

UVOD

Ni u snu nismo mogli pretpostaviti da će se stvari tako razvijati. U rukama držite drugo izdanje knjige koja je prvi put objavljena prije 10 godina i svakome od nas je na drugačiji način značila odlazak u nešto potpuno novo. Nastojali smo shvatiti proces ponavljanja depresivnih epizoda, a zatim utvrditi kako da te spoznaje praktički primijenimo u svrhu prevencije tog procesa. Pri tome nismo bili svjesni učinaka koje će takav rad proizvesti. Kad se sada osvrnemo unazad, vidimo da je Jon Kabat-Zinn u svojem predgovoru tom izdanju bio puno dalekovidniji. Rekao je da će primjena pune svjesnosti u području mentalnog zdravlja promijeniti to područje; da će nastojanje da se u kontekstu moderne psihološke znanosti shvati kako ta drevna mudra praksa dotiče ključne procese zbog kojih depresivni ljudi ostaju ranjivi, donijeti svima novi pogled na stvari. Mnogi koji se inače ovim baš i ne bi bavili, uočit će da njegovanje svjesnosti trenutka ima goleme preobrazbene potencijale.

U pisanju drugog izdanja suočili smo se s nekoliko izazova. Osnovna je nakana morala ostati ista kao u prvom izdanju, a počinjene pogreške morali smo pošteno priznati. Željeli smo bolje objasniti stvari koje su ostale nejasne ili krivo shvaćene. Rado smo podijelili novine u teoriji i praksi i opisali što je odbačeno, odnosno koji su novi elementi uključeni. U drugom izdanju mora biti jasno što je izmijenjeno, a što je ostalo isto.

U prvom smo izdanju ispričali kako smo 1992. godine željeli pronaći oblik kognitivne terapije za održavanje stanja bez simptoma depresije, ali su nas rezultati i laboratorijskih i kliničkih istraživanja, uključujući i naše

iskustvo vodili u drugom smjeru. Do 2002. godine, dakle nakon 10 godina istraživanja i kliničkih ispitivanja, ponudili smo u tadašnjem izdanju sve što smo znali o razumijevanju stalnog rizika od ponavljanja depresivne epizode i 8-tjedni program koji bi mogao smanjiti taj rizik.

Do 2002. smo zapravo imali prilično jak temelj za neke ideje koje podupiru program, ali malo pokazatelja njegove djelotvornosti. Na kraju krajeva, puna svjesnost kao pristup u tretmanu depresija svima nam je bila novost. I, dodatno, problem s kojim smo se uhvatili u koštac tada se tek počeo uočavati u depresivnih pacijenata. Tek su tamo kasnih 80-ih kliničari jasno uvidjeli da u osoba koje su jednom doživjele depresiju postoji tendencija recidiva. Prijašnji su se tretmani depresija fokusirali na tretiranje akutnog stanja, tj. kako olakšati intenzivnu patnju trenutačne depresivne epizode. Mi smo željeli učiniti nešto drugo: pomoći ljudima da ostanu dobro nakon što je epizoda prošla, željeli smo smanjiti stalno prisutan rizik. Na početku nismo znali kako to napraviti. Nije nam bilo ni na kraj pameti da bi pristup koji se zove meditacija uvida/insight meditation (ili meditacija pune svjesnosti/mindfulness meditation) mogao ponuditi odgovor.

Ova se knjiga vraća toj priči i njezin je nastavak. Započinje opisom kako smo se, na temelju znanstvene literature i rezultata vlastitih istraživanja, uvjerali da je ovo dobar pristup za tretman depresije. Prvo je trebalo bolje teoretski zahvatiti i objasniti ponavljajuću depresiju, a potom primijeniti te spoznaje. Nije to bilo jednostavno putovanje. Pristup koji je kasnije postao poznat kao Mindfulness – Kognitivna terapija u tretmanu depresije (MKTDD) (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT) nije bio naš prvotni cilj. Kad smo i sami krenuli putem koji je vodio do pune svjesnosti, mi ga nismo zvali MKTDD.

U prvom smo izdanju u detalje opisali put od izazova depresije kao problema, preko svih naših pogrešnih početnih pristupa do privremenog zaključka da puna svjesnost može silno osnažiti mnoge koji su u riziku od ponavljanja depresije. Sada moramo ići dalje jer na raspolaganju stoji sve više istraživanja koja otkrivaju narav depresije, više istraživanja koja procjenjuju dugoročnu djelotvornost antidepresiva i drugih psiholoških tretmana, više istraživanja o djelotvornosti pune svjesnosti te za koga i kako je djelotvorna. Godine 2002. je bilo malo istraživanja koja su koristila slikovno prikazivanje mozga; sada postoji nekoliko ključnih istraživanja o tome što se događa u mozgu kada ljudi vježbaju punu svjesnost.

Najdojmljivije od svega je ta totalno neočekivana eksplozija interesa za punu svjesnost u rješavanju brojnih problema tjelesnog i mentalnog zdravlja. Da bismo razumjeli zašto se to dogodilo, barem u području mentalnog zdravlja u kojem radimo, trebamo se vratiti na sam početak naše suradnje, pogotovo stoga što u to vrijeme nismo imali nikakve namjere ići u tom smjeru. I kako smo odande stigli ovamo?

