

Mentalno zdravlje i HIV/AIDS

Psihoterapeutske intervencije u antiretroviralnoj (ARV) terapiji (sekundarna nega)

Svetska zdravstvena organizacija
Ženeva
2005.

IAN Međunarodna mreža pomoći
Beograd
2008.

Izdanje je objavila Svetska zdravstvena organizacija u Beogradu pod nazivom

Psychotherapeutic Interventions in Anti-retroviral (ARV) Therapy (for second level care), 2005 (TR/07/18)

© Svetska zdravstvena organizacija 2005

© za srpski jezik IAN Međunarodna mreža pomoći

Admirala Geprata 10, 11 000 Beograd, Srbija

Tel./Fax. +(0)11 3617-243 E-mail: aids@ian.org.yu www.ian.org.yu.

Generalni direktor Svetske zdravstvene organizacije dao je prava prevoda za srpsko izdanje Globalnoj Inicijativi za Psihijatriju, koja je jedino odgovorna za izdanje na srpskom jeziku.

Sva prava zadržana. Publikacija Svetske zdravstvene organizacije se može obezbediti preko WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). Zahtevi za dozvolu reprodukcije i prevođenja publikacije Svetske zdravstvene organizacije, za prodaju ili nekomercijalnu distribuciju, treba da budu upućeni na WHO Press, na gore navedenu adresu (+41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

Upotrebljena obeležja i prezentacija materijala u ovoj publikaciji ne predstavljaju izražavanje bilo kakvog mišljenja od strane Svetske zdravstvene organizacije u pogledu pravnog statusa bilo koje zemlje, teritorije, grada ili oblasti, ili njihovih autoriteta ili u pogledu razgraničavanja njihovih legalnih granica. Isprekidane linije na mapama predstavljaju okvirne granice oko kojih nije još postignuta puna saglasnost.

Pominjanje određenih kompanija ili proizvoda ne znači garanciju, niti preporuku Svetske zdravstvene organizacije u odnosu na druge subjekte iste prirode, koji nisu pomenuti. Izuzimajući greške i omaške, nazivi takvih proizvoda su označeni velikim početnim slovima. Svetska zdravstvena organizacije je preduzela sve potrebne mere predostrožnosti, kako bi se proverili materijali koje sadrži ova publikacija. Međutim, publikovani materijali su distribuirani bez garancije bilo kakve vrste. Način interpretacije je na odgovornost samog čitaoca. Svetska zdravstvena organizacija ni u kom kontekstu ne može biti odgovorna za eventualnu štetu prouzrokovanu korištenjem materijala.

Napisali:

Dr Hoze KATALAN

(Psihološka medicina, Centar za mentalno zdravlje „Južni Kenzington i Čelzi“, Bolnica „Čelzi i Vestminster“, Ujedinjeno Kraljevstvo)

Dr Pamela KOLINS

(Univerzitet „Kolumbija“ i Njujorški državni psihijatrijski institut, SAD)

Prof. Bob MAŠ

(Štelenboš univerzitet, Južnoafrička Republika)

Prof. Melvin FRIMEN

(Konsultant Svetske zdravstvene organizacije, Južnoafrička Republika)

Ciklus „Mentalno zdravlje i HIV/AIDS“

Ovo je modul 5 serije „Mentalno zdravlje i HIV/AIDS“

Ostali moduli su:

1. Organizaciona i sistemska podrška intervencijama za mentalno zdravlje u programima za antiretroviralnu terapiju (ARV)
2. Osnovna uputstva za savetovanje u okviru anti-retroviralne (ARV) terapije
3. Psihijatrijska briga u anti-retroviralnoj (ARV) terapiji (sekundarna nega)
4. Grupe za psihološku podršku u okviru programa anti-retroviralne (ARV) terapije

Svetska zdravstvena organizacija bi želela da se zahvali Evropskoj Uniji za finansijsku podršku preko Ministarstva zdravlja Južnoafričke Republike. Editorsku pomoć je pružio Bobi Rodvel, a dizajn uradio Fontlajn International.

Tehnička i savetodavna grupa za ovu seriju:

Dr Atalaj ALEM (Univerzitet u Adis Abebi, Etiopija)

Dr Hoze BERTOLOTE (Svetska zdravstvena organizacija, Švajcarska)

Dr Hoze KATALAN (Bolnica „Čelzi i Vestminster“, Ujedinjeno Kraljevstvo)

Dr Pamela KOLINS (Univerzitet „Kolumbija“ i Njujorški državni psihijatrijski institut, SAD)

Dr Fransin KURNOS (Njujorški državni psihijatrijski institut, SAD)

Prof. Melvin FRIMEN (Konsultant Svetske zdravstvene organizacije, Južnoafrička Republika)

Dr Sandra GOUV (Svetska zdravstvena organizacija, Švajcarska)

Dr Mark HALMEN (Bolnica „Sveti Mihajlo“, Univerzitet u Torontu, Kanada)

Dr Kevin KELI (Centar za razvoj, istraživanje i evaluaciju ADIS-a, Južnoafrička Republika)

Dr Rej LAZARUS (Jedinica za istraživanje HIV-a kod novorođenčadi, Južnoafrička Republika)

Dr Džozef MBATIA (Ministarstvo zdravlja, Tanzanija)

Prof. Den MKIZE (Medicinski fakultet „Nelson Mandela“, Južnoafrička Republika)

Dr Vikram PATEL (Centar „Sangat“, Indija)

Gospođica Keri SALONER (Centar za proučavanje AIDS-a, Južnoafrička Republika)

Gospodin Vernon SOLOMON (Univerzitet „KvaZulu-Natal“, Južnoafrička Republika)

Prof. Lesli ŠVARC (Odbor za istraživanje društvenih nauka, Južnoafrička Republika)

Gospođica Anika SVITLEND (Partneri u zdravlju, SAD/Peru)

Dr Rita TOM (Univerzitet „Vitvotersrend“, Južnoafrička Republika)

Sadržaj

Predgovor	7
Uvodna reč	9
Uvod	11
Uobičajeni problemi i brige kod osoba koje se upućuju u službe za zaštitu mentalnog zdravlja na sekundarnom nivou	13
Psihosocijalne intervencije za osobe sa poremećajima mentalnog zdravlja na sekundarnom nivou	15
Interpersonalna psihoterapija	15
Motivaciono intervjuisanje (MI).....	21
Kognitivno-bihevioralna terapija	30
Suportivna psihoterapija.....	35
Psihoterapeutske intervencije kod tugovanja	40
Zaključak	47

Predgovor

Epidemija AIDS-a je jedan od najozbiljnijih zdravstvenih i socijalnih problema s kojima se svet ikad susreo. Ne samo da uništava pojedince, već i porodice, zajednice i čitav društveni sloj. Najgore su pogođene upravo zajednice koje nisu u stanju da pokrenu adekvatne mere za prevenciju i kontrolu. Ovo je verovatno najveća prepreka koja stoji na putu ostvarivanja Milenijumskih razvojnih ciljeva.

Kao veoma progresivnu meru borbe protiv AIDS-a, Svestka zdravstvena organizacija je pokrenula Inicijativu „3 x 5“ koja, dok se uglavnom fokusira na omogućavanje lečenja milionima ljudi kojima je potrebna, takođe za cilj ima izgradnju elemenata zdravstvenog sistema potrebnih da to lečenje omoguće.

Stoga, lečenje mentalnih poremećaja kod ljudi koji žive sa HIV-om ima ogromne humanitarne, zdravstvene i ekonomske posledice; isto se odnosi i na pružanje adekvatne psihološke podrške toj grupi ljudi. Ovo nije nimalo jednostavan zadatak, u pogledu nedovoljnih ljudskih, tehničkih i finansijskih resursa.

Ovaj ciklus predstavlja doprinos Odeljenja za mentalno zdravlje i bolesti zavisnosti Inicijativi „3 x 5“, ali ide i dalje od toga. Njegovo stvaranje je okupilo stručnjake za mentalne poremećaje kod ljudi sa HIV/AIDS-om iz čitavog sveta. Oni su velikodušno doprineli ovom nastojanju svojim znanjem, stručnošću, energijom i entuzijazmom. Mi smo im svima duboko zahvalni, a isto tako i agencijama i organizacijama koje su nas povezale. Imena saradnika su pomenuta u svakom modulu ovog ciklusa. Posebno se zahvaljujemo profesoru Melvinu Frimenu, koji je predvodio ovu čuvenu grupu kroz neistražena područja, uz mnogo strpljenja i efikasnosti.

Nudimo Vam ovaj materijal, ne kao gotov proizvod, već radije kao oruđe - da se prevodi na druge jezike, da se prilagodi po potrebi, i da se, usput, unapredi. Skup posebnih instrumenata za učenje i obuku, koji je u vezi sa ovim ciklusom, će biti izdat uskoro, kao još jedna vrsta doprinosa džinovskom zadatku poboljšanja neophodnih ljudskih resurasa, a posebno tamo gde se Inicijativa „3 x 5“ već primenjuje. Komentari, sugestije i podrška su uvek dobrodošli.

Dr. Benedeto Saraceno, direktor,
Odeljenje za mentalno zdravlje i bolesti zavisnosti;
Svetska zdravstvena organizacija

Dr. Džim Kim, direktor,
Odeljenje za HIV/AIDS;
Svetska zdravstvena organizacija

Uvodna reč

Među onima koji su pogođeni HIV/AIDS-om ili izloženi riziku od dobijanja istog se nalaze osobe sa mentalnim poremećajima. Ovi poremećaji se, uglavnom, dobijaju putem dva mehanizma:

(i) neki mentalni poremećaji dovode do toga da ljudi postanu osetljiviji na virusne infekcije (npr. intravenozna upotreba droga, alkoholizam, depresija i duševni poremećaji, razvojni invaliditet, i drugi mentalni poremećaji koji utiču na njihovu moć rasuđivanja i donošenja odluka) i izloženiiji situacijama koje dovode do povećanog rizika od prenošenja virusa na druge osobe; i

(ii) neki oblici HIV zaraze utiču na mozak, kreirajući, na taj način, kliničke slike koje, u početku, liče na više različitih mentalnih poremećaja.

