

## Uvodnik o depresiji

### Editorial about depression

*Velika večina duševnih motenj ni bolezen,  
ampak biopsihološka manifestacija širših družbenih problemov  
na ravni posameznika.  
Paul Verhaeghe (2016: 212)*

*Čeprav so življenjska tveganja in protislovja družbeno pogojena, kot so vedno bila,  
se je danes odgovornost za njihovo obvladovanje prenesla na posameznika.  
(Zygmunt Bauman v Friedli, 2009: III)*

V zadnjem uvodniku sem se posvetil melanholiji in le mimogrede omenil depresijo, čeprav sem s prikazom t. i. »poetičnega pogleda« na melanholijo opozoril na nevarnosti enostranskega razumevanja depresije kot bolezni in poudaril prednosti širšega pogleda, ki črpa tudi iz filozofije in umetnosti (Možina, 2016a). V tem eseju pa se posvečam depresiji, ki je v 20. stoletju postopno nadomestila pojem melanholija. Ameriški psihiater Dan Blazer na osnovi svojih epidemioloških raziskav depresije celo pravi, da živimo v »dobi melanholije oziroma depresije«, po zgledu angleškega pesnika W. H. Audena, ki je obdobje med prvo in drugo svetovno vojno poimenoval »doba tesnobec«.

Obstaja pa pomembna razlika med Audenovim pojmovanjem tesnobe in sodobnim pojmovanjem depresije. Auden je dobo tesnobe videl kot posledico družbene pretresenosti po prvi svetovni vojni. Epidemijo tesnobe je povezal z nestabilnim, negotovim, »anksiogenim« povojnim družbenim okoljem zahodne Evrope in Amerike. Danes pa ne vidimo več povezav med tem, kako se počutimo in svetom okoli nas. Prevladale so biološke razlage depresije (in drugih duševnih motenj) in biološko zdravljenje, ki je, najpogosteje z zdravili, usmerjeno na možgane. Tudi psihoterapija z ljudmi z depresivnimi težavami si za cilj velikokrat postavlja njihovo socialno prilagoditev okolju in s tem prispeva k ohranjanju nezdravih družbenih razmer (Blazer, 2005: 4-5).

Ker smo zašli v našem razumevanju depresije, najprej odpiram temeljno spoznavno (epistemološko) vprašanje: Kako vemo, kar vemo, o depresiji? Kako jo prepoznamo oziroma diagnosticiramo? Večina strokovnjakov se danes vede, kot da je popolnoma jasno, da gre za bolezen, tako da se to vprašljivo in žal velikokrat tudi škodljivo pričanje hitro širi v javnosti. Nato namesto biološkega bolezenskega modela v eseju predlagam biopsihosocialni model v diagnostiki in obravnavi depresije ter duševnih motenj nasploh.

## Jaz, kolo, črni pes in depresija

Se kdaj vprašamo, kako govorimo o depresiji? Na primer, kaj se zgodi, če rečem, »jaz imam depresijo«? Je to isto, kot če rečemo, »jaz imam kolo«? Kaj so prednosti in slabosti uporabe samostalnikov v našem načinu spoznavanja in vedenja? Je možno, da zaradi takega načina govorjenja še povečamo trpljenje, ki ga označujemo z besedo depresija? Kaj bi se zgodilo, če bi raje uporabljali glagole, da bi postalo običajno reči, da »depresiramo«, podobno kot če rečemo, da »kolesarimo«?



Predstavljajmo si človeka, ki vozi kolo. Običajni pogled in način razumevanja je, da vidimo ločeno podobo, ki jo imenujemo »kolesar« in jasno ločen fizični objekt, ki ga imenujemo »kolo« ter da je kolesar tisti, ki poganja kolo. Pripisemo torej enosmerni linijski odnos, kjer kolesar enosmerno vpliva na kolo. Če pa ob tem vidimo, da smo mi tisti, ki ustvarjamo te razlike in poudarke v opisu, potem se lahko z njim poigramo in celo zagovarjamo stališče, da kolo neprestano sili kolesarja v to, da ga poganja, ker bi se v nasprotnem primeru zvrnil z njega. Dodamo torej še drugi enosmerni linijski odnos, kjer kolo enosmerno vpliva na kolesarja.

Če ta dva linijska pogleda povežemo, se nam izriše krožna povezava med kolesarjem in kolesom in s tem drugačen vzorec organizacije. V tem primeru je enako logično, da kolesar vpliva na kolo, kot tudi da kolo vpliva na kolesarja. Pedala na kolesu ravno tako vodijo kolesarjeva stopala kot obratno. Nobeden od teh dveh pogledov sam ne omogoči cele slike: fokus na krožni oziroma rekurzivni organizaciji (rekurzivni zato, ker vsak potisk pedala omogoča nov krog, povratek na predhodno stanje ni mogoč; v isto reko ne moremo stopiti dvakrat) je širši, kibernetški pogled, ki presega oba ločena linijska pogleda. Popularno parolo »Vsi na kolo za zdravo telo!« bi torej lahko razumeli, da kolo poganja kolesarje in hkrati kolesarji poganjajo kolo v smeri zdravja.

Naredimo podoben miselni eksperiment na primeru depresije. Vanj vabim zato, da najprej razrahljamo ustaljene miselne vzorce, preden se lotimo kritike bolezenskega modela depresije. Analogno kolesu lahko tudi v primeru depresije razmišljamo linijsko ali krožno. Linijski odnos v smeri od človeka k depresiji predpostavimo, ko na primer rečemo: »Tine je premagal depresijo«. Lahko pa si zamislimo obratno smer, kjer depresija vpliva človeka: »Zaradi depresije je nehal hoditi v službo.« Krožni pogled bi lahko propagirali z novo parolo: »Vsi na depresijo za zdravo misljo!«, ki bi jo lahko razumeli, da nas depresija poganja v smeri zdravja in hkrati ljudje lahko poženemo pedala depresije v smeri zdravja. Podobno kot lahko za zdravje kolesarimo, lahko tudi depresiramo.

Marsikdo bo tu ostro protestiral, češ da je analogija neustrezna, ker je kolo povezano z zdravjem, depresija pa z boleznijo. Prvo je zaželeno, drugo ne. Na prvi pogled absurden miselni poskus pa se nam bo v nadaljevanju pokazal kot relevanten. Že na tem mestu pa lahko omenim, da je tudi s kolesom in zdravjem bolj komplicirano. Parola »Vsi na kolo za zdravo telo!« lahko zabriše kontekst. Pomislimo le na vožnjo s kolesom po vele mestih, kjer je razen redkih izjem (na primer Kopenhagen, Amsterdam) zaradi neurejenih kolesarskih poti število smrtnih žrtev med kolesarji veliko.

Iz slovnice vidika so »jaz«, »kolo« in »depresija« samostalniki. Iz spoznavnega (epistemološkega) vidika pa je uporaba samostalnikov lahko kočljiva, če vodi v popredmetenje, če pozabimo, da gre za imena, za koncepte, za »zemljevid, ki ni teritorij« (Korzybski v Bateson, 1972) in da ime ni imenovana stvar. Vzemimo kot primer depresirajoče ljudi, za katere se pokaže, da so se zataknili v procesu žalovanja in še leta po smrti bližnjega ne morejo spustiti iz rok spominov nanj ali nanjo ter se obrniti v prihodnost, k novim možnostim. Velikokrat sem pri svojem psihoterapevtskem delu z njimi opazil, da so nezavedno zavzeli objektivistično spoznavno pozicijo, iz katere so bližnjega popredmetili. Ob tem so prezrli, da glavni vir potrnosti nepovratna *snovna* sprememba na teritoriju (da bližnjega fizično ni več), ampak veliko bolj njihova *ideja* o smrti bližnjega, torej sprememba na zemljevidu, v lastni mentalni mapi. Do terapevtskih premikov je prišlo, ko so se iz objektivistične premaknili v konstruktivistično spoznavno pozicijo. Ta jim je omogočila, da so ozavestili, da so sami tvorci pomenov in da jih lahko raziskujejo iz različnih perspektiv ter spreminjajo. Da lahko izberejo med različnimi pomeni, ki jih lahko pripišejo izgubi bližnjega ali kateremu koli drugemu dogodku.

Na eni strani je svet snovi, ki je v primeru človeškega telesa minljiva, na drugi strani svet idej oziroma oblik, v katerem spomin na preminulega lahko živi naprej in celo postane nesmrten. Spomnim se gospe, ki je verjela v boga in sem ji predlagal, da se postavi na pručko v kotu sobe, v božjo perspektivo. Nato sem jo povabil, da spontano sledi svojemu impulzu in kot da bi bila bog, pove sebi, ki sedi na stolu na drugem koncu sobe, kaj si bog misli o njenem žalovanju za pred leti preminulim možem. Ob tem se je zgodil premik, da se je potem lahko v naslednjih tednih začela obračati k življenju in v prihodnost.

Pri kolesu popredmetenje še ni tak problem, a če se popredmetita »jaz« in »depresija«, lahko preozko omejita nekaj, kar je običajno na teritoriju precej širše od tistega, kar nam predstavljata na zemljevidu. S samostalniki razsekamo naš svet na dele, s čimer si po eni strani olajšamo orientacijo na teritoriju in povečamo občutek obvladovanja njegove kompleksnosti, po drugi strani pa težje ohranjamo zavedanje o krožni povezanosti med deli in o kontekstu tistega, kar smo poimenovali. Če predpostavljam, da obstaja »jaz« in da ta jaz lahko nekaj ima, na primer »kolo« ali »depresijo«, potem to potegne za sabo tudi predstavo o lokalizaciji in mejah: Jaz sem tu in kolo je tam, jaz sem tu in depresija je tam. Vendar lahko že na preprostem primeru opazimo, kako je naša presoja arbitrarna in zato ni nujno, da bo dobro ustrezala razmeram v stvarnosti (na teritoriju). Pomislimo le na slepca, ki se po pločniku giblje s pomočjo palice. Kje se konča njegov jaz? Na njegovi roki ali na palici? Podobno se lahko vprašamo, kje smo začrtali meje depresije, kaj smo vključili in še bolj pomembno, kaj smo izključili. Pri bolezenskem modelu na primer izključimo družbeni kontekst in depresijo umestimo v posameznika, jo internaliziramo.

Ko s pomočjo samostalnikov na našem mentalnem zemljevidu razločimo med »jazom« in »depresijo«, lahko imamo občutek, da smo to naredili sami, da smo svobodno izbrali pomene za eno in drugo entiteto. Pa je žal redko tako, večinoma v pomene kar pademo, da ne rečem, celo zgrmimo. To se nam zgodi zaradi nezavednih kulturnih predpostavk, ki smo jih ponotranjili, večinoma že kot otroci, ko nismo imeli možnosti izbora, ampak smo jih nekritično privzeli od svojih staršev in drugih pomembnih odnosnih oseb. Takrat nam je bilo glavno, da so nas imeli radi, ne pa, ali imajo prav ali se motijo. Ko dajemo določen naglas besedama »jaz« in »depresija«, je praviloma v teh poudar-

kih veliko več družbe in njenih vrednot kot nas samih. Tega se je zavedal tudi Gregory Bateson (1972), ki je zato temeljito proučeval temeljne predpostavke naše zahodne kulture, ki jih posrkamo že z materinim mlekom, če se izrazim metaforično: poleg tega, da radi mešamo zemljevid in teritorij ter drsimo v popredmetenje, je opozoril tudi na našo težnjo po dualističnem mišljenju in s tem povezano težnjo po enostranskem nadzoru.

Ko se v naše razlikovanje med »jazom« in »depresijo« nezavedno, avtomatično prilazi dualizem, potem ju razločimo, namesto da bi samo razlikovali med njima. S tem izgubimo zavedanje o njuni krožni povezanosti, soodvisnosti in da je mesto nadzora *med* njima, na stičišču, ne pa v enem ali drugem. Dualizem je značilnost zahodnega načina mišljenja že od kartezijanskega dualizma med duhom in telesom. Descartes je v svojem času pragmatično, »razsvetljeno« prispeval k razrešitvi spora interesov med cerkvijo in skupnostjo učenjakov, ki so se vse bolj nagibali v naravoslovje: cerkvi je dal mandat za duhovne zadeve, učenjakom pa za snovne. Tako je pripomogel k ugašanju grmad, na katerih bi drugače inkvizicija še naprej sežigala učenjake in s svojo glavo misleče heretike. Žal pa je od takrat kartezijanski dualizem v našem mišljenju porodil številne druge dualizme, res bogat prirastek, ki mu ni videti konca: človek - okolje, zavestni namen - narava, Bog - človek, Bog - hudič, mladi - stari, delo - kapital, moški - ženska, elita - običajni ljudje, izbrana rasa - druge rase, desni - levi, rdeči - beli, zdravje - bolezen, razum - čustva, islam - krščanstvo, en narod - drug narod, zavestna volja - preostali del osebnosti, jaz - mi in tako v neskončnost v našem primeru tudi jaz - depresija, družba - depresija.

Če razločimo med jazom in depresijo oziroma med družbo in depresijo na dualističen način, potem to omogoča zmotno predstavo o enostranskem nadzoru jaza oziroma družbe nad depresijo. Če verjamem, da posamezni del sistema lahko enostransko nadzoruje celoto, potem so široko odprta vrata za razvijanje pretirano tekmovalnega, celo bojevitega odnosa, kjer »jaz«, večinoma z dobrim namenom, v imenu ponotranjenih kulturnih vrednot (na primer zdravja, dobrega počutja, učinkovitosti, delazmožnosti, uspeha, zmanjševanja družbene škode in višanja bruto nacionalnega produkta ter standarda), poskuša premagati »depresijo« na zatiralen način. Bateson je to poimenoval »stopnjevanje simetričnega odnosa«, ki je v zahodni kulturi pogosto, in v katerem »jaz« poskuša pretirano nadzorovati vse mogoče, tudi (in predvsem) tisto, kar ni popolnoma obvladljivo, od vožnje s kolesom do svojega počutja in narave (Bateson, 1972).

Tipični način predstavljanja depresije v strokovnih publikacijah in popularnem tisku je, da je to nekaj nezaželenega, kar tako posameznikom kot družbi kot celoti, povzroča ogromno škode, ki bo v prihodnosti samo še večja, če te »zahrbtne« sovražnice družbenega napredka ne bomo nekako ukrotili: »V Evropski uniji za to zahrbtno boleznijo zbolijo kar 13 odstotkov prebivalcev. Družbene stroške, ki so povezani z depresijo, ocenjujejo na približno 118 milijard EUR letno. Eno desetino stroškov predstavljajo zdravstveni stroški, tri desetine pa so stroški, ki so nastali zaradi produktivnosti in smrti. Depresivne osebe so na bolniškem dopustu do četrtnine delovnih dni v letu, kar je sedemkrat več kot so bolniki z ostalimi boleznimi.« (Zupančič, 2010)

Z družbo in njenimi temeljnimi predpostavkami je torej vse v redu, ovira je jasna. Za razliko od kolesa, ki se nam zdi uporabno in zato koristno, je depresija nefunkcionalna in zato nekoristna. Če na primer rečemo, da imamo »dobro srce« v smislu, da smo »dobrosrčni«, potem pokažemo na svoj prsni koš, v katerem utripa naše srce v fizični

obliki. Želimo, da dobrosrčnost tam ostane, ob našem srcu ji ponudimo domovanje. Če pa rečemo, da imamo »depresijo« oziroma da smo »depresivni«, potem ne želimo, da bi se naselila v nas. Predstavljamo si, da nas tlači nekaj tujega, kar je zunaj nas, kar naj gre stran in naj ne najde domovanja ne samo v nas, ampak kar v celotni družbi (glej sliko 1). Naenkrat depresija ni več del nas, del našega doživljajskega toka, ki je fluiden in neulovljiv, ampak postane tujka, nepovabljeni gostja, ki se je hočemo znebiti, izbrisati za vse večne čase. Depresija stoji pred nami v polni bojni opremi, ob tem pa pozabimo, da smo jo sami tako domislili, jo sami postavili tja in jo sami oborožili. Tako nam ne preostane drugega, kot da mi, ki smo nekaj drugega od nje, pripravimo vsa protiorožja za veliki spopad s to sovražnico, ki nam blati bivanjsko radost, hromi naš polet nenehne napredovanja in povzroča ogromno družbeno in finančno škodo.



**“My black dog seems quite away from me now – it is such a relief. All the colours come back into the picture.”**

Winston Churchill



Slika 1: Eden od znanih načinov govorjenja o depresiji v angleško govorečem svetu, ki ga je med drugimi gojil Winston Churchill po zgledu Samuela Johnsona, je primerjava s črnim psom (angl. black dog) (Ghaemi, 2015), z nečim težkim zunaj nas, zunaj jaza, kar nas (po)tlači, zasenči in kar s trudom, kot težek kamen vlečemo s seboj. Churchill je nekoč izjavil: »Moj črni pes se je oddaljil od mene – to je veliko olajšanje. Slika se je spet obarvala.«

Pri tem lahko prezremo, da se izgubljam v iluziji, da lahko depresijo kot kakšen predmet, na primer kamen, odvržemo. Naenkrat postanemo slepi za to, da je to podobno nemogoč in smrtno nevaren podvig, kot če bi poskušali odvreči kakšen svoj vitalno pomemben organ, kot so jetra, srce, pljuča... Kot naše srce utripa preko diastol in sistol, kot se naša pljuča pri vsakem vdihu napolnijo z zrakom in pri vsakem izdihu izpraznijo, in kot v sodelovanju utripata v naravnem ritmu in na ta način slavita življenje, tako tudi naši občutki utripajo med upom in obupom, vznesenostjo in potlačenostjo, polnostjo in praznino, manijo in depresijo ter na ta način zarisujejo naše človeško stanje, polarnost našega bivanja.

Morda bi se lahko pred nevarnostjo popredmetenja vsaj malo zaščitili, če bi namesto samostalnikov večkrat uporabljali glagola – »depresirati« (glej opombo 1) oziroma »melanholirati«. Sam to poskušam čim večkrat, tako pri pisanju kot tudi govorjenju o depresiji. Glasser (1998) pravi, da se naučimo depresirati že kot otroci. Z depresiranjem posameznik učinkovito omeji jezo (podobno je tudi Freud povezoval depresijo s potlačeno agresivnostjo) in nasilje v družini in družbi. Depresiranje je tudi klic na pomoč in posameznik s takim vedenjem preprečuje, da bi naredil nekaj novega, drugega, ker ga je strah neuspeha, zato se temu izogiba. To imenuje taktika izogibanja. Veliko lažje je depresirati kot iskati nove in predvsem pristne odnose, v katerih lahko izražamo svoje občutke.

## Depresiranje po slovensko

Velikokrat lahko naletimo na mnenja, da je prevladujoči slovenski kulturni vzorec, kar se odnosov tiče, izogibalen. Zato je dobro gojišče za depresiranje. Tomaž Flajs navaja zanimivo oceno svojega učitelja gestalt terapije Todda Burleya, da imamo Slovenci »močno nenapisano pravilo: NE MOTI!« (Flajs v Košir, 2017: 274). Todd ga je zato učil konstruktivnega, zdravega izražanja agresivnosti, ki jo imamo Slovenci tako potlačeno. Pri sebi vzorec »ne moti« poznam že dolgo, kot da bi imel v vsako celico svojega telesa vsajeno navodilo, ki sem ga posrkal od svojih staršev, vele mojstrov te taktike: Ne bodi v napoto! Ko me na primer v kakšni restavraciji natak ar obravnava, kot da mu je odveč, se ne postavim zase, kaj šele zjuzim, ampak se začnem dobrikati, se mu nekako prilizovati, da bi ga spravil v dobro voljo, kot da se mu moram opravičevati, da sem. Raje bom pojedel mlačno juho, kot da bi ga vznemirjal s prijavo motnje in izrazil željo po topli juhi.

Glasser in Burley, ki prihajata iz drugačnega kulturnega okolja, sta hitro prepoznala slovenski talent za depresiranje. Tisto, kar nam predlagata kot alternativo, pa je za nas zahtevna pot, ker je v nasprotju s kulturnim vzorcem, ki smo ga ponotranjili in ga doživimo kot prvi, spontani impulz, ko depresiramo. Naš avtomatski vzgib je, da z depresiranjem ne smemo biti moteči, da moramo čim bolj sami opraviti z njim, čim manj iskati odnose, v katerih bi lahko depresirali v družbi in pristno podelili svoje občutke. Izogibanje je večinoma pot v še več istega. Glasser in Burley pa vidita rešitev v obratni smeri, saj depresiranja ne razumeta kot problema v posamezniku, ampak povezanega in ključno definiranega z odnosi, s socialno mrežo, z družbenim kontekstom. Konstruktivni odgovor na paradoks depresiranja, ki se kaže kot še bolj izraziti socialni odmik, kot ga negujemo v nedepresirajočih fazah, bi torej lahko izostril v pozivu: Depresirajoči vseh dežel, združimo se! Naše depresiranje večinoma ni bolezen, ampak zdrav odziv na nezdrave odnose in okoliščine. Depresiranje je priložnost, da nekaj spremenimo v odnosih in s tem v okoliščinah naših življenj.