Naša priča počinje u ljeto 1989. godine. Tada su Mark Williams i John Teasdale radili u Jedinici Vijeća za medicinska istraživanja u primijenjenoj psihologiji (Medical Reserach Council's Applied Psychology Unit) koja se sada zove Jedinica za kogniciju i neuroznanost (Cognition and Brain Science Unit) u Cambridgeu, Engleska. Zindel Segal ih je posjetio 1989. godine tijekom sudjelovanja na Svjetskom kongresu kognitivne terapije, koji se tada održavao u Oxfordu. Nas smo trojica imali puno zajedničkog jer smo sva trojica godinama radili na psihološkim modelima i terapiji depresija. Svaki je imao i izlaganje na konferenciji.

Rasprava na pretkongresnom susretu u Cambridgeu vodila se oko dijelova slagalice koje su na površinu izbacila nedavna istraživanja kognicije i emocija, odnosno može li se napredak u ovom području primijeniti u objašnjenju kako negativne misli i negativne emocije u depresiji proizvođe tako loše posljedice. Iako je svaki od nas imao nešto drugačiji pristup, mnoge smo sadržaje mogli razmijeniti budući da smo ispitivali isti problem; poglavito kako to depresija mijenja misli da zbog njih sve zapne, a onda se sve pogoršava.

Tada smo uglavnom razgovarali o mehanizmima koji leže u osnovi mijenjanja misli i emocija koje prate depresiju. Nismo se fokusirali na tretman depresija jer je u kasnim 80-im već postojao popriličan broj psiholoških tretmana koji su svojom djelotvornošću bili jednaki onoj anti-depresivima. Činilo se malo vjerojatnim da bi daljnja istraživanja kako pomoći ljudima u akutnoj depresiji postigla nešto novo.

Umjesto toga, svoj smo interes usmjerili na pitanje zašto tako puno ljudi koji su se oporavili od depresivne epizode postaju opet depresivni. Literatura nije davala jasne odgovore. Neka su rana istraživanja upućivala na to da će depresivnu epizodu nakon oporavka najvjerojatnije opet doživjeti one osobe koje su zadržale određene stavove i bazična vjerovanja. Primjeri takvih vjerovanja su: "Ako nisam uspješan kao drugi, onda sam manje vrijedno ljudsko biće" i "Moja vrijednost kao čovjeka uvelike ovisi o tome što drugi misle o meni". Mislilo se da takvi stavovi ili vjerovanja

povećavaju vjerojatnost pojave depresije poglavito zbog toga što osjećaj vlastite vrijednosti vezuju za događaje, koji su, bili veliki ili mali, često izvan njihove kontrole. U svezi s tim je razvijen upitnik koji se zove Skala disfunkcionalnih stavova da bi se procijenilo do koje mjere takve osobe održavaju takva vjerovanja.

No, istraživači su bili sve skeptičniji glede uzročne povezanosti ovih stavova i povrata depresije. Naglasili su da se oni pacijenti koji su na kraju tretmana još uvijek zadržali takva uvjerenja, zapravo nisu potpuno oporavili pa nije ni bilo čudo da su podložniji povratu simptoma. I doista, i dalje stoji da je najbolji prediktor recidiva količina rezidualnih simptoma i nakon tretmana.

No bilo je i drugih problema s ovim teoretskim objašnjenjem zašto se depresija ponovno vraća. Nekoliko je studija pokazivalo da pacijenti koji su se istinski oporavili tako što se raspoloženje vratilo u prosječnu razinu opće populacije, nisu uopće pokazivali elemente ovakvog tipa misli. Bodo-vi na skali bazičnih vjerovanja i stavova bili su normalni usprkos činjenici da je, znali smo to, vrlo vjerojatno da će opet biti depresivni. Gdje se može uočiti ranjivost tih ljudi? U to smo vrijeme i dalje o tome raspravljali i nešto ćemo više morati o tome reći kasnije. Kako god, Kongres u Oxfordu je došao i prošao i mi smo se, uz obećanje da ćemo ostati u vezi, vratili u svoje matične akademske ustanove.

Dvije godine kasnije, 1991., pojavila se prilika da se opet okupimo i fokusiramo na istu tematiku. David Kupfer, voditelj Istraživačke mreže psihobiologije depresija Zaklade Johna D. i Catherine T. MacArthur, zamolio je Zindela Segala da razvije "održavajuću" verziju kognitivne terapije depresija kojom bi se pomoglo depresivnim pacijentima da ostanu dobro nakon što su se oporavili od akutne epizode. *Održavajuća terapija* pruža mogućnost daljnjeg rada s oporavljenim pacijentima koji su još uvijek rizični. To se nudi rjeđe nego redovna terapija, ali cilj je uvijek isti: pacijentima koji su bili depresivni pružiti potporu u korištenju vještina kojima će identificirati probleme koji bi, ako se zanemare, mogli dovesti do povrata depresije. David Kupfer i Ellen Frank su upravo objavili inicijalno istraživanje koje pokazuje vrijednost takvih "održavajućih" susreta za tip strukturiranog tretmanskog pristupa koji se zove *Interpersonalna terapija* (IPT). Može li se na jednak način razviti *održavajuća kognitivna terapija*? Zindel koji je sada već bio voditelj Odjela kognitivno bihevioralne terapije na Clark psihijatrijskom institutu (Head of the Cognitive

Behavior Therapy Unit at the Clark Institute of Psychiatry) (sada Centar za ovisnosti i mentalno zdravlje, Clark odsjek – Centre for Addiction and Mental Health, Clark Division) kontaktirao je Marka Williamsa (koji se preselio iz Cambridgea na Sveučilište Bangor u Walesu i sada je na Sveučilištu Oxford) i Johna Teasdale da porazgovaraju o mogućnosti da zajednički rade na tom projektu.

