

Psihoterapija depresija

Psychotherapy of Depressions

Rudolf Gregurek

Klinika za psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
KBC Zagreb

10000 Zagreb, Kišpatićeva 12

Sažetak O psihoterapijskom pristupu u liječenju depresije postoji relativno malen broj navoda u znanstvenoj literaturi. U ovom radu pokušalo se sustavno sagledati problem psihoterapije depresije, prikazom individualnog, grupnog i kombiniranog, farmakoterapijsko-psihoterapijskog pristupa u liječenju ovog psihičkog poremećaja. Definiran je problem depresije s gledišta psihodinamske psihijatrije, no opisane su i ostale (kognitivne i bihevioralne) koncepcije u razumijevanju depresije. Ujedno su prikazana i novija neuroznanstveno-psihoanalitička promišljanja o psihoterapiji i njezinu mjestu u suvremenome znanstvenom pristupu psihijatriji.

Usprkos mnogim metodološkim teškoćama, psihoterapija je važan aspekt u liječenju depresije. Posebno je važan zajednički farmakoterapijski i psihoterapijski pristup koji je u većem broju kliničkih istraživanja pokazao svoje vrijednosti. Zaključno, psihoterapijski pristup može se ravnopravno nositi s farmakološkim metodama liječenja jer u krajnjem ishodu nema, prema metaanalitičkim studijama, značajnijih terapijskih razlika.

Ključne riječi: depresija, psihoterapija, liječenje

Summary The scientific literature contains a relatively small number of quotes about the psychotherapeutic approach to the treatment of depression. In this article we tried to address the psychotherapy of depression systematically by demonstrating individual, group and combined pharmacopsychotherapeutic approaches to the treatment of this psychic disorder. Depression is defined from the point of view of psychodynamic psychiatry; however, other approaches (cognitive and behavioural) to understanding of depression have been also described. The article also shows the recent neuroscientific-psychoanalytic approaches to psychotherapy and its role in a modern scientific approach to psychiatry.

Despite many methodological difficulties, psychotherapy represents a significant aspect of depression treatment. A joint pharmacotherapeutic and psychotherapeutic approach, whose value was confirmed in a number of clinical trials, is especially important. Finally, psychotherapy is as good as pharmacological therapies because, as meta-analytic studies shows, there are no significant therapeutic differences in final treatment results.

Key words: depression, psychotherapy, treatment

Pristup u liječenju depresije karakteriziran je raspravama o znanstvenom i tržišnom razmišljanju, ali i ideološkim razlikama profesionalaca koji se bave ovim psihičkim poremećajem. Milijuni dolara potrošeni su na prodaju i promidžbu antidepresiva; farmaceutska industrija financira brojna istraživanja i publikacije. S druge strane, fondovi za financiranje psihoterapijskih istraživanja su minimalni i jedva dostatni (1).

Direktni troškovi liječenja depresije izuzetno su veliki, ali indirektni troškovi zbog gubitka radne produktivnosti i ljudske patnje ne mogu se mjeriti (2). Profesionalci u liječenju depresije trebaju biti svjesni ovih problema i uložiti posebne napore u upoznavanje sa svim relevantnim spoznajama, i biološkim i psihoterapijskim u liječenju ovog poremećaja (3).

Suvremeni psihoterapijski pristup depresiji pod snažnim je utjecajem biološke koncepcije, ali čak i kad se psihijatrijske bolesti razumiju kao promjene na neurotransmitterskoj razini, simptomatologija ima specifično, individualno značenje za svakog bolesnika (4-6). Psiho-

loški stresovi i interpersonalni činitelji sigurno uvjetuju neurokemijske promjene u mozgu koje dovode do promjena na neurotransmitterskoj razini. Drugim riječima, pojava depresivnih simptoma kombinacija je niza psihosocijalnih, genskih i bioloških činitelja (7, 8).