Tudi Alojz Ihan v intervjuju ob izidu svoje zadnje knjige *Čas nesmrtnosti* (Ihan, 2016) opozarja, da smo Slovenci racionalno praktični, a ob tem zanemarjamo občutke in jih težko podelimo z drugimi, še posebno če so povezani z žalostjo, depresivnostjo, smrtjo in žalovanjem: »Slovenci smo po svoji strukturi precej racionalen narod, dobro se znajdemo, kadar je treba pomagati, kaj narediti, nimamo pa veliko izrazov, s katerimi bi izražali svoja občutja. Nismo pretirano čustveni ljudje [...] Ko nekdo dobi slabo novico, novico o bolezni, ga iz junaškega, planerskega sveta prestavi v svet, kjer ni mogoče načrtovati. S tem našim načrtovanjem ni resda nič narobe, drži nas skupaj, takšno je naše komunikacijsko vezivo. Slovenci smo pač hribovci, zato se moramo – kakor drugi narodi, ki ži-

vijo v grobih razmerah – ves čas pripravljati na težke razmere in slabe čase; in zato smo izoblikovali močno govorico načrtovanja. Pogovarjamo se o tem, kaj je treba narediti za zimo in kaj za otroke, kaj vse pri hiši, kam bomo šli na dopust. Narodi, ki živijo v milejših razmerah, govorijo več o čustvih, o tem, kaj doživljajo.» (Ihan v Podkrižnik, 2017)

Na drugem mestu pa podoba Slovencev še bolj temeljito izriše: »Bivalna, delovna in komunikacijska statičnost, zanašanje na 'pripadnost' (družini, klanu) namesto na lastno aktivnost in lastne odločitve, strah pred življenjskimi spremembami, odvisnost od 'nadzora okolice', strah pred izločenostjo in posledična nesamostojnost pri odločitvah, zanikanje problemov in konfliktov pri sebi in v okolici, molčanje zaradi strahu pred zamerami in izgubo naklonjenosti okolice, občutek odvisnosti od naklonjenosti okolice in ne od lastnega dela in vrednosti. Zaradi vseh teh lastnosti, ki so kulturna prilagoditev na pretežno vaško, zaprto, ekonomsko nepremakljivo in od vaških cerkvenih in drugih veljakov nadzorovano življenje, se je izoblikoval nekoliko poseben značaj Slovenca, ki je 'priden, deloven, zvest in pošten', vendar pa hkrati v kriznih, kompleksnih in novih okoliščinah tudi precej neroden, neodločen, nesamostojen, nedejaven, zmeden, zaprt, depresiven, nagnjen k umiku v alkoholizem, samoizolacijo, samomor.« (Ihan, 2012: 146)

Všeč mi je Ihanov način pisanja, ko zna brez dlake na jeziku povedati »po domače«, kot je v primeru razlage o hribovskem izvoru slovenske države pomanjkljivega izražanja občutkov, hkrati pa vedno znova postreže s široko razgledanimi filozofskimi in znanstvenimi uvidi. Tako je na primer v knjigi *Nesmrtnost* sijajno njegovo razmišljanje o molku, ki ga poveže s travmo, kar seveda podpisemo vsi psihoterapevti: »Vsak molk kljub smrtni tišini oglušujoče kriči zgodbe, ki so že zdavnaj minile in bi morale že zdavnaj izzveneti. Niti ni mogoče biti miren – kajti dokler obstaja molk, ki se izogiba točno določenim besedam, podobam in zgodbam, je to vsem jasno obnavljanje travme brez besed. Namesto njih spregovorijo telesa z izumljanjem nesmiselnih ritualov.« (Ihan, 2016: 178)

Slovenska prisilna, ritualizirana »nemotečnost«, depresiranje za zaprtimi vrati, molčečnost glede izražanja občutkov, kaže na to, da smo travmatiziran narod. Psihoterapevti lahko prispevamo k osveščanju in predelovanju travm tudi na podlagi empirično podprte teorije navezanosti, ki še posebej opozarja na povezavo med travmo in nevarno navezanostjo, ki se kaže v treh oblikah: izogibajoči, preokupirani ali dezorganizirani. Poseben izziv za (psiho)terapevte so prav ljudje z izogibajočim stilom navezanosti (angl. avoidant ali dismissing), ki bi se ga morda dalo povezati z nemotečim slovenskim stilom. Lahko celo dajejo varljivi vtis zdravja, saj skrivajo ali odpisujejo svojo ranjenost (glej članek Tine Rahne Mandelj v tej številki Kairosa) in zato ostajajo čustveni analfabeti (angl. »they can deal, but can't feel« (Wallin, 2007: 211). Lahko so družabni, a njihovi stiki ostajajo na površini, in se seveda izogibajo tudi psihoterapiji oziroma jo iščejo samo (pa še takrat neradi), kadar jim teče voda v grlo.

Velikokrat sem na primer doživel, da žena s skrajnimi močmi prepriča moža, da pride na skupni pogovor, ta pa se nato obnaša kot naključni obiskovalec. Ko ga vprašam, kako da je prišel na seanso, je običajni odgovor, da zato, ker mu je rekla žena, sam pa ne vidi potrebe po terapiji. Taki ljudje minimalizirajo svoje potrebe po navezanosti, sami sebe doživljajo kot zanesljive, neodvisne, močne in normalne. Radi intelektualizirajo, okolišijo, tako da se izogibajo osebnim, čustveno bolečim temam. Če že govorijo o ne-

prijetnem, pa to pozitivno ovijejo (na primer »meni je še dobro, poglej samo begunce«, hladnega, distanciranega očeta imajo za dobrega, saj »me je naučil, da sem močan in samostojen«, »človek se lahko zanese samo nase«, »vse bi bilo v redu, samo če ne bi žena ves čas težila«). Ko jih življenje stisne ob zid in so se v pomembnih odnosih primorani soočiti z bolečimi, neprijetnimi občutki, radi prekinjajo odnose, preprosto odrežejo in takoj začutijo olajšanje (Muller, 2010). Tudi v odnosu do terapevta se bojijo bližine in se izogibajo temu, da bi se navezali (Wallin, 2007).

Psihoterapevti, spodbujeni tudi z raziskavami o tem, kaj učinkuje v psihoterapiji, poudarjamo zdravilni potencial terapevtskega odnosa, ki je skupen dejavnik ne glede na psihoterapevtski pristop (Možina, 2013). Terapevtski odnos je lahko vzvod za spreminjanje pacientovih odnosov navezanosti s pomembnimi bližnjimi in tudi širše mreže odnosov. Je lahko prostor in čas, v katerem v dialogu med terapevtom in depresirajočim depresiranje dobi pozitiven pomen in eksistencialno vrednost, tako da lahko depresirajoči kljub občutku potlačenosti dvigne glavo, ko po eni strani sprejme lastne občutke manjvrednosti in po drugi strani bolj realno odmeri lastno odgovornost zanje. Posebno nazorni, hkrati strokovno utemeljeni in literarno privlačni, so opisi pozitivnega vpliva terapevtskega odnosa v knjigah Irvina Yaloma, čigar prevodi se v zadnjem času pojavljajo tudi pri nas (Yalom, 2016, 2017). Upam, da bodo imeli širši odmev v slovenskem prostoru in prispevali k čustvenemu opismenjevanju in motiviranju ljudi, da se bodo bolj pogumno odločali za predelovanje travm in izstopali iz molka povezanega z njimi.

Namesto molka in konformizma psihoterapevtski proces lahko spodbuja »*parrhesio*« ali »neustrašni govor« (Foucault, 2009). Ta koncept se je pojavil v grških besedilih od 5. stoletja pred našim štetjem do 5. stoletja po našem štetju in je bil povezan s praksami in filozofijo t. i. »skrbi zase« (grško *epimeleia heautou*), ki so jo razumeli neločljivo povezano s skrbjo za skupnost (Foucault, 2010). Depresirajoči se v odnosu s terapevtom in vse bolj v drugih odnosih lahko izkaže kot parrhesias, kot neustrašni govorec, ki tudi v najtežjih okoliščinah ravna svobodno, izbere samorazkrivanje namesto zavajajočega prepričevanja drugih, iskreno izpoved namesto skrivanja in molka, negotovost namesto zanikanja naključnosti življenja, kritičnost namesto laskanja ter moralno dolžnost do skupnosti namesto sebičnosti in moralne apatije.

Če bi se več ljudi odločalo za odpiranje lastne ranjenosti sočloveku, kar se v primeru hujše travmatiziranosti praviloma lahko na bolj varen način kot v običajnih odnosih zgodi v terapevtskem odnosu, bi to pripomoglo tudi k zmanjšanju samomorilnosti, ki je v Sloveniji vse prepogost izhod iz depresivnih kriz. Ihan ponuja pronicljivo družbeno razlago, ko kot ključno motivacijo za slovenski tip samomorilnosti predlaga »slovenski kolektivizem«: »Slovenski samomor, ki je naša izjemno razširjena tradicija, ni posledica našega individualizma, temveč obratno. [...] Slovenci smo kolektivistični in pri tem hlepimo po nenehni vpetosti v krog družine, kolektiva, vaške skupnosti, prijateljev, političnih somišljenikov, sosedov. [...] kot kolektivistični bi v pristnem individualističnem življenju postali tesnobni, prestrašeni, izgubljeni – in tega preprosto ne bi hoteli živeti. To pa se prav zares zgodi z ljudmi, ki se jim zaradi določenih okoliščin sesuje kolektivistični ovoj – bodisi, da ga fizično izgubijo zaradi smrti, odselitve, neuspeha, revščine, starostne onemoglosti ali podobnega, bodisi da jih okolica začne ignorirati zaradi 'nedopustnih' praks (ločitev, skrajni alkoholizem, nasilništvo, kriminal). Potem Slovenec naredi samomor – ne zato, ker ne bi želel živeti, pač pa zaradi svoje globoke kolektivistične pripadnosti kolektivnim normam, ki jih ne uspe več izpolnjevati. Slovenec se

praviloma ne ubije zaradi sebe (z izjemo nekaterih bolnikov z usodno diagnozo), ampak zaradi svoje okolice, ki ji tako globoko, pa čeprav travmatično, pripada in ji je zavezan bolj, kot svoji lastni želji po življenju.« (Ihan, 2016: 183)

Ihanovo poudarjanje ključnega pomena, ki ga imata za vse nas vpetost v skupnost in naš občutek pripadnosti skupnosti, pa naj se gre za družino, partnerja, versko, politično ali kako drugo skupnost, nam lahko pomaga tudi pri kritiki bolezenskega modela duševnih motenj, ki zanika socialni vidik.

## **Bolezni in biopsihosocialni model duševnih motenj**

Enako kot Verhaeghe (2016), ki je profesor klinične psihiatrije in psihoanalize na belgijski Univerzi v Gentu, želim opozoriti na pomanjkljivosti redukcionističnega bolezenskega modela oziroma pristopa pri prepoznavanju in obravnavanju depresije in duševnih motenj nasploh. Podobno kot so stari Grki melanholiijo razumeli kot posledico telesnih procesov (preobilja črnega žolča), v sodobni psihiatriji prevladuje prepričanje, »da psihični simptomi izvirajo iz dejanskih fizičnih procesov, okolje pa vpliva kvečjemu le kot dejavnik, ki procese sproži. Izhodišče je, da so duševne motnje pač duševne motnje, ne glede na pacienta, zato je diagnosticiranje podobno etiketiranju. Zdravljenje sledi določenim protokolom in po enakem postopku za vse paciente [...]« (Verhaeghe, 2016: 196)

Ena ključnih značilnosti tega modela je dekontekstualizacija, izključevanje idio-grafskega pristopa in standardizacija: idealni cilj je, da bi dokazali, da je depresija (ali katerakoli druga duševna motnja ali telesna bolezen) enaka pri mladem Japoncu, umirajočem Kitajcu, marginaliziranem Indijancu ali črncu, poslovnem Američanu ali samomorilnem Slovencu in da bodo ne glede na okoliščine določeni standardizirani postopki zdravljenja (predvsem z zdravili, antidepresivi) učinkovali enako pri vseh.

Namesto tega se, spet enako kot Verhaeghe, zavzemam za biopsihosocialni model (podobno Wampold razlikuje med »medicinskim« in »kontekstualnim« modelom (Wampold, 2001)) v pristopu k depresiji (in duševnim motnjam nasploh), v katerem »imajo lahko na videz identični simptomi in simptomatično vedenje pri različnih bolnikih različen pomen in posledice. Diagnosticiranje se osredotoča na širši (biopsihosocialni) kontekst in se zato pojavlja v obliki zelo podrobnih poročil o individualnih značilnostih posameznega pacienta znotraj specifičnega konteksta. Temu primerno je tudi zdravljenje vedno prilagojeno posamezniku.« (Verhaeghe, 2016: 195-96)

Na teoretični ravni se mi zdi razlika med modeloma lahko doumljiva in zdravorazumsko pričakovanje bi bilo, da ima biopsihosocialni model na področju zaznavanja in obravnavanja duševnih težav ljudi absolutno prednost. Zato se podobno kot Verhaeghe sprašujem, kako je mogoče, da je v zadnjih desetletjih, čemur sem bil tudi sam priča, ne samo v medicini (in psihiatriji), ampak tudi v širši javnosti, vse bolj izgubljal na veljavi?

In še bolj zahtevno vprašanje: kako da danes bolezenski model, kljub očitnim pomanjkljivostim, vse bolj sprejema večina zaposlenih v zdravstvu, njihovi pacienti (s svojci) in celo javnost brez glasnih kritik, protestov in upora? To se sprašujem tudi zato, ker v meni že od študentskih časov do danes kritičnost in plamen upora proti bolezenskemu modelu duševnih težav še vedno živahno gori.

Blazer opozarja, da je v ZDA socialna psihiatrija, ki se ukvarja z družbenimi vidiki psihiatričnih motenj, v šestdesetih letih prejšnjega stoletja cvetela, kot paradigma za raziskovanje izvorov depresije pa je danes izginila. Nadomestile so jo biološke razlage. Pojem »velika depresivna motnja« (angl. major depression), ki se je prvič pojavil šele v poznih sedemdesetih letih, je danes postal vsakdanja oznaka, ki so jo sprejeli zdravniki, pacienti in javnost. Meni, da je razmah velike depresivne motnje povezan z ugašanjem socialne psihiatrije. Raznolikost opisov depresije, ki je še bila prisotna v šestdesetih letih, ko so psihiatri še razlikovali med reaktivno (ki so jo razumeli kot pretiran odziv na zunanje stresorje) in endogeno obliko (kjer naj bi ključno vlogo imeli notranji, biološki dejavniki ne pa zunanji), se je skrčila na oznako »velika depresivna motnja« z jasnimi kriteriji. Tako so po eni strani postali psihiatri pri diagnosticiranju depresije bolj zanesljivi (večja reliabilnost), na žalost pa je z dekontekstualizacijo vse bolj usihala raznolikost opisov. Vse bolj je prevladal vtis, da gre za »resnično bolezen« z imenom »velika depresivna epizoda«, torej do popredmetenja. Abstrakten pojem je postal stvarnost, razlika med imenom in poimenovanim se je vse bolj zbrisala. Popredmetenje je vedno bolj zastiralo možnost, da je depresija bolj znak čustveno toksične družbe, v kateri živimo, kot pa stvar po sebi (Ding an Sich, kot bi rekel Kant). Vse bolj smo postali slepi, da je proučevanje depresije priložnost za boljše razumevanje te toksičnosti, da nam širjenje depresije signalizira potrebo po izboljšanju družbenih razmer (Blazer, 2005: 4-6).

## **Govorimo o depresiji!**

Prav tako je vidna prevlada bolezenskega modela v iniciativi Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je Svetovni dan zdravja 7. aprila 2017 posvetila depresiji z vodilno parolo: **GOVORIMO O DEPRESIJI!** (glej sliko 2) Pravzaprav je že 10. oktobra 2016 začela z enoletno kampanjo, da bi »po celem svetu več ljudi z depresijo poiskalo in tudi dobilo pomoč« (SZO, 2016), ker kljub obilici empiričnih dokazov o učinkovitosti intervencij, ki se raztezajo od raznih oblik samopomoči pa vse do kliničnih intervencij, velika večina ljudi z depresivnimi simptomi ni deležna pomoči (Patel in dr., 2016a). Tudi v relativno dobro stoječih državah, kot sta Indija in Kitajska, 90 % pacientov z depresijo poroča, da niso iskali ali dobili nobene pomoči (Patel in dr., 2016b).

SZO si zato prizadeva »k boljši informiranosti javnosti o depresiji, o njenih vzrokih in možnih posledicah, vključno s samomorom, ter kakšne so oblike pomoči, ki so na razpolago za preventivo in zdravljenje [...] ter da bi družine, prijatelji in kolegi ljudi, ki živijo z depresijo, lahko nudili oporo.« (SZO, 2016)



Slika 2: Del kampanje SZO z naslovom »Govorimo o depresiji!« so tudi letaki, ki prikazujejo različne kontekste, v katerih želijo spodbuditi več pogovorov med bližnjimi, sodelavci in s pomagajočimi. Ta letak prikazuje pogovor učitelja in dijaka v šoli, ostali so locirani v družinsko in delovno okolje, na kliniko ali na prostem. (<http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/posters-depression/amro-school.jpg?ua=1>)

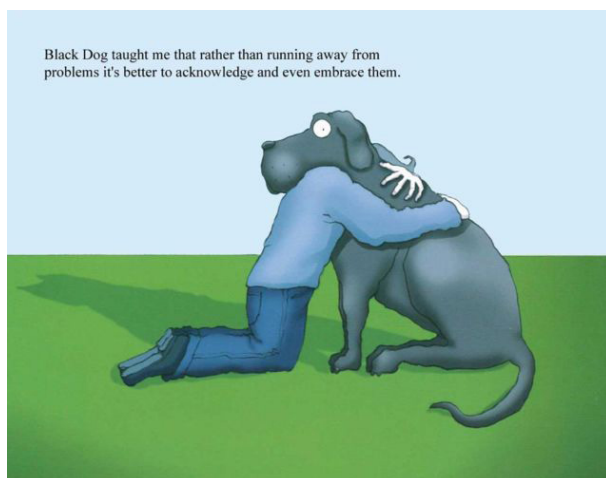
SZO na svoji spletni strani med drugimi uporabnimi gradivi ponuja tudi dva animirana filma Matthewa Johnstona, priznanega poslovnega oglaševalca, ki sta nastala na podlagi njegovih odličnih slikanic *Imel sem črnega psa* (I Had a Black Dog, 2005) (glej sliko 3) in nadaljevanja *Živeti s črnim psom* (Living With a Black Dog, 2008). V prvi je opisal in narisal lastno izkušnjo depresiranja s pomočjo metafore črnega psa, zato bolj neposredno nagovori kot druga, kjer so podani nasveti, kako se soočiti in živeti s črnim psom. Prav risanje prve slikanice, s katero je nehal skrivati svoje depresiranje in se je razkril pred vsemi, je pomembno prispevalo h ključnemu preobratu v njegovem življenju: »Skico za knjigo sem narisal kmalu po tragičnem napadu na dvojčke v New Yorku 11. septembra 2001. Nisem se zbudil 12. septembra in pomislil 'Spremenil bom svoje življenje!', proces je bil bolj podoben osmozi. Ugotovil sem, da je življenje kratko in da sem življenje delal, ne živel, ker je ob meni hodil pomemben nezaželeni sopotnik. Od poznih dvajsetih let so se mi ponavljale depresivne epizode in vlagal sem ogromne količine energije, da bi jih skrtil. Ljudje so me opozarjali, da naj ne objavim take knjige, ker bom izgubil službo, odgovornosti in celo prijatelje, vendar je bila ob tem, da sem se poročil in dobil otroke, ena najboljših stvari, ki sem jih naredil v življenju. Ni me le osvobodila, ampak sem začel živeti bolj avtentično. Najpomembnejša lekcija pa je bila, da ko pomagam drugim, je to eden od najboljših načinov, da pomagam sebi.« (Johnston, 2005)



Slika 3: *Imel sem črnega psa* (I Had a Black Dog, 2005) je odlična slikanica in animirani film Matthewa Johnstona, ki je na voljo na spletni strani SZO za preventivno, izobraževalno in terapevtsko delo z depresirajočimi ljudmi.

V risanki *Imel sem črnega psa* Johnston najprej nazorno prikaže ključne znake svojega depresiranja in kako je poskušal obračunati s črnim psom, ga pregnati, pa je bilo le še slabše. Prav tako ni pomagalo »samozdravljenje« z alkoholom. Na koncu je pristal v občutku popolne izoliranosti, obupa in nesmisla, črni pes ga je spraval na kolena. Šele takrat je poiskal psihoterapevtsko pomoč, ki jo je doživel kot prvi korak k okrevanju in ključno prekretnico v svojem življenju. Ugotovil je, da ni čarobne palice, ki bi zbrisala črnega psa in da zdravila lahko samo delno pomagajo. Vsak mora najti svojo pot. Odkril je tudi, da so pomemben vir odnosi z bližnjimi. Ena od najpomembnejših lekcij je bila, da se je vse manj bal črnega psa, potem ko je začel z njim sodelovati in se je naučil nekaterih načinov, kako ravnati z njim. Naučil se je bolje obvladovati stres z meditacijo in čuječnostjo ter redno rekreativno fizično aktivnostjo. Vsak dan si je beležil svoje razpoloženje in ugotovil, da se lahko hitro menja, mlačno dopoldne se je lahko nenadoma prevesilo v živahno popoldne. Glavni stavek moči, ki si ga je začel ponavljati ob sivih dneh, pa je bil: »Minili bodo!« Ugotovil je, da vedno minejo, še posebno, če je skrbel za korake po svoji meri in se pogovarjal z zase pravimi ljudmi. V črnem psu je odkril velikega učitelja, saj ga je primoral, da je pretehtal svoje življenje in ga poenostavil. Spoznal je, da je od bega pred problemi, veliko bolje, če jih objame (glej sliko 4). Tako je črnega psa sprejel kot sestavni del svojega življenja, ob tem pa se je pes iz zveri spremenil v razumevajočega sopotnika. Prepričal se je, da znanje, potrpežljivost, disciplina in humor lahko ozdravijo najhujšega črnega psa.

Ob Johnstonovi risanki sem o črnem psu razmišljal kot o »eksternalizaciji«, ki je v narativni (sistemski) psihoterapiji eden ključnih konceptov in metodičnih načel. Definirana je kot dialoški postopek, ki temelji na predpostavki, da »oseba ni problem (npr. depresija), ampak da je problem – problem.« (Freedman in Combs, 2009: 103). Pri duševnih motnjah pogosto pride do internalizirajočih diskurzov. Na primer ljudje, ki so bili fizično/spolno zlorabljeni, internalizirajo travmatske dogodke, ki so jih doživeli, kot notranje dialoge in potem ti dialogi barvajo njihovo tolmačenje kasnejših dogodkov. Problem se razvije, ko ljudje internalizirajo razgovore, ki so jih ovirali, na tak način, da skrčijo opis jaza.



Slika 4: Ključna sprememba v Johnstonovem procesu okrevanja je bila, da se je vračajoči odnos do črnega psa preoblikoval v sprejemajoči odnos, iz borbe je prešel v sožitje s svojim depresiranjem.