Prvo smo se susreli u Torontu u travnju 1992. godine. Bilješke s tog prvog susreta predstavljaju nacrt kako bi takva *održavajuća kognitivna terapija* izgledala. I nema nikakve sličnosti s programom koji smo u konačnici razvili. U godinama koje su slijedile drastično smo se udaljili od verzije kognitivne terapije u kojoj smo sva trojica obučavani.

Kako se u knjizi navodi, naš se prvi iskorak sastojao u tome da smo intervencijama kognitivne terapije dodali trening pozornosti kao novu komponentu. Onda smo utvrdili da to nije dovoljno pa smo odbacili "terapijski" okvir kako bismo mogli više raditi unutar modela pune svjesnosti koji naglašava osvješćivanje misli i osjećaja, a ne pokušaje njihova mijenjanja. Na kraju smo pristupili integraciji temeljnih principa kognitivne terapije i održive prakse pune svjesnosti. Knjiga iz 2002. godine opisuje taj proces u detalje.

Nakon što je ovo prvo izdanje ugledalo svjetlo dana, ostali smo zapanjeni njegovim utjecajem na svijet terapije. U samom smo se početku razvijanja MKTTD programa znali ponekad upitati na kakav će on prijem naići. Mislili smo da će program, čak i ako se pokaže da nekim ljudima pomaže, ostati negdje na rubnom području terapijske prakse. No, pokazalo se da smo totalno krivo procijenili situaciju. Iz nekako još nejasnih razloga pristup pune svjesnosti pogodio je raspoloženje ovog vremena. I u svjetlu tog rastućeg prihvaćanja terapeuti počinju postavljati važna pitanja o ovom novom pristupu. Primjerice. Što je MKTTD program i zašto ga izabrati? Je li djelotvoran? Kako djeluje? I tko to može podučavati?

Zašto izabrati MKTTD i što je to? Godine 2002. ova se priča tek počela stvarati. Deset godina kasnije osvrćemo se na tijek događaja iza nas. U ovoj knjizi, dakle, ažuriramo teoriju i istraživanja koja u tretmanu ponašajuće depresije podržavaju korištenje pristupa pune svjesnosti. Navodimo koje smo promjene unijeli u sam program, što sada uočavamo kao nedovoljno jasno objašnjeno, kakve je to nesporazume proizvelo i kako ćemo sada biti jasniji. Prema kraju teksta govorimo o tome koje aspekte

pune svjesnosti njeguje svaki pojedini dio programa i pokušavamo odgovoriti na neka često postavljana pitanja.

Djeluje li? U vrijeme objavljivanja prvog izdanja postojalo je samo jedno istraživanje efikasnosti programa u smanjivanju rizika od povrata simptoma. Iako smo knjigu počeli pisati tek po završetku istraživanja, mogli smo govoriti samo o preliminarnim rezultatima. Jesmo li ih mogli ponoviti? Deset godina kasnije znamo odgovor na to pitanje. Pregledali smo rezultate pet novih istraživanja koja su evaluirala program, dva su uspoređivala MKTTD i najčešće korišten tretman za smanjenje povrata simptoma: kontinuirano uzimanje antidepresiva. Rezultati su vrlo konzistentni: ovaj je program visoko djelotvoran u smanjenju rizika od povrata simptoma u osoba s najdužom poviješću depresije i s najviše ponavljanja.

Zašto djeluje? U vrijeme prvog izdanja mnogo smo nagađali na osnovi teorije i ponešto laboratorijskog rada o mogućim kritičnim mehanizmima koji bi mogli biti u temeljima djelotvornosti programa. Sve u svemu, bilo je malo istraživanja koja su ispitivala koje se varijable mijenjaju tijekom 8-tjednog trajanja programa i koje su od tih promjena ključne za prevenciju ponavljanja epizode depresije. Odgovori koji se sada pojavljuju su fascinantni i mnogo doprinose našem znanju.

Što treba kliničar učiniti da bi trenirao i podučavao MKTTD? Godine 2002. nismo imali siguran odgovor na to. Sada, deset godina kasnije trenirali smo nekoliko stotina budućih učitelja MKTTD-a diljem svijeta i iznosimo svoje ideje o tome kako najbolje pripremiti učitelja. Sve više uočavamo ključnu važnost dobre pripreme učitelja jer – prvo, ne smijemo naškoditi onima koji nam dolaze po pomoć i drugo, tako najbolje osiguravamo da će se pacijenti, zahvaljujući programu duboko i trajno osloboditi patnje. Sad nam je puno jasnije nego 2002. godine da kad kažemo “utemeljeno na punoj svjesnosti”, ne mislimo samo da je sadržaj koji podučavamo utemeljen na punoj svjesnosti, već da i način podučavanja proizlazi iz osobne prakse pune svjesnosti samog učitelja (voditelja). Da bude jasno, učitelji koji koriste ovaj pristup trebaju biti i kvalificirani stručnjaci u svom području kojima se vjeruje no isto tako trebaju posjedovati osobno znanje, dubinu i uvid u to što jest i što nije praksa pune svjesnosti, a to dobivaju samo iznutra osobnom praksom pune svjesnosti. To znači da *učitelji pune svjesnosti prakticiraju punu svjesnost* u svom svakodnevnom životu. Ako učitelj koji podučava, sam ne prakticira punu svjesnost, onda to nije MKTTD.

