

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Anja Rejc

Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Anja Rejc

Mentorica: doc. dr. Andreja Vezovnik

Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

ZAHVALA

Za nasvete in motivacijo pri ustvarjanju magistrskega dela se najlepše zahvaljujem mentorici doc. dr. Andreji Vezovnik.

Posebno zahvalo namenjam svojim staršem: vedno vama bom hvaležna za leta podpore, spodbude in zaupanje vame.

Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah

Depresija v Sloveniji spada med najpogostejše duševne motnje, pri ženskah se pojavi pogosteje kot pri moških. Narašča tudi število izdanih receptov za antidepresive, ki predstavljajo le eno izmed oblik zdravljenja depresije. Vzroki za pojav depresije izhajajo iz psihosocialnega ali biološkega modela in na podlagi dvojne pozicije depresije obstajajo različne strategije zdravljenja. Pomemben vir informacij o zdravju so množični mediji, komuniciranje o zdravstvenih temah v množičnih medijih pa naj bi služilo osveščanju javnosti. Množični mediji so ključni vir opredelitev družbene realnosti, medijski diskurz zdravja pa vpliva na oblikovanje okvirov različnih pomenov. Množični mediji konstruirajo družbeno podobo bolezni in po konstruktivistični paradigmi je depresija (re)konstruirana kategorija, ki se začne z medijsko konstrukcijo. Naloga analizira medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah za ženske. Raziskovanje okvirjev temelji na kvalitativni analizi kategorij okvirjanja in analizi okvirjev na podlagi primerov znotraj kategorij. V analiziranih slovenskih življenjskostilnih revijah, ki se posvečajo temam o zdravju, okvirjanje depresije temelji na psihosocialnih, bioloških ali mešanih dejavnikih za pojav depresije. Identificirani so bili okvirji zdravljenja depresije in simptomov slednje, ki temeljijo na medikalizaciji, zdravizmu, potrošnih praksah ter odpravi družbeno nezaželenih simptomov bolezni. V analiziranih življenjskostilnih revijah se pojavljajo medijsko konstruirani simptomi depresije, ki niso konsistentni z medicinsko etiologijo in klinično sliko depresije.

Ključne besede: depresija, množični mediji, medijska reprezentacija, okvirjanje, medikalizacija.

Media framing of depression in Slovenian lifestyle magazines

In Slovenia, depression is one of the most common mental illness', occurring more frequently among women than men. Also rising is the number of prescriptions for antidepressants, which represent only one of the treatment options. Factors for depression can be of psychosocial or biological origin and, based on the double position of depression, there are different treatment techniques. Mass media are an important source of information on health and communicating about health related issues is supposed to inform the public. Mass media are the key source of the definition of social reality and media discourse on health affects framing of different meanings. Mass media construct the social image of illness and, according to the social constructivist paradigm, depression is a (re)constructed category that begins with media construction. Thesis researches media representation and framing of depression in Slovenian lifestyle magazines for women. Research of media framing of depression is conducted with qualitative coding approach to analysing categories of framing and analysis of specific frames. Research showed that framing of depression in analysed articles in Slovenian high circulation lifestyle magazines, that cover health related topic, is based on psychosocial, biologic or mixed factors for depression. Identified frames of treatment of depression and specific symptoms are based on medicalization, healthism, consumption and removing of socially unwanted characteristics as symptoms of depression. Also discovered in the analysed articles were symptoms, inconsistent with medical ethology and clinical picture of depression.

Key words: depression, mass media, media representation, framing, medicalization.

KAZALO

1	UVOD	7
2	TEORETIČNI DEL: DEPRESIJA IN DRUŽBA	9
2.1	Opredelitev pojma	9
2.2	Je depresija sindrom ali simptom, je bolezen, motnja ali stanje?.....	10
3	KLINIČNA SLIKA IN ETIOLOGIJA DEPRESIJE	10
3.1	Klasifikacija depresije	10
3.2	Simptomi depresije.....	12
3.3	Dejavniki za nastanek depresije	14
3.4	Modeli o izvoru depresije.....	14
3.4.1	Socialni model	14
3.4.2	Medicinski model	15
3.4.2A	Kognitivne teorije	16
3.4.2B	Biološka teorija	16
3.5	Zdravljenje.....	17
3.5.1	Antidepresivi.....	18
4	DEPRESIJA: STANJE V SLOVENIJI	19
4.1	Depresija in ženske.....	22
5	DEPRESIJA V MNOŽIČNIH MEDIJIH	25
5.1	Medikalizacija vsakdanjika	25
5.2	Mediji kot vir informacij o zdravju	27
5.3	Moč medijskega okvirjanja	28
5.3.1	Teorija okvirjanja.....	28
5.3.2	Realnost kot konstrukt in medijska reprezentacija	30
5.3.3	Raziskave medijske reprezentacije in okvirjanja depresije	32
6	EMPIRIČNI DEL: OKVIRJANJE DEPRESIJE V SLOVENSkih ŽIVLJENJSKOSTILNIH REVIJAH	36
6.1	Opis metodologije	36
6.1.1	Opis izbranih publikacij.....	38
6.1.2	Opis poteka raziskave	39
6.1.3	Opredelitev kodirnih kategorij.....	39
6.1.4	Raziskovalna vprašanja	40
6.2	Predstavitev izsledkov analize.....	41
6.2.1	Psihosocialna kategorija:	42

6.2.2	Biomedicinska kategorija	45
6.2.3	Mešana kategorija	48
7	DISKUSIJA	52
8	ZAKLJUČEK.....	58
9	LITERATURA.....	61
	PRILOGE	73
	Priloga A: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Zdravje	73
	Priloga B: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Lepa & zdrava	73
	Priloga C: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Viva	74
	Priloga Č: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Jana	75
	Priloga D: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Zdravje	76
	Priloga E: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Lepa & zdrava	77
	Priloga F: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Viva	78
	Priloga G: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Jana	79
	Priloga H: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Jana.....	79
	Priloga I: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Zdravje.....	80
	Priloga J: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Viva	81
	Priloga K: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Lepa & zdrava	82

KAZALO TABEL

Tabela 4.1:	Duševne motnje kot vzrok za bolniški stalež, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let pri moških in ženskah v l. 2006.....	21
Tabela 4.2:	Število izdanih receptov za antidepresive, po spolu, Slovenija, 2006–2013.....	22
Tabela 6.1:	Predstavitev značilnosti kategorij okvirjanja depresije.....	42

1 UVOD

V sodobni zahodni družbi je vse več govora o duševnem trpljenju, kar je širša oznaka za emocionalne in duševne težave in vključuje depresijo, stres, anksioznost, emocionalno nestabilnost, jezo, pomanjkanje pomena za življenje, osebno nepomembnost, vsesplošno nezadovoljstvo z življenjem itd. (Barker v Zevnik 2010, 392). Med pogosto omenjene duševne motnje uvrščamo depresivno motnjo. Depresija je postala prevladujoča oblika nezadovoljstva v sodobni družbi in dobila status "velikega družbenega trenda" (Horwitz in Wakefield v Kokanovic in drugi 2013, 115), k čemur je prispevala porast statistik o obolelih, rast predpisovanja antidepresivov, porast števila znanstvenih prispevkov in medijske pozornosti depresiji (prav tam). Zaradi vse pogostejše diagnoze te bolezni mediji depresiji pripisujejo oznako navadnega prehlada med duševnimi boleznimi (France in Kramer 2001, 283) in pogosto navajajo podatke Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2001), da je najpogostejša duševna motnja, četrta najpogostejša bolezen na svetu, ki naj bi bila do leta 2020 že druga najpogostejša bolezen na svetu (prav tam), da vsaj enkrat v življenju prizadene približno vsako šesto osebo (Wittchen in drugi v Kamin in Jeriček Klanšček 2009, 112), ženske dvakrat pogosteje kot moški (v odrasli dobi) (Dernovšek in drugi v Kamin in Jeriček Klanšček 2009, 112). Tudi v slovenskih revijah so stavki, ki pretijo z ogrožajočo razširjenostjo te motnje, kot prikazuje zapis v reviji Lepa & zdrava: "Bolj zaskrbljujoče podatke je pokazala študija med mladimi, saj se je izkazalo, da ima težave zaradi depresije tri odstotke slovenskih mladostnikov in kar deset odstotkov mladostnic. Torej več kot pri drugih mladostnikih v svetu" (Kralj 2012, B25). V Sloveniji je depresija med najpogostejšimi duševnimi motnjami (Jeriček Klanšček in drugi 2009), narašča tudi število izdanih receptov za antidepresive SSRI (Pečar-Čad in Hribovšek 2011) in čeprav sta za blažja depresivna stanja potrebna predvsem pogovor in psihoterapija (Žvan 1987), je stanje v praksi takšno, da "večina oseb z depresijo poišče pomoč najprej pri svojem osebnem zdravniku, pri katerem prejmejo farmakološko zdravljenje" (Kores Plesničar in Plesničar 2009, 40). Po Treichlerjevi (v Gardner 2003, 109) statistike o pogostosti depresije in porabi antidepresivov predstavljajo zgolj iluzijo, da je bolezen pod nadzorom, farmacevtske rešitve pa so prikazane kot hitre in primerne rešitve. Vse večja odvisnost družbe od znanosti in medicinskih pripomočkov za ohranjanje zdravja (Bezenšek in Barle 2007) se kaže tudi v množičnih medijih, saj se vse več (predvsem) življenjskostilnih revij ukvarja s temami, kot so lepota, sreča in zdravje (Kamin 2006, 122). Množični mediji so poskrbeli za kulturno kroženje antidepresivov in posledični dvig seznanjenosti javnosti z boleznijo in zdravlilom in prišlo je do brisanja mej med

vsakdanjim življenjem in psihiatričnimi simptomi, saj komodifikacija bolezni temelji na predpostavki, da se z množično posredovanimi in dostopnimi produkti lahko pozdravi marsikaj (Rubin v Smardon 2008, 75). Medijske reprezentacije sooblikujejo naše izkušnje z zdravjem in boleznijo kot tudi naš pogled na dominantno normativno realnost (torej kaj pomeni biti depresiven, kaj normalen) (Lyons 2000, 355). Ker zdravje ni (več) le biološko ali psihološko, ampak tudi družbeno (Chamberlain in drugi v Lyons 2000, 355), je nujen sicer pomanjkljiv vpogled v medijsko reprezentacijo depresije, teorija medijskega uokvirjanja pa pri tem pomaga razumeti, kako je depresija okvirjena s pomočjo "širše zastavljenih tematskih poudarkov ali definicij" (Altheide v Borman 2003, 71): kot bolezen posameznika, posledica življenjskega stila, kot težava javnega zdravstva itd.? Preučevanje medijskega okvirjanja depresije je pomembno tudi zato, ker številni ljudje (ob pomanjkanju lastnih izkušenj) informacije o duševnih boleznih in načinih spopadanja s slednjimi črpajo iz medijev (Wahl v Sieff 2003, 266), medijski okviri kot taki pa lahko posredujejo poenostavljene in/ali napačne informacije (Coverdale in drugi v Edney 2004, 1).

Ker je depresija bolezen, ki vpliva na celotno družbo, je medijska reprezentacija in okvirjanje depresije nekaj, kar morajo upoštevati tudi organi javnega zdravja (Borman 2003), a v Sloveniji še ni bilo opravljenih raziskav o medijski reprezentaciji depresije. Ker tudi družboslovni raziskovalci opozarjajo na nujno po povezovanju mikro ravni raziskovanja identitete bolezni in razlagalnih modelov z makro ravnmi raziskovanja farmacevtske uporabe (Nichter in Vučković v Smardon 2008, 78), je cilj magistrske naloge z naslovom Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah raziskati in odgovoriti na raziskovalna vprašanja, kako je v izbranih slovenskih življenjskostilnih revijah reprezentirana in okvirjena depresija in z analizo teh okvirjev ob primerjavi z medicinsko etiologijo in klinično sliko depresije (po Kores Plesničar 2006) ugotoviti, ali analizirane revije slednjo podpirajo ali 'samostojno' širijo diagnostične meje depresije, in drugič, raziskati, ali specifični okvirji o depresiji in s temi povezani vzročni modeli depresije promovirajo specifične načine spopadanja z depresijo.

V pričujoči magistrski nalogi v drugem poglavju predstavim depresijo kot pojem, nadaljujem z njeno klinično sliko in etiologijo, vzročnimi modeli za pojav depresije ter na kratko predstavim načine zdravljenja. Četrto poglavje namenjam pregledu stanja pojavnosti depresije v Sloveniji in teoriji o tem, kako in zakaj se večja pogostost depresije povezuje z ženskim spolom. V petem poglavju predstavim pomen pojavljanja teme depresije v množičnih medijih,

kakšne so značilnosti in posledice promocije zdravja v množičnih medijih ter teoretsko razložim pojme, kot so medikalizacija, zdravizem in preventiva. Predstavim tudi teorijo o medijski reprezentaciji in o medijskem okvirjanju, teoriji in tehniki raziskovanja, ki mi bo služila v empiričnem delu, ko bom s pomočjo kodiranja in kvalitativnega pristopa k analizi medijskega okvirjanja raziskala načine in značilnosti okvirjanja depresije v analiziranih člankih slovenskih življenjskostilnih revij Jana, Lepa & zdrava, Zdravje in Viva. Dobljene rezultate povzamem v poglavju, namenjenemu predstavitvi izsledkov analize in ugotovitve strnem v poglavju, namenjenemu diskusiji. V zaključku podam ključne ugotovitve in predloge za nadaljnje raziskovanje.

Izhajajoč iz osebnega mnenja, da revije vse preveč izpostavljajo načine zdravljenja, ki temeljijo na potrošnih praksah, in poenostavljajo resna stanja duševnega neugodja, želim z magistrsko nalogo Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah predvsem opozoriti na pomanjkljivosti in problematiko medijskega okvirjanja depresije ter vse pogostejšo in raznoliko medikalizacijo psiholoških stanj.

2 TEORETIČNI DEL: DEPRESIJA IN DRUŽBA

2.1 Opredelitev pojma

Beseda depresija, ki izhaja iz latinščine, že izvorno pomeni pobitost, potlačenost (Friebel in Puhl 2000, 10), a je več kot "le prehodna slaba volja ali bežno žalostno razpoloženje. Prav tako ni posledica človekove šibkosti, zato je ni mogoče premagati le z močno željo in voljo" (Kocmur 2008, 1). Obdobja depresije so "kakor lebdenje ali padanje brez konca" (Erzar 2007, 123), depresivnim pa se popolnoma normalno zdi mišljenje, da je njihovo stanje "normalna posledica njihovega neuspešnega življenja in njihove nevredne, nezanimive, nepriljubljene in neinicativne osebnosti" (Erzar 2007, 124). Je bolezen, ki prizadene posameznika, njegove bližnje, prijatelje, zaposlitev in je bolezen, ki jo oboleli raje prikrivajo, saj je kot duševna motnja v družbi še vedno stigmatizirana in vodi v socialno izključenost (Evropska organizacija za duševno zdravje v Zdravje 2010c, B21), čeprav je bolezen, ki ne izbira spola, starosti, rase, družbenega razreda, poklica itd. Težko jo je napovedati ali predvideti, saj je "končna skupna pot kompleksnih in mešanih psihosocialnih, genetskih in bioloških vplivov" (Kores Plesničar 2006, 241), dejavnikov tveganja in vzrokov za pojav depresije pa je še veliko... in zdi se, da vedno več.

2.2 Je depresija sindrom ali simptom, je bolezen, motnja ali stanje?

Preden nadaljujem na predstavitev etiologije depresije, se velja vprašati, o čem govorimo, ko govorimo o depresiji? Semantična zmeda, ki se pojavlja, je značilna tako za znanstvene članke kot za poljudne publikacije, saj je le redko podana jasna, natančna in konsistentna razlaga, kaj depresija *je* v konkretni obravnavi. Zaradi nespecifične definicije jo zato pogosto dojemamo kot "samoumevno entiteto" (Pilgrim in Bentall 1999, 262), ki zajema več področij.

Depresijo razumemo kot občutje, ko jo obravnavamo kot motnjo razpoloženja, ali simptom, če govorimo o depresiji kot sindromu, in bolezen, ko govorimo o depresiji kot sindromu. Depresija je bolezen, depresivnost pa sindrom. Lahko je posledica določene bolezni ali dejavnik tveganja za razvoj druge bolezni (Pilgrim in Bentall 1999, 262–263). Je "pričakovana reakcija na neprijetne okoliščine ali izgubo in če je takšno stanje dolgotrajno in ovira posameznikovo vsakodnevno delovanje, se obravnava kot duševna motnja" (Leader in Cowen v Kamin in Jeriček Klanšček 2009, 112). Prisotnost simptoma, ki se lahko kaže v fizični in/ali čustveni obliki pa še ne pomeni, da je posameznik depresiven (Pang v Kangas 2001, 78) in da bi se izognili posplošitvi termina depresije in/ali poudarjanju specifične lastnosti depresije, so depresijo označili za sindrom, ki za diagnozo zahteva prisotnost več simptomov (Montgomery v Pilgrim in Bentall 1999, 263).

3 KLINIČNA SLIKA IN ETIOLOGIJA DEPRESIJE

3.1 Klasifikacija depresije

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO 2012) o depresiji govorimo tedaj, ko je posameznikovo razpoloženje več kot dva tedna vsak dan izrazito negativno ali če se v tem času očitno zmanjšata njegovo zadovoljstvo, zmožnost uživanja, raven energije in zanimanje za skoraj vse dejavnosti, ki so ga sicer zadovoljevale. Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10), ki jo objavlja Svetovna zdravstvena organizacija in ki se uporablja tudi v Sloveniji (v Tančič Grum in drugi 2010), depresijo uvršča med razpoloženjske motnje. Motnjam razpoloženja pravimo tudi afektivne motnje, ki se nanašajo na čustveno in razpoloženjsko plat, in ne na kognitivno ali vedenjsko (Erzar 2007, 123). Delimo jih v dve glavni skupini: unipolarne motnje razpoloženja, tj. tiste, ki jih opredeljuje le depresija, ter manične in bipolarne motnje, za katere je značilno pojavljanje manije, same ali v kombinaciji z depresijo (Hollon in drugi 2002, 41). Za potrebe magistrske naloge se bom osredotočila na unipolarne

motnje razpoloženja, torej na oblike depresivne motnje, ki se razlikujejo glede na vrsto simptomov, njihovo izrazitost in pogostost oz. ponavljanje.

Ocena resnosti bolezni depresije temelji na podlagi intenzivnosti izraženosti posameznih simptomov: depresivna epizoda je lahko blaga, zmerna ali huda, tovrstna ocena pa je pomembna za presojo o načinu zdravljenja (Kocmur 1996, 27). Pri zmerni depresivni epizodi simptomi bolniku že povzročajo težave pri opravljanju dela in pri vsakodnevnih dejavnostih, medtem ko simptomi hude depresivne epizode bolnika popolnoma onemogočijo pri vsakdanjih opravilih (Erzar 2007, 125). Depresivno motnjo ločimo tudi glede na časovni potek:

- ponavljajoča se depresivna motnja, za katero so značilne ponavljajoče, različno dolge depresivne epizode z različno dolgimi obdobji remisije (Kovačič, 2005).
- dolgotrajne razpoloženjske (afektivne) motnje, ki trajajo več let in povzročajo težave v posameznikovem vsakdanjem funkcioniranju. Sem spadata:

- Ciklotimija: gre za blažjo obliko bipolarni motnje, za katero je značilno menjavanje epizod hipomanije in simptomov depresije (Erzar 2007, 127);

- Distimija: je kronična afektivna motnja, ki se običajno pojavi po kroničnih telesnih boleznih in dolgotrajnih življenjskih težavah (Žvan v Oražem 2007, 16), zanjo pa so značilni blažji simptomi depresije, ki se ne spreminjajo vrsto let (Erzar 2007, 125).

Poznamo še atipične oblike depresije, ki se lahko razvijejo v specifičnih okoliščinah:

- Poporodna depresija: pojavi se po porodu, ko so ženske soočene s številnimi telesnimi in hormonskimi ter predvsem življenjskimi spremembami v vlogi nove mame, postavljene v novo družbeno vlogo s še večjo odgovornostjo. Simptomi poporodne depresije so podobni simptomom splošne depresije, za postavitev diagnoze pa uporabljajo enake diagnostične kriterije, tj. da so poleg zmanjšanega zanimanja za dogajanje okoli sebe prisotni vsaj še štirje somatski znaki depresije, navedeni v klasifikaciji DSM IV (APA v Skočir 2005, 121) oz. štirje po ICD 10 (Clement in Elliot v Skočir 2005, 121). Obstaja več definicij, kaj lahko povzroči razvoj poporodne depresije. Po Beckovi (Beck v Skočir 2005, 122) obstaja 13 pomembnih dejavnikov, ki lahko vodijo v razvoj poporodne depresije, tj.: zakonski stan, zadovoljstvo v partnerski zvezi, socialna podpora, socialno-ekonomski status, samospoštovanje, antenatalna anksioznost, pretekla depresivna epizoda ali pretekla izkušnja poporodne otožnosti, zaželenost nosečnosti, negativni življenjski dogodki, stres v zvezi z nego otrok in značaj otroka. Med simptome poporodne depresije po DSM IV (APA v Skočir

2005, 126) uvrščamo: izguba teka in telesne teže, motnje spanja in psihomotoričnih aktivnosti, pomanjkanje energije, občutek krivde, oteženo razmišljanje, samomorilne misli, in kasneje dodane simptome, kot so: potrnost, izguba volje, anksioznost, razdražljivost, emocionalna labilnost (Yonkers in drugi v Skočir 2005, 126), dvom v materinske sposobnosti, pretirana skrb za otroka (Ličina in Radovanovič prav tam), zanemarjanje samega sebe (Raphael-Leff prav tam). Po ICD (ICD10Data 2014) gre za depresivno epizodo, ki je lahko blažja, zmerna ali težka oz. nevrotična ali psihotična.

- Sezonska depresivna motnja se pojavi zaradi pomanjkanja sončne svetlobe v zimskih mesecih; učinkovito jo zdravijo s pomočjo umetnih virov naravne svetlobe in tudi s pomočjo kognitivne vedenjske terapije ter farmakoterapije; med simptome uvrščamo podaljšan spanec, povečan apetit, razdražljivost, težave v odnosih z drugimi itd. (Horvat 2008, 133).

- Predmenstrualna disforična motnja: o tej je govora, ko simptomi, kot so depresivno razpoloženje, slaba volja in čustvena labilnost, anksioznost, živčnost, jeza, razdražljivost, utrujenost, nespečnost ali preveč spanja, spremembe teka, zmanjšanje zanimanja za vsakodnevne dejavnosti, občutek, da si uničen, premagan, ničvreden in drugi telesni simptomi (Panay v Takač in Kotnik 2009, 558) vplivajo na socialno in poklicno življenje ženske. Gre za hujšo obliko predmenstrualnega sindroma.

3.2 Simptomi depresije

Klinična obravnava depresije temelji na prepoznavanju objektivno identificiranih in merjenih simptomov v fizični ali psihični obliki. Diagnostično oceno depresije zdravniki pridobijo s pomočjo ocenjevalnih lestvic, kot so: Hamiltonova, Montgomery-Asbergova lestvica, samoocenjevalni lestvici depresivnosti po Zungu in Becku ter kriteriji na podlagi klasifikatornih sistemov po Mednarodni klasifikaciji bolezni 10 (v nadaljevanju MKB 10) in ameriškem Diagnostičnem in statističnem priročniku tekoče izdaje (DSM IV) (po Kores Plesničar 2006, 244).

Simptomatsko se depresija odraža v več oblikah in na več ravneh posameznikovega delovanja (Gelder in drugi v Kamin in Jeriček Klanšček 2009):

- simptomi na biološki ravni: motnje spanja, apetita in libida, upad volje, motivacije in energije, utrujenost, različne bolečine...;

- simptomi na psihološki ravni: žalost, potrtnost, otopelost, napetost, tesnoba, občutja krivde, razdražljivost, občutek manjvrednosti, upad samospoštovanja, obup, občutki notranje praznine, težave pri razmišljanju, negativne misli...;

- simptomi na družbeni ravni: zmanjšana učinkovitost pri delu, izguba zanimanja za druge ljudi, umik v samoto ipd.

V klinični praksi, piše Kores Plesničarjeva (2006, 243), se to kaže v žalostnih bolnikih, ki se pritožujejo, hitro utrudijo, izgubijo zanimanje za hobije, se težko skoncentrirajo, so brez samozaupanja in samozavesti, prepričani v brezvrednost lastnega obstoja, obdajajo jih negativne, celo samomorilne misli. Pogosto se osamijo, se izogibajo družbenim stikom in odgovornostim, se krivijo za dogodke v preteklosti, spijo slabo, premalo ali preveč, so neješči ali imajo povečan apetit, so ali psihomotorno upočasneni ali izjemno vznemirjeni, strmijo v prazno itd.

Po lestvici MKB 10 (v Tančič Grum in drugi 2010, 21), ki se uporablja tudi v Sloveniji, simptome razdelimo na dve večji skupini:

- na glavne simptome, kamor uvrščamo depresivno razpoloženje, izgubo interesa in zanimanja, pomanjkanje energije ter stalno utrujenost in zmanjšanje aktivnosti;

- na pogoste simptome, kot so: motnje koncentracije in pozornosti, pomanjkanje samozaupanja ter občutki krivde in brezvrednosti, negativne in pesimistične misli o prihodnosti ter motnje spanja, zmanjšan apetit in samomorilne misli.

Zaradi večje preglednosti je v veliko pomoč tudi klasifikacija depresivnih simptomov za veliko depresivno motnjo po Diagnostičnem in statističnem priročniku Ameriške psihiatrične zveze (DSM-VI v Tančič Grum in drugi 2010, 22):

A. Vsaj 2 tedna mora biti prisotnih pet (ali več) spodaj naštetih simptomov, med katerimi mora biti nujno vsaj eden od prvih dveh:

1. depresivno razpoloženje;
2. upad zanimanja ali veselja do aktivnosti;
3. pomembna izguba telesne teže;
4. nespečnost ali hipersomnija;
5. psihomotorični nemir ali upočasnenost;
6. utrujenost ali upad energije;
7. občutki ničvrednosti ali pretirani/neustrezni občutki krivde;

8. težave s koncentracijo ali razmišljanjem, ali neodločnost;

9. ponavljajoče razmišljanje o samomoru.

B. Simptomi ne ustrezajo merilom za mešano epizodo (z manijo).

C. Simptomi pomembno poslabšajo posameznikovo delovanje na socialnem, delovnem ali drugih pomembnih področjih.

D. Simptomi niso posledica delovanja določenih substanc (npr. zdravil, drog) ali zdravstvenega stanja (npr. hipotiroidizem).

E. Simptomi niso posledica normalnega žalovanja, tj. vztrajajo dlje kot 2 meseca, spremlja pa jih opazna funkcionalna oviranost, občutki ničvrednosti, samomorilne misli, psihotični simptomi ali psihomotorična upočasnenost (prav tam).

3.3 Dejavniki za nastanek depresije

Dejavnikov, ki vplivajo na nastanek depresije, je več:

- dejavniki, zaradi katerih je posameznik bolj dovzeten za razvoj depresije: genetska nagnjenost, neprijetne izkušnje v otroštvu, kronične bolezni, osebnostne lastnosti;

- dejavniki, ki sprožijo depresijo: stresni življenjski dogodki, zdravstvene težave, neprijetni dogodki v okolju;

- dejavniki, ki vzdržujejo depresijo: dolgoročni stresni življenjski dogodki, npr. brezposelnost, izguba bližnjega ipd. (Kamin in Jeriček Klanšček 2009, 112–113).

Pri etiologiji depresije torej poleg bioloških upoštevamo še genske (spol), socialne (stres in travme) in psihološke vzroke (kognitivni vzroki, osebnost), različni dejavniki pa drug drugega podpirajo, krepijo in nadgrajujejo (Erzar 2007, 131). Na podlagi tako široko zastavljene simptomologije in vzročnosti se lahko naslavlja tudi različne vzroke za pojav depresije (Kangas 2001, 78) in od teh je odvisno, kateremu od vzročnih modelov lahko pripišemo 'izvor' depresije: socialnemu ali medicinskemu.

3.4 Modeli o izvoru depresije

3.4.1 Socialni model

Izhajajoč iz socialnih znanosti sta Brown in Harris (1978) depresijo razlagala v okviru zunanega družbenega okolja in ne v okviru posameznikove patologije. Zagovarjala sta stališče, da vzrok za pojav depresije tiči v okolju posameznika in poudarjala pomen

razumevanja posameznikove izkušnje sveta pri iskanju vzroka za depresijo in pomenov, ki jih pripisuje svoji bolezni in simptomom (Brown in Harris 1978, 274). Argumentirala sta, da je pomen določen z dejavniki iz okolja – pomen izkušnje po njunem določa struktura družbe in k takemu pomenu depresije sta pristopila kot k socialnemu konstrukt, ga posplošila in izkušnjo depresije naredila družbeno, skupno, ne ozirajoč se na specifičnost posameznega obolelega. Brown in Harris (1978) sta depresijo okarakterizirala kot normalno reakcijo na abnormalne in zunanje stresorje, kot družbeni fenomen, ki posameznika obravnava, osmisli v okviru družbenega okolja. Njun pristop pa ne razloži pojava depresije v posamezniku, saj ta model predpostavlja prisotnosti oz. odsotnosti treh dejavnikov in obravnava etiologijo vseh oblik depresije: 'izzivajočih' dejavnikov, ki vplivajo na to, kdaj se depresija pojavi, kateri so tisti dejavniki ranljivosti, ki vplivajo na to, ali bodo imeli ti agenti učinek in kateri so dejavniki oblikovanja simptomov, ki vplivajo na resnost in obliko same depresivne motnje. Pomanjkljivost modela, ki sta jo tudi sama izpostavila, je, da pokaže le obstoje povezave med dejavniki in motnjo, ne pokaže pa, kakšna je ta povezava, kakšen je vzrok zanjo (po Brown in Harris 1978, 270).

3.4.2 Medicinski model

V medicinski model prištevamo psihološko (kognitivno) teorijo in biološko teorijo. Medicinski model depresije med ključne dejavnike za pojav depresije prišteva posameznikove karakteristike. Vir depresije išče v posameznikovi etiologiji, znotraj tega modela pa našteva 'pomanjkljivosti' posameznika oz. njegovega karakterja kot tiste, ki bi lahko napovedale depresijo. Po psihoanalitični teoriji nastanka razpoloženjskih motenj se dispozicija za bolezenske razpoloženjske odzive (npr. ranljivost) pojavi kot posledica težav v zgodnji dobi psihološkega razvoja v otroštvu, ki je vodila v kasnejši razvoj nizke samozavesti (Carr in Vitalian v Kangas 2001, 78). Po tej teoriji naj bi obstajala psihološko razumljiva vzročna povezanost med strukturo osebnosti, problematičnimi okoliščinami in kliničnimi manifestacijami, kar pomeni, da se ranljivost posameznika pokaže v situaciji, ki nanj delujejo še posebej travmatizirajoče. Kot primer podajam zapis v slovenski reviji Jana, ki je v kratki novički poročala o izsledkih raziskave, objavljene v reviji Psychological Medicine, ki "so pokazali, da pri dekletih, katerih biološki očetje so bili v prvih petih letih njihovega življenja odsotni, obstaja povečano tveganje za nastanek simptomov depresije" (Ž. J. 2013, B40).

3.4.2A Kognitivne teorije

Po Becku (v Pilgrim in Bentall 1999, 262) naj bi tveganje za pojav depresije predstavljalo kognitivno delovanje posameznika, natančneje negativno dožemanje samega sebe, sveta, prihodnosti naj bi bil ključen dejavnik za pojav depresije pri posamezniku (prav tam). Ta teorija temelji na predpostavki, da je depresija oblika psihopatologije, psihopatologija pa rezultat napačne konceptualizacije, ki vodi v pretirano ali neprimerno afektivno motnjo. Depresivno kognicijo je Beck razdelil na tri dele: tok negativnih misli, pretirana pričakovanja in kognitivna izkrivljenja, ljudje, ki tako razmišljajo, pa naj bi se odzivali z depresivnostjo (Kores Presničar in Zihlerl, 1997). Po Becku (Beck in drugi v Moskowitz 2001, 27), so depresivne osebe nagnjene k strukturiranju mišljenja na primitivne načine, pri katerem so "kompleksnost, variabilnost in raznolikost človeških izkušenj in obnašanja" zreducirana na le nekaj kategorij. Tako naj bi, za razliko od obolelega z depresijo, vzorci bolj zrelega razmišljanja razne življenjske situacije avtomatsko integriralo v bolj zapleteno, bolj zrelo, bolj kvalitetno razmišljanje. Kako in kako močno lahko zunanji stres vpliva na posameznika, je torej odvisno tudi od tega, kako si posameznik te okoliščine razlaga in večji je pomen, ki jim ga pripiše, večje je tveganje za razvoj depresije. Tako naj bi bile k depresiji bolj nagnjene osebe, ki ocenjujejo stresne dogodke kot bolj katastrofalne in jim pripisujejo pretiran vpliv, se prestrogo ocenjujejo, podcenjujejo in negativno in napačno interpretirajo pretekle dogodke in izkušnje (Erzar 2007, 136). Pomemben je tudi vpliv socialnega stresa, saj pogosti psihosocialni stresi lahko privedejo do izbruha depresije. To so lahko stresni življenjski dogodki (npr. smrt bližnjega, ločitev, resna bolezen itd.) ali kronični stres (npr. finančne težave, težave v medosebnih odnosih) (Oražem 2007, 16).

3.4.2B Biološka teorija

Zaradi zdravljenja s psihofarmacijo, natančneje antidepresivi, je znan fiziološki vzročni model depresije, ki temelji na nevroendokrinološki razlagi (Good in drugi v Kangas 2001, 78), po kateri naj bi bila depresija posledica kemičnega neravnovesja v možganih. Tako zastavljena biološka etiologija depresije zajema več teorij o vzroku za pojav depresije:

- najstarejša, tj. monoaminska hipoteza, predpostavlja, da so simptomi depresije posledica pomanjkanja serotonina in treh glavnih kateholaminov (dopamina, norepinefrina in epinefrina) v možganskih sinapsah (Erzar 2007, 132). Najpomembnejši nevrotransmiterji v bioloških teorijah depresije so noradrenalin in serotonin ter dopamin: prenos noradrenalina je

povezan s sistemom vzdržnosti, kontrolo budnosti in pozornosti, s krvnim tlakom, razpoloženjem, čustvi, gibanjem in kognicijo, serotoninski nevroni sodelujejo pri uravnavanju razpoloženja, spanja in libida. Noradrenalin je zajet v motivacijo, serotonin v vedenje, prekrivata pa se v funkcijah, kot so spanje, anksioznost, razpoloženje, učenje, kognitivne funkcije in odgovor na stres.

- Po receptorski teoriji depresije do pomanjkanja monoaminov pride zaradi težav v neurotransmiterskih receptorjih.

Omenjene hipoteze so zavrgli zaradi časovnega zamika v delovanju antidepresivnih zdravil, ki povečujejo raven serotonina zaradi istočasnega učinkovanja več neurotransmiterskih sistemov, saj povečanje ravni serotonina ne deluje vedno antidepresivno, torej ne odpravi simptomov depresije (Erzar 2007, 132).

Kot piše Kangas (2001, 78), je ta dvojna pozicija depresije znotraj psihiatrije kot nevropsihološke motnje, ki je posledica kemičnega neravnovesja v možganih in znotraj psihologije kot psihološke motnje, ki jo povzročijo dejavniki ranljivosti in stresni faktorji, vodila v razvoj dvojne strategije zdravljenja depresije, ki temelji na sočasni uporabi zdravil in psihoterapiji: zdravila odstranijo nezaželene simptome, psihoterapija spremeni nezaželeno razmišljanje. Prva možnost deluje hitro, druga je dolgotrajno zastavljena. Za družbeno razlago depresije 'ni zdravila', saj ta vzroke za pojav depresije vidi v problematiki sodobnega družbenega življenja, polnega dejavnikov, ki predstavljajo tveganje za posameznika kot družbeno bitje. Vseeno pa, kot bomo videli, so ti dejavniki redko izpostavljeni ali predstavljeni kot vir težav, pri katerih moramo spodbuditi spremembe.

3.5 Zdravljenje

V medicinskih in farmacevtskih vestnikih piše, da je pravočasna diagnoza depresivne motnje ključna za zdravljenje le-te, "saj sta tako izid terapije kot napredovanje bolezni močno odvisna od čim hitrejšega zdravljenja" (Anderluh 2010, 72). Pristopov k zdravljenju depresije je več, prvi koraki pa so odvisni resnosti stanja depresije: "Z zdravili je mogoče relativno hitro doseči izboljšanje simptomov, psihoterapija pa pacientom pomaga, da se naučijo bolj učinkovitih načinov ravnanja in da se lažje spopadajo s težavami v življenju, vključno z depresijo" (PB Idrija 2014). Pri blagi depresiji pomagajo že psihoterapija in spremembe v življenjskem slogu (McKenzie v Oražem 2007, 18) in nefarmakološki ukrepi, kot so izvajanje dnevnih družabnih aktivnosti, izobraževanje, pomoč pri reševanju problemov (Rudolf v Oražem 2007, 19),

medtem ko se pri zmerni depresiji uvedejo posebna zdravila in/ali posebne oblike psihoterapije (McKenzie v Oražem 2007, 18). Pri hudi depresiji je potrebno uvajanje medikamentozne terapije, torej zdravljenje z zdravili, antidepresivi, glede na resnost in vrsto simptomov pa je potrebno tudi zdravljenje v bolnišnici in intenzivne terapije (prav tam). V vsakem primeru so zdravila le del "celostnega psihiatričnega zdravljenja, ki upošteva poleg zdravljenja s psihofarmakološkimi zdravili pri vsakem bolniku tudi psihoterapevtski in socioterapevtski pristop" (Žvan v Oražem 2007, 19). Psihoterapija se nanaša na zdravljenje čustvenih težav s pomočjo psiholoških sredstev, "z namenom, da bi odstranili ali spremenili obstoječe simptome, spremenili moteče oblike vedenja in spodbujali pozitivno osebnostno rast ter razvoj" (Ziherl v Oražem 2007, 19). Kot najbolj učinkovito za zdravljenje depresije psihiatri omenjajo kognitivno-vedenjsko terapijo, ki izhaja iz stališča, da je "posameznikova depresija posledica njegovega napačnega prepričanja (pojmovanja), da je njegovo življenje popolnoma brez smisla in da je sam ničvreden človek, kar izhaja iz napačnega vrednotenja samega sebe" (Oražem 2007, 19). Temelji na predpostavkah, da so čustva in vedenje posledica mišljenja, s spreminjanjem tovrstnega mišljenja pa lahko zmanjšamo čustvene motnje. Cilj kognitivno-vedenjske terapije pri zdravljenju depresije je torej spreminjanje negativnih misli in prepričanj ter učenje primernejšega vedenja. Kombinacija kognitivno-vedenjske terapije in antidepresivov naj bi bila celo učinkovitejša kot zdravljenje samo z zdravili ali s psihoterapijo (McKenzie v Oražem 2007, 19).

Kljub številnim razpoložljivim pristopom za zdravljenje depresije podatki kažejo, da se več kot 75 % depresivnih posameznikov (podatki veljajo za Ameriko) ne zdravi ali se zdravi z neprimernimi metodami (Young in drugi v Hollon in drugi 2002, 40), kar bi lahko bila posledica družbene stigme, povezane z duševnimi boleznimi, nepoznavanja ali podcenjevanja simptomov itd. Slovenska raziskava o prevalenci duševnih motenj in iskanju pomoči (IVZ RS v Šprah in drugi 61, 2011) je pokazala, da je od pričakovanega števila bolnikov v populaciji z depresijo (tj. 139 tisoč bolnikov) pomoč pri zdravniku zaradi te motnje poiskalo 'le' 13 628 bolnikov (prav tam).

3.5.1 Antidepresivi

Veljalo naj bi, da se "le izkušen in kritičen zdravnik" za terapijo z antidepresivi odloči tedaj, ko ima bolnik "tako resno depresivno motnjo, da ta ogroža njegovo zdravje ali življenje, ne sme pa jih predpisovati kot zdravilo za vsakdanja blažja in reaktivna depresivna stanja, kjer

sta potrebna predvsem pogovor z bolnikom in psihoterapija" (Žvan 1987, 293), medtem ko je stanje v praksi takšno, da "večina oseb z depresijo poišče pomoč najprej pri svojem osebnem zdravniku, pri katerem prejmejo farmakološko zdravljenje, ki je v zdravljenju depresije nujno, ne pa edino" (Rankin in drugi v Kores Plesničar in Plesničar 2009, 40), saj se depresijo lahko zdravi tudi s kognitivno-vedenjsko psihoterapijo. Vseeno so selektivni zaviralci privzema serotonina (SSRI) "najpogosteje predpisani antidepresivi in trenutno zlati standard terapije depresivnih motenj", saj tudi nove smernice zdravljenja depresije predvidevajo začetek zdravljenja slednje s SSRI (Preskorn in Stanga v Anderluh 2010, 72).

Antidepresivi spadajo med psihoanaleptike, tj. psihotropne substance, ki uravnavajo psihični energetski nivo s tem, da stimulirajo razpoloženje (Žvan 1987, 288). Po Anderluhu (2010, 72) farmakoterapija depresivnih motenj predstavlja najpomembnejšo obliko zdravljenja slednjih in je "osnova terapevtske strategije" (prav tam), a ker gre za zdravilo, ki ti na nek način da novo družbeno identiteto, se strokovnjaki sprašujejo o mejah medicine. Številni medicinski strokovnjaki menijo, da je trenutni cilj medicinske oskrbe ta, da ljudem omogoči normalno funkcioniranje v družbi, da bodo imeli vsi enake možnosti pri doseganju življenjskega načrta. Dr. Francis Fukayama, ameriški politični teoretik in nekdanji član Predsedniškega odbora za bioetiko, pa opozarja, da je "prvotni namen medicine zdraviti bolne, ne spreminjanje zdravih ljudi v bogove" (Fukuyama 2002, 208). Antidepresivi, ki naj bi pomoči potrebnim 'povrnili življenjsko energijo' in jim omogočili, da na plan pride njihov pravi jaz, tako počno prav to, pred čimer svari dr. Fukuyama, saj je pogostost (in lahkotnost) predpisovanja antidepresivov vse večja, tudi v sodobni slovenski družbi. Dalje, glede na pisanje življenjskostilnih revij, se je močno spremenil tudi pomen teh zdravil kot tudi reprezentacija same bolezni depresije: dobila je prizvok vsakdanje, preprosto premostljive bolezni, kar pa je daleč od resnice, s katero se dnevno soočajo ljudje s to boleznijo.

4 DEPRESIJA: STANJE V SLOVENIJI

Depresija je v hujši obliki prisotna pri 13 odstotkih odrasle populacije oziroma pri 9 % odraslih moških in 17 % odraslih žensk v EU in ker se vpliv depresije na kakovost življenja enači s kakovostjo življenja posameznika s hudo telesno boleznijo, npr. možgansko kapjo (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 3), lahko govorimo o onemogočeni in pogosto dela nezmožni populaciji, ki tako predstavlja tudi velik javnozdravstveni in gospodarski problem.

Slovenija, sicer znana po enem najvišjih količnikov samomorilnosti v Evropi (s količnikom 17.2 na 100 tisoč prebivalcev je bila po podatkih Eurostata l. 2010 na tretjem mestu od 17 držav v EU) (Kalin 2012), beleži tudi visoko stopnjo duševnih motenj, med katerimi sta najpogostejši depresija in anksioznost (Jeriček Klanšček in drugi v Kamin in Jeriček Klanšček 2009, 112). Raziskava Duševno zdravje prebivalcev Slovenije iz leta 2006 (v Jeriček Klanšček in drugi 2009, 20) je pokazala, da je v letu pred anketiranjem (t.j. leta 2005) 12,7 % anketirane slovenske populacije (846 anketirancev) moralo omejiti svoje dejavnosti zaradi težav, povezanih z duševnim zdravjem. 9,6 % jih je zaradi omenjenih težav jemalo zdravila, med njimi več žensk (ki so tudi pogosteje poiskale pomoč). Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu iz leta 2007, s katero so raziskovali, kako prebivalci Slovenije ocenjujejo svoje zdravstveno stanje, kako pogosto uporabljajo različne zdravstvene storitve in kakšen je njihov življenjski slog, povezan z zdravjem, je pokazala, da je že 4,6 % oseb imelo kronično depresijo, med njimi več žensk (Jeriček Klanšček in drugi 2009, 21).

Ko so leta 2009 v Sloveniji opravili raziskavo o prevalenci duševnih motenj in iskanja pomoči, so rezultati pokazali, prvič, da je imela depresija najvišji količnik prevalence med duševnimi motnjami v populaciji (6,9 %) in da je od pričakovanega števila bolnikov v populaciji (tj. 139 tisoč bolnikov) pomoč pri zdravniku zaradi te motnje poiskalo 'le' 13 628 bolnikov. Število bolnikov, ki so iskali pomoč, se tako še zdaleč ni skladalo s pričakovanim (veliko višjim) številom bolnikov (IVZ RS v Šprah in drugi 2011, 60), kar je toliko bolj zaskrbljujoče, ker vemo, da nezdravljenje depresije lahko vodi v poslabšanje simptomov, razvoj kronične bolezni in celo samomor (Hollon in drugi 2002, 40).

Zdravstveni statistični letopis iz leta 2012 (Trdič in Pribaković Brinovec 2013, 167) kaže, da je bila depresivna epizoda tretja od petih najpogostejših vzrokov za obisk v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu na primarni ravni v starostni skupini od 20 do 64 let. Od 10 758 posameznikov, ki so tako poiskali pomoč, je bilo več kot 7 000 žensk. Kot četrta najpogostejša je bila pri ženskah ponavljajoča se depresivna motnja (prav tam).

Depresija predstavlja problem tudi za gospodarstvo, tako zaradi številčne dela nezmožne populacije oz. zaradi izgube denarja na račun bolniških dni in dopusta, kot tudi zaradi stroškov na področju javnega zdravstva in farmacije.

Tabela 4.1: Duševne motnje kot vzrok za bolniški stalež, najpogostejše diagnoze (razvrščanje po številu primerov), v starosti od 15 do 69 let pri moških in ženskah v l. 2006

Skupaj	Primeri	Dnevi	Povprečno trajanje
Depresija	5 377	308 017	57,3
Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje	4 427	107 125	24,2
Anksiozne motnje	4 081	146 085	35,8
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola	1 219	57 634	47,3
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1 115	111 555	100,0

Vir: Jeriček Klanšček in drugi (2009, 53).

V letu 2006 je bila depresija tako najpogosteje zabeležen primer duševne motnje, zaradi katere so oboleli potrebovali največ dni bolniške odsotnosti. Podatki v tabeli 4.1 prikazujejo število dela odsotne moške in ženske populacije. Če pogledamo celotno tabelo, vidimo, da je bila depresija ne le najpogostejši vzrok za bolniško opravičeno odsotnost z dela, ampak tudi bolezensko stanje, ki je, pri zabeleženih pojavih, zahtevalo največ dni za zdravljenje.

Kot že omenjeno, depresija predstavlja problem za gospodarstvo tudi zaradi stroškov na področju javnega zdravstva in farmacije. V Sloveniji so leta 2008 psihoanaleptiki predstavljali 16,3-odstotni delež v številu receptov predpisanih zdravil z delovanjem na živčevje, največji delež psihoanaleptikov v številu receptov pa so predstavljali prav antidepresivi (91,4 % v številu receptov psihoanaleptikov leta 2008). Znotraj podskupine antidepresivov so se največ predpisovali selektivni zaviralci prevzema serotonina (t.i. SSRI), katerih število receptov se je (glede na prejšnje leto 2007) povečalo za 7 % (Pečar-Čad in drugi 2009, 72). Podatki za leto 2010 kažejo, da "so psihoanaleptiki predstavljali 17,5-odstotni delež v številu receptov in 28,8-odstotni delež vrednosti predpisanih zdravil z delovanjem na živčevje. Od tega so največji delež v številu receptov in vrednosti predstavljali antidepresivi, ki so v letu 2010 predstavljali 89,9 % delež v številu receptov in 67,1 % stroškov za psihoanaleptike" (Pečar-Čad in Hribovšek 2011, 82). Najpogosteje predpisani antidepresivi so bili tudi tedaj iz skupine SSRI (prav tam). Selektivni zaviralci privzema serotonina (SSRI) so tako "najpogosteje predpisani antidepresivi in trenutno zlati standard terapije depresivnih motenj" (Preskorn in Stanga v Anderluh 2010), saj tudi nove smernice zdravljenja depresije predvidevajo začetek zdravljenja slednje s SSRI.

Podatki v tabeli 4.2, pridobljeni s strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Hribovšek 2014), kažejo še, da je med uporabniki skoraj dvakrat več žensk in da število izdanih receptov za antidepresive od leta 2006 konstantno raste, predvsem število receptov, izdanih ženskam.

Tabela 4.2: Število izdanih receptov za antidepresive (N06A), po spolu, Slovenija, 2006–2013

Leto	Moški	Ženske	Skupaj
2006	100 999	245 318	346 330
2007	113 186	273 416	386 602
2008	122 448	293 779	416 227
2009	127 795	302 273	430 068
2010	137 401	322 358	459 759
2011	145 661	335 610	481 271
2012	150 548	340 238	490 786
2013	157 166	352 508	509 674

Vir: Hribovšek (2014).

Žal podatkov, ki bi pokazali statistiko posluževanja različnih tehnik zdravljenja oz. spopadanja z depresijo v Sloveniji, ni. A žal je tako, da je "pisanje receptov (je) postalo tako samoumevno, da pacientka, ki se pri zdravniku razjoče, skoraj zagotovo odide iz ordinacije z receptom za antidepresiv" (Servan-Schrieber 2010, 24).

4.1 Depresija in ženske

Depresija napade ne glede na starost in spol in podvrženi so ji tako moški kot ženske, tako starejši kot mladostniki in otroci. Pri starejših so pogosteje izraženi specifični depresivni simptomi, ki jih velikokrat prezrejo, prekrijejo ali zamenjajo za telesne bolezni, medtem ko se simptomi depresije pri mladih in otrocih pogosto skrijejo oz. enačijo s težavno puberteto, kažejo pa se v izgubi zanimanja, osamitvi, samomorilnih mislih ter izgubi samozavesti in samozaupanja. Velike so tudi razlike med spoloma, sploh v pogostosti depresije: epidemiološke študije kažejo, da se pri ženskah pojavi dvakrat pogosteje kot pri moških (Kessler in drugi 1993; Kornstein 1997 v Kores Plesničar 2004, 8), se pojavi prej, traja dlje in obstaja večja možnost ponavljanja (Kornstein in drugi 1996; Sargeant in drugi 1990; Winokur in drugi 1993 v Kores Plesničar 2004, 8).

Upoštevati pa je potrebno, da je depresija diagnoza, ki se jo postavi posameznikom, ki nimajo nujno enakih simptomov. Je torej "disjunktiven koncept", zgolj "reifikacija/ potvarjanje človeškega trpljenja, ne dejstvo" (Pilgrim in Bentall 1999, 271), zato se porajajo dvomi o veljavnosti in pomenu višje stopnje pojavnosti depresije med ženskami: čeprav naj bi pri postavljanju diagnoz depresije za oba spola veljali enaki diagnostični kriteriji, torej psihični in fizični simptomi, je potek bolezni glede na spol lahko drugačen kot tudi način spopadanja z depresijo in poročanja o pojavu le-te.

Za ženske naj bi bilo značilno sezonsko pojavljanje bolezni, netipični simptomi, kot so pretirana zaspanost, pridobivanje telesne teže, prenajedanje ter občutek težkih nog in rok, pogosto tudi simptomi anksioznosti, panične motnje in fobije (Govc-Eržen 2006, 12), medtem ko se moški pritožujejo nad izgubo energije, postanejo bolj razdražljivi in jezni (Kores Plesničar 2006, 243). Pri obravnavi pogostosti depresije med ženskami lahko vzroke za pojav iščemo v posameznici ali okolju, torej govorimo o hipotezah na podlagi biološkega, socialnega ali psihološkega modela. Več dokazov namreč kaže, da razlik med spoloma v pogostosti depresije ne moremo biološko razložiti oz. so bolj prepričljive psihosocialne razlage (Nolen-Hoeksema in drugi 1999, 1062).

Biološka hipoteza sloni na hormonih kot sprožilnih dejavnikih depresije pri ženskah. Predmenstruacijski, poporodni depresiji in depresiji v času menstruacije so skupne hormonske spremembe v telesu in, kot se bo izkazalo v nadaljevanju, precejšnje spremembe v socialnem življenju ženske. Po medicinski razlagi višje prevalence depresije pri ženskah je slednja posledica hormonskih sprememb, povezanih z žensko reprodukcijo: po epidemioloških podatkih naj bi bilo največje tveganje za razvoj depresije v obdobju hormonskih nihanj, npr. v času menstruacije, med nosečnostjo in po porodu (Kores Plesničar 2004, 8–11). Ali so depresivni simptomi povezani s spremembami ravni spolnih hormonov, ni pojasnjeno (prav tam) in kljub pomanjkanju dokazov, ki bi potrjevali to povezavo, razlaga, ki sloni na hormonskih spremembah, ostaja najpogostejša tako v medicinskem kot laičnem razumevanju depresije (Figert 1996; Nicolson 1998 v Lafrance in Stoppard 2006, 308).

Raziskovalci biološki razlagi pojavu depresije nasprotujejo z navajanjem psihosocialnih dejavnikov: razlaga, zakaj so ženske v raziskovani populaciji v času pubertete bolj izpostavljene razvoju depresije kot moški, ni nujno povezana s hormonskimi spremembami, ampak s številnimi skrbmi in spremembami, ki se pojavijo v obdobju srednje do pozne

pubertete pri deklicah v primerjavi z dečki. Ne hormonske spremembe, ampak nova družbena vloga bi lahko bila razlog za večjo pojavnost depresije med najstnicami: pričakovanja staršev in sovrstnikov, da se deklice podredijo restriktivnim družbenim vlogam (Nolen-Hoeksema in Girgus v Ussher 2010, 17), preobremenjenost z zunanjim videzom in nezadovoljstvo z razvijajočim se telesom ter izpostavljenost objektifikaciji ženskega telesa, ki je tipična za zahodno družbo (Fredrickson in Roberts v Ussher 2010, 17), vse več spolnega nadlegovanja in nizka samozavest (Lewinsohn in drugi v Moore in Emmanuel 2001, 2) in nenazadnje tudi pogostejši pogovori mater s hčerkami o čustvih, strahovih in žalosti ter s tem povezano izpostavljanje depresivnih čustev pri deklicah (pri sinovih je ravno obratno, saj starši pogosto omejujejo oz. zatirajo pogovore o čustvih) (Nolen-Hoeksema in Jackson v Ussher 2010, 17), vse to so pomembni dejavniki, ki predstavljajo tveganje za pojav depresije pri najstnicah ali pa vsaj razmišljanje, da je takšno počutje in vedenje za ženske 'tipično'.

Zgodnja nosečnost (Lewis in Nicolson v Lafrance in Stoppard 2006, 310), prihod velikih življenjskih sprememb ter večja stopnja odgovornosti in nerealističnih pričakovanj od ženske (Mauthner v Lafrance in Stoppard 2006, 309) v kombinaciji z nizko stopnjo socialne podpore (Bifulco in drugi v Ussher 2010, 12) pa so ključni dejavniki, ki predstavljajo nevarnost za razvoj depresije v času nosečnosti in po porodu, ne hormonske spremembe. Enako velja za spremembe v času menopavze: številne raziskave so pokazale, da je večina žensk v času peri- in menopavze srečnih in zadovoljnih s svojim življenjem (Avis in drugi 1994; Dennerstein 1996 v Ussher 2010, 12) in da so dejavniki, ki povečujejo tveganje za pojav depresije v tem obdobju, povezani s splošnim nezadovoljstvom z življenjem in ne hormonske spremembe v ženskem telesu ter morebiten vpliv na kemično neravnovesje v možganih (McQuaide 1998; Perz in Ussher 2008 v Ussher 2010, 12–13).

Hipotezi, postavljeni na podlagi socialne teorije, ki vzroke za pojav depresije pripisuje dejavnikom iz okolja, pritrjujejo višje statistike o pojavu depresije med odraslimi ženskami, ki so bile izpostavljene seksizmu (Klonoff in drugi v Ussher 2010, 17) in spolni diskriminaciji (Dambrun prav tam), različnim oblikam nasilja in v posebnih skupinah žensk, ki so bolj dovzetne za stresne življenjske dogodke, npr. ženske, ki skrbijo za majhne otroke (Brown in Harris 1978), so podvržene revščini (Belle in Doucet v Ussher 2010, 18), ujete v slabih razmerjih (Bifulco in drugi v Ussher 2010, 18).

Biološki in psihosocialni razlagi nasprotujejo avtorji, ki pravijo, da so razlike med spoloma prenapihnjene in zgolj posledica pristranskosti pri diagnosticiranju depresije, saj ženske pogosteje iščejo pomoč (Marcus in drugi v Hodgkinson in Prins 2011, 141) in četudi moški poiščejo pomoč, bodo ženske prej diagnosticirane kot depresivne (Salokangas in drugi v Hodgkinson in Prins 2011, 141).

5 DEPRESIJA V MNOŽIČNIH MEDIJIH

5.1 Medikalizacija vsakdanjika

Empirične preiskave, pasivna vloga pacientov, tehnični ukrepi ter vsemogočna in vsevedna prezenca medicinskih strokovnjakov je bila za tradicionalno zahodno medicino značilna do konca 20. stoletja. Zamenjal jo je koncept družbene konstrukcije zdravja in bolezni, ki poudarja kulturno, časovno in prostorsko specifično definicijo tega, kaj je zdravje in kaj bolezen: po tezi o medikalizaciji družbe se vse večji del razlag in izkušenj individualnega ali družbenega vedenja naslanja na medicinske razlage in medicinsko terminologijo (White v Kamin 2006, 38): medicina določa, kako dojemamo svoje stanje, saj je stanje, čeprav posledica psihosocialnih dejavnikov, utemeljeno na podlagi medicinske razlage.

V drugi polovici 20. stoletja se je poudarek preusmeril na področje preventive, ideologije, ki priznava, da medicina sicer ne more pozdraviti vseh bolezni, lahko pa jih preprečuje, obvladuje in lajša. S tem, ko posameznika postavlja pred izbiro dejanj s specifičnimi posledicami, mu da vedeti, kako s svojo nespametjo in neodgovornostjo, stresnim življenjem itd. in predvsem lastnimi odločitvami škoduje lastnemu zdravju (Crawford v Kamin 2006, 41). Značilnost ideologije preventive je, da odgovornost od dejavnikov tveganja iz socialnega okolja in pomanjkljivosti javnega zdravstva prelaga na pleča posameznika (v Kamin 2006, 41): "...za simptome, ki so potrebni pozornosti, središčno obravnava posameznikovo vedenje, stališča in čustva", kot da so ta izvzeta iz socialnega konteksta (Crawford v Kamin 2006, 43). Simptomologija bolezni vdira na področje zasebnega, saj naj bi mnoge medicinske discipline pod drobnogled vzele ne le biološko telo, ampak tudi socialno življenje posameznika, kar pomeni, da razširjajo področje nadzora z biološkega na zasebnost posameznika (White v Barle 2007, 68). Zdravizem (Crawford v Kamin 2006, 43) je "zaposlenost s posameznikovim zdravjem kot temeljem za določanje in doseganje blaginje; cilj, ki naj bi se dosegel s spreminjanjem življenjskega stila, in sicer s terapevtsko pomočjo ali brez nje" (prav tam), ki bolezni obravnava kot del posameznikovega vedenja, rešitve zanje pa pripisujejo

posameznikovi izbiri in njegovi osebni (ne)odgovornosti. Kot rešitev zdravizem ponuja preventivo, torej samozdravljenje, samopomoč. V tem kontekstu Kaminova (2006, 43) opozarja, da se za navidezno ločitvijo od zatekanja k medicinski pomoči in z osveščanjem posameznika skriva "dejavna medikalizacija" (prav tam), saj tudi nove predlagane oblike preventivnih oblik zdravja in življenjskega stila itd. na posameznika prelagajo (moralno) odgovornost za lastno zdravje. Dalje, zdi se, da z alternativnimi tehnikami zdravljenja nasprotujemo medikalizaciji in zahodnjaški medicini, a je dejansko tako, da se je medikalizacija zgolj 'preselila' v drugačno vrsto zdravljenja: tablete, injekcije, obsevanja so tipični medikalizacijski ukrepi zahodne medicine, aromaterapija, hipnoterapija, akupunktura, meditacija, zelišča ipd. pa predstavljajo medikalizacijo znotraj preventive – pod pretvezo demedikalizacije se posameznike vplete v past drugačne medikalizacije. Poleg tega zdravizem ne le prenaša odgovornost za lastno zdravje na posameznika, še več, pripisuje mu krivdo za morebiten pojav bolezni, saj "vzroke bolezni pripisujejo predvsem miselnim in duševnim procesom, čustvenemu in duhovnemu stanju posameznika" (Crawford v Kamin 2006, 44), torej naj bi bilo zdravje tudi odraz posameznikovega ravnovesja in njegovih izbir.

Številni priročniki, poljudne medicinske enciklopedije, testi in kvizi, diagnostične lestvice za domačo uporabo itd., ki nam pomagajo, da si sami postavimo diagnozo, kažejo na težnjo gibanj 'novega zdravja', gibanj za samopomoč in samozdravljenje, da usposobijo sposobnega, samozadostnega, od medicinskih institucij neodvisnega posameznika, ki za sprejemanje racionalnih odločitev o lastnem zdravju ne bo potreboval 'profesionalnega' medicinskega mnenja ali zdravstvenih leksikonov in pomoči pri odločanju glede zdravstvenih izdelkov in storitev (Crawford v Kamin 2006, 44). Podobni priročniki mu bodo svetovali in velevali, kateremu društvu naj se pridruži, kje naj vadi jogo, katera prehranska dopolnila naj kupuje, s katerim aparatom naj dela zelenjavne sokove itd. To se je iz brošur in letakov preneslo še v množične medije, predvsem na televizijo in razne tiskane medije (Kamin 2006, 87), kjer najdemo vse več medicinskih, polstrokovnih prispevkov o zdravju in bolezni. Zdravje se namreč prodaja (Kamin 2006, 88) in medijska izpostavljenost kot poudarjanje specifičnih zdravstvenih vprašanj je tudi v interesu medicinskih avtoritet: kar nekaj revij je, ki redno sodelujejo z medicinskimi strokovnjaki (npr. revija Viva), prilog in časopisov z lastnimi zdravstvenimi novinarji (npr. priloga Polet), kar jim omogoča učinkovito umeščanje zdravstvenih tem na javno in politično agendo (Kamin 2006, 88). Mediji so postali izhodišče za širjenje informacij (Beck 1992; Giddens 1991; Thompson 1995; Castells 2000 v Kamin 2006, 88) in s tem center razvoja "družbe tveganja" (Beck v Kamin 2006, 110), za katero je

značilen vse večji družbeni in ekonomski pomen znanja ter moč medijev, da to znanje strukturirajo in širijo.

Komuniciranje o zdravstvenih temah, ki se širi po medijih, naj bi primarno služilo predvsem osveščanju posameznikov in pripomoglo k zavedanju o pomenu in ohranjanju lastnega in kolektivnega zdravja za kakovost življenja (WHO v Kamin 2006, 111), a je skrenilo po poti, ki temelji na okvirih ustrahovanja, alarmističnega poročanja, opiranja na statistike in predvsem na poudarjanju dejavnikov tveganja za zdravje, ki nas obkrožajo in ogrožajo. Kot nam veleva komunikacija o preventivi, se do določene mere lahko obvarujemo, seveda s pomočjo potrošnih izdelkov, kar kaže, da je tako 'družba tveganja' kot komuniciranje o zdravju izkoriščana tržna niša (Castells 1991; Beck 1992; Lupton 1999 v Kamin 2006, 111). Da mediji v svojem poročanju težijo k izkoriščanju tržnih priložnosti, ne spodbujajo načel promocije zdravja, se kaže tudi v tem, da posvečajo premalo pozornosti tabu temam, ne odpirajo novih vprašanj, zanemarjajo socioekonomske dejavnike zdravja, ne podajajo informacij, ki bi posameznike spodbudile k vplivanju na širše dejavnike, ki so pomembni za zdravje (Commers in drugi v Kamin 2006, 129).

To je očitno tudi med listanjem življenjskostilnih medijev, kjer najdemo ogromno opozoril pred navidez popolnoma nedolžnimi navadami, ki ogrožajo naše zdravje in ponujajo ogromno nasvetov in izrecnih navodil za bolj zdravo življenje, čim bolj odgovorno preventivo in s tem manjšo možnost pojava oz. razvoja določene bolezni (Kamin 2006, 111).

5.2 Mediji kot vir informacij o zdravju

Raziskava European Union citizens and sources of information about health (Spadaro v Kamin 2006, 117) je pokazala, da so bile med prebivalci 17-ih držav EU, ki so bile zajete v raziskovalno populacijo, revije na petem mestu med mediji, ki so jim predstavljali ključen vir informacij o zdravju. Ključen, a ne nujno kredibilen vir so priljubljene življenjskostilne revije. Te predstavljajo pomemben vir informacij, kjer so pomeni "konstruirani in pogojeni v okviru vse bolj množičnega in kompleksnega okolja znanja" (Kangas, 2001, 89). Zanje je značilno, da 'prodajajo' zelen življenjski stil in ponujajo tiste vzorce potrošnje, ki bodo omogočili dosego zelene identitete. Naslavlja bralko, ki je v prvi vrsti potrošnica (Hrženjak 2002, 11). Je posameznica, ki mora nenehno skrbeti zase, se ves čas opazuje, nadzoruje in popravlja. Pri tem ji revije skušajo pomagati s številnimi nasveti in napotki ter seveda vedno svežo ponudbo

izdelkov in storitev (Hrženjak 2002, 9), ki ji bodo pomagale doseči (večno izmakljiv) cilj 'popolnosti'.

Pogosta tema, ki se pojavlja v medijskih vsebinah, je v zadnjih letih tudi duševno zdravje: v skladu s sloganom SZO, da "ni zdravja brez duševnega zdravja" (Ban Ki-moon v Jeriček Klanšček in drugi 2009, 1), je vse več nasvetov in napotkov za ohranjanje duševnega zdravja (Kamin 2006, 133), pogosto neupoštevajočih, da je pri obravnavi duševnih težav (pri preventivi in kurativi) potrebno upoštevati specifike posameznika, ga obravnavati kot samostojno celoto in kot družbeno bitje ter obenem upoštevati še številne druge širše zastavljene dejavnike.

Tu je še vprašanje vsebine mediatizirane bolezni in zdravja: Gwyn (v Kamin 2006, 128) opozarja na vse bolj zastrašujoč in nekonsistenten medijski diskurz zdravja, ki vpliva na oblikovanje okvirov, v katerih bralci in gledalci razumemo kategorije, specifično, katere pomene o zdravju, zdravniki, zdravljenju, bolezni nam podajajo mediji, kaj osmišljajo kot zdravo in bolno, kaj je normalno in kaj 'čudno', saj "nam določajo okvir, v katerem razumemo, sprejemamo ali ne sprejemamo tudi sami sebe" (Kamin 2006, 128). In ker ženske revije odgovarjajo na vprašanje, najprej kaj je ženskost, in nato, kako biti ženska, lahko to prenesemo tudi na vprašanje depresije: revije nam povedo, kaj je depresija, kako se kaže in kako naj se jo pozdravi. Istočasno pove še, kako naj se ženska ne kaže v družbi, katere karakteristike niso zaželene in kako naj se ne spopada z osebnimi težavami. Kar je (z družbeno kritičnega stališča) problematično v življenju ženske v sodobni družbi (od vse večjih in številnejših obremenitev in pritiskov s strani družbe do samozadanih pritiskov in idealov), se označi za simptomatiko duševne bolezni, njeno nezadovoljstvo pa se medikalizira. Krivda s socialnih dejavnikov se prenese na žensko, ki je poleg tega soočena še s posledično odgovornostjo za lastno zdravje ter nenazadnje s številnimi disciplinskimi ukrepi v obliki preventive in kurative, ki jih mora konstantno upoštevati oz. posledicami, če teh ukrepov ne izvaja.

5.3 Moč medijskega okvirjanja

5.3.1 Teorija okvirjanja

Okvir je način, kako je informacija predstavljena in organizirana v medijih in kako je interpretirana s strani posameznika (Goffman v Sieff 2003, 260). Ločimo dva koncepta

okvirjanja, tj. medijsko in individualno okvirjanje. Entman individualne okvirje definira kot "shemo procesiranja informacij" (v Scheufele 1999, 106) pri posameznikih. Podobno je Goffman proces okvirjanja definiral kot shemo interpretacije, ki posameznikom omogoča lociranje, zaznavanje, identificiranje in označevanje dogodkov ali življenjskih izkušenj (Goffman 1974). Gamson in Modigliani (v Scheufele 1999, 106) sta medijske okvirje definirala kot "centralno organizirano idejo ali potek zgodbe, ki ponudi pomen razvijajočega se poteka dogodkov".

Medijski okvirji so tudi 'delovne rutine', rutinske smernice za novinarje, ki lahko hitro identificirajo in kategorizirajo razpoložljive informacije in jih okvirijo tako, da karseda učinkovito dosežejo njihova občinstva (Gitlin v Scheufele 1999, 106), saj okvirji "poenostavljajo, prioritizirajo in strukturirajo narativni tok dogodkov" (prav tam). Okvir predlaga definicijo specifične problematike in izpostavi njen pomen (Gamson in Modigliani v Scheufele 109, 106), zato lahko pospeši in olajša procesiranje informacij pri posamezniku: poda namreč verzijo, ki že vsebuje predhodno izpostavljene informacije kot pomembne (in prikrite tiste, ki se zdijo nepomembne) (Gamson in drugi v Sieff 2003, 263).

Po Entmanu so medijski okvirji "lastnosti samih novic" (Entman v Scheufele 1999, 106), saj se okvirji osredotočijo na to, kaj bo diskutirano kako in predvsem, kaj ne bo diskutirano. V tem kontekstu nam novice ne posredujejo le dejstev, ampak tudi vrednotne okvirje, sodbe, ki nam ta dejstva pomagajo razumeti. Proces okvirjanja torej sestoji iz oblikovanja in nato še utrjevanja okvirjev: najprej je potrebna selekcija specifičnih vidikov realnosti (okvirje namreč določa tudi to, kar izpuščajo) in nato izpostavljanje le-teh (ali delov slednjih), bolj pomenljive in zapomnljive pa jih naredi sklicevanje na kulturno deljene pomene (Entman 1993, 51). Rezultat oblikovanja okvirjev predstavljajo vsebinski okvirji v tekstu, rezultat utrjevanja okvirjev pa temelji na interakciji med medijskimi okvirji in predhodnim znanjem posameznikov.

Okvirjanje in prezentacija dogodkov in novic v množičnih medijih torej lahko sistematično vpliva na to, kako bodo prejemniki novic razumeli te dogodke (Price in drugi v Scheufele 1999, 107). Entman (1993, 52) med štiri ključne značilnosti okvirjev, ki določajo, kako so prikazane zadeve, dogodki in problematike, prišteva:

- identifikacija in opis težave (primer: ljudje z depresijo predstavljajo breme gospodarstvu in javnemu zdravstvu);

- identifikacija in opis vzroka, ki ustvarja problem (primer: simptom depresije je pomanjkanje energije in nezmožnost koncentracije ter upad interesa za delo in druženje);
- moralno ovrednotenje, podaja moralnih sodb in s tem izražanje stališča do problema (primer: osebe z depresijo so brez energije, so neproduktivne, cele dneve strmijo v stene, so breme za družino, ki mora zanje skrbeti);
- predlagane rešitve (primer: ljudje z depresijo bi morali preventivno skrbeti za duševno zdravje, morajo poiskati zdravniško pomoč, lahko jemljejo zdravila, ki odpravijo simptome depresije ter povrnejo energijo in voljo za druženje itd.).

Takšni okvirji predstavijo zgodbe na določen način in obenem postavijo mejnike, okvirje debatam in razmišljanju, ki obkrožajo te okvirje. Prek okvirjev pa mediji lahko vplivajo na način, kako njihovo občinstvo osmišlja svet.

5.3.2 Realnost kot konstrukt in medijska reprezentacija

Berger in Luckmann sta se ukvarjala z raziskovanjem realnosti, kakršno so doživljali člani družbe, tj. realnost vsakdanjega življenja, ki "je že objektivizirana" (Berger in Luckmann 1966, 21). Po teoriji socialnega konstruktivizma je družba produkt človeka, je objektivna realnost (Berger in Luckmann 1966, 61), ključno vlogo v objektivizaciji realnosti oz. oblikovanju družbene realnosti pa sta pripisovala jeziku in sistemu znakov: "Jezik, ki se uporablja vsak dan, mi ponuja potrebne objektivizacije in postavlja red, znotraj katerega imajo te objektivizacije pomen in znotraj katere je osmišljen moj vsakdan" (Berger in Luckman 1966, 35–36). Jezik je sredstvo komuniciranja in sredstvo, ki s pomenom osmisli različne vidike življenja, temelji pa na izmenjavi znakov z deljenimi kulturnimi pomeni, ki tako omogočajo osmišljanje sveta, ki nas obdaja, torej realnosti. Izpostavljala sta vlogo posameznika pri oblikovanju družbenih vzorcev in vlogo družbenih vzorcev na posameznikovo vedenje (Berger in Luckmann 1966, 66). Družbena realnost je torej konstrukt, a vsaka realnost je družbena in družbeno konstruirana, tudi medijska (Drame 1992, 849). "Dejanje delanja novic je dejanje konstrukcije realnosti, ne slikanje realnosti" (Tuchman v Carter 2013, 2). Ni pa nujno vsaka realnost medijsko konstruirana ali vsaka realnost tudi medijska realnost (Drame 1992, 849).

Množični mediji so ključni vir opredelitev družbene realnosti (McQuail 2006), saj igrajo pomembno vlogo v kreaciji, reprodukciji in utrjevanju pomena/ pomenov (Lupton v Lyons

2000, 352). So kulturne formacije v semiotski družbi, polni deljenih znakov (Luthar v Kamin 2006, 115) in kot taki oblikovalci realnosti, o kateri poročajo, ne le nevtralni prenašalci sporočil: medijska realnost se vzpostavi šele v medijskih tekstih, zato je tudi takšna realnost družbeno konstruirana.

S konstruktivistične paradigme torej depresija ni fiksna, temveč diskurzivno konstruirana in rekonstruirana kategorija, ki se začne z medijsko konstrukcijo realnosti (depresije). Lahko je konstruirana kot skrita genetska nevarnost, kot posledica črnoglede naravnosti, kot skrb posameznika, kot trn v peti nacionalnega gospodarstva, prehodno stanje, ki se ga zdravi z antidepressivi, ki so nevarni, ki zasvojijo, ki redijo. Naše ideje in znanje o zdravju in boleznih se ne razvijejo brez vpliva zunanjih dejavnikov, ampak temeljijo na medijski realnosti, na portretih in informacijah, ki jih pridobimo iz kulture in družbe, v kateri živimo. Veliko informacij o zdravju in boleznih namreč pridobimo iz množičnih medijev (Hepworth in Featherstone v Lyons 2000, 351), kjer so vse pogostejši medicinski in polstrokovni prispevki z vsebinami o zdravju in bolezni (Kamin 2006, 88), zlasti vplivne pa so medijske reprezentacije na tistih področjih, ki so preveč kompleksna ali tuja, da bi lahko občinstvo znanje o njih pridobilo na podlagi lastnih izkušenj. WHO množične medije izpostavlja kot ključno orodje za doseganje ciljev na področju zdravja, saj so posredniki informacij in konstruktorji realnosti, ki posredujejo (želene) vsebine in informacije (v Kamin 2006, 110). Ker medijske reprezentacije so-oblikujejo naše izkušnje z zdravjem in boleznijo kot tudi naš pogled na dominantno normativno realnost (torej kaj pomeni biti depresiven, kaj normalen) (Lyons 2000, 355), se ob pomanjkanju relevantnih raziskav sprašujem, kako je v slovenskih življenjskostilnih revijah reprezentirana depresija?

Ker zdravje ni (več) le biološko ali psihološko, ampak tudi družbeno (Chamberlain in drugi v Lyons 2000), je potreben sicer pomanjkljiv vpogled v medijsko reprezentacijo depresije. Eden od možnih teoretskih pristopov k raziskovanju reprezentacij v medijih, tj. reprezentacij, ki vplivajo na našo "družbeno realnost" (Stockdale v Lyons 2000, 350), je teorija o socialnih reprezentacijah (Moscovici v Lyons 2000, 350). Ta je bila pogosto domena komunikološkega in kulturološkega raziskovanja: tako opravljene medijske analize nudijo vpogled v oblikovanje medijskih okvirov pri poročanju o temah, torej določanju tem, o katerih se poroča v medijih in ki jih javnost posledično dojema kot pomembne, relevantne (Frost in drugi v Lyons 2000, 350). Teorija socialnih reprezentacij predpostavlja, da "je naš vsakdanji zdravi razum in poznavanje stvari nek skupek popularnih teorij, ideologij, mitov, ki

pomembno vplivajo na naše razumevanje zdravja in bolezni [...] da sočasno obstajajo v duševnosti posameznika kot del kognitivnega aparata in krožijo med ljudmi kot deli objektivne stvarnosti" (Ule v Barle 2007, 63). Socialne reprezentacije kot podobe, ki se pojavljajo v medijih, pomembno vplivajo na definicijo in oblikovanje družbenih odnosov in pogledov na tematike, povezanih z zdravjem in boleznimi. Kot piše Frostova (v Lyons 2000, 355), obstajajo najmanj tri razlogi, zakaj so pomembne medijske reprezentacije zdravja:

1. Ker medijske reprezentacije vplivajo na razumevanja posameznika glede zdravja in bolezni in s tem posledično lahko vplivajo na osmišljanje in vrednotenje različnih tematik, kot so ocena tveganja, namere glede zdravja.
2. Reprezentacije oblikujejo in reproducirajo pomen, ki posledično lahko vplivajo na oblikovanje novih pomenov, npr. v odnosu do ljudi z določenimi boleznimi, obravnavi in označevanju specifičnih populacij.
3. Reprezentacije zdravja lahko posredujejo posameznikove izkušnje z različnimi občutki.

Medijske reprezentacije torej vplivajo tudi na naše izkušnje z zdravjem in boleznijo, tj. na 'utelešene/utelešenje' izkušenj (kaj šteje kot simptom), obnašanje na načine, na katere dominantni konstrukti pozicionirajo posameznike in skupine okoli tematik, povezanih z zdravjem kot tudi naš pogled na dominantno normativno realnost (torej kaj pomeni biti depresiven, kaj normalen) (Lyons 2000, 355). Po Petersenu (v Lyons 2000, 354) smo vse bolj odvisni od vedno spreminjajočih se medijskih informacij in podob, ki nudijo referenčne točke za razumevanje tega, kaj pomeni biti 'normalno človeško bitje'.

Raziskovalci opozarjajo na družbeno naravo zdravja (Chamberlain in drugi v Lyons 2000, 355), zato je nujen sicer pomanjkljiv vpogled v medijsko kulturo zdravja, saj prav raziskave medijskih reprezentacij in okvirjanja omogočajo načine vključevanja v oblikovanje pomenov in natančnega analiziranja družbenega in kulturnega konteksta v raziskovanju zdravja in bolezni.

5.3.3 Raziskave medijske reprezentacije in okvirjanja depresije

Martin (v Kokanovic in drugi 2013) piše, da je depresija postala prevladujoča oblika nezadovoljstva v sodobni družbi, dobila je status "velikega družbenega trenda" (Horwitz in Wakefield v Kokanovic in drugi 2013, 115), med družbene procese, ki so prispevali k temu, pa Horwitz in Wakefield (prav tam) prištevata:

- vse bolj utrjeno razmišljanje, da je depresija v sodobni družbi vse pogostejša;
- vse več navajanja statističnih podatkov o populaciji, ki se zdravi za depresijo;
- raznoliko rast predpisovanja antidepressivov v preteklih letih;
- porast števila znanstvenih prispevkov o depresiji;
- medijsko pozornost, posvečeno problematiki depresije, ki vključuje industrijo dokazov, strokovnjakov, virov samopomoči, ki poročajo o tem, kako se spopasti z in premagati depresijo.

Da je prišlo do 'eksplozije statističnih podatkov', kaže reprezentacija depresije epidemskih razsežnosti v medijih, kjer vse pogosteje pišejo o razširjeni in vse bolj ogrožajoči pojavnosti depresije in uporabljajo alarmistične pojme, ki opozarjajo na resnost težave. Na grožnjo, ki jo predstavlja depresija, opozarjajo tudi slovenski mediji, kot prikazuje primer zapisa v reviji *Lepa & zdrava*: "Depresija je duševna motnja, pogostejša pri ženskah kot moških. Pogosto ostane nediagnosticirana in nezdravljena, močno oteži vsakdanje življenje in v skrajnih primerih se lahko konča s samomorom" (Blažič 2013d, B48).

Mulder (2008, 243) opozarja, da so nas mediji napeljali v mišljenje, da je razmah depresije dosegel epidemične razsežnosti, medtem ko naj bi v resnici depresivna motnja bila 'zgolj' družbeni konstrukt, ki so ga oblikovale in ga vzdržujejo družbene sile v ozadju, kot so farmacevtske družbe, raziskovalci, kliniki. Ti nas prepričujejo, da je depresija specifično patološko stanje, ki zahteva zdravljenje s pomočjo biomedicine in je nekaj, zaradi česar bi nas moralo skrbeti.

Analiza ženskih revij in njihove agende o depresiji v Ameriki je pokazala, da tovrstne revije že dolgo skušajo vplivati na to, "kaj in kako o tej temi razmišljajo ženske" (McCombs v Borman 2003, 75) in da se sami okviri o depresiji skozi čas niso pretirano spremenili, saj najpogostejši v zadnjih dvajsetih letih ostajajo: naslovi, ki so senzacionalizirali ali omilili resno naravo depresije, članki, ki so depresijo opisovali kot navaden prehlad med duševnimi boleznimi, navajanje tako znanstvenih kot neznanstvenih simptomov depresije, kot je npr. jokanje, prištevanje fizioloških ali psiholoških vzrokov za depresijo, ter članki, ki so zdravljenju pripisovali pozitivne izide in opise načinov zdravljenja, ki so temeljili na medicinski ali duševni pomoči, zdravlilih, psihoterapiji ali kombinaciji slednjih ter namigovanje, da nezdravljenje depresije lahko vodi v samomor (Borman 2003). Borman (prav tam) je v raziskavi reprezentacije depresije avstralskih ženskih revijah ugotovil, da so revije v

svojih prispevkih o depresiji slednjo pogosto prikazale kot manj resno, kot dejansko je, prispevke dopolnile z emocionalnimi sporočili, depresijo označili kot 'žalost' in označili za "pogost prehlad med duševnimi boleznimi" (Borman 2003, 73), v drugem obdobju raziskave pa so jo večkrat označili za "več kot občutek potrnosti" in da je "resna medicinska bolezen" (prav tam). Med simptomi, ki so se pojavljali v obeh obdobjih raziskave, je najbolj izstopalo jokanje kot simptom, ko so ga mediji samovoljno uvrstili kar na seznam diagnostičnih simptomov. Med podanimi vzroki za depresijo je v prvem obdobju izstopal vzrok, češ da se razvije zaradi zatrtih čustev, vključno z neizraženo jezo, ki se ponotranji. V prehodu v drugo obdobje je bilo vse več zmedenosti in nejasnosti pri podajanju fizioloških vzrokov za pojav depresije, med psihološkimi razlagami depresije pa so kot vzrok navajali stres zaradi družbenih vlog. Na področju zdravljenja depresije so prevladovali nasveti o preventivi, ob omembi zdravljenja s psihofarmacijo pa je bil poudarek na enem zdravilu, tj. Prozacu (Borman 2003).

Dalje, avstralski raziskovalci so v raziskavi depresije v avstralskih ženskih revijah ugotovili, da način, kako je v slednjih portretirana depresija, ni konsistenten s portretom depresije v literaturi s strani NAPD (tj. Avstralski državni načrt v boju proti depresiji): tako je bila depresija v ženskih revijah okvirjena kot težava posameznika, ki naj jo obvlada s samonadzorovanjem, s podporo s strani lastne socialne mreže, medtem ko NAPD poudarja biomedicinski in psihosocialni pristop ter iskanje pomoči pri medicinskih strokovnjakih (Gattuso in drugi 2005). Ugotovili so tudi, da revije pri konstrukciji depresije sodelujejo skozi posredovanje pomenov o vzrokih, oblikah nadziranja in preprečevanja emocionalnih stisk in blagostanja žensk, depresijo pa so pogosto označile za 'brezimno žalost' žensk in ji pripisale več simptomov, ki sicer ne ustrezajo mednarodno priznanim kriterijem za diagnosticiranje depresivne motnje (CDHAC v Gattuso in drugi 2005, 2), tj. razne simptome, ki sicer povzročajo različne stopnje nezmožnosti v vsakdanjem življenju, niso pa simptomi, potrebni za diagnozo depresije. Drugače povedano, mediji so 'lastnoročno' širili meje diagnostičnih kategorij depresije (Gattuso in drugi 2005, 2).

Obstaja še več raziskav, v katerih so prišli do zaključka, da mediji za javnost predstavljajo ključen vir informacij o duševnih boleznih in da medijske reprezentacije duševnih bolezni lahko promovirajo napačne in negativne podobe ter stereotipe (Coverdale in drugi v Edney 2004, 1), saj so pomemben vir informacij o duševnih boleznih za občinstvo, ki tovrstnih izkušenj nima (Wahl v Sieff 2003). Škodljivi so lahko tudi opisi bolezni, ki naj bi bili

pozitivni, a so netočni, kar ima lahko posledice v praksi, saj nepravilno ali netočno opisovanje simptomov in načinov zdravljenja na potencialno obolelega lahko vpliva tako, da se ta ne odloči za zdravljenje, ga odloži ali pa se z boleznijo spoprime na neprimeren način (Edney 2004).

Zaskrbljujoči so rezultati analize ankete o ženskah in depresiji, narejene na populaciji 1000 Američank. Rezultati so pokazali, da je med ženskami različnih starosti še vedno ogromno napačnega pojmovanja depresije, ta pomanjkljiva 'pismenost' o zdravju in depresiji pa jim onemogoča prepoznavanje simptomov, kar posledično odlašajo iskanje primerne (v Kores Plesničar 2004, 9). Anketa je še pokazala, da "ženske pogosteje iščejo pomoč v družini in pri prijateljih, kot pa da bi poiskale strokovno pomoč, kar podaljša čas do ustrezne diagnoze in pričetka zdravljenja" (prav tam). Prav prepričanje, da se ženske lahko pozdravijo same, je pogosto velika ovira pri iskanju pomoči za zdravljenje depresije (Outram in drugi v Gattuso in drugi 2005, 17).

Clarke in Gawley (v Pirkis in Francis 2012, 9), ki sta raziskovala reprezentacijo depresije v revijah z visoko naklado, sta ugotovila, da se je okvirjanje depresije skozi čas vse bolj medikaliziralo. Rowe, ki je s sodelavci raziskal, kako je depresija predstavljena v avstralskem časopisju, je prepoznal tri ključne okvire o depresiji, tj. biomedicinski, psihosocialni in administrativno menedžerski, ki so služili normaliziranju depresije, saj je bila reprezentirana kot izven nadzora tistih, ki jo imajo (Rowe in drugi v Pirkis in Francis 2012, 59). Gattuso, Fullagar in Young (2005) so v raziskavi konstrukcije depresije v avstralskih življenjskostilnih revijah za ženske ugotovili, da je v ospredju individualizacijski diskurz depresije kot problem samonadzorovanja s poudarkom na zmožnosti žensk, da same obvladajo težka življenjska obdobja, stresne dogodke, da gradijo neformalna podporna razmerja ipd. Pogosto omenjene so bile tehnike samopomoči in alternativne oblike zdravljenja, kot so npr. več športnega udejstvovanja, zdrava prehrana, uživanje vitaminov, sproščanje (Jorm v Gattuso in drugi 2005, 2).

6 EMPIRIČNI DEL: OKVIRJANJE DEPRESIJE V SLOVENSkih ŽIVLJENJSKOSTILNIH REVIJAH

6.1 Opis metodologije

Z analizo medijskega okvirjanja depresije v življenjskostilnih revijah bom skušala odkriti medijske okvire v reprezentaciji depresije v izbranih slovenskih življenjskostilnih revijah in njihove značilnosti. Zanimali me bodo simptomi, vzroki in dejavniki za pojav depresije ter predlagani načini spopadanja oz. zdravljenja depresije, kot se pojavljajo v analiziranih revijah.

Mediji lahko vsebine izbirajo in jih vsebinsko določajo, saj s tem, ko odločajo, kaj bodo predstavili javnosti, odločajo tudi, kako bodo to predstavili. Izbirajo torej način podaje vsebine in informacij znotraj izbranega konteksta. Na nek način torej vplivajo tako na izbiro javnosti kot na stališča le-te (Price in drugi v Scheufele 1999, 107). Entman kot možne točke, ki identificirajo tovrstne vsebinske okvirje, predlaga "prisotnost ali odsotnost določenih besednih zvez, fraz, stereotipnih podob, virov informacij in stavkov, ki zagotavljajo tematsko okrepljene skupine dejstev ali sodb" (Entman 1993, 52). Raziskovanje medijskih okvirjev v okviru magistrske naloge Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah zato pričenjam s kvalitativno identifikacijo kategorij okvirjanja in specifičnih okvirjev depresije znotraj teh. Vsebinska analiza medijskih okvirjev (Scheufele in Scheufele v David in drugi 2011, 331) namreč omogoča identifikacijo tem o depresiji v analiziranih revijah in nadaljnjo analizo le-teh. Namen tovrstne analize je ugotoviti, kako analizirane revije v svoji vsebini združujejo in predstavljajo vsebine oz. informacije o depresiji.

Kvalitativna vsebinska analiza je primerna za vsebinsko manj obsežno raziskovanje, saj omogoča bolj poglobljeno interpretacijo in raziskovanje vsebin in s tem identifikacijo in opis okvirjev, ki se pojavljajo pri obravnavi specifične teme (Tucker 1998; Hoerl in drugi 2009 v David in drugi 2011, 331). Omogoča bolj podroben vpogled v besede v medijskem tekstu, ki določajo 'okvir' vsebine. Način, kako se pojavijo okvirji s pomočjo te metode je, po Scheufele in Scheufele (prav tam), dokaj 'neprozoren', netransparenten, zakaj deli medijske vsebine so raziskani in analizirani ob upoštevanju raziskovalčevega širšega kulturnega konteksta, znotraj katerega se diskurz pojavi, in znotraj tega konteksta je analizirani vsebini podan še interpretativni opis (Matthes in Kohring v David in drugi 2011, 331). Kvalitativna analiza vsebine tako omogoča razkrivanje procesa in konteksta vsebine in razkriva, kako vsebina pomaga definirati situacijo, kar na induktivni ravni omogoča razjasnitev pomena za občinstvo

(Borman 2003, 72). Prednost kvalitativne analize okvirjev pred kvantitativno je ta, da kvantiteta (torej število pogostejše pojavljajočih se okvirjev) še ne pomeni, da so ti okvirji tudi bolj pomembni (Hertog in McLeod 2001, 154). Ključno pri kvalitativni metodi je, da raziskovalec že pred samim raziskovanjem ve, katere okvire išče, a je vseeno ves čas pozoren na morebitno pojavljanje in raziskovanje novih okvirjev, tistih, ki jih lahko odkrije med analizo tekstov (Hertog in McLeod 2001, 151).

V pričujoči magistrski nalogi okvirje obravnavam kot oblike interpretacij, ki posameznikom omogočajo zaznavanje, dojetje in osmišljanje tem in dogodkov. Specifično okvirjena tema občinstvu namreč olajša razumevanje določene le-te, a to razumevanje je omejeno le na ta specifičen okvir, ki občinstvo usmerja v želeno pot dojetja in osmišljanja specifične tematike in na pot razvoja lastnega razmišljanja, ki pa vseeno potuje po tirnicah, ki jih oblikujejo medijski okvirji. Metoda raziskovanja okvirjev, ki jo uporabljam v magistrski nalogi, tako izhaja iz Entmanove definicije okvirjanja, po kateri okvirjanje pomeni izbrati in izpostaviti določeno definicijo problema, interpretacijo vzroka slednjega, mu podati določeno moralno presojo in/ali predlagati njegovo rešitev oz. način rešitve (Entman 1993, 52).

Za identifikacijo okvirjev sem uporabila kodiranje. Koda omogoča kvalitativno povpraševanje v besedo ali kratko besedno zvezo, ki delu podatka pripisuje nek atribut, naj bo simboličen, izstopajoč, pereč. Kode podatke lahko povzamejo, povežejo ali zreducirajo. Če jih povzamejo, govorimo o tipih kod kot 'prvih vtisih', ki se pojavijo v prvi fazi odprtega procesa kodiranja (Saldaña 2009, 4). Ko kodiramo, podatke oz. analizirane enote sistematiziramo, jih uredimo v nek sistematični red, jih klasificiramo in kategoriziramo. Kodiramo tedaj, ko podatke nanašamo in prenašamo na kvalitativne podatke. Kodiranje je proces, ki omogoča, da podatke ločimo, strnemo v skupine, te skupine razdremo in podatke ponovno uredimo v red, ki utrdi pomen in razlago (Grbich v Saldaña 2009, 8). Po Bernardu (prav tam) kodiranje omogoča analizo oz. iskanje tistih vzorcev in idej v podatkih, ki pomagajo razložiti, zakaj te ideje sploh obstajajo. Kodiranje je torej aktivnost, ki omogoča organiziranje in grupiranje podobno kodiranih podatkov v kategorije, ker si ti podatki delijo karakteristike, tiste, ki so predpogoj za razvoj vzorca (prav tam).

Za predmet analize reprezentacije depresije sem izbrala življenjskostilne revije, saj prebivalcem EU predstavljajo enega izmed ključnih virov informacij o zdravstvenih temah (na petem mestu) (Spadaro v Kamin 2006, 118) in ker v življenjskostilnih revijah vse bolj

prevladuje diskurz o duševnem zdravju in so vse pogostejši medicinski in polstrokovni prispevki z vsebinami o zdravju in bolezni (Kamin 2006, 88). Na revije, namenjene ženskam, se bom osredotočila zato, ker epidemiološke študije kažejo, da je pogostost depresije pri ženskah dvakrat večja kot pri moških, da se depresija v življenju žensk pojavi prej, njihove epizode so običajno daljše ter pogosteje preidejo v kroničen in ponavljajoči se potek (Kores Plesničar 2004, 8) in ker statistike (Hribovšek 2014) potrjujejo, da tudi v Sloveniji za depresijo trpi več žensk kot moških in da je ženskam izdano skoraj dvakrat več receptov za antidepressive kot moškim.

6.1.1 Opis izbranih publikacij

Z metodo medijskega okvirjanja bom analizirala članke, ki so bili v revijah Jana (v analizo bodo zajeti vsi relevantni članki v vsakem prvem izvodu v novem mesecu sicer tedenske revije Jana), v mesečnikih Lepa & zdrava ter mesečnikih Viva in Zdravje objavljeni v obdobju od začetka leta 2010 do konca 2013 z namenom, da odkrijem prevladujoče okvire obravnave teme depresije. Izbrane so štiri revije slovenskega formata, ki spadajo med medije z največjim dosegom bralcev, med katerimi prevladuje ženski spol, vsaka izmed publikacij pa naslavlja različno ciljno skupino po starosti. Jana in Lepa & zdrava sta življenjskostilni reviji, medtem ko reviji Viva in Zdravje spadata pod poljudno periodiko. Ključno pri izbiri revije je bila tudi tematika, ki se ji posveča:

- tednik Jana je "najbolj brana slovenska družinska revija" (Krater Media 2014), ki obravnava vsakdanje težave mladih in starih; revija Jana ima doseg 102 tisoč bralcev, od tega je 70,4 % bralcev ženskega spola (MIZS 2013);
- mesečnik Lepa & zdrava je namenjen vsem generacijam, "ki jih zanima zdravo in srečno življenje" (Krater Media 2014); doseg revije Lepa & zdrava je 32 tisoč bralcev, od tega je 73,6 % ženske populacije (MIZS 2013);
- mesečnik Viva, revija za boljše življenje, ki vsak mesec doseže 78 tisoč ljudi, redni bralci revije pa so ženske (70 %) v starosti od 20 do 59 let (Viva 2013a). Ključna tematska področja, ki jih zajema revija Viva, so medicina, komplementarna medicina, lepota, spolnost, vzgoja itd.;
- mesečnik Zdravje vsebuje poljudno napisane članki o tem, "kako zdraviti in preprečevati bolezni, o zdravi prehrani, gibanju in negi telesa..", večina le-teh pa "nastaja v sodelovanju s strokovnjaki in na osnovi izsledkov raziskav in preverjenih podatkov" (Zdravje 2014); dosega

167 tisoč bralcev, od tega 30,3 % v starostni skupini 36–49 let in 34,7 % v starostni skupini 50–65 let (Zdravje 2013a).

6.1.2 Opis poteka raziskave

Članke za analizo reprezentacije in medijskega okvirjanja depresije sem poiskala ročno, s pregledom izbranih revij in iskanjem ključnih besed v vsebini člankov v celoti. Ključne besede so bile: 'depresija', 'depresivna motnja', 'depresiven/a', 'antidepresiv' in podobne izpeljanke. Osredotočila sem se na članke, nasvete glede življenjskega stila in zdravja, osebne zgodbe in omembe.

Analizirala sem skupno 141 medijskih prispevkov v slovenskih revijah Jana, Lepa & zdrava, Viva in Zdravje, natančneje: 37 prispevkov v reviji Zdravje, 35 prispevkov v reviji Lepa & zdrava, 26 prispevkov v reviji Jana in 43 prispevkov v reviji Viva, ki so bili objavljeni v obdobju od začetka leta 2010 do konca leta 2013. Pri kodiranju sem uporabila deskriptivne oz. opisne kode, ki omogočajo opisno povzemanje prvotne teme besedne zveze ali besede (Saldaña 2009, 3). Ob upoštevanju funkcij kodiranja po Entmanu (1993), tj. definicija problema, vir problema, ocena vira in predlagane rešitve, sem oblikovala naslednje kodirne kategorije: simptomi depresije kot obrazložitev problema, vzroki in dejavniki za pojav depresije kot vir problema, zdravljenje kot predlagane rešitve in kategorija Opis, v kateri so ključni pojmi, besede, izrazi o depresiji, ki so pomagali pri oblikovanju okvirjev. Z namenom, da oblikujem koncepte in kategorije, sem uporabila tehniko odprtega kodiranja: po večkratnem kodiranju analiziranih vsebin in združevanju sorodnih pojmov sem oblikovala kategorije medijskega okvirjanja depresije in okvire znotraj teh, ki jih v nadaljevanju tudi analiziram. Zanimajo me predvsem značilnosti, povezave in podobnosti med okviri o depresiji v različnih kategorijah in kateri simptomi depresije so povezani s katerimi dejavniki za pojav depresije ter kakšna je predlagana rešitev. Zanima me tudi, če se pojavljajo simptomi depresije, ki ne ustrezajo etiologiji depresije.

6.1.3 Opredelitev kodirnih kategorij

Prvi del raziskave je predstavljal primarno kodiranje, zbiranje pojmov na podlagi kodirnih kategorij:

- V kodirni kategoriji podatkov Opis depresije so zbrane besede, pojmi, definicije itd.,

uporabljene za opis in imenovanje depresije znotraj teksta. Te so bile ključne za določitev okvira depresije in izraz trenutnega medijskega oz. družbenega definiranja, osmišljanja depresije.

- Kodirna kategorija Simptomi depresije se je nanašala na podane in izpeljane indikatorje depresije, skupek simptomov, ki so značilni za depresijo, vendar ne izpolnjujejo nujno diagnostičnih meril. Simptomi depresije so naštetih v obliki seznama, med naštetimi pa najdemo tako znanstveno utemeljene kot neutemeljene simptome. Cilj je bil ugotoviti, kateri simptomi depresije so se pojavljali v analiziranih revijah in ali so se pojavljali simptomi, ki so znanstveno neutemeljeni in torej/ ali družbeno pripisani.

- Kodirna kategorija Vzroki, dejavniki obravnava razloge, ki so bili podani kot vzroki za pojav in razvoj depresije. Kategorija pove, kaj je bilo v analiziranih člankih okvirjeno kot vir problema.

- Kategorija Zdravljenje je nudila iztočnice za nadaljnjo diskusijo in se je nanašala na to, kako mediji predstavljajo katere načine in tehnike za preventivo, zmanjšanje ali izničenje simptomov depresije. Zanimalo me je, katere so bile predlagane rešitve depresije v analiziranih člankih in s katerimi viri problema, torej vzroki za pojav depresije, so bile povezane.

Bolj natančno je kodiranje po kategorijah in po analiziranih revijah zabeleženo v Prilogah od A do H. Na osnovi ponavljajočih se besed, fraz in induktivnih pojmi, ki sem jih identificirala pri primarnem kodiranju, sem le-te strnila v tri kategorije okvirjanja depresije. Značilnosti in kriterije kategorij okvirjanja ter okvire depresije, ki so se pojavljali v specifičnih kategorijah, analiziram v poglavju 6.2.

6.1.4 Raziskovalna vprašanja

RV 1) Kateri okvirji o depresiji so prisotni v reprezentaciji depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah Jana, Lepa & zdrava, Viva in Zdravje v prispevkih od začetka leta 2010 do konca leta 2013?

V okviru prvega raziskovalnega vprašanja me bo zanimalo, kako je analiziranih revijah okvirjena depresija. Osredotočila se bom na vprašanje okvirjanja opisa oz. definicije depresije, zdravljenja, vzročnega pomena depresije in opisane simptomatike. Zanimal me bo tudi položaj posameznika v teh okvirjih, predvsem glede razlage za pojav in predlogov

zdravljenje depresije. Pri vprašanju kategorij okvirjanja in značilnosti medijskih okvirov depresije bom izhajala iz kodirnih kategorij, opredeljenih v poglavju 6.1.3.

RV2) Ali so medijski okvirji o depresiji v analiziranih revijah konsistentni z medicinsko etiologijo in klinično sliko depresije (po Kores Plesničar 2006)?

V okviru drugega raziskovalnega vprašanja bom skušala ugotoviti, ali se simptomi v analiziranih medijskih okvirih ujemajo s klinično sliko depresije, torej z uradno simptomologijo, ali se pojavljajo kakšni simptomi, ki niso znanstveno utemeljeni in zato družbeno pripisani. V kontekstu raziskovanja medijskega okvirjanja depresije glede na klinično etiologijo sliko depresije me bo zanimalo predvsem to, kakšne informacije o depresiji posredujejo analizirane revije in ali "utrjujejo razlage problemov na individualni ravni, kar posledično preusmerja pozornost z vzrokov in družbenih pogojev na simptome in individualne neuspehe" (Wallack v Kamin 2006, 129).

RV3) Na katere vzročne modele o depresiji se nanašajo specifični okvirji o spopadanju z depresijo?

V okviru tretjega raziskovalnega vprašanja me zanima, ali se specifični okvirji depresije za spopadanje z depresijo nanašajo na specifične vzročne modele za pojav depresije in ali se bo pojavil vzorec medijskega okvirjanja depresije, ki specifičen okvir oz. vzročni model depresije povezuje s specifičnim načinom zdravljenja depresije.

6.2 Predstavitev izsledkov analize

Pri analizi okvirjanja depresije sem se osredotočala na povezave med pojmi v kodirnih kategorijah: iskala sem povezave, razmerja, pomene in na podlagi teh oblikovala tri kategorije okvirjanja depresije, ki sem jih prepoznala v vseh štirih analiziranih življenjskostilnih revijah Jana, Viva, Zdravje in Lepa & zdrava, tj. psihosocialna, biomedicinska in mešana kategorija. Opredeljujejo jih pojmi v štirih kodirnih kategorijah, na podlagi katerih sem iskala in analizirala okvire depresije. V nadaljevanju predstavljam značilnosti kategorij okvirjanja in okvirov depresije znotraj teh ter jih ponazarjam z referenčnimi zapisi iz analiziranih člankov, ki služijo kot indikatorji specifičnih okvirjev.

Tabela 6.1: Predstavitev značilnosti kategorij okvirjanja depresije

Kategorija	Simptomi	Vzroki in dejavniki	Predlagano zdravljenje	Model izvora depresije
psihosocialni	opis izkušnje depresije s stališča posameznika, poudarek je na obolelem	družbeni dejavniki, ki vplivajo na življenje posameznika in psihološke predispozicije posameznika	delo, ki ga mora posameznik narediti za lastno spremembo	psihološki, socialni
biomedicinski	fizični simptomi in medicinska terminologija, poudarek je na bolezni	fizični, telesni vzroki, vir bolezni je telo	odstranitev fizičnih simptomov, cilj je normalizacija stanja, legitimacija medicinske oskrbe	biološki
mešani	medicinska terminologija in psihološki simptomi, obravnava depresije v družbi	družbeni dejavniki, vzrok za fizične spremembe in obratno, biološko pogojena čustva	preventiva, medicinsko zdravljenje in sočasno psihološko zdravljenje, cilj je odstranitev simptomov	biološki, psihološki, socialni

6.2.1 Psihosocialna kategorija:

Za psihosocialno kategorijo je značilno, da so med vzroki za pojav depresije podani tako psihološki kot socialni dejavniki, velik poudarek pa je na izkušnji same depresije in opisa le-te s stališča posameznika. Opredeljujejo jo pojmi, kot so: samoobtoževanje, nesamozavest, negotovost, dvomljivost, brezvoljnost, slaba zbranost, apatičnost in podobne 'slabe' karakteristike, ki predstavljajo simptomologijo depresije psihološkega izvora. V tej kategoriji so vzroki za pojav depresije pripisani tudi dejavnikom, ki nas obkrožajo, torej družbenim faktorjem, kot so: ekonomska in družbena kriza, brezposelnost, socialna izključenost in stigmatiziranost, nezmožnost usklajevanja vseh obveznosti. Pojmi, ki predstavljajo načine zdravljenja, se nanašajo na delo, ki ga mora opraviti posameznik za doseg spremembe samega sebe. Predlagani načini zdravljenja so psihološki: psihoterapija, kognitivno-vedenjska terapija, pogovor, sprememba razmišljanja, sprejemanje samega sebe, sprememba karakteristik, poprava vtisa, ki ga dajemo okolici, sprizajnitev in sprejemanje kompromisov, izboljšanje socialnega življenja. Psihosocialno kategorijo opredeljujejo pojmi, ki bolj kot

naslavljanje in odstranjevanje vzrokov za pojav depresije poudarjajo pomen spremembe in prilagodljivosti posameznika.

Okviri, ki se pojavljajo v psihosocialni kategoriji, so:

- karakterne slabosti:

Tako okvirjena depresija temelji na simptomih, ki implicirajo, da je depresija posledica 'nepopolnega karakterja' oz. karakternih slabosti, kot so: občutljivost, čustvenost, nesamozavest in negotovost, žalost, jokanje, čustvena nihanja, obračanje v preteklost, perfekcionizem, iskanje pohvale, deloholičnost. Depresija je posledica psiholoških vzrokov, pripisanih posamezniku. Ker je okvirjena kot čustveno stanje, ki izvira iz psihe posameznika, in ker karakterne pomanjkljivosti kot vzrok za pojav depresije izvirajo iz posameznika, je predlagano zdravljenje usmerjeno v spremembo njegove osebnosti, v osebno rast in napredek.

Primer takšnega okvirjanja depresije ponazarja naslednji zapis v reviji Viva: "V tem času depresivni in pesimistični ljudje še pogosteje kot sicer razmišljajo o težavah, zaradi česar so zagrenjeni, težave pa se jim zdijo nepremostljive. Nasprotno se optimisti, ki na življenje gledajo pozitivno, na težave pa objektivno, zavedajo, da ima skorjada vsak problem zadovoljivo rešitev" (Žigon 2011, B32). Tu je depresija okvirjena kot posledica pesimističnega, negativnega razmišljanja in zagrenjenosti kot karakternih značilnosti, ki bi lahko povzročile razvoj depresije. Z omembo optimistov in njihove sposobnosti reševanja težav in 'pozitivnega pogleda' na življenje implicira, da je za obrambo pred depresijo skorajda dovolj že sprememba odnosa in pozitiven pogled na svet.

- lahko premostljivo stanje:

Depresija je minljivo čustveno stanje, ki se ga reši že s pogovorom, najbolje z bližnjimi, primer takšnega okvirja pa predstavlja naslednji zapis v reviji Lepa & zdrava: "Klienti, ki pridejo k meni depresivni in se včasih v koga zaljubijo, kar naenkrat postanejo radovedni, bolj odzivni in bolj orientirani v prihodnost [...] Svoje obnašanje in svoje odgovore bodo v stanju zaljubljenosti prisiljeni 'dvigniti na višjo, Odraslo raven'" (Bevk 2010b, B77–78). Tako okvirjena depresija je predstavljena kot zgolj stanje razmišljanja na nezadovoljivi ravni, k razmišljanju na 'višji ravni' (in s tem odmiku od depresije) pa naj bi pripomogle že zunanje spremembe oz. zunanji dejavniki, ki vplivajo na posameznika.

- tveganje:

Depresija je duševna motnja, ki je vzrok za nadaljnje težave posameznika. Je dejavnik tveganja, ki lahko vodi v samomor, napake na delovnem mestu, motnje prehranjevanja, zasvojenost, razvoj drugih bolezni. Članom družbe je predstavljena kot grožnja in tako okvirjena se navezuje na negativne posledice za posameznika in družbo.

Primer takšnega okvirja predstavlja naslednji zapis v reviji Viva: "Ljudje, ki veliko časa preživijo na spletu, so v večji nevarnosti, da jih doleti depresija [...] Veliko manj časa namenijo resničnim družabnim stikom, kar utegne škodovati njihovemu duševnemu zdravju" (Kojić 2010a, B24). Tako okvirjena depresija je predstavljena kot potencialna posledica nedružabnega karakterja in s tem pomanjkljivega socialnega življenja. Okvirjanje depresije kot tveganja je podkrepljeno s poudarkom, da nedružabnost lahko škoduje duševnemu zdravju v celoti in da je duševno zdravje oz. depresija odvisna od socialnosti posameznika.

- kulturni konstrukt:

Depresija je motnja razpoloženja, ki je posledica številnih družbeno-kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na člane družbe. Ni bolezen posameznika, ampak je posplošena na raven družbenega stanja. Tako okvirjena depresija izhaja iz 'družbeno pogojenega' razmišljanja, predlagani načini zdravljenja pa ne kličejo po spremembah v družbi, ampak zahtevajo delo in prilagodljivost posameznika.

Primer tega predstavlja naslednji citat iz revije Viva: "Najmanj možnosti, da bodo zbolele za depresijo, imajo mamice, ki so se sprijaznile s trenutnim življenjskim položajem in se zavedajo, da "ne morejo imeti vsega", kar pomeni, da so pripravljene sprejemati kompromise tako v družinskem življenju kot na delovnem mestu" (Viva 2011b, B54). Zapis nakazuje okvir depresije, ki je posledica kulturno specifičnega razmišljanja, saj naj bi se npr. ženske dejavnikom depresije lahko izognile tudi tako, da sprejmejo vzorce razmišljanja, ki so vezani na njihovo vsakdanjo družbeno vlogo. Kot ukrep proti razvoju depresije je predstavljeno sprejemanje družbenega stanja, kakršno je, in ne iskanje morebitnih rešitev, ki bi lahko olajšale in razbremenile ženske oz. razreševanje dejavnikov, ki imajo negativne posledice na člane družbe in njihovo psiho.

- izbira:

Čeprav naj bi bila depresija posledica socialnopsiholoških (ali bioloških) dejavnikov, jo več pojmov okvirja kot izbiro, odločitev, ki jo v določenem trenutku sprejme posameznik s specifičnimi karakteristikami. Tudi zdravljenje je odvisno od izbire posameznika, moči pozitivnega razmišljanja in zavestne odločitve o ozdravitvi.

Ta okvir ponazarja naslednji zapis iz revije Viva: "Negotovost v nas vzbuja mešane občutke [...] Če dovolimo, da nas ti občutki v celoti preplavijo, se znajdemo sredi notranjega boja, s katerim preizkušam svoje potrpljenje in ugotavljamo, kako močni smo" (Žigon 2010b, B18). Sodeč po tako okvirjeni depresiji je ta posledica izbire posameznika, podvrženega lastnim čustvom, in odločitev, ki jih sam sprejme. Kot rešitev je predstavljena njegova izbira 'pravilnega' razmišljanja in moč volje kot ključne za obrambo pred depresijo.

6.2.2 Biomedicinska kategorija

Biomedicinska kategorija sloni na razlagi o biološkem izvoru depresije in temelji na medicinski terminologiji ter podaji diagnoze in simptomov. To kategorijo predstavljajo pojmi, ki depresijo povezujejo z medicinsko obravnavo, npr. bolnik, pacient, možganska bolezen, zdravljenje, farmakologija, antidepresivi, zdravila, medikalizacija, hospitalizacija, serotonin, antidepresiv, hormonsko neravnovesje, kortizol ipd. Simptomologija v tem modelu temelji na medicinskih pojmi, ki se navezujejo na fizično stanje oz. delovanje posameznika, npr.: motnja zbranosti, vrtoglavica, nespečnost, prevelik ali premajhen apetit, povišan srčni utrip, napetost v mišicah, izguba energije in moči, hipoglikemično nihanje, nemirnost, kronična utrujenost ipd. V tej kategoriji se pojavljajo pojmi s poudarkom na obravnavi bolezni, ne obolelega. Zdravljenje je usmerjeno na odstranitev fizičnih simptomov, kar označujejo pojmi in besedne zveze v tej kategoriji, kot so: psihofarmacija za ponovno vzpostavitev kemičnega ravnovesja v možganih, obisk zdravnika oz. strokovnjaka za recept, elektroinvolzivna terapija za spodbuditev določenih kemičnih reakcij v možganih, omilitev simptomov, z zdravljenjem s hitrimi in blažjimi učinki, vnos lažje prenosljivih antidepresivov itd.

Na podlagi ključnih pojmov v biomedicinski kategoriji reprezentacije depresije prepoznavam naslednje okvire reprezentacije:

- hormonsko neravnovesje:

Okvir opredeljujejo medicinski pojmi, saj je depresija okvirjena kot posledica hormonskega neravnovesja, posledica motenj v valovanju koncentracij med hormoni, hormonskih sprememb ipd. Simptomi so povezani s fizičnim stanjem posameznika, npr. mlahavost, zaspanost, nespečnost, utrujenost. Medicinska razlaga in poudarek na biološkem izvoru depresijo implicirata, da je bolezen fizična bolezen, ki izvira iz telesa, ne psihe posameznika. Prelaganje odgovornosti na npr. 'hormon sreče' kot ključen dejavnik pri uravnavanju posameznikovega razpoloženja, bolezen na nek način upraviči. Cilj zdravljenja je zato ponovna vzpostavitev ravnovesja.

Primer takšnega okvirjanja je zapis v reviji Lepa & zdrava: "Ženske so po drugi strani kar trikrat bolj izpostavljene depresijam. Ženska, ki opazi značilne spremembe razpoloženja, pomanjkanje zbranosti, nespečnost, mora potem uživati hrano, ki jo sama imenujem naravni prozak. To je hrana, bogata s triptofanom in serotoninom, hormonoma sreče in zadovoljstva..." (Nak 2012, B75). Zapis nakazuje, da mora posameznik sam nadzorovati, uravnavati in skrbeti za svoje razpoloženje, čeprav je to lahko odvisno od bioloških dejavnikov. Tudi te naj upravlja s pomočjo zunanjih 'orodij'. Nasveti in napotki, kako ženska 'mora' uživati določeno hrano itd., nakazujejo, da je nanjo preložena odgovornost za lastno (ne)zdravje.

- kemične spremembe v možganih:

Tako okvirjena depresija temelji na medicinski razlagi depresije, ki naj bi bila posledica porušenega kemičnega ravnovesja in s tem strukturnih sprememb v možganih, kar vpliva na razpoloženje posameznika. Vnetje možganov, strukturne spremembe možganov, hipoglikemično nihanje itd. so dejavniki, ki vplivajo na pojav tako okvirjene depresije, na te dejavnike pa posameznik ne more vplivati. Čeprav je okvirjena kot fizična bolezen, simptomi implicirajo odgovornost posameznika, npr. do kemičnega neravnovesja pride zaradi pomanjkanja vitamina B ali D. Okvir v biomedicinski kategoriji še dodatno utrdi poudarek na primernem in hitrem zdravljenju s hitro dosegljivimi in lažje prenesljivimi zdravili oz. zunanjimi 'orodji'. Zdravljenje naj bi bilo mogoče že z vnosom takšnih in drugačnih objektov z zdravilno močjo, ki so predstavljeni kot prava rešitev težave.

Naslednji zapis v reviji Viva je dober primer tovrstnega okvirjanja: "Do depresije in brezvoljnosti lahko pripelje pomanjkanje nekaterih življenjsko pomembnih hranil: vitamina

B6, folne kisline, vitamina C, magnezija, selena, cinka, omega 3 maščobnih kislin, triptofana in inozitola. Jedilnik za dobro voljo naj vsebuje..." (Jurko 2012č, B48). Takšen okvir posameznika sooči s posledicami pomanjkanja določenih hranil in ukrepi proti temu pomanjkanju: bralec je tako izobražen o vzročno-posledičnem pojavu depresije in usmerjen v specifično smer preprečevanja težav, od njega pa je odvisno, ali bo ta dejanja tudi izvedel in s tem poskrbel za svoje zdravje oz. preprečeval nezdravje.

- genetska predispozicija:

Je bolezen biološkega izvora, posledica genetske dednosti. Okviri opredeljujejo medicinske razlage depresije in dejavnike, na katere posameznik ne more vplivati.

Primer takšnega okvirjanja depresije je naslednji zapis v reviji Lepa & zdrava: "...pravi, da imamo v sebi gen, ki je odgovoren za psihološke procese [...] Gen OXTR, kot so ga poimenovali, je torej eden od dejavnikov, ki vplivajo na psihološke procese in depresijo" (Štular 2013, B48). Zapis kaže, da depresija, okvirjena kot posledica genetske predispozicije, temelji na medicinski obravnavi in da je poudarek na sami bolezni kot ločenemu dejavniku, ki na posameznika vpliva ne glede ostale dejavnike.

- porušeno notranje ravnotežje:

Škodljive navade, slaba prehrana, premalo gibanja, preobremenjenost naj bo vodile v razvoj depresije kot fizične bolezni, ki se zdravi z alternativnimi pristopi. Kriv je posameznik in njegova dejanja, ki so vodila v porušeno notranje ravnotežje, moten pretok energijskih čakler in energij med organi itd. Zdravljenje depresije usmerjajo nasveti, predlogi in informacijske vsebine, ki ponujajo izdelke, produkte, tehnike, torej zdravila oz. orodja, katerih cilj je vzpostavitev ravnovesja v telesu. Depresijo fizičnega izvora se lahko pozdravi doma, z 'naravnimi antidepressivi', ki so preprosto dostopni in učinkoviti, kar je podkrepljeno z uporabo medicinskih izrazov. Pri tako okvirjeni depresiji manjkajo omembe (stranskih) učinkov.

Primer tovrstnega okvirjanja depresije predstavlja naslednji zapis v reviji Lepa & zdrava (Blažič 2013č, B56):

Metoda EFT ne zdravi, temveč razbremenjuje telo nakopičenega stresa, kar ljudje doživljamo kot negativna čustva. Depresija je znamenje, da je nakopičenega stresa preprosto preveč in da telo ne more več normalno delovati [...] Tako se telo vrne v

stanje optimalnega delovanja, depresija pa za vedno izgine [...] Več kot 80 odstotkov ljudi, ki so se oglasili pri meni, je trajno premagalo depresijo, mnogi so po posvetu s svojim zdravnikom pozneje opustili antidepressive, nekateri tudi pomirjevala. Znova so dobili voljo do življenja, novo energijo in spet so se postavili na noge.

Depresija je predstavljena kot znak neravnovesja, do katerega pride zaradi posameznikove izpostavljenosti stresu. Tu je telo ločeno od psihe človeka, saj je depresija predstavljena kot fizična bolezen, premagana šele, ko se telo vrne v optimalno stanje. To je dosegljivo z različnimi tehnikami, prijemi in ko je ravnovesje v telesu zopet vzpostavljeno, se depresija šele poveže s psiho (voljo do življenja), kar nakazuje, da naj bi bilo fizično zdravje predpogoj za psihično.

6.2.3 Mešana kategorija

Za članke, ki spadajo v mešano kategorijo, je značilno, da je depresija obravnavana tako s stališča medicinske kot s stališča psihosocialne razlage. V člankih so navedeni medicinski simptomi in medicinska obravnava bolezni, načini psihološkega zdravljenja in omemba nuje po spremembah v socialnem okolju ter kombinacija obeh. Kategorijo opredeljujejo pojmi, kot so: stres, preobremenjenost, slabšanje življenjskih razmer, potlačena čustva, igranje družbenih vlog, zaskrbljenost, negotovost, pretirano razmišljanje in podobna čustvena stanja, ki naj bi vodila v razvoj fizične bolezni zaradi kemičnega neravnovesja hormonov, fizičnih sprememb v možganih, motenega delovanja določenih organov ipd. Z nanašanjem na obe razlagi je depresija v člankih, ki spadajo v to kategorijo, opravičena enkrat kot bolezen fizičnega izvora, drugič kot motnja psiholoških lastnosti in tretjič kot prehodno čustveno stanje. Mešani so tudi pojmi, ki se nanašajo na zdravljenje depresije tako z medicinsko kot psihološko obravnavo simptomov. S tem je legitimirana tako biološka razlaga bolezni kot psihosocialna. Pojavljajo se tudi apeli na družbene spremembe in prenašanje krivde na družbo navkljub sklicevanju na biološko razlago pojava depresije. Kategorijo opredeljujejo pojmi, kot so: hospitalizacija, pomirjevala, Bog, skrb zase, več gibanja, pogovor, zaljubljenost, uravnavanje čakal, meditacija, sprememba življenjskega stila, zdravljenje pod nadzorom, druženje, pogovor in pozitivno razmišljanje ob sočasni farmakoterapiji, preventiva ipd. V to kategorijo spadajo tudi članki s pojmi, ki implicirajo moč preventivne nege in skrbi zase kot načina obrambe pred razvojem bioloških vzrokov za depresijo oz. z nasveti, predlogi, smernice, ki bralcem podajajo navodila, kako skrbeti za lastno fizično in psihično zdravje. V člankih v tej kategoriji

je posameznik z depresijo izpostavljen družbenim dejavnikom in je cilj ukrepov medicinskih strokovnjakov. V tej kategoriji se pojavljajo tako opisi izkušenj depresije s stališča posameznika kot številni apeli, ki kličejo po spremembah v družbi ter zdravljenje depresije, ki temelji na medicini.

Na podlagi ključnih pojmov v biomedicinski kategoriji reprezentacije depresije prepoznavam naslednje okvire reprezentacije:

- stres:

Depresija je okvirjena kot posledica dolgoročne izpostavljenosti stresu, kar lahko vodi v psihični in fizični zlom. Vzroke za pojav tako okvirjene depresije najdemo v družbi, saj delovna preobremenjenost, neurejene družinske razmere, revščina, prehud življenjski tempo, pritisk lahko povzročijo fizične posledice, npr. spremembe v možganskih aktivnostih in celo vnetje možganov. Fizični vzroki vplivajo povzročajo psihološke simptome, ki se kažejo skozi spremembe osebnosti, npr. pomanjkanje volje in interesa, razdražljivost, razočaranje nad sabo, črnoglednost, potrtnost, žalost.

Primer okvirjanja depresije kot posledice stresa predstavlja naslednji zapis v reviji Jana: "Mislim, da se mi je življenje ob sinovem odhodu začelo najbolj rušiti, saj sta poleg stresa in garanja moja duša in srce postajala vse bolj prazna [...] Stres, žalost in praznino je vse bolj začela zapolnjevati z depresijo [...] Po temeljitem pogovoru mi je prijazen zdravnik razložil, da izčrpanost, depresijo in alkohol najbolje zdravijo v psihiatrični bolnišnici v Ormožu" (Zadravec 2012, B8). Depresija je okvirjena kot fizična bolezen, kot medicinska kategorija in čeprav dejavniki za razvoj le-te izvirajo iz družbe, je predlagano zdravljenje medicinsko: z obravnavo, ki odpravi simptome, ne pa vzrokov. Vmesnost kategorije se kaže v priznavanju, da je ob medicinski obravnavi boleznih potrebna še psihološka, torej psihoterapija. Na ta način se odgovornost ob morebitni neučinkovitosti medicinskega zdravljenja prenese na neučinkovitost psihološkega zdravljenja posameznika.

- biološko pogojena čustva:

Pojav tako okvirjene depresije je povezan ali s hormonskim neravnovesjem ali spremembami v možganskem delovanju, ki vplivajo na 'čustveno' stanje posameznika. Pojmi, ki okvirjajo simptomologijo, so: potlačena čustva, škodljivi vedenjski vzorci, čustveni konflikti, visoka stopnja nezadovoljstva, črnoglednost, občutljivost, nespečnost, žalost, tesnoba, jeza, agresivnost, negativno razmišljanje. Za razliko od ostalih tako okvirjena depresija temelji na

zdravljenju, ki vpliva zgolj na odpravo psiholoških, ne fizičnih vzrokov: ob sklicevanju na biološko razlago so nepravilno podane tehnike zdravljenja 'zgolj' psiholoških simptomov, ki v tem primeru ne odpravijo ključnih dejavnikov za razvoj depresije. Veliko gibanja, prijateljski klepet, druženje, sprememba vzorcev razmišljanja, smeh ne bodo obnovili hormonskega ravnovesja. Tako okvirjena depresija je poenostavljena in trivializirana na zgolj čustveno stanje in, kar je ključno, podan je napačen način zdravljenja depresije z biološkim izvorom.

Primer takšnega okvirjanja predstavlja zapis v reviji Viva: "Zaljubite se, ljubite se! Kadar smo srečno zaljubljeni, delujejo vsi trije pomembni hormoni (serotonin, noepinefrin in dopamin), zato takrat zagotovo nismo depresivni..." (Jurko 2012č, B49). Zapis nakazuje na trivializacijo depresije kot enkrat psihološke, drugič fizične bolezni oz. stanje neuravnovešenih čustev, ki se uravnovesijo, ko se uravnovesijo hormoni. Pretiran in zavajajoč je tudi poudarek na zaljubljenosti kot zagotovi obrambi pred oz. rešitvi depresije.

- nezdrav življenjski stil:

Depresija je lahko posledica neprimerne življenjskega stila, škodljivih navad in posledičnih fizičnih težavah. Preventiva zato temelji na nenehnem opozarjanju na simptome in fizične primanjkljaje ter zbuja strah pred razvojem morebitne bolezni. S sklicevanjem na ohranjanje zdravja je depresija okvirjena kot bolezen biološkega izvora in implicira, da je odgovornost posameznika, da poskrbi, da do depresije sploh ne pride. S preventivno nego oz. pomanjkanjem le-te je zato povezan tudi občutek krivde pri posamezniku.

Primer takšnega okvirjanja predstavlja zapis v reviji Viva: "Vse več dokazov kaže, da lahko z redno telovadbo, izpostavljanjem sončni svetlobi in z ustrezno izbiro hrane po naravni poti izboljšamo svoje razpoloženje in celo premagamo depresijo. Boj proti depresiji se začne za mizo" (Viva 2013d, B40). Zapis prikazuje posledice, ki sledijo, če se osveščeni bralec kljub znanju o preventivnih ukrepih in morebitnih posledicah odloči za škodljive navade. Posameznik je postavljen na mesto, kjer mora zavestno sprejemati odločitve o svojem (ne)zdravju.

- breme:

Tako okvirjena depresija se bolj kot na izkušnjo obolelega nanaša na nezaželene posledice, ki jih ta bolezen predstavlja zanj v odnosu do njegove okolice: je breme družini, ki mora zanj

skrbeti in breme družbi, na katero vpliva s svojim vtisom. Subjektivna izkušnja depresije je izključena.

Primer takšnega okvirjanja predstavlja zapis o depresiji v reviji Viva (2013b, B31):

Ste se tudi vi ob depresivni osebi sami kmalu začeli počutiti slabi in razmišljati negativno? Morda se vam to ni le zdelo. Ameriški znanstveniki namreč ugotavljajo, da so depresija in občutki, ki jo spremljajo, lahko nalezljivi [...] Študija, objavljena v reviji Clinical Psychological Science je pokazala, da bodo prijatelji depresivnih študentov po šestih mesecih medsebojnega druženja najverjetneje tudi sami začeli kazati znake depresije.

Tako okvirjena depresija ne upošteva položaja depresivnega posameznika ali izkušnje depresije, ampak položaj tistih okoli njega. Poudarja vpliv in posledice depresije za družbo in okolico, ne išče pa vzrokov in rešitev.

- delovna neučinkovitost:

Simptomi, kot so nezbranost, pomanjkanje energije, delovna neučinkovitost, odsotnost, neuporabnost, obolelega naslavlja s stališča njegove družbene 'vrednosti'. Čeprav vzroki, kot so breme, slabo ekonomsko stanje, družinska kriza, slabi delovni pogoji, pomanjkanje nadzora nad lastnim življenjem, implicirajo, da na pojav depresije vplivajo družbeni dejavniki, je oboleli naslovljen kot bolnik in kot oskrbovani, dolgotrajno in drago zdravljenje pa sta pojma, ki opredeljujeta način zdravljenja v tem modelu, ki temelji predvsem na medicinskih tehnikah.

Primer takšnega okvirjanja ponazarja zapis v reviji Zdravje: "22 odstotkov vprašanih je kazalo znake depresije [...] Ugotovitve vzbujajo skrb na vpliv zdravstvenega stanja specializantov na oskrbo in varnost bolnikov. Izgorelost in depresija sta bili pogostejši pri osebah, ki so delale več kot 70 ur na teden, uživale več alkohola, pri kadilcih ter ženskah. Specializanti z obema stanjema so poročali o manjši pozornosti do bolnikov ter več povzročenih napakah" (Zdravje 2013č, B10). Depresija je predstavljena kot vzrok, ki vodi v večjo delovno neučinkovitost in s tem gospodarsko škodo kot tudi škodo na račun drugih. Ni pomemben depresivni posameznik, ampak oseba na delovnem mestu in dejavniki, ki vplivajo na njegovo delovno učinkovitost, ne psiho. Zapis implicira, da je bolj pomembno zmanjšati število napak, izboljšati delovne rezultate, kot pa preprečiti vzrok za pojav le-te, torej vzroke za pojav

depresije. Niso pomembni družbeni dejavniki, ki negativno vplivajo na učinkovitost na delovnem mestu, ampak posledice te neučinkovitosti.

- problem javnega zdravstva:

Tako okvirjeno depresijo osmišljajo pojmi, kot so breme, javno zdravstvo, strošek, ukrepi. Okvirjena je kot vse pogostejša bolezen, ki zahteva primerne ukrepe javnega zdravstva, saj vpliva na celotno družbo. Oboleli je naslovljen kot bolnik in kot oskrbovani, pri zdravljenju pa je poudarek na učinkovitosti, dolgotrajnosti in stroških brez konkretnih predlogov zdravljenja depresije. Depresija je problem, predlagane rešitve pa ukrepi za odpravo tega problema, ne ozdravitev posameznika. V tako okvirjeni depresiji niso podani simptomi, po katerih bi jo lahko prepoznali, podane so le njene posledice.

Primer takšnega okvirjanja dobro ponazori zapis v reviji Zdravje: "...simptome depresije ugotovili pri 26 odstotkih sodelujočih [...] Domovi za ostarele sodijo med prednostne naloge javnega zdravja, zato bi odpravljanje simptomov depresije zaposlenih nedvomno ugodno vplivalo tako na zaposlene kot tudi na prebivalce teh domov" (Zdravje 2012i, B7). Okvir nam ne poda iztočnic, ki bi pomagale prepoznati simptome in omejiti razvoj depresije, ki je predstavljena kot birokratska težava, ki za rešitev zahteva birokratske ukrepe.

7 DISKUSIJA

Ker se tudi v Sloveniji krepi življenjskostilno novinarstvo, ki "obravnavava teme zdravja in deli nasvete za boljše počutje, lep videz, večjo učinkovitost ipd. in hkrati ponuja prostor za oglaševanje številnih izdelkov in storitev, ki vplivajo na dobro zdravje" (Kamin 2006, 127), sem za analizo reprezentacije depresije izbrala štiri slovenske življenjskostilne revije: Jano, Vivo, Zdravje in revijo Lepa & zdrava, v katerih sem prepoznala tri glavne kategorije okvirjanja depresije, tj.: biomedicinska, psihosocialna in mešana.

Sklicevanje na medicino in vzpostavljanje vzročno-posledične povezave je vse pogostejše tudi pri obravnavi duševnega zdravja, konkretno depresije. Biomedicinska kategorija temelji na epidemiologiji in poudarku na simptomologiji, okvirji znotraj te pa temeljijo na medicinski razlagi fizičnih in psiholoških simptomov depresije ter čustvenih stanj. V analiziranih člankih je okvirjena kot posledica kemičnega neravnovesja v možganih, motenega delovanja živčnega sistema ali hormonskega neravnovesja, in temelji na vzrokih, na katere posameznik ne more

vplivati. Moteno delovanje človeškega telesa se izraža v simptomih fizične narave, poudarek pa je na tistih, ki vplivajo na funkcioniranje človeškega telesa, ne na njegovo čustveno stanje. Izkušnja depresije v biomedicinski kategoriji je torej omejena na fizične simptome in ker je kot bolezen fizičnega izvora omejena na človeško telo, je ta kot "lokalni prostor bolezni (je) tudi, nemudoma, prostor vzroka" (Foucault v Kamin 2006, 31). Zdravljenje je osredotočeno na specifičen organ s ciljem, da ta deluje po neki normi in ker simptomi predstavljajo odklon od norme, jih je potrebno odstraniti: "Za urejanje človeškega bivanja (medicina) privzame normalno stanje. Prek norme postane pooblaščen za širjenje nasvetov za zdravo življenje, pa tudi za diktiranje standardov fizičnih in moralnih odnosov posameznika in družbe" (Foucault v Kamin 2006, 31). Medicina torej določa, kaj je normalno, njen cilj pa je odstranjevanje simptomov in s tem ohranjanje ali vzpostavljanje normalnega stanja. Posledično vse bolj posega tudi v področje tega, kaj je normalno. Okvirjanje depresije na podlagi 'glasu' medicine v življenjskostilnih revijah daje priložnost določanj in definiranja, kaj pomeni biti depresiven in kaj depresija je (Kamin 2006, 39). Pri depresiji, ki je okvirjena kot bolezen fizičnega izvora, se moteno delovanje človeškega telesa izraža v simptomih fizične narave, poudarek pa je na tistih, ki vplivajo na funkcioniranje človeškega telesa, ne na njegovo čustveno stanje. Oboleli je stroj, depresija pa problem, napaka, ki jo je treba odpraviti. Temu primeren je pristop k zdravljenju, ki je postopek, tehnika, ki jo je potrebno uporabiti za odpravo fizičnega simptoma. Pozivi k iskanju strokovne medicinske pomoči in posveta ter uporaba medicinske terminologije v člankih, ki so značilni za biomedicinsko kategorijo, pozicijo medicine kot 'edine prave rešitve' še dodatno legitimirajo in utrjujejo zaupanje v konvencionalno medicino. K temu pripomore tudi opisovanje stanja po zdravljenju z medicinskim pristopom: ključen je izid, ki je pozitiven, ko je zopet vzpostavljeno normalno stanje in popolna funkcionalnost človeka. Dejanska izkušnja depresije je v biomedicinski kategoriji prezrta, saj je oboleli 'le' pacient ali bolnik, ki se po pomoč zateka k strokovnjaku oz. k zdravniku.

Po Kaminovi medicina kot institucija družbene moči določa, kaj so družbeno sprejemljiva vedenja in tako definira tudi izkustvo bolezni in ob upoštevanju, da " se vse večji del razlag in izkušenj individualnega življenja ali družbenega vedenja naslanja na medicinske razlage in medicinsko terminologijo" (White v Kamin 2006, 38), lahko depresijo razumemo kot konstrukt, bolezen, čustva, izkušnje pa kot simptome. Čustveno trpljenje je postalo bolezen, ki zahteva medikalizacijo: v medikalizirani družbi medicina nadzoruje človeka, saj z nenehnim opozarjanjem na to, kaj pomeni biti zdrav in kaj ne, usmerja njegove odločitve in življenjski stil. Ljudje so lahko le zdravi ali nezdravi, okvirje te definicije pa postavlja medicina sama.

Z vse večjo medikalizacijo družbe in poudarkom na biomedicinske dejavnike za pojav depresije, se vse manj pozornosti namenja pomenu depresije v družbi, uporaba medicinske terminologije ter poudarjanje medicinskih napredkov pa lahko legitimira medicinski model zdravljenja in zapostavi posledice družbenih dejavnikov na posameznikovo duševno zdravje (Busfield 2000, 1). V psihosocialni kategoriji, ki temelji na poudarjanju družbenih in psiholoških dejavnikov na pojav depresije, je v okvirih predstavljena depresija skozi oči obolelega, kako jo ta doživlja, osmišlja in razume. Depresija psihološkega izvora je okvirjena na podlagi osebnostnih lastnosti oz. napak, kot posledica negativnega razmišljanja, posameznik pa obravnavan kot član družbe in glede na to, kakšen vtis pusti. Simptomi se navezujejo na karakterne pomanjkljivosti, ki naj se jih pozdravi, odpravi z osebnostjo rastjo, korekcijo in adaptacijo razmišljanja itd. Predstavljena kot zgolj posledica osebnostnih napak, razmišljanja, je depresija reprezentirana kot lahko premostljivo stanje in poenostavljena na zgolj način razmišljanja in implicira, da se lahko pozdravi že z močjo misli. Gre za načine zdravljenja, ki odgovornost in moč izbire pripisujejo posamezniku. Raznolikosti vzrokov in dejavnikov za pojav depresije psihosocialnega izvora sledi raznoliko zdravljenje, katerega cilj je normalna, uravnovešena osebnost. Simptomi, kot so črnogledost, jeza, razdražljivost, osamitev, negativno razmišljanje itd. se namreč nanašajo na spremembe, ki se kažejo tudi v 'družbenem jazu' in, podobno kot v biomedicinski kategoriji, tudi rešitev tako okvirjene depresije temelji na odpravi simptomov, ne vzrokov. Spodbujanje nenehne osebne rasti posameznika opozarja, da mora ves čas delati na sebi, stremeti k uravnovešeni in hkrati družbi prilagodljivi osebnosti. Razne tehnike bodo pomagale odpraviti osamljenost, nesamozavest, brezvoljnost, apatičnost, ne bodo pa spodbudile družbenih sprememb, ki bi preprečile pojav teh simptomov. Tehnike zdravljenja tako implicirajo, da se mora spremeniti posameznik, ne družba, ki je sicer vir njegovih težav. Posameznik mora popraviti vtis, ki ga pušča v družbi, saj je cilj prilagodljiv član družbe, ne sprememba le-te.

V analiziranih člankih sem prepoznala tudi okvir depresije kot produkta družbeno pogojenega in kulturno specifičnega razmišljanja: družbeno razmišljanje naj bi vplivalo na pojav depresije, npr. pogojevanje lastne vrednosti, iskanje pohvale, podcenjevanje (Milivojević 2011) in čeprav je depresija v tem okviru razširjena na raven 'razmišljanja celotne družbe', se mora pozdraviti le posameznik. Mediji se namreč izogibajo naslavljanju tabu, novih ali drugačnih tem, ki bi lahko odprle vprašanja o družbi in njenih vplivih na posameznika ter morda spodbudile akcije v družbi (Commers in drugi v Kamin 2006, 129) in tudi okviru

depresije v analiziranih člankih, kot je značilno za družbene medije (Wallack v Kamin 2006, 129), "utrjujejo razlage problemov na individualni ravni, kar posledično preusmerja pozornost z vzrokov (bolezni) in družbenih pogojev na simptome in individualne neuspehe." Tako okvirjena depresija je odkrito posledica družbenih dejavnikov, a simptomi, čustveno stanje posameznika, ki predstavljajo odziv na stanje družbe, so tisti, ki zahtevajo zdravljenje. Psihosocialna kategorija torej temelji na psihološki spremembi posameznika.

Posameznikove 'pomanjkljivosti' lahko povežemo s tezo o zdravizmu, ki "obravnavava posameznikovo vedenje, stališča in čustva" kot izvzeta iz socialnega konteksta (Crawford v Kamin 2006, 43). Torej se simptomi, kot so apatija, izguba veselja, tesnoba, zaskrbljenost, čustvena izčrpanost, pripišejo osebnosti posameznika, ne posledicam družbenih dejavnikov, ki naj bi po psihosocialnem modelu vplivali na pojav depresije. Družbeni dejavniki naj bi namreč na vse vplivali enako, a razne karakterne pomanjkljivosti so tiste, ki povečajo tveganje za razvoj depresije. Poudarek na moči preventive ali komplementarne, alternativne medicine implicira, da so si za duševno nezdravje krivi posamezniki sami, ne družbeni dejavniki. Odločitve, ki jih sprejemajo posamezniki, so torej tiste, ki jih vodijo do pojava depresije, saj je, po tezi o zdravizmu, zdravje/nezdravje posledica odločitev posameznika, rešitev zanj pa je odvisna od njegovih izbir (Zola 1977; Crawford 1980; Metcalf 1993 v Kamin 2006, 43). Tezo o zdravizmu v analiziranih revijah potrjujejo članki o preventivi, nenehni skrbi zase in strmenju k popolnemu zdravju: analizirane revije v člankih posameznika opominjajo, da se mora več gibati, mora pojesti več sveže hrane, se več družiti, uživati prehranske dodatke. Čeprav nismo bolni, moramo ves čas skrbeti, da ne postanemo bolni. Če moralistični prizvok zdravizma (Crawford v Kamin 2006, 45) implicira, da si je za nezdravje kriv posameznik, potemtakem bi lahko bila tudi depresija posledica neprimernih odločitev.

Tudi raznolika simptomologija in številni načini zdravljenja tako medicini kot družbi omogočata, da ena drugo krivita za morebitno neuspešnost specifičnega načina zdravljenja. V mešani kategoriji je depresija z nanašanjem tako na biološko kot psihosocialno kategorijo lahko bolezen fizičnega izvora, motnja razpoloženja in/ali prehodno čustveno stanje. Zdravi se z medicino in za vsak slučaj še s psihoterapijo in zdravim življenjskim stilom. V tej kategoriji je ob sklicevanju na biološko razlago depresije cilj zdravljenja še vedno 'čustveno' uravnovešen posameznik: depresija je okvirjena na podlagi fizičnih simptomov, ki so posledica škodljivih družbenih dejavnikov (npr. izguba interesa zaradi preobremenjenosti na

delovnem mestu), in obratno, na podlagi psiholoških simptomov okvirjena depresija, ki je opravičena kot posledica fizičnih sprememb.

Dejavnikom za razvoj depresije smo torej izpostavljeni ves čas in posledični strah pred depresijo je lahko pravo psihološko breme za posameznika. Je pa tudi breme širši družbi. Depresivni je namreč le statistika predpisanih receptov, načini zdravljenja pa so ukrepi, ki jih je potrebno izvesti za doseg boljših rezultatov. Okvirjena kot problem javnega zdravstva se depresija navezuje na težave, ki odsevajo družbene dejavnike in stanje družbe a bolj kot žrtev bolezni je pomemben vpliv bolezni na družbo. Po SZO naj bi bil "cilj javnega zdravstva zagotoviti vsaj takšno zdravje ljudi, ki je potrebno za njihovo produktivno in aktivno sodelovanje v družbenem življenju skupnosti, v kateri živijo" (WHO v Kamin 2006, 70). Upoštevanje tega ob analizi okvirja depresije kot vzrok delovne neučinkovitosti in problem javnega zdravstva implicira, da namen javnega zdravstva ni psihično in fizično zdrav posameznik, ampak posameznik zdrav do te mere, da je še učinkovit (v službi, gospodinjstvu ipd.). Končni cilj javnega zdravstva je zato usmerjen v izboljšanje pogojev za birokratsko plat družbe, plat, ločeno od (zdrave) psihe posameznika. Depresija tako postane del statistike, ki jo predstavljajo posamezniki s simptomi, kot so: primanjkovalje energije, nezbranost, delanje napak, počasnost, torej simptomi, ki jih predstavljajo kot neučinkovite delavce. Zdravljenje tako okvirjene depresije temelji na 'ukrepih', ki bi delavcu povrnili energijo in interes za delo. Tako gledano naj se znanje o prepoznavanju simptomov depresije širi zato, da bo depresije vse manj, da bo manj izdanih receptov za psihofarmacijo in s tem manj stroškov za državo, zmanjša naj se delovna preobremenjenost, da bodo zaposleni delali manj napak itd. Tako okvirjena depresija sicer temelji na škodljivih družbenih dejavnikih (npr. revščina, slabi delovni pogoji itd.), a je bolj kot zdravljenje posameznika pomembno doseganje 'dobrega zdravja' v družbi. Nezdravje je stvar posameznika.

Čeprav naj bi mediji "kot borci za javno zdravje morali opozarjati na družbeno problematiko kot tudi problematiko javnega zdravstva" (Wallack v Kamin 2006, 128), te sistemske napake še utrjujejo, saj slabo zdravje pripisujejo posamezniku in njegovim izbiram. Tudi fizičnim dejavnikom na razvoj depresije so pripisane karakteristične pomanjkljivosti, torej se krivda za simptome pripiše dejanjem posameznika, npr. zakisanost telesa kot posledica nezdravega življenjskega stila in neprimerne prehrane, moten pretok energij in čaker kot porušen notranji red, ki je posledica negativnega razmišljanja, sprememba v možganskih aktivnostih, do katerih pride zaradi zanikanja in zatiranja čustev.

Čeprav velja, da so za diagnozo depresije potrebni tako psihični kot fizični simptomi, ki trajajo različno dolgo in je temu primeren tudi potek nadaljnjega zdravljenja oz. spopadanja z depresijo, opažam, da se v analiziranih člankih pojavljajo simptomi, ki, s stališča medicinske etiologije depresije, ne spadajo med uradne simptome depresije. To so: zakisano telo, plašnost oz. plašna osebnost, jokavost in znašanje nad drugimi so simptomi, ki izstopajo v reviji Jana. V reviji Lepa & zdrava so simptomi razdražljivost, tečnost, muhavost, živčnost in nikoli zadovoljna, v reviji Viva zastoji energije, nesproščenost, zaprtost vase in jokavost ter jokanje, občutljivost, čustvenost in introvertiranost kot simptomi v reviji Zdravje, ki se ne ujemajo z medicinsko etiologijo depresije. Simptom zakisanega telesa ali porušenega kislinsko-bazičnega ravnovesja je povezan z zdravizmom in predlaganimi rešitvami, ki spodbujajo potrošne prakse, zastoji energije, moten pretok energije med organi in čakrami pa so povezani s komplementarno medicino, ki navsezadnje še vedno temelji na medicinski obravnavi depresije kot bolezni, ki je fizičnega izvora. Medijsko konstruirani simptomi so po značilnostih tisti, ki predstavljajo nezaželene karakteristike nasploh in implicirajo, da je depresija okvirjena kot bolezen, ki povzroča družbeno nezaželen karakter. Ker s stališča socialnega konstruktivizma o vsakem pojavu lahko razmišljamo kot "konstrukt, ki se nenehno (pre)oblikuje glede na znanstvena dognanja, družbeno-ekonomske ter kulturne okoliščine" (Kamin 2006, 16), lahko tako razmišljamo tudi o simptomih in depresiji. Oba sta konstrukta s spremenljivimi pomeni.

Opažam, da ne glede na kategorijo, znotraj katere obravnavamo depresijo in ne glede na vzročni model izvora depresije, razlaga te temelji na uporabi simptoma, ki je, konstrukcija medicinske stroke. Na nek način vse kategorije, vsi okvirji in reprezentacije temeljijo na predpostavki, da je depresija biološkega izvora, saj simptom kot 'končna' kategorija implicira, da obstaja model popolnega zdravja. Analiza člankov je pokazala tudi, da življenjskostilne revije trivializirajo pomen depresije, saj je tema, ki se tiče tudi javnega zdravja, zreducirana na raven posameznikove skrbi in odgovornosti. Po Wallacku (v Kamin 2006, 129) na trivializacijo depresije vpliva tudi reduciranje zdravljenja na spodbujanje potrošnih praks, zatekanje k preventivi in samopomoči, spodbujanju sprememb posameznika in zapostavljanju družbene problematike kot pomembnega dejavnika za razvoj depresije. Trivializacija depresije ima več negativnih učinkov: ne le, da poenostavi in razvrednoti trpljenje ob depresiji, občinstva ne seznanja z dejanskim potekom in realnostjo zdravljenja: nikjer nisem zasledila opisa zdravljenja depresije in izkušnje zdravljenja, podani so le ukrepi in končni

rezultati. Moč komuniciranja prek množičnih medijev o zdravju, ki lahko v skladu z zdravstvenimi priporočili spremeni način življenja posameznikov (WHO v Kamin 2006, 110), bi zato morale upoštevati tudi življenjskostilne revije, ki kot predlagano rešitev za depresijo omenjajo le rešitve, kot so redni sprehodi ali klepet ob kavici.

8 ZAKLJUČEK

Depresija. Je bolezen, motnja, konstrukt ali tržna niša? Depresija je danes najpogostejša duševna motnja v zahodni družbi in tudi vse pogostejša tema v množičnih medijih. Status družbenega trenda si je, po Horwitzu in Wakefieldu (v Kokanovic in drugi 2013, 115) prislužila zaradi pogostih navedb in opozoril o statistikah obolelih, predpisovanju antidepressivov, porasti števila znanstvenih prispevkov in medijske pozornosti, ki se jih posveča. Namreč množični mediji, ki prebivalcem EU predstavljajo pomemben vir informacij o zdravju, vse več medijskega prostora namenjajo vprašanju sreče in zdravja, zaradi vse pogostejšega pisanja o zdravju in posledičnem povečanju seznanjenosti javnosti z boleznimi, simptomi in zdravili, pa je že prišlo do brisanja mej med vsakdanjim življenjem in psihiatričnimi simptomi.

Ker sta tako družbena kot medijska realnost konstrukt, se poraja vprašanje, kakšna je reprezentacija oz. konstrukcija depresije v medijih. Medijske reprezentacije namreč sooblikujejo naše izkušnje z zdravjem in boleznijo in naš pogled na to, kaj pomeni biti zdrav. Po teoriji medijskega okvirjanja mediji oblikujejo in določajo okvirje, kaj pomeni biti zdrav in kaj bolan, kaj depresiven in kaj srečen. Čeprav naj bi komuniciranje o zdravstvenih temah primarno služilo predvsem osveščanju posameznikov in pripomoglo k zavedanju o pomenu lastnega in kolektivnega zdravja za kakovost življenja (WHO v Kamin 2006, 111), današnje poročanje medijev temelji na okvirih ustrahovanja, alarmističnega poročanja in predvsem poudarjanju dejavnikov tveganja za zdravje, ki nas obkrožajo in ogrožajo in čeprav naj bi mediji pri poročanju o depresiji morali, v dobro javnega zdravstva, konsistentno upoštevati klinično sliko depresije, v pričujoči nalogi ugotavljam, da temu ni tako.

Mediji zdravje obravnavajo z vse večjim poudarkom na preventivni negi, za katero je značilno, da odgovornost od dejavnikov tveganja iz socialnega okolja in pomanjkljivosti javnega zdravstva prelaga na pleča posameznika (v Kamin 2006, 41), procesi medikalizacije pa vdirajo tudi na področje zasebnega, saj medicina podaja vzročno-posledične povezave za

(ne)zdravje tudi na podlagi življenjskega stila in celo psihičnega sveta posameznika. Ker je depresija bolezen, ki izhaja iz številnih različnih dejavnikov (bioloških, psihosocialnih, psiholoških) in je diagnoza, ki se jo postavi posameznikom, ki nimajo nujno enakih simptomov, se porajajo dvomi o pomenu vse višje stopnje pojavnosti depresije in raznolikosti v definiciji in obravnavi le-te.

Primarni namen pričujoče magistrske naloge je bil ugotoviti, ali je depresija in njeni simptomi, o kateri oz. o kakršni pišejo slovenski življenjskostilni mediji, odraz uradnih kliničnih kriterijev ali zgolj medijski konstrukt s samostojno začrtanimi diagnostičnimi merili. Pričujoča naloga Medijsko okvirjanje depresije v slovenskih življenjskostilnih revijah z večinskim ženskim občinstvom, tj. revije, ki se posvečajo temam o zdravju, je pokazala, da okvirji analiziranih prispevkov v medijih Jana, Viva, Zdravje in Lepa & zdrava temeljijo na psihosocialni, biološki ali mešani kategoriji. Predlagane rešitve oz. predlogi zdravljenja temeljijo na ukrepih, ki ne odpravijo ključnih dejavnikov za razvoj depresije, ampak so usmerjeni v odpravo simptomov, ne vzrokov. Preventiva, samozdravljenje, ki je, na kar opozarja tudi Kaminova (2006, 43), zgolj skrita "dejavna medikalizacija", se pojavlja tudi v analiziranih člankih: slaba prehrana, škodljive navade, pomanjkanje vitaminov, negativno razmišljanje in drugo so 'vzroki' za pojav depresije človeka, ki ima na izbiro posluževanje različnih preventivnih ukrepov (npr. uživanje prehranskih dodatkov, druženje itd.), od njega pa je odvisno, ali se bo odločil za izvedbo le-teh. Preventiva, pogojena z (ne)zdravjem kot posledico, na posameznika prelaga moralno odgovornost za zdravje in toliko večjo krivdo za lastno nezdravje. Pri analizi kategorij okvirjanja depresije sem odkrila tudi simptome depresije, ki se pojavljajo v revijah, a se ne ujemajo z medicinsko etiologijo depresije: simptomi, kot so tečnost, muhavost, jokavost, introvertiranost itd. niso simptomi, na podlagi katerih bi bralci lahko prepoznali depresijo ali strokovnjaki postavili strokovno diagnozo. So torej medijsko konstruirani simptomi, ki, kot ugotavljam, predstavljajo nezaželeno karakteristike posameznika ter dalje implicirajo, da je depresija bolezen z družbeno nezaželenimi karakteristikami kot simptomi, ki jih je potrebno odstraniti.

Na področju medijske reprezentacije v Sloveniji ostaja velika raziskovalna vrzel, kar bi lahko predstavljalo slabost za javno zdravstvo, zakaj vpogled v medijsko reprezentacijo lahko omogoči vpogled v razumevanje in način obravnave s strani 'ogrožene' javnosti: rezultati raziskav vzorcev iskanja pomoči obolelih namreč kažejo, da prepričanje, da je depresija posledica življenjskih okoliščin ali mnenje, da je depresija nekaj, kar posamezniki lahko

premagajo sami, kljub temu, da morda bolehajo za težjo obliko depresije (Blumenthal in Endicott v Ozmen in drugi 2005, 870), mnenje, da je depresija duševna bolezen ali zgolj življenjska kriza (Lingam 2002 v Ozmen in drugi 2005, 870) ter ostala prepričanja, ki prevladujejo v javnosti, lahko pomembno vplivajo na vzorce iskanja pomoči (Angermeyer in drugi v Ozmen in drugi 2005, 874). Predvsem prepričanje, da je depresija nekaj, kar lahko posameznik sam nadzoruje, je povezano z manjšo pripravljenostjo iskanja pomoči (Halter 2004 prav tam). Tu velja poudariti, da je Slovenska raziskava o prevalenci duševnih motenj in iskanja pomoči (IVZ RS v Šprah in drugi 61, 2011) pokazala, da se za depresijo aktivno zdravi veliko manj ljudi od uradno diagnosticiranih. Po drugi strani pa bi lahko bila vse večja medikalizacija karakternih posebnosti in poudarek na medicinskem modelu zdravljenja povezana z vse večjim številom izdanih receptov za antidepresive in druge psihofarmake. Možnosti in iztočnic za nadaljevanje pričujočega dela je zato veliko: vsekakor bi bila potrebna izvedba obsežne raziskave medijske reprezentacije in okvirjanja depresije ter sočasna raziskava laičnega razumevanja depresije in zdravljenja le-te. Morebitni odgovori o tem, kako slovenska družba razume in osmišlja depresijo, vzroke za pojav le-te, kako jo vrednoti in kakšno znanje o zdravljenju depresije poseduje, bi podalo marsikateri odgovor na vprašanje, zakaj je tako lahkotno reči, da si depresiven, a še vedno stigmatizirano priznati, da si na antidepresivih.

9 LITERATURA

- Anderluh, Marko. 2010. Pregled zdravilnih učinkovin za zdravljenje depresije. *Farmaceutski vestnik* 61 (2): 66–72.
- Atilola, Olayinka in Funmilayo Olayiwola. 2013. Frames of mental illness in the Yoruba genre of Nigerian movies: Implications for orthodox mental health care. *Transcultural Psychiatry* 50. Dostopno prek: <http://tps.sagepub.com/content/50/3/442> (9. januar 2014).
- Bajželj, Jana. 2012. Pomlad se je prebudila, kaj pa mi? *Zdravje*, B16–19 (30. marec).
- 2013. Kriza identitete pri štiridesetih. *Zdravje*, B27–29 (28. december 2012).
- Barle, Andreja. 2007. *Družbeni vidiki obravnave zdravja in razumevanja zdravja in telesa – nacionalizacija (podržavljanje) intimnosti?* Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport.
- Bezenšek, Jana in Andreja Barle. 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta.
- Berger, Peter L. in Thomas Luckmann. 1966. *Social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, New York: Doubleday.
- Bevk, Ana. 2010a. Premagajmo težave v menopavzi. *Lepa & zdrava*, B60 (10. maj).
- 2010b. Transakcijska analiza. *Lepa & zdrava*, B76–79 (10. junij).
- 2010c. Biopsihologija duševnih motenj. *Lepa & zdrava*, B54–57 (10. oktober).
- Blažič, Mateja. 2013a. Bachove esence. *Lepa & zdrava*, B68 (10. avgust).
- 2013b. Imunski sistem. Okrepite ga z zdravo prehrano. *Lepa & zdrava*, B48–49 (10. oktober).
- 2013c. Koristna živila v boju z depresijo. *Lepa & zdrava*, B50–51 (10. november).
- 2013č. Alternativne tehnike zdravljenja. *Lepa & zdrava*, B56 (10. november).
- 2013d. Depresija napade ne glede na starost. *Lepa & zdrava*, B48–49 (10. november).
- Borman, Jan. 2003. Depression in women's Magazines. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 9 (71). Dostopno prek: <http://jap.sagepub.com/content/9/3/71> (12. januar 2014).
- Božič, Katja. 2010. Znova vroče zaljubljena. *Jana*, B33–34 (2. marec).
- 2011. Živim ljubezen. *Jana*, B22–23 (3. maj).
- Brown, George W. in Tirril Harris. 1978. *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications Limited.
- Busfield, Joan. 2000. Introduction: Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of health and illness* 22 (5): 543–558. Dostopno prek: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00219/pdf> (17. junij 2014).

- Carter, Michael J. 2013. The hermeneutics of frames and framing: an examination of the media's construction of reality. *SAGE Open* 3 (2). Dostopno prek: <http://dx.doi.org/10.1177/2158244013487915> (15. januar 2014).
- Cimerman, Polona. 2011. Trdne in stabilne tudi v meni. *Viva*, B64–65 (5. avgust).
- 2012a. Tekoče zlato za lepoto in zdravje. *Viva*, B48–49 (6. julij).
- 2012b. Ste nenehno zaspani in utrujeni? *Viva*, B46–47 (7. december).
- Cohen, David, Michael McCubbin, Johanne Collin in Guilh  m   P  rodueau. 2001. Medications as Social Phenomena. *Health (London)* 5 (4). Dostopno prek: <http://hea.sagepub.com/content/5/4/441> (17. januar 2014).
-   ermak, Mi  a. 2010. Najdeni biser. *Jana*, B27–29 (6. april).
- 2011. Tokrat sem prvič imela rada samo sebe. *Jana*, B16–18 (5. april).
- 2012. Čudežne kapljice. *Jana*, B36–37 (5. junij).
- 2013. Hvaležna za bolezen in za življenje. *Jana*, B18–19 (3. december).
- David, Clarissa C., Jenna Mae Atun, Erika Fille in Christopher Monterola. 2011. Finding Frames: Comparing Two Methods of Frame Analysis. *Communication Methods and Measures* 5(4): 329–351. Dostopno prek: <http://dx.doi.org/10.1080/19312458.2011.624873> (17. januar 2014).
- Drame, Ines. 1992. Odnosno strukturirana medijska realnost kot posebna realnost. *Teorija in praksa* 29 (9–10): 849–859.
- Drav  baher, Sa  a. 2013.   tevila za dolgo in zdravo   ivljenje. *Lepa & zdrava*, B14–15 (10. november).
- Edney, Dara Roth. 2004. *Mass media and mental illness: A literature review*. Ontario: Canadian Mental Health Association. Dostopno prek: http://ontario.cmha.ca/files/2012/07/mass_media.pdf (11. januar 2014).
- Entman, Robert M. 1993. Framing: Towards clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication* 43 (4). Dostopno prek: http://sotomo-ve.geo.uzh.ch/sotomo/pps/lit/entman_93.pdf (13. januar 2014).
- Erzar, Tomaž. 2007. *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Eržen, Lina. 2011. Hrana, ki prinaša uteho. *Viva*, B94 (7. januar).
- F., Tina. 2012. Okrepite se. *Lepa & zdrava*, B32 (10. junij).
- France, Jenny in Sarah Kramer. 2001. *Communication and mental illness: Theoretical and practical approaches*. London: Jessica Kingsley Publishers.

- Friebel, Volker in Widmar Puhl. 2000. *Depresije: prepoznavanje, preprečevanje, zdravljenje*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
- Fukayama, Francis. 2002. *Our posthuman future: Consequences of the biotechnology revolution*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Gardner, Paula. 2003. Distorted packaging: Marketing depression as illness, drugs as cure. *Journal of Medical Humanities* 24 (1–2). Dostopno prek: <http://www.critpsynet.freeuk.com/Gardner.pdf> (10. januar 2014).
- Gatusso, Suzy, Simone Fullagar in Ilena Young. 2005. Speaking of women's 'nameless misery': The everyday construction of depression in Australian women's magazine. *Social Science & Medicine* 61 (8). Dostopno prek: <http://www98.griffith.edu.au/dspace/handle/10072/4636> (12. januar 2014).
- Glumac, Alma. 2010. Hrana za tiste dni. *Lepa & zdrava*, B84–86 (10. marec).
- Goffman, Erving. 1974. *Frame analysis. An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Govc-Eržen Jana. 2006. Depresija in srčno žilne bolezni - pristop zdravnika družinske medicine V VIII. *Fajdigovi dnevi, Depresija in kardiovaskularne bolezni, bolečina pri bolnikih z rakom, dejavniki tveganja za srčnožilne bolezni, osteoporoza, nespečnost, debelost: zbornik predavanj*, ur. Janko Kersnik, Helena Turk, Aleksander Stepanović, 8–15. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Grizila, Sonja. 2010. Zdravljenje z dotikom. *Jana*, B34–35 (5. oktober).
- Guček, Tina. 2013a. Do boljšega počutja s hrano. *Lepa & zdrava*, B82 (10. april).
- 2013b. Zdravila s poličke z začimbami. *Lepa & zdrava*, B82 (10. junij).
- Hertog, James K. in Douglas M. McLeod. 2001. A multiperspectival approach to frame analysis: A field guide V *Framing public life: Perspectives on media and our understanding of the social world*, ur. Stephen D. Reese, Oscar H. Gandy, Jr. in August E. Grant, 139–161. New York: Routledge.
- Hodgkinson, Sarah in Herschel Prins. 2011. Perspectives on depression, gender and crime: depression sometimes masked, missed and misunderstood? *Probation Journal* 58 (2). Dostopno prek: <http://prb.sagepub.com/content/58/2/137> (15. januar 2014).
- Hollon, Steven D., Michael E. Thase in John C. Markowitz. 2002. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 3(2). Dostopno prek: <http://www.jstor.org/stable/40062329> (15. januar 2014).

- Horvat, Timotej. 2008. Sezonska afektivna motnja V IX. *Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Kranjska Gora, 26.–27. 10. 2007*, ur. Helena Turk in Aleksander Stepanović, 131–137. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Horwitz, Allan W. 2003. *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hribovšek, Tone. 2014. *Število izdanih RP za antidepressive, po spolu, Slovenija, 2006–2013*. Osebna komunikacija. Ljubljana, 28. marec.
- Hrženjak, Majda, ur. 2002. *Njena (re)kreacija: ženske revije v Sloveniji*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- ICD10Data. 2014. *Puerperal psychosis*. Dostopno prek: <http://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/F01-F99/F50-F59/F53-> (17. marec 2014).
- Jamnik Vidic, Biba. 2013. Obsedeni z zdravo prehrano. *Jana*, B30–31 (4. junij).
- Jana*. 2012. Praznična potrtost, B42 (4. december).
- 2013. Naj zadiši po naravi, B56–57 (1. januar).
- Jeriček Klanšček, Helena, Maja Zorko, Maja Bajt in Saška Roškar, ur. 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Johansson, Eva E., Carita Bengs, Ulla Danielsson, Arja Lehti in Anne Hammarström. 2009. Gaps between patients, media, and academic medicine in discourses on gender and depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research* 19 (5). Dostopno prek: <http://qhr.sagepub.com/content/19/5/633> (20. januar 2014).
- Jurko, Anja. 2012a. Temelj dobrega in zdravega počutja. *Viva*, B67 (4. maj).
- 2012b. Naravni vonji za poživitev telesa. *Viva*, B62–63 (1. junij).
- 2012c. Okrepite življenjsko energijo: Čudodelne rastline za vitalnost. *Viva*, B44–45 (2. november).
- 2012č. Pomnožite hormone sreče. *Viva*, B48–49 (7. december).
- 2013. Depresija: Pomoč s kitajsko medicino. *Viva*, B64–65 (7. december)
- Južnič Sotlar, Maja. 2010a. Občutljiva notranja ura. *Skrb zase, priloga Vive*, B72–73 (3. december).
- 2010b. Poznate svoje stresorje? *Viva*, B68–69 (3. december).
- 2011a. Depresija. *Skrb zase, priloga Vive*, B68–70 (7. januar).
- 2011b. Depresija 2. del. *Skrb zase, priloga Vive*, B68–70 (7. januar).
- 2011c. Novi koraki zdravljenja. *Skrb zase, priloga Vive*, B73 (7. januar).
- 2011č. Težja je depresija, nujnejše je zdravljenje. *Skrb zase, priloga Vive*, B71–72 (7. januar).

- Kalin, Katja. 2012. *Svetovni dan preprečevanja samomora 2012*. Dostopno prek: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4953 (24. februar 2014).
- Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah. Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Založba FDV.
- Kamin, Tanja in Helena Jeriček Klanšček, ur. 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Kangas, Ilka. 2001. Making sense of depression: perceptions of melancholia in lay narratives. *Health* 5 (1): 76–92.
- Kapetanovič, Žana. 2012. Mati korajža. *Jana*, B10–11 (2. oktober).
- 2013. Krtačenje telesa in duha. *Jana*, B35–36 (2. april)
- Kocjančič, Valerija. 2010. Bachove rožice. *Lepa & zdrava*, B50–51 (10. marec).
- Kocmur, Marga. 1996. Klasifikacija in prepoznavanje depresij V *Zdravljenje z antidepressivi. Begunje*, 25., 26. oktober, ur. Janez Romih in Andrej Žmitek, 18–29. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
- 2008. *Ko bolita duša in telo*. Novo mesto: Krka.
- Kojič, Tili. 2010a. Internet in depresija. *Viva*, B24 (5. marec).
- 2010b. Sladkosnedost in depresija. *Viva*, B69 (2. april).
- 2010c. Naravne bakterije proti depresiji. *Viva*, B21 (6. avgust).
- 2011. Zasvojeni s spletom bolj nagnjeni k depresiji. *Viva*, B75 (5. avgust).
- Kojič, Tili in Lina Eržen. 2011. Čokolada. *Viva*, B88 (4. februar).
- Kokanovic, Renata, Gillian Bendelow in Brigid Phillip. 2013. Depression: The ambivalence of diagnosis. *Sociology of Health & Illness* 35 (3). Dostopno prek: http://www.researchgate.net/profile/Gillian_Bendelow/publication/230684080_Depression_the_ambivalence_of_diagnosis/file/9c960527fae7082b50.pdf (15. januar 2014).
- Kokanovic, Renata, Ella Butler, Hariz Halilovich, Victoria Palmer, Frances Griffiths, Christopher Dowrick in Jane Gunn. 2013. Maps, models and narratives: The ways people talk about depression. *Qualitative Health Research* 23 (1). Dostopno prek: <http://qhr.sagepub.com/content/23/1/114> (20. januar 2014).
- Kores Plesničar, Blanka. 2004. Značilnosti depresije po starosti in spolu. V *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: obravnava stanj s področja pulmologije, psihiatrije, potovalne medicine in nevrologije: 30. srečanje delovnih skupin, Ljubljana, 28. in 29. V. 2004*, ur. Danica Rotar Pavlič, 34–40. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine.

- 2006. Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije. *Farmacevtski vestnik* 57 (4). Dostopno prek: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-P68OI2VH> (9. januar 2014).
- Kores Plesničar, Blanka in Slavko Zihrel. 1997. *Depresije*. Ljubljana: Klinični center, Psihiatrična klinika.
- Kores Plesničar, Blanka in Andrej Plesničar. 2009. Depresija in telesna dejavnost. *Zdravstveno varstvo* 48 (1): 40–44. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:doc-L6VZ1AIF> (9. januar 2014).
- Korošak, Maja. 2010. Ko dvojina postane množina. *Zdravje*, B68–71 (30. november).
- Kralj, Damjana. 2011. Jesenska akcija za dobro počutje in svež videz. *Lepa & zdrava*, B62–63 (10. november).
- Kralj, Tina. 2010. 7 minut za bolnika je premalo. *Viva*, B70–71 (3. december).
- 2012. Je res vse tako hudo? *Zdravje*, B25–28 (31. avgust).
- Krapež, Milka. 2010. Spopad s kandido. *Jana*, B50 (2. marec).
- 2011. Revma tudi pri mladih. *Jana*, B54–55 (7. junij).
- 2013a. Najpomembnejše je upanje. *Jana*, B48–49 (2. april).
- 2013b. Sedem nevarnih bolečin. *Jana*, B46–47 (6. avgust).
- Krater Media. 2014. *Naši mediji*. Dostopno prek: <http://www.kratermedia.si/mediji> (15. februar 2014).
- Lafrance, Michelle N. in Janet M. Stoppard. 2006. Constructing a non-depressed Self: Women's accounts of recovery from depression. *Feminism & Psychology* 16 (3). Dostopno prek: <http://fap.sagepub.com/content/16/3/307> (15. januar 2014).
- Lepa & zdrava*. 2011a. Za vsako bolezen rož'ca raste, B52–54 (10. april).
- 2011b. Šentjanževka- čudežna rastlinica za sonce v srcu, B53 (10. julij).
- 2011c. Vitamin B proti depresiji, B33 (10. oktober).
- 2011č. Katere multivitaminske pripravke resnično potrebujemo? B34–35 (10. december).
- 2012. Preživela sem živčni zlom, B34-35 (10. september).
- 2013a. Refleksoterapija, B40 (10. julij).
- 2013b. Energični noni, B31 (10. november).
- Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage Publications.

- Lyons, Antonia C. 2000. Examining media representations: Benefits for health. *Journal of Health Psychology* 5 (3). Dostopno prek: <http://hpq.sagepub.com/content/5/3/349.full.pdf+html> (9. januar 2014).
- Macele, Sandra. 2010. Trda koža, mehko srce. *Jana*, B40–41 (5. januar).
- Mandič, Marijana. 2012. Okrepimo imunski sistem s čaji. *Lepa & zdrava*, B40–41 (10. oktober).
- 2013. Vpliv barv na dušo in telo. *Lepa & zdrava*, B68–69 (10. december).
- McQuail, Dennis. 2006. *McQuail's mass communication theory*. London, California, New Delhi, Singapur: Sage publications Ltd.
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10: deseta revizija*. 2005. Moravec Berger D, ur. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Mesarić, Tina. 2011. Duševno zdravje slovenskih kaznjencev. *Zdravje*, B20–21 (30. december).
- Metzl, Jonathan M. in Michelle Riba. 2003. Understanding the symbolic value of medications: a brief review. *Primary Psychiatry* 10 (7): 45–48.
- Metzl, Jonathan M. in Joni Angel. 2004. Assessing the impact of SSRI antidepressants on popular notions of women's depressive illness. *Social science & medicine* 58: 577–584.
- Milivojević, Zoran. 2011. Depresivni časi. *Viva*, B34–35 (4. november).
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport Republike Slovenije. 2013. *Raziskava medijskega pluralizma v Republiki Sloveniji za leto 2012 na področju slovenskih tiskanih medijev, radijski in televizijskih programov ter elektronskih publikacij*. Dostopno prek: http://www.mk.gov.si/fileadmin/mk.gov.si/pageuploads/Ministrstvo/raziskave-analize/mediji/MK-2013-porocilo_Mediana_FINAL_.pdf (20. januar 2014).
- Moore, Thea R. in Angela M. Emanuel. 2001. Depression in women across the life cycle. *Journal of Pharmacy Practice* 14 (6). Dostopno prek: <http://jpp.sagepub.com/content/14/6/511> (17. januar 2014).
- Moskowitz, Gordon B., ur. 2001. *Cognitive Social Psychology: The Princeton Symposium on the legacy and future of social cognition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mulder, Roger. 2008. An epidemic of depression or the medicalization of sadness? *Perspectives in Biology & Medicine* 51 (2): 238–250.
- Nacionalna raziskava branosti (NRB). 2013. *Valutni podatki za leto 2010–2013*. Dostopno prek: <http://www.nrb.info/podatki> (25. februar 2014).

- Nacionalni inštitut za javno zdravje Republike Slovenije (NIJZ)*. 2014. Dostopno prek: www.ivz.si (20. februar 2014).
- Nak, Mija. 2012. Zdravo prehrano imamo pred nosom. *Lepa & zdrava*, B74–75 (10. junij).
- Nograšek, Meta. 2013. Sončni lesket kot zdravilo. *Lepa & zdrava*, B32–33 (10. junij).
- Nolen-Hoeksema, Susan, Judith Larson in Carla Grayson. 1999. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology* 77 (5): 1061–1072.
- Oražem, Barbara. 2007. Depresija: njen obraz v starosti in pot iz nje. *Kakovostna starost* 10 (2): 14–21.
- Oražem Grm, Barbara. 2010a. Bodimo celostni tukaj in zdaj. *Zdravje*, B48–50 (30. april).
- 2010b. Energijska terapija. Preprosta in učinkovita. *Zdravje*, B65–67 (31. avgust).
- Ozmen, Erol, Kultegin Ogel, Tamer Aker, Afsin Sagduyu, Defne Tamar in Cumhuri Boratav. 2005. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 40 (11): 860–876.
- Paljevec, Andreja. 2010. Indijsko začinjena prehrana. *Zdravje*, B75–78 (31. avgust).
- 2012. Iz brezna k svetlobi. *Zdravje*, B68–69 (29. februar).
- 2013. Blagodejne igre prstov. *Zdravje*, B74–75 (31. oktober).
- P.P. 2013. Rožni koren proti stresu. *Jana*, B62 (3. september).
- Pečar-Čad, Silva in Tone Hribovšek. 2011. *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=137&pi=5&_5_id=1833&_5_PageIndex=0&_5_groupId=270&_5_newsCategory=&_5_action=ShowNewsFull&pl=137-5.0 (20. januar 2014).
- Pečar-Čad, Silva, Tone Hribovšek in Polona Košir. 2009. *Ambulantno predpisovanje zdravil v Sloveniji po ATC klasifikaciji v letu 2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Pharmaceutical Consumption. 2011. V *Health at a glance 2011: OECD Indicators*, 100–101. OECD Publishing. Dostopno prek: [10.1787/health_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en) (13. januar 2014).
- Pilgrim, David in Richard Bentall. 1999. The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health* 8 (3): 261–274.
- Pirkis, Jane and Catherine Francis. 2012. *Mental illness in the news and the information media: A critical review*. Hunter Institute of Mental Health: Commonwealth. Dostopno prek: www.mindframe-media.info (20. januar 2014).

- Psihiatrična bolnišnica Idrija*. 2014. Dostopno prek: <http://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/depresija> (15. februar 2014).
- Pufek, Lea. 2013. Prebudite pomlad v sebi. *Lepa & zdrava*, B52–53 (10. april).
- Pustavrh, Nives. 2010. Pogumno v zrela leta. *Viva*, B52–55 (7. maj).
- 2011. Ko potrebuješ psihiatrično pomoč. *Viva*, B30–31 (1. april).
- Pustovrh, Tina. 2010. Gibalne novičke. *Lepa & zdrava*, B31 (10. januar).
- Rant, Ana. 2011. Ne pustite, da vas ujamejo zimske bolezni. *Lepa & zdrava*, B44–45 (10. december).
- 2013. Veliki hormonski vodič. *Lepa & zdrava*, B30–31 (10. februar).
- Reber, Maša. 2012a. Joga za hormonsko ravnovesje. *Lepa & zdrava*, B46 (10. avgust).
- 2012b. Dosežite čustveno svobodo. *Lepa & zdrava*, B28–29 (10. oktober).
- Rubin, Lawrence C., ur. 2012. *Mental illness in popular media: Essays on the representation of disorders*. McFarland, North Carolina: McFarland & Co. Inc. Pub.
- Saldaña, Johnny. 2009. *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage Publications.
- Scheufele, Dietram A. 1999. Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication* 49 (1). Dostopno prek: http://www.asc.upenn.edu/usr/ogandy/c45405_resources/scheufele_framing_as_effects.pdf (8. januar 2014).
- Scheufele, Dietram A. in David Tewksbury. 2007. Framing, Agenda Setting, and Priming: The Evolution of Three Media Effects Models. *Journal of Communication* 57: 9–20.
- Servan-Schreiber, David. 2010. *Ozdravimo depresijo, tesnobo in stres brez zdravil in psihoanalize*. Založba Ganeš: Kranj.
- Sežun, Jelka. 2011. Nekam že priležeš. *Jana*, B40–41 (5. julij).
- 2012. Diploma iz depresije. *Jana*, B40–41 (7. februar)
- Sieff, Elaine M. 2003. Media frames of mental illness: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health* 12 (3): 259–269.
- Skočir, Ana Polona. 2005. Glavne značilnosti poporodne depresije. *Obzornik zdravstvene nege* 39(2): 119–129. Dostopno prek: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-6UFJ28ID> (20. januar 2014).
- Smardon, Regina. 2008. 'I'd rather not take Prozac': Stigma and commodification in antidepressant consumer narratives. *Health (London)* 12 (67). Dostopno prek: <http://hea.sagepub.com/content/12/1/67> (15. januar 2014).
- Snoj, Tina Nika. 2013. Širimo se kot požar. *Jana*, B7–9 (7. maj).

- Stout, Patricia A., Jorge Villegas in Nancy A. Jennings. 2004. Images of mental illness in the media: Identifying gaps in the Research. *Schizophrenia Bulletin* 30 (3): 543–561.
- Šanti, Maja. 2012. Aromaterapija za vsak dan. *Lepa & zdrava*, B68–69 (10. julij).
- Šprah, Lilijana, Tatjana Novak in Mojca Zvezdana Dernovšek. 2011. *Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja: elaborat raziskave*. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut Znanstvenoraziskovalnega centra Slovenske akademije znanosti in umetnosti.
- Štular, Katarina. 2013. Kam izginja ženska samozavest? *Lepa & zdrava*, B48–49 (10. avgust).
- Takač, Iztok in Barbara Kotnik. 2009. Predmenstruacijski sindrom. *Zdravstveni vestnik* 78 (10): 555–563.
- Tančič Grum, Alenka, Vita Poštuvan in Saška Roškar. 2010. *Spregovorimo o depresiji in samomoru med starejšimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Trdič, Jana in Radivoje Pribaković Brinovec, ur. 2013. *Zdravstveni statistični letopis 2012*. Ljubljana: Nacionalni Inštitut za javno zdravje RS. Dostopno prek: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=202&pi=18&_18_view=item&_18_newsId=2326&pl=202-18.0 (25. januar 2014).
- Ucman, Renata. 2010. Čudežna snov v paprikah. *Jana*, B21 (7. september).
- 2012. Zasvojenost je poškodba duše. *Jana*, B33–34 (3. julij).
- 2013. Vadite, če želite živeti. *Jana*, B38–39 (5. marec).
- Ujave, Petra J. 2013. Bolečina je lahko odvisna od ženske. *Zdravje*, B21–25 (30. september).
- Ussher, Jane M. 2010. Are we medicalizing women's misery? A critical review of woman's higher rates of reported depression. *Feminism & Psychology* 20 (1). Dostopno prek: <http://fap.sagepub.com/content/20/1/9> (17. januar 2014).
- Viva*. 2010a. Kefir, B92 (5. november).
- 2010b. Dar depresije, B112 (5. november).
- 2011a. Lan, B82 (7. oktober).
- 2011b. Depresija pri mamicah, B54 (4. november).
- 2011c. Pomnožite molekule sreče, B50 (2. december).
- 2011č. Prepoznavimo depresijo v starosti - Izgubljeni v vrtincu preteklosti, B54 (2. december).
- 2012a. Dolg delavnik prispeva k nastanku depresije, B73 (2. marec).
- 2012b. Tek v naravi za mir možganov, B40 (3. avgust).
- 2012c. Tuna, B81 (5. oktober).

- 2012č. Mocarela, B81 (2. november).
- Viva. 2013a. *Viva, cenik oglasnega prostora*. Dostopno prek: <http://www.viva.si/Content/Documents/Pdf/cenik-oglasnega-prostora-revija-2013.pdf> (9. februar 2014).
- 2013b. Depresija je nalezljiva, B31 (3. maj).
- 2013c. Molekula depresije, B98 (4. oktober).
- 2013č. Duševno zdravje in starejši, B11 (1. november).
- 2013d. Superživila proti depresiji, B40 (6. december).
- V.G. 2010. Enostavno: bodimo srečni. *Zdravje*, B37–39 (29. januar).
- Wahl, Otto. 2003. Depictions of mental illness in children's media. *Journal of Mental Health* 12: 249–258.
- 2003. News media portrayal of mental illness: Implications for public policy. *American Behavioral Scientist* 46: 1594–1600.
- World Health Organization (WHO). 2001. *Mental health. A call for action by World Health Ministers*. Dostopno prek: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf (7. januar 2014).
- 2012. *Depression*. Dostopno prek: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (10. februar 2014).
- Zabukovec, Snežana. 2010. Širodara- za sprostitev in notranji mir. *Viva*, B84 (5. november).
- Zadavec, Bojan. 2012. Trnova pot ozdravljene alkoholičarke. *Jana*, B7–9 (6. marec).
- Zdravje*. 2010a. Mlade zasvojenke in samomor, B25 (29. januar).
- 2010b. Dojenje? B67 (26. februar).
- 2010c. Duševna motnja vodi v socialno izključenost, B21 (26. februar).
- 2010č. Delovno mesto: Gospodarji svojega časa? B22 (31. marec).
- 2010d. Depresivni splet? B20 (31. marec).
- 2010e. Igralne konzole razvedrijo tudi starostnike, B16 (30. april).
- 2010f. Stres. Dobri učinki slabih navad, B15 (30. junij).
- Zdravje*. 2011a. Kako obremenjeni ste? B10 (31. marec).
- 2011b. Izgorevanje - skrb zase ni egoizem, B20–23 (31. avgust).
- 2011c. Meditacija za možgane, B67 (31. avgust).
- Zdravje*. 2012a. Boljši vid, manj kognitivnih težav, B6 (31. januar).
- 2012b. Depresija in prenašanje z roko v roki, B8 (31. januar).
- 2012c. Kaj je bilo prej: vnetje ali depresija, B7 (30. marec).
- 2012č. "Jem, ker sem depresiven in depresiven sem, ker jem", B48 (29. junij).
- 2012d. Demenca se širi, B7 (31. julij).

- 2012e. V dobrem in v slabem, B33 (31. julij).
- 2012f. Anestetik, ki pozdravi depresijo, odporno na zdravila, B10 (28. september).
- 2012g. Meditacija premaguje osamljenost, B5 (28. september).
- 2012h. Ali dolgčas škoduje zdravju, B40 (30. november).
- 2012i. Depresija ne koristi nikomur, B7 (30. december 2011).
- Zdravje. 2013a. Oglasi-cenik. Dostopno prek: <http://www.zdravje.si/oglas-cenik/cenik-2013-zdravje.pdf> (9. februar 2014).
- 2013b. Kemikalija, ki povzroča samomorilnost, B15 (31. januar).
- 2013c. Depresija v otroštvu zvišuje tveganje za srčne bolezni, B6 (31. julij).
- 2013č. Izgorelost in depresija med specializanti anestezije, B10 (31. julij).
- 2014. *Oglaševanje*. Dostopno prek: <http://www.zdravje.si/oglas-evanje> (15. februar 2014).
- Zevnik, Luka. 2010. Towards a new perspective in cultural studies: emotional and spiritual problems and happiness in contemporary Western societies. *International journal of cultural studies* 13 (391). Dostopno prek: <http://ics.sagepub.com/content/13/4/391> (10. januar 2014).
- Z.J. 2010. Pet skrivnosti za dolgo življenje. *Jana*, B54–55 (3. avgust).
- Železnik, Neva. 2010a. Mena. Kaj se dogaja? Konec? Ne, nov začetek. *Zdravje*, B39–41 (29. oktober).
- 2010b. Kronično utrujeni Slovenci. *Zdravje*, B29–32 (31. maj).
- Žigon, Neža. 2010a. Kakšna je cena za popolnost? *Viva*, B18–21 (5. marec).
- 2010b. Sprejemam, kar mi ponuja življenje. *Viva*, B16–21 (2. april).
- 2010c. Prisluhnite telesu. *Viva*, B25–29 (6. avgust).
- 2011. Preprečimo zimsko otožnost. *Viva*, B28–33 (4. november).
- Žigon, Petra. 2010. Dogajanje v zaljubljenih možganih. *Lepa & zdrava*, B12–14 (10. maj).
- 2013. Pozitivne počitnice. *Lepa & zdrava*, B57 (10. junij).
- Ž.J. 2013. Odsotnost očeta povezana z depresijo pri dekletih. *Viva*, B40 (5. julij).
- Žvan, Vukosav. 1987. Osnove psihofarmakoterapije. *Zdravstveni Obzornik* 21: 287–296.

PRILOGE

Priloga A: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Zdravje

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
je čustvo, dolgčas, povečano tveganje za napake, posledica zasvojenosti, posledica karakteristik, vodi v samomor, kriza identitete, je signal za spremembo, posledica škodljivih navad	perfekcionizem, negotovost, ranljiva osebnost, oziranje v preteklost, čustvena izčrpanost, depresionalizacija, nizka ocena osebnih dosežkov, manjša pozornost, napake pri delu	nezdrav življ. stil, pretirana uporaba spleta, skrivanje za zunanjo podobo, samoprevara, pritiski odraslih, neizpolnjene potrebe, nezaključeni spomini, pogoste selitve, stres, težave zaradi doživljanja starosti, odraščanje otrok, težave v razmerju, sprememba položaja starševske vloge	psihoterapija, pogovor, sprememba razmišljanja, prilagoditev, geštalt terapija, osebnostni razvoj, ozaveščanje čustev, občutek sprejetosti, je dolgotrajno, izboljšanje življ. pogojev, boljše možnosti za zaposlitev, izkoreninjenje revščine, izboljšanje kakovosti mestnega življenja

Priloga B: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Lepa & zdrava

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
'padla čez rob", vsak ima možnost izbire	utrujenost, nespečnost, živčnost, negativne misli, nesamozavest, nikoli zadovoljna, brez želje po spolnosti, ni skrbela zase, pomanjkanje energije, delovna neučinkovitost, manjša zbranost	pritisk okolice, osebnost, trpljenje ob težkih življ. preizkušnjah in pretresih, notranje napetosti, preobremenjenost na delovnem mestu, stres	zdravljenje je stvar izbire posameznika, psihoterapija, sprememba razmišljanja, prilagoditev, napolnitev baterij, premagovanje notranjih napetosti, pozitivno razmišljanje

Priloga C: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Viva

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
<p>depresivnost je družbeno konstruirana motnja, koncept pogojevanja, povezan z lastno vrednostjo, žalostni, ko doživimo izgubo, depresivni, ko za to obtožujemo sebe, diagnoza "samo" depresija, bolezen, ki bi jo zagotovo bila sposobna obvladati in premagati, posledica zasvojenosti, ni samo otožnost ali lenoba, zdravljenje tudi zaradi drugih, prizadene posameznika in njegove bližnje</p>	<p>samoobtoževanje, negativno razmišljanje, nesposobnost spremembe, pogojevanje osebne vrednosti, slaba samopodoba, pomanjkanje samozavesti, nenehen boj z občutki krivde, zaskrbljenost, dvomljivost, brezvoljnost, zmanjšan tek, jokavost, razdražljivost, slaba zbranost, agresivnost, izolacija, razdražljivost, črnogledost, potrto, naporna osebnost, manjša zbranost, delanje napak</p>	<p>osebnost, razmišljanje, neizpolnjena pričakovanja, slovenska vzgoja in pogojevanje ljubezni, drugačnost, zatiranje pravega jaza, sledenje nerealnim idealom, preobremenjenost, strah pred zavrnitvijo, negativno razmišljanje, izguba bližnjega, ekonomski in socialni pritiski, pomanjkanje nadzora nad lastnim življenjem, usmerjenost navzven ali navznoter, nov življenjski stil, nezmožnost usklajevanja dela in družinskega življenja, slabše telesno zdravje, premalo družbenih stikov, kognitivna ranljivost, zatiranje ali pretirano izražanje čustev, zlasti jeze, žalosti, negativen pogled na svet, pesimisti bolj nagnjeni, čustvena preobremenjenost, frustracije, dolg delavnik, podpora na delovnem mestu</p>	<p>kognitivna psihoterapija, psihoanaliza, sprejemanje kompromisov, sprejemanje sebe, poglobitev, vaje v potrpežljivosti, prizadevnosti, utrjevanju volje, pozitiven odnos do sebe in življenja, samostojno sprejemanje odločitev in odgovornosti, osebnostna rast, vaje za sprostitev, sprememba vzorcev razmišljanja, sprijaznitev s trenutnim življenjskim položajem, sprejemanje kompromisov tako v družinskem življenju in na delovnem mestu, je potrebno zaradi drugih, zatekanje k alkoholu, antidepressivi, dolgoročno zastavljena, zdravila učinkujejo hitreje, psihoterapija zahteva čas in denar, premalo usposobljenih zdravnikov</p>

Priloga Č: Značilnosti psihosocialne kategorije okvirjanja v reviji Jana

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
majčkeno potrt, posledica in vzrok motenj hranjenja, posledica stiske, zaradi pritiska staršev, posledica osamljenosti, vpliv na ekonomsko stanje, je breme, strošek, zdravljenje zaradi drugih	potrtost, strah, drugačni miselni tokovi, preobremenjenost, tesnoba, preveč razmišljanja, nizka samopodoba, črne misli, apatičnost, zamajan svet, nizka samozavest, razmišljanje, nerazsodno razmišljanje, občutek krivde, grenkoba in gnev, znašanje nad drugimi, brezvoljnost, obupanost, slabo psihično stanje, čustvena izčrpanost, depresionalizacija in/ali nizka ocena osebnih dosežkov, manjša pozornost, napake pri delu, psihični stres	uživanje drog, kronična bolezen, strah pred prihodnostjo, pritisk, deloholičnost, motnje hranjenja, pritiski staršev, zanikanje samega sebe, travme iz otroštva, priučeni načini vedenja in razmišljanja, odhod otrok, slabo razmerje, krivda in občutki nevrednosti iz otroštva, pomanjkanje podpore staršev, zanikanje pravega jaza in čustev, pritiski vsakdanjika, brezposelnost, preobremenjenost, stres, iskanje potrditve, spopadanje z revščino, neurejeno delovno okolje, prenaporna skrb za bolnika, kombinacija ekonomske krize, dela, denarnih in družinskih težav, naporen delovnik, škodljive navade (kajenje, alkohol), pomanjkanje svobodnega odločanja, omejena socialna komunikacija, negativni ukrepi delodajalcev	sprememba obnašanja, sprememba mišljenja, sprejemanje samega sebe, druženje, medsebojna podpora, solidarnost, sprememba življenjskega stila, gibanje v naravi, sprijaznjenje, sprejemanje kompromisov, psihoterapija, kognitivna terapija, zatekanje k slabim navadam, zasvojenosti, moč upanja, pozitivno razmišljanje, naporno in dolgotrajno zdravljenje, v breme, uravnoveženost delovnih obremenitev s kakovostjo življenja, nuja po preventivi, osveščanju, izboljšanju pogojev na delovnem mestu

Priloga D: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Zdravje

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
<p>posledica hormonskih sprememb v času menopavze, možna duševna sprememba v meni, bolezen, ki vpliva na kognicijo, posledica vnetja možganov, vodi v samomor, zaradi fizičnih sprememb v možganih</p>	<p>motnja zbranosti, upad delovne učinkovitosti in energije, nespečnost, brezvoljnost, vrtoglavica, zaskrbljenost, tesnoba, povišan srčni utrip, napetost v mišicah, kronična psihofizična in čustvena izčrpanost; razkriva vzorec sline ali krvni test, motnja hranjenja</p>	<p>hormonsko neravnovesje, vremenske in sezonske spremembe, neprilagodljivost, težje prilagodljivi ljudje; kaplja čez rob, motnja, bolezen, slabe prilagoditvene sposobnosti, stres, neumirjenost duha, motnja hranjenja, težave s prehrano, najstništvo, psihološki dejavniki, občutek nenadzorovanja, aminokislina glutamat bolj aktivna v možganih oseb, ki naklepajo samomor; med živčnimi celicami pošilja signale in povzroča depr.; vnetje možganov kot dejavnik tveganj, kemijske reakcije v možganih, fizične spremembe na možganih, debelost; molekule in živčne poti, ki so vpletene v razvoj depresije; dieta: kronično uživanje diet z visoko vsebnostjo maščob, nizka raven kortizola v kombinaciji s kroničnim stresom vpliva na povezane biološke sisteme, spremembe v možganih</p>	<p>iskanje zdravniške pomoči; prehrana, sproščanje, telesna dejavnost, rastlinski pripravki za depresivnost; skrb zase; hormonsko zdravljenje odpravi blažje depresivnosti, posvet s strokovnjakom, sveže sadje in zelenjava, rekreacija, poslušamo telo, uravnoteženje toka energije med levo in desno možgansko poloblo; antidepresivi: naravna rastlinska zdravila, ajurvedska zelišča in mešanice; gotu kola oz. azijski vodni popnjak; kuhinja kot naravno zdravilišče, hrana kot naravna zdravila, Elektroinvolzivna terapija (ECT), številni stranski učinki in predsodki; alternativa operacijski anestetik izofluran, je enako učinkovit, izboljša simptome, vpliv na kratkotrajno stanje nizke električne aktivnosti možganov; antidepresivi: Negativni stranski učinki, delovanje v dveh do 4 tednih, presejalno testiranje za obe vrsti motenj; zdravo prehranjevanje, več gibanja; hormonsko zdravljenje, antiglutamatna zdravila, presejalni krvni vzorci depresivnih in samomorilnih ljudi; medicinsko (zdravila, presejalni testi), zdravljenje izgorelosti z antidepresivi, ki še znižujejo že prenizek kortizol; medicinsko, spremembe v službi, meditacija</p>

Priloga E: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Lepa & zdrava

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
<p>pomanjkanje hranil kot vzrok za pojav depresije, motnja razpoloženja, posledica hormonskega neravnovesja, vnetje, posledica kemičnega neravnovesja, zaradi pomanjkanja vitamina B, zaradi nihanja serotonina v možganih, ženska bolj dovzetna za depresijo, trikrat bolj izpostavljene, učinkovitost odvisna od reakcijskih sposobnosti uporabnika, njegove vitalnosti, načina življ., volje do ozdravitve</p>	<p>živčnost, pomanjkanje energije, povečana potreba po spanju, težja zbranost, povečan tek, zmanjšan libido, v zimskih mesecih zaradi povišane ravni melatonina, poseganje po tolažilni prehrani, razdražljivost, menjava razpoloženja, tesnoba, mlahavi, zaspani, melanholični, utrujenost, znojenje, zardevanje, motnje spanja, razdražljivost, tesnoba, prenizka koncentracija, brezvoljnost, nemir, zrušen notranji mir, strah, nespečnost, zmedenost, brezvoljnost, spremembe razpoloženja, pomanjkanje zbranosti, nespečnost, izčrpanost, utrujenost, brezvoljnost, napetosti, ženske težave, glavoboli, tečnost, slabo razpoloženje</p>	<p>pomanjkanje selena, neravnovesje med hormoni, valovanje koncentracij med estrogenom, progesteronom in testosteronom; valovanje hormonov spremeni raven serotonina, ta pa počutje; neustrezna prehrana, pomanjkanje vitaminov B6 in cinka, pomanjkanje vitamina D in krajši zimski dnevi, pomanjkanje svetlobe, pomanjkanje vitaminov B 3, 6, 12 in folne kislin, pomanjkanje specifičnih vitaminov in posledična slabša presnova možganskih kemikalij, ki uravnotežijo razpoloženje, zaradi teme več spalnega hormona, vpliv menjave svetlobe in teme na hormone, način življenja pozimi, živčni signali delujejo tudi na imunski sistem in ga povezujejo z možgani; povezan s čustvi, čutenjem, mislimi; odziva se na vpliva iz okolja, pomanjkanje sonca, vitamina D, hormonske spremembe, menopavza, pomanjkanje hranil, predmenstrualni sindrom itd.</p>	<p>uživanje brazilskih oreščkov, sestavljenih OH, aktivnosti in dejanja, ki dvigujejo raven serotonina, sonce, kura z grozdnato svetliko, redno gibanje, masaža, žafran, šentjanževka, pitje čaja, obrazna refleksoterapija, učinkovitost odvisna od reakcijskih sposobnosti uporabnika, njegove vitalnosti, načina življ., volje do ozdravitve, skrb, da so hormoni uravnovešeni, joga, meditacija, izogibanje škodljivim razvadam, uporaba določenih strategij, ki pomagajo prebroditi stanje, naravni prozrak, tj. hrana, bogata s triptofanom in serotoninom, hormonoma sreče in zadovoljstva, noni vsebuje skopoletin, stimulira ščitnico in povečuje raven serotonina, je rastlina z neverjetnimi zdravilnimi lastnosti, multivitaminski pripravki z vsaj 200 miligrami magnezija in 30 miligrami cinka, dodatno vitamini B-kompleksa, sprememba prehrane, izločanje škodljivih navad, omega 3 maščobne kisline, triptofan, mediteranska dieta, eterična olja, homeopatski pripravki, dnevna rekreacija, zdravi depresijo enako učinkovito kot sintetični antidepresivi</p>

Priloga F: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Viva

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
<p>odsotnost očeta pri dekletih v prvih petih letih, se kaže na fizioloških funkcijah, potrebna večstranska diagnostika za vzrok bolezni in bolezenski vzorec, nihanja razpoloženja, obdobja depresivnosti kot posledica menopavze, omega 3 maščobne kisline izboljšujejo razpoloženje, blažijo simptome depresije, december je čas povečane tesnobe, žalosti, zaradi slabokrvnosti, je slabo razpoloženje, zaradi porušenega kislinsko-bazičnega neravnovesja, hormon sreče kot krivec za dobro, slabo razpoloženje, prešeren smeh in veselje preideta v solze in žalost, vsaka žalost, ki traja več kot 14 dni</p>	<p>utrujenost, apatija, živčnost, nemirnost, pomanjkanje volje do življenja in občutka sreče, nezadovoljstvo, nesproščenost, stres, živčnost, tesnoba, slabo razpoloženje, nespečnost, nejevoljnost, pomanjkanje energije, povečana potreba po spanju, želja po sladkem, težave z zbranostjo, motnje spanja, jok, malodušje, črnogledost, brezup, negativne misli, socialna osamitev, želja po samoti, upad libida, čustvena otopelost, obup, samomorilne misli, pretirana občutljivost, jokavost, razni telesni znaki, nemirnost, impulzivnost, samopoškodovanje, samomor, apatija, izguba teka, nepojasnjene bolečine, motnje spanja, zastoj energije, šibko delovanje vranice, prebavne težave, slaba kri, nespečnost, težave s srcem</p>	<p>spremembe v živčnem sistemu, hormonske in psihične spremembe, porušeno hormonsko ravnovesje, stres, pomanjkanje spanja, motnje spanja, nevrobiološke spremembe v možganih, neurejeno sproščanje hormonov, hipofiza, ki v kri sprošča stresne kemične snovi, receptor CRF1 v možganih, nadzoruje odziv na stres, pomanjkanje sončne svetlobe, pomanjkanje melatonina, menjava letnih časov zmede hormonsko ravnovesje, sladkosnednost v otroštvu, kislinsko-bazično ravnovesje, slaba prehrana, nezdrav življ. slog, pomanjkanje triptofana, nervoznost, vnetje možganov, hipoglikemično nihanje, pomanjkanje serotonina, moteno delovanje jeter zaradi čustvene preobremenjenosti in frustracij, organi ne morejo uravnati pretoka energije, neravnovesje v delovanju posameznih organov, pomanjkanje gibanja</p>	<p>vnos triptofana, redna telovadba, izpostavljanje sončni svetlobi, prava hrana - nastanek alfa možganskih valov, ki nas pomirjajo, na jedilniku naravna orožja proti depresiji, boj proti depresiji se začne za mizo, več spanja, manj stresa, akupunktura, tehnike sproščanja, magnetna terapija, ki pomaga vrniti hormonsko ravnovesje v telesu, lažje prenosljiva zdravila, zato se za zdravljenje z antidepressivi odločijo tudi pri lažjih oblikah depresije; antidepressivi, širodