

Lilijana Šprah

FUNKCIONALNA REMEDIACIJA OSEB Z MOTNJAMI RAZPOLOŽENJA

UVOD

Motnje razpoloženja – mednje sodita tudi depresivna in bipolarna motnja razpoloženja skupaj z njihovimi kliničnimi manifestacijami – so najpogostejše psihiatrične bolezni tako v skupnosti kot v različnih kliničnih okoljih (Kessler *et al.* 2005). Poleg pogostih in resnih zapletov (samomor, motnje zasvojenosti) osebe z motnjami razpoloženja poročajo tudi o slabši psihični blaginji in okrnjenem vsakodnevnem funkcioniranju, ki je v primerjavi s funkcioniranjem pri nekaterimi drugih kroničnih zdravstvenih stanjih lahko enako ali celo bolj okrnjeno (Judd *et al.* 2008).

Epidemiološke študije kažejo, da sta prevalenca motenj razpoloženja v skupnosti in klinična pomembnost motenj bipolarnega spektra skupaj z depresivno motnjo razpoloženja obsežen javnozdravstveni problem (Merikangas, Low 2004), saj pomembno obremenjujejo posameznika in družbo, pomenijo precejšnje ekonomsko breme in so velik problem tudi za izvajalce zdravstvenega varstva in oblikovalce zdravstvenih politik (Kessler *et al.* 2009). Stopnja prevalenca za vse motnje razpoloženja v Evropi se giblje med 0,6 in 10,1 odstotkov (depresivna motnja: 8,3–10,1 %, bipolarna motnja: 0,6–1,2 %).

V študiji Wittchena in Jacobija (2005) zasledimo podatek, da v določenem obdobju svojega življenja več kot četrtina populacije EU trpi ali pa bo trpela za depresijo. Ekonomsko breme depresivne motnje razpoloženja nikakor ni zanemarljivo, saj znaša ocena celotnih stroškov – neposrednih in posrednih, v Kanadi več kot šest milijard kanadskih dolarjev (Stephens, Joubert 2001), v ZDA 83 milijard ameriških

dolarjev (Greenberg *et al.* 2003) in v Evropi 118 milijard evrov (Sobocki *et al.* 2006).

Motnje razpoloženja so povezane tudi s precejšnjo izgubo delovne aktivnosti in uspešnosti (McIntyre *et al.* 2011). Raziskave na tem področju se opirajo predvsem na podatke zdravstvenega absentizma (odsotnosti z dela zaradi zdravstvenih razlogov) in zdravstvenega prezentizma (zmanjšane storilnosti in učinkovitosti na delovnem mestu zaradi z zdravjem povezanih razlogov). Podatki študij razkrivajo, da celokupna letna izguba delovne uspešnosti zaradi absentizma in prezentizma znaša 65,5 izgubljenih delovnih dni na zaposlenega z bipolarno motnjo razpoloženja in 27,2 izgubljenih delovnih dni na zaposlenega z depresivno motnjo razpoloženja. Pri tem raziskovalci menijo, da je absentizem manj problematičen, čeprav je zelo povečan tako pri bipolarni motnji razpoloženja (27,7 dni) kot tudi pri depresivni motnji razpoloženja (8,7 dni). Precej večje izgube delovnih dni lahko zasledimo pri prezentizmu, saj znaša za bipolarno motnjo razpoloženja 35,3 dni in 18,2 dni za depresivno motnjo razpoloženja (Birnbbaum *et al.* 2010, Kessler *et al.* 2006). Raziskovalci poudarjajo, da bi bila prav kognitivna oškodovanost, ki je dobro prepoznana pri motnjah razpoloženja, lahko eden od odločilnih dejavnikov slabega psihosocialnega in zaposlitvenega izida (Baune *et al.* 2010, Burdick *et al.* 2010). Prav tako bi naj bila pomembno povezana z nižjo produktivnostjo, okrnjenim osredotočanjem na naloge in povečanim obsegom odsotnosti z dela zaradi bolezni.

Kakšna je potencialna vloga strokovnjakov in strokovnjakinj na področju duševnega zdravja pri uspešnem psihosocialnem

vključevanju oseb z motnjami razpoloženja v družinsko in delovno okolje? Praksa na področju zdravljenja motenj razpoloženja je pokazala, da so terapije, ki jih podpira zgolj farmakološko zdravljenje, občutno manj učinkovite na dolgi rok kot tiste, ki vključujejo še kakšno od psihosocialnih intervencij (Colom *et al.* 2009, Miklowitz 2008).

Kot najučinkovitejše so se na področju motenj razpoloženja pokazale kognitivno-vedenjska terapija, psihoedukacija in družinska terapija. Če takšne intervencije podpirajo še dodatne dejavnosti, ki so usmerjene v odpravljanje ali omilitev težav na specifičnih kognitivnih področjih, se to lahko dolgoročno pokaže tudi na področju vsakodnevnega funkcioniranja, delovne uspešnosti in na kakovosti življenja oseb z motnjami razpoloženja.