UVOD

Započinjemo opisom što je depresija. Gledajući unazad 20 godina, od vremena kada smo započeli ovaj projekt, depresija je nesumnjivo i dalje jedan od najvećih problema u području mentalnog zdravlja. Kakva je bila situacija u kasnim 80-im, a koje se nove perspektive otvaraju sada? Vidjet ćemo da se pogled na depresiju mijenja, od depresije kao problema koji se sastoji od pojedinačne epizode do depresije kao kroničnog, ponavljajućeg poremećaja. Ljudi koji se bave planiranjem u zdravstvu, počinju uvidati da sve upućuje na to da će depresija biti jedna od glavnih "bolesti" 21. stoljeća i da će zahtijevati nove odgovore.

I. DIO

**IZAZOV
DEPRESIJE**





1. POGLAVLJE

Depresija baca dugu sjenku

Depresija je poremećaj raspoloženja koji smanjuje sposobnost jasnog mišljenja; slabi motivaciju za djelovanjem; mijenja osnovne tjelesne funkcije kao što su spavanje i uzimanje hrane. Osoba ostaje zarobljena usred žestoke psihičke boli s osjećajem da ne može ništa napraviti. Svatko pati sam, a kad pogledamo koliko ljudi pati od depresije, brojke su zapanjujuće. Rezultati bolničkih i istraživanja u zajednici pokazuju da je ovaj poremećaj raspoloženja najučestalija psihijatrijska poteškoća i taj je nalaz upadljivo dosljedan diljem svijeta. Nedavni epidemiološki podaci od oko 14.000 ljudi skupljeni u 6 europskih zemalja pokazuju da 17% populacije iskazuje da su doživjeli neko iskustvo depresije u posljednjih 6 mjeseci. Detaljnija analiza pokazuje da ozbiljnu veliku depresiju iskazuje 6,9% ispitanika, blažu depresiju 1,8% ispitanika.¹ Preostalih 8,3% ispitanika navodi da su doživjeli depresivne simptome, ali ih oni nisu značajnije ometali u poslu ili socijalnom funkcioniranju. Rezultati su slični rezultatima objavljenim u Kanadi² i SAD-u³. Prema tim podacima obiteljski liječnici mogu svaki radni dan očekivati barem jednu osobu sa značajnom depresijom. Kad su ispitanike upitali za iskustvo depresije u dužem vremenskom razdoblju, pokazalo se da je 6,6% populacije u SAD-u doživjelo kliničku depresiju u prošloj godini⁴, a 18 do 22% žena i 7 do 11% muškaraca će tijekom života patiti od kliničke depresije⁵.

Što je depresija? U uobičajenoj upotrebi termin sugerira da je netko “sniženog raspoloženja” ili “potišten”, no taj opis propušta bitnu “sin-

dromsku" prirodu kliničkog poremećaja. To znači da poremećaj obilježava kombinacija elemenata, a ne samo jedno svojstvo. Klinička depresija (ponekad se zove "velika depresija") je stanje u kojem se perzistentno depresivno raspoloženje ili gubitak interesa pojavljuje s ostalim pouzdanim fizičkim ili mentalnim pokazateljima depresije, kao što su teškoće sa spavanjem, slab apetit, oslabljena koncentracija i osjećaj beznada i bezvrijednosti. Dijagnoza depresije se daje samo ako je određen broj ovih elemenata istodobno nazočan tijekom najmanje 2 tjedna, a osobu ometaju u njenim svakodnevnim aktivnostima.

Oni koji su bili depresivni znaju da poremećaj nije jednoobrazan, da nema jednog obilježja koje pokriva cijelu priču. Neke posljedice depresije, poput sniženog raspoloženja i oslabljene koncentracije, osoba lako prepoznaje i sama. Druge, poput nedostatne energije i zaokupljenosti negativnim temama i mislima može biti teže prepoznati zbog toga što smanjuju sposobnost osobe za interakcije s obitelji i bliskim osobama. Jedna od najviših cijena depresije je povećan rizik od suicida. Rizik od suicida se povećava sa svakom novom epizodom i postoji 15% vjerojatnosti da će pacijent koji pati od ponavljajuće depresije koja zahtijeva hospitalizaciju počinuti suicid.⁶ Depresija se rijetko pojavljuje samostalno. Najvjerojatniji dodatni problem je anksioznost.⁷ Izgledi da osoba s depresijom također pati i od, primjerice, paničnog poremećaja su 19 puta veći od izgleda da netko bez depresije iskusi napadaje panike.^{8,9} Istraživanja upućuju i na povećane izgleda za jednostavnu fobiju (9 puta veće) i opsesivno-kompulzivni poremećaj (11 puta veće).

Najviše iznenađuje i ujedno najviše zabrinjavaju rezultati istraživanja depresije i drugih psihičkih poremećaja koji pokazuju da vrlo malo ljudi traži pomoć u službi za mentalno zdravlje. Tu postoji čudna ironija. Ljudi koji pate od najučestalijeg psihičkog poremećaja vjerojatno će najmanje od svih ostalih kategorija potražiti tretman. Od onih koji traže pomoć samo 22% posjeti specijalista i dobije adekvatan tretman.⁵ To propuštanje pomoći, pogotovo u slučaju depresije za koju postoje djelotvorne terapije, postalo je velik problem javnog zdravstva. Zato se pokreće educiranje javnosti o simptomima depresije i dostupnim mogućnostima terapije. Dani probira za depresiju, koji su sada već uobičajeni u mnogim bolnicama, pomogli su reducirati stigmatu koja se vezuje uz depresiju, prikazujući ju kao legitimno medicinsko/psihološko stanje s potvrđenim kliničkim osobinama.