Nažalost, međusobni uticaj između HIV/AIDS-a i mentalnih poremećaja ide dalje od uzajamnog uticaja na pojavu bolesti. Možda se najznačajniji praktični aspekt ovog odnosa ogleda u održivosti lečenja. Poznato je da prisustvo nelečenog mentalnog poremećaja – posebno depresije, duševnih poremećaja i korišćenja droga – značajno umanjuje uspešnost lečenja bilo kakvog stanja, uključujući i HIV/AIDS.

Nedostatak istrajnosti u sprovođenju pravilnog režima anti-retroviralnog (ARV) lečenja ima tri velike posledice. Prvo, ne dolazi do očekivanog uspeha u lečenju, kliničko stanje se pogoršava i povećava se smrtnost. Drugo, neredovno uzimanje ARV terapije dovodi do povećane otpornosti virusa, te se tako komplikuje njegovo buduće

kontrolisanje. Treće, prekinut ili nekompletan tretman predstavlja bacanje novca i drugih sredstava, koji su inače mogli dati produktivnije rezultate kod pacijenata koji su istrajni u lečenju.

Pored toga, činjenica da ste HIV pozitivni, ili neko u Vašoj porodici ima HIV/AIDS, može biti veoma stresna za ljude sa HIV-om, kao i za njihove staraoce. U mnogim zemljama sa izrazito visokom stopom HIV-a nije redak slučaj da se u istoj porodici, u isto vreme, nalazi i po nekoliko osoba zaraženim HIV/AIDS-om. Stres prouzrokovan življenjem sa hroničnom bolešću ili staranjem za bolesnog člana porodice, čak iako ne vodi direktno u mentalni poremećaj, kao što je ozbiljna depresija, može dovesti do serije psiholoških reakcija koje za posledicu imaju veliku patnju i otežano funkcionisanje. Ovakvo otežano funkcionisanje i patnja mogu umanjiti otpornost na druga propratna stanja i doprineti smanjenoj održivosti terapije lekovima.

Hoze M. Bertolote, koordinator

Uprava za mentalne i moždane poremećaje
Odeljenje za mentalno zdravlje i bolesti zavisnosti
Svetska zdravstvena organizacija

Uvod

Izvestan broj psihijatrijskih sindroma i dijagnoza zahteva sekundarnu vrstu nege. To su delirijum, demencija, psihoza, teški poremećaj anksioznosti, depresija, ozbiljan rizik od samoubistva, zloupotreba alkohola i alkoholna apstinencija.

Ovaj modul ima za cilj da pomogne zdravstvenim radnicima na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite da rade sa problemima koji zahtevaju psihoterapeutske intervencije ili savetovanje. Lekari na ovom nivou zaštite mentalnog zdravlja treba da budu upoznati sa psihosocijalnim tehnikama i ovo uputstvo ima za cilj da dopuni već postojeće psihoterapeutske veštine. Ukoliko zdravstveni radnik nije upućen ili nije obučen za primenu ovih pristupa, biće mu potrebna dodatna obuka pre početka korišćenja ovih tehnika.

Osobi koja je upućena u službu za zaštitu mentalnog zdravlja sekundarnog nivoa, kao deo sveobuhvatnog programa za lečenje HIV-a, može biti potrebna psihoterapeutska intervencija, ili kao dodatak medicinskom lečenju ili kao preporučena intervencija. Ovaj modul nudi pet različitih pristupa koji se mogu koristiti, od kojih su svi podjednako važni. Postoje još neki korisni pristupi koji ovde nisu prikazani. Različiti pristupi koji su ovde predstavljeni pružaju širok okvir koji se smatra efikasnim u lečenju osoba koje žive sa HIV/AIDS-om. Izbor modula koji bi se koristio zavisice od postojećih problema, od toga da li su zdravstveni radnici upoznati sa tim, dotadašnjeg iskustva i onog što predstavlja kulturološki odgovarajuće i primenjive modele u različitim okolnostima.

Ovaj modul treba da se koristi zajedno sa publikacijama Svetske zdravstvene organizacije „Integrirani menadžment obolenja mla-

dih i odraslih osoba“ (IMAI), „Uputstva za zdravstvene radnike u primarnim ustanovama“ (Guidelines for First-Level Facility Health Workers). Posebno je važno da zdravstveni radnici budu upoznati sa vodičem koji prikazuje procenu i brigu o psihosocijalnim problemima, strana 48-52 (Smernice za akutnu negu - Acute Care Guidelines).

Uobičajeni problemi i brige kod osoba koje se upućuju u službe za zaštitu mentalnog zdravlja na sekundarnom nivou

Osobe sa HIV/AIDS-om koje se upućuju na sekundarni nivo zdravstvene zaštite često pate od mentalnih poremećaja ozbiljnije prirode od onih sa kojima se nose zdravstveni radnici na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Zdravstveni radnici će morati da procene ko od upućenih osoba sa mentalnim poremećajima zahteva psihotropno lečenje, kome će koristiti psihosocijalna intervencija, a kome će biti potrebno i lečenje lekovima i psihosocijalna pomoć. Lečenje lekovima je često potrebno u ranoj fazi lečenja za stanja kao što su delirijum, psihoza i alkoholna apstinencija, dok kod nekih stanja lečenje lekovima mora da se nastavi neko vreme, kao u slučajevima kada se leči ozbiljna depresija.

Ovaj modul se fokusira na psihološke intervencije koje predstavljaju oblik psihosocijalne podrške za osobe koje su doživele emocionalni stres. Ove intervencije ponekad više odgovaraju i efikasnije su nego psihotropno lečenje i mogu ih sprovesti obučeni savetnici. Na primer, kada je poremećaj mentalnog zdravlja osobe povezan sa problemima vezanim za odnos sa partnerom, rođacima ili prijateljima, strahom od smrti ili umiranja, zabrinutost oko življenja sa HIV-om, strahom od odbacivanja, nervozom zbog ART-a, otkrivanjem HIV infekcije, borbom sa sporednim efektima terapije ili nekim gubitkom, intervencije u vidu savetovanja mogu biti veoma korisne. Tokom seanse savetnik će moći da proceni i da se pozabavi faktorima kao što su emocionalni stres, strah od fizičkih promena zbog HIV-a i lečenja, socijalna izolacija, neuspelo lečenje ili planiranje smrti.

Zdravstveni radnici koji se bave poremećajima mentalnog zdravlja na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite moraju biti upoznati i sa medikamentoznim lečenjem HIV/AIDS-a kao i sa psihotropnim lekovima. Oni takođe moraju biti upoznati sa grupama za podršku ili odgovarajućim nevladinim organizacijama, i biti u mogućnosti da tamo upute pacijente, pomažući na taj način izgradnju mreže lokalne podrške za pacijente. Takođe moraju imati dovoljno saznanja i mogućnosti da upućuju pacijente u organizacije koje obezbeđuju hranu, smeštaj, finansijsku pomoć ili pravnu službu.

Pet psihoterapeutskih pristupa koji su razrađeni u ovim modulima su:

- ❖ Interpersonalna psihoterapija
- ❖ Motivaciono intervjuisanje (MI)
- ❖ Kognitivno-bihevioralna terapija
- ❖ Psihoterapija podrške
- ❖ Psihoterapeutske intervencije kod tugovanja

Za svaki pristup obezbeđene su različite reference i resursi za dalje praćenje.

Psihosocijalne intervencije za osobe sa poremećajima mentalnog zdravlja na sekundarnom nivou

Interpersonalna psihoterapija

Šta je interpersonalna psihoterapija?

Interpersonalna psihoterapija kod depresije (IPT) je psihološka intervencija prvenstveno razvijena za lečenje teške depresije. Opisana je kao „fokusrana, kratkoročna, vremenski ograničena terapija koja ističe interpersonalne veze depresivnog klijenta“. IPT prepoznaje depresiju kao medicinsku bolest koja je uveliko povezana sa klijentovim odnosima sa drugim ljudima. Problem u važnim međuljudskim odnosima može dovesti do psihološkog stresa, isto kao što i psihološki problemi ili mentalna bolest može dovesti do poremećaja međuljudskih odnosa. IPT se fokusira na probleme u tekućim klijentovim odnosima.

IPT se sprovodi kroz 14 – 16 strukturisanih seansi koje se bave jednom od četiri primarne problemske oblasti u interpersonalnim vezama neke osobe, uključujući tugu, interpersonalne diskusije o ulogama, zamene uloga ili interpersonalni deficit. U ranoj fazi, obično na prvoj seansi, savetnik postavlja dijagnozu depresije, objašnjava šta je depresija i, na neki način, dozvoljava klijentu da preuzme ulogu bolesnog (da bi se depresija prepoznala kao bolest i da bolesna osoba u toku oporavka mora malo da uspori, povede računa o sebi, itd.) i odlučuje da li su osobi potrebni i lekovi za depresiju. Sledeće,

savetnik sprovodi interpersonalni popis. On ili ona pažljivo razmatra kako je bolest počela i traži od klijenta da sagleda šta se desilo u njegovom ili njenom ličnom ili društvenom životu kada su simptomi počeli. Savetnik i klijent razmatraju važne tekuće odnose u životu klijenta, sa ciljem da se identifikuje primarna problemska oblast.

Diskusija o ulogama se odabira kada postoje problematične situacije u kojima klijent i određena osoba imaju konfliktna očekivanja kada je reč o ponašanju onog drugog ili odgovornostima unutar njihovog odnosa. Tugovanje se razmatra u slučaju kada glavni problem uključuje smrt važne osobe u klijentovom životu.

Zamena uloga se razmatra kada osoba prijavi da ima poteškoće u preuzimanju novih životnih uloga koje mogu dovesti do promena u njegovom ili njenom životu. Na primer, žena koja se udaje za čoveka koji ima decu preuzima ulogu supruge, ali takođe može preuzeti i novu ulogu, ulogu majke. Interpersonalni deficit se razmatra kada glavni problem koji osoba ima uključuje i nedostatak nekog sadržajnog odnosa.

Nakon identifikovanja glavnog problema, savetnik objašnjava pacijentu da je njegova ili njena depresija povezana sa nemogućnošću da se poveže sa važnim osobama u svom životu. Savetnik i klijent postavljaju ciljeve lečenja i savetnik razmatra sa klijentom njegovu ili njenu ulogu u lečenju. To podrazumeva redovne dolaske na seanse i otvorene razgovore o događajima iz pacijentovog svakodnevnog života. Tokom lečenja savetnik nastavlja da prati klijentove simptome depresije.