Na depresiju se dugo gledalo, u psihoanalitičkim krugovima, bazirajući se na Freudovu članku o melankoliji (9), kao na ljutnju okrenutu prema unutra - ljutnju zbog gubitka voljene osobe, bilo zbog odbijanja, bilo zbog smrti. Danas depresiju sagledavamo kompleksnije, sa znatno više aspekata. Depresija može imati mnogo različitih uzroka, a ne samo gubitak objekta. Gubitak posla isto tako može stimulirati pojavu depresije, što nije toliko povezano s ljutnjom okrenutom prema unutra koliko s beznažnošću ekonomskog preživljavanja. Endogena depresija obično se pojavljuje bez očitoga psihološkog povoda, ali isto tako može biti uzrokovana nekim svakodnevnim stresnim situacijama kao što su odlazak od kuće, rođenje djeteta ili promatranje djeteta kako postaje odrasla osoba i odlazi od kuće. Upravo

posebnost svake osobe i svake životne situacije onemogućava opće razumijevanje i generalizacije. Svjesnost o kompleksnosti ove problematike čini pristup depresivnoj osobi usklađenijim s posebnostima svakog pacijenta, čime ga čini i manje stereotipnim.

Psihodinamske teorije depresije

Psihodinamska psihijatrija danas je vrlo široko definirana, ali uglavnom se upotrebljava kao sinonim za psihoanalitički pristup. Izvorno, Freud se terminom psihodinamika koristio da naglasi konflikt između suprotstavljenih intrapsihičkih snaga. Danas psihodinamski pristup podrazumijeva konceptualni okvir u kojem su svi terapijski pristupi prihvatljivi, uključujući i farmakoterapiju, psihoterapiju, bolnički i dnevno-bolnički tretman, kao i grupni i obiteljski pristup. Psihodinamski je pristup u dijagnostici i liječenju karakteriziran načinom razmišljanja o obje strane uključene u terapijski proces, i bolesniku u terapeuta koji uključuje nesvjesni konflikt, deficit i distorziju intrapsihičkih struktura i objektnih odnosa (10, 11).

Psihodinamske teorije o etiologiji depresije rezultat su višegodišnjih, moglo bi se reći i desetljetnih kliničkih opservacija. Prve koncepcije o primarnoj ulozi psihičkih činilaca u etiopatogenezi depresije izveli su iz psihoanalitičke teorije K. Abraham (1911. godine) (12) i S. Freud (1917. godine) (9). Polazište ovih koncepcija je u pretpostavci da su karakterne osobine te koje predisponiraju javljanju depresije, a to su simbiotička ovisnost o važnim objektima i ambivalencija osjećaja prema tim objektima. Navedeno je posljedica fiksacija u individualnome psihološkom razvoju u najranijoj oralnoj fazi. Oralna fiksacija uvjetovana je emocionalnom traumom, tj. doživljajem djeteta da mu je uskraćena majčina ljubav ili strahom od gubitka objekta o kojem ovisi.

Druga je pretpostavka da se depresija javlja kao reakcija osoba oralnih crta ličnosti na realni, imaginarni ili simbolični gubitak objekta, koji asocira na negativna iskustva u ranom djetinjstvu. Bitan je događaj obrana osobe od doživljaja gubitka objekta, mehanizmom njegove introjeksijske i regresije libida na oralnu razinu. Posljedica ovih mehanizama je da se nagoniska energija, ponajprije agresivni impulsi, prvobitno usmjereni prema izgubljenom objektu (stvarnom ili fantazmatskom), okreću prema subjektu i pretvaraju se u depresivni afekt. Identifikacija s voljenim i omrznutim osobinama introjiciranog objekta vodi k intrapsihičkom konfliktu između ega i superega. Ego se brani od agresije prestrogo superega sadomazohističkim stavom prema sebi, samooptuživanjem, idejama krivnje, obezvređivanjem vlastite osobnosti, autodestruktivnim ponašanjem i drugim depresivnim simptomima.

Novije psihoanalitičke teorije ne dovode pojavu depresije u vezu s agresivnim impulsima, već njezinu genezu objašnjavaju s gledišta ego-psihologije. Prema E. Bibringu (1965. godine) (13), depresija nastaje kao posljedica doživljaja bespomoćnosti koja se javlja ponajprije u osoba s narcističnim crtama - kao reakcija ega na

neuspjeh pokušaja da dostigne previsoke ciljeve. Ovim neuspjesima pogođen je individualni narcizam, što dovodi do gubitka samopoštovanja, a ovaj osnovni fenomen depresije uvjetuje pojavu ostalih simptoma.