Druga promjena u našem poimanju depresije, nastala u ovih 20 godina, je uvažavanje stupnja nesposobnosti povezanog s poremećajem. Uz emocionalnu bol i muku depresivnu osobu prati otežano funkcioniranje usporedivo s onim koje prati velike medicinske bolesti poput raka i bolesti srca i krvnih žila. Kad smo započeli ovaj rad, Kenneth Wells i njegove kolege već su otkrili veliku skrivenu cijenu i narav socijalnog tereta koja se plaća zbog depresije. Primjerice, ako mjerimo nesposobnost u obliku broja "dana provedenih u krevetu", iznenađuje da depresivni ljudi provedu više dana u krevetu (1,4 dana mjesečno) nego plućni bolesnici (1,2 dana mjesečno), dijabetičari (1,15 dana mjesečno) ili osobe oboljele od artritisa (0,75 dana mjesečno). Samo srčani bolesnici provedu više dana u krevetu (2,1 dan mjesečno).¹⁰ Može se pretpostaviti da "dani u krevetu" ostavljaju značajnog traga na radnu produktivnost. Radnici koji pate od depresije imaju pet puta više izgubljenih radnih dana nego njihovi kolege.¹¹ Depresija je jedan od glavnih uzroka produženog bolovanja kod službenika i menadžera (rukovoditelja).¹²

Kad su se ovi rezultati pojavili u literaturi kasnih 80-ih i ranih 90-ih, mnogi su počeli drukčije gledati na ozbiljnost problema depresije. Prognoza Svjetske zdravstvene organizacije za 2020. godinu potvrđuje ova rana upozorenja: depresija će biti drugi po redu svjetski zdravstveni problem.¹³ U vrijeme kad smo se sastali kako bismo iznašli najbolji tretman, depresija se ubrzano nametala kao najveći izazov u području duševnog zdravlja.

RANI OPTIMIZAM VEZAN UZ TRETMAN DEPRESIJA

Gdje pronaći odgovor za problem depresije? Istina je da su do kraja 80-ih već postojali brojni načini tretiranja depresije. Antidepresivi, otkriveni i upotrijebljeni u 50-im godinama već se bili jako poboljšani. Za velik su broj tih lijekova već postojali jasni dokazi djelotvornosti. Većina tih medikamenata je utjecala na funkcije neurotransmitera (kemijski nositelji poruka koji omogućuju neuralnim impulsima da u poveznicama neurona - sinapsama - prelaze s jednog neurona na drugi). Djelovali su tako da su povećali djelotvornost veza između moždanih stanica i povećavali količine neurotransmitera kao što su norepinefrin ili serotonin, koji postoje

u sinapsi.¹⁴ Iako još nije sasvim jasno kako se to odvija, postoje dokazi da neki lijekovi blokiraju ponovnu pohranu neurotransmitera u drugim stanicama, dok drugi zapravo stimuliraju živčane stanice da oslobađaju više neurotransmitera. Antidepresivi su do kraja 80-ih postali i do danas ostali glavno sredstvo za tretman kliničke depresije.¹⁵ Međutim postoje alarmirajući pokazatelji da za blagu i srednju depresiju oni nisu ništa djelotvorniji od običnog placeba.¹⁶ Čak i kad jesu djelotvorni u nekih osoba, (iz nama još nepoznatih razloga) počinju gubiti djelotvornost nakon 1 do 2 godine kontinuiranog uzimanja.¹⁷

Do kasnih 80-ih već su se razvili i samostalni psihološki tretmani depresija. Postojala su najmanje 4 široka pristupa problemu i svi su bili strukturirani i vremenski ograničeni. Svaki je imao i određenu empirijsku potvrdu. Bihevioralni pristupi su naglašavali potrebu da se depresivna osoba više angažira u potkrepljujućim ili ugodnim aktivnostima,¹⁸ dok je trening socijalnih vještina popravljao bihevioralne deficite zbog kojih je depresivna osoba doživljavala odbijanje i socijalnu izolaciju.¹⁹ Kognitivna terapija²⁰ je skupila na hrpu brojne bihevioralne i kognitivne tehnike sa zajedničkim ciljem da se promijeni način kojim misli, predodžbe i interpretacije događaja doprinose stvaranju i održavanju emocionalnih i bihevioralnih teškoća povezanih s depresijom. I na kraju, Interpersonalna psihoterapija (IPT)²¹ je naglašavala da će se depresija otkloniti ako osobu naučimo rješavati interpersonalne sporove i mijenjati uloge. Kognitivne i interpersonalne terapije postale su "zlatni standard" u psihološkom tretmanu najviše zbog toga što su potporu dobile u tri elementa koji se još uvijek rijetko nalaze u istraživanjima psiholoških tretmana: terapije su testirane u višekratnim istraživanjima u više centara; u terapije su uključeni klinički pacijenti koji su udovoljavali standardnim dijagnostičkim kriterijima za depresiju, a kad su provedene evaluacije u odnosu na anti-depresive, njihova djelotvornost je ocijenjena kao jednaka.²²

Sa svim tim tretmanima na raspolaganju, problem je zasigurno bio riješen. Nažalost, dok su se tretmani akutne depresije pokazivali djelotvornima, istraživanja su pokazala da je glavni krivac za prevalenciju depresije širom svijeta, *povrat* nove epizode depresije u osoba koje su već iskusile jednu epizodu. Opseg problema se promijenio.