David Epstein je opozoril, da se proces internalizacije ne dogaja le ob lokalnih in posebnih doživetjih travme, ampak tudi ob širših kulturnih doživetjih. Pri tem citira opis Michela Foucaulta, kako sta smrt in bolezen, o katerih se je v preteklosti razpravljalo, kot da sta prvenstveno locirani na družbenem in duhovnem področju, v sodobnosti vse bolj umeščeni v človekovo telo in celo na specifična mesta v okviru telesa: »... anatomski prostor je postal vzročni prostor, dom tako za smrt kot bolezen. Potem se je začelo gledati na telo kot zakladnico človeških kvalitiet. Predpostavljalo se je, da so duša, inteligenca, norost in veliko drugih kvalitiet umeščene v živa telesa.« (Epstein v Freedman in Combs, 2009: 104)

Če je bil v srednjem veku človek »bolan«, »nor« ali »kriminallec«, so vzrok locirali v družbeno in duhovno sfero. Lahko so ga videli v slabem vladarju ali v povezavi s problemi v duhovni skupnosti. V sodobnem času pa je poudarek veliko bolj na odgovornosti posameznika, kot poudarja tudi Bauman v misli, ki sem jo postavil na začetek kot motto svojemu eseju. Posameznik naj bi pravilno nadziral svojo dušo in telo. Če na primer nekdo doživi srčni infarkt, nam prevladujoči kulturni diskurz pravi, da je to zato, ker ni pravilno nadzoroval svoje prehrane in se ni dovolj gibal. Ta poudarek razbiram tudi v Johnstonovem prikazu, v katerem pogrešam reflektiranje družbenega konteksta. Po eni strani mi je všeč, da promovira (psiho)terapevtski proces, v katerem namesto zanikanja in potlačevanja pride do integracije depresirajočega načina doživljanja. Po drugi strani pa lahko izpade kot še ena zgodba o uspehu po ameriško, v katerih je ameriška družba naslikana idilično kot družba neskončnih možnosti, kjer si lahko vsak odpre vrata k uspehu, samo če hoče in če je dovolj domisel in vztrajen. Če pa mu to ne uspe, je sam kriv in naj ga bo sram.

Epstein je poimenoval »internalizirajoče diskurze« prav tovrstne dominantne diskurze v sodobni družbi, ki nas razdvajajo in nas napeljujejo na to, da s sabo in svojimi telesi postopamo kot s problematičnimi stvarmi. Eksternalizirano stališče lahko opredmeti vplive internalizirajočih diskurzov, tako da problemi postanejo objekti in ne ljudje. Na

ta način lahko ljudje pretehtajo svoje zaznave, stališča in jih tudi menjajo, potem ko si ogledajo širše sociopolitične kontekste, ki vzdržujejo probleme.

Johnstonova risanka se konča v objemu »jaza« in ekternalizirane »depresije« v obliki »črnega psa«, kar je navdihujoče, a se žal neha ravno tam, kjer bi si najbolj želel videti nadaljevanje. Kako živi v sožitju s svojim depresiranjem, potem ko ga je sprejel kot del svojega doživljanja? Je to vplivalo tudi na njegovo razumevanje družbenih vzrokov in ga spodbudilo k socialnemu aktivizmu? Kako bi bilo, če bi bila barve njegove kože črna? Kako je živeti v sožitju s črnim psom ameriškim črncem?

## Black and blue

Na tem mestu vabim k ogledu pesmi slovitega jazz trobentača Louisa Armstronga z naslovom »*Black and Blue*« (Črn in moder, kar pomeni potrt), ki je radijskih postajah ne vrtijo, raje vedno znova ponavljajo *What a wonderful world*. Morda nam tudi to nekaj pove o trenutnih družbenih preferencah. Ko si včasih na youtube ogledam posnetek te pesmi o črnski depresiji, kakor jo je po začetnem solu na trobenti zapel na koncertu leta 1965 v Berlinu, mi gredo vedno znova dlake pokonci. Njegova obrazna mimika doda pesmi dodatno dimenzijo, tako da med gledanjem še bolj začutim globino vsake besede:

Cold empty bed, springs hard as lead,  
feel like Old Ned, wish I was dead.  
What did I do to be so black and blue?

Even the mouse ran from my house.  
They laugh at you, and scorn you too.  
What did I do to be so black and blue?

I'm white – inside - but that don't help my case,  
'cause I can't hide what is in my face.

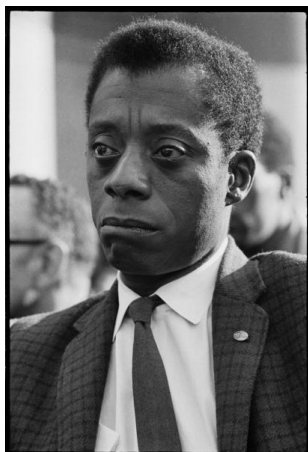
How would it end? Ain't got a friend,  
my only sin is in my skin.  
What did I do to be so black and blue?

Zaradi svoje glasbene genialnosti je bil Armstrong sprejet v belo skupnost celo do te mere, da mu ni bilo treba spoštovati segregacijskih pravil. Lahko je obedoval v restavracijah in spal v hotelih, ki so bili samo za belce (Armstrong, Wikipedia). Čeprav so mu nekateri črnski sorojaki očitali, da je igral tudi pred segregiranim občinstvom in da se ni dovolj odločno postavil za Ameriško gibanje za človeške pravice, lahko v njegovem podajanju pesmi *Black and Blue začutim*, da je dobro vedel in čutil, o čem poje.

Pred mesecem dni sem si v Kinodvoru ogledal dokumentarec *Nisem tvoj zamorec* (I Am Not Your Negro), ki ga je posnel Raoul Peck po zapisih priznanega pisatelja Jamesa Baldwina (1924-1987) (glej sliko 5). Izhodišče filma so umori treh črnskih voditeljev: Medgar Evers je umrl 12. junija 1963, Malcolm X 21. februarja 1965 in Martin Luther King 4. aprila 1968. Film me je pretresel in hkrati navdušil. Prav posebno čustveno ostri in intelektualno očiščujoči so bili zame dokumentarni posnetki Baldwinovih javnih nastopov, ko je govoril na univerzah ali televizijskih oddajah. Njegovi govori so zame

najboljši možni primer parrhesie, neustrašnega govora. Baldwin v njih združuje intenzivno čustvenost in intelektualno jasnost ter niti za hip ne izgubi socialno aktivističnega naboja. Znal je povezati globoko žalost, depresivnost povezano z bolečino svinčenega razizma in homofobije, saj je bil tudi gay, z uglajeno jezo. Pomagal mi je pogledati na razizem iz najširše možne perspektive, tako da sem med gledanjem izgubil distanco, nisem bil več gledalec, ampak soudeleženeec. Med drugim v filmu pove: »Tisto, kar imenujemo *ameriški rasni problem*, ni ameriški rasni problem. To je kriza ameriškega duha, ki ima raso za izgovor. Je bolezen, ki jo moramo zdraviti, sicer nas bo uničila [...] Pravo vprašanje je, kaj se bo zgodilo s to deželjo [...] Zgodba o ameriškem zamorcu je zgodba o Ameriki – in ni ravno lepa [...] Jaz nisem zamorec. Človek sem. Ampak če vi mislite, da sem zamorec, pomeni, da ga potrebujete. In vprašati se morate, zakaj.«

V določenem trenutku potem razširi misel, da je pravo vprašanje, kaj se bo zgodilo z zahodno kulturo, če ne bo spremenila svojih predpostavk, zaradi katerih se širi neenakost. Baldwin pokaže, da je rasna neenakost samo en vidik, ki ga namerno celo zasenči, da bi nam pomagal uzreti širšo sliko – ekonomsko, politično, versko in spolno neenakost.



Slika 5: Na obrazu romanopisca, esejista, dramatika, pesnika in družbenega kritika Jamesa Baldwina (1924-1987) na tej fotografiji in mnogih drugih so jasno zarisane depresivne poteze, vendar je enkrat izjavil: »Ne morem biti pesimist, saj sem živ. Ne preostane mi drugega, kot da sem optimist.« Svojo depresivnost je znal objeti in ji dati glas, jo eksternalizirati v apel in akcijo za socialno pravičnost.

Tudi režiser Raoul Peck je odlično opravil svojo nalogo. Upošteval je Baldwinovo naravnost, da brez poštenega soočenja s težkimi poglavji zgodovine ne bomo mogli najti ključnih rešitev za vprašanja neenakosti in v drugem na prvem mestu uzreti človeka, ne glede na status, raso, vero, spolno orientacijo ali nacionalnost. Seveda ima soočanje s preteklostjo preko gibljivih filmskih slik še dodaten učinek, ki ga pisano gradivo nima. Čeprav Peck prihaja iz Haitija, si deliva izkušnjo, da sva tudi midva kot večina otrok po svetu odraščala z mitologijo ameriškega filma. Poleg odlomkov iz dokumentarnega gradiva je zato Peck v svojo filmsko pripoved nanizal številne odlomke iz ameriških igranih filmov, ki so tudi mene spremljali na poti odraščanja. Tudi jaz sem na primer gledal vesterne Johna Waynea in mi je bil znan prizor, ko s strehe poštno ko-

čije strelja na Indijance. Peck ga je podložil z Baldwinovim komentarjem: »Odkril sem, da so Indijanci, ki jih pobija John Wayne, pravzaprav jaz.« Besede, podkrepljene z meni iz otroških let znanim prizorom, so me zadele kot krogla iz Wayneove puške. Nenadoma sem imel občutek, da strelja tudi name. Kot otrok namreč Waynea nikoli nisem doživel iz takega zornega kota, ampak je bil moj heroj, za katerega sem držal pesti in doživel rahlo zadovoljstvo vsakokrat, ko je zadel kakšnega Indijanca.

Na koncu filma Peck postreže s kontrastom: najprej spusti odlomek iz filma, kjer ameriška filmska diva Doris Day kot nedolžna gospodinja s trajno pričesko, v oprijeti, a do vratu zapreti sračjki, ki diskretno poudari njeno oprsje, in midi krilcu v stilu mode šestdesetih let prejšnjega stoletja, poje osladno pesmico, medtem ko vsa nedolžno zaljubljena, čista, dišeča in hrepeneča čaka na svojega dragega. Nato pa sledi odlomek iz koncerta slepega pianista in pevca Raya Charlesa, ko poje blues z glasom, v katerem lahko zaslišiš, zagledaš in začutiš vse solze, depresijo in jezo teptanih črncev. Komentar je bil, da ne bi mogli bolj nazorno ponazoriti razlike med svetovoma belih in črnih Američanov, kot se nam lahko pokaže v primerjavi Dayeve in Charlesa. Spet sem se spomnil, da sem se kot najstnik zaljubil v Doris Day. Njeno petje in njena podoba sta mi bila omamna. Tokrat pa mi je bila sentimentalnost njenega glasu prav neprebavljiva, njena holivudsko spretno romantizirana podoba odvratna. Zagledal sem jo kot utelešenje dvoličnosti bele rase, ki manipulira z izpraznjenim videzom. Ray je bil pravo olajšanje, tam je bila vsebina, h kateri se lahko zatečem tudi v trenutkih obupa. Ali ni blues s svojimi besedili in čustvenim tonom eksternalizacija depresije, emancipatorni krik iz osrčja družbenih krivic in neenakosti?

### **Dobre in slabe plati kampanje SZO o depresiji**

Ko sem preletel vsa gradiva kampanje SZO o depresiji, ki so na voljo na njeni spletni strani, so v meni ostali dvojni občutki. Pozitivno se mi zdi:

- poziv k pogovarjanju v vseh socialnih kontekstih, kjer se pojavi depresirajoči;
- poudarek, da »depresija lahko prizadene kogarkoli in da je zato kampanja namenjena vsem, ne glede na starost, spol ali socialni status.« in da posebno pozornost namenja trem rizičnim skupinam: mladostnikom in mladim odraslim, ženskam, ki bi lahko ali so pravkar rodile in starejšim od šestdesetih let;
- stališče SZO, da naj bi ljudem z depresivnimi težavami pomagali tako strokovnjaki kot laiki in da so poleg terapij in svetovanj pomembne tudi razne oblike samopomoči;
- priporočilo, da naj bo na prvi liniji zdravstvene pomoči ljudem z zmernimi in hudimi oblikami depresije dostopna psihološka - psihoterapevtska pomoč ali antidepresivi in da je pri izbiri oblike pomoči potrebno upoštevati stranske učinke zdravil, dostopnost ene ali druge oblike pomoči in preference posameznika;
- vsem dostopen priročnik za medosebno terapijo depresije (angl. Group Interpersonal Therapy IPT for Depression, SZO 2016), ki definira štiri problemska področja, kjer je depresiranje povezano s problemi v medosebnih odnosih: žalovanje (zaradi izgube bližnjega), konflikti v odnosih pomembnimi drugimi, življenjske spremembe (na primer ločitev, selitev, rojstvo, begunstvo, skrb za kronično bolne ali umirajoče itn.) in osamljenost/socialna izolacija. S posredovanjem tega priročnika SZO širi v svet sporočilo o odnosni, kontekstualni vpetosti depresirajočega;

Negativno pa se mi zdi:

- da med psihološkimi oziroma psihoterapevtskimi oblikami pomoči navajajo samo vedenjsko aktivacijo, kognitivno vedenjsko terapijo in medosebno terapijo, saj obstaja še vrsta drugih (empirično potrjeno) učinkovitih oblik psihoterapije;
- razen da na enem mestu v sicer obsežnih gradivih omenijo, da je depresije več, če so ljudje revni in nezaposleni, ni nobenih podatkov o revščini in nezaposlenosti niti o drugih družbenih vzrokih (na primer raznih podatkov o globalno rastoči družbeni neenakosti) pandemičnega povečevanja depresije. Zato seveda SZO ne daje nobenih napotkov za korekcijo patogenih družbenih dejavnikov, v zvezi s katerimi ostajajo vladni organi in zdravstveni sistemi neučinkoviti;
- poudarjanje bolezenskega modela (ki gre z roko v roki z zanemarjanjem družbenega vidika) in zanikanje nasprotujočih si pogledov na to, kaj je depresija.

Tako v glavnih točkah svoje kampanje SZO poda definicijo depresije, ki naj bi bila »**bolezen**« (angl. »disease«), za katero je značilna najmanj 14 dni trajajoča trdovratna žalost in izguba interesa, v katerih človek običajno uživa, ter nesposobnost izvajanja vsakdanjih aktivnosti«. Potem so naštetih še dodatni simptomi, ki jih ima depresivno oboleli: »izguba energije, sprememba apetita, motnje spanja, tesnoba, zmanjšana sposobnost koncentracije, neodločnost, nemir, občutki manjvrednosti, krivde ali brezupa in misli o samopoškodovanju ali samomoru.« Očitno je podlaga te definicije »velika depresivna motnja«, kot je definirana v DSM (Diagnostic and Statistical Manual). Nato našteje ključna sporočila, ki naj bi dosegla čim več ljudi in v prvi točki napiše, da je »depresija pogosta duševna **motnja** (angl. »disorder«) [...]«. (SZO, 2016)

Manj poučeni javnosti najbrž ne pade v oči drobna razlika, da SZO v svojem ključnem kampanjskem dokumentu najprej govori o depresiji kot »bolezni«, nato pa o »motnji«. Za SZO med tema pojmomoma ni razlike, z obema širi bolezenski model. Zame kot psihiatra in psihoterapevta pa je ta razlika pomembna, saj se za njo skriva pomembna zgodba, ki jo SZO v svojem dominantnem diskurzu potiska v ozadje. To je zgodba o nejasnosti uporabe pojma depresija (in še mnogih drugih diagnoz iz veljavnih klasifikacij duševnih motenj), ki jo bom podrobneje prikazal v nadaljevanju.

Težko razumljivo mi je tudi, da kampanja SZO z enoznačnim poudarjanjem depresije kot bolezni prihaja v protislovje sama s sabo, bolj natančno, z odlično napisanim poročilom *Duševno zdravje, odpornost in neenakosti*, ki ga je izdala področna pisarna SZO za Evropo v Kopenhagnu (Friedli, 2009). Tam opozarja na nevarnost pretiranega ukvarjanja s simptomi pri posamezniku, saj so duševne motnje večinoma posledica družbenih dejavnikov: »Danes lahko opazamo pretirano poudarjanje individualne patologije, kar lahko popravimo s prenosom fokusa na socialno pravičnost. Duševno zdravje je družbeno pogojeno: prisotnost ali odsotnost duševnega zdravja je predvsem socialni kazalec in zahteva reševanje na osebni in družbeni ravni [...] Preokupacija z individualnimi simptomi lahko vodi v 'izolirano psihologijo', ki ločuje tisto, kar se nahaja v človekovi glavi od družbene strukture in konteksta. Ključna terapevtska intervencija tako postane 'spremeniti način človekovega razmišljanja', namesto da bi usmerjali ljudi k vrom pomoči za izboljšanje situacije na področjih, ki so glavni povzročitelji psiholoških problemov: zadržanost, slabe stanovanjske razmere, nasilje, kriminal. Bolj pozorni in samokritični moramo biti, ko ocenjujemo, koliko prispevajo k duševnemu blagostanju

posameznikove psihološke veščine in funkcije (npr. avtonomija, pozitivno čustvovanje in samoučinkovitost) in koliko življenjske okoliščine: stanovanjske razmere, zaposlitev, osebni prihodki in status. To vključuje tudi ugotovitev, da 'sreča', 'pozitivno mišljenje' in 'zaupanje' niso vedno poti k rešitvi.« (Friedli, 2009: V)

Poziv k pogovarjanju v kampanji o depresiji je načeloma dober, saj naj bi zmanjšal stigmo, a pomembno je tudi, kakšne *vsebine* strokovnjaki ponujamo v preventivnih in kurativnih pogovorih. Če prepričano širimo idejo, da je depresija bolezen, lahko prispevamo k pretiranemu poudarjanju individualne patologije, k izoliranju psihologije od družbenih dejavnikov in zanemarjanju vprašanj, ki so povezana s družbeno neenakostjo oziroma socialno pravičnostjo. Ker poudarjanje, da je depresija bolezen, v sodobnem farmacevtsko indoktriniranem družbenem kontekstu tudi pomeni, da je izvor problema v posameznikovi biologiji (telesu), ki zato potrebuje zdravljenje z zdravili, lahko naredimo veliko škode (Monihan in Cassels, 2010). Potem smo bolj podobni misijonarjem, ki širijo vero, ne pa strokovnjakom, ki se zavedajo raznolikosti pojavov, ki jih označujemo s pojmom »depresija«.

Drugi velik problem pri diagnosticiranju depresije, za katerega se SZO dela slepo, je njeno promoviranje »binarnega modela«, ki ločuje med depresivnimi in nedepresivnimi (Patel, 2017). Binarni model ni primeren za depresijo, ker ni jasno definirane črte, ki bi razločila med bridkostmi vsakdanjega življenja in »motnjo/boleznijo«, kjer pomagajo klinične intervencije. Kljub velikim raziskovalnim naporom ni nobenih znakov, da bomo kmalu lahko odkrili biološki marker, ki bi zanesljivo pokazal, kdo so tisti, ki potrebujejo klinično zdravljenje. Glede na to, da je depresivnost v populaciji statistično zvezno porazdeljena, je malo verjetno, da bo tak marker sploh možno najti. Z uporabo binarnega modela se tudi povečuje tveganje medikalizacije normalnih človeških odzivov na nesreče in izgube. Veljavnejši je t. i. »dimenzionalni pristop« (Patel, prav tam). Nedavno so v Indiji preverili udeležence programa vedenjske aktivacije za depresirajoče, ki so ga izvedli v primarnem zdravstvenem varstvu. Pri 90% ljudi, ki so izpolnjevali binarne kriterije za depresijo, so z dimenzionalnim pristopom ugotovili, da so imeli stresne motnje (mešanico razpoloženskih, tesnobnih in telesnih simptomov). Večina teh ljudi ne bi rabila kliničnih intervencij, ampak bi zadoščale intervencije manjše intenzitete, kot so samopomoč, psihološka pomoč preko medmrežja in podpora v socialni mreži (Patel in dr., 2017).

Dimenzionalni pristop je vsekakor boljši za znanstvenike (nevrobiologe, psihologe in družboslovce), medtem ko so kategorije bolj uporabne za zdravstvene delavce in oblikovalce politike. Dimenzionalno mišljenje nam pomaga razumeti probleme, medtem ko nam delovanje na osnovi kategoriziranja pomaga pri njihovem reševanju. Zato Patel (2017) predlaga štiristopenjski »hibridni model«, kontinuum, ki je kompromis med binarno in dimenzionalno diagnostiko depresije (glej tabelo 1).

Tabela 1: Stopnje kontinuuma depresivnih simptomov (Patel, 2017). Pojem »osnovno zdravstveno varstvo« v tabeli ne vključuje varstva duševnega zdravja, ampak primarno varstvo za ljudi, ki bolj pogosto depresirajo: mladostniki, nosečnice in matere, ljudje s kroničnimi boleznimi, starejši idr.

<b>Stopnja</b>	<b>Definicija</b>	<b>Fokus intervencij</b>	<b>Platforma skrbi</b>	<b>Intervencije</b>
Dobro počutje	Odsotnost trajnih negativnih stresnih čustvenih doživetij	Promocija in primarna preventiva	Skupnost	Promocija spodbudnega okolja za otroke in mladostnike, življenjske veščine za promocijo duševnega zdravja, naslavljanje socialnih pojavov, kot je medosebno nasilje itn.
Distres	Blago do srednje stresno čustveno doživljanje relativno kratkega trajanja	Preventiva glede na indikacije	Skupnost, osnovno zdravstveno varstvo, socialno varstvo	Samopomoč in psihosocialna podpora nizke intenzitete (pomoč preko mrežja, laične intervencije, svetovanje)
Depresivna motnja	Hudo stresno doživljanje, ki traja najmanj dva do štiri tedne z okrnjenim socialnim funkcioniranjem	Zdravljenje do remisije in okrevanja	Osnovno zdravstveno varstvo	Kratke psihološke obravnave, anti-depresivi ali kombinacija obojega s stopničastim intenziviranjem pomoči
Ponavljajoča se ali trdovratna depresivna motnja	Neodzivne ali recidivirajoče depresivne epizode	Preventiva ponovitve in/ali stabilizacija	Zdravstveno varstvo za duševno zdravje	Intenzivne psihosocialne intervencije, psihofarmakoterapija, elektrokonvulzivna terapija

## Od melanholije k depresiji: kratek zgodovinski pregled diagnostične zmede in etnoloških iskanj

Kot sem opisal v prejšnjem uvodniku, je beseda melanholija prevladovala v evropskem prostoru od 5. stoletja pred našim štetjem do 20. stoletja (Možina, 2016a). Poglejmo si na kratko, kako je 20. stoletju prišlo do zamenjave, tako da je postopno prevladala uporaba pojma depresija.

