

PSIHIATRIČNO IN AJURVEDSKO RAZUMEVANJE IN ZDRAVLJENJE DEPRESIJE: IZKUŠNJE PACIENTOV V SLOVENIJI

Maja Kolarevič¹

POVZETEK

Raziskovalni problem študije je »velika depresija«, ki se uvršča v psihiatrično kategorizacijo duševnih motenj, v spekter motenj razpoloženja, njena pojavnost pa se močno povečuje. Prvi poudarek je (de)konstrukcija znanstvene vednosti depresije v ajurvedi in psihiatriji, drugi poudarek pa so prednosti/slabosti primerjanih praks, ki so jih izkusili pacienti z diagnozo velike depresije v Sloveniji. Namen raziskave je preučiti razlike in podobnosti med obema pristopoma razumevanja in zdravljenja depresije, njenih vzrokov, poteka in terapevtskih intervencij. V članku so predstavljeni rezultati opazovanja z udeležbo ajurvedske prakse v Sloveniji in Indiji in intervjuji z 10 psihiatri, 11 ajurvedskimi strokovnjaki, 10 psihiatričnimi pacienti in 10 uporabniki ajurvede. Analiza je identificirala osem metatem.

Ključne besede: velika depresija, psihiatrija, ajurvedska medicina

-
1. Doktorica medicinske antropologije,
univerzitetna diplomirana socialna antropologinja in kulturologinja;
Inštitut Anahata, Ob ribniku 81, 2000 Maribor
E-naslov: info@institut-anahata.si
Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

1 UVOD

Članek raziskuje razumevanje in zdravljenje depresivne motnje razpoloženja z vidika indijske medicine – ajurvede, psihiatrije in v luči pacienta, diagnosticiranega z veliko depresijo v Sloveniji. Pri tem sem skozi pripovedi udeležencev raziskave primerjala razumevanje depresije z vidika psihiatrije in ajurvede, opredelila ključne dejavnike, ki so udeležence spodbudili k zdravljenju v okviru ajurvedske oz. psihiatrične prakse, analizirala in primerjala potek in izid zdravljenja z obema pristopoma, nazadnje pa proučila ajurvedsko prakso, preneseno v drugo kulturno okolje – Slovenijo v primerjavi z okoljem, iz katerega izhaja, Indijo.

Glede na ameriško klasifikacijo duševnih motenj (DSM-IV) govorimo o veliki depresivni epizodi, kadar simptomi trajajo vsaj 14 dni, pri čemer mora posameznik biti skoraj vsak dan večino dneva žalosten oz. potrtn ali brezvoljen (American Psychiatric Association, 1994). Poleg tega mora imeti vsaj še pet ali več od naslednjih simptomov: motnje apetita, motnje spanja, zmanjšano telesna aktivnost ali nemir, utrujenost ali pomanjkanje energije, občutek krivde in ničvrednosti, težave s koncentracijo ali samomorilne misli.

Čeprav je depresija najbolj biologizirana in medikalizirana duševna motnja na Zahodu (Gaines, 1992; Kleinman in Good, 1985; Marsella, 1980), se danes depresija razume in obravnava v okviru biopsihosocialnega modela (Ghaem, 2003; Walker, 2008), kjer so vse tri ravni (nevrološka, psihološka in družbena) ključnega pomena pri nastanku, zgodovini narave in zdravljenju. Pri vseh zdravstvenih intervencijah je treba upoštevati vse tri ravni, saj se nobena bolezen, stanje ali pacient ne more omejiti na en sam vidik (Brown, 2000).

Podobno ajurveda poudarja povezanost in holizem pri razumevanju depresije, kar je pokazala tudi etnografska študija, ki sta jo opravila Lang in Jansen (2013). Ajurvedsko razumevanje depresije je namreč relativno združljivo s psihiatričnim konceptom depresije. Ajurveda je razvila celovito teorijo in dobro strukturirane mehanizme zoper psihološke stiske. Pojem *unmada* je splošni izraz za vse duševne motnje, v katerih posameznik izgublja moč za nadzorovanje svojih dejanj in opravljanje dolžnosti v skladu z družbo. Charaka Samhita, najstarejše in temeljno delo indijske medicine, zagotavlja jasno definicijo *unmade*, opisuje etiološke dejavnike in patološki proces, opredeljuje jasne diagnostične in terapevtske postopke (božanska terapija, biološka terapija, psihoterapija in joga) (Sharma in Dash, 2011).

Charaka Samhita opisuje, da se duševne bolezni razvijejo, ko:

- oseba ne dobi tistega, kar si želi (frustracije), in dobi tisto, česar si ne želi,

- gune ali tri energije v možganih (*satva, radža, tamas*) niso v ravnovesju, kar poslabša sposobnost ljudi, da razmišljajo jasno, in povzroča »kršitev znanja«,
- ljudje ne poznajo samega sebe (ekstremni občutki, kot so žalost, zavist in poželenje, pa tudi evforija in veselje, lahko odvrnejo dojemanje ljudi o sebi stran od realnosti),
- doše ali trije sistemi, ki upravljajo psihosomatsko delovanje telesa, to so *vata, pita, kapa*, niso v ravnovesju,
- oseba uživa neprimerno, nekompatibilno in onesnaženo hrano,
- so prisotne težave v odnosih (zlasti z ožjimi družinskimi člani) in družbene nepravilnosti,
- se pojavijo karmične tendence reinkarnirane duše.

Učinki ajurvedske prakse kot zdravljenja duševnih motenj so še vedno relativno slabo raziskani, prav tako pa tudi prenos ajurvedske medicine v drugo kulturno okolje. Študije o zdravljenju duševnih motenj z ajurvedsko medicino z vidika evropske izkušnje s pacienti so redke in na tem raziskovalnem področju obstaja velika vrzel.

2 METODA

Za preverjanje raziskovalnih vprašanj sem uporabila naslednje kvalitativne antropološke raziskovalne pristope:

- **Opazovanje z udeležbo** v dveh okoljih sem izbrala za zagotovitev podatkov o ajurvedski praksi v Sloveniji in Indiji. Terensko delo v Sloveniji je potekalo v eni od ajurvedskih ordinacij od decembra 2010 do maja 2011, terensko delo v Indiji, Kerali je potekalo v ajurvedski psihiatrični bolnišnici Kottakkal in Cherian ašramu Kottayam med decembrom 2011 in januarjem 2012.
- **Avtobiografijo** ali refleksijo sem uporabila za opis lastne motivacije in kot osebni prispevek za izvedbo raziskave.
- **Z avtoetnografijo** sem zagotavljala načelo avtobiografije in etnografije pri izvajanju in pisanju, s čimer sem iskala doslednost med pacientovimi pripovedmi in opazovanim.
- **Polstrukturirane intervjuje** sem izpeljala s psihiatri, ajurvedskimi terapevti in zdravniki v Sloveniji in Indiji.
- **Narativni intervjuji** ali biografija bolezni pa so potekali z osebami, ki so potrebovale pomoč v psihiatrični in ajurvedski praksi.

V raziskavi sem uporabila obsežen podatkovni material, ki je temeljil na različnih vidikih udeležencev. To so bili:

- psihiatrični pacienti (osem žensk in dva moška med 26. in 64. letom),
- ajurvedski pacienti (šest žensk in štirje moški med 29. in 64. letom),
- psihiatri (štiri ženske in šest moških med 38. in 66. letom),
- ajurvedski zdravniki in terapevti v Sloveniji (ena ženska in štirje moški med 34. in 55. letom),
- ajurvedski zdravniki in terapevti v Indiji (tri ženske in štirje moški med 25. in 61. letom).

Vstopni kriterij za vse intervjuvane paciente je bila biomedicinska diagnoza velike depresije. Beckov vprašalnik je bil uporabljen kot orodje za identifikacijo simptomov depresije, ki so oblikovali merilo za izbiro oseb. Želja je bila vključiti osebe z depresijo v remisiji in morebitno blagimi simptomi.

3 REZULTATI IN RAZPRAVA

Tematski pristop analize je bil izveden kot glavna metoda analize intervjujev, terenskih zapiskov in pisnih materialov. S tem pristopom so bili semantično podobni deli kodirani in organizirani v podobne teme, kjer sem identificirala osem metatem.

Prvič: ajurvedsko razumevanje depresije ustreza biopsihosocialnemu modelu v psihiatriji, vendar ajurveda gre širše. Človeka določata biologija v smislu genetike ali karme in biološka konstitucija ali doševska konstitucija. Poleg tega psihiatrično razumevanje depresije kot nevrokemičnega neravnovesja ustreza ajurvedskemu konceptu neravnovesja doš in gun. Tudi v ajurvedi depresija pomeni motnjo v možganih, za razliko od psihiatrije pa je vedno povezana z vsaj eno došo (kapa, vata, pita). Ajurveda poudarja, da vse, kar mislimo, izkusimo in občutimo, vpliva na kemijo naših celic in obratno. V okviru te tradicije je neravnovesje v možganih posledica biološkega, psihološkega, socialnega, kulturnega in duhovnega vpliva. Ajurvedsko razumevanje depresije je širše zaradi vključitve duhovnega vidika, ki pravi, da se depresija razvije, ker energija posamezne duše ne teče skozi telesne kanale – možganski kanali, živci, krvni obtok, limfa itd. Zaradi blokiranih kanalov ne morejo skozenj niti doše niti gune. Ta ilustracija predstavlja psihopatološki mehanizem depresije, ki je v psihiatriji še nejasen.

Drugič: aktualni biopsihosocialni model razumevanja depresije je nezadosten, česar se psihiatri dobro zavedajo in enako kot ajurvedski strokovnjaki pogosto

razpravljajo o širših družbeno-kulturnih vzrokih za depresijo: vse večja osamljenost, delovno okolje, negotovosti, tehnološki razvoj, politične in gospodarske razmere, stigmatizacija, revščina, življenjsko okolje, daljša življenjska doba in prehod iz tradicionalne družbe v postmoderno/postsocialistično družbo. Da je depresija bolezen mnogoterih obrazov, so podprle tudi etnografije pacientov, med katerimi so bile prisotne štiri oblike depresije (travmatične izkušnje v otroštvu in adolescenci, dolgotrajni, nerešeni in neustrezni odnosi, delovno okolje in negativni življenjski dogodki), ki so hkrati razkrile tudi šest »kulturnih« oblik depresije v Sloveniji:

- **izgoreli posamezniki**, ki so zaradi dela pretirano izčrpani,
- **pomanjkanje individualizacije**, kjer številni (zlasti ženske) živijo in pogosto delajo z ozkim razponom družinskih članov, s pogostimi konflikti in stalnim vmešavanjem v njihova življenja,
- **velik strah pred neuspehom** (zlasti moški) – še vedno ni sprejemljivo, da moški joče, je prizadet ali izrazi svoja čustva (trpijo v tišini),
- **zloraba alkohola** odraža še en slovenski problem, saj od 100.000 do 200.000 ljudi je odvisnih od alkohola,
- **dolgotrajna brezposelnost** (okoli 13 %), ki ustvarja negotovost in strah,
- **pomanjkanje toplih in podpornih odnosov v družini** – za razliko od Indije v Sloveniji pri zdravljenju niso sodelovali družinski člani.

Tretjič: posameznik je soodgovoren za razvoj depresije. Oba medicinska sistema poudarjata, da čeprav nastop depresije ni posameznikova krivda, je soodgovoren za nekaj, kar je v njegovem obsegu vpliva. Soodgovornost je priznala tudi večina pacientov. Pripisali so jo svojemu temperamentu, nezavedanju, poznemu iskanju pomoči in pomanjkanju izkušenj in znanja o depresiji. Pacienti so z današnje perspektive govorili o soodgovornosti v svoji preteklosti, potem, ko so analizirali vzroke ali dejavnike lastnih težav. Ko so iskali pomoč, pa se tega niso zavedali.

Četrtrič: v psihiatriji je biopsihosocialni model redko uporabljen pri zdravljenju depresije, medtem ko je večnivojski pristop v ajurvedi stalna praksa. Večini pacientov poleg zdravljenja z antidepresivi ni bila nudena psihoterapija ali druga podporna metoda. Težave so predvsem na sistemski ravni, poleg tega tudi finančni model ne podpira večnivojskega zdravljenja depresije. Razlika je tudi v tem, da so bili psihiatrični pacienti veliko manj usmerjeni v reševanje lastnih težav. Ajurveda priporoča uporabo določenih smernic in tehnik (meditacija, joga, telesna aktivnost, prehranske smernice, komunikacija itd.) vsem pacientom,

medtem ko poudari posamezne smernice v skladu s pacientovim specifičnim problemom. Kakorkoli, obe skupini pacientov sta po zdravljenju poročali o izboljšavah. Ajurvedska obravnava lahko prinese pozitivne spremembe v več vidikov življenja osebe v treh do petih tednih, medtem ko morajo psihiatrični pacienti čakati vsaj tri tedne, preden antidepresivi začnejo delovati.

Petič: bistvena razlika med obema pristopoma zdravljenja je terapevtski odnos. Čeprav psihiater uporablja izčrpen intervju, podoben ajurvedskemu, da razkrije vzroke za depresijo, je ajurvedski pristop celovitejši. Ajurveda namenja več časa vsakemu posameznemu pacientu in vključuje veliko več kontekstualnih informacij (o življenju, človeku, zdravju, bolezni, načinu zdravljenja, prehrani, življenjskem slogu, duhovnosti itd.). Psihiatrični bolniki so bili na splošno zadovoljni s psihiatri, čeprav so pogrešali več pogovora med kontrolnimi obiski, aktivnejšo vlogo in kontrolne teste, ki bi spremljali njihov napredek. Ajurvedski pacienti, ki so bili manj zadovoljni s psihiatri, pa so opozorili na ključne razlike v terapevtskem odnosu: nižja stopnja formalnosti, bolj oseben in aktiven dialog, pripravljenost terapevta, da posluša in razume, čuječnost, usmerjevalno svetovanje, časovna komponenta, pragmatično usmerjanje in stalna opora v času terapevtskega procesa in zatem.

Šestič: ljudje se odločajo za ajurvedo na podlagi izkušenj drugih ljudi – družinskih članov, prijateljev, znancev, ne pa zato, ker bi jim bile ideje in prepričanja ajurvede blizu. Le eden od ajurvedskih pacientov je imel predhodno zanje o ajurvedi. Večina pacientov je bila obravnavanih izključno z ajurvedo, le eden je potreboval ajurvedo kot dopolnilo psihiatričnemu zdravljenju. Pacienti so se obrnili k ajurvedi iz naslednjih razlogov: depresija, nezadovoljstvo s psihiatrično oskrbo, strah pred neželenimi učinki zdravil in odvisnostjo, somatske in psihološke težave, neuspešni poskusi psihiatrije, iskanje naravnih, varnejših metod, želja po drugačni interpretaciji njihovih težav, radovednost in dejstvo, da je lahko psihiatrično zdravljenje bolj stigmatizirano.

Sedmič: ajurveda ponuja dva komplementarna procesa – individualizacijo in povezanost. Ustreza sodobnim psihološkim usmeritvam, saj poudarja psihosocialno(duhovne) vzroke depresije. Zapolnjuje vrzel zaradi pomanjkanja strokovne psihološke prakse v Sloveniji. Pomaga pacientom, ki nimajo osebne individualizacije (ljudje, ki so preveč vpleteni v družinska razmerja in brez samorefleksije), da postanejo bolj individualizirani v zvezi z razmišljanjem o njih samih, učenjem, kdo so in kaj želijo. Zaradi poudarka na medsebojni povezanosti vseh živih bitij v ajurvedi ti isti pacienti čutijo povezanost, zlasti z drugimi. Psihiatri in ajurvedski strokovnjaki (kot tudi številne študije) so poudarili, kako

pomembni so družbeni odnosi in kako lahko vplivajo na telesno in duševno počutje posameznika.

Osmič: v Sloveniji manjkajo osnovni elementi ajurvedske prakse. Pri nas se ajurveda srečuje s številnimi ovirami in omejitvami in je ni mogoče priznati kot medicinski sistem. Manjka predvsem institucionalna ajurvedska oskrba in dostop do ajurvedskih zdravil, ki so že registrirana na ravni EU. Na oboje pa vpliva tudi neurejenost in manko preverjenega registra izvajalcev komplementarnih metod zdravljenja.

4 ZAKLJUČEK

Čeprav je v zadnjih letih psihiatrija napredovala pri zdravljenju človeka bolj celostno, je raziskava pokazala dve posebni prednosti ajurvedske obravnave. Ena je usmerjevalnost (dajanje usmerjenih nasvetov), druga je dnevna podpora v času obravnave po socialnih omrežjih ali telefonu. Kot so predlagali udeleženci raziskave, sta oba pristopa učinkovita v praksi, vendar v psihiatriji nedovoljena. Pomemben prispevek raziskave je ustvarjanje okolja, v katerem različni pogledi in različne paradigme pridejo v stik med seboj za dobro ljudi in njihovega zdravja. Študija razširja tudi naše razumevanje prakse zdravljenja pacientov z depresijo, pri čemer je analiza podala ugotovitve, ki bi lahko imele vpliv na prakso psihiatrov in ajurvedskih strokovnjakov v Sloveniji in svetu.

Literatura

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Brown TM. The growth of George Engel's biopsychosocial model. 2000. Dostopno na: <http://human-nature.com/free-ass-ociations/engell.html> (citirano 7. 9. 2012).
- Gaines AD. Ethnopsychiatry: The cultural construction of professional and folk psychiatries. Albany: State University of New York Press; 1992.
- Kleinman A, Good B. Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press; 1985.
- Marsella A. Depressive experience and disorder across cultures. In: Draguns J, ed. Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 6. Psychopathology. New York: Allyn & Bacon; 1980: 237–289.
- Ghaem NS. The Concepts of Psychiatry. A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 2003.

Lang C, Jansen E. Appropriating depression: biomedicalizing Ayurvedic psychiatry in Kerala, India. *Medical Anthropology*. 2013; 32(1): 25–45.

Sharma RK, Dash B. *Caraka Samhita, Text With English Translation & Critical Exposition. Volume I*. Varanasi: Chowkhamba Sanskrit Series Office; 2011.

Walker C. *Depression and Globalization. The Politics of Mental Health in the 21st Century*. New York: Springer Science and Business Media; 2008.