DEPRESIJA KAO KRONIČNO,
RECIDIVIRAJUĆE STANJE

Zašto ovaj aspekt depresije nije ranije uočen? Prvo, naše razumijevanje depresije temelji se većinom na rezultatima istraživanja početkom 20. stoljeća. U to doba ozbiljna klinička depresija prvi se put pojavljivala u kasnijim srednjim godinama te nije bilo prilike za opažanje ponavljajućih epizoda tijekom dužeg razdoblja. Desetljeće po desetljeće, tijekom druge polovine 20. stoljeća pojavio se drugačiji obrazac sa sve ranijim prvim pojavljivanjem depresije i sada se kao prosječna dob prvog očitovanja depresije pojavljuju srednje 20-e godine, s tim da mnogi prvu depresivnu epizodu dožive u adolescenciji. Tragičan učinak tog ranog pojavljivanja ogleda se u činjenici da sada možemo cijeli život pratiti što se događa nakon te jedne depresivne epizode. Novija istraživanja otvaraju drugačiju i uznemirujuću priču.

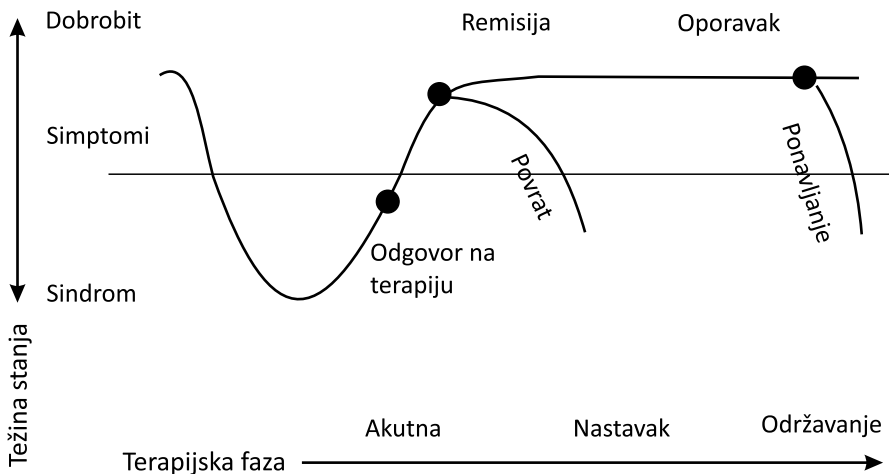
Drugo, nismo shvatili koliko depresija može biti ponavljajuća jer nije bilo istraživanja koja bi pratila izliječene pacijente i u pravilnim intervalima evaluirala njihovo stanje. Samo se s takvim informacijama može potpuno razumjeti kako se depresija pojačava i smanjuje u funkciji vremena, odnosno kako se razvija njezin prirodni tijek. Takve studije omogućuju procjenu vjerojatnosti *spontanih remisija* (tijekom kojih se osobe osjećaju bolje bez terapije) i procjenu opravdanosti primjene tretmana koji imaju značajne rizike i/ili popratne pojave u odnosu na situaciju u kojoj se depresiju uopće ne tretira. Do sredine 80-ih godina o tome je bilo vrlo malo kvantitativnih podataka. Novija istraživanja sada identificiraju pacijente u trenutku kad više nisu depresivni, pa se onda prate u jednogodišnjim ili dvogodišnjim vremenskim intervalima.

Jednu od prvih takvih studija 1983. godine vodili su Martin Keller i suradnici.²³ Pratili su trinaest mjeseci grupu od 141 pacijenta s dijagnozom velikog depresivnog poremećaja i izvijestili da je njih 43 (odnosno 33%) očitovalo povrat depresije nakon što su se osjećali dobro najmanje 8 tjedana. Jasno da je za oporavljene pacijente veliki izazov održavati zdravlje i učinke terapije. I sva kasnija istraživanja pričaju sličnu priču: najmanje 50% pacijenata koji su se oporavili od prve epizode doživjet će barem još jednu depresivnu epizodu, a za pacijente koji su imali dvije ili više depresivnih epizoda postoji 70-80%-na vjerojatnost da će im se to u životu iznova ponoviti.⁶ U ovakvom trenutku stručnjaci za mentalno zdravlje

razlikuju "akutna", odnosno kratkotrajna stanja i "kronična" odnosno, dugotrajna koja traju preko dvije (2) godine. Ističu, nadalje, da neke depresije mogu *izgledati* kao akutne, ali i da mnoge depresivne osobe, i nakon oporavka, ostanu "kronične" u smislu povećane, dugotrajne ranjivosti. U često citiranom radu, Judd zaključuje: "Unipolarna depresija je kronična, doživotna bolest. Rizik od ponavljanja epizoda prelazi 80%, a pacijenti će tijekom života u prosjeku doživjeti 4 velike depresivne epizode i svaka će trajati 20 tjedana" (str. 990).²⁵Zbog ovih rezultata postoji konsenzus da su povrat i ponavljanje epizoda nakon uspješnog tretmana uobičajeno loši ishodi (vidi Sliku 1.1.²⁶).

Iz sadašnje perspektive s početka 21. stoljeća, lako je smetnuti s uma da je naglasak na ponavljanju bio prilična novina u ono vrijeme. Sve do kasnih 60-ih i ranih 70-ih istraživanja su se fokusirala na razvijanje djelotvornih tretmana akutne depresije. Malo se pozornosti obraćalo na konstantan rizik kojemu su pacijenti bili izloženi. Nova su istraživanja pokazala da prilikom donošenja odluke koja će se vrsta tretmana ponuditi treba uzeti u obzir činjenicu da je rizik od povrata simptoma tijekom oporavka uvijek nazočan.

