

Depresja - Rozumienie i Interwencja Terapeutyczna

Krzysztof Kielkiewicz & Ivan Kennedy

IICP, Dublin

Tłumaczenie z j. angielskiego K. Kielkiewicz.

Tekst źródłowy: Kielkiewicz, K., & Kennedy, I. (2015). Depression-Understanding and Therapeutic Intervention. *Éisteach - Journal of the Irish Association for Counselling and Psychotherapy*, 15(4).



Abstrakt

Depresja jest uważana za zaburzenie psychiczne o rosnącej zapadalności w obecnych cywilizowanych społeczeństwach. Badania sugerują, że ok. 25% z członków obecnej populacji, było, jest lub kiedyś będzie dotknięte tym problemem. Najnowsza literatura psychologiczna szeroko bada różne aspekty depresji w celu wypracowania modeli zrozumienia, aby poradzić sobie z leczeniem tej dysfunkcji. Depresja jako dolegliwość, jest leczona przez terapeutyczne dyscypliny takie jak psychiatria lub psychoterapia, które pojawiają się jako wyspecjalizowane, ale i różnorodne, nawet wewnątrz własnych gałęzi, zwłaszcza psychoterapeutycznych. Celem niniejszego przeglądu jest przegląd istniejącej wiedzy i krytycznego porównania podejść terapeutycznych.

Wprowadzenie

Mimo że termin "depresja" nie został wygenerowany z dyscypliny psychologii, w ostatnich dziesięcioleciach stał się wysoce z nią związany jako stan psychiczny i syndrom psychologiczny. Depresja wydaje się coraz większym problemem w cywilizowanych społeczeństwach. Statystyki sugerują, iż obecnie 10% ludzi żyjących w ekonomicznie rozwiniętych i rozwijających się społeczeństwach cierpią z powodu depresji. Według danych

np. HSE (Health Service Executive, Ireland), około 300 000 (7,7%) ludność Irlandii ma depresję (HSE, 2014). Największą przyczyną przyjęć do szpitali psychiatrycznych w Irlandii w 2009, były zaburzenia depresyjne (CSO, 2012). Według HSE (2014), co czwarta kobieta i co dziesiąty żyjący człowiek w tym kraju ma doświadczenie lub doświadczy depresji na pewnym etapie życia. Pomimo faktu, że mężczyźni są mniej podatni na depresję, są bardziej skłonni popełnić samobójstwo niż kobiety. 10 000 osób jest hospitalizowanych w Irlandii co roku, co kosztuje rocznie Irlandzką gospodarkę około 170 milionów euro. Szacuje się, iż 66% osób, z klinicznymi objawami, nie podejmuje żadnego leczenia ani nie konsultuje się z lekarzem pierwszego kontaktu. Jeśli wszyscy mający objawy depresji podjęliby leczenie, koszt wzrósłby do ponad pół miliarda euro rocznie. Niemniej, statystyki sugerują, że ogromna większość z tych, którzy podejmują leczenie z powodzeniem powraca do zdrowia (Keller i Boland, 1998; Kessler i wsp., 2003). Wniosek jaki się nasuwa wskazuje, iż powszechna świadomość społeczna ma ogromne znaczenie w walce z tym zaburzeniem. Dziedziny terapeutyczne i naukowe rozwinęły wiele koncepcji tego problemu, odpowiednio dostosowując metody leczenia. Temat depresji był szeroko badany w psychiatrii i psychologii w latach 70', 80' i na początku 90', również obecnie ciągle prowadzone są prace badawcze publikowane w literaturze psychologicznej, podejmujące wiele aspektów i rozbudowując wiedzę, stwierdzając niestety, że problem się rozszerza (Bose, 1995, Berger i wsp., 2008). Celem tego artykułu jest przedstawienie zagadnienia depresji na podstawie istniejących danych z dyscyplin zajmujących się tą problematyką.