Teorijski pristup depresiji M. Klein (14) temelji se na nesposobnosti uspješnog prevladavanja depresivne pozicije koja je normalna faza psihološkog razvoja djeteta. Depresivna pozicija slijedi shizoidno-paranoidnu poziciju tijekom koje dijete projicira svoje destruktivne fantazije u majku praćeno strahom od kazne. Takva "užasna, kažnjavajuća" majka odvaja se od voljene, "dobre" majke obrambenim mehanizmom rascjepa (splittinga). Tijekom normalnog razvoja, prema M. Klein, ove se pozitivne i negativne predožbe majke integriraju, drugim riječima dijete prepoznaje da je "loša" majka koje se boji i koju mrzi ista ona koja je "dobra" i koju obožava. M. Klein vidi depresivnu osobu kao bolesnika koji je ostao fiksiran na depresivnoj poziciji sa strahom da će dobar objekt biti uništen zavišću i destruktivnošću koja je prema njemu usmjerena.

Self-psihološki pristup H. Kohuta (15) u razumijevanju depresije zasniva se na pretpostavci da tijekom razvoja djetetova selfa postoje posebni zahtjevi koji moraju biti zadovoljeni od strane roditelja u smislu davanja pozitivnog doživljaja samopoštovanja i cjelovitosti vlastite osobnosti. Depresija u ovom teorijskom pristupu uvjetovana je masovnim gubitkom samopoštovanja koje dovodi do narušavanja doživljaja vlastitog selfa.

Kognitivna teorija

Originalna teorija A. T. Becka (1967. godine) (16) upućuje na to da je depresija primarno uzrokovana specifičnim poremećajima kognitivnih funkcija (negativna kognitivna shema), koji sekundarno generiraju javljanje afektivnih simptoma. Nastanak depresije Beck povezuje s negativnim iskustvima tijekom psihosocijalnog sazrijevanja koja se fiksiraju kao depresivni obrasci mišljenja. Ti su obrasci obično dugo latentni, a aktiviraju ih stresne situacije, kada se očituju depresivnim kognitivnim trijansom koji iskrivljuje realnu spoznaju aktualne situacije. Ovaj trijas obuhvaća: negativni stav prema sebi (samopodcjenjivanje), budućnosti (beznadnost) i svijetu koji osobu okružuje (bezvrijednost).

Bihevioralna teorija

Bihevioralno orijentirani autori etiologiju i fenomenologiju depresije izvode iz teorije učenja i principa instrumentalnog uvjetovanja. Zajednički nazivnik bihevioralne teorije je da nastanak depresije objašnjavaju kao posljedicu smanjene učestalosti, varijabiliteta ili motivacijskog djelovanja pozitivnog potkrepljenja. Osnovni bihevioralni model depresije je koncepcija o gubitku pozitivnog potkrepljenja i naučene bespomoćnosti (17).

Neuroznanstveno-psihoanalitički pristup razumijevanju depresije

Freud (18) još je 1914. godine napisao: *Moramo biti svjesni činjenice da će naše provizorne ideje u psihologiji vjerojatno jednog dana biti bazirane na organskim supstrukturama.*

U svom tekstu iz 1920. godine dodaje (19): *Nedostaci u našem opisu vjerojatno će nestati ako smo već mi u poziciji da zamijenimo psihološke fiziološkim ili kemijskim terminima... Mogli bismo očekivati (u fiziologiji i kemiji) da damo iznenađujuće informacije, a da ne možemo pogađati kakve će povratne informacije biti za nekoliko desetljeća, kakvi će biti odgovori na pitanja koja smo mi postavili. Mogli bi biti takvi da sve naše umjetne hipotetske strukture padnu u vodu.*

Sto godina poslije Freuda, dobitnik Nobelove nagrade za medicinu Eric Kandel piše (8): *Kada terapeut razgovara s pacijentom, i pacijent sluša, terapeut ne stvara samo kontakt pogledom i glasom, već pokreće i neuronsku mašineriju u svom mozgu što ima indirektan i, valja se nadati, dugotrajan učinak na neuronsku mašineriju pacijentova mozga; a vrlo vjerojatno i obrnuto. Zasad, dok riječi stvaraju promjene u umu našeg pacijenta, vjerojatno je da ovakve psihoterapijske intervencije stvaraju promjene i u pacijentovu mozgu. S ovoga gledišta, biološki i sociopsihološki pristupi su ujedinjeni.*

Ljudski je mozak "organ adaptacije" na socijalni i fizički svijet; stimuliran na rast i učenje pozitivnim i negativnim interakcijama s okolinom. Ujedno, on je dobro opremljen za korištenje anksioznosti koja može oblikovati nova znanja, ali istodobno može preživjeti kratkotrajna stresna razdoblja bez negativnih posljedica (20).