Tokom seansi u središnjem delu procesa lečenja, savetnik se fokusira na glavnu problematičnu oblast i pomaže pri stvaranju udobnog okruženja u kojem će klijent moći da se poveri savetniku.

Kako bi pomogao klijentu da se pozabavi problemom, savetnik treba da:

- ❖ Istraži problem (ohrabri klijenta da napravi jasnu sliku odnosa, uz detalje koji će pojasniti situaciju);
- ❖ Diskutuje o očekivanjima klijenta i razumevanju problema;
- ❖ Razmotri alternative (koji su sve načini za rešavanje situacije); i
- ❖ Podrži napore klijenta da promeni svoje ponašanje.

U poslednje dve seanse savetnik diskutuje približavanje kraja lečenja i pomaže klijentu da spozna svoja dostignuća tokom terapije. Opšte tehnike savetovanja su prodiskutovane u priručniku Svetske zdravstvene organizacije *Osnovno savetovanje* koji se može koristiti u IPT.¹

Prikaz slučaja

Mirjana je 29-togodišnja žena koja živi sa dve ćerke i majkom. Pre pet godina saznala je da je HIV pozitivna. Iako je nastavila da radi, Mirjana je osećala pojačan umor i gubitak težine u prošlog godini i zabrinula se da joj se zdravlje pogoršava. Posetila je centar za zaštitu zdravlja na klinici primarnog nivoa u svom susedstvu i saznala da je broj njenih CD4 ćelija značajno opao i da sada ima AIDS. I dok je, s jedne strane, bila očajna zbog vesti, ohrabrilu ju

¹ U nekoliko nasumično odabranih kliničkih slučajeva pokazalo se da je IPT bila efikasna kod umanjavanja simptoma depresije. Procedura vođenja IPT je dostupna u priručniku koji predstavlja detaljan vodič i za grupni i za individualni format. Ovi priručnici omogućavaju korisnicima da se pridržavaju terapije kako je prepisana. Savetnici koji žele da sprovedu IPT treba da se obuče za njenu upotrebu. Osobe obučene za primenu ove metode sprovedili su IPT uz stalni nadzor.

IPT se uspešno koristi za lečenje depresije među osobama sa HIV infekcijom (2,3). Kod osoba koje žive sa HIV-om, smrt prijatelja ili rođaka, saznanje da bolest napreduje ili promene u bliskim odnosima posle otkrivanja statusa mogu se povezati sa promenama raspoloženja. IPT savetnik pomaže klijentu da poveže ova životna iskustva sa promenama raspoloženja i podržava ga u tome da pragmatično rešava ove teškoće. Savetnici podržavaju klijente da donose odluke i da ih iskomuniciraju sa važnim osobama u svojim životima (3).

IPT je takođe modifikovan za primenu u grupama (4). Grupna IPT je testirana za različite psihijatrijske poremećaje uključujući poremećaje ishrane, socijalne fobije, postporođajne depresije i depresije kod adolescenata (5-10). Nedavno grupna IPT je usvojena kao oblik lečenja depresije u ruralnoj ugandskoj sredini uzimajući u obzir lokalne manifestacije depresije (11). U nasumično odabranom kliničkom slučaju IPT u ovoj sredini je bila efikasnija kod smanjivanja simptoma depresije nego kontrolna intervencija (12). Studija je sprovedena u selima sa visokom zastupljenošću HIV-a, gde su mnogi članovi zajednice umrli od AIDS-a. Istraživači su modifikovali primarnu problemsku oblast u odgovoru na njihovo razumevanje kulturološkog konteksta. Na primer, otkrili su da su problematične oblasti, kao što su diskusija oko uloga, zamena uloga i gubitak, relevantnije za muškarce i žene u ovim zajednicama, ali da koncept interpersonalnog deficita nije imao nekog značaja u ruralnoj Ugandi.

je to što je bila podobna za započinjanje anti-retroviralne terapije (ART) i što će klinika obezbediti lekove. Mirjana je započela ART i u početku se pridržavala programa.

Posle mesec dana lečenja, Mirjana je počela da propušta svoje termine. Kada ju je medicinska sestra posetila kod kuće, pronašla ju je kako leži u krevetu i tiho plače. Njena 12-togodišnja ćerka rekla je medicinskoj sestri da Mirjana ne jede dovoljno, da nekoliko dana nije išla na posao i da uvek izgleda veoma zabrinuto. Medicinska sestra je uputila Mirjanu u regionalnu bolnicu na detaljno medicinsko ispitivanje kao i na psihijatrijsko ispitivanje. Lekarski tim je medicinski stabilizovao Mirjanu i poslao je kod savetnice na evaluaciju. Savetnica je posumnjala da je Mirjana depresivna i evaluacija je potvrdila dijagnozu umereno teške velike depresivne epizode, bez samoubilačkih ideja.

Savetnica je predložila Mirjani da se viđaju jednom nedeljno i upoznala je sa interpersonalnom psihoterapijom. U prvoj fazi lečenja, savetnica je edukovala Mirjanu o depresiji i uradila je interpersonalni popis. Mirjana priča o svojim odnosima sa bliskim prijateljima i članovima porodice. Opisuje ove odnose savetnici. Takođe su diskutovale i o Mirjaninim nedavnim medicinskim problemima i posledicama bolesti. Mirjana objašnjava savetnici: „Jako sam zabrinuta za decu. Ja sam im majka, ali više nemam energije kao što sam nekad imala. Bojim se da će moja najstarija ćerka morati da se brine o meni. Već se prema meni ophodi kao da sam dete. Ponekad je neposlušna. Ponaša se kao da joj ja više nisam majka“. Mirjana diskutuje i o svojoj zabrinutosti za majku koja je izgubila sina, Mirjaninog najstarijeg brata, pre godinu dana. „Ona ne bi trebalo da se brine za bolesnu decu. Mi bi trebalo da brinemo o njoj. Ne znam kako će ona preživeti ako se ja još više razbolim. Za nju će biti strašno ako ja umrem“, kaže Mirjana.

Diskusija

Savetnica smatra da je Mirjanino stanje pogodno za IPT. Treba pomenuti da se klinički radnik koji je uputio Mirjanu prvo uverio da njeni simptomi nisu vezani samo za njeno medicinsko stanje pre nego što ju je uputio specijalizovanom savetniku. Simptomi depresije kao što su umor, gubitak težine, loš apetit slični su simptomima hronične bolesti kao što je AIDS i obavezno se treba pozabaviti mogućnošću promene klijentovog medicinskog stanja.

Savetnica i Mirjana su razgovarale o nedavnim događajima u Mirjaninom životu. Mirjana je nedavno dobila dijagnozu AIDS-a, brine se zbog umora i bolesti. Njeni strahovi su vezani i za njenu ćerku, a brine se o sposobnosti svoje majke da se izbori sa njenom bolešću. Savetnica je takođe saznala da je Mirjanin brat umro od AIDS-a pre godinu dana. U ovom trenutku savetnica i Mirjana moraju zajedno da rade kako bi odabrale problemsku oblast na koju će se fokusirati. Od četiri mogućnosti (interpersonalni deficit, diskusija oko uloga, zamena uloga i gubitak) Mirjana i savetnica mogle bi da odluče da se fokusiraju na diskusiju o ulogama Mirjane i njene 12-togodišnje ćerke. Mogle bi da uključe i ćerku u seanse kako bi prodiskutovale njihove probleme u komunikaciji ili ostale aspekte odnosa. Neko bi mogao da razmotri i fokusiranje na gubitak vezan za smrt Mirjaninog brata, ali Mirjana je naglasila potrebu diskutovanja odnosa između majke i ćerke.

Kada je potrebno mogu se koristiti i antidepresivi zajedno sa IPT, međutim, posle 14-16 nedelja IPT-a, bez antidepresiva, stanje mnogih klijenata se značajno poboljša.

Reference i izvori

1. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984
2. Markowitz JC, Klerman GL, Clougherty KF, et al. Individual psychotherapies for depressed HIV positive clients. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152; 10: 1504-1509
3. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B, et al. Treatment of depressive symptoms in Human Immunodeficiency Virus-positive clients. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 452-457
4. Wilfley DE, Mackenzie KR, Weich R, et al (eds.). Interpersonal psychotherapy for group. New York: Basic Books, 2000.
5. Mufson L, Pollack-Dorta K. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescent: theory, practice, and research. In: Esman AH, Flaherty LT (eds). *Developmental and clinical studies*, Vol. 25. The Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000: 139-167
6. Miller L, Warner V, Wickramaratne PJ, et al. Self-esteem and deression: ten year follow-up of mothers and offspring. *J Affect Disord* 1999; 52: 41-49.
7. Krupnick JL. Interpersonal psychotherapy groups for low-income women with PTSD following relationship trauma. *Directions in Psychiatry*, 2001; 20: 237-253.
8. Ravitz P. IPT-G for Social Phobia. Presented at the Group IPT Meeting, New York State Psychiatric Institute, New York, October 2002.
9. Stuart S, O'Hara MW, Blehar C. Mental Disorders associated with childbearing: Report of the biennial meeting of the Marce Society. *Psychopharmacology Bull* 1998; 34: 333-338
10. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord* 2000; 59: 13-21
11. Verdeli H, Clougherty KF, Bolton P, Speelman L, Ndogoni L, Bass J, Neugebauer R, Weissman MM: Adopting group interpersonal psychotherapy for developing country: Experience in rural Uganda. *World Psychiatry*. 2003; 2 (2): 114-120
12. Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdeli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, Speelman L, Ndogoni L, Weissman M. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003; 289 (23): 3117-24.

Motivaciono intervjuisanje

Šta je motivaciono intervjuisanje?