V zadnjih letih smo na področju kompleksnega obravnavanja oseb z motnjami razpoloženja v obdobju okrevanja (remisije) pričeli razmahu številnih pristopov, ki prenašajo dobre prakse kognitivne remediacije s področja shizofrenije tudi na področje motenj razpoloženja (Tufrey 2010, Torrent *et al.* 2007). Takšna intervencija se imenuje funkcionalna remediacija (Martínez-Arán *et al.* 2011). Z izrazom opisujemo intervencije, ki poleg vzdrževalnega zdravljenja motenj razpoloženja vključujejo še psihoedukacijsko obliko podpore in urjenje kognitivnih spretnosti. Cilj funkcionalne remediacije je povečanje moči oseb z motnjami razpoloženja pri opravljanju vsakodnevnih dejavnosti, pri aktivnem vključevanju v družbo, pri izboljševanju poklicnega izida in preprečevanju recidivov razpoloženskih epizod. Programe funkcionalne remediacije izvajajo interdisciplinarne ekipe strokovnjakov in strokovnjakinj različnih profilov (psihiatri, psihologi, socialne delavke, medicinske sestre), ki glede na svoje strokovne kompetence ustrezno usmerjajo uporabnike na različnih področjih njihovega okrevanja.

ZNAČILNOSTI DEPRESIVNE IN BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA

Mednarodne epidemiološke študije, ki so bile izvedene v zadnjih dveh desetletjih, ka-

žejo vse jasnejšo sliko razširjenosti depresije in bipolarne motnje razpoloženja. Še posebej izstopa v epidemiologiji motenj razpoloženja depresivna motnja razpoloženja. Je najpogostejša motnja razpoloženja in se večinoma pojavi v starostnem obdobju med sredino ali koncem dvajsetih let.

Zdravstvene statistike navajajo, da v tekočem letu slabih deset odstotkov populacije v EU trpi za depresivno motnjo. Pri slabi tretjini gre le za enkratno, epizodni potek motnje, pri 36 odstotkih oseb se motnja ponovi, pri 32 odstotkih pa lahko govorimo o kroničnem (dosmrtnem) poteku motnje (Kessler *et al.* 2005, 2009). Kljub veliki variabilnosti stopnje tveganja za razvoj depresivne motnje se pri ženskah, mladih in samskih osebah pojavlja povečano tveganje za razvoj te motnje. V primerjavi z depresivno motnjo je bipolarna motnja manj pogosta, ima manj variabilno stopnjo tveganja za razvoj in se najpogosteje začne okoli dvajsetega leta starosti (Merikangas, Low 2004).

V primerjavi z drugo populacijo se pri oseb z motnjami razpoloženja pojavlja več dodatnih zapletov. Več je poskusov samomora, nasilnih vzorcev vedenja, zlorab alkohola in odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Hkrati se pojavlja večje tveganje za eno ali več komorbidnih psihiatričnih bolezni, med njimi so najpogostejše panična motnja, obsesivno-kompulzivna motnja in socialna fobija (Boschloo *et al.* 2011, Rakofsky, Dunlop 2011). Tako pri depresivni kot pri bipolarni motnji je pri moških pogostejša zasvojenost s psihoaktivnimi snovmi, pri ženskah pa prevladujejo anksioznostne motnje in motnje hranjenja.

V depresivno in bipolarno motnjo razpoloženja so vpleteni podobni možganski sistemi, ki uravnavajo razpoloženje in čustveno izražanje, nekatere kognitivne funkcije in socialno kognicijo (Hammar, Ardal 2009, Drevets *et al.* 2008). V akutni fazi motenj razpoloženja se pojavljajo primanjkljaji predvsem na področju psihomotorike, obdelovanja informacij in na področju nekaterih izvršitvenih funkcij, povezanih z reševanjem problemov, načrtovanjem, kognitivno fleksibilnostjo, na področju vidnega, verbalnega in vidno-prostorskega spomina, delovnega in dolgoročnega spomina

in vedenjske inhibicije. Še posebej izstopajo težave na področju kognitivnega nadzora čustvenih dražljajev in pozornosti, to pa se kaže kot pristranost pozornosti, ki se sklada z razpoloženjem (Hammar *et al.* 2010, Bora *et al.* 2009).

Raziskovalci, ki se ukvarjajo s preučevanjem pacientov z depresivno in bipolarno motnjo razpoloženja v fazi okrevanja, poročajo, da so nekatere kognitivne težave, ki so značilne za akutno fazo motnje, navzoče tudi v obdobju remisije. Poročajo o okrnjenem kognitivnem funkcioniranju na področju vzdrževane pozornosti (Kurtz, Gerraty 2009, Weiland-Fiedler *et al.* 2004) in nekaterih izvršitvenih funkcij (Reppermund *et al.* 2009, Bora *et al.* 2009). Poleg tega raziskovalci poročajo tudi o okrnjeni socialni kogniciji v pomenu slabšega prepoznavanja čustev, pri tem pa so pri osebah z depresivno motnjo opazili povečano pripisovanja negativne valence čustvenim izrazom (Bourke *et al.* 2010), pri osebah z bipolarno motnjo razpoloženja pa okrnjeno prepoznavanje predvsem negativnih čustvenih izrazov (Green *et al.* 2007).