Većina emocionalnog i interpersonalnog učenja zbiva se tijekom prvih nekoliko godina života u vrijeme dominacije "primitivnih" moždanih struktura. Najveći dio učenja zbiva se prije nego postoji nužan kortikalni sustav svjesne memorije. Zbog toga su najvažnije funkcije za održavanje našeg života kontrolirane refleksima, ponašanjem, emocijama naučenim izvan naše svijesti. Prije rođenja uspostavljena je kontrola osnovnih životnih funkcija. Tijekom prve godine života uspostavljena je mreža neurona koja još nije usklađena s koordinacijom funkcija te mreže neurona (21, 22).

Rast i integracija optimalni su u pozitivnome ranom razvoju, uključujući podražaje koji odgovaraju stupnju razvoja, potpori i roditeljima koji su sposobni i spremni da osjećaje pretvore u riječi. Ovi činitelji vode u pozitivnu regulaciju afekata, biološkoj homeostazi i primjerenom "unutrašnjem miljeu" koji osigurava konsolidaciju iskustva pojedinca i odgovarajući doživljaj selfa (23).

Od prvih trenutaka života stres oblikuje naš mozak na način da memoriramo iskustva nužna za preživljavanje. Većina naših iskustava nije traumatska, već više istančana i nesvjesna. Neurobiološke promjene potaknute stresom, ali i one koje postoje kod depresije, imaju važne implikacije za psihoterapiju. Ne samo zato što

traume iz djetinjstva pridonose psihodinamici, a tijekom terapije nastojimo ih pokazati, razotkriti, osvijestiti; isto tako trebamo biti svjesni činjenice da svakodnevne životne stresne situacije, kao i ozbiljna traumatska iskustva imaju svoj odraz u središnjem živčanom sustavu i ostaju ondje dugo nakon što su prestale uznemirujuće okolnosti. Depresija može postati dio "karaktera", u smislu postojanja na niskoj razini tijekom cijelog života i prerasti u ozbiljnije kliničke smetnje, koji put čak i u odsutnosti očitog uzroka. Kod pacijenata koji dolaze liječniku s ovom vrstom problema ne možemo očekivati "izlječenje" jednostavnim pretvaranjem nesvjesnog u svjesno.

Psihološki stres, kao što je poznato, narušava biološku ravnotežu organizma promjenama u razini niza "stresnih hormona", ali s druge strane, ovi biološki medijatori nužni su u održavanju ravnoteže, homeostaze u organizmu. Ovaj pojam dinamičke ravnoteže koja se zbiva u organizmu svakodnevno, pod utjecajem svakodnevnog života, a nužan je za adaptaciju na uobičajne životne situacije, McEwen (24) naziva alostaza. Kada je razina medijatora alostaze, kao što su kortizol, adrenalin (ali i ostali neurotransmiteri) povišena, što se događa pod utjecajem svakodnevnih životnih stresnih situacija ili zbog utjecaja životnog stila (dijete, vježbe, promjene ritma spavanja i budnosti), dolazi do nužne adaptacije organizma na nove situacije. No, kada ne dolazi do smanjenja njihove razine, kada to više nije potrebno ili kada se ne "uključuju" kada je to potrebno, ili kada se prečesto rabe u učestalim ekscitivnim situacijama, može doći do alostatskog preopterećenja tijela i mozga.

Psihoterapijski pristup

Psihoterapijski pristup u liječenju depresije, kako ističe S. Blatt (25), mora biti "skrojen" individualno, prema posebnosti svake osobe, njezinim osobnim karakteristikama, psihološkom razvoju, okolinskim činiteljima i svakako prema kliničkoj slici.

Psihoterapija depresije označena je nekim karakteristikama (10):

- opasnost od suicida i potreba za hospitalizacijom,
- potreba za farmakoterapijom,
- rad s obitelji i okolinom,
- početak liječenja zahtijeva izlaženje u susret neposrednim potrebama bolesnika i tek nakon poboljšanja kliničke slike može se nastaviti s klasičnim psihoterapijskim pristupom.