»Beseda depresija, ki izhaja iz latinske besede *deprimere*, potlačiti, naj bi se začela pojavljati šele od 14. stoletja naprej, ko je pomenila potlačeno razpoloženje. Leta 1665 jo je uporabil angleški avtor Richard Baker, ko je hotel opisati osebo z 'močno depresijo duha', na podoben način pa tudi Samuel Johnson leta 1753. Besedo so uporabljali tudi na področju fiziologije in ekonomije. Prvič jo je za opis psihiatričnega simptoma uporabil francoski psihiater Louis Delasiauve leta 1856 in leta 1860 se je začela pojavljati v medicinskih slovarjih. Z njo so opisovali fiziološki upad čustvene funkcije. Če so od Aristotla naprej melanholijo povezovali tudi z intelektualno odličnostjo in s poglobljeno kontemplacijo in ustvarjalnostjo, pa je novi koncept depresije opustil te povezave in so ga v drugi polovici 19. stoletja bolj pripisovali ženskam. Čeprav je melanholija še vedno ostajala glavni diagnostični pojem, je depresija postajala vse bolj pomembna v medicinskih spisih, tako da sta ob koncu 19. stoletja besedi postali sinonima. Nemški psihiater Emil Kraepelin je bil prvi, ki je pojem depresija uporabil kot krovnega, tako da je različne vrste melanholije razumel kot depresivna stanja. Angleški psihiater Henry Maudsley pa je predlagal krovni pojem afektivna motnja (angl. affective disorder).« (Wikipedia, 2017)

»Na začetku 20. stoletja je prevladal diagnostični sistem, ki ga je predlagal Kraepelin, ko je skoraj vse vrste razpoloženskih motenj umestil v manično-depresivno bolezen. Predpostavljal je, da je vzrok možganska patologija in predlagal razlikovanje med endogenim (notranje pogojenim) in eksogenim (zunanje pogojenim) tipom. Na tej osnovi je leta 1920 nemški psihiater Kurt Schneider skoval pojma endogena in reaktivna depresija, pri čemer je drugo razumel kot reaktivno razpoloženje in ne kot odziv na zunanje dogodke, kar so mnogi napačno interpretirali. To razločevanje je leta 1926 skritiziral Edward Mapother, ki ni videl razlike med pojmom.« (Wikipedia, 2017)

Leta 1917 je Sigmund Freud napisal članek z naslovom *Žalovanje in melanholija* (Freud, 2012), kjer je najprej poudaril, da sta si patološka melanholija in »normalno« žalovanje podobna. V obeh primerih človek doživi, da je nekaj izgubil. Razlika pa je v tem, da je pri žalovanju subjektivni občutek izgube povezan z objektivno izgubo, npr. z izgubo pomembnega ideala (npr. svobode), pomembnega odnosa zaradi smrti ali ljubezenske ločitve in se zato svet zdi osiromašen in prazen, medtem ko so melanholični simptomi globlji. Ne samo da melanholični posameznik negativno dojema zunanji svet, ampak črti tudi sebe, svoj ego, počuti se krivega, ponižanega, pomanjkljivega (lahko je celo sovražen do sebe), nesposobnega kakršnegakoli dosežka, moralno vrednega prezira in ničvrednega. Zato se ponižuje in pričakuje, da bo razkrit in kaznovan. Žalujoči v Freudovem besednjaku izgubi katektirani objekt, melanholik pa izkusi narcistično ranjenost.

Po Freudu narcistično ranjen človek v svojem otroškem razvoju, zaradi genetske predispozicije ali odsotnih/zavračajočih pomembnih bližnjih (danes bi rekli zaradi ne-

varne navezanosti), ni uspel loviti ravnovesja med objektivno in narcistično katekso. Zato ego zavzame pretežno narcističen odnos do soljudi in realnosti na splošno. Njegovi narcistični odnosi so skromni in krhki: temeljijo bodisi na podobnosti drugega (objekta) z njim ali pa na sposobnostih drugega (objekta), da zadovolji narcistično ranjenega človeka. Taki odnosi se hitro trgajo, če jih doživi kot nezadovoljujoče. Ker ne morejo nadzorovati podobnosti oziroma različnosti drugega, so stalno frustrirani, kar nujno vodi v ambivalenco. Radi imajo podobnosti, vendar se bojijo zavrnitve, neizpolnitve svojih ciljev in posledično izgubo občutka lastne vrednosti. Ko so frustrirani, ima melanholiška erotična kateksa do objekta dvojno usodo: del regredira v identifikacijo, drugi del pa pod vplivom konflikta ambivalence v sadizem.

Od tu izhaja teza, da je depresija nasilje do samega sebe. Naravna posledica človekovega neuspešnega k cilju usmerjenega vedenja je agresivnost. Če mislim, da sem bil sam glavna ovira, da mi ni uspelo uresničiti cilja, potem se agresivnost usmeri name. Bolj eksistencialistično obarvano je Freudove ideje o nastanku in psihodinamiki depresije nazorno opisal Schafer:

»[...] dragoceno pri Freudu je, da je opisal depresijo kot delovanje (depresiranje, op. M. M.). V njegovem opisu je v središču depresirajoči in ne patološko čustveno stanje; tisti, ki stalno in obupano deluje egocentrično, z občutkom krivde in očitki itn.; tisti, ki po ovinkih, zakrito in nezavedno napada druge, medtem ko navidezno napada samo samega sebe; tisti, ki ščiti ljubljene pred neposredno destruktivnimi dejanji; in tisti, ki na različne načine poskuša uravnati občutek lastne vrednosti in odnose z drugimi. Ko nekdo depresira, nezavedno poskuša potrditi ali uresničiti naslednje predpostavke: sovražim tiste, ki jih ljubim (ambivalenca); sem v ljubečih interakcijah z njimi, dokler potrjujejo moj krhki občutek samospoštovanja, tako da me ljubijo, občudujejo, so pozorni do mene in so mi stalno na razpolago (narcizem), in se odzivam nanje sovražno, celo do te mere, da si želim njihove smrti, če se do mene ne obnašajo tako, kot si želim (kruta destruktivnost); ker ne morem v celoti nadzorovati, kako se dejansko obnašajo (brezup) in ker bi rad bil ljubljen tako, kot bi me hranili (oralna fiksacija in regresija), si predstavljam, da jih bom pojedel, tako da bodo ostali v meni, kjer jih bom v svoji iluziji nadzoroval, jih kaznoval, ščitil in se neskončno hranil z njimi (oralna agresivnost ali kanibalizem).« (Schafer v Krauss in Krauss, 2015: 25-26)

Švicarski psihiater Adolf Meyer, ki je bil kot eden najvplivnejših psihiatrov v prvi polovici dvajsetega stoletja od leta 1910 do 1941 prvi šef psihiater v bolnici Johns Hopkins Hospital in profesor na tamkajšnji medicinski fakulteti, se je zavzel, da je treba pojem melanholija nadomestiti z depresijo. Leta 1927-28 je bil tudi predsednik Ameriškega psihiatričnega združenja (APA). Pri tem je v okviru našega razpravljanja o bolezenskem in biopsihosocialnem modelu zanimivo, skoraj protislovno, da je prav on zastopal drugega. Duševne bolezni je razumel kot posledico disfunkcionalne osebnosti in ne možganske patologije. Menil je, da so za diagnostiko in terapijo ključni socialni, psihološki in biološki dejavniki skozi celo življenje posameznika, da gre za biopsihosocialne »reakcijske tipe« in ne za biološko specifične bolezni. Tako je leta 1906 preokviril Kraepelinov koncept *dementiae praecox* (današnje shizofrenije), ki je temeljil na predpostavki možganske patologije, v »reakcijski tip«, v neskladen preplet slabo prilagojenih navad, ki so nastale kot odgovor na biopsihosocialne stresorje. Bil je tudi med prvimi, ki je zagovarjal delovno terapijo, saj je predpostavljal, da obstaja pomembna povezava med posameznikovimi aktivnostmi in njegovim duševnim zdravjem. Dejavnosti v skupnosti naj bi pomagale pri razvijanju vsakdanjih življenjskih veščin.

Leta 1952 je prva verzija ameriškega diagnostičnega sistema DSM-I (Diagnostic and the Statistical Manual of Mental Disorders) vsebovala diagnozo *depresivna reakcija*, druga verzija DSM-II leta 1968 pa *depresivno nevrozo*, ki so jo definirali kot pretiran odziv na notranji konflikt ali na prepoznavni dogodek. Poleg tega je obstajala tudi diagnoza »depresivni tip manično-depresivne psihoze«. (Wikipedia, 2017)

Nekje od srede 20. stoletja naprej se je v psihiatričnih krogih utrdila predpostavka, da je endogena (melanholična) depresija biološko pogojeno stanje, medtem ko je reaktivna (nevrotska) depresija odziv na stresne dogodke. Celo 20. stoletje pa že traja debata, ali bolj velja enotni (dimenzionalni, spektralni) ali dvojni model depresije. Enotni pogled vidi depresijo na kontinuumu od blagih do težkih in kot posledico psihobiološke končne skupne poti, dvojni pa razlikuje med biološkimi in reaktivnimi depresivnimi sindromi. Tretja verzija DSM-III je dala prednost enotnemu modelu.

Sredi 20. stoletja se pojavi tudi teorija, da depresijo povzroča kemično neravnovesje možganskih nevrottransmiterjev, potem ko so opazili učinek rezerpina in isoniazida na raven monoaminskih prenašalcev in s tem povezano izraženost depresivnih simptomov. V šestdesetih in sedemdesetih je postala manično-depresivna motnja samo ena od razpoloženskih motenj (danes znana kot bipolarna motnja), ki je različna od unipolarne depresije. Pojma unipolarno in bipolarno je skoval nemški psihiater Karl Kleist (Wikipedia, 2017).

Pojem *velika depresivna motnja* je uvedla skupina ameriških klinikov sredi sedemdesetih let in je bila vključena v *DSM-III leta 1980*. *Da bi ohranili* podobnost, so v petem poglavju evropske MKB-10 (deseti reviziji Mednarodne klasifikacije bolezni) uporabili enake kriterije z rahlimi spremembami. Ohranili so DSM kriterije za prag pri postavitvi diagnoze *blaga depresivna epizoda*, višji prag pa so postavili za srednjo in težko epizodo.

Pojem melanholija se je v četrti reviziji DSM-IV ohranil kot podtip depresije (melanholična depresija ali depresija z melanholičnimi značilnostmi). Melanholične značilnosti se lahko pojavijo pri veliki depresivni motnji ali bipolarni motnji. Melanholična depresija naj bi bila posebno težka, biološko pogojena oblika, nekateri naj bi jo podedovali od staršev. Njena incidenca naj bi bila večja v okoljih, kjer so nižje temperature in kjer je manj svetlobe (Wikipedia, 2017b).

Pri anksioznih in depresivnih simptomih, od katerih ni noben jasno prevladujoč in noben tip simptoma ne prevladuje toliko, da bi opravičeval diagnozo, če bi se upošteval ločeno, se uporabi kategorija F41.2 Mešana anksiozna in depresivna motnja ali Anksiozna depresija (blaga ali začetna) (po MKB-10).

Pomembni sta še *sezonska razpoloženska motnja* kot oblika depresije, ki je povezana z zmanjšano izpostavljenostjo sončni svetlobi jeseni in pozimi (v MKB-10 je uvrščena pod F33 Ponavljajoča se depresivna motnja) in *distimija* (F34.1), ki je v MKB-10 definirana kot »kronično slabo razpoloženje, ki traja vsaj nekaj let, pa ni dovolj hudo, ali katerega posamezne epizode niso dovolj dolge, da bi opravičile diagnozo hude, zmerne ali blage ponavljajoče se depresivne motnje« (MKB-10).

Ameriški psihiater Kheriaty pa distimijo opiše nekoliko drugače in jo uvrsti na zgoraj opisani enotni kontinuum: »Če ima človek nekaj blagih znakov depresije več dni, nato pa za leto ali več časa izginejo, morda trpi za distimijo. Bolniki z distimijo so poleg osnovne bolezni bolj nagnjeni k obdobjem izrazitejše depresije, torej k t. i. 'dvojni depresiji'. Čeprav je manj huda od depresije, jo je včasih težje zdraviti, saj se slabše odziva na antidepresive. Namesto da bi o depresiji in distimiji razmišljali kot o različnih ali ločenih boleznih, je mogoče natančneje, če depresivna obolenja uvrstimo na spekter od blagih in kroničnih (distimija) do hudih in akutnih (velika depresivna motnja oziroma 'melanholična' depresija. Med tema skrajnostima so stopnje zmerne depresije. Obstajajo tudi siva območja, pri katerih meja med 'normalnim' in 'bolezenskim' ni vedno jasna.« (Kheriaty, 2016: 53)

Bolj kot se navadni smrtnik pogloblja v vse te pojme, bolj lahko po eni strani dobi vtis strahospoštovanja do psihiatrov in psihoterapevtov, da se lahko najdemo med njimi. Po drugi strani pa se malo bolj vztrajnemu in temeljitemu proučevalcu morda posveti, da gre za zelo neeksaktno diagnosticiranje in da so siva območja veliko večja in pogostejša, kot bi si mislili ob elegantnem in učenem Kheriatyjevem opisu. Ob vseh podrobnostih se nam lahko umakne v ozadje ključno vprašanje, ali je depresija sploh bolezen. Kheriaty je tipičen primer strokovnjaka, ki izmenično uporablja besedi bolezen in motnja ter poskuša napraviti vtis, da je diagnosticiranje depresije kot (hude) bolezni oziroma motnje relativno zanesljivo in veljavno.

Kljub temu da je sonarodnjak Williama Jamesa, ameriškega utemeljitelja sodobne psihologije (ki je tudi trpel za depresijo in se tako o njej veliko naučil iz lastne izkušnje), premalo upošteva njegovo opozorilo iz predavanja, ki ga je imel že leta 1896:

»Razločevanje med zdravim in bolnim je običajno, vendar je dejstvo, da to razlikovanje ni ostro. Noben simptom ni sam po sebi bolezenski – odvisno je od vloge, ki jo igra. Govorimo o melanholiji in moralnih težnjah, ampak pogumen je tisti, ki trdi, da melanholija ni del vsakega karakterja. Sveti Pavel, Lombroso, Kant, vsak od njih je na nek način primer, kako mu je melanholija izostrila občutek za resnične vrednote.« (James v Krauss in Krauss, 2015: 19)

Ko danes gledamo na pot, ki jo je prehodila depresija od konca 19. stoletja do danes, lahko po eni strani vidimo širše epistemološko ozadje diagnosticiranja v psihiatriji, ki je ključno vplivalo tudi na menjavanje poudarkov pri uporabi pojma depresija. V 20. stoletju je prihajalo do nihajev med etiološkim in deskriptivnim - kategorijskim modelom psihopatologije. Napetost med tema dvema pristopoma v nozologiji kaže na eni strani na nezadovoljstvo z deskriptivnimi modeli in na drugi strani na znanstveno pomanjkljivost etioloških modelov. Tako se je sredi stoletja Kraepelinova deskriptivna psihiatrija, ki je prevladovala v prvi polovici stoletja, umaknila psihosocialnemu fokusu, ki sta ga zagovarjala Adolf Meyer in Karl Menninger kot tudi Freud s svojim poudarjanjem nezavednih determinant vedenja. Do ponovnega nihaja v smer deskriptivnega modela in izključevanja etiološkega je prišlo leta 1980 z uvedbo tretje revizije ameriškega sistema za diagnostiko duševnih motenj DSM-III (Eels, 1997: 5-6).

Kljub mnogim poskusom še nismo prišli do integrativnega modela za diagnostiko, etiologijo in zdravljenje depresije. Med zagovorniki različnih modelov najdemo več trkanja na prsi in poudarjanja vednosti, kot pa odprtega priznanja nevednosti, za kar se zavzemam sam. Všeč mi je eksistencialistični pristop, kot sta ga predstavila Krauss

in Krauss (2015). Citirata Rolla Maya, ki je poudarjal, da eksistencialistični pogled na depresijo ne zanemara potrebe po dobri diagnostiki, niti ne omalovažuje uvidov, do katerih so prišli psihodinamski, behavioristični in drugi avtorji. Prav tako ne zanika uporabnosti terapevtskih intervencij, ki so se pokazale kot empirično podprte. V središču eksistencialistične perspektive je namreč predpostavka, da naše razumevanje depresije nikoli ne bo prišlo do konca. Kar je možno, je stalno spraševanje. Prav tako vse informacije, ki jih bomo nabrali, ne bodo nikoli opisale vseh posameznih primerov in okoliščin (May v Krauss in Krauss, 2015: 29).

Ne glede na etiologijo, celo pri primarno »organskih« depresijah, obstaja posameznik, oseba, ki doživlja in poskuša obvladati situacijo. Enak pogled eksistencializem zastopa tudi pri omejitvah, ki jih postavljajo revščina ali suženjstvo, bogastvo ali družbene neenakosti. Eksistencialistično usmerjen terapevt lahko uporablja različne metode (na primer vedenjske, systemske, humanistične), podobno kot drugi terapevti, vendar je drugačna njegova drža, kar ima ključni pomen pri obravnavanju »psihopatologije« (Krauss in Krauss, 2015: 30-31).

### **Depresija – bolezen ali motnja ali pokazateljica naše nevednosti?**

Čeprav v sodobni psihiatriji prevladuje bolezenski model, ne glede na to, ali se uporablja beseda bolezen ali motnja, bom v nadaljevanju vseeno prikazal, kako tudi preko te na videz nepomembne razlike lahko vstopimo v zakulisje družbenega dogajanja, ki je povezano z diagnosticiranjem. Opozarjam pa že vnaprej, da ta vstop med drugim pomeni odrekanje gotovosti oziroma slepi veri, ki jo ponuja bolezenski model. Premik od dominantne k marginalni zgodbi pa ni vznemirjajoč samo zato, ker odpira oči za tisto, kar nam dominantni diskurz zakriva, ampak tudi zato, ker v roke vsakega od nas vrača odgovornost za lastno zdravje in okrevanje. Če v številnih primerih depresija ni bolezen in če zdravniki takrat niso pravi naslov za pomoč, če odgovornosti za zdravljenje ne moremo preložiti nanje ali na tablete, pomeni, da se bomo morali veliko bolj odločati sami, če bomo hoteli v depresiranju zagledati celo rešitev, se na nov način povezati z ljudmi iz naše socialne mreže in morda celo prispevati k reševanju problemov v družbenem kontekstu, zaradi katerih se depresivnost pandemično širi.

Če pogledamo iz epistemološkega vidika, je v drugi polovici dvajsetega stoletja psihiatrična diagnostika doživela hudo krizo, ki se je do danes samo še poglobila. Ta se kaže med drugim tudi v tem, da se je mednarodni tim strokovnjakov, ki je postavil oba ključna diagnostična sistema, evropsko MKB, ki v petem poglavju zajema duševne motnje, in ameriški priročnik DSM (glej opombo 2), odrekel besedi duševna bolezen in jo nadomestil z motnja (glej opombo 3). Zakaj?

Ker njim in vsem nam še ni jasno, zakaj (etiologija) in kako (patogeneza) nastane večina duševnih motenj. Zato tudi še ne obstaja mednarodno priznana diagnostika duševnih motenj, ki bi vključevala t. i. etiopatogenezo. V medicini pa uporaba besede »bolezen« pomeni prav to, da je (ali vsaj obstaja velika verjetnost, da bo) pojasnjena etiopatogeneza. Sodobna psihiatrična diagnostika duševnih motenj, kot je zajeta v MKB in DSM, pa je v glavnem omejena na *opisovanje (deskriptivni – kategorijski model)* ne pa na *pojasnjevanje (etiološki model)* duševnih motenj. Za večino motenj, ki sta zajeti v obeh klasifikacijah, velja, da gre samo seznam simptomov in sindromov.

O jalovosti in nizki stopnji znanstvenosti sodobne psihiatrične diagnostike priča tudi stalno povečevanje števila motenj. V drugi izdaji DSM ji je bilo 180, 292 v tretji, 365 v četrti in kar okoli 500 v zadnji, DSM-V različici. Christopher Lane (v Verhaeghe, 2016: 198) je bil prvi, ki je dobil dostop do celotnega DSM arhiva, in je temeljito dokumentiral šokantno ugotovitev, da vključevanje motenj v priročnik ni bilo odvisno od znanstvenih potrjenih dejstev, ampak od interesnih skupin. »Izbor in uvrščanje določene kombinacije simptomov in vedenjskih vzorcev pod domnevno motnjo poteka arbitrarno in je zato zelo vprašljivo.« (Verhaeghe, prav tam)

Britansko društvo psihologov se je junija 2015 kritično odzvalo na novo izdajo DSM: »Domnevne diagnoze, predstavljene v DSM, očitno v veliki meri temeljijo na družbenih normah, s 'simptomi', ki so bolj ali manj subjektivne sodbe z zelo malo fizičnih 'znakov' oziroma dokazov o biološki pogojenosti. Kriteriji niso vrednotno nevtralni, ampak prej odražajo današnja normativna družbena pričakovanja [...] Prav tako nas skrbi dejstvo, da ti sistemi temeljijo na identifikaciji problemov, kot nečesa, kar izhaja iz posameznikov. Takšen pristop spregleda odnosni kontekst problemov in, vsaj pri številnih od njih, tudi nedvomno družbeno pogojenost.« (Verhaeghe, 2016: 203)

In prav »depresija« je izrazit primer relativne nezanesljivosti in neveljavnosti psihiatrične diagnostike. Je samo sindrom, torej *med psihiatri dogovorjeni* nabor simptomov, na zaenkrat še trhli znanstveni podlagi. Zato bi lahko videli v zamenjavi pojma bolezni z motnjo simbolično gesto, ki bi pričala o korektnem in edino poštenem priznanju, da še ne vemo dovolj in da se lahko pokaže, da je veliko tistega, kar danes označujemo za depresijo (in za druge duševne motnje), nekaj »normalnega«, ustrezen, zdrav odziv na zahtevne, neugodne okoliščine, ki je veliko pogostejši, kot si zdaj mislimo.