KOGNITIVNA REMEDIACIJA

Kognitivna oškodovanost oseb z motnjami razpoloženja je v nekaterih pogledih podobna okrnjenemu kognitivnemu funkcioniranju oseb s shizofrenijo in pri travmatski poškodbi glave. Poglavitna razlika med shizofrenijo in motnjami razpoloženja je predvsem v stopnji kognitivne oškodovanosti. Ob upoštevanju teh razlik so raziskovalci predpostavili, da bi lahko bile psihosocialne intervencije, ki se uporabljajo pri shizofreniji in travmatski poškodbi glave, z določenimi prilagoditvami uporabne tudi pri osebah z bipolarno in depresivno motnjo razpoloženja (Harvey *et al.* 2010). Zato postajajo vse bolj aktualna raziskovalna prizadevanja glede preverjanja uspešnosti intervencij, ki uporabljajo paradigmo kognitivne remediacije, saj bi lahko bil takšen model, sicer že dobro uveljavljen na področju shizofrenije in travmatske poškodbe glave, uporaben tudi pri motnjah razpoloženja (Naismith *et al.* 2010, Tufrey 2010).

V strokovni literaturi se pogosto pojavlja izraz kognitivna remediacija. V slovenskem prostoru je izraz še dokaj neuveljavljen in zato tudi velikokrat napačno uporabljen, predvsem kot sopomenka za kognitivno rehabilitacijo. Med omenjenima izrazoma je velika vsebinska razlika. Izraz remediacija označuje korekcijo napake oz. določene pomanjkljivosti, rehabilitacija pa pomeni, da s treningom vrnemo delovanje specifične funkcije na normalno raven, se pravi na raven pred pojavom bolezni. Zato pri boleznih, kot so shizofrenija ter depresivna in bipolarna motnja razpoloženja, ki razmeroma trajno zaznamujejo in spremenijo določene človekove sposobnosti, uporabljamo izraz remediacija (Dernovšek, Smrdu 2011).

Kognitivna remediacija je z dokazi podprto nefarmakološko zdravljenje nevrokognitivnih primanjkljajev. Stroga definicija opredeljuje kognitivno remediacijo kot skupek kognitivnih vaj ali kompenzatorskih intervencij, oblikovanih za spodbujanje kognitivnega funkcioniranja. Z vidika psihiatrične rehabilitacije je kognitivna remediacija terapija, ki vključuje paciente v učne dejavnosti, ki povečujejo kognitivne sposobnosti, relevantne za izbrane cilje okrevanja. V zadnjih 15 letih je bilo razvitih in raziskanih veliko pristopov k remediaciji kognicije, predvsem pri shizofreniji (Medalia, Choi 2009). Rezultati raziskav kažejo, da se lahko pri ljudeh s shizofrenijo izboljšanje kognitivnih sposobnosti kaže tako v »laboratorijskih« okoljih, tam se pokažejo izboljšani rezultati na nevropsiholoških testih, kot tudi v vsakdanjem življenju, npr. pri dnevnih aktivnostih in opravilih, ki zahtevajo uporabo »remediiranih« kognitivnih sposobnosti (*op. cit.*). Več študij poroča tudi o dolgoročnih učinkih nekaterih programov kognitivne remediacije, ki so bili sledljivi tudi do 6 mesecev po koncu programa, predvsem na področju izvršitvenih funkcij, delovnega in besednega spomina, izboljšanju socialnega ved nja in simptomov, zmožnosti reševanja življenjskih problemov in zaposlitvenega izida (Bell *et al.* 2007, Hogarty *et al.* 2006).

Čeprav so učinki programov kognitivne remediacije na splošno prepoznani kot ugodni v pomenu izboljšanja kognitivnega

funkcioniranja, pa številni raziskovalci opozarjajo, da se učinki kognitivnih treningov lahko pokažejo v dobrih testnih dosežkih pri ocenjevanju specifičnih kognitivnih funkcij, vendar pa se to nujno ne kaže tudi v boljšem vsakodnevem funkcioniranju ali v boljši kakovosti življenja. Zato se je na področju preučevanja učinkovitosti programov kognitivne remediacije začela uveljavljati posebna oblika evalvacije – ekološka validacija. Cilj je preveriti, katere metode in tehnike, ki se izvajajo v sklopu programov kognitivne remediacije, lahko vplivajo tudi na boljše vsakodnevno psihosocialno funkcioniranje oseb s težavami z duševnim zdravjem (O'Shea *et al.* 2010, Gioia 2009, Wenn *et al.* 2006). V okviru funkcionalne remediacije govorimo o kognitivni remediaciji kot o njenem sestavnem delu, saj gre za kompleksen program podpore, namenjen osebam s težavami z duševnim zdravjem, ki ga oblikuje psihosocialna intervencija v kombinaciji z urjenjem kognitivnih spretnosti, s ciljem dolgoročnih izboljšav v kognitivnem kakor tudi pri vsakodnevem psihosocialnem funkcioniranju.

FUNKCIONALNA REMEDIACIJA OSEB Z MOTNJAMI RAZPOLOŽENJA

Na področju funkcionalne remediacije motenj razpoloženja je aktualnih več različnih psihosocialnih intervencij. Poleg tega, da dopolnjujejo farmakoterapevtske oblike stabiliziranja razpoloženja, vključujejo tudi različne postopke in tehnike, namenjene izboljšanju vsakodnevnega funkcioniranja oseb z motnjami razpoloženja. Še posebej se je na tem področju uveljavil program psihoedukacije. Namenjen je tako osebam z depresijo kakor tudi z bipolarno motnjo razpoloženja, vključuje pa tudi njihove svojce (Weber, Aubry 2007). Ponuja teoretski in praktični okvir za razumevanje in spoprijemanje s posledicami motnje na podlagi biopsihosocialnega medicinskega modela. Hkrati pa omogoča uporabniku tudi aktivno sodelovanje v obdobju vzdrževalnega obdobja zdravljenja. Psihoedukacija se lahko izvaja kot samostojna intervencija, v okviru funkcionalne remediacije pa je dopolnjena s

kognitivno remediacijo, ki vključuje različne oblike urjenja kognitivnih spretnosti.