Zrozumienie depresji

Starożytni Grecy określili cztery typy osobowości (lub humory): choleryczny; melancholijny; sangwiniasty i flegmatyczny. Te humory były rozumiane jako somatyczne płyny przepływające przez ciało człowieka i mające wpływ na stany emocjonalne i postawy. Wszelkie braki lub nadwyżki któregośkolwiek z nich powodowały nierównowagę i stan niezdrowia. Hipokrates (460-370 p.n.e.) zidentyfikował osobowość z dominującym poziomem melancholii jako chorobliwą. W swojej pracy *Aforyzmy* (6.23) stwierdził: "obawa i przygnębienie, jeśli trwają długi czas są objawami choroby". Oczywiście staję się, iż ludzkie stany depresyjne istniały i zostały rozpoznane już wiele wieków temu. Jednakże termin "depresja" funkcjonuje stosunkowo od niedługo czasu i psychologia nie jest jedyną dziedziną używającą tego terminu. Np. geografia, używa jej do opisu gruntu leżącego poniżej poziomu morza (Barnhardt, 1995). Ekonomia, w ten sposób określa recesję utrzymującą się przez dwa lub więcej lat z objawami bezrobocia, spadkiem PKB, bankructwem firm i innych podmiotów gospodarczych (MacFarquhar, 1997). Medycyna (psychiatria) określa depresję jako długoterminowy stan niskiego nastroju, charakteryzujący się zaburzeniami poczucia własnej wartości i brakiem motywacji (Salmans, 1997). Newman (2007) identyfikuje objawy depresji przez (i) niekorzystny i długotrwały stan charakteryzujący się smutnym nastrojem, płaczliwością i złym samopoczuciem, (ii) głębokimi stanami przygnębienia, tj. rozpacz, deprecjacja, poczucie winy, beznadziejność i bezradność. (iii) kliniczna depresja związana jest z zaburzeniami somatycznymi tj. brak apetytu,

zaburzeniami snu (zbyt długim lub zredukowanym), chroniczne zmęczenie. Konsekwencją mogą być autoagresja, samookaleczenia, myśli samobójcze, a ciężkie przypadki mogą się charakteryzować wycofaniem z rzeczywistości i doświadczaniem urojeń, halucynacji i stanów psychotycznych.

Ogólnie przyjmuje się, że ssaki rozwinęły przywiązanie, jako korzystną funkcję adaptacyjną, pomagającą przetrwać w trudnych warunkach środowiskowych dzięki zdolności budowania więzi socjalnych. W celu zapobiegnięcia zerwaniu relacji i więzi społecznej, mózg ssaków rozwinął odczuwalną negatywną reakcję w momencie utraty lub zerwania tej więzi przez doświadczanie tak zwanego "lęku separacji" lub "rozpaczy". To uczucie może być uchwycone przez takie słowa jak stres, panika, bunt lub bezsilność (Solms, 2012). Stałe i patologiczne doświadczanie powyższych uczuć jest zbieżne z objawami klinicznymi depresji. Somatycznie, separacja i zagrożenie są aktywowane przez uwolnienie hormonów i peptydów do organizmu. Jednak co jest źródłem takiej reakcji organizmu jest przedmiotem badań psychologii i wyzwaniem psychoterapii.

Psychiatria

Według psychiatrii, depresja jest postrzegana jako neurologiczna reakcja na nie zrównoważony poziom hormonów i związków neurochemicznych. Neuropsychologowie i psychiatrzy uważają, że depresja jest w dużej mierze powodowana przez niski poziom neuroprzekaźnika serotoniny, która jest odpowiedzialna za złe samopoczucie i brak poczucia szczęścia (Young, 2007). Jednak inne ustalenia wykazują, że niedobór serotoniny nie jest bezpośrednią przyczyną depresji (Delgado i wsp., 1990), ponieważ ten neuroprzekaźnik odgrywa rolę modulatora podczas doświadczania emocji i uczuć zarówno pozytywnych jak i negatywnych (Berger i wsp., 2009). To sugeruje, że podczas gdy serotonina jest ważna w doświadczaniu lub niedoświadczaniu depresji, nie zapobiega samej depresji. Innym hormonem mającym ogromny wpływ na to jak się czujemy jest kortyzol, wydzielany w momencie stresu. Pomijając złożoność reakcji neuropsychologicznych w ludzkim układzie nerwowym i dyskusje czy taki lub inny neuroprzekaźnik wywołuje lub zapobiega depresji, nasuwa się pytanie co powoduje reakcje organizmu, iż zaczyna on nieprawidłowo funkcjonować. Wydaje się, iż odpowiedź na to pytanie nie jest prosta i mieści się na granicy interakcji osoby ze środowiskiem, z innymi ludźmi i z samym sobą.

Rozumienie behawioralne

W rosnącej rodzinie poddyscyplin psychologii i psychoterapii, ważną rolę odgrywa gałąź poznawczo-behawioralna reprezentowana przez terapię CBT. To pragmatyczne narzędzie interwencji funkcjonuje jako szybki i skuteczny sposób pomocy terapeutycznej wobec wielu problemów, w tym depresji. Behawioryzm, definiuje funkcjonowanie ludzi jako zorganizowany system reakcji na stymulacje środowiska (Skinner, 1953). Według behawiorystów, ludzka osobowość składa się z nabytych doświadczeń, uwarunkowań genetycznych i wyuczonych reakcji na powyższe komponenty (PérezÁlvarez & García-Montes, 2006). Różne osobowości mają różne doświadczenia, wobec których wykształciły

różne reakcje behawioralne. Depresja, w tym kontekście funkcjonuje jako wyuczona postawa, gdzie nieadaptacyjne i dysfunkcyjne myśli i zachowania tworzą jej stan. Leczenie, w tym przypadku, polega na przeewaluowaniu i oduczeniu się ich przy równoległym rozwinięciu repertuaru adaptacyjnego, wzbogaconego przez nowe sposoby myślenia i postawy, co w konsekwencji zmieni stan emocjonalny chorego i wyleczy depresję. Poznawczo behawioralne zrozumienie depresji jak i szerzej pojęta behawioralna koncepcja, skutecznie stawia czoła wyzwaniom terapeutycznym, szczególnie w ostatnich dekadach. Liczba badań potwierdzających efektywność CBT jest wprost przytłaczająca. Psychoanaliza jednak postrzega behawioryzm jako powierzchowny i nie odnoszący się wielu sfer ludzkiej kondycji (Moran, 2008). Terapeuci psychodynamiczni są zdania, iż CBT jest ograniczona, ponieważ zaniedbuje podświadomość jako ważną sferę osobowości, która gra ważną rolę w zrozumieniu i podejściu terapeutycznym do depresji (Milton, 2001).