Dijagnostička procjena depresivnosti nužan je prvi korak u psihoterapijskom, kao i svakom terapijskom pristupu. O terapeutovoj procjeni bolesnikova stanja, kao što piše Balint (26), u velikoj mjeri ovisi kako će se dalje razvijati bolesnikov stav prema bolesti. Kod depresivnih bolesnika nalazimo dva početna stava koji su produkt unutrašnje dinamike i težine bolesti. Depresivna osoba može sam

ulazak u terapiju smatrati potvrdom vlastite bezvrijednosti, jer se u našoj kulturi najčešće osjeća krivom što je depresivna. Terapeut, svjestan ove dinamike i patnji, treba bolesnika uvjeriti da ga razumije, a da odlazak na terapiju nije dokaz poraza, već početak puta k izlječenju. U drugom slučaju depresivni i u pravilu lakši bolesnik, ulazi u terapiju s neopravdanom nadom da će zauvijek biti oslobođen žalosti i očajanja. Terapeutov zadatak u ovom slučaju je da suoči bolesnika s njegovim magijskim očekivanjima i s činjenicom da je depresivnost sastavni dio ljudske prirode i da se s njom trebamo naučiti živjeti. Sazrijevajući, naučimo kako izdržati i depresiju.

Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija depresivnog bolesnika pokazuje neka ograničenja i zbog toga treba s posebnim oprezom procijeniti koji je bolesnik spreman i podoban za liječenje (10, 27-29). Općenito govoreći, individualna psihoterapija sama za sebe nije indicirana u akutnoj fazi bolesti. Međutim, psihoterapijski pristup koji ima za cilj poboljšanje aktualnih tegoba i korekciju neadekvatnih obrazaca ponašanja i razmišljanja bolesnika, svakako je nužni dio liječenja depresije.

Psihoterapijski pristup u liječenju depresije je zahtjevan i pred terapeuta postavlja neke posebnosti, ponajprije u njegovoj većoj aktivnosti i ovisnosti koju prema njemu stvara depresivni bolesnik. Ova ovisnost o terapeutu često nameće pred terapeuta potrebu i da stvarno bolesnika ohrabri, pri čemu svakako treba izbjegavati zaštitnički stav kako će se sve lako i brzo riješiti. Ujedno, česta je pojava da se depresivni bolesnik osjeća loše jer prima pomoć od terapeuta. Terapeut ulaže napore na koje je bolesnik nesposoban odgovoriti, što bolesnik može doživjeti kao osjećaj svoje nezahvalnosti. U ambivalentnom stavu depresije često se krije i dosta agresije prema terapeutu. Upornost depresivnih simptoma, unatoč uložnim naporima, terapeut može doživjeti kao agresiju i kao narcističnu povredu. Stalnim žalbama depresivni bolesnik kao da daje do znanja terapeutu kako je neuspješan i ništa ne vrijedi. Na ovo terapeut, čije su narcistične potrebe veće, može reagirati intenziviranjem terapije i ponekad bez pravih potreba primijeniti i agresivnije metode liječenja (25).

Prvi korak u individualnoj psihoterapiji depresije jest kreiranje i stvaranje čvrste i stabilne terapijske alijanse. U stvaranju takvog odnosa terapeut treba jednostavno s empatijom slušati bolesnika. Početna faza treba biti suportivna, potporna i svakako treba izbjegavati preuranjene interpretacije. Tijekom ove početne faze terapeut treba skupljati informacije o mogućim precipitirajućim činiteljima, narcističnim povredama, osjećaju krivnje, agresije, ljutnje i objektima prema kojima je ona usmjerena. Slušajući bolesnika, terapeut postupno stvara psihodinamsku sliku bolesnika, stvarajući i jačajući na taj način i transferne relacije. Tek kada terapeut prikupi dovoljno informacija i kada se stvori čvrst terapijski odnos, moguće je postupno pristupiti ekspresivnijem pristupu i interpretiranju bolesnikovih obrazaca

funkcioniranja. U završnoj fazi psihoterapije terapeut zajedno s bolesnikom kreira mogućnosti novog, zdravijeg, prihvatljivijeg modela funkcioniranja i življenja. Krajnji cilj u psihodinamskom pristupu depresiji trebalo bi biti osvješćivanje interpersonalnog značenja i konteksta depresivnih simptoma (25, 28-31).

Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija depresije razvija se posljednjih desetak godina uz mnoge strahove i otpore i vjerovanje da depresivne osobe nisu pogodne za ovakvu vrstu psihoterapije (32, 33). Otpori prema liječenju depresije u grupi ponajprije su vezani uz strah od smrti i suicida.