Savetnici i zdravstveni radnici u oblasti HIV-a utiču na razne oblike ponašanja svojih pacijenata koji mogu podrazumevati i seksualne aktivnosti, obelodanjivanje HIV statusa partnerima i porodicama, upotrebu kondoma, pridržavanje terapije, planiranje porodice, upotreba alkohola i drugih supstanci, vežbanje, dijetu i pušenje. Neki od ovih oblika ponašanja mogu biti međusobno povezani, kao što je zloupotreba alkohola i nepridržavanje terapije. Konsultacije pacijenata i zdravstvenih radnika koji se bave promenama ponašanja su, prema tome, uobičajene i evidentna je potreba za efikasnim interakcijama.

Motivaciono intervjuisanje su najpre razvili specijalisti psihijatri i psiholozi za programe intenzivnog lečenja koji su bili usredsređeni na pomaganje osobama sa bolestima zavisnosti da promene svoje ponašanje. Kratko motivaciono intervjuisanje (KMI) je adaptacija motivacionog intervjuisanja, napravljeno za upotrebu u opštim službama zdravstvene zaštite, u kratkim seansama od 5-10 minuta, koje mogu prerasti u duže konsultacije.

Na KMI ne treba samo gledati kao na niz tehnika i ne treba ga smatrati čarobnim štapićem kojim ćete naterati pacijenta da radi šta vi želite. KMI pristup može zahtevati značajni zaokret u odnosu lekara i klijenta ili pacijenta. Usvajanje duha i stila KMI, prema tome, važno je koliko i učenje specifičnih komunikacijskih veština. Lekar koji usvoji ovaj stil može otkriti da se njegov ili njen čitav pristup konsultacijama menja.

Ideja KMI

Ideja KMI se odnosi na paradigmu ili način sagledavanja realnosti u okviru koje su smeštene određena metodologija i specifične tehnike.

Saradnja

Lekari koji koriste KMI svoj odnos sa pacijentom vide kao partnerstvo u kome lekar i pacijent saraduju. Lekar je fokusiran na pacijenta u težnji da razume njegovu perspektivu ili viđenje realnosti i stvara atmosferu koja potpomaže promene. Ovo je u kontrastu sa pristupom koji konfrontira pacijenta sa ispravnim viđenjem realnosti iz lekarove perspektive i primorava pacijenta da prihvati ovo stanovište.

Izazivanje

Lekar koji koristi KMI veruje da pacijent ima potrebne unutrašnje resurse i motivaciju da se promeni, mada se može desiti da lekar mora da ih izazove ili pojača kroz rad na pacijentovoj percepciji, ciljevima i vrednostima. Ponovo, ovo je u kontrastu sa edukativnim pristupom koji pokušava da eksterno popravi pacijentovu percepciju, ciljeve i vrednosti, za koje se pretpostavlja da su u deficitu.

Autonomija

Lekar koji koristi KMI poštuje prava pacijenta da napravi sopstveni izbor kada je reč o promenama i stavlja odgovornost za promene u ruke pacijenta. Lekar vodi pacijenta kroz proces donošenja odluke, usmerava pacijenta ka zdravim izborima, ali ovo takođe oslobađa lekara nošenja tereta odgovornosti. Ovo je drugačiji pristup od onog gde lekar govori pacijentima šta moraju da rade i ako se njegov savet ne sledi oseća se povređeno, frustrirano, pa čak i ljuto.

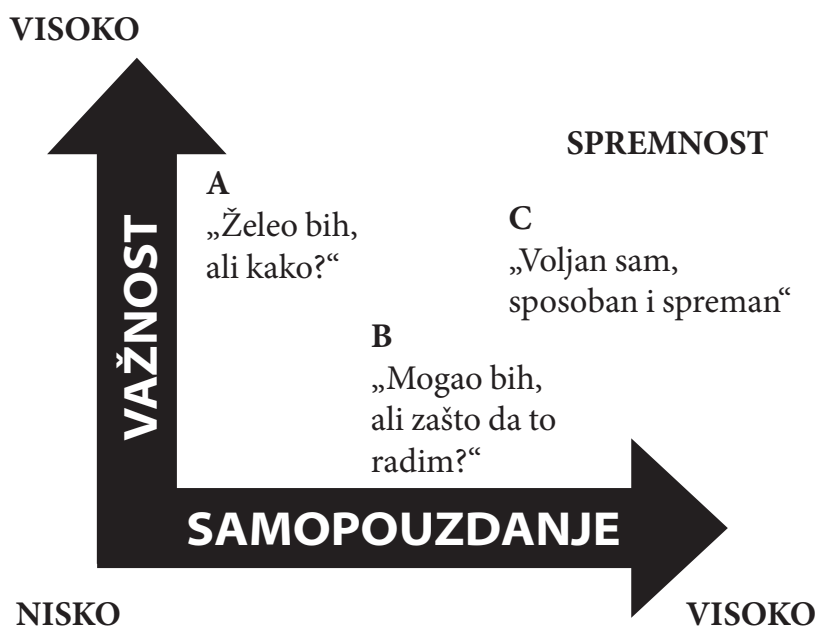
Principi KMI

Unutar gore pomenutog stanovišta lekar se dovodi u ravnotežu sa 4 osnovna principa koja definišu metodologiju.

Izražavanje empatije

KMI prepoznaje promene kao proces, a ne kao jedan događaj i individualno pacijenti mogu biti na različitim mestima (Slika 1). Ovaj krug nas podseća da neće svi pacijenti biti spremni na promene kada ih savetujemo i da uspešno savetovanje može dovesti do razumevanja gde se oni nalaze u tom krugu, kao i da olakša kretanje po istom. Krug nas takođe podseća da je vraćanje predvidljiv aspekt kod pokušaja promene i da se događa da se pacijenti koji su se uspešno promenili ponekad vrte unazad. Većina pacijenata biće u kontemplativnoj fazi gde doživljavaju unutrašnju ambivalenciju kada je reč o menjanju. Biće „dobrih razloga“ i „ne tako dobrih razloga“ za to da se ostane isti ili da se menja. Lekari se trude da razumeju i prihvate pacijentovo ubeđenje i osećanja iako se ne slažu uvek sa njima. Veštine reflektivnog slušanja su od vitalnog značaja.

Slika 1: Faze modela menjanja



Stvaranje razlika

KMI teži naglašavanju važnosti promene, praveći razliku između toga gde je pacijent danas, a gde bi želeo da bude, u skladu sa svojim sopstvenim ciljevima i vrednostima. Ovaj princip znači da je KMI način navođenja pacijenta da razmišlja o specifičnim promenama, ali da ne nameće lekarove sopstvene ciljeve i vrednosti. Ako se vešto uradi, pacijent će biti taj koji će predstaviti argumente za promenu, a ne lekar.

Podržavanje samoefikasnosti

Mnogi ljudi se bore sa verom u svoju sposobnost da se promene. Ustvari, neki ljudi mogu biti ubeđeni koliko je promena važna, ali se ne osećaju sposobnim ili su već probali, pa po svoj prilici nisu uspešli. Prema tome, neophodna je podrška i gradnja pacijentove vere u to da može da se promeni. Istovremeno, važno je i da lekar iskreno veruje da je promena moguća, jer klonulost duhom može biti zarazna, baš kao što je i ubeđenje da je pacijent u stanju da se promeni, ukoliko to i odluči.

Nošenje sa otporom pacijenta

KMI izbegava da etiketira ljude kao one koji pružaju otpor ili su nepredusretljivi, već se umesto toga otpor percipira kao proizvod samog međusobnog delovanja. Vešt lekar može smanjiti otpor prema promeni, dok ga manje vešt lekar može povećati. Na primer, direktno ubeđivanje, utemeljen savet i rasprava oko neke promene može zapravo imati suprotan efekat na pacijenta. Otpor je više znak da je potrebno napraviti promenu pravca ili pristupa, nego indikacija da treba izvršiti veći pritisak ili konfrontaciju.

Primeri KMI

Odeljak koji sledi ističe specifične tehnike i ilustruje ih primerima.

Postavljanje agende

Pre nego lekar započne diskusiju o specifičnom ponašanju, potrebno je dobiti dozvolu od pacijenata da su voljni da provedu vreme diskutujući baš taj aspekt. Moguće je da su uz neke teme povezani različiti oblici ponašanja, tako da pacijenta treba pitati o čemu je najspremniji da razgovara. Takođe, treba da postoji otvorenost prema pacijentovom predlaganju sopstvenih tema, koje se, posmatrano iz njegovog ugla, čine relevantnim.

Reflektivno slušanje

U početku je najvažnije da pacijent iznosi svoja viđenja u atmosferi poverenja i prihvatanja. Otvorena pitanja mogu se koristiti kako bi se pacijent ohrabrio da analizira i razrađuje svoja stanovišta.

Na primer:

*Lekar: „Koliko ja razumem, imate neke brige vezane za lekove.
Recite mi nešto o tome.“*

Lekar mora pažljivo da odgovori na ono što je rečeno kako bi potpomogao dalje pacijentovo razrađivanje i istraživanje teme. Reflektivno slušanje daje povratnu informaciju pacijentu, u formi izjave, da je lekar razumeo. Lekar pokazuje iskrenu radoznalost i interesovanje da razume šta pacijent misli i istovremeno ohrabruje upotpunjavanje onoga što je pacijent mislio.

Pacijent: „Ponekad se brinem da pijem previše.“

Lekar: „Prilično ste pili.“

Pacijent: „Ja iskreno ne mislim da je to mnogo. Mogu puno da popijem i da ne osetim.“

Lekar: „Više nego većina ljudi.“

Pacijent: „Da. Mogu mnoge da pobedim u tome.“

Lekar: „I to vas brine.“

Lekar može koristiti obimnije rekapitulacije o tome kako je razumeo ključne tačke intervjuja. Te rekapitulacije funkcionišu kao izjave reflektivnog slušanja, ali takođe dodaju strukturu i prelazne tačke u razgovoru.

