcionalne pretpostavke pridonosi udaljavanju od njih. Ono što je bilo relevantno djetetu, može očito biti manje relevantno odrasloj osobi. U primjeru opisanom u "Uspomene i obiteljske uzrečice", bolesnik je kao dijete vjerovao da *preživljavanje* ovisi o sprečavanju majčina nezadovoljstva. Kad je od njega u odrasloj dobi, zatraženo da ponovno procijeni posljedice neudovoljavanja drugima, shvatio je da je njegova sadašnja potreba određena okolnostima koje više nisu točne. Drugim riječima, udovoljavanje drugima rijetko je kada pitanje života i smrti. Istodobno, razumijevanje izvornog značenja odbacivanja osmislilo je intenzitet njegovih čuvstava u odrasloj dobi.

Što bi bila umjerenija alternativa koja bi imala prednosti nefunkcionalne pretpostavke, ali bez njezinih nedostataka? Nefunkcionalne pretpostavke su obično ekstremne u svojim zahtjevima. To se vidi i u jeziku u kojem su izražene (treba biti, mora biti, isključivosti kao uvijek, nikad, svatko). Formuliranje alternative koja vodi računa o nijansama sivog priprema osobu da se učinkovito nosi s prilikama koje bi bile, prema originalnoj pretpostavci, smatrane neuspjesima i vodile do depresije. Jedan je bolesnik, na primjer, smatrao da je traženje pomoći znak osobne neprikladnosti. Njegova je pretpostavka bila: "Moraš se uvijek biti u stanju sam nositi sa svime, neovisno o tome koliko se loše osjećaš." Tijekom terapije formulirana je korisnija i realističnija alternativa: "Dobro je biti u stanju neovisno se nositi s problemima, ali je pošteno prema sebi očekivati da se to ne može cijelo vrijeme. Ja sam samo čovjek i katkada mi je potrebna pomoć, kao svima drugima. Dakle: nosi se sam kad možeš, ali ako ne možeš, primi svu pomoć koju možeš dobiti." Alternative za nefunkcionalne pretpostavke mogu se napisati na kartice koje bolesnik ponovno čita, sve dok reagiranje u skladu s njima ne postane njegova druga priroda (pogledajte 3. poglavlje, str. 88).

Kao i kod negativnih automatskih misli, verbalno suprotstavljanje nefunkcionalnim pretpostavkama treba uvijek biti testirano i potkrijepljeno

promjenama u ponašanju. S obzirom na vjerojatnost da su te pretpostavke dugotrajne, promjena se neće dogoditi preko noći. Može biti nužno ponavljanje bihevioralnih eksperimenata duže vrijeme nego kod eksperimenata u vezi sa specifičnim mislima, a i u većem broju različitih situacija. Eksperimenti trebaju biti u različitim oblicima, među kojima su: prikupljanje informacija o standardima drugih ljudi (umjesto pretpostavljanja da su vlastiti standardi univerzalni); djelovanje protiv pretpostavki i opažanje posljedica (što može izazvati znatnu anksioznost) te testiranje novog pravila na djelu. Čovjek u prethodnom primjeru potrudio se tražiti pomoć na poslu, kod kuće i od prijatelja, čak i kad mu nije bila uistinu potrebna. Otkrio je da to nije dovelo ni do kakvih katastrofičnih posljedica, štoviše, njegovi su odnosi s ljudima postali bolji, jer su ti ljudi uvidjeli da nije neranjiv, pa im se zbog toga i više svidao.

Upotreba pogoršanja ili zastoja u napredovanju

Tijekom tretmana bolesnici redovito uvježbavaju kognitivne, bihevioralne i kognitivno-bihevioralne vještine upravljanja depresijom. Tako raste njihova sposobnost suočavanja sa sve težim situacijama. Ako bolesnici računaju s mogućnošću vraćanja u prijašnje stanje, tada takve pojave za vrijeme trajanja tretmana mogu biti neprocjenjive prilike za vježbu. One pokazuju na djelu što je naučeno i mogu se koristiti za kontroliranje ponovnih pojava depresije.