Danas je grupna psihoterapija jedna od terapijskih mogućnosti u liječenju depresije, ali uz neke specifičnosti. U ovom terapijskom pristupu koji je izuzetno zahtjevan očekuje se mnogo više aktivnosti od terapeuta pri čemu depresivnog bolesnika treba uključiti u grupu tek kada se ostvari pozitivan kontakt s terapeutom. Dobro je da grupe u koje su uključeni depresivni bolesnici budu otvorenog tipa i da se u njima nalaze bolesnici u različitim fazama oporavka, što može djelovati poticajno. Tako bolesnik koji je u poboljšanju djeluje kao poticajni primjer (34). U grupnoj psihoterapiji depresije smanjuje se osjećaj usamljenosti bolesnika, ublažavaju se njegove emocionalne tegobe i jača samopoštovanje. Doživljaj prihvaćenosti od drugih članova grupe i osjećaj grupne pripadnosti poboljšava i aktivira komunikacije bolesnika, potiče njegovu nadu i usmjerava ga prema budućnosti (35, 36).

Kombinacija psihoterapije i farmakoterapije

Svaki terapijski pristup ima svoju biopsihosocijalnu osnovu (37, 38). Lijekovi imaju svoj psihološki učinak, kao što psihoterapija ima svoje biološke korelate. Dapače, psihodinamska psihoterapija i farmakoterapija mogu imati sinergistički efekt kreirajući bolji završni učinak. Primjerice, bolesnik koji nije motiviran uzimati ordiniranu terapiju može uz pomoć psihoterapije poboljšati svoj odnos prema lijeku i liječenju (39).

Brojne su kliničke studije pokazale kombinaciju farmakoterapije i psihoterapije kao najefikasniji pristup (40-44). Primjerice, kolaborativno istraživanje *Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje SAD-a* (45) pokazalo je izuzetnu važnost dobre terapijske alijanse za uspjeh liječenja depresije, ali isto tako je ovim istraživanjem upoznato i na važnost dobre terapijske alijanse za završni ishod i farmakoterapijskog i psihoterapijskog pristupa. Posebno je važno naglasiti da je za depresivne bolesnike kombinacija psihoterapije i farmakoterapije mnogo prihvatljivija i značajno smanjuje opasnost od prekidanja svakoga pojedinačnog terapijskog pristupa (43).

Problem suicida

Problem samoubojstva javlja se u liječenju svakog depresivnog bolesnika u većoj ili manjoj mjeri (46). Zato već u početku terapije treba razgovarati o eventualnim razmišljanjima bolesnika o suicidu. Najčešći razlog terapeuta izbjegavanja razgovora o ovoj temi je njegov strah da se na taj način ne motivira bolesnik na suicid ili u mogućnosti da bolesnik ne doživi ovakav razgovor kao suglasnost terapeuta s njegovim razmišljanjima.

Pogrešno je razmišljanje da onaj koji počini suicid to nikada unaprijed ne najavi. Naprotiv, bolesnici to često čine govoreći o tome svojoj okolini i terapeutu. Ponekad čak i promjena nabolje u ponašanju bolesnika može biti uvod u ozbiljan pokušaj suicida. Depresivni bolesnici često vide razrješenje svog unutrašnjeg konflikta u suicidu. U takvim okolnostima iskusni terapeut može otkriti oprostajnu poruku u riječima i ponašanju bolesnika. Posebnu pozornost terapeut treba obratiti u vrijeme kad se bolesnik odvaja od terapeuta ili kad bolesnik dolazi s neočekivanim planovima. Ako je s bolesnikom ranije uspostavljen dobar odnos i ostvarena komunikacija o suicidu, terapeut još ima izgleda spasiti bolesnika.

Završne napomene

U središtu psihoterapije je razumijevanje o međusobnom isprepletanju prirode i odgoja, uspješnog i neuspješnog razvoja i njegova utjecaja na zdravo funkcioniranje (47, 48). Kada psihoterapija rezultira smanjenjem intenziteta simptoma, mozak je, na neki način, promijenjen (49).

Bazična pretpostavka psihoterapije je da je optimalno zdravlje i funkcioniranje povezano s porastom stupnja integriranosti i rasta (neuronskih veza). Na neuronskoj

razini integracija i komunikacija neurona povezana je s osjećajima, kognicijom i ponašanjem. Na psihološkoj razini integracija je označena mogućnošću da iskustvo važnih životnih situacija bude razriješeno s uključivanjem minimuma obrana (23, 48).

Iz perspektive neuroznanosti psihoterapija može biti shvaćena kao posebni oblik obogaćenog okruženja kreiranog da omogući rast neurona i integraciju neuronskih veza (48). Terapijska sredina je, zapravo, okruženje individualno skrojeno prema simptomima i potrebama bolesnika.