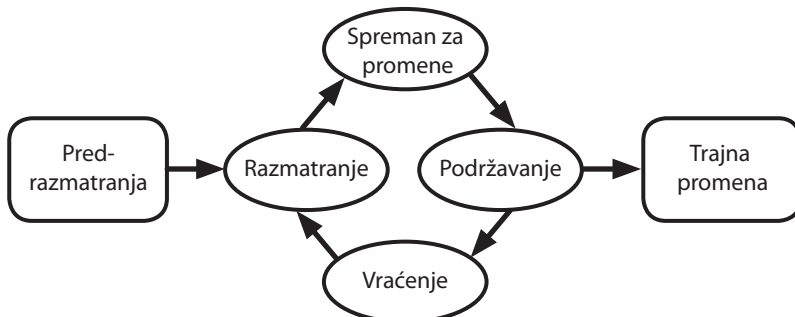
Razumevanje pacijentove spremnosti da se promeni

Za određeno ponašanje o kome se diskutuje, lekar teži da razume pacijentovu spremnost da se promeni, na primer, ako pacijent nikad nije razmišljao o tome da treba da se promeni (pred-razmatranje) on ima izmešana osećanja o promeni (razmatranje) ili je spreman da napravi promenu (akcija). Većina ljudi imaće različite stepene izmešanih misli i osećanja ili su ambivalentni kada je reč o promeni. U ovoj situaciji korisno je istražiti sve što postoji za i protiv ostajanja na istom ili za promenu. Važno je vrednovati i razumeti obe strane njihove ambivalencije.

Lekar: „Pričajte mi o vašoj upotrebi alkohola. Šta vam se tu dopada? (kasnije) Šta je na drugoj strani? Šta vas brine kada je reč o upotrebi alkohola?“

Kod nekih pacijenata lekar može ispitati koliko je važna promena i koliko poverenja pacijent ima u promenu (Slika 2)

Slika 2: Prikaz spremnosti na promene



Lekar: „Koliko je po vama važno da u ovom momentu uzimate anti-retroviralnu terapiju? Na skali od 0 do 10, gde je 0 da uopšte nije važno, a 10 je ekstremno važno, gde ste Vi?“

Lekar: „Koliko ste uvereni da ćete moći da izgurate ako odlučite da krenete sa anti-retroviralnom terapijom? Na istoj skali od 0 do 10, gde je 0 uopšte niste uvereni, a 10 da ste veoma uvereni, gde ste Vi?“

Nije neophodno koristiti skalu ako će pacijent imati problema sa ovim konceptom. Ako situacija dozvoljava, odgovori se mogu koristiti da se izmami dalji razgovor o promeni.

Na primer, kada je reč o uverenju:

Lekar: „Zašto ste rekli 3, a ne 0?“

Lekar: „Šta je potrebno da sa 3 pređete na 6?“

Pažljiva razmena informacija

Informacije treba razmenjivati na neutralan način. Lekar treba da izbegava da propisuje šta pacijent treba da radi sa informacijama. Lekar treba da ima razumevanja za prethodno pacijentovo znanje kao i za obim i tip informacija koje njega ili nju zanimaju. Tehnika koja se može koristiti je *izmami-pruži-izmami*. U početku lekar treba da izvuče iz pacijenta interesovanje za informacije i volju da sazna više, posle toga se informacije razmenjuju na neutralan način i na kraju, lekar od pacijenta izvlači reakciju na informaciju. Ovaj poslednji korak zahteva od pacijenta da razume i obradi informacije u smislu primenljivosti na sopstvenu situaciju i kako može iskoristiti tu informaciju.

Lekar: (izvlači) „Da li ste zainteresovani da prodiskutujemo kako se uzima anti-retroviralna terapija?“

Pacijent: „Da, to bi bilo dobro.“

Lekar: (pruža) „Pa, jedna od stvari koju smo saznali iz istraživanja je to da, ako želi da terapija bude efikasna, pacijent mora da uzima više od 95% tableta. To znači, na primer, da ako uzimate tablete dva puta dnevno dve nedelje možete propustiti samo jednu dozu. Takođe znamo da se ljudi suprotstavljaju redovnom uzimanju tableta i

često uspevaju da uzimaju samo polovinu od onoga što bi trebalo. (izvlači) Kako mislite da se možete nositi sa ovim?“

Pacijent: „Pa, zvuči teško, ali mogu zamoliti ćerku da me podseti.“

Priznavanje izazova koje nose promene

Promena je često kompleksnija nego što lekar misli. Na primer, odvikavanje od pušenja može da zahteva značajne promene socijalne mreže osobe i načina prevladavanja. Lekar ne sme da potceni teškoće sa kojima se ljudi suočavaju kod uspešnog menjanja, ali u isto vreme treba pohvaliti ličnu odlučnost osobe da prevaziđe ove izazove. Većina ljudi ima atribute koji idu u korist uspešnih promena koje su pokazali u nekim drugim situacijama.

Lekar: „Šta je to što ti poseduješ, koje su jake tačke koje imaš, a koje ti mogu pomoći da uspešno izvedeš promene?“

„Brainstorming“ tehnika (nasumično izbacivanje misli i ideja)

Kada su ljudi spremni da naprave promenu prosto dolazite u iskušenje da isпустite uzdah olakšanja i upadnete u zamku da im govorite šta da rade. „Brainstorming“ je, međutim, tehnika generisanja kreativnih ideja kroz saradnju, što dozvoljava pacijentu da doprinese mogućem praktičnom rešenju. Neke ideje kasnije mogu biti odbacene kao nepraktične i nerealne.

Lekar: „Dakle, razmišljali smo o tome da potražimo podršku od tvoje ćerke i koristimo kutiju za lekove (sa pregradama za svaki dan). Postoji li još nešto čega se možete setiti, a što bi moglo da Vam pomogne da se setite da uzmete lekove?“

Pacijent: „Pa, veoma sam revnosan u pranju zuba svako jutro, tako da možda probam da ih uzimam u to vreme i možda ih držim u kupatilu.“

Lekar: „To ne bi bilo loše. Da li vam još nešto pada na pamet? Šta je sa uzimanjem lekova uveće?“

Pacijent: „Pa, svako veče pijem kafu, možda bih to mogao sa tim da povežem.“

Kada se generiše određeni broj mogućih rešenja, lekar i pacijent mogu odabrati jedno koje ima najviše izgleda da uspe i razjasniti ga tako da postane konkretno i specifično i da se može sprovesti.

Diskusija

Obuka drugih lekara za KMI neizbežno uključuje ohrabrivanje promene ponašanja kod onih lekara koji žele da motivišu svoje pacijenta da promene sopstveno ponašanje! Prema tome, važno je da pristupi u obuci demonstriraju i probude isti duh i principe kao i KMI. Lekari koji obučavaju druge treba da izbegavaju da budu defanzivni ili pak da previše pritiskaju one koji se preispituju ili pokazuju otpor neke vrste.

Posle početne radionice važno je ponuditi kontinuiranu podršku. Idealno mesto bi bilo radno okruženje osobe. Međutim, kontinuirano modeliranje i simulacija na nekom drugom mestu takođe može biti korisno.

Reference i izvori

1. Rollnick S., Mason P., Butler C., Health behaviour change: A guide for practitioners. London: Elsevier Science Ltd 1999.
2. Miller W., Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing people for change(2nd edition). London: Guilford press 2002.
3. Allison J., Rollnick S., Butler C., Health behaviour change: A selection of strategies and an aid for trainers. Cardiff: Media Resources centre, University of Wales 2001.
4. Adamian M., Golin C., Shain L. And DeVellis B. Brief Motivational Interviewing to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: Development and Qualitative Pilot Assessment of an Intervention. AIDS Patient Care and STDs. 18(4), 2004.
5. The behaviour change counselling Index (BECCI): Manual for coding behaviour change counselling University of Wales College of Medicine 2002. Available at http://www.cardiff.ac.uk/medicine/general_practice/csu
6. <http://www.motivationalinterview.org>
7. <http://www.sahealthinfo.org/>

Kognitivno-bihevioralna terapija

Šta je kognitivno-bihevioralna terapija?

Kognitivno-bihevioralna terapija je u početku razvijena za lečenje depresije, ali sada se koristi i za lečenje anksioznih poremećaja i ostalih problema. To je psihološka intervencija koja naglašava ulogu mišljenja (negativno razmišljanje, anksiozno razmišljanje itd.) u održavanju depresije ili drugih problema. Pomažući osobi da identifikuje i modifikuje disfunkcionalne misli, savetnik može pomoći osobi da poboljša svoje raspoloženje i promeni svoje ponašanje. Smatra se da negativno razmišljanje koje se primećuje kod depresije počinje sa *pretpostavkama* koje se razvijaju u detinjstvu. Dok neke od ovih pretpostavki mogu biti od pomoći i uspešno usmeravaju ponašanje, neke druge pretpostavke mogu biti manje korisne i mogu dovesti osobu do toga da lošije prevladava situacije u kojima se suočava sa kritikizmom i razočarenjem. U tim slučajevima osoba može razviti *negativne automatske misli*, koje utiču na raspoloženje i pomažu razvoj budućih negativnih automatskih misli. U toj tački osoba može razviti set *kognitivnih distorzija* poznatih kao *kognitivna trijada*: negativan stav o sebi, sadašnjosti i budućnosti.

Kod kognitivno-bihevioralne terapije savetnik pomaže osobi da prepozna modele nezdravog razmišljanja, lošeg raspoloženja i disfunkcionalnog ponašanja. Savetnici sistematično diskutuju o ovim modelima razmišljanja i ponašanja i pažljivo planiraju praktične zadatke koji će pomoći osobi da promeni svoje nezdrave misli i disfunkcionalno ponašanje. Lečenje se većinom zasniva na korišćenju sadašnjosti i naglašavanju pomaganja ljudima da razviju način mišljenja i veštine koje će poboljšati njihove sposobnosti za prevladavanje. Svi aspekti kognitivno-bihevioralne terapije su otvoreni i diskutuju se sa individuum, savetnik je saradnik koji pomaže planiranje strategije za borbu sa specifičnim problemima. Savetnici koji primenjuju kognitivno-bihevioralnu terapiju često koriste materijale za čitanje, samopomoć, knjige za samoinstrukciju kako bi dopunili sadržaj terapijske seanse.

Terapija je vremenski ograničena, obično traje oko 10 do 20 seansi i savetnik i klijent postavljaju jasne ciljeve na početku.

Kratak pregled pristupa kognitivno-bihevioralne terapije nalazi se ispod.

Kognitivno-bihevioralna terapija za depresiju

Prvi korak je procena prirode postojećih žalbi i identifikovanje terapijskih ciljeva. Savetnik i klijent će razjasniti trenutne teškoće opisujući kada su počele, kako su se razvile i kakve su buduće posledice. Takođe će ispitati sadržaj negativnih misli osobe. Ostali praktični problemi (finansijski, poslovni, oni vezani za decu ili porodicu itd.), problemi u vezi ili dugotrajni lični problemi takođe će biti identifikovani. Sledeća faza je uključivanje identifikovanih problema u proces terapije. Savetnik će potom diskutovati o stvarima kao što su broj seansi i njihova učestalost, priroda zadataka koji će se raditi kod kuće i komponente terapije. Ovo uključuje identifikovanje začaranog kruga negativnog razmišljanja i lošeg raspoloženja, mogućnost promene negativnih misli i voljnosti osobe da se uključi u terapiju.

Lečenje će početi sa domaćim zadatkom koji zahteva od klijenta da prati aktivnosti i raspoloženje i da prati negativne automatske misli. Ovo su misli koje se ponekad javljaju u formi razgovora sa samim sobom koji se događa bez nekog posebnog podsticaja. Mogu da prate loše raspoloženje i da daju neke ideje o uverenjima i očekivanjima koje osoba ima i koje se nalaze ispod takvih misli. Terapijske seanse će često podrazumevati uspostavljanje agende za seansu, sagledavanje događaja od prethodne seanse uključujući i pregled zadatka urađenog kod kuće, a potom fokusiranje na specifične teme koje proizlaze iz domaćeg zadatka i povratne informacije od prošle nedelje. Mogu se koristiti razne strategije kao što su kognitivne strategije (tehnika odvlačenja pažnje), bihevioralne strategije (aktivnosti praćenja, povećavanje prijatnih aktivnosti, uvećavanje izlaganja, stepenovani domaći zadaci), kognitivno-bihevioralne strategije (identifikovanje negativnih automatskih misli, preispitivanje negativnih pretpostavki, bihevioralni eksperimenti) i preventivne strategije

(identifikovanje pretpostavki i suočavanje sa njima, korišćenje neuspeha i planiranje budućnosti).

Kognitivno-bihevioralna terapija za anksioznost i paniku

Kada se radi o depresiji, početna procena će pomoći razjašnjavanju prirode problema, uključujući situacije, specifične karakteristike, telesne reakcije, misli i ponašanje. Detaljne situacije koje pogoršavaju ili pomažu rešavanju problema, kao i detalji o tome kakve se situacije ili aktivnosti izbegavaju, su deo inicijalne procene.

Seanse će, kao u slučaju lečenja depresije, uključiti postavljanje agende za seanse, razmatranje događaja od prošlog sastanka, diskutovanje o domaćim zadacima i fokusiranje na specifične probleme i tehnike. Tehnika odvlačenja pažnje, raspored aktivnosti, suočavanje sa automatskim mislima, korišćenje bihevioralnih eksperimenata i suočavanje sa izbegavanjem se mogu koristiti. Tehnike relaksacije takođe mogu povećati osećaj osobe da kontroliše sopstvene simptome.

Prikaz slučaja

Miroslav je 38-godišnji muškarac koji je saznao za svoju HIV infekciju pre tri godine. Trenutno nije u vezi i njegova poslednja značajna veza bila je sa partnerkom koja je umrla od AIDS-a pre četiri godine. Miroslav je saznao da je pozitivan kada je otišao na testiranje, godinu dana posle partnerkine smrti. Miroslav se bojao da će umreti na sličan način, a nije imao nikoga da brine o njemu. Njegova majka je umrla pre mnogo godina, a članovi njegove bliske familije su bili siromašni i živeli su u kolibama ili kućama bez odvojenih soba za članove porodice, posebno ne za bolesnu osobu. Miroslav je nedavno počeo sa ART-om, ali kako se njegovo zdravlje poboljšavalo on se osećao beznadežnije i imao je redovne periode lošeg raspoloženja kada je izbegavao da se viđa sa drugima i ostajao bi u krevetu danima. Kada bi izašao iz ovog stanja ušao bi u fazu konzumiranja alkohola i marihuane. Kod njega su počeli da

prevladavaju periodi tuge i izbegavanja ljudi. Zdravstveni radnik na klinici gde je Miroslav primao terapiju za HIV primetio je da se njegovo stanje pogoršava i uputio ga je savetniku koji je primenio kognitivno-bihevioralnu terapiju.

Posle procene, Miroslav i savetnik složili su se da se fokusiraju na loše raspoloženje i izbegavanje kontakta sa ljudima. Kada su diskutovali o faktorima koji su doprineli Miroslavljevom lošem raspoloženju postalo je jasno da je osećao krivicu što nije pružio bolju negu preminuloj partnerki i što je dozvolio da umre, a da nije pozvao njenu porodicu. Osećao se promašeno zbog dobijanja HIV infekcije, a dalje osećao je da nije uspeo u životu jer je bio nezaposlen i nije mogao da izdržava svoju decu. Miroslav i savetnik složili su se da počnu da prate njegovo raspoloženje, misli i ponašanje i postalo je jasno da su njegova osećanja o smrti partnerke još uvek jaka i doprinose automatskom krugu negativnih misli, kada god bi krenuo da pravi planove ili se zainteresuje za nešto. Slično, njegova osećanja prema sopstvenom telu obojena HIV-om doprinela su negativnim automatskim mislima koje se tiču njegovih kapaciteta da preživi i izbori se sa životnim problemima.

Miroslav je počeo da se suočava sa svojim negativnim mislima istražujući druga objašnjenja i sagledavajući činjenice kako se situacija razvijala. Postepeno, Miroslavu je postalo jasno da je njegova uloga u pronalaženju nekoga da brine o njegovoj partnerki i obaveštavanju njene porodice o njenoj bolesti bila pozitivnija nego što je on mislio. Takođe je bio u stanju da prepozna osećanje besa prema svojoj partnerki, kao i osećanje olakšanja kada je konačno umrla. Miroslav je počeo da preispituje da li ga je HIV infekcija na kraju krajeva učinila tako lošom osobom. Suočavanje sa svojim automatskim mislima o sopstvenoj odgovornosti za dobijanje HIV infekcije pokazalo mu je mnoge primere ljubaznosti prema drugima i voljnosti da pomogne ljudima koji imaju probleme. Počeo je da se priseća prilika kada su mu drugi ljudi bili zahvalni, želeli da se vide sa njim i prosto ga prihvatili takvog kakav je bio. Miroslav je mogao da prepozna obrasce sve-ili-ništa razmišljanja (ako ne mogu da postignem bar nešto, totalno sam propao) i generali-

zacija (ova mala greška pokazuje da je ceo moj život katastrofa). Miroslav je takođe počeo da prepozna da njegov trenutni način života ne uključuje nikakvo uživanje ili stimulativne aktivnosti, pa je počeo da pravi listu i istražuje moguće izvore zadovoljstva, sam ili sa drugima. Ovo je podrazumevalo ponovni odlazak u crkvu, viđanje prijatelja radi socijalnog kontakta, a kasnije i razmatranje mogućnosti priključivanja nekoj grupi za samopodršku osoba sa HIV infekcijom. Kada je počeo da se socijalizuje i susreće ljude kroz program podrške, otkrio je da su drugi krenuli na dalje obuke i posle izvesnog oklevanja odlučio je da krene na kurs i nadogradi svoje veštine. Do kraja terapije, četiri meseca kasnije, Miroslav je bio sposobniji da se izbori sa svojim lošim danima i raspoloženjima prepoznajući i činjenice koje su do toga dovele i svoje automatsko negativno razmišljanje. Počeo je više da brine o sebi u smislu dijete i redovnog vežbanja, i počeo je da se oseća sigurnije kada je reč o sposobnosti da se izbori sa socijalnim situacijama i sopstvenim šansama da u budućnosti nađe posao.

Diskusija

Slučaj Miroslava ilustruje kako čak i dugotrajne teškoće mogu biti rešene kratkom intervencijom. Rad na nerešenim pitanjima vezanim za smrt njegove partnerke dao mu je podstrek da ispita sopstvena osećanja o sebi i svojoj budućnosti. Kognitivno-bihevioralni pristup pomogao je Miroslavu da pronađe načine da se izbori sa svojim lošim raspoloženjem, nesigurnošću u vezi budućnosti i modela negativnih misli koje je imao u prošlosti.

Reference i izvori

1. Gilbert P (2000) *Overcoming Depression – A Self Help Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*. London, Robinson.
2. Greenberger D Padesky C (1995) *C (1995) Mind Over MOOD – Change how you feel by changing the way you think*. New York, The Guildford Press
3. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D (1990) *Cognitive Behaviour Therapy*
4. *For Psychiatry Problems – A Practical Guide*. Oxford. Oxford University Press

Suportivna psihoterapija

Šta je suportivna psihoterapija?

Termin «suportivna psihoterapija» opisuje dve različite vrste intervencija. Prva je kratka intervencija koja se može ponuditi zdravim osobama koje su pretrpele akutnu traumu ili krizu kao što je gubitak. Druga je dugotrajniji tretman koji se primenjuje kod osoba sa kontinuiranim, ozbiljnim problemima kod kojih je suportivna psihoterapija, za razliku od ostalih oblika terapije, terapija izbora. Podrška predstavlja komponentu svih oblika psihoterapije (uključuje redovne dolaske, osećaj pouzdanosti, pažljivost savetnika u odnosu na klijenta kako bi se stvorilo radno partnerstvo), dok kod suportivne terapije podrška kao takva predstavlja osnovno sredstvo intervencije. Suportivna psihoterapija se radije bavi održavanjem nego radikalnim promenama, koristi razmatranje pre nego interpretaciju ili usmeravanje i najčešće se odvija manje od jedanput nedeljno (dvo-nedeljno, mesečno ili ređe).

U određenom okruženju, naročito kada se radi o osobama sa hroničnim fizičkim poremećajima, kao i sa poremećajima mentalnog zdravlja, pružanje suportivne psihoterapije može se pokazati efikasnim tamo gde nisu uspeli drugi oblici terapije.

Tehnike suportivne psihoterapije uključuju sledeće:

Držanje i čuvanje

„Držanje“ deluje kao sigurni „kontejner“ za strahove, stres i krivicu koji utiču na pacijenta. Ono podrazumeva sposobnost da se „ne radi ništa“, koja je drugačija od pronalaženja mirne tačke u haotičnom svetu samoće i borbe. Za neiskusnog savetnika možda neće uvek biti lako da donese ovu minimalističku odluku i izbegne iznalaženje novih predloga za akciju. Savetnik će takođe poslužiti kao „kontejner“ u vreme krize i ponuditi češće dolaske ako je potrebno. Poboljšanje u procesu prevladavanja ili smanjenja stresa može dove-

sti do proređivanja dolazaka ili prekida kontakta, ali sa mogućnošću povratka ako je potrebno.

Aktivan i realan savetnik

Savetnik može biti spremniji da otkrije neke sopstvene poglede nego što je slučaj kod nekih drugih oblika terapije, čak može i da odgovori na neka lična pitanja. Ovo može pomoći da se normalizuju pacijentova iskustva. Samootkrivanje može ukazati pacijentu da se terapeut suočavao sa sličnim problemima koje je prevazišao, tako da to pomaže normalizaciji pacijentove reakcije. Korišćenje humora može na neki način doprineti uvažavanju pacijentovog iskustva.

Pozitivno ponovno osnaživanje

Pohvala i pozitivni komentari o pacijentovom iskustvu ili volji za prevladavanjem se mogu upotrebiti kako bi se izbalansirala česta ispoljavanja pacijentovog niskog samopoštovanja ili neuspeha koji su diskutovani kroz seanse.

Pozitivan pristup otporu

Ovo može podrazumevati korišćenje terminologije kako bi se opisala bolna i teška osećanja, upotrebu tehnika kao što su relaksacioni treninzi za smanjenje tenzije, a može i da se dozvoli distanciranje, čak i negiranje u svrhu prevladavanja bolnih osećanja, bar na kratko vreme.

Prevladavanje

Terapeutski fokus je na „ovde-i-sada“ i fokusira se na pacijentove trenutne teškoće. Terapeut pokušava da pronađe načine da pomogne pacijentu da se izbori sa njima na što manje stresan i destruktivan način. Ovo obično znači imati skromne ciljeve. Osobama sa HIV-om može se pomoći da priznaju teškoće izazvane lošim stanjem, umorom ili redovnim uzimanjem terapije. Ovo pruža pacijentu

mogućnost da se oseća manje odgovornim za svoju nesposobnost da se oseća srećno ili zadovoljno.

Paradoks i ponovno zaokruživanje

Paradoks se odnosi na kontrast između onoga što se očekuje ili misli da je moguće i onoga što se ustvari desilo. Terapeut može naglasiti pacijentu da je sastanak sa pacijentovim šefom, zbog koga je pacijent imao veliku tremu, rezultirao uglavnom pohvalama. Pozitivno ponovno zaokruživanje podrazumeva nalaženje pozitivnih aspekata situacije koju je pacijent u početku smatrao potpuno negativnom. Pozitivno ponovno zaokruživanje se može koristiti kao veština prevladavanja. Ponovno zaokruživanje bi značilo, kod stresa, na primer, da uprkos tome što je osoba anksiozna i boji se, ona može da izdrži i suoči se sa teškim situacijama, a ne da beži od njih.

Transfer i kontratransfer

Pozitivan transfer je važan kod suportivne terapije, bez potrebe za izričitim tumačenjem tog transfera. Savetnik takođe mora da prati sopstveni kontratransfer, pošto fleksibilnost terapije može uticati na to da savetnik izgubi iz vida granice do kojih može ići.

Prikaz slučaja

Marija je 39-togodišnja žena koja je otkrila da je HIV pozitivna pre dve godine, nakon što je dobila ozbiljnu dijareju i gubitak težine. Bila je veoma potresena kada je otkrila svoj HIV status za koji je pretpostavila da je posledica nezaštićenog seksualnog kontakta od pre nekoliko godina. Njenog zdravstvenog radnika je počelo da brine njeno plakanje i izloženost stresu, koje se pogoršalo tokom prethodnih 18 meseci, iako se njeno zdravstveno stanje poboljšavalo zbog upotrebe anti-retroviralne terapije. Stručnjak za mentalno zdravlje dijagnostikovao je distimiju sa promenljivim raspoloženjem, niskim stepenom samopouzdanja i poremećenim

odnosima sa muškarcima. Marija nije otkrila svoj HIV status svojoj majci, niti bilo kome od rođaka i plašila se mogućnosti da se razboli i da mora da otkrije svoje stanje porodici.

Stručnjak za mentalno zdravlje je prodiskutovao sa Marijom svoj stav o problemima, naglašavajući da ona nije depresivna u smislu da su joj potrebni antidepresivi - jasno je da je nesrećna i bori se sa velikim brojem kompleksnih problema, što je sve povezano sa HIV-om, kao i sa problemima iz ranijeg života. Savetnik je naglasio da je voljan da se redovno sastaju, kako bi joj pomogao da pronade način da se izbori sa situacijom.

U početku, Marija je bila jako potresena na seansama, ali je osećala da je savetnik prihvata kao osobu bez obzira na njen HIV status. On joj je dao pozitivne komentare o tome kako mu se čini da je uspela da uspostavi samokontrolu usred njene teške situacije. Postepeno, Marija je mogla da razgovara sa svojom porodicom o svom HIV statusu i bila je iznenađena njihovom veoma podržavajućom reakcijom. Savetnik je prokomentarisao kako je dobro podnela otkrivanje svog statusa i pitanja koja su postavljali članovi njene porodice. Marija je bila veoma zabrinuta oko nuspojava anti-retroviralne terapije, pa joj je savetnik dao neke informacije i pamflete i uputio je u lokalnu NVO, gde je mogla da postavlja konkretna pitanja o svojoj terapiji. Marija je iskoristila ove sugestije i imala je više samopouzdanja da diskutuje sa svojim lekarom o lekovima sa kojima nije bila zadovoljna. Takođe je pričala o svojim prethodnim neuspešnim vezama i kako su njeni zahtevi i nesigurnost doprineli problemu.

Tokom šest meseci terapije započela je vezu sa jednim čovekom i bila je u stanju da mu otkrije svoj HIV status. Savetnik je ponudio da se susretne sa Marijom i njenim partnerom da prodiskutuju sva pitanja oko kojih imaju neke sumnje, tako da su imali dve zajedničke seanse. Diskutovali su o riziku da Marijin partner dobije HIV infekciju, i o njegovoj zabrinutosti oko lečenja i lekarskih prognoza. Marijina veza je nastavila da se razvija uprkos povremenim teškoćama koje su bile teme za diskusiju u terapiji. Posle svake seanse, savetnik je pitao Mariju kada želi da zakaže sledeći susret. Posle godinu dana rešili su da završe terapiju, ali ostala je mogućnost da se ponovo javi.

Diskusija

Marija je na početku dobila jasne informacije o tome koji oblici pomoći joj stoje na raspolaganju, kao i o njenim naporima da se izbori sa otkrivanjem svog statusa i strahovima od neželjenih efekata terapije. Savetnik je primio k znanju teškoće koje ona ima sa partnerom i naglasio Mariji kako je ona, uprkos problemima, u stanju da se suoči sa njima uspešno. Savetnik je uspostavio redovne termine dolaska kako bi obezbedio postojanost i stabilnost – nešto što Marija nikada nije doživela. Tokom seansi Marija je mogla da izrazi svoju teskobu, ali i da nauči da vidi svoje sopstvene pozitivne aspekte. Ponuda savetnika da se sastane i sa Marijinim partnerom je deo savetnikovog prepoznavanja Marijinih potencijalnih problema sa novim partnerom. Na sastancima je partner mogao da postavlja pitanja vezana za Marijinu bolest oko kojih je ona bila zabrinuta. Fleksibilna priroda sastanaka omogućila je Mariji da sama određuje učestalost. To joj je vratilo osećanje da ima kontrolu nad kontaktom sa savetnikom i izvesnu kontrolu nad lečenjem HIV infekcije.

Reference i izvori

1. Bloch S (1995) Supportive Psychotherapy. In: Introduction to the Psychotherapies. Oxford, Oxford University
2. Conte H (1994) Review of Research in Supportive Psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 48 494-504
3. Holmes J (1995) Supportive Psychotherapy – The Search for Positive Meanings. British Journal of Psychiatry, 167, 439-445.
4. Rockland L (1993) A Review of Supportive Psychotherapy. Hospital and Community Psychiatry, 44, 1053-1060
5. Winston A, Pansker H, McCullough L (1986) Overview of Supportive Psychotherapy. Hospital and Community Psychiatry, 37, 1105-1114.

Psihoterapeutske intervencije kod tugovanja

Šta je tugovanje?

Tugovanje je univerzalni doživljaj, ali manifestacije tugovanja su pod uticajem mnogih faktora: okolnosti smrtnog slučaja, prirode odnosa između ožalošćenog i preminulog, ličnosti ožalošćenog i socijalnih, kulturoloških i socijalnih okolnosti pogođene osobe. Većina ožalošćenih osoba doživljava psihološki stres i socijalnu disfunkciju, a manji broj osoba pati od značajnih i teških poremećaja psihološkog i socijalnog stanja.

Tugovanje se može shvatiti kao proces adaptacije na gubitak. Prema tome, to je dinamični fenomen više nego statičan događaj. Iz tog razloga pripremanje za umiranje i žaljenje zbog smrti drugog se odvija kroz određeni broj „faza“: poricanje, bes, nagađanje, depresija i prihvatanje ili „faze“ kao što su utrnulost, ljutnja, očaj i reorganizacija.

Koncept „zadaci tugovanja“ podrazumeva:

- ❖ Prihvatanje realnosti gubitka
- ❖ Rad na bolu koji nosi tugovanje
- ❖ Navikavanje na okruženje bez preminule osobe i
- ❖ Emocionalno odvajanje od preminule osobe

U praksi, ne reaguje svako na gubitak na predvidljiv način i jasno je da opis procesa normalnog tugovanja pruža samo idealni model procesa. Neki psihološki i sociološki faktori doprinose izražavanju tuge, uključujući bliskost sa preminulom osobom, prirodu odnosa sa ožalošćenim, uključujući i prisustvo ambivalencije i konflikta, način kako je neko preminuo, prethodno iskustvo gubitka, ličnost ožalošćenog i prirodu dostupne podrške.

Osobe ožalošćene zbog AIDS-a će verovatno doživeti više gubitaka inficiranih članova njihovog društvenog kruga. Kao dodatak gore pomenu-
tom, gubitak povezan sa AIDS-om je specifičan zbog stigme vezane za bolest, kumulativnog efekta, hronične i epizodične prirode bolesti.

Ožalošćeni koji imaju AIDS mogu doživeti veći stres kada izgube nekoga nego oni koji su HIV negativni. Smrt zbog AIDS-a je bolni podsetnik eventualnog ishoda bolesti za osobe sa AIDS-om. Bez obzira na HIV serostatus, osobe koje dožive višestruki gubitak često prijavljuju rezignaciju, osećaj izgubljene budućnosti, gubitak zajednice, gubitak saputnika sa kojim bi ostario, osećaj preplavljujućeg stresa, osećaj nesigurnosti u vezi budućnosti, stida i osuđivanja.

Psihološke posledice gubitka povezanog sa AIDS-om reflektuju se kroz simptome traumatskog stresa, povećanu upotrebu prepisanih lekova, poremećaje spavanja, depresiju i suicidalne ideje. Broj gubitaka je direktno povezan sa ozbiljnošću simptoma tugovanja, opsesivnošću preminulom osobom i traženjem preminulog.

Šta se može učiniti da se pomogne ožalošćenom?

Većina osoba koja doživi uobičajeno tugovanje ne traži pomoć stručnjaka i većina studija pokazuje da stručna intervencija kod normalnog tugovanja obično ne pomaže. Ali, u kontekstu HIV infekcije, osobe mogu biti u kontaktu sa zdravstvenim stručnjacima, kao i sa socijalnim radnicima koji mogu biti u poziciji da ponude podršku onima koji tuguju. Oni takođe mogu uputiti članove porodice kako mogu da podrže jedni druge. Deset principa podrške ožalošenima koji prolaze kroz proces tugovanja opisani su ispod:

- ❖ Pomoći osobi da izrazi svoja osećanja, na primer ohrabrujući je da opiše smrt, okolnosti koje su dovele do smrti, ono što se dešavalo posle toga
- ❖ Pomoći osobi da prepozna i izrazi osećanja, naročito bes i krivicu, naročito ako se čine neprihvatljivim
- ❖ Pomoći osobi da prihvati život bez preminule osobe, što može uključiti donošenje odluka i promene, bez osećaja paralisnosti potrebom da se pogodi šta bi preminula osoba uradila ili očekivala
- ❖ Pomoći osobi da se emocionalno odvoji od preminule osobe, naročito uzimajući u obzir uspostavljanje novih veza

- ❖ Ohrabriti osobu da dâ sebi neko vreme za tugovanje, priznajući da ceo proces zahteva vreme i omogućiti ožalošćenom da to uradi na svoj način
- ❖ Uveriti ožalošćene da su njihova osećanja normalna, tako da se ne osećaju kao da gube razum zbog doživljenog
- ❖ Uzeti u obzir mogućnost individualnih razlika kod uveravanja pacijenta u normalnost mogućih reakcija i načina prevladavanja
- ❖ Obezbediti pristup dugoročnijoj podršci slabijeg intenziteta
- ❖ Oceniti pacijentove načine prevladavanja, naročito korišćenje potencijalnih maladaptivnih metoda (oblik mehanizma samo-odbrane), kao što je zloupotreba alkohola
- ❖ Ohrabriti sprovođenje rituala žaljenja
- ❖ Ako osoba razvije ozbiljnu depresiju i nije u stanju da se brine o sebi, obavlja dnevne aktivnosti ili se oseća suicidalno nakon dugog perioda tugovanja, može biti potrebna i kombinacija psihološke i farmakološke intervencije. Treba naglasiti da ono što se smatra normalnim „trajanjem“ tugovanja varira u različitim okruženjima.

Psihološke intervencije koje mogu biti od pomoći kada se tugovanje isprepliće sa psihijatrijskom bolešću ili prolongiranim psihološkim stresom su:

- ❖ Grupna ili individualna biheviornalne terapija, uključujući „usmereno tugovanje“
- ❖ Individualna psihodinamična psihoterapija tugovanja

Ostale psihosocijalne intervencije za složenije slućajeve tugovanja podrazumevaju korišćenje neformalne socijalne podrške i struktuirisanije grupe za podršku. Ove grupe često dopiru do osoba koje možda nisu u kontaktu sa stručnim službama (videti modul 4 - Psihosocijalne grupe za podršku kod antiretroviralnog (ARV) programa terapije)

Prikaz slučaja

Ana je 41-ogodišnja žena sa HIV infekcijom u poodmakloj fazi. Ona se brinula o svom sinu Zoranu koji je umro od komplikacija povezanih sa HIV-om pre pet godina. Zoran je imao sedam godina kada je umro. Ana se osećala odgovornom za Zoranovu HIV infekciju i svakoga dana je krivila sebe za njegovu smrt. Sama Ana je bila relativno zdrava i to je pojačavalo njeno osećanje krivice. Ana je zadržala Zoranove stvari i njegovu sobu u istom stanju u kakvom je bila dok je bio živ i ništa njegovo nije bacila. Posećivala je Zoranov grob svakog meseca na dan njegove smrti i nastavila da nosi fotografiju preminulog sina svuda sa sobom, gledajući u nju više puta dnevno i pre nego što bi otišla na spavanje. Plakala je svaki put kada bi pogledala u fotografiju.

Anu je upućena specijalisti za mentalno zdravlje kada je lekar koji je brinuo o njoj saznao da Ana želi da prekine svoju antiretroviralnu terapiju. Ana je smatrala da ne zaslužuje da bude zdrava. Iako je u početku bila neraspoločena za odlazak specijalisti za mentalno zdravlje, Ana je na kraju ipak pristala. Odlazila je tri meseca svake nedelje, a kasnije svake dve do tri nedelje. Na početku, seanse su bile fokusirane na opis bolesti i Zoranove smrti, temom koja je bila povezana za Aninim intezivnim stresom. Bilo je lako prepoznati njen osećaj krivice, ali joj je više vremena trebalo da prepozna ljutnju koju je osećala prema Zoranu što ju je ostavio samu i nesrećnu. Sledeća faza terapije bavila se istraživanjem načina koji će omogućiti Ani da uživa i da se zainteresuje za sopstveni život bez potpunog odustajanja od razmišljanja i uspomena na sina.

U početku Ana je bila u stanju da provede par minuta svaki dan radeći nešto sa uživanjem i bila je iznenađena kada je otkrila da se ne oseća neprijatno kada to radi. Istovremeno, savetnik se bavio analizom ponašanja koje je održavalo Aninu tugu, kao što su veoma česte posete groblju, nepromenjen raspored u Zoranovoj sobi. Konačno Ana ih je poklonila jednoj AIDS dobrotvornoj organizaciji, međutim nije bila spremna da smanji broj poseta groblju. Ona i savetnik nastavili su da diskutuju o ovim posetama i šta one

znače Ani. Do kraja terapije Ana je odlučila da nastavi sa anti HIV lečenjem i počela je da traži posao. Takođe je odlučila da potraži podstanara, jer je shvatila da joj nije potreban sav prostor koji je imala dok joj je sin bio živ. Nastavila je da nosi sliku svoga sina u tašni, ali se intezitet tuge koji je osećala dok je gledala fotografiju ipak polako smanjivao.

Diskusija

Ovaj slučaj pokazuje kako kombinacija aktivnih napora može biti efikasna kod nečega što izgleda kao fiksirano i hronično tugovanje. Lekar je pomogao Ani da proživi stresni događaj pod okriljem sigurnog i poverljivog terapijskog odnosa, istražujući nepoželjna osećanja kao što su ljutnja na preminulu osobu, i da napravi promene u ponašanju sa ciljem da izmeni svoju reakciju na gubitak i promenu.

Reference i izvori

1. Bowlby J (1980) Attachment and Loss. New York, Basic Books
2. Center for the Advancement of Health (2004) Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, 28, 491-575
3. Engel GL (1961) Is Grief a Disease?, *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22
4. Kubler-Ross E (1969) *On Death and Dying*. New York, Macmillan
5. Lazare A (1979) Resolved Grief. In A Lazare (ED) *Out-patient Psychiatry – Diagnosis and Treatment*. Baltimore, Williams and Wilkins, P498-512
6. Martin JL & Dean L (1993). Effects of AIDS-related bereavement and HIV-related illness on psychological distress among gay men: a 7-yr longitudinal study, 1985-1991. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 94-103
7. Neugebauer R, Rabkin JG, Williams JB, Remien RH, Goetz R & Gorman JM. (1992). Bereavement reactions among homosexual men experiencing multiple losses in the AIDS epidemic. *American Journal of Psychiatry*, 149 (10), 1374-1379
8. Nord D. (1997) *Multiple AIDS-Related Losses: A handbook for understanding and surviving a perpetual fall*. Washington, DC, Taylor & Francis.
9. Parkes CM (1972) *Bereavement Studies of Grief in Adult in Life* New York, International University Press

9. Sikkema KJ, Kochman A, DiFranciesco W, Kelly JA & Hoffman RG. (2003) AIDS-related grief and coping with loss among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioural Medicine*, 26 (2), 165-181
10. Worden J.W. (1992) *Grief Counselling and Grief Therapy – Handbook for the Mental Health Practitioner* London, Rowledge.

Zaključak

Ova uputstva nisu materijali za obuku za intervencije predstavljene u ovih pet modela. Pre možemo reći da pomažu onima koji su prethodno obučeni da primene ove intervencije kod osoba koje žive sa HIV/AIDS-om. Zdravstveni radnici nisu upoznati sa ovim modelom, ali onaj ko vidi korisnost nekog od modela za sopstveni rad, može da nastavi dalje da čita o ovoj oblasti i može da zatraži obuku kako bi dobio ili dobila određene kvalifikacije za pružanje ovih usluga. Kada se osoba jednom obuči za ove modele, može koristiti ova uputstva da joj pomognu kod sveobuhvatnog HIV/AIDS lečenja, nege i programa podrške.