Spomnimo se le, kako je leta 1973 Ameriško psihiatrično združenje (APA) umaknilo diagnozo homoseksualnost iz svoje diagnostične klasifikacije DSM-II in kako je ostal grenak priokus, ko se spominjamo obdobja, ko sta medicina (psihiatrija) in psihoterapija prispevali k patologiziranju gejev in lezbijk ter jim s svojim »zdravljenjem« povzročala dodatno trpljenje. Zato se moramo podobno kot v zvezi z »depresijo« spraševati še o marsikateri diagnozi, npr. o »hiperaktivnosti« oziroma »ADHD«, s katerima lahko prehitro patologiziramo bolj temperamentne otroke ali vse večje število otrok, ki se na ta način ustrezno odzivajo na vse hitrejše in nezdrave življenjske okoliščine v urbanih okoljih. Prav ADHD je v nebo vpijoč primer nenavadnega salta mortale psihiatrične diagnostike, kjer se nam lahko lepo pokaže potreba po večji »epistemološki odgovornosti« psihiatrov in psihoterapevtov (Miškulin, 2016). To pomeni, da je skrajni čas, da se ne zanimamo le za nove in nove teorije, ampak tudi za teorijo o teorijah, za vedenje o vedenju, teorijo znanosti in njeno zgodovino (da pazljivo preučujemo zgodovino idej v različnih družbenih in kulturnih okoljih) in za to, kako v sodobnih družbah upravljamo z znanjem.

V primeru ADHD simptome, na primer pomanjkanje pozornosti (angleško attention deficit AD) in hiperaktivnost (angleško hyperactivity disorder HD), klasificirajo kot bolezen: »Uporaba elegantnih okrajšav to do neke mere prikrije, a je trend danes tako razširjen, da šele s kar nekaj miselnega napora ugotoviš, da so razlage neresnične. Samo za primerjavo: tako je, kot če bi nekemu, ki ima povišano temperaturo (PT) in se pretirano poti (PP), diagnosticirali bolezen PTPP. Ali drugače: da ima nekdo pomanjkanje pozornosti (AD) in je hiperaktiven *zato*, ker ima bolezen ADHD. Ali še drugače:

v prevladujočem bolezenskem modelu se ob argumentiranju vrtimo v zaprtem krogu, kar ustvarja iluzijo znanstvene razlage. Dober primer tega so izjave: 'ADHD povzroča upadanje pozornosti v razredu' ali 'bipolarne motnje povzročajo velika nihanja razpoloženja'. Opis je predstavljen kot vzrok, uporaba kratic pa zagotavlja, da ostaja zvižaja prikrita. Naj zaključim še z enim primerom: za nekoga, ki občasno doživlja izbruhe nekontroliranega besa, pravijo, da trpi za IED. Ta IED je okrajšava za 'Intermittent Explosive Disorder' (občasna eksplozivna motnja). Ali drugače – nekdo ima izbruhe jeze zato, ker trpi zaradi občasnih izbruhov jeze.« (Verhaeghe, 2016: 196-97) Čeprav je leta 2009 celo »izumitelj« ADHD, Leon Eisenberg, priznal, da je izmišljena bolezen, z njo farmacevtska industrija še vedno služi milijone in nasprotuje priznanju.

Kar je Verhaeghe prikazal na primerih ADHD in IED, velja tudi za depresijo: oseba X je na primer potrta, brezvoljna, brez apetita, nespeča, kar so simptomi, ki jih kategoriziramo kot »depresijo« (sindrom). Nato se tem pojmom razložimo simptome: oseba X je potrta, brezvoljna, brez apetita, nespeča..., ker je depresivna. Ustvari se nam lahko napačni vtis, da smo zdaj simptome razložili in nehamo razmišljati, raziskovati. Zapletemo se v krožno opisovanje, kar je Bateson poimenoval »dormitivni princip«, princip uspavanja (Bateson v Keeney, 1983: 33).

Ker glede večine duševnih motenj ni soglasja o etiologiji in patogenezi, so se bili sestavljavci DSM in petega poglavja MKB primorani izogniti nekaterim teoretičnim pojmom, glede katerih so se med njimi pojavila nasprotovanja. Ohranili so le tiste etiološke teorije o nastanku duševnih motenj, ki so povezane s telesnimi dejavniki in fiziološkimi motnjami, kjer ni bilo nesoglasij. Izključili pa so nekatere teoretične pojme, ki se sklicujejo na še nedokazano etiologijo, na primer pojme »endogen« (tako je bila izključena diagnoza »endogena depresija«, ki naj ne bi nastala zaradi odziva na neugodne okoliščine, ampak zaradi vzrokov, ki so v posamezniku, predvsem v genih), »psihogena psihoza« ali »nevroza«. Pojem »nevroza« so izključili zaradi njegovega psihoanalitičnega pomena, ohranili pa so znane nevrotične slike motenj, vendar so jih umestili med druge motnje, glede na podobnosti v klinični sliki, npr. nevrotično depresijo so umestili med druge razpoloženske motnje (glej opombo 4).

Kljub pomembnim razlikam, ki za sestavljavce trenutno veljavnih diagnostičnih sistemov obstajajo med uporabo pojma bolezen in motnja, ter kljub raznim diagnostičnim čaranjem, ki simptome ali sindrome, kot je v primeru depresije, spreminjajo v bolezni oziroma motnje, pa tako kampanja SZO o depresiji kot tudi obstoječa medicinska praksa na področju diagnostike in zdravljenja depresije to zlahka pozablja. V javnosti se vse bolj govori o pandemiji depresije kot bolezn. Tudi v Sloveniji so statistike visoke (glej opombo 5). SZO navaja številko, da v tem trenutku ta »bolezen prizadeva več kot 300 milijonov ljudi« (SZO, 2016).

Če imamo take kriterije za postavljanje diagnoze »depresija«, kot jih predlaga SZO, potem se čudim, da ne ponujajo še višjih števil. Ko se danes ljudje sami ali s pomočjo zdravnikov prepričajo, da »imajo depresijo«, večinoma mislijo, da so zboleli in da je depresija bolezen, za katero obstajajo jasni diagnostični kriteriji in načini zdravljenja. Zato nas ne more presenetiti statistično potrjeno dejstvo, da se ob naraščanju števila motenj v diagnostičnih sistemih, enako intenzivno večja tudi število ljudi, ki so dobili tako ali drugačno etiketo psihiatrične motnje: »Z medicinskega vidika te etikete sicer nimajo velikega pomena, saj je večina diagnoz postavljenih zgolj na temelju preprostih

pregledov. Domnevno nevrobiološki izvori motenj so prej rezultat farmacevtskih oglaševalskih kampanij kot pa preverjenih znanstvenih dejstev. Uradna statistika kaže na eksponentialno rast uporabe psihofarmakov [...]» (Verhaeghe, 2016: 194)

Nikakor nočem, da bi moje opozarjanje na možno zlorabo diagnoze depresija in zdravljenja s psihofarmaki izzvenelo kot naivno, idealistično pozivanje k ukinjanju diagnosticiranja in psihofarmakoterapije. Vedno sem se zavzemal, da lahko hodita psihoterapija (oziroma širše gledano pogovorne oblike terapije ter psihosocialne pomoči) in psihofarmakoterapija z roko v roki. Kot psihiater sem se v bolnici srečal s številnimi ljudmi, ki so neznansko trpeli in je bila diagnoza hude depresije glede na njihove simptome gotovo na mestu. Izkusil sem tudi, da jim pogovor ni pomagal, oziroma da jim je lahko celo škodil. Ko depresivno doživljanje popolnoma in dolgo (po zgoraj omenjenih diagnostičnih kriterijih vsekakor precej več kot 14 dni od jutra do večera) zasenči človekovo bivanje, so lahko zdravila (in včasih celo elektrošoki) pravi blagoslov, zaenkrat na sedanji stopnji našega vedenja edini način, s katerim lahko pomagamo, da se človekova fiziologija premakne na raven, kjer je potem spet mogoč človeški stik in lahko trpečega dosežemo s pogovorom.

Tudi Grawe (2004), ki mi je bil zgled pri iskanju uravnovešenega sodelovanja med psihoterapijo in psihofarmakoterapijo pri obravnavanju duševnih motenj, je poudaril, da imamo tako psihoterapevti kot psihiatri (psihofarmakoterapevti) »ogromno učinkovitih sredstev vplivanja, vendar ne vemo natančno kako delujejo, ker vemo premalo o tem, na kaj vplivajo. Kaj je osnova psihičnih motenj? Če bi poznali odgovor, bi imeli namesto sistemov DSM in MKB druge diagnostične sisteme. Izumitelji slednjih so z dobrim razlogom eksplicitno odpovedali etiološkimi dejavnikom pri posameznih motnjah. Glede njih namreč enotno mnenje ni bilo mogoče. Domneve tako prevladujejo nad preverjenim znanjem. Z opustitvijo etiologije smo pridobili to, da lahko različni presojevalci hitreje dosežejo sporazum glede posameznih diagnoz. Na ta način lažje razumemo, kaj pravzaprav misli drugi, ko govori o paničnih motnjah, distimiji, bulimiji itd. V skladu z dogovorom je to dovoljeno le v primeru, ko so izpolnjeni točno določeni kriteriji. A dogovori so dogovori, ne pa znanstvena spoznanja. V glavi lahko imamo celoten sistem DSM, pa duševnih motenj še vedno ne bomo razumeli.« (Grawe, 2004: 26)

Hoja psihoterapije in psihofarmakoterapije z roko v roki zame pomeni, da sta obe skromni in pošteni glede priznavanja meja svojih spoznanj. Žal se kot psihoterapevt in kot supervizor mlajšim psihoterapevtom, s katerimi negujem držo skromne vednosti oziroma nevednosti, v primerih, ko zaradi dvotirne obravnave sodelujemo s kolegi psihiatri, pri njih (pre)večkrat srečujemo z držo napihnjene vednosti. Ta, največkrat na škodo pacienta, otežuje sodelovanje. Praviloma se napaja iz biologističnega fundamentalizma, ki daje primat »biološki podstati« in verjame, da so tam ključni odgovori za vprašanja zdravja in bolezni ter ključno torišče zdravljenja. Kdor lahko posega v telo, in to so po družbenem dogovoru zdravniki, ima primat, je »glavni svečenik«, vsi ostali pomagajoči poklici pa smo stopnico ali več nižje.

Cena, ki jo plačujemo, ker so se tvorca diagnostičnih sistemov odrekli etiologiji, je tudi ta, da se pod določeno etiketo zbirajo nehomogene skupine. Tako se pod diagnozo depresija uvrščajo tako različni primeri, da je vprašanje, če sploh še gre za skupino: »Predstavljajmo si, kaj bi bilo, če bi združili v skupino vse ljudi, ki imajo povišano temperaturo in se pretirano potijo, ter jih preučevali, kot da gre za neko homogeno sku-

pino z enako težavo.« (Verhaeghe, 2016: 199-200). Verjetno je to važen problem tudi v nevrobioloških študijah, v katerih poskušajo in ne morejo ugotoviti, kako depresija korelira z dogajanjem v možganih.

Tako Pandya, Altinay, Malone in Anand (2012) v preglednem članku poročajo, kako je kljub desetletjem raziskav nevrološki korelat depresije še vedno nejasen. Ker v študijah s pomočjo slikanj možganov niso prišli do skladnih ugotovitev, katera možganska področja so ključna za depresiranje, so se usmerili v proučevanje motenj krožnih povezav (modeli povezanosti, angl. »connectivity models«), kar se je pokazalo še bolj zapleteno. Ključna ugotovitev je zato še zelo skromna: patofiziologija depresije je razporejena po številnih možganskih področjih in krožnih povezavah. To pa je v velikem razkoraku z vtisom, ki ga želi ustvariti farmacevtska industrija in ki ga zaskrbljujoče število ljudi nekritično sprejema, da je namreč biološki substrat depresije jasen in da se ve, zakaj in kako zdravila učinkujejo na fiziološki ravni.

## Pomoč s pogovori in zdravili

Ko zdravnik postavi diagnozo duševne motnje in predpiše psihofarmake, pa mu pogosto v prvi vrsti ni toliko pomembno, ali je s tem dejanjem potrdil biološki bolezenski model in ali je jasno, kako delujejo zdravila, ampak je to naredil bolj zato, ker ve, da so medicinske diagnoze vstopnica do določenih brezplačnih zdravstvenih storitev iz naslova zdravstvenega zavarovanja. Dejstvo je, da duševno trpljenje ljudi, pa če ga razumemo ali ne oziroma diagnosticiramo tako ali drugače, lahko ohromi človekovo delazmožnost in sposobnost za socialne stike. Če gre za dolgotrajne duševne težave, se odpre tudi vprašanje o upravičenosti do invalidskega statusa. Zato je dobro, da imamo zdravniki pri roki različne diagnoze, saj lahko z njimi zaščitimo duševno trpeče.

Po statistikah o delovanju družinskih oziroma splošnih zdravnikov v Sloveniji se ob srečevanju s pacienti, kjer so v ospredju duševne stiske, največkrat odločajo za diagnoze »depresija« in / ali »anksioznost«. Zdravnik mora nenazadnje pred strogim očesom zavarovalnic upravičiti svoje storitve, morebitne napotitve na preiskave, k specialistom itn. Če bi se na primer v primerih blagih ali zmernih depresivnih težav samo pogovarjal, ne postavil nobene diagnoze in bi odlagal s predpisovanjem zdravila, kolikor je le mogoče (kar bi bilo v številnih primerih strokovno popolnoma utemeljeno), bi bil zavarovalnici takoj sumljiv. Sistem deluje tako, da mora biti celotno zdravnikovo delo evidentirano in upravičeno z diagnozami. Poleg tega ima splošni oziroma družinski zdravnik zaradi polnih čakalnic tudi veliko premalo časa, da bi lahko večkrat in dlje pomagal s pogovorom. In nenazadnje je pri storitvah veliko lažje ovrednotiti recepte kot pogovore.

Vzemimo za primer 38-letno pacientko, ki pride k zdravniku, ker je pred desetimi dnevi izvedela, da je imel mož dve leti ljubico in da ji je ob razkritju skrivnosti naznanil svojo odločenost za ločitev. Od takrat nesrečna soproga ponoči komaj ujame kakšno uro spanja, ker jo preplavlja tesnoba, izgubila je apetit, veliko joče, se počuti popolnoma razvrednotena zaradi zlorabljenega zaupanja v moža, strah jo je, kako bosta ločitev prenesla enajstletni sin in trinajstletna hči. Zdravniku tudi pove, da je njen oče alkoholik, ki je bil pijan večkrat grob, tako da se ga je kot otrok bala in se že zdaj ob njem ne počuti sproščeno in prijetno. Ko je bila stara 9 let, je odšel od doma in se kasneje poročil z drugo žensko, s katero živi še zdaj. Njena mama je po očetovem odhodu doživela daljšo depresivno epizodo, zaradi katere se je tudi zdravila pri psihiatru. Pacientka ima še štiri

leta mlajšo sestro, s katero sta zelo povezani že od otroštva, saj je kot starejša sestra ob pomanjkljivi skrbi staršev bila ona tista, ki je velikokrat prevzemala skrb za mlajšo sestrico. Poroča, da je zadnje dni s skrajnimi napori poskušala funkcionirati na zahtevnem delovnem mestu, kjer je drugače zadnje leto zaradi problemov pri poslovanju že doživljala hude pritiske, pa kljub temu še ni vzela niti enega dneva bolniške. Zdaj pa se z nemalo občutki krivde (kar pri zdravniku pusti vtis, da je preveč odgovorna in vestna) prosi za nekaj dni bolniške. Povprečno sočuten zdravnik bo v takem primeru brez dolgega razmišljanja v njen zdravstveni karton zapisal »depresija« (oziroma bolj natančno po MKB šifra F32.1 Zmerna depresivna epizoda), čeprav še ni minilo 14 dni in čeprav je še vedno zmogla hoditi v službo in skrbeti za gospodinjstvo. Potrdil bo začasno delanezmožnost. Če bi bil sam na njegovem mestu, bi z dobrim občutkom storil enako in bi čutil hvaležnost, da živim v državi, kjer zdravstveni sistem omogoča tako vrsto zaščite duševno trpečih.

Namerno sem izbral primer, kjer gre za običajen odziv na stresne življenjske okoliščine in bi težko govorili o bolezni. V času, ko je še veljala prejšnja verzija psihiatrične diagnostike, MKB-9, smo v takem primeru zdravniki postavili diagnozo depresivna reakcija. V MKB-10 pa je depresivna reakcija umeščena pod šifro F.32 Depresivna epizoda, ki je lahko blaga, zmerna ali huda. V večini primerov je zdravnikom diagnoza depresivna reakcija pomenila, da se kaj takega lahko zgodi komurkoli. Da je to normalna obrambno varovalna reakcija, ko smo začasno manj funkcionalni, kar pa nam pomaga pri postopnem prilagajanju na nove življenjske okoliščine, npr. po izgubi bližnjega ali službe, po ločitvi, nesrečah. Naša hipotetična pacientka je visoko izobrazena, relativno dobro situirana, v njeni socialni mreži se poleg otrok pokažejo kot najpomembnejši socialni viri sestra in njen mož, dve kolegici v službi in prijateljica iz šolskih let. V naslednjih mesecih se pogumno sooči z novo nastalo situacijo. Kljub temu, da ji je zdravnik predpisal tudi antidepresiv in anksiolitik, vzame le sem in tja pomirjevalo. Ker je usmerjena v zdrav način življenja in bolj zaupa naravnim kot sintetičnim zdravilom, in ker je prebrala o zlorabah in stranskih učinkih antidepresivov, obleži škatlica z njimi neodprta v predalu nočne omarice. Raje se po priporočilu prijateljice, ki je šla skozi izkušnjo ločitve pred par leti in je imela dobre izkušnje s psihoterapevtko, odloči za psihoterapevtsko pomoč zunaj zdravstvenega sistema, ki si jo sama plača.

V odnosu s psihoterapevtom najde dodatno oporo, tako da potem v obravnavi, ki traja dve leti, ne raziskuje le svojega odnosa do moža, tako da lažje odžaluje ločitev in se prilagodi ločenemu življenju, ampak tudi svoje zgodnje vzorce, ko je prevzela vlogo starševskega otroka. Ugotovi, da je bil njen glavni način funkcioniranja, da je stalno skrbela za druge. Začelo se je s skrbjo za mlajšo sestrico in se nadaljevalo v partnerskem odnosu, saj je našla moža, ki mu je bila bolj mama kot partnerka. Potem je rodila dva otroka, za katera je požrtvovalno skrbela. V terapevtskem procesu začenja počasi spreminjati svoj odnosni stil, tako da začne bolj skrbeti tudi zase. To se odrazi tudi v spremembi njenih življenjskih navad, da si vzame več prostega časa za rekreacijo in druženje s prijateljicami. Ob koncu terapije poroča, da sta bili zadnji dve leti njenega življenja zelo naporni, a tudi plodni. Če se ji je na začetku ločitev zdela katastrofa, je postopno v njej zagledala tudi pozitivno plat. Njen prvi odziv so bili očitki sami sebi in občutki krivde, potem je odgovornost za zlom zakonske zveze bolj realno zagledala tudi pri bivšem možu. Ob slovesu od psihoterapevta je bolj ponosna nase, bolj se zaveda svojih potreb in je bolj avtentična v izražanju same sebe. Terapevtu je hvaležna za izkušnjo varne navezanosti, ki jo je v svojem otroštvu doživela premalo.

Čeprav SZO svetuje kot glavni obliki zdravljenja »ali pogovorno terapijo ali antidepresive ali kombinacijo obojega« (SZO, 2016), statistični podatki za Slovenijo (žal pa seveda ne samo za Slovenijo) kažejo, da naš hipotetični primer ni prevladujoč, ampak da ljudje veliko in vse bolj segajo po zdravilih, kot pa iščejo pomoč preko pogovorov. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je bilo v Sloveniji v letu 2013 izdanih 450.000 receptov za zdravila proti tesnobi in 525.000 za antidepresive. Od leta 2008 do 2014 je bilo izdanih 6,7 milijona receptov, od tega za 24 % prebivalstva za anksiolitike in za 23 % za antidepresive. V letu 2015 je bilo v Sloveniji za zdravila za bolezni s področja duševnega zdravja izdanih 1.248.144 receptov v vrednosti 24.692.107 Evrov. S temi številkami smo se prebili v evropski vrh (Kostnapfel Rihtar in Albreht, 2014, 2016). V skladu s trenutno veljavno doktrino predpisovanja zdravil pri anksioznih in depresivnih motnjah, poraba anksiolitikov pada, antidepresivov pa narašča. Kar me je podobno šokiralo kot kolegico Mirjam Srebrnjak (2016), pa so podatki NIJZ (Kostnapfel Rihtar in Albreht, 2014) in raziskave Dela (Delič in Ferlič Žgajnar, 2015), da je vse več receptov za antidepresive namenjenih mladostnikom, otrokom in celo dojenčkom do enega leta starosti!