Priprema za budućnost

Približavanjem kraja tretmana mnogi se bolesnici počinju bojati da neće sami dobro funkcionirati. S tim se brigama treba postupati na isti način kao i s drugim uznemiravajućim kognicijama. Važno je potaknuti bolesnika da izrazi svoje brige i procijeni podatke o njihovoj valjanosti. Bolesniku se, na primjer, u okviru domaće zadaće može dati zadatak da pronade odgovore na pitanja poput ovih: "Postoje li podaci koji pokazuju da će vam ova terapija koristiti?", "Što ste naučili iz ove sesije?", "Kako možete graditi na onome što ste naučili, kako biste do kraja tretmana postali neovisni i samopouzdana koliko je to moguće?", "Prihvaćajući mogućnost da ćete u neko doba opet imati problema, što bi vas moglo vratiti u prvobitno stanje? Kako biste se s tim nosili?", "Ima li koga kod kuće tko bi vam u slučaju potrebe mogao pomoći?", "Imate li, za slučaj da sva vaša nastojanja nisu dovoljna, neki dogovor kako ćete kontaktirati svog terapeuta?"

Možda je moguće identificirati specifične događaje koji bi u budućnosti mogli voditi do depresije, npr. odlazak u mirovinu, smrt roditelja ili odlazak djece iz kuće. Terapeut i bolesnik mogu zajedno izraditi planove reagiranja za takve situacije. Na općenitijoj razini, moglo bi biti korisno sažeto navesti tehnike koje su se bolesniku pokazale korisnima u nekoj vrsti "prve pomoći", koja bi, s jedne strane, sadržavala teškoće koje je ta osoba doživljavala kad je

postala depresivna (npr. provodila je mnogo vremena u krevetu mozgajući, bila je samokritična), a s druge strane, specifične tehnike koje su bile korisne u prevladavanju tih teškoća (npr. planiranje kako će provesti dan u kojem će ugodna i svladavanje teškoća biti maksimalni, osoba tolerantna prema sebi i u kojem će sama sebe hvaliti i hrabriti, umjesto da se kritizira). Taj sažetak treba biti bolesniku pri ruci, na mjestu koje je poznato bolesniku, a možda i bračnom partneru ili bliskom prijatelju, tako da se može odmah koristiti ako se pojavi depresija.

Što ako kognitivno-bihevioralna terapija ne uspije?

Mala proporcija depresivnih bolesnika ne reagira na kognitivno-bihevioralnu terapiju (Blackburn i Bishop, 1983; Fennell i Teasdale, 1987a). Nažalost, te bolesnike nije lako identificirati prije početka tretmana, iako teškoće u radu s njima postaju često i previše očite već nakon malog broja sesija. Kako bi se i kod terapeuta i kod bolesnika izbjeglo pobuđivanje lažne nade o brzom oporavku, korisno je na početku dogovoriti samo pet ili šest sesija. Ako postane jasno da osoba u dogledno vrijeme vjerojatno neće reagirati na terapiju (zato što, na primjer, ima velike teškoće u uspostavljanju suradničkog terapijskog odnosa) ili da kognitivno-bihevioralna terapija nije najbolji izbor (zbog, na primjer, pojave ozbiljnih bračnih problema), tada tretman treba ili produžiti ili obzirno završiti.