Psihoedukacija

Psihoedukacija je poseben izobraževalni program za poučevanje bolnikov in njihovih svojcev o naravi motenj razpoloženja, o primernih načinih odzivanja na vsakodnevne povzročitelje stresa, o prepoznavanju zgodnjih simptomov poslabšanja in ukrepanju ter preprečevanju ponovitev in poslabšanj (Hollon, Ponniah 2010). Psihoedukacija uporablja načela pedagogike, predvsem pa upošteva specifične potrebe bolnikov, njihove kognitivne deficite, čustveno prizadetost in občutek stigmatiziranosti. Vsebina psihoedukacije temelji na teoretskih temeljih kognitivno vedenjske psihoterapije.

Program psihoedukacije poteka v obliki šestih tedenskih skupinskih srečanj oseb z motnjami razpoloženja. Udeležijo se jih skupaj s svojimi pomembnim bližnjim (10–15 članov v skupini s terapevtom), trajajo pa dve šolski uri. Program ni primeren za osebe v akutni fazi motnje, so pa vanj vključeni uporabniki in uporabnice, ki so v obdobju relativnega okrevanja. To jim omogoča lažje sledenje in sodelovanje v programu. Srečanja so oblikovana kot delavnice. Udeleženci na začetku dobijo gradivo v obliki delovnih zvezkov, da lažje spremljajo podajanje informacij in si vanje zapisujejo pomembne informacije in domače naloge. Podajanje informacij je interaktivno, tako da so udeleženci ves čas vključeni v izobraževalni proces kot aktivni člani, ki sooblikujejo program in prispevajo ključne informacije. Izobraževalni proces s pomočjo opravljanja domačih nalog teče neprekinjeno tudi v času med enim srečanjem in drugim, saj to poveča intenzivnost delavnice. Skupinsko delo poteka tako, da vodja delavnice oz. terapevt predstavi ključne informacije, in v obliki vodene razprave. V njej člani dopolnjujejo ključne informacije ob podajanju izkušenj in postavljajo vprašanja. Informacije se podajajo po posameznih tematskih sklopih in so prilagojene sposobnostim za spremljanje udeležencev. To vključuje tudi pogostejše ponavljanje

ključnih informacij in povzemanje pridobljenih spoznanj (Bernhard *et al.* 2006).

Psihoedukacija ima več ciljev. Z njimi sta povezana tudi način izvajanja delavnice in vloga terapevta. V ospredju je predvsem pet ciljev.

- Sprejemanje in spoznavanje motnje razpoloženja na podlagi spoznavanja njenih značilnosti. To je osnovno in odločilno vodilo za uspešno obravnavo. Zato si terapevt prizadeva, da uporabnik in svojci sprejmejo motnjo brez občutkov krivde in krepijo občutek, da jo lahko obvladajo.
- Zmanjševanje stigme, povezane z motnjo, se dosega z izobraževanjem in tudi z delom v skupini. V njej dobijo člani občutek socialne sprejetosti in spoznajo, da s svojimi težavami niso sami.
- Izboljšanje sodelovanja pri zdravljenju motnje temelji na izobraževanju udeležencev o zdravih, delovanju, omejitvah in neželenih učinkih. To omogoča dialog z uporabnico, s pomočjo katerega terapevtka vpliva tudi na nekatera zmotna in zavajajoča prepričanja o učinkih zdravil, ki se pogosto pojavljajo pri uporabnikih.
- Preprečevanje ponovitev motnje in vzdrževanje stabilnega razpoloženja je moč okrepiti z učenjem, samoopazovanjem in večjim nadzorom samega sebe. Terapevt uporabnike pouči, kako prepoznati zgodnje znake ponovitve, kakšne so učinkovite metode za preprečevanje ponovitve ter na katere dejavnike tveganj naj bodo pozorni oz. katerim zaščitnim dejavnikom naj posvetijo več pozornosti in jih krepijo.
- Izboljšanje funkcioniranja v domačem in širšem socialnem okolju poteka s pomočjo sodelovanja svojcev in učenja tehnik spoprijemanja in reševanja težav ter konfliktov. Terapevt uporabnike seznanja s konstruktivnimi načini reševanja težav in medosebnih konfliktov.

Psihoedukacijske delavnice imajo ustaljen dnevni red srečanj. Na začetku vsakega srečanja je kratka sprostitvena vaja. Sledita pregled domačega dela in navezava na prejšnje srečanje s kratkim povzetkom. Potem se terapevt posveti osrednji temi srečanja. Srečanje se sklene z načrtom dela doma, v obdobju do naslednjega srečanja, ter z izražanjem vtisov in občutkov udeležencev v zvezi z dogajanjem med srečanjem.

V raziskavah se je psihoedukacija pokazala kot učinkovit terapevtski pristop z vidika povečanega sodelovanja v zdravljenju in razumevanju motnje ter pri vzpostavljanju normalnega dnevnega ritma, s katerim se je zmanjšal pri udeležencih vsakodnevni stres in število maničnih oz. depresivnih epizod (Colom *et al.* 2009, Miklowitz *et al.* 2000). Obvladovanje kakršnihkoli stresov pri osebah z motnjami razpoloženja je namreč pomemben varovalni dejavnik ohranjanja njihovega stabilnega razpoloženja.

V zadnjih dvajsetih letih smo priče vse večjemu številu študij, ki s primerjavami psihoedukacije z drugimi uveljavljenimi psihiatričnimi pristopi obravnave tudi empirično dokazujejo njeno učinkovitost. Keže se v manj intenzivnih, krajših in manj pogostostih afektivnih epizodah, v zmanjševanju in skrajševanju hospitalizacij, boljšem sprejemanju motnje in zmanjševanju stigme, izboljšanjem funkcioniranja med epizodami, izboljšanjem sodelovanja pri farmakološkem zdravljenju, uspešnejšem obvladovanju psihosocialnih posledic preteklih epizod in v boljši kakovosti življenja na področjih splošnega zadovoljstva z življenjem in fizične dejavnosti (Colom *et al.* 2009, Rouget, Aubry 2007, Bernhard *et al.* 2006, Michalak *et al.* 2005). Čeprav nekateri raziskovalci poročajo tudi o ugodnem učinku psihoedukacije na splošno kognitivno funkcioniranje oseb z depresivno kot tudi z bipolarno motnjo razpoloženja, pa učinki psihoedukacije na odpravljanje nevrokognitivnih deficitov pri osebah z motnjami razpoloženja še vedno niso povsem pojasnjeni (Torrent *et al.* 2007, Weber, Aubry 2007). Pravzaprav je več dokazov, da psihoedukacija nima neposrednih kognitivno-remediacijskih učinkov, pač pa zgolj posredne, saj se z vzdrževanjem stabilnega razpoloženja in zmanjševanjem števila ponovitev epizod lahko popravi tudi splošno kognitivno funkcioniranje (Martinez-Aran *et al.* 2007).

Kognitivna remediacija

Čeprav izsledki različnih raziskav pogosto navajajo, da sta obseg depresivnih in maničnih simptomov ter nevrokognitivna oškodovanost

povezana s slabšim psihosocialnim izidom zdravljenja v akutni fazi motenj razpoloženja, pa je neposredna povezanost kognitivnih deficitov s kakovostjo življenja oseb z motnjami razpoloženja, njihovim psihosocialnim funkcioniranjem in zmožnostjo za delo v obdobju okrevanja razmeroma slabo pojasnjena (Burdick *et al.* 2010, Brissos *et al.* 2008). Novejše nevropsihološke študije kažejo, da se pri osebah z motnjami razpoloženja tudi v fazi remisije ohranjajo nekateri kognitivni primanjkljaji predvsem na področju izvršitvenih funkcij, pozornosti, spomina in socialne kognicije (Hammar *et al.* 2010). To bi v določeni meri lahko pojasnilo ozadje kognitivnih težav, o katerih osebe z motnjami razpoloženja pogosto poročajo. Navajajo predvsem, da imajo upočasnjeno mišljenje, težave z zbranostjo in z lotevanjem nalog, težave pri organiziranju kompleksnih nalog in pri upravljanju večjega števila projektov, težave z pomnjenjem in z občutki preplavljenosti (Baune *et al.* 2010, Dickerson *et al.* 2004, Wang *et al.* 2004).

Ker so se programi kognitivne rehabilitacije, ki so bili sprva ciljno naravnani za osebe s poškodbami glave, pokazali z določenimi prilagoditvami uporabni tudi na področju kognitivne remediacije oseb s shizofrenijo, postaja uporaba takšnih pristopov vse zanimivejša tudi za druge ciljne skupine, ki se prav tako spoprijemajo z različnimi kognitivnimi primanjkljaji, čeprav manj hudimi in generaliziranimi ter intenzivnimi v primerjavi s shizofrenijo. V zadnjem obdobju smo priče povečanju številnih novih oblik takšnih programov, ki poleg klasičnih tehnik tipa svinčnik-papir vključujejo tudi računalniško podprte oblike kognitivnih treningov (Cavallaro *et al.* 2009). Tako se zdaj raziskovalne skupine usmerjajo v razvoj računalniško podprtih intervencij kognitivne remediacije, sestavljenih iz računalniških kognitivnih vaj, ki vključujejo urjenje specifičnih kognitivnih področij (npr. pozornost, spomin), ali kompleksnih vaj reševanja problemov (d'Amato *et al.* 2011, Alwi *et al.* 2007, Elgamel *et al.* 2007). Nekateri novejši programi kognitivne remediacije obsegajo tudi programsko opremo, ki vključuje virtualno resničnost, saj predpostavljajo, da bi lahko virtualna okolja

bolje odslikavala vsakodnevne življenjske situacije v primerjavi s tehnikami kognitivnih urjenj tipa papir-svinčnik ali s tradicionalno računalniško podprtimi tehnikami (Dickinson *et al.* 2010, Gould *et al.* 2007).

Čeprav so se računalniško podprte intervencije kognitivne remediacije v nekaterih študijah pokazale kot učinkovite v pomenu izboljšanja nekaterih kognitivnih funkcij, pa so v nekaterih raziskavah ugotovili, da gre le za izboljšanje rezultatov pri računalniških nalogah, povezanih s kognitivnim urjenjem, na merah nevropsihološkega in funkcionalnega izida pa se prednosti računalniško podprtega kognitivnega treninga niso pokazale (Grynszpan *et al.* 2011, Dickinson *et al.* 2010). Učinkovitost takšnega pristopa kognitivne remediacije torej ni enopomenska. Zato so se v tem pogledu nevropsihologi začeli usmerjati k boljšemu razumevanju odnosov med rezultati na testih in izvajanjem vsakodnevnih dejavnosti kot tudi na neposredne učinke programov kognitivne remediacije na psihosocialno funkcioniranje udeležencev programa (Gioia 2009, Laes, Sponheim 2006).

Stopnjo, do katere lahko klinični kognitivni testi napovedo funkcionalno oškodovanost, opisujemo z ekološko veljavnostjo (validacija). Definirana je kot funkcionalni odnos med pacientovimi rezultati na nizu nevropsiholoških testov in pacientovim vedanjem v različnih resničnih življenjskih situacijah (O'Shea *et al.* 2010). Ekološka veljavnost kognitivno remediacijskih programov postaja ključni koncept na področju funkcionalne remediacije. S tem konceptom so raziskovalcem in izvajalcem takšnih programov omogočeni ustrezno razumevanje in umestitev kontrolnih testnih izidov, hkrati pa tudi oblikovanje prilagojenih strategij za spremljanje funkcionalnih učinkov remediacijskih programov (Burgess *et al.* 2006).

SKLEP

Funkcionalna remediacija postaja vse pomembnejša oblika podpornega zdravljenja in izboljševanja funkcioniranja oseb s težavami z duševnim zdravjem. Ker se programi funkcionalne remediacije, ki so specifično

prilagojeni ciljnim skupinam oseb z depresivno ali bipolarno motnjo razpoloženja, šele začnejo uveljavljati, bo v prihodnje treba dodatno preučiti, koliko so ti modeli zares prenosljivi iz programov, ki so bili do pred kratkim večinoma namenjeni osebam s shizofrenijo in z možganskimi poškodbami, in kakšne oblike prilagoditev programov kognitivne remediacije so potrebne, da se bosta njeni učinkovitost in koristnost potrdili ne samo v terapevtskem okolju, ampak tudi v vsakdanjem življenju oseb z motnjami razpoloženja.

V Sloveniji za zdaj še ni dostopen program funkcionalne remediacije, ki bi bil posebej specializiran za osebe z motnjami razpoloženja. Na voljo jim je le psihoedukacijski program, kognitivna remediacija pa je še zelo na začetku in za zdaj usmerjena v splošne kognitivne primanjkljaje. Dosedanja praksa kaže, da se v Sloveniji srečujemo poleg pomanjkanja ustreznih specializiranih znanj, ki jih zahtevata oblikovanje in izvajanje takšnih programov, tudi s težavami pri oblikovanju kompetentnih ekip strokovnjakov z različnih področij, kot so psihiatri, medicinske sestre, psihologi in socialne delavke. Funkcionalna remediacija namreč zahteva interdisciplinarni pristop in ustrezno obravnavo uporabnikov na različnih področjih, ki jih zaznamujejo motnje razpoloženja. Hkrati pa je treba zagotoviti večmesečno spremljanje napredka udeležencev, tudi po izteku programa. To vključuje kvalitativne in kvantitativne oblike preverjanja učinkov remediacijskega programa na različnih področjih, od zdravstvenega pa do funkcioniranja oseb v različnih okoljih (družina, delovno mesto, skupnost ...).

VIRI

- ALWI, M. N. M., ISMAIL, H. C., HARRIS, A., BOYCE, P. (2007), Prospect of computerised cognitive remediation therapy in Malaysia: Results of a pilot study in Kota Bharu, Kelantan. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 16, 2: 41–49.
- BAUNE, B. T., MILLER, R., McAFOOSE, J., JOHNSON, M., QUIRK, F., MITCHELL, D. (2010), The role of cognitive impairment in general functioning in major depression. *Psychiatry Research*, 176, 2–3: 183–189.
- BELL, M. D., FISZDON, J. M., GREIG, T., WEXLER, B. W., BRYSON, G. (2007), Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: A six month follow-up of neuropsychological performance. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44: 761–770.
- BERNHARD, B., SCHAUB, A., KÜMLER, P., DITTMANN, S., SEVERUS, E., SEEMÜLLER, F., BORN, C., FORSTHOFF, A., LICHT, R. W., GRUNZE, H. (2006), Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21, 2: 81–6.
- BIRNBAUM, H., G., KESSLER, R. C., KELLEY, D., BENHAMADI, R., JOISH, V. N., GREENBERG, P. E. (2010), Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: Mental health services utilization and costs, and work performance. *Depression and Anxiety*, 27, 1: 78–89.
- BORA, E., YUCEL, M., PANTELIS, C. (2009), Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: A meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*, 113: 1–20.
- BOSCHLOO, L., VOGELZANGS, N., SMIT, J. H., VAN DEN BRINK, W., VELTMAN, D. J., BEEKMANN, A. T., PENNINX, B. W. (2011), Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: Findings from the Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 131, 1–3: 233–242.
- Bourke, C., Douglas, K., Porter, R. (2010), Processing of facial emotion expression in major depression: A review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 8: 681–696.
- BRISSOS, S., DIAS, V. V., CARITA, A. I., MARTINEZ-ARAN, A. (2008), Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160: 55–62.
- BURDICK, K. E., GOLDBERG, J. F., HARROW, M. (2010), Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 6: 499–506.
- BURGESS, P. W., ALDERMAN, N., FORBES, C., COSTELLO, A., COATES, L. M., DAWSON, D. R., ANDERSON, N. D., GILBERT, S. J., DUMONTHEIL, I., CHANNON, S. (2006), The case for the development and use of »ecologically valid« measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology.

- Journal of International Neuropsychological Society*, 12, 2: 194–209.
- CAVALLARO, R., ANSELMETTI, S., POLETTI, S., BECHI, M., ERMOLI, E., COCCHI, F., STRATTA, P., VITA, A., ROSSI, A., SMERALDI, E. (2009), Computer-aided neurocognitive remediation as an enhancing strategy for schizophrenia rehabilitation. *Psychiatry Research*, 169, 3: 191–196.
- COLOM, F., VIETA, E., SANCHEZ-MORENO, J., PALOMINO-OTINIANO, R., REINARES, M., GOIKOLEA, J. M., BENABARRE, A., MARTINEZ-ARAN, A. (2009), Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194: 260–265.
- D'AMATO, T., BATION, R., COCHET, A., JALENQUES, I., GALLAND, F., GIRAUD-BARO, E., PACAUD-TRONCIN, M., AUGIER-ASTOLFI, F., LLORCA, P. M., SAOUD, M., BRUNELIN, J. (2011), A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 125, 2–3: 284–90.
- DERNOVŠEK, M. Z., SMRDU, M. (2011), Kognitivna remediacija duševnih motenj. *Isis*, 20, 1: 36–38.
- DICKERSON, F. B., BORONOW, J. J., STALLINGS, C. R., ORIGONI, A. E., COLE, S., YOLKEN, R. H. (2004), Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55, 1: 54–8.
- DICKINSON, D., TENHULA, W., MORRIS, S., BROWN, C., PEER, J., SPENCER, K., LI, L., GOLD, J. M., BELLACK, A. S. (2010), A randomized, controlled trial of computer-assisted cognitive remediation for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 167, 2: 170–80.
- Drevets, W. C., Price, J. L., Furey, M. L. (2008), Brain structural and functional abnormalities in mood disorders: Implications for neurocircuitry models of depression. *Brain Structure and Function*, 213: 93–118.
- ELGAMAL, S., MCKINNON, M. C., RAMAKRISHNAN, K., JOFFE, R. T., MACQUEEN, G. (2007), Successful computer-assisted cognitive remediation therapy in patients with unipolar depression: A proof of principle study. *Psychological Medicine*, 37, 9: 1229–38.
- GIOIA, D. (2009), Understanding the ecological validity of neuropsychological testing using an ethnographic approach. *Qualitative Health Research*, 19, 10: 1495–503.
- GOULD, N. F., HOLMES, M. K., FANTIE, B. D., LUCKENBAUGH, D. A., PINE, D. S., GOULD, T. D., BURGESS, N., MANJI, H. K., ZARATE, C. A. JR. (2007), Performance on a virtual reality spatial memory navigation task in depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 164, 3: 516–519.
- GREEN, M. J., CAHILL, C. M., MALHI, G. S. (2007), The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder: Review. *Journal of Affective Disorders*, 103: 29–42.
- GREENBERG, P. E., KESSLER, R. C., BIRNBAUM, H. G., LEONG, S. A., LOWE, S. W., BERGLUND, P. A., COREY-LISLE, P. K. (2003), The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: 1465–1475.
- GRYNSZPAN, O., PERBAL, S., PELISSOLO, A., FOSSATI, P., JOUVENT, R., DUBAL, S., PEREZ-DIAZ, F. (2011), Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: A meta-analytical study. *Psychological Medicine*, 41, 1: 163–173.
- HAMMAR, A., SORENSEN, L., ARDAL, G., OEDEGAARD, K.J., KROKEN, R., RONESS, A., LUND, A. (2010), Enduring cognitive dysfunction in unipolar major depression: A test-retest study using the Stroop paradigm. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51: 304–308.
- HAMMAR, A., ARDAL, G. (2009), Cognitive functioning in major depression: A summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 23: 1–7.
- HARVEY, P. D., WINGO, A. P., BURDICK, K. E., BALDESSARINI, R. J. (2010), Cognition and disability in bipolar disorder: Lessons from schizophrenia research. *Bipolar Disorders*, 12: 364–375.
- HOGARTY, G. E., GREENWALD, D. P., EACK, S. M. (2006), Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatric Services*, 57, 12: 1751–1757.
- HOLLON, S. D., PONNIAH, K. (2010), A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults: Review. *Depression and Anxiety*, 27, 10: 891–932.
- JUDD, L. L., SCHEITTLER, P. J., SOLOMON, D. A., MASER, J. D., CORYELL, W., ENDICOTT, J., AKISKAL, H. S. (2008), Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 108: 49–58.
- KESSLER, R. C., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., CHATTERJI, S., LEE, S., ORMEL, J., USTÜN, T. B., WANG, P. S. (2009), The global burden of mental disorders: An update from the WHO World

- Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 18, 1: 23–33.
- KESSLER, R. C., AKISKAL, H. S., AMES, M., BIRNBAUM, H., GREENBERG, P., HIRSCHFELD, R. M., JIN, R., MERIKANGAS, K. R., SIMON, G. E., WANG, P. S. (2006), Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 9: 1561–1568.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K. R. (2005), Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 593.
- KURTZ, M. M., GERRATY, R. T. (2009), A meta-analytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: Profile and effects of clinical state. *Neuropsychology*, 23, 5: 551–562.
- LAES, J. R., SPONHEIM, S. R. (2006), Does cognition predict community function only in schizophrenia?: A study of schizophrenia patients, bipolar affective disorder patients, and community control subjects. *Schizophrenia Research*, 84, 1: 121–131.
- MARTÍNEZ-ARÁN, A., TORRENT, C., SOLÉ, B., BONNÍN, C. M., ROSA, A. R., SÁNCHEZ-MORENO, J., VIETA, E. (2011), Functional remediation for bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7: 112–116.
- MARTINEZ-ARAN, A., VIETA, E., TORRENT, C., SANCHEZ-MORENO, J., GOIKOLEA, J. M., SALAMERO, M., MAHLI, G. S., GONZALES-PINTO, A., DABAN, C., ALVAREZ-GRANDI, S., FOUNTOULAKIS, K., KAPRINIS, G., TABARES-SEISDEDOS, R., AYUSO-MATEOS, J. L. (2007), Functional outcome in bipolar disorder: The role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disorders*, 9: 103–113.
- MCINTYRE, R. S., LIAUW, S., TAYLOR, V. H. (2011), Depression in the workforce: The intermediary effect of medical comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 128, Suppl 1: 29–36.
- MEDALIA, A., CHOI, J. (2009), Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology Review*, 19, 3: 353–364.
- MERIKANGAS, K. R., LOW, N. C. (2004), The epidemiology of mood disorders: Review. *Current Psychiatry Reports*, 6, 6: 411–421.
- MICHALAK, E. E., YATHAM L. N., DANTE, D. C., LAM, R. W. (2005), Perceived quality of life in patients with bipolar disorder: Does group psychoeducation have an impact? *Journal of Canadian Psychiatry*, 50, 2: 95–100.
- MIKLOWITZ, D. J., SIMONEAU, T. L., GEORGE, E. L., RICHARDS, J. A., KALBAG, A., SACHS-ERICSSON, N., SUDADATH, R. (2000), Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48: 582–592.
- MIKLOWITZ, D. J. (2008), Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165: 1408–1419.
- NAISMITH, S. L., REDOBLADO-HODGE, M. A., LEWIS, S. J., SCOTT, E. M., HICKIE, I. B. (2010), Cognitive training in affective disorders improves memory: A preliminary study using the NEAR approach. *Journal of Affective Disorders*, 121, 3: 258–262.
- O'SHEA, R., POZ, R., MICHAEL, A., BERRIOS, G. E., EVANS, J. J., RUBINSZTEIN, J. S. (2010), Ecologically valid cognitive tests and everyday functioning in euthymic bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 125, 1–3: 336–340.
- RAKOFSKY, J. J., DUNLOP, B. W. (2011), Treating nonspecific anxiety and anxiety disorders in patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 1: 81–90.
- REPPERMUND, S., ISING, M., LUCAE, S., ZIHL, J. (2009), Cognitive impairment in unipolar depression is persistent and non-specific: Further evidence for the final common pathway disorder hypothesis. *Psychological Medicine*, 39: 603–614.
- ROUGET, B. W., AUBRY, J. M. (2007), Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 1–2: 11–27.
- SOBOCKI, P., JONSSON, B., ANGST, J., REHNBERG, C. (2006), Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9: 87–98.
- STEPHENS, T., JOUBERT, N. (2001), The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22: 18–23.
- TORRENT, C., MARTINEZ-ARAN, A., COLO, F., VIETA, E. (2007), Psychoeducation and cognitive remediation of bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 4: 191.
- TUFREY, K. (2010), Cognitive remediation for bipolar disorder: Adapting from models used in schizophrenia and acquired brain injury. *Acta Neuropsychiatrica*, 22: 311–313.
- WANG P. S., BECK, A. L., BERGLUND, P., MCKENAS, D. K., PRONK, N. P., SIMON, G. E., KESSLER, R. C. (2004), Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*, 161: 1885–1891.

- WEBER, R. B., AUBRY, J. M. (2007), Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98, 1-2: 11-27.
- WEILAND-FIEDLER, P., ERICKSON, K., WALDECK, T., LUCKENBAUGH, D. A., PIKE, D., BONNE, O., CHARNEY, D. S., NEUMEISTER, A. (2004), Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82: 253-258.
- WEN, J. H., BOONE, K., KIM, K. (2006), Ecological validity of neuropsychological assessment and perceived employability. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 8: 1423-1434.
- WITTCHEN, H. U., JACOBI, F. (2005), Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 4: 357-376.