Zakaj so pogovorne terapije, med njimi svetovanje in psihoterapija, še vedno stigmatizirane, tako da si večina ljudi z depresivnimi težavami raje pomaga z zdravili? Jana Krivec in Jana Suklan (2015) sta v okviru Fakultete za uporabne družbene študije na reprezentativnem slovenskem vzorcu 913 anketirancev (ki jo toplo priporočam v branje, saj podobne raziskave pri nas še ni bilo) potrdili, da je v Sloveniji stigma še vedno zelo prisotna in predstavlja največjo oviro za nizko stopnjo posluževanja storitev pogovorne terapije:

- 49,8 % anketirancev je menilo, da so psihoterapevtske storitve danes v Sloveniji dovolj dostopne ljudem in 51 % jih je poznalo koga, ki je že koristil psihoterapevtsko pomoč;
- čeprav jih je kar 94,8 % razmišljalo, da bi rabili psihoterapevtsko pomoč oziroma svetovanje, jih je le 19,4 % že kdaj koristilo in od teh jih je 78,9 % ocenilo, da jim je to pomagalo. Osip ljudi od namere po uporabi psihosocialne pomoči do dejanskega koriščenja terapevtskih storitev kaže občuten razkorak. Izmed 697 anketirancev, ki so povedali, da so večkrat ali nekajkrat razmišljali o koriščenju psihoterapevtske pomoči, se je le 3 % vprašanih dejansko odločilo;
- 59,9 % anketirancev je izrazilo mnenje, da ljudje v Sloveniji ne koristijo psihoterapevtske pomoči bolj pogosto zaradi strahu, kaj bodo mislili drugi, 15,6% pa jih je bilo mnenja, da je taka pomoč premalo dostopna;
- podatki po starosti, ki ne kažejo razlik v uporabi psihoterapevtskih storitev, se razlikujejo z dosedanjimi raziskavami. Raziskava Ipsos MORI-ja (v Krivec in Suklan, 2015: 35) je pokazala, da so najbolj pogosti uporabniki teh storitev osebe med 35 in 44 letom starosti. Glede starosti so zanimive tudi ugotovitve raziskave Rejca v brezplačni ambulanti za študente (Rejec v Krivec in Suklan, 2015: 35), ki kažejo, da se predsodki do psihiatrov in psihoterapije pri mlajši generaciji vse bolj izgubljajo, kar naj bi bila posledica dejstva, da ima vse več mladih s psihoterapevti neposredne izkušnje;
- glede spola se je pokazalo, da je še vedno prisotna stereotipna tradicionalna moška vloga, ki predvideva, da moški ne potrebujejo pomoči za svoje duševno zdravje. Zato ne preseneča, da niso izrazili potrebe po večji razpoložljivosti in dostopnosti psihoterapevtskih storitev. Na drugi strani rezultati kažejo, da so moški v večji meri razmišljali o koriščenju psihološke pomoči kot ženske, dejansko

pa je pomoč poiskalo le majhen procent moških (okrog 9,5 %). Očitno se moški soočajo z duševnimi težavami, o njih razmišljajo in bi jih radi rešili, vendar naj bi jih glede na tradicionalno spolno vlogo znali rešiti sami, brez tuje pomoči. Ta pričakovanja sčasoma ponotranjijo v svoja osebna doživljanja in mnenja. Ker je marsikdaj osebne psihološke konflikte težko razrešiti sam in je iskanje pomoči stigmatizirano, se od konfliktov, kolikor se da, vsaj začasno distancirajo, ter preusmerijo pozornost na druge stvari, s katerimi kompenzirajo psihološke težave.

Pomembna ugotovitev raziskave je tudi povezana z vprašanjem, kje naj bi slovenski državljani prišli do psihoterapevtske in svetovalne pomoči – v zdravstvu ali predvsem zunaj njega. 57,4% anketirancev je menilo, da lahko usposobljeni psihoterapevti in svetovalci svoje storitve nudijo tudi izven zdravstvenih organizacij, saj ne gre le za zdravstveni problem. Večinoma (60,5%) so anketiranci psihoterapijo uvrstili med splošne družbene storitve, čeprav 40,5 % vprašanih še vedno meni, da gre tu zgolj za zdravstveno storitev.

V Sloveniji je zadnje čase glede organizacije psihoterapevtske in svetovalne pomoči veliko debat med kliničnimi psihologi in psihiatri, ki so zaposleni v zdravstvu, na eni strani, in psihoterapevti in svetovalci, ki delujemo zunaj zdravstvenega sistema, na drugi strani. Prvi se zavzemajo za normativno ureditev psihoterapije samo znotraj zdravstva, drugi vidimo potrebo po pravni ureditvi, ki bi omogočala izvajanje psihoterapevtske dejavnosti (podobno kot psihološke dejavnosti) tudi zunaj zdravstva, predvsem v socialnem varstvu, šolstvu in gospodarstvu. K taki rešitvi nagibamo tudi na podlagi stanja v drugih evropskih deželah, kjer je večina psihoterapevtskih in svetovalnih storitev ljudem dostopna zunaj zdravstva.

Kljub temu, da slovenski zdravstveni sistem, na katerega se ljudje z depresivnimi težavami najpogosteje obračajo, s svojimi kapacitetami niti približno ne more ponuditi dovolj možnosti za pogovorne terapije, zdravniki, klinični psihologi in psihiatri, ki so zaposleni v javnem zdravstvu, poudarjajo, da je to edina prava pot. Kljub temu da so slabosti te poti vpijoče v nebo, sem presenečen, kako malo se o tem govori in še manj napravi za njeno izboljšanje in odpiranje novih poti. Poglejmo si, kaj so te slabosti.

Na podlagi vsega, kar sem do zdaj v članku napisal, se mi zdi več kot utemeljeno vprašanje, kako je splošni oziroma družinski zdravnik v okviru svoje stroke opremljen za izjemno zahtevno nalogo diagnosticiranja ljudi z depresivnimi in tesnobnimi težavami? Ne dvomim v to, da delajo korektno v skladu s smernicami splošne oziroma družinske medicine, a te so narejene v okviru bolezenskega modela, kar vodi v pretirano medicalizacijo depresivnih težav ljudi. To je jasno vidno tudi iz Priročnika za prepoznavanje in obravnavo depresije in samomorilnosti *pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika*, ki ga je izdal Nacionalni inštitut za javno zdravje (Konec Juričič, Roškar in Jenko Roth, 2016). Med drugim priporoča uporabo presejalnih orodij, kot je *Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 (PHQ-9)*, ki temelji na kriterijih DSM-IV za veliko depresivno motnjo. To pomeni, da veliko ljudi prelahko in prehitro dobi diagnozo, velikokrat tudi zato, ker so zdravniki sočutni in s pomočjo diagnoz ščitijo trpeče, kot sem opisal zgoraj.

Druga slabost je povezana z nudenjem pogovorov, kot sem že opisal zgoraj. Ker so čakalnice polne in normativi za pogovore preozki, si splošni oziroma družinski zdravnik ne more vzeti dovolj časa za posamezen svetovalni pogovor in za to, da bi ponudil do-

volj dolgo serijo pogovorov. Ker pa začuti stiske ljudi, želi dati vsaj nekaj in to so zdravila. Poleg tega je pri evidentiranju storitev veliko lažje ovrednotiti recepte kot pogo-vore, kar zdravnike tudi spodbuja bolj v smer predpisovanja zdravil kot pa svetovanja.

Tretja slabost je povezana s triažo. Splošni oziroma družinski zdravniki sami se pritožujejo, da nimajo pacienta, pri katerem ocenijo, da bi bila indicirana psihoterapija, kam poslati. Uradno seveda obstaja možnost napotitve h kliničnim psihologom ali psihiatrom, ki zaenkrat edini lahko izvajajo psihoterapevtske storitve, ki jih pokrije obvezno zdravstveno zavarovanje, a ta je dejansko zelo omejena. Prvič zato, ker je vse manj kliničnih psihologov in psihiatrov, ki so ustrezno usposobljeni za psihoterapijo in drugič, ker jih je premalo. Zato so čakalne dobe vse daljše. To stanje odraža tudi neregularnost psihoterapije kot samostojnega poklica (Možina in Bohak, 2008).

Kliničnih psihologov v Sloveniji je že glede na obstoječe normative za polovico pre-malo, kaj šele glede na rastoče potrebe po psihološki pomoči. Vlada republike Slovenije je 7. 12. 2016 posredovala odgovor na poslansko vprašanje Nade Brinovšek v zvezi z javno mrežo in financiranjem kliničnih psihologov, kjer je navedeno, da po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na primarnem nivoju deluje 55 speciali-stov klinične psihologije, medtem ko bi jih po obstoječih normativih moralo biti 110. V ozadju te anomalije je seveda denar. Klinična psihologija je zdravstvena specializacija, ki obstaja od leta 1990, traja štiri leta in jo lahko opravlja samo psiholog, ki je zaposlen v kakšnem od zdravstvenih zavodov. Ta mu jo mora tudi plačati in tu se zatika. Zavodi štedijo in psihologov ne pošiljajo na specializacijo in čeprav psihologi niso usposo-bljeni za delo z ljudmi z duševnimi motnjami, to proti predpisom vseeno počnejo. Mi-nistrstvo za zdravje, ki je zadolženo za nadzor, zato meni, »da je ureditev financiranja in odobravanja specializacij, kot jo določa Zakon o zdravstveni dejavnosti, potrebna prenove, kajti število specialistov klinične psihologije ne more biti v rokah posameznih zdravstvenih zavodov, temveč mora država skrbeti za in načrtovati kadrovsko politiko.« (Vlada Republike Slovenije, 2016)

V tako deficitnem in pomanjkljivem sistemu zdravstvenega varstva za ljudi z depre-sivnimi in tesnobnimi težavami je jasno, da se jih veliko obrača po pomoč zunaj nje-ga, k raznim svetovalcem, psihoterapevtom in alternativcem, kjer pa si morajo plačati sami. Taka ureditev torej spodbuja družbeno neenakost. Dobro pa se je spomniti tudi na Patelove (2017) ugotovitve, ki sem jih navedel zgoraj, da ima velika večina ljudi, ki izpolnjuje binarne diagnostične kriterije za depresijo, blage do zmerne simptome, za katere večinoma klinične intervencije (farmakoterapija in psihoterapija) niso potrebne. Ključna prednost njegovega stopenjskega modela (glej tabelo 1) je poudarek na preven-tivi in zgodnjem odkrivanju prav teh blago do zmerno depresirajočih, ki jih je označil s pojmom »distresirajoči« in ki ne potrebujejo medicinske diagnoze in medikalizacije, ampak je zanje dovolj samopomoč in psihosocialna podpora nizke intenzitete (pomoč preko medrežja, laična pomoč in psihosocialno svetovanje).

Če bi upoštevali njegov model, iskanje sistemskih rešitev v Sloveniji ne bi smelo biti usmerjeno samo v večanje kapacitet zdravstvenega sistema (na primer v povečanje števila kliničnih psihologov in v integracijo psihosocialnega svetovanja in psihoterapije kot samostojnih poklicev v sistem zdravstvenega varstva), ampak tudi v odpiranje novih poti odkrivanja ljudi v »distresu«, predno se razvijejo depresivni simptomi hujše intenzitete in daljšega trajanja. Patel (prav tam) predlaga usposabljanje laikov in različ-

nih strokovnjakov za nemedicinske preventivne preglede, pri čemer ne izključuje tudi uporabe vprašalnikov, kot je na primer že omenjeni *Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 (PHQ-9)*, vendar ne zato, da bi postavljali medicinsko diagnozo. Nove poti, ki bi temeljile na taki preventivni logiki, bi lahko odkrivali na različnih področjih, na primer v sistemu socialnega varstva, šolstva in gospodarstva. Dolgoročno korist bi bila tudi razbremenitev zdravstvenega sistema.

## Intervencije na ravni posameznika in družbe

Eno najbolj zahtevnih vprašanj je, kje je prag, ko je indicirano zdravljenje depresije, predvsem v primeru blagih in zmernih oblik. Če se zavedamo ozadja diagnostične in obravnavne zmede, je to tudi etično vprašanje. Kheriaty meni takole: »Da bi odgovorili na vprašanje, ali je blago depresivno stanje treba zdraviti, nam bo v pomoč ocena, ali in koliko znaki ovirajo človekova vsakdanja opravila. Če pomanjkanje moči ali slaba zbranost postaneta tako izrazita, da ne more več delati, hoditi v šolo ali opravljati vsakodnevne dejavnosti, je čas, da poiščemo strokovno pomoč.« (Kheriaty, 2016: 54)

Če vzamemo za kriterij za začetek zdravljenja »ovirano izpolnjevanje vsakdanjih opravil«, se nam takoj odprejo številna vprašanja in nejasnosti. Spomnim se, kako sem na kongresu v Beogradu leta 1983 poslušal antipsihiatra Davida Cooperja, ko je kritično ošvrknil šole in se mi je zdelo, da pretirava, pa žal ni, kakor nam kaže današnje stanje, ki je še bolj zaskrbljujoče kot tisto pred skoraj 35 leti: »Šolanje otrok, kakršno je danes, je ljudem vsiljeno kot njihova potreba – vendar pa bi potrebovali nekaj popolnoma drugega. Današnji sistem šolanja usmerjen je na to, da kastrira otroške možgane, da jih blokira, ko so najbolj aktivni in najbolj odprti.« (Cooper v Miles, 1983: 37)

Dovolj si je pogledati dokumentarni film *Abeceda* (Alphabet, Wagenhofer, 2013), da se nam potrdijo črnoglede Cooperjeve besede, saj zvmemo o natančnih študijah, ki kažejo, da se 98 % otrok rodi visoko nadarjenih, po šolanju pa je takšnih le še 2%. Lahko samo primemo za glavo, kam smo v naših šolah na začetku novega tisočletja prijadrali. Očitno je, kot pravi Wagenhofer v komentarju svojega filma, šolstvu takemu, kot je (prav tako kot mnogim družbenim podsistemom – zdravstvu, gospodarstvu, prometu idr.), potekel rok uporabe: »Čeprav je naš zahodni sistem tako imenovane moderne, napredne družbe prišel do mrtve točke, nam ga skušajo prodati kot idealno formulo, za katero ni alternative. Za edino rešitev razglašati nekaj, čemur je že davno potekel rok uporabe, pa ni niti pošteno niti odgovorno. Kot nas uči zgodovina, novo namreč ni le nadaljevanje starega. [...] Ko snemaš film o izobraževanju, lahko snemaš vse, razen šol. Šole so Ahilova peta vsake družbe, zato na tem področju ni nobenega napredka. V resnici ne gre za izobraževanje ali otroke in njihovo prihodnost, gre za oblast in ideologijo. V Evropi nastalega zahodnega sistema ne moremo več imenovati izobraževalni sistem. Sprevrigel se je v nič več kot dresuro. Ta sistem zanima eno samo vprašanje: Ali ustvarja posameznike, ki bodo konkurenčni na trgu delovne sile? [...] Živimo v svetu, v katerem se vse ocenjuje. Ta tekmovalnost, ki se začne v šoli, nas na dolgi rok uničuje. Banke in podjetja lahko primerjaš z drugimi bankami in podjetji. Pri državah gre težje, pri ljudeh – še posebno otrocih – pa je sploh nemogoče.« (Wagenhofer, 2013)

V psihoterapevtski ambulanti naše fakultete za psihoterapijo je vse več otrok in njihovih staršev, ki depresirajo v povezavi s šolskimi problemi. Psihoterapevti pa se vse bolj sprašujemo, ali je problem njihovo depresiranje, ali pa je problem šola in je depre-

siranje zdrav odziv na šolski sistem, katerega kolesje se je zataknilo. Sam sem pomagal že nekaj otrokom in mladostnikom, da so nehali obiskovati pouk in uspešno opravljajo izpite po pedagoški pogodbi. To seveda deluje tam, kjer se starši angažirajo in težav ne pripisujejo otroku ali sebi (svoji vzgoji), ampak vidijo v neobiskovanju šole priložnost za otroka in tudi zase. Tak je tudi primer v filmu *Abeceda*, kjer sta se starša zavestno odločila, da bosta otroka učila sama. Rezultat je bil ganljivo sporočilen, tako da ob gledanju nisem mogel zadržati solz. To ni le zgodba o uspehu, oziroma je uspeh stranski produkt. V ospredje pa izstopi drugačna kvaliteta bivanja, otrokova svoboda v procesu učenja ob tankočutno uglašnem in spoštljivem spremljanju odraslih.

Podobno se mi je milo storilo ob prikazu finskega šolskega sistema v dokumentarcu Michaela Moora *Koga napasti zdaj* (Where to invade next, 2015). Če lahko Finci, zakaj ne bi tudi mi ukinili ocene, zmanjševali nezdravo tekmovalnost, dali otrokom čas, da živijo, nehali z dresuro, poneumljanjem in zatiranjem njihovih naravno danih možganskih sposobnosti. Psihoterapevti moramo paziti, da se ne ujamemo v past pripisovanja problema posameznemu otroku in njegovim staršem, pa tudi učiteljem. Pogovarjam se s številnimi kvalitetnimi učitelji, ki prepoznavajo iztirjanje šolskega sistema. Ne smemo obračunavati med seboj, kdo je kriv. Če starši iščejo napake pri učiteljih in obratno, to samo še povečuje stres vseh udeležениh, vključno z otroki. Morda je prav depresiranje (in anksioziranje) otrok, staršev in učiteljev priložnost. Naj se še razširi, da se bo šolski sistem preprosto ustavil. Da ga bomo lahko na drugačnih predpostavkah potem zagnali znova.

Podobno bi lahko rekel za odrasle, ki se lomijo v službah. Zelo zgovorni primeri so tisti in tiste, ki prihajajo v našo ambulanto iz multinacionalk. Pokažejo se kot odgovorni in tankočutni, zato so še bolj dovzetni za depresiranje. Dokler depresiramo, je še upanje, jim pravim. Na naši fakulteti je tudi precej takih študentov in študent, ki se jim je uprlo delo na ekonomskem področju, enostavno niso več prenesli grobosti neoliberalističnih časov in si v naših študijskih klopeh utirajo pot v nov poklic. To me spodbuja k razmišljanju, da pomoč ne bi smela biti usmerjena samo na posameznike, ampak tudi na celotno skupnost depresirajočih in njihovih bližnjih s smislu normalizacije. Addis in Mahalik (v Krivec in Suklan, 2015) sta ugotovila, da kakršnakoli strategija, ki spodbuja predstavo problemov kot o nečem normalnem, omogoča lažji pristop k iskanju pomoči. Če ljudje vidijo svoj problem kot nekaj normalnega, nič posebnega bodo prej poiskali pomoč za njegovo razrešitev, saj je ne smatrajo za tako ogrožajočo kot sicer.

Upam, da bo kmalu dozorel čas, ko se bomo depresirajoči, njihovi bližnji in pomagajoči vseh dežel, tako laiki kot strokovnjaki, povezali in šli na cesto s ponosno dvignjeno glavo in transparenti, na katerih bo pisalo, da je depresija normalen odziv na toksično družbo. Podobno kot si gayi in lezbijke dvigajo ponos s svojimi paradami, bi bilo pomembno, da bi si ga tudi depresirajoči. Si lahko predstavljamo, kako bi bilo, če bi se dogovorili za en dan, ko bi več kot 300 milijonov depresirajočih, kot pravijo podatki SZO, po celem svetu šlo na ceste? (glej sliko 6)



Slika 6: Matthew Johnston (2005) je v svoji slikanici s pomočjo simbolike črnega psa na pristrčen način narisal skupnost depresirajočih. Med drugim mi pade v oči, da so kljub različnim intenzitetam depresiranja, kar je ponazoril z različnimi velikostmi črnih psov, vsi ljudje v prijateljskem odnosu z njimi. Če bi torej organizirali svetovno parado ponosa depresirajočih, bi se na cestah ne znašlo le več kot 300 milijonov ljudi, ampak še prav toliko črnih psov.

Kako da se ne upremo? Kako da danes bolezenski model, kljub očitnim pomanjkljivostim, vse bolj sprejema večina zaposlenih v zdravstvu, njihovi pacienti (s svojci) in celo javnost brez glasnih kritik, protestov in upora?

Ko sem se podal na pot zdravniškega poklica, je bilo, kar se upiranja nezdravim in krivičnim družbenim razmeram tiče, precej drugače kot danes. Tik preden sem se leta 1976 vpisal v študij medicine, sem si ogledal film *Let nad kukavičjim gnezdrom* (1975), ki je postal kulturni film moje generacije. Čeprav smo razumeli namero režiserja Miloša Formana, da je izkoristil prikaz represivnega dogajanja na psihiatričnem oddelku za kritiko družbene represije nasploh, saj je kot Čeh neposredno prišel v stik z ruskim totalitarizmom in teptanjem češke suverenosti, sem bil vseeno del širokega kroga pretresenih in ogorčenih nad pomanjkljivostmi psihiatrije tistega časa: nezanesljivimi diagnozami, etiketiranjem družbeno nesprijemljivega vedenja z diagnozami psihiatričnih motenj, izločanjem pacientov iz skupnosti, pretirano rabo zdravil, lobotomijo. Zagreto smo debatirali o represivnosti psihiatrije, institucij in vzhodnih komunističnih režimov ter se spodbujali k uporu. Razlogov za upor danes ni nič manj kot takrat. Čeprav smo se znebili totalitarizmov 20. stoletja, smo danes pristali v totalni družbi, ki se polašča vseh por našega življenja.

## Depresija in družbena neenakost

SZO nas opozarja, da so moderne družbe kljub svojemu preobilju socialne polomije in da posameznikovemu duševnemu zdravju bolj škodijo kot koristijo: »Danes je jasno, da je neobrzdana gonja za ekonomsko rastjo za okolje uničujoča. Hkrati postaja vedno bolj razvidno, da trenutne ekonomske in finančne strategije rasti razkrajajo družinske odnose in skupnosti: *ekonomska rast gre na račun socialne recesije*. To pomeni, da je

osrednje vprašanje glede duševnega zdravja, kako zaščititi in ponovno obuditi priložnosti za skupnosti, da bodo (p)ostale povezane.« (Friedli, 2009: IV)

Razpadanje duha skupnosti in vzpon pretiranega individualizma (Možina, 2014) sta v veliki meri posledici sodobnih ekonomskih modelov. Britanska socialna epidemiologinja Richard Wilkinson in Kate Pickett nosita velike zasluge, da imamo danes na voljo zanesljive, statistično podkrepjene ugotovitve, da se bližamo koncu tistega, kar za nas lahko stori gospodarska rast: »Ne le, da meritve kažejo, kako blaginja in srečnost z gospodarsko rastjo ne raste več, ampak se v vedno bogatejših deželah preobilja dolgočasno krepijo anksioznost, depresivnost in številni drugi družbeni problemi. Prebivalci bogatih dežel smo prispeli na konec dolgega zgodovinskega popotovanja.« (Wilkinson in Pickett, 2012: 6)

Z izjemno epidemiološko spretnostjo in zavzetostjo sta pokazala na velik pomen družbene (ne)enakosti, kako odločilno in daljnosežno vpliva na skoraj vse kriterije ocenjevanja zdravja, tudi na duševno zdravje in posledično duševne motnje. V državi ali mestu z visoko dohodkovno neenakostjo upada kvaliteta družbenih odnosov: več je duševnih motenj, mladoletnih nosečnosti, večja je smrtnost otrok, več je družinskega in uličnega nasilja, kriminala, zlorabe drog in uporabe zdravil, slabše je fizično zdravje in nižji izobrazbeni dosežki, bolj se zmanjšuje družbena mobilnost, manj je zaupanja (socialnega kapitala), več strahu in zmanjšuje se občutek varnosti, manj je sodelovanja v življenju skupnosti in ljudje so bolj nesrečni. V bogatih državah, kakršna je Zahodna Evropa, zdravje populacije ni več odvisno rasti zdravstvene nege (števila bolnišnic in zdravnikov), ampak od narave družbenih in ekonomskih odnosov. Boljši kot so odnosi v družbi, več je zdravja. Pretirana neenakost zdravju bolj škodi kot nekateri drugi dejavniki, vendar pri tem ne gre le za enostavno vprašanje razlik med družbenimi sloji, ampak tudi za razlike med skupinami, ki bi po pričakovanjih morale biti enake. Negativni učinki neenakosti so statistično pomembni v vseh skupinah prebivalstva.