Odluka o završetku tretmana, kao i izbor preporučenih alternativa, ovisi u biti o terapeutovoj procjeni faktora koji održavaju depresiju. Kad se procjenjuje da su ti faktori primarno kognitivni, ali kronični, generalizirani i praćeni opsežnim bihevioralnim nedostacima, tada je potrebna dugotrajnija terapija. Nema razloga da se kognitivno-bihevioralna terapija na taj način ne produži. Kad su faktori koji održavaju depresiju interpersonalni, tada bi mogla biti prikladnija bračna ili obiteljska terapija, koja također može biti provedena unutar kognitivno-bihevioralnog okvira. Kad se čini da su održavajući faktori biokemijski, tada treba primijeniti fizički tretman, sam ili u kombinaciji s kognitivno-bihevioralnim tehnikama. (Potpuniju raspravu o teškim pacijentima i neuspješnim tretmanima pogledajte u Beck i sur., 1979, 14. i 15. poglavlje; Rush i Shaw, 1983).

Nalazi istraživanja

Rana istraživanja sa subkliničkim populacijama (npr. Shaw, 1977; Taylor i Marshall, 1977) i pojedinačnim slučajevima (npr. Rush, Khatami i Beck, 1975) sada su nadopunjena sve većim brojem potpuno kontroliranih ispitiva-

nja kognitivno-bihevioralne terapije za depresiju. Slijedi sažet prikaz glavnih nalaza tih ispitivanja. Detaljnije preglede literature daju: Blaney (1977); Weisman (1979); Kovacs (1980); Miller i Berman (1983); Latimer i Sweet (1984); Vallis (1984); Williams (1984a, b); Teasdale (1985).

Neposredni učinci specifičnih kognitivno-bihevioralnih intervencija

Preliminarni podaci pokazuju da intervencije namijenjene smanjivanju učestalosti ili intenziteta depresivnih misli mogu imati neposredne povoljne učinke na raspoloženje. Ti učinci obuhvaćaju odvratanje pažnje (npr. Teasdale i Rezin, 1978; Davies, 1982 [citirano u Williams, 1984a]; Fennell i Teasdale, 1984; Fennell i Teasdale, 1987b) i osporavanje, za razliku od jednostavnog fokusiranja na depresivne misli ili njihova istraživanja (npr. Blackburn i Bonham, 1980; Teasdale i Fennell, 1982).

Poslijetretmanski učinci kognitivno-bihevioralne terapije

Ispitivanja koja su se bavila poslijetretmanskim ishodima pouzdano pokazuju da je kognitivno-bihevioralna terapija barem toliko učinkovita u smanjivanju depresije kao triciklički antidepressivni lijekovi. Ta ispitivanja pokazuju i da se malo dobiva kombiniranjem tih dvaju načina liječenja (Rush, Beck, Kovacs i Hollon, 1977; Blackburn i sur., 1981; Hollon, Evans i DeRubeis, 1983; Murphy, Simons, Wetzel i Lustman, 1984; Teasdale, Fennell, Hibbert i Amies, 1984; Beck i sur., 1985).

Dugoročni učinci kognitivno-bihevioralne terapije

Ohrabrujući nalazi iz pet ispitivanja pokazuju da bi kognitivno-bihevioralna terapija mogla biti djelotvornija u sprječavanju vraćanja poremećaja nego antidepressivni lijekovi (Kovacs i sur., 1981; Hollon i sur., 1983; Simons, Murphy, Levine i Wetzel, 1986; Zimmer, Axmann, Koch, Giedke, Pflug i Hiemann, 1985; Blackburn, Eunson i Bishop, 1986).

Preporučena literatura

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blackburn, I.M., (1987). *Coping with depression*. Edinburgh: Chambers.

- Burns, D. (1980). *Feeling good*. New York: New American Library.
- Emery, G. (1981). *A new beginning: How to change your life through cognitive therapy*. New York: Simon and Schuster.
- Hollon, S.D., Kriss, M.R. (1984). Cognitive factors in clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 4, 35-76.
- Rush, A.J., Shaw, B.F. (1983). Failures in treating depression by cognitive-behavioral therapy. In: *Failures in behavior therapy* (ed. E.B. Foa, P.M.G. Emmelkamp), pp. 217-28. New York: Wiley.
- Williams, J.M.G. (1984). *The psychological treatment of depression: a guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy*. London: Croom Helm.