Psychoanaliza/Terapia Psychodynamiczna

Uproszczając, perspektywa psychoanalityczna postrzega zaburzenia psychiczne jako dysfunkcyjną reakcję na podświadome i tłumione uczucia. Mimo że uczucia mogą być reakcjami na bezpośrednio bodźce środowiskowe, reakcje na podświadome lub wyparte uczucia mogą rozwinąć negatywną kondycję, popularnie nazywaną depresją. Uczucia związane z depresją są bardzo podobne do emocji towarzyszących stracie, tj. smutek czy bezsilność. Różnica, jednak leży w podejściu do sytuacji i dynamice procesu jaki się dokonuje. Zdrowy żal po doświadczeniu utraty jest zwykle zjawiskiem dynamicznym, przechodzącym etapy i prowadzącym do przeorganizowania życia w celu odnalezienia się w nowej rzeczywistości. Depresja jest stałym i często wieloletnim doświadczeniem wspomnianych negatywnych uczuć, które zostały zablokowane i nie przechodzą do następnego etapu w dynamicznym procesie rozwoju. Psychoanaliza, widzi depresję jako patologiczną formę żalu lub patologiczną reakcję na żal, (Freud, 1917; Bowlby, 1969, 1980). Stan ten, który choć jest ewolucyjnym osiągnięciem ssaków, w warunkach cywilizacyjnych może być nieadekwatną a nawet szkodliwą kondycją. Carey (2005) oblicza, iż odkąd nasi dwunożni przodkowie zeszli z drzewa, 99,6% naszego czasu spędziliśmy w niecywilizowanym środowisku. Nowoczesny styl życia ludzi drastycznie odmienił nasze funkcjonowanie, jednak stanowi tylko 0,4% czasu naszej ewolucji nie dał nam szans na genetyczne przystosowanie się do niego. Dlatego cywilizacyjnie jesteśmy kierowcami samochodów i beneficjentami smartfonów, genetycznie jednak jesteśmy zbieraczami i myśliwymi żyjącymi w grupach stadnych liczących od 20 do 150 członków. Nasze mózgi są wciąż zaabsorbowane wyzwaniami sprzed setek tysięcy lat, czyli przetrwaniem, a w tym koniecznością wyeliminowania bezużytecznych członków stada. Np. stary samiec, który nie jest w stanie polować lub chora samica, która nie może rodzić ani karmić, naturalnie odczuwa objawy depresyjne, takie jak wstyd, odrzucenie, bezużyteczność i poczucie winy, rozwinięte i zakorzenione w genach z czasów, kiedy przetrwanie umiejscowione było w okrutnym i niecywilizowanym środowisku (Carey, 2005).

Leczenie depresji

Psychiatria

Odkąd psychiatria zakwalifikowała depresję kliniczną jako somatyczne zaburzenie sfery psychicznej, rozumianej jako nierównowagę biochemiczną, celem leczenia jest doprowadzenie ciała z powrotem do równowagi przez zastosowanie leków lub innych środków medycznych. Dokonuje się to przez pobudzenie procesów neurologicznych, które wpłyną na odczuwanie lub percepcję emocjonalną i w efekcie zmieniają samopoczucie pacjenta. Ewentualnie, leczenie może mieć na celu zablokowanie pewnych negatywnych reakcji organizmu powodujących negatywne stany psychosomatyczne lub psychoemocjonalne. Leki przeciwdepresyjne, tabletki placebo, stymulacja elektryczna lub magnetyczna układu nerwowego poprzez stosowanie zabiegów, implantów, są to metody stosowane w psychiatrii (Rudorfer i wsp., 2003; Marangell i wsp., 2007). Wśród innych technik zalecanych w psychiatrii zalecane są również, muzykoterapia, światło terapia, ćwiczenia, medytacje, dieta, ruch fizyczny. Liczni uczeni widzą jednak słabość psychiatrii w podejściu do problemu depresji w nadmiernym stosowaniu leków. DePaulo (2010) mówi, że "niektórzy psychiatrzy odnoszą się do siebie jako psychofarmakologowie, i eksperci w stosowaniu wiedzy n. t. leków psychotropowych " (DePaulo, w Hartelius, 2010, str. 170). Podobne stanowisko jest reprezentowane nawet przez środowisko samych psychiatrów. Np. William Glasser (2003) stwierdza, że podejście psychiatryczne może pogorszyć stan pacjenta, ponieważ niektórzy ludzie w depresji nie są chorzy psychiatrycznie, ale są po prostu bardzo nieszczęśliwy. Ograniczeniem psychiatrii w leczeniu depresji jest bez wątpienia nastawienie na leczenie objawów a nie przyczyn powodujących zaburzenie. Jak powiedział Hartelius (2011, s. 124) "nauka i medycyna nie jest w stanie opowiedzieć całej historii depresji". Jeżeli natomiast chodzi o ukierunkowanie na leczenie przyczyn leżących u podstaw depresji, wydaje się i zagadnieniem tym bardziej zajmuje się inna dyscyplina rozszerzająca się dynamicznie, zwłaszcza w ciągu ostatnich kilku dekad - psychoterapia.

Podejście CBT

Poznawczo-behawioralne leczenie depresji koncentruje się na eliminacji niefunkcjonalnych myśli i zachowań, które kreują negatywne emocje, a te z kolei napędzają depresję. Leczenie polega na zidentyfikowaniu irracjonalnych przekonań takich jak "jestem bezużyteczny", "muszę zrobić ..." i ich transformacja w bardziej racjonalne, takie jak "czasami zawodzę", "najlepszym rozwiązaniem jest...", itp. Terapia polega również na wprowadzeniu aktywności ruchowej i intelektualnej do codziennych zwyczajów, jako że sfera ta jest mocno zniekształcona przez pasywność. (Dryden, 1999; James, 2012). Terapia poznawczo-behawioralna to podejście w dużej mierze oparte na szkoleniu umysłu od sesji do sesji, przeplatane pracą domową, które ćwiczy nowe adaptacyjne sposoby myślenia i zachowań. Strategią CBT jest nauczenie pacjenta kontroli myśli i zachowań w celu wyeliminowania głównych komponentów depresji. Jednakże, jak wspomniano powyżej, ograniczeniem tego podejścia jest interwencja na poziomie poznawczym i behawioralnym, bez wnikania w

poziomy podświadomości (Solms, 2012). W niektórych przypadkach, takie wyłączenie może wpływać na jakość leczenia depresji.

Podejście (PCT) Carla Rogersa

Carl Rogers (1902-1987) był amerykańskim psychiatrą i psychologiem, który wprowadził nowe i innowacyjne podejście do terapii. PCT (Person Centered Therapy) jest tłumaczona jako kliento-centriczna i przenosi ciężar terapii z dylematu psychologicznego na obszar praktycznych zaburzeń relacji. Problem depresji w PCT można ogólnie rozumieć jako skutek poświęcenia siebie na korzyść uzyskania aprobaty i szacunku od innych. Problem rozwija się uszkadzając dobre samopoczucie osoby, która traci kontakt z głębokim i autentycznym ja. Konsekwentnie, dolegliwość manifestuje się przez niespójność, rozbieżność pomiędzy wewnętrznym pragnieniem a działaniem pacjenta. PCT podkreśla rolę pacjenta w procesie odzyskiwania spójności, gdzie rolą terapeuty jest skutecznie asystowanie w procesie odzyskiwania tożsamości pacjenta. Terapeuta oferuje autentyczną postawę, która uczy szczerości i prawdziwości w bolesnym procesie wyboru siebie. Depresja jest w tym kontekście zaburzeniem spójności, która zostaje odzyskana poprzez identyfikację własnej nieautentyczności, zastąpieniem jej prawdziwym ja i odzyskaniem szacunku do samego siebie. Kluczem do rozwiązania problemu depresji jest umiejętność zauważenia a potem zrozumienia własnych emocji jako motoru napędzającego autentycznego człowieka i zbudowaniu samoakceptacji. Na ścieżce leczenia, jednym z drogowskazów wg PCT jest czerpanie ze źródła jakim jest zmysł i potrzeba samorealizacji pacjenta, która jest narzędziem terapii. Zmysł i potrzeba samorealizacji przejawia się w pragnieniach takich jak naturalne pragnienia bycia zdrowym, silnym, dojrzałym, mądrym, wolnym, autentycznym, swobodnym, itp. Każda osoba ma naturalną zdolność do podążania tą ścieżką. Ograniczeniem PCT jest perspektywa długości procesu terapeutycznego, jako że ze swej natury jest terapią głęboką a co się z tym wiąże nie krótkoterminową. Być może, to jest powód, dlaczego PCT ma słabe perspektywy, aby być rekompensowaną przez państwowe systemy opieki zdrowotnej. Firmy ubezpieczeniowe są również niezbyt chętne, aby inwestować w leczenie długoterminowe, nawet jeśli dotyka skutecznie sedna problemu, mając do wyboru znacznie krótsze metody proponowane np. przez CBT.

Podsumowanie

Psychoterapia rozwija się jako interdyscyplinarna dziedzina podejmująca problem ludzkiego zdrowia psychicznego, ukierunkowana na skuteczne leczenie poprzez usuwanie przyczyn zaburzeń i jako alternatywa do objawowego leczenia proponowanego przez psychiatrię. Rozszerza się ona w ramach własnej teorii i ram praktycznych; jednak, w dużej mierze korzysta z osiągnięć medycyny, psychologii, nauk społecznych i humanistycznych. Zdecydowanie jednak charakteryzuje się autonomicznym systemem wartości i etyki. Rozwój psychoterapii jako paradygmatu zawodowego, ale także jako dyscypliny akademickiej wymaga wciąż konfrontacji na wielu teoretycznych i praktycznych płaszczyznach. Aktualne

jednak, cieszy się bardzo dużym zaufaniem społecznym i rozszerza pole swego oddziaływania i kompetencje.

Zamiarem tego artykułu było przybliżenie nie zawsze prostych zagadnień z dziedziny zdrowia i psychologii na przykładzie depresji jak również zaznajomienie z metodami leczenia. W tym kontekście psychoterapia staje się bowiem coraz ważniejszym elementem w sferze zdrowia psychicznego jak i nierozzerwalnym elementem obrazu rozwiniętych i rozwijających się społeczności. Ze względu na fakt, iż aspekty poruszane w tym artykule są złożone i obecnie już bardzo rozbudowane, powyższe przybliżenie skupiło się na przedstawieniu głównych elementów podejmowanych zagadnień. Dyscypliny terapeutyczne przedstawione w powyższym artykule reprezentują różne tradycje, które spotykają się na wspólnym gruncie klinicznym, lecz wywodzą się z różnych źródeł. Wszystkie jednak łączy wspólny cel jakim jest poradzenie sobie problemami zdrowia, gdzie depresja jest jedną z nich, a która dotkliwie dotyka współczesne społeczeństwa. Rozwiązania terapeutyczne, które zostały przedstawione w niniejszym artykule nie wyczerpują problemu depresji jak i nie przedstawiają rozwiązania zagadnienia w kontekście klinicznym. Przedstawienie kompletnego kompendium jest bardzo trudne z wielu powodów. Jednym z nich jest szeroki obszar zagadnienia lub polemiki n. t. skuteczności różnych rozwiązań. Celem tego artykułu było przybliżenie wiedzy i zaznajomienie się z tematem, który jest wciąż przedmiotem dyskusji środowisk akademickich i zawodowych związanych ze zdrowiem psychicznym. Powyżej przedstawiony temat nie tylko często dotyka nas samych, bliskich z naszego otoczenia, ale stanowi poważny przedmiot i skupia uwagę krajów, jak to zostało powyżej zaznaczone.

Bibliografia

- Ardila, R. (1988). Síntesis experimental del comportamiento [Experimental synthesis of behaviour]. *Madrid, Spain: Alambra*.
- Barnhardt, W. A., Gehrels, W. R., & Kelley, J. T. (1995). Late Quaternary relative sea-level change in the western Gulf of Maine: Evidence for a migrating glacial forebulge. *Geology, 23*(4), 317- 320.
- Berger, M., Gray, J. A., & Roth, B. L. (2009). The expanded biology of serotonin. *Annual review of medicine, 60*, 355-366.
- Bowlby, J. (1969). Attachment: Attachment and loss (vol. 1). *London: Hogarth*.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3). *New York: Basic*.
- Clarke, G. N., Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Hops, H., & Seeley, J. R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(3), 272-279.
- CSO (Central Statistical Office), 2012. Women and Men in Ireland 2011, *Government of Ireland 2012*.
- De Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience, 6*(6), 463-475.
- DePaulo, B.M., in Hartelius, E. J. (2010), *The rhetoric of expertise*.
- Delgado, P. L., Charney, D. S., Price, L. H., Aghajanian, G. K., Landis, H., & Heninger, G. R. (1990). Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: reversal of antidepressant-induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan. *Archives of general psychiatry, 47*(5), 411-418.
- Dryden, W. (1999). Structured disputing of irrational beliefs. *Glodsmiths University of London*.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry, 46*(11), 971-982.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard edition, 14*(239), 1957-61.
- Glasser, W. (2003). *Warning: Psychiatry can be hazardous to your mental health*.
- Glasser, W. (2010). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. Harper Collins.
- Harro, J., & Orelund, L. (2001). Depression as a spreading adjustment disorder of monoaminergic neurons: a case for primary implication of the locus coeruleus. *Brain Research Reviews, 38*(1), 79-128.
- Hippocrates, *Aphorisms*. HSE, (2014). Depression. Available at: <http://www.hse.ie/eng/health/az/D/Depression/> [Accessed on 28.03.2014].

- Hyde, M. J. (2011). The expertise of human beings and depression. *Social Epistemology*, 25(3), 263-274.
- Independent. ie. (2004). Depression: The Symptoms, The Statistics, The Help. Available at: <http://www.independent.ie/unsorted/features/depression-the-symptoms-the-statisticsthe-help-25907766.html> [Accessed on 28.03.2014].
- James, P. (2012). *Disputing Irrational Beliefs*. IICP College Dublin, Unpublished article.
- Keller, M. B., & Boland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological psychiatry*, 44(5), 348-360.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
- Kozisek, M. E., Middlemas, D., & Bylund, D. B. (2008). Brain-derived neurotrophic factor and its receptor tropomyosin-related kinase B in the mechanism of action of antidepressant therapies. *Pharmacology & therapeutics*, 117(1), 30-51.
- Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: a review. *Biological psychiatry*, 60(2), 84-92.
- MacFarquhar, R. (1997). *The origins of the cultural revolution* (Vol. 3). Oxford University Press.
- Marangell, L. B., Martinez, M., Jurdi, R. A., & Zboyan, H. (2007). Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(3), 174-181.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.
- Milton, J. (2001). Psychoanalysis and Cognitive Behaviour Therapy-Rival Paradigms or Common Ground? 3. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(3), 431-447.
- Moran, S. (2008). After behaviourism, navigationism? *Irish Educational Studies*, 27(3), 209-221.
- Newman, M. (2007). Broader Horizons: Depression. *Bereavement Care*, 26(2).
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in clientcentred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 95-108.
- Pérez-Álvarez, M., & García-Montes, J. M. (2006). Person, behaviour, and contingencies (an aesthetic view of behaviourism). *International Journal of Psychology*, 41(6), 449-461.
- Rogers, C. R. (1951). *Clientcentered therapy: Its current practice, implications and theory* (p. 491). Boston: Houghton Mifflin.
- Rudorfer, M.V., Henry, M.E., Sackeim, H.A. (2003). Electroconvulsive therapy. In A Tasman, J Kay, JA Lieberman (eds) *Psychiatry, Second Edition*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1865-1901.
- Salmans, S. (1997). *Depression: Questions You Have—Answers You Need*. People's Medical Society. ISBN 978-1-882606-14-6.
- Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*, 122(5), 509-522.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Solms, M. (2012, September). Depression: A neuropsychanalytic perspective. In *International Forum of Psychoanalysis* (Vol. 21, No. 3-4, pp. 207-213). Taylor & Francis Group.
- Young, S. N. (2007). How to increase serotonin in the human brain without drugs. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 32(6), 394.
- Zupancic, M., & Guilleminault, C. (2006). Agomelatine: A preliminary review of a new antidepressant. *CNS Drugs*, 20, 981-92.