Verhaeghe (2016: 208-212) na podlagi ugotovitev Wilkinsona in Pickettove poudarja, da ni dohodkovna neenakost sama po sebi tista, ki povzroča negativne posledice, ampak z njo povezani stresni dejavniki: povečano tveganje za anksioznost, travmatično otroštvo, nižji socialni status, nižja stopnja samostojnosti pri delu oziroma pomanjkanje nadzora nad lastnim delom. Nizek občutek nadzora je povezan s slabimi odnosi s sodelavci in z večjo stopnjo jeze in sovražnosti. Vse to vpliva na zdravje in celo na trajanje življenja. Preveč neenakosti vodi v izgubo spoštovanja, vključno z izgubo samospoštovanja, kar je najhujše, kar se lahko zgodi posamezniku.

### **Neoliberalistična zgodba o uspehu, prisilni sreči, potrošništvu in depresivni hedoniji**

Verhaeghe na ugotovitve o vplivu neenakosti poveže s svojo analizo neoliberalizma in njegovega vpliva na identiteto posameznika in na družbo. Znano je namreč, da neoliberalizem večja neenakost, hkrati pa širi utopično predstavo, da je »vsak svoje sreče kovač«, da vsak lahko uspe. Kdor pa ne uspe, lahko pa to pripiše le sebi, nikakor pa ne družbeni patologiji neoliberalizma. »Današnje zdravo normo predstavlja uspeh, ki mora biti finančen in materialno otipljiv. [...] Zahteva določene lastnosti: fleksibilnost, hitrost, učinkovitost, ciljno usmerjenost in prepričljivost v smislu sposobnosti prodajanja samega sebe. Skromnost, ki je bila včasih vrlina, je danes odklon [...] Če je uspeh kriterij normalne identitete, je neuspeh simptom motnje.« (Verhaeghe, 2016: 212)

Podobno opozarja Ihan (2012), da mora sodobni človek pod taktirko diktatov globalizirane, totalne družbe na delovnem mestu, kjer se stopnjuje količina dela, hitrost dejavnosti, pogojevanje dela in preživetja s sprejetjem nenaravnih delovnih ritmov galopirati kot gazela. Predvsem pa je absurdno, kaj se dogaja glede zahtevane oziroma pričakovane delovne angažiranosti: v službah naj bi se izčrpavali preko meja, ki jih zmoreta človekov duh in telo, z navdušenjem! Tako se postavljajo za zgled ljudje, ki delajo več stvari hkrati, namesto da bi prepoznali njihov rizični življenjski slog, ki vodi v preobremenjevanje in izgorevanje. In na drugi strani, tudi takrat, ko nismo na delu, se znajdemo pod številnimi diktati v vlogi potrošnikov.

Pri »poražencih« v dirki za uspeh prevladujeta strah in depresija. Spopadajo se s hudiimi občutki krivde. Trudy Dehue je v svoji študiji o depresivnosti (v Verhaeghe, 2016: 216) ugotovila, da ti ljudje niso pasivni, neodgovorni, ampak da se čutijo odgovorni za svoje neuspehe, tako v zasebnem kot poklicnem življenju. Celó če so izgubili službo iz »strukturnih razlogov«, za to krivijo sebe. Podobni trendi se kažejo tudi pri tesnobnih motnjah, zlasti zaradi strahu pred ocenjevanjem in socialne fobije. Gre za strah pred drugimi, ki nastopajo bodisi v vlogi ocenjevalca ali tekmeča. Glavni problem zaposlenih v sodobnem času je vprašanje: »Me sploh kdo potrebuje« In vedno več ljudi si odgovarja, da nihče. To so ljudje, ki tvorijo množico nepomembnih (Sennett v Verheghe, 2016: 187).

Iz norme uspeha je izpeljana druga norma sodobnega časa: »Uživaj!« In to takoj, ker se današnja priložnost ne bo ponovila. Uspeh in užitek morata hoditi z roko v roki, da se danes lahko imamo za normalne. Posledica takega življenjskega scenarija pa je paradokсна – »depresivna hedonija« (Fisher v Verhaeghe, 2016: 218). V dirki za uspehom in užitkom smo zgradili avtoceste, ki pa vse bolj peljejo v depresijo.

Francoski pisatelj in filozof Pascal Bruckner (2004) govori o istem pojavu, vendar uporabi izraz »prisilna sreča«, s katerim poimenuje sodobno ideologijo, ki nas obvezuje, da vse vrednotimo iz zornega kota užitka oziroma izogibanja neugodju, trpljenju. Paradoks, na katerega opozori, je, da so se gesla »Vse takoj«, »Smrt dolgčasu«, »Živimo brez mrtvega časa in uživajmo brez omejitev« pojavila v šestdesetih letih prejšnjega stoletja kot kritika potrošniške družbe, prišla pa so se ravno na trgovskem področju. Uporniki leta 1968 so mislili, da bodo porušili ustaljeni red, dosegli pa so širjenje univerzalne trgovine: »Namen je bil osvoboditeljski, rezultat reklamni: manj smo osvobodili libido kot pa našo željo po neomejenih nakupih, našo sposobnost, da se brez omejitev dokopljemo do vseh dobrin [...] Absurdno je kritizirati potrošništvo, to je razkošje razvajenih otrok. Potrošništvo je privlačno, ker ponuja preprost, neizčrpen ideal, dostopen vsem oziroma vsem, ki so sposobni plačati. Ne zahteva druge formalnosti kot željo in plačilo. Pitajo nas, pojijo kot dojenčka, ki ga hranijo po žlički.« (Bruckner, 2004: 62-63)

Bruckner pravi, da smo se podali na »križev pot vznesenosti«. Sodobna sreča je strašljiva in neizprosna, je zahrbtnen blagoslov, ker ni nikoli nekaj zanesljivega. Zanj se moramo mučiti, dati vse od sebe. Ko jo izbranci dosežejo, pa jo lahko vsak hip izgubijo. Tisk nas neprestano spodbuja, da so lepota, dobra forma in užitek dostopni vsem, če smo seveda zanje pripravljene plačati ceno stalnega samoizpopolnjevanja, ki pa se vedno znova izkaže kot jalovo: »Po drugi strani pa nam tisk sporoča, da bodo tisti, ki stvari zanemarjajo, sami odgovorni za svoje staranje, svojo grdoto, svoje pomanjkanje užitkov. Demokratična plat: nihče ni več obsojen na svoje telesne pomanjkljivosti, nara-

va ni več nekaj usojenega. Kaznovalna plat: nikar ne mislite, da niste ničesar dolžni, šlo bi vam lahko bolje, že najmanjše popuščanje pa vas bo pahnilo v pekel pomehkuženih, ljudi brez energije, frigidnih. Ta tako imenovani lahkotni tisk je v resnici strašansko neizprosno [...] Računa s povsem naravnimi strahovi: pred staranjem, gršanjem, vedno večjo debelostjo, in jih pomiri samo zato, da jih bolje zbudi.« (Bruckner, 2004: 76-77)

Zaradi ekonomsko-potrošniških (samo)prisil zavestno in nezavedno izpolnjujemo številne diktate, ki našim telesom škodijo. Količina posegov, prisilnih mehanizmov in diktatov (na primer diktat oblačil, prehrane, zabave, šolanja, socialne varnosti, vzgoje otrok, zdravja...), uperjenih v življenje sodobnega globalnega potrošnika, je še bolj totalna, kot je bilo nekoč totalitarno poseganje politične oblasti v naša življenja (Ihan, 2012: 197). »Danes mora posameznik celo lastno telo nenehno opazovati glede njegove primernosti (glede vonja, las, kosmatosti, oblike pasu, maščobnih blazin, obraznih gub) in ga nenehno predelovati po vzorih, ki se menjujejo enako hitro kot oblačilna moda.« (Ihan, 2012: 198)

Ker je edino obzorje naših demokracij postala sreča, ki je povezana z delom, voljo in prizadevanjem, nujno zbuja tesnobo. Za naš hedonizem sta značilna smola in neuspeh: »Naj smo še tako dobri učenci, naše telo nas še naprej izdaja, starost nas še naprej zaznamuje, bolezen nas še naprej nepričakovano prizadeva, užitki pa nas še vedno enkrat preplavljajo in nam drugič uidejo v skladu z ritmom, ki nima ničesar opraviti z našo čuječnostjo niti z našo odločnostjo. Nismo niti gospodarji niti lastniki naših srečnih trenutkov, ki vztrajno ne pridejo na zmenke, ki jim jih določamo, in se pojavijo, ko jih ne pričakujemo. In odločenost, da bomo izgnali in razkužili vse, kar je v telesu in duhu šibkega, drobljivega, žalost, duševno bolečino, občasno praznino, trči ob našo končnost, ob to inertnost človeške vrste, ki se ne pusti oblikovati kot kak material.« (Bruckner, 2004: 78)

Del inertnosti človeške vrste sta dva nasprotujoča si vzorca vedenja, ki sta se evoliucijsko vgradila v naše gene in ki jih je Frans de Waal (2001) temeljito raziskal pri naših prednikih, primatih: eden je sebičen, drugi altruističen. Ugotovil je, da okolje določa, katero bo prevladalo. Žal sodobni gospodarski sistemi bezajo iz nas sebičnost. V drugi polovici dvajsetega stoletja smo postopno razgradili avtoriteto v upanju po večji svobodi, bolj avtentičnih ljubezenskih odnosih, demokraciji in solidarnosti. Namesto tega je prišlo do razraščanja birokracije z eksponentno rastjo zakonov, predpisov in pravilnikov, ki naj bi nadomestili izpraznjeno mesto avtoritete. Namesto svobode smo dobili ocenjevanje in nadzor na vsakem koraku, kot sta napovedala Huxley v *Krasnem novem svetu* in Orwell v 1984. Avtoriteto spoštujemo samo, če služi našim interesom, če pa bi se morali omejiti, jo sebično rušimo (tako kot se kaže tudi v hrvaških odzivih na razsodbo o piranskem zalivu). Prezrli smo, da je avtoriteta nujna za občutek varnosti. Ob rastoči neenakosti ugaša altruizem. Sodobne družbe obilja ob rastoči neenakosti ustvarjajo serijo paradoksov, ki se kot Ikarov let stopnjujejo do absurda s trdim pristankom: v našem dviganju k soncu, uspehu, užitku in sreči, se nam topi vosek na naših krilih, tako da pristajamo na skalah depresije, samomorilnosti, tesnobe, sramu, krivde in osamljenosti.

Zato: Dober dan, depresija! Dobrodošla! Ti si morda naša zadnja priložnost, zato bodi naša učiteljica in vodnica. Dozorel je čas za upor neoliberalizmu in za korenite družbene spremembe.

Za navdih in spodbudo bom svoj esej zaključil s primerom skupnostne prakse iz Finske, kjer so uspeli povezati psihiatrijo, psihoterapijo in socialno delo v okviru biopsihosocialnega modela oziroma pristopa v obravnavi ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami.

## **Odperti dialog: primer razvijanja biopsihosocialnega pristopa**

Psihiatrija in psihoterapija lahko v sodobnih družbah prispevata k širjenju neoliberalnega požara, ki pušča za sabo socialno pogorišče, če pomagata umeščati patologijo v posameznika, namesto da bi s prstom pokazali na družbeno norost. Na pogorišču neoliberalnih ekonomskih politik ostajajo ogromne količine odpadkov. Nikoli v zgodovini človeštva nismo ustvarjali toliko smeti. Končni domet potrošništva je svet, spremenjen v smetišče. Tudi vse večje število ljudi predstavlja odpadke. To so rastoče množice bolnih, motenih, deviantnih, neuspešnih, odstavljenih, neuporabnih in nevarnih. Ker se dominantna neoliberalna miselnost noče ukvarjati z vzroki, ampak s posledicami, prihaja do velike ironije, da smeti in »človeški odpadke« postajajo nov, dobičkonosen trg. Tako sta se psihiatrija in psihoterapija znašli pred skušnjava, da zavihata rokave in se priključita temu poslu, ki samo še rase. Že dolgo je pregovorno znano, da imajo zdravniki največ dela v času vojn in kriz. Nikoli niso bili terapevti vseh vrst bolj iskani kot danes. Bližamo se družbi, ki bo sestavljena samo še iz dveh vrst ljudi: polovica bo terapevtov, polovica pa bolnikov (Verhaeghe, 2016: 226).

Vendar pa imata psihiatrija in psihoterapija v svoji zgodovini dovolj teoretičnih in praktičnih zgledov, da lahko delujeta tudi v obratni smeri, kot se vrtilni kazalec neoliberalizma. Lep zgled za to je inovativni pristop pri delu s psihiatričnimi pacienti z imenom »odprti dialog« (Seikkula in Olson, 2003; glej tudi slovenski prevod članka v tej številki Kairosa), ki se je razvil na Laponskem in katerega empirično dokazani učinki so več kot spodbudni. V njegovem okviru vsa psihiatrična krizna stanja obravnavajo z multidisciplinarnimi timi in vključevanjem družin, tako da se večina pogovorov odvije pri pacientu doma. V pogovorih, ki se začnejo takoj ob prvem pojavu psihotičnih prodromov ali krize, tako lahko sodeluje tudi po deset, dvajset in več za pacienta pomembnih ljudi, od strokovnjakov, družinskih članov, sorodnikov do prijateljev in vseh za njegovo blagostanje zainteresiranih. O vseh ključnih vprašanjih se odločajo v dialogu oziroma polilogu. Celo o tem, ali, kdaj in koliko zdravil bo jemal pacient, ne odloča psihiater, ampak odločitve soustvarijo v pogovorih. Za vse zaposlene v psihiatričnih službah so postala usposabljanja iz družinske terapije in psihodinamske individualne terapije zaželena in dobrodošla.

Finskim kolegom (Seikkula, 1994, 2002, 2011; Seikkula, Aaltonen, Alakare, Haarakangas, Keranen in Sutela, 1995; Seikkula, Alakare in Aaltonen, 2001ab; Olson, Seikkula in Ziedonis, 2014) je na zahodnem delu Laponske uspelo to, kar v primerjavi z uspešnostjo obravnave psihiatričnih pacientov v Sloveniji zveni skoraj kot znanstvena fantastika: zmanjšala se je letna incidenca shizofrenije ob nespremenjeni incidenci prodromalnih stanj in shizofreniformnih psihoz, število dolgotrajnih hospitalizacij pacientov z diagnozo shizofrenija je padlo na nullo, medtem ko se je število kratkotrajnih psihotičnih reakcij povečalo. Metoda odprtega dialoga ni le izboljšala psihiatrične oskrbe, ampak je povečala socialni kapital na preučevanih področjih in medsebojno zaupanje med splošno populacijo in psihiatričnimi službami (Aaltonen, Seikkula in Lehtinen, 2011). Razveseljivo je, da se prenaša tudi v več kot deset evropskih dežel (žal med njimi

še ni Slovenije), in da se na Finskem širi tudi v obravnavanje drugih duševnih motenj, na primer hudih oblik depresij.

Ob tem je zanimivo omeniti, da spada Finska (skupaj z drugimi severno evropskimi deželami Švedsko, Norveško in Dansko) v sam vrh dežel z najmanjšo družbeno neenakostjo (Wilkinson in Pickett, 2012: 17), tako da morda ni naključje, da se v teh deželah lažje odločajo za biopsihosocialni pristop. Nedavno so na primer na Norveškem začeli s projektom stacionarnega psihiatričnega zdravljenja brez zdravil (angl. »drug free«). Norveško ministrstvo za zdravje je avtoriziralo ustanovitev oddelka v psihiatrični bolnišnici Tromso za zdravljenje uporabnikov psihiatrije, ki si ne želijo zdravljenja s pomočjo psihotropnih zdravil (Oravec, 2017b).

Ključno sporočilo finske izkušnje je, da se morajo spremeniti socialne mreže, v katere je vključen pacient oziroma identificirani klient in da ima bolezenski model škodljive učinke ravno zato, ker pripiše patologijo posamezniku in s tem zanemarja vpliv družbenega konteksta. Kvaliteta skrbi za ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi težavami je zgovoren pokazatelj demokratičnosti določene družbe. Zato sta psihiatrija in psihoterapija pri pomoči tem ljudem še posebej izpostavljeni, bodisi kot svetel zgled demokratizacije, ali pa kot konservativna praksa z bolezenskim etiketiranjem in nekritičnim poudarjanjem, da s svojimi postopki »zdravi«, dejansko pa prispeva k dušenju družbene raznolikosti. Če vzamemo, da je pragmatično merilo demokratičnosti večanje družbene raznolikosti in vključevanje razlik v vedno bolj široko tapiserijo (Rorty, 2002), potem deluje nedemokratično in s pomočjo vse večje porabe psihofarmakov represivno. Kemična represija, do katere pride, če ob pomanjkljivih psihosocialnih ukrepih postane glavni način pomoči, ima milejši zunanji izgled, kot so jih imeli represivni pristopi pred farmakološko ero (na čelu z zloglasno lobotomijo), vendar je prav zato morda še bolj nevarna (Možina, 2016b; Oravec, 2017a).

Zame je finska izkušnja z odprtim dialogom zanimiva tudi zato, ker kaže, kako je psihoterapija pozitivno doprinesla k spremembi psihiatričnega pristopa in k širšim družbenim spremembam. Kjer je prevladal odprti dialog, so se strokovnjaki, ki so zaposleni v psihiatričnih službah, odrekli bolezenskemu modelu in pristopu na račun biopsihosocialnega. Ta prehod ni bil lahek, ampak je skozi trzavice in odpore zorel veliko let, ker ni šlo le za spremembo metode oziroma tehnike, ampak za epistemološko spremembo vseh vpletenih, za temeljni premik v njihovem načinu spoznavanja in bivanja. Seikkula (2011) poudarja, da je razvijanje odprtega dialoga po eni strani preprosto, saj to ni le psihoterapevtski pristop, ampak je življenje samo stalen dialog. Po drugi strani pa je zahtevno, ker je življenje zapleteno in težko. Dialogu ne moremo uiti, saj je prisoten v dihanju, pri delu, ljubljenju, ukvarjanju s konjički, vožnji z avtom... Dialog je življenje, kakor ga je razumel že Bakhtin, ki je bil finskim kolegom s svojimi idejami pomemben navdihovalec pri razvijanju odprtega dialoga:

»[...] avtentično človeško življenje je odprti dialog brez konca. Življenje je po svoji naravi dialoško. Živeti pomeni sodelovati v dialogu: spraševati, biti pozoren, odgovarjati, se strinjati itn. V dialogu oseba sodeluje vse in celo življenje: z očmi, ustnicami, rokami, dušo, duhom, s celim telesom in dejanji. Celotno osebnost investira v diskurz in ta diskurz vstopa v dialoško tkivo človekovega življenja, v svetovni simpozij.« (Bakhtin v Seikkula, 2011: 191)

Povežimo se v svetovnem simpoziju tako, da se bodo zaslišali tudi glasovi vseh depresirajočih in depresirajoči glasovi v nas samih!

## Epilog

Tik preden je šel ta uvodnik oziroma ta številka Kairosa v tisk, sem izvedel za pretresljivo novico iz Novega mesta, ki me je presunila še toliko bolj, ker se je povezala z rdečo nitjo mojega razmišljanja – da rastočega števila depresirajočih ne moremo razumeti, če ne ugledamo razraščajoče patologije sodobnih t. i. »razvitih« družb, tudi slovenske. Kljub temu da še ni uradnega poročila policije, do zdaj znani podatki o okoliščinah dogodka nakazujejo, da se je zgodil slovenski Daniel Blake (glej opombo 6) s to razliko, da je Daniela pokopal infarkt, naš Novomeščan pa si je vzel življenje sam.

13. julija 2017 je okrog pol enajste ure dopoldan tik ob starem jedru Novega mesta odjeknila eksplozija. Pred svojo hišo, za katero naj bi bila leta 2014 razpisana tudi javna dražba, je v svojem avtomobilu v svojem naročju aktiviral ročno bombo 59-letni domačin, potem ko se je še pol ure pred tem pogovarjal z nekom, ki je prispel mimo s kombijem. Silovita eksplozija je delce avta raznesla daleč naokoli. Pol ure pred usodnim dogodkom je bila razpisana javna dražba njegovega premičnega premoženja v višini 1500 evrov.

»Bil je zelo prijazen gospod, tukaj mimo je vsak dan hodil po malico,« je dodal eden od sosedov. Tudi gospa, ki skrbi za urejenost muzejskih vrtov, ki so le ulico višje od kraja dogodka, pravi, da je gospoda na videz poznala. »Že 30 let skrbim za te vrtove, jih urejam, pometam, čistim okolico. Tudi pred garažo tega gospoda sem večkrat pometla. Zelo je bil hvaležen, prijazen. Nisem mogla verjeti, ko sem izvedela, za koga gre. Sploh si ne morem misliti, kaj bi lahko bilo.« (Stankovič, 2017)

V luči tega, kar sem pisal v eseju, se sprašujem, kako se bo zgodba nadaljevala. Ali bomo pripisali krivdo nesrečnemu Novomeščanu, zagledali glavni problem v njem in ne v okoliščinah? Bi sodni psihiatrični izvedenec, če bi ga povprašali, podal uradno oceno, da je do dogodka prišlo, ker je bil depresiven, morda ob tem celo motena osebnost, zaradi dogodkov v njegovi daljni in bližnji preteklosti - od otroštva do njegove problematične poklicne dejavnosti (naj bi bil zavarovalniški zastopnik)? Bomo (spet) prezrli družbene okoliščine tega dogodka?

Če pogledamo iz vidika družbene neenakosti, Sloveniji ne gre dobro. In tam, kjer narašča neenakost, se širijo tudi tragedije, kot se je tokrat zgodila v Novem mestu. Ironija tega primera je tudi ta, da se v neposredni bližini hiše umrlega nahajajo prostori Varuha pacientovih pravic in novomeške enote Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

## Opombe

<sup>1</sup> Prvi, pri katerih sem v psihoterapevtskih krogih v Sloveniji zasledil, da uporabljajo glagolnik »depresiranje« in glagol »depresirati«, so bili v devetdesetih letih prejšnjega stoletja kolegi realitetni psihoterapevti, ki so pri tem sledili zgledu svojega utemeljitelja Williama Glasserja (1998). Le ta je v okviru t. i. »teorije izbire« zagovarjal stališče, da je depresiranje namensko vedenje (ne pa nujno tudi zavestno), razen kadar ga povzroča dokazana organska patologija, s katerim človek poskuša potešiti osnovne potrebe in

dlje, ko niso bile potešene, z večjo ihto lahko ponavlja neučinkovito vedenje, s katerim jih želi potešiti. Teorija izbire ugotavlja, da do daljše nepotešenosti temeljnih potreb prihaja zaradi neustrezne ali nikakršne povezanosti z ljudmi. Prepričan je bil tudi, »da je večina biokemičnih sprememb, ki jih znanost odkriva ob neučinkovitem (psihopatoškem) vedenju, opisanem v DSM, predvsem posledica in ne vzrok takega vedenja.« (Lojk in Lojk, 2011: 312)

<sup>2</sup> Psihiatrična diagnostika in klasifikacija je bila vedno kontroverzna tema. Do konca šestdesetih let prejšnjega stoletja je skoraj vsaka država, oz. celo vsaka psihiatrična šola znotraj iste države, uporabljala svoj lastni klasifikacijski sistem. Šele v začetku sedemdesetih let je prišlo v zgodovini psihiatrije do pomembnega premika, da so namreč pod vplivom SZO vse njene članice - z izjemo Francije - uvedle uporabo Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB; angl. ICD = International Classification of Diseases), ki v petem poglavju vključuje tudi sistematiko psihiatričnih motenj. Najprej so uporabljali osmo revizijo (ICD-8) tega diagnostičnega ključa, v začetku osemdesetih let pa v mnogih deželah deveto revizijo (ICD-9), ki ima poleg diagnostičnega ključa še slovar. V njem so bili navedeni kratki opisi bolezenskih slik s kriteriji za izključevanje oz. vključevanje. Na psihiatrično diagnostiko v MKB-8 in MKB-9 so v največji meri vplivali Angleži - celotni koncept, posamezne ideje, formulacije, diagnoze in slovar so angleški in najbolj vplivni sodelavci so bili iz Velike Britanije in/ali so se tam izobraževali. Psihiatrični strokovnjaki iz drugih dežel so MKB-8 in MKB-9 bolj popravljali, kot pa da bi imeli bistven vpliv.

Leta 1980 je, komaj po skupnem desetletju, ameriška psihiatrija izstopila in razvila lasten diagnostični sistem - DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ameriško psihiatrično združenje (APA = American Psychiatric Association) je z velikim uspehom uvedlo novo diagnostično klasifikacijo v rutinsko diagnostiko pacientov, v izobraževanje študentov, v specializacije zdravnikov in v znanstveno delo. Ameriške strokovne revije so zahtevale tudi od strokovnjakov iz tujih dežel, da so uporabljali DSM-III diagnostiko, če so hoteli objavljati v teh revijah. Če pomislimo, da je polovica vseh psihiatrov na svetu Američanov ali da so se tam izobraževali in da je okoli polovica vseh strokovnih psihiatričnih revij ameriških oz. da so napisane v angleščini, potem je uvedba obvezne uporabe DSM-III v ZDA več kot le posebnost ene dežele, ampak zadeva celo svetovno psihiatrijo. DSM-III so tudi zelo hitro prevedli v druge kulturno vodilne jezike (npr. francoščina, španščina, nemščina). Že leta 1987 je sledila modificirana verzija DSM-III-R, v devetdesetih DSM-IV, leta 2000 DSM-IV-TR in leta 2013 DSM-V.

V Evropi, tudi v Sloveniji, se je v devetdesetih letih v glavnem prijel MKB-10, na katerega peto poglavje o duševnih motnjah so najbolj vplivali angleški in skandinavski psihiatri. Ko se je že zdelo, da se bo razkorak med Evropo in ZDA na tem področju še povečal, pa je presenetljivo prišlo do precejšnje uskladitve evropskega MKB sistema glede na DSM sistem tako glede razdelitve duševnih motenj, poimenovanja diagnoz, konceptualizacije posameznih bolezenskih slik. Na ravni detajlov pa obstajajo tudi precejšnje razlike (na primer pri shizofreniji, shizoafektivnih psihozah).

<sup>3</sup> Zanimivo je tudi, če se poigramo z angleškima besedama za bolezen in motnjo – disease in disorder. Predpona dis pomeni negacijo, ease pa pomeni lagodje, order pa red. Torej naj bi šlo za nelagodje (trpljenje) ali nered. Prvi izraz implicira neprijetne občutke, drugi pa, da je zdravje red, depresija pa neka oblika nereda. Iz znanstvenega vidika,

na primer iz vidika sistemskih teorij in teorije kaosa, je to nesmisel, saj je tako zdravje kot depresija oblika reda, gre le za dve različni obliki reda, za dva različna vzorca.

<sup>4</sup> Sestavljavci ameriškega DSM in petega poglavja MKB so opustili tudi nejasni pojem »psihoza«, ampak raje govorijo na splošno o »psihotičnih motnjah«. Čeprav je DSM bolj ateoretičen od MKB, bo pazljivi bralec DSM vseeno našel nekaj mest, kjer jim ni uspelo doseči popolne neodvisnosti od teorij, ampak se pojavlja psihogenetska teorija (na primer konverzivna motnja, psihogeni bolečinski sindrom).

Glavna ameriška kritika je, da MKB premalo temelji na kriterijih. Kriteriji so natančni sezname, kateri posamezni simptomi, značilnosti poteka in drugi pogoji motenj morajo biti prisotni pri pacientu in koliko le-teh mora biti prisotnih med fakultativnimi simptomi, da bi lahko postavili določeno diagnozo. V nasprotju z DSM-V pa MKB-10 še vedno podaja diagnostične kriterije precej bolj nedoločno, tako da ocenjevalec nikoli ne ve, kateri simptomi so za postavitev določene diagnoze nujni ali katere med mnogimi simptomi bi moral izbrati. Zato lahko poteka diagnosticiranje precej bolj svojevoljno in pacienti z zelo heterogeno simptomatiko in potekom lahko dobijo enako diagnozo. Poskusi, da bi v MKB sistemu izostrili kriterije, so se ponesrečili, saj besedilo MKB tega preprosto ne omogoča. Zato se MKB sistema tudi ne da uporabljati za primerjalne študije. Rezultati različnih skupin raziskovalcev in iz različnih dežel se lahko primerjajo, samo če obstajajo natančni vključujoči in izključujoči kriteriji.

<sup>5</sup> »V razvitem svetu je depresija bolezen z največjim bremenom (merjeno v DALY 11). Je ena najpogostejših duševnih motenj, prevalenca v Evropi je ocenjena na 13 % (9 % za moške, 17 % za ženske). Po rezultatih Ankete o zdravju in zdravstvenem varstvu (EHIS) 2007 naj bi kadar koli v življenju imelo depresijo 4,6 % oziroma okoli 71.000 odraslih Slovencev. Delež depresije je pri ženskah skoraj dvakrat večji kot pri moških, narašča s starostjo in je pri osebah z manj kot srednješolsko izobrazbo skoraj dvakrat višji kot pri tistih, ki imajo vsaj slednjo. Podatki o številu obolelih z depresijo so najverjetneje podcenjeni, saj do 50 % depresij nikdar ni diagnosticiranih. Število obiskov zaradi depresije na sekundarni ravni zdravstvenega varstva v zadnjih osmih letih pri obeh spolih narašča, v obdobju 2005–2007 je bilo povprečno 6,5 obiskov na 1000 prebivalcev letno. Starostno standardizirana stopnja bolnišničnih obravnav je bila v povprečju 60,8/100.000. Bolnišnične obravnave so med najdaljšimi, saj so v povprečju trajale 44 dni. Depresija ima velik vpliv na delovno zmožnost posameznika, kar se odraža v številnih in dolgotrajnih bolniških odsotnostih in invalidskih upokojitvah.« (Hočevnar-Grom, 2010: 83)

<sup>6</sup> Februarja letos sem si v Kinodvoru ogledal film režiserja Kena Loacha Jaz, Daniel Blake (Loach, 2016). Loach se podobno kot njegov sopotnik Mike Leigh vedno znova loteva realistične upodobitve usod majhnih ljudi, s katerimi poskuša gledalcu odpirati oči za strupene, krivične razmere v sodobni družbi in prebujati naš otopeli čut za socialno pravičnost. 59-letni (kakšno naključje, da je bil nesrečni Novomeščan enake starosti) Daniel je živel v angleškem Newcastleu. Vse življenje je delal kot tesar, nato pa je resno zbolel na srcu. Po končanem zdravljenju akutnih težav je bila njegova delazmožnost močno okrnjena. Potreben bi bil daljše rehabilitacije, vendar pa se je zapletlo, ko si je zanj poskušal urediti bolniško oziroma socialno podporo. Znašel se je v birokratskem labirintu socialnih institucij, ki v prosilcih za pomoč bolj vidijo prevarante in lenuhe kot pa ljudi v socialnih stiskah. Zato so v svoje postopke vgradile kup varovalk v obliki stal-

nih ocenjevanj in preverjanj, da bi v največji možni meri preprečile, da bi se kdo zlahka in nepreverjeno okoristil s socialno podporo. Daniel je bil srčen človek in poštenjak, ki pa se je kot računalniški analfabet ob izpolnjevanju neskončnega števila obrazcev, čakanju na odziv uradne osebe in nesočutni obravnavi birokratske mašinerije zmedel in izgubil. Hkrati se je počutil globoko ponižan. Vedno bolj je začel depresirati in se umikati vase. Postopno je razprodal svoje premoženje in se predal obupu. Ob pomoči prijateljev pa se je v njem le prebudil uporniški del. Ko je že kazalo, da mu bo ob pomoči odvetnikov uspelo iztožiti pravico, je tik pred odločilno obravnavo obležal mrtev na stranišču. Zaradi prevelikega stresa mu je odpovedalo srce.

Loach je takole komentiral film: »Če pogledamo dovolj pozorno, lahko vidimo, kako premišljeno kruta je država pri zagotavljanju socialne podpore ljudem, ki jo tako obupno potrebujejo, in kako uporabljajo birokracijo – njeno namerno neučinkovitost – kot politično orožje: 'To se ti bo zgodilo, če ne boš delal; če ne boš našel dela, boš trpel.' Jeza, ki smo jo ob tem čutili, je bila motiv za film. [...] Koncept je znan večini izmed nas: gre za frustracijo in črno komedijo, ki prideta na dan ob spopadanju z birokracijo. Ta je tako izrazito nesmiselna, tako očitno zasnovana z namenom, da nas spravi ob živce. Če o tem spregovoriš iskreno in če znaš odnos ljudi na drugi strani mize ali telefona brati med vrsticami, bi se morala pokazati vsa komičnost, krutost in – navsezadnje – tragedija situacije. 'Revni so sami krivi za svojo revščino' – ta misel ščiti moč vladajočega razreda.« (Loach, 2016)

## Literatura

- Aaltonen, J., Seikkula, J. in Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3:3, 179-191.  
<http://leonardo.otwartydialog.pl/wp-content/uploads/2014/09/Materials-for-the-Tromso-Conference13.pdf>
- Armstrong, L. (1965). Black and Blue. <https://www.youtube.com/watch?v=2LDPUf-bXRLM>
- Armstrong, L. Wikipedia. [https://en.wikipedia.org/wiki/Louis\\_Armstrong](https://en.wikipedia.org/wiki/Louis_Armstrong)
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology. San Francisco: Chandler.
- Blazer, D. G. (2005). *The Age of Melancholy: »Major Depression« and its Social Origin*. New York: Routledge.
- Bruckner, P. (2004). *Nenehna vzhichenost: esej o prisilni sreči*. Ljubljana: Študentska založba.
- Cooper, D. in Miles M. (1983). Društvo proizvodi duševne bolesnike. Gradivo Mednarodnega srečanja Psihijatrija in družba, Beograd: 37.
- De Waal, F. (2001). *Prirodno dobri: podrijetlo ispravnog i pogrešnog kod ljudi i životinja*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Delič, A. in Ferlič Žgajnar, B. (2015). Slovenija, dežela antidepresivov in anksiolitikov. Delo. 28. 12. 2016. <http://www.delo.si/ozadja/slovinci-ndash-medikaliziran-narod.html>
- Eels, T. D. (ur.) (1997). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Foucault, M. (2009). *Neustrašni govor*. Ljubljana: Založba Sophia.
- Foucault, M. (2010). *Zgodovina seksualnosti*. Ljubljana: Založba ŠKUC.

- Freedman, J. in Combs, G. (2009). *Narativna terapija: socialna konstrukcija omiljenih stvarnosti*. Novi Sad: Psihopolis institut.
- Freud, S. (2012). Žalovanje in melanholija. V: *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis: 193–211.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/100821/E92227.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf)
- Ghaemi, N. (2015). Winston Churchill and his »black dog« of greatness. The conversation.  
<http://theconversation.com/winston-churchill-and-his-black-dog-of-greatness-36570>
- Glasser, W. (1998). *Teorija izbire – nova psihologija osebne svobode*. Radovljica: TOP, Regionalni izobraževalni center.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hočevar-Grom, A. (2010). *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: 83.
- Ihan, A. (2012). *Državlanski eseji*. Ljubljana: Študentska založba.
- Ihan, A. (2016). *Čas nesmrtnosti: smrt v dobi bionike*. Ljubljana: Beletrina.
- Johnstone, M. (2005). I had a Black Dog.  
<https://www.youtube.com/watch?v=XiCrniLQGYc>
- Johnstone, M. in Johnstone, A. (2006). Living with a Black Dog.  
<https://www.youtube.com/watch?v=2VRRx7Mtep8>
- Konec Juričič, N., Roškar, S. in Jelenko Roth, P. (ur.) (2016). *Prepoznavanje in obravnavanje depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika: Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: NIJZ.  
[http://www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik\\_prepoznavanje\\_in\\_obravnavanje\\_depresije\\_in\\_samomorilnosti.pdf](http://www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnavanje_depresije_in_samomorilnosti.pdf)
- Keeney, B. (1983). *Aesthetics of Change*. New York: The Guilford Press.
- Kheriaty, A. (2016). *Depresija ni greh*. Ljubljana: Družina.
- Kostnapfel Rihtar, T. in Albreht, T. (ur.) (2014). *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji 2013*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kostnapfel Rihtar, T. in Albreht, T. (ur.) (2016). *Poraba zdravil v Sloveniji, 16. 12. 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.  
[http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/poraba\\_zdravil\\_2015\\_-\\_objava\\_300916.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/poraba_zdravil_2015_-_objava_300916.pdf)
- Košir, M. (2017). *Človeška ljubezen: Izidor Gašperlin, Gabi Čačinovič Vogrinčič, Miran Možina, Tomaž Flajs*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Krauss, H. K. in Krauss, B. J. (2015). *Existential Approaches to Depression*. E-Book 2015 International Psychotherapy Institute. [freepsychotherapybooks.org](http://freepsychotherapybooks.org)
- Krivec, J. in Suklan, J. (2015). Vpliv stigme na odnos do psihološke pomoči. *R&R Raziskave in razprave*, 8, 3: 4-62.
- Loach, K. (2016). *Jaz, Daniel Blake*. <http://www.kinodvor.org/spored/arhiv/i-daniel-blake/>
- Lojk, B. in Lojk, L. (2011). Realitetna terapija. V: Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: 311-333.
- Miškulin, I. (2016). *Epistemologija vrline u psihoterapiji. Doktorski rad. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet*.
- Monihan, R. in Cassels, A. (2010). *Krošnjari z boleznijo: Kako farmacevtske velikanke delajo iz nas bolnike*. Ljubljana: V. B. Z.

- Moore, M. (2015). Where to invade next. Dokumentarni film. <http://dokumentarnifilmovi.net/dokumentarci/michael-moore/>
- Možina, M. (1991). Ob kavici - sistemski in komunikacijski pogled na delo na psihiatričnem oddelku. *Zdrav Obzor*, 25: 31-49.
- Vloga psihoterapije pri skrbi za osebe s psihotičnimi motnjami*. Ljubljana: Šent: 14-17.
- Možina, M. (2013). Shema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije utemeljena na psihoterapevtski znanosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 7, 3-4: 25-50.
- Možina, M. (2014). Vzgoja in psihoterapija za skupnost po sistemsko. V: Lojk, B. (ur.). *Vzgoja v očeh psihoterapevta - pogledi in praksa različnih pristopov : predstavitev psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Vzgoja v očeh psihoterapevta*, Ljubljana, 28. februar - 1. marec 2014. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo: 215-251.
- Možina, M. (2016a). Uvodnik o melanholiji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 10, 3-4: 5-30.
- Možina, M. (2016b). Spremnna beseda - Psihiatrična zdravila: kdaj so koristna in kdaj so lahko škodljiva. V Hall, W. *Vodnik za opuščanje uporabe psihiatričnih zdravil v skladu z načeli zmanjševanja škode*. Ljubljana: Kralji ulice, Šent, SFU Ljubljana, Mesto znanja, Zavod Moja pot: 56-59.
- Možina, M., Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, 3-4: 119-142.
- Muller, R. T. (2010). *Trauma and the Avoidant Client: Attachment-Based Strategies for Healing*. New York: Norton.
- Olson, M., Seikkula, J. in Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria. <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- Oravec, R. (2017a). Ali je psihiatrija ena sama, ali jih je pravzaprav več? *ISIS*, 3: 32-35.
- Oravec, R. (2017b). »Drug free« psihiatrična obravnava na Norveškem – revolucija psihiatrične prakse? *ISIS*, 5: 47-49.
- Pandya, M., Altinay, M., Malone, D. A. in Anand, A. (2012). Where in the brain is depression? *Curr Psychiatry Rep*, 14(6): 634-642. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619732/>
- Patel, V. (2017). Talking sensibly about depression. *PLoS Med* 14(4): e1002257.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M. E., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G. in Whiteford, H. (2016a). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 387: 1672–1685.
- Patel, V., Xiao, S., Chen, H., Hanna, F., Jotheeswaran, A. T., Luo, D., Parikh, R., Sharma, E., Usmani, S., Yu, Y., Druss, B. G. in Saxena, S. (2016b). The magnitude of and health system responses to the mental health treatment gap in adults in India and China. *Lancet* 388: 3074–3084.
- Patel, V., Weobong, B., Weiss, H. A., Anand, A., Bhat, B. et al. (2017). The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: a randomised controlled trial. *Lancet* 389: 176–185.
- Peck, R. (2016). *Nisem tvoj zamorec* (I Am not Your Negro). Dokumentarni film. <http://www.kinodvor.org/spored/arhiv-filmov/i-am-not-your-negro/>

- Podkrižnik, M. (2017). Kako zveni v slovenščini beseda smrt? Kratko, temno in tudi malce plišasto. *Sobotna priloga Dela*, 28. 1. 2017. <http://www.delo.si/sobotna/vcasih-so-sli-v-nesmrtnost-veliki-duhovi-zdaj-je-vecen-kapital.html>
- Seikkula, J. (1994). When the boundary opens: Family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy*, 16: 401-414.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crisis: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28: 263- 274. [https://www.power2u.org/downloads/becomingdialogic\\_ANZJFT11.pdf](https://www.power2u.org/downloads/becomingdialogic_ANZJFT11.pdf)
- Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 3: 179-193.
- Seikkula, J. in Olson, E. M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family process*, 42, 3: 403-418.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J. in Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. V Friedman, S. (Ed.). *The reflective team in action*. New York; Guilford Press: 62-80.
- Seikkula, J., Alakare, B. in Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 247-266.
- Seikkula, J., Alakare, B. in Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14: 267-284.
- Srebrnjak, M. (2016). Stranpoti sodobne psihofarmakoterapije. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 10, 3-4: 253-261.
- Stankovič, D. (2017). Tragedija sredi Novega mesta: eksplozija pretresla meščane. *Dnevnik* 13. 7. 2017.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2016). Depression – let's talk. <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>
- Svetovna zdravstvena organizacija (2016). *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression*. Geneva: WHO Press.
- Verhaeghe, P. (2016). *Identiteta*. Mengeš: Ciceron.
- Vlada Republike Slovenije (2016). Odgovor na poslansko vprašanje Nade Brinovšek v zvezi z javno mrežo in financiranjem kliničnih psihologov. 7. 12. 2016, številka 00104-307/2016/5.
- Wagenhofer, E. (2013). *Abeceda*. Dokumentarni film. <http://www.kinodvor.org/spored/arhiv-filmov/alphabet-81708/>
- Waller, F., Razaf, A. in Brooks, H. *Black & Blue*. [http://www.lyricsfreak.com/l/louis+armstrong/black+and+blue\\_10167937.html](http://www.lyricsfreak.com/l/louis+armstrong/black+and+blue_10167937.html)
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. New York: Routledge.
- Wikipedia (2017). History of depression. [https://en.wikipedia.org/wiki/History\\_of\\_depression](https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_depression)
- Wikipedia (2017b). Melancholic depression. [https://en.wikipedia.org/wiki/Melancholic\\_depression](https://en.wikipedia.org/wiki/Melancholic_depression)
- Wilkinson, R. in Pickett, K. (2012). *Velika ideja: Zakaj je enakost boljša za vse*. Novo mesto: Penca in drugi.
- Yalom, I. (2016). *Rabelj ljubezni in druge psihoterapevtske zgodbe*. Ljubljana: UMco.
- Yalom, I. (2017). *Darilo terapije: odprto pismo novi generaciji terapevtov in njihovim klientom*. Ljubljana: UMco.
- Zupančič, M. (2010). Zaradi depresivnosti četrtna delovnih dni izgubljena. *Delo*, 28. september 2010: 2.