Nadam se da je sve do sada navedeno pokazalo potrebu stalne edukacije psihoterapeuta, pogotovo sada na početku ne samo novog stoljeća nego i novog tisućljeća. Terapeut je sada više nego ikada obavezan upoznati se sa svim spoznajama, i biološkim i psihološkim, o mogućim etiološkim činiteljima u pojavi psihičkih poremećaja. Posebno danas, kada je samo nekolicina psihijatar-psihoterapeuta privilegirana da radi s visoko-diferentnim "neurotskim" pacijentima, moramo se informirati o neurobiopsihološkim spoznajama koje se odnose na manje dobro integrirane i manje dobro funkcionirajuće pacijente: one s depresivnim, graničnim i drugim ozbiljnim poremećajem osobnosti. Osim znanja o psihodinamici, stilovima funkcioniranja, objektivnim odnosima i ego-mehanizmima, moramo znati i potkrepljivati to biološkim dokazima kako bismo bili u stanju primjerno liječiti ove poremećaje. Što smo sposobniji integrirati spoznaje obaju izvora - okolinu i biologiju - lakše ćemo odrediti pacijente koje je bolje liječiti medikamentno uz psihoterapijsku potporu ili kada je primjerenija psihoterapija (transferno-orijentirana, psihodinamska) s medikamentnim suportom, odnosno, kada je moguće liječiti pacijenta psihoanalitičkim psihoterapijskim pristupom ili čak klasičnom psihoanalizom.

Literatura

1. EELS TD. Psychotherapy Versus Medication for Unipolar Depression. *J Psychother Pract Res* 1999;8:170-3.
2. BROADHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, TSE CK. Depression, Disability Days, and Days off from Work in a Perspective Epidemiologic Survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
3. GABBARD GO, LAZAR SG, HORNBERGER J, SPIEGEL D. The Economic Impact of Psychotherapy: A Review. *Am J Psychiatry* 1997;154:147-55.
4. LIGGAN DY, KAY J. Some Neurobiological Aspects of Psychotherapy. A Review. *J Psychother Pract Res* 1999;8:103-14.
5. KANDLER KS, KESSLER RC, WALTERS EE i sur. Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression in Women. *Am J Psychiatry* 1995;152:833-42.
6. GABBARD GO, GOODWIN F. Clinical Psychiatry in Transition: Integration Biological and Psychosocial Perspectives. U: *Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press; 1996, str. 527-48.
7. KANDEL ER. From Metapsychology to Molecular Biology: Exploration into the Nature of Anxiety. *Am J Psychiatry* 1983;140:1277-93.
8. KANDEL ER. A New Intellectual Framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998;155:457-69.
9. FREUD S. Mourning and Melancholia. U: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press; 1961, vol 14.
10. GABBARD GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.
11. GREGUREK R, KLAIN E. Osobitosti neuropsiholoških

- znanstvenih metoda. U: Gregurek R, Folnegovic-Smalc V, ur. Metode ispitivanja psiholoških funkcija i ponašanja. Zagreb: Medicinska naklada; 2001.
12. ABRAHAM K. Notes on the Psycho-Analytic Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. U: Abraham K, ur. Selected Papers of Karl Abraham. New York: Basic Books; 1953.
 13. BIBRING E. The Mechanism of Depression. U: Greenacre P, ur. Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study. New York: International Universities Press; 1953.
 14. KLEIN M. Mourning and its Relation to Manic-depressive States. U: Klein M, ur. Love, Guilt, and Reparation and the Other Works 1921-1945. New York: Free Press; 1975.
 15. KOHUT H. Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Approach of the Narcissistic Personality Disorders. New York: International Universities Press; 1971, str. 368.
 16. BECK AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1976.
 17. TERI L, LONGSDON RG, UOMOTO T, McCURRY SM. Behavioral Treatment of Depression in Dementia Patients: A Controlled Clinical Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:P159-66.
 18. FREUD S. On Narcissism. U: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press; 2001.
 19. FREUD S. Beyond the Pleasure Principle. U: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press; 2001.
 20. ANDREASEN NC. Linking Mind and Brain in the Study of Mental Illness: A Project for a Scientific Psychopathology. *Science* 1997;275:1586-93.
 21. LeDOUX JE. Brain Mechanisms of Emotion and Emotional Learning. *Curr Opin Neurobiol* 1992;2:191-7.
 22. LeDOUX JE. Emotion: Clues From the Brain. *Ann Rev Psychol* 1995;46:209-35.
 23. LeDOUX JE. The Emotional Brain. New York: Simon and Schuster; 1996.
 24. McEWEN BS. Mood Disorders and Allostatic Load. *Biol Psychiatry* 2003;54:200-7.
 25. BLATT SJ. Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. *J Am Psychoanal Assoc* 1998;46:722-52.
 26. BALINT M. The Doctor, his Patient and the Illness. London: Pitman; 1960.
 27. BLATT SJ, QUINLAN DM, PILKONIS PA, SHEA MT. Impact of Perfectionism and Need for Approval on the Brief Treatment of Depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Revisited. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:125-32.
 28. de JONGHE F, RIJNIERSE P, JANSSEN R. Psychoanalytic Supportive Psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 1994;42:421-46.
 29. JOFFE RT. Psychotherapeutic Approaches to Bipolar Depression. *Clin Neurosci Res* 2002;2:252-5.
 30. GABBARD GO. Mood Disorders: Psychodynamic Aspects. U: Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA, ur. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
 31. GABBARD GO. Current Psychodynamic Approach to Psychiatry. U: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N, ur. New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press; 2000.
 32. CERBONE MJ, MAYO JA, CUTHBERTON BA i sur. Group Therapy as an Adjunct to Medication in the Management of Bipolar Affective Disorder. *Group* 1992;16:174-87.
 33. WULSIN L, BACHOP M, HOFFMAN D. Group Therapy in Manic-Depressive Illness. *Am J Psychiatry* 1988;42:263-71.
 34. GREGUREK R, TOCILJ-SIMUNKOVIC G, VUKUSIC H i sur. Grupna psihoterapija u liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja. *Liječ Vjesn* 1998;120:38-41.
 35. YALOM ID. The Theory and Practice for Group Psychotherapy. 4 izd. New York: Basic Books; 1995.
 36. BROOK DW. Group Psychotherapy with Anxiety and Mood Disorders. U: Kaplan HI, Sadock BJ, ur. Comprehensive Group Psychotherapy. 3 izd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
 37. BRODY AL, SAXENA S, STOESSEL P i sur. Regional Brain Changes in Patient with Major Depression Treated with Either Paroxetine or Interpersonal Therapy: Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:631-40.
 38. MARTIN SD, MARTIN E, RAI SS, RICHARDSON MA, ROY-ALL R. Brain Blood Flow Changes in Depressed Patients Treated with Interpersonal Psychotherapy or Venlafaxine Hydrochloride: Preliminary Findings. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:641-8.
 39. MYERS ED, BRANTHWAITE A. Outpatient Compliance with Antidepressant Medication. *Br J Psychiatry* 1992;160:83-6.
 40. MANNING GW, MARKOVITZ JC, FRANCES AJ. A Review of Combined Psychotherapy in the Treatment of Depression. *J Psychiatr Res* 1992;1:48-64.
 41. SALZMAN C. Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of a Bipolar Patient. *Am J Psychiatry* 1998;155:686-8.
 42. ROTHBAUM BO, ASTIN MC. Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy for a Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 9):68-75.
 43. de JONGHE F, KOOL S, van AALST G, DEKKER J, PEEN J. Combining Psychotherapy and Antidepressants in the Treatment of Depression. *J Affect Dis* 2001;64:217-29.
 44. AREAN PA, COOK BL. Psychotherapy and Combined Psychotherapy/Pharmacotherapy for Late Life Depression. *Biol Psychiatry* 2002;52:293-303.
 45. KRUPNICK JL, SOTSKY SM, SIMMENS S i sur. The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532-9.
 46. VARGHESE FT, KELLY B. Countertransference and Assisted Suicide. U: Gabbard GO, ur. Countertransference Issues in Psychiatric Treatment (Review of Psychiatry). Washington DC: American Psychiatric Press; 1999, str. 85-118.
 47. SULLIVAN EV, PFEFFERBAUM A, SWAN GE, CARMELLI D. Heritability of Hippocampal Size in Elderly Twin Men: Equivalent Influence from Genes and Environment. *Hippocampus* 2001;11:754-62.
 48. COZOLINO L. The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain. New York: WW Norton & Company; 2002.
 49. PAVIC L, GREGUREK R, PETROVIC R i sur. Alterations in Brain Activation in Posttraumatic Stress Disorder Patients with Severe Hyperarousal Symptoms and Impulsive Aggressiveness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:80-3.