Kellerovi su podaci upozorili na veliku razliku u prognozi između pacijenata koji ranije nisu imali depresiju i onih s najmanje tri prijašnje



Slika 1.1 Depresija kao kronično recidivirajuće stanje

depresivne epizode. Te su dvije skupine pokazale značajnu razliku u povratu; 22% u onih bez ranijih depresija i 67% u onih sa tri i više ranijih depresivnih epizoda. Ispostavilo se da je oporavak od prve epizode bio onaj kritični trenutak koji određuje daljnji razvoj poremećaja. Postojala je značajna vjerojatnost da će ubrzo uslijediti recidiv, a ako se on uistinu dogodi, postojala je 20% veća vjerojatnost da se razvije kronična depresija (str. 3303)²³. Podaci iz jednog kasnijeg istraživanja u kojem su 5 godina pratili pacijente s kroničnim i nekroničnim afektivnim poremećajem sugeriraju²⁷ da su one osobe koje recidiviraju, ubrzo nakon oporavka sklone razvijati depresiju kao dugotrajno stanje.

Danas je, u skladu s Kellerovim opažanjima, broj prošlih depresivnih epizoda jedan od najpouzdanijih prediktora pojavljivanja budućih. Keller je u svojim istraživanjima postavio prag na tri epizode, no danas se najčešće kao kritična vrijednost uzimaju dvije epizode. Važno je napomenuti da ovaj princip razdvajanja ovih dviju skupina pacijenata glede rizika od povrata vrijedi i danas. Zapravo, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM IV-TR)* Američke psihijatrijske udruge²⁸ kvalificira dijagnozu velikog depresivnog poremećaja terminom "ponavljajući" za one pacijente koji su prethodno očitovali barem dvije depresivne epizode.

KAKO SE MOGU SPRIJEČITI POVRAT I PONAVLJANJE DEPRESIJE?

Jasniji uvid u težinu depresija nametnuo je i potrebu za hitnim iznalaženjem terapija koje mogu pomoći. Kako se sada na veliku depresiju gleda kao na ponavljajući poremećaj, bilo je nužno proširiti dijapazon vrsta pomoći koje su se mogle ponuditi pacijentima. Rezultati istraživanja su upućivali na to da je uz oslanjanje na lijekove nužan dugotrajniji pristup.

Ovaj zaključak nisu dobro primili liječnici koji nisu bili pristalice dugotrajne uporabe lijekova. Rezultati su sugerirali da bi se pacijentima trebali ordinirati lijekovi i nakon što su se oporavili od epizode, zbog koje su se javili liječniku. Koja bi se vrsta istraživanja mogla koristiti kako bi se ispitala neophodnost takvog kontinuiranog tretmana?

To bi bilo istraživanje u kojem bi svi pacijenti dobili isti lijek dok se ne oporave. Nakon toga bi se pacijenti slučajnim izborom podijelile u dvije

skupine: jednoj se, umjesto lijeka, daje placebo (neaktivna pilula), a drugoj se daje aktivni lijek. (Pacijenti prethodno daju pristanak za sudjelovanje u takvom istraživanju, ali ne znaju u koju su skupinu raspoređeni.) To su učinili Glen i suradnici u epohalnom istraživanju u 1980-im godinama. Po oporavku nakon primjene aktivnog lijeka, svi su pacijenti podijeljeni u dvije skupine i dobili su ili placebo (neaktivna pilula) ili aktivni lijek. Rezultati su bili jasni: Oko 50% pacijenata koji su dobili placebo doživjelo je novu depresivnu epizodu, a samo 20% onih koji su dobili aktivni lijek.²⁹

Jedan aspekt ovih rezultata je posebno važan. Glen i suradnici su otkrili da se depresija vraća puno brže nego što bi se to moglo očekivati od nove epizode. To je sugeriralo da zapravo nije riječ o novoj epizodi ("ponavljanje"), već o pogoršanju prethodne epizode koja se liječila, a čiji tretman nije sasvim završen ("povrat"). Opća primjena ovog rezultata očituje se u činjenici da pacijenti uzimaju lijekove i nakon što se počnu bolje osjećati, jer ako prekinu prije nego epizoda završi, riskiraju brzi povrat.

Do kasnih 80-ih mnogi su liječnici prihvatili stajalište da je najbolja prevencija budućih depresivnih epizoda *profilaktičko* propisivanje antidepresiva (dakle, propisivanje lijeka da bi se spriječila buduća, a ne samo da bi se liječila postojeća epizoda). Uspostavila se razlika između *akutne, kontinuirane i održavajuće* upotrebe antidepresiva koji su se davali u različitim fazama depresije (Slika 1.1). Davanje antidepresiva da bi se pacijent oslobodio simptoma tijekom trajanja depresivne epizode nazvali su *akutna terapija*. Davanje antidepresiva 6 mjeseci nakon oporavka od depresivne su epizode nazvali *kontinuirana terapija*, a korištenje antidepresiva čak 3-5 godina nakon oporavka nazivalo se *terapija održavanja*. Ovo je okosnica i aktualnih uputa Američke psihijatrijske udruge za rad s depresijama.^{30, 31}

No, obratite pozornost na pretpostavku koja leži u podlozi ovih uputa: antidepresivi ne donose dugoročno izlječenje. Njihovi učinci ne traju nakon njihove primjene. Drugim riječima, antidepresivi djeluju tako što smanjuju simptome, ali ne pogađaju pretpostavljene uzroke same epizode.^{32, 33} No, znajući da se sa svakom novom epizodom povećava rizik od brzog ponavljanja i da se intervali između ponavljanja s vremenom smanjuju,³⁴ i dalje je bilo važno spriječiti povratak simptoma na bilo koji način. Za mnoge je poruka ove i sličnih kasnijih studija bila jasna: u svrhu sprečavanja buduće depresivne epizode nastaviti s istom terapijom koja je bila učinkovita u ublažavanju akutne depresivne epizode.

PSIHOTERAPIJA KAO TRETMAN ODRŽAVANJA

Uspjesi produženog farmakološkog tretmana depresija nakon inicijalnog oporavka su dobro dokumentirani i izuzetno važni do kasnih 80-ih godina. No, i dalje je postojala potreba da kontinuirana upotreba antidepresiva u fazi oporavka dobije učinkovitu alternativu. Takvo dugotrajno uzimanje antidepresiva za zamjetljiv broj pacijenata u određenom tretmanu prestaje biti adekvatno rješenje. Primjerice, trudnicama i dojiljama se preporuča da ne uzimaju antidepresive. Isto vrijedi i za pacijente podvrgnute većim operativnim zahvatima. Neki ne podnose popratne pojave antidepresiva, a neki odbijaju uzimati lijekove. U jednom istraživanju od 155 ambulantnih depresivnih pacijenata, 28% ih je prestalo uzimati lijek u prvom mjesecu terapije, a 44% do kraja trećeg mjeseca terapije.³⁵ Općenito, procjenjuje se da 30–40% pacijenata ne uzima propisane antidepresive.³⁶ Jedno je elektroničko ispitivanje provedeno na 1400 pacijenata u SAD-u, koje je provela Nacionalna udruga za depresivne i manično-depresivne pokazalo da je samo jedna trećina pacijenata koji su dobivali antidepresive radi održavanja bila zadovoljna kvalitetom terapije.³⁷

Da li bi psihoterapija mogla pomoći? Na kraju krajeva, bilo je dokaza da ponavljanju depresivne epizode često prethode negativni događaji u životu. To su najčešće gubici, nesporazumi, odbijanja i razočaranja. Sigurno bi psihoterapija mogla odigrati važnu ulogu u pomaganju pacijentima da se bolje suoče s interpersonalnim posljedicama ovakvih događaja i tako smanji rizik od ponavljanja. To je bila ideja vodilja za revolucionarno istraživanje interpersonalne terapije (IPT) održavanja zdravog stanja, koje su proveli Ellen Frank i suradnici.³⁸

Novost u ovom istraživanju je je bilo to da su pacijenti odmah za tretman depresivne epizode dobili kombinaciju interpersonalne terapije i antidepresiva Imipramina te se s terapijom nastavilo tri godine iako su se oni već oporavili. Za pacijente je eksperimentalni dio istraživanja započeo nakon što su se oporavili od depresivne epizode. Rezultati ove studije pokazali su da je IPT terapija održavanja značajno produžila razdoblje u kojem su se pacijenti osjećali dobro. Za pacijente koji su primali IPT terapiju održavanja prosječno vrijeme preživljavanja do sljedeće epizode je bilo duže od 1 godine, dok su oni pacijenti koji su tijekom terapije održavanja primali placebo, bili dobro samo 21 tjedan.

Ovi rezultati izravno upućuju na središnji problem u ovom području. Prvi put se, naime, pokazalo da i psihoterapija poput antidepresiva može smanjiti rizik od povrata depresije. Zanimljivo je da su se pacijenti koji su primali lijekove osjećali dobro dulje vrijeme u odnosu na one koji su primali samo IPT. No, ostaje činjenica da su se pacijenti koji su primali samo IPT terapiju osjećali znatno bolje od onih koji su dobili samo placebo. Ovi su rezultati otvorili vrata psihoterapiji kao preventivnoj mjeri i postavili izazov struci da razvije teoretske modele i iznađe kojim sve vještinama treba podučiti pacijente kako bi se spriječio recidiv.

Pronalazak da se IPT može koristiti kao terapija održavanja dobrog stanja pacijenata je bio vrlo značajan i ubrzo su se kliničari zapitali mogu li se i druge forme psihoterapije koristiti u istu svrhu. No, u to su se vrijeme mnoga istraživanja u psihoterapiji usmjerila na razvijanje boljih i djelotvornijih tretmana akutne depresije i nije se dostatno razmišljalo o razvijanju psihoterapije za "održavanja". Ako se željelo napredovati u tom smislu, i drugi su morali uraditi ono što su učinili Frank i suradnici, dakle razmisliti o najboljem psihološkom tretmanu kako bi se pacijenti, nakon što su se oporavili, i dalje osjećali dobro.

Članove Istraživačke mreže Psihobiologija depresije i afektivnih poremećaja Zaklade John D. i Catherine T. MacArthur (*John D. i Catherine T. MacArthur Foundation's Psychobiology of Depression and Affective Disorder Research Network*) zaintrigirala je mogućnost razvijanja kognitivne terapije u funkciji terapije održavanja zdravlja kao paralele IPT verziji terapije održavanja. Direktor Mreže David Kupfer je zamolio Zindela Segala da izvidi kako bi se mogla kreirati takva terapija održavanja. Kupfer je i kasnije odigrao važnu ulogu u razvijanju naših ideja kad nam je dopustio odstupiti od inicijalnog koncepta i slijediti osjećaj da je takav oblik kognitivne terapije održavanja odveć skučen u pristupu. No, ne trčimo pred rudo. Zamolili su nas da razvijemo održavajuću verziju kognitivne terapije i tu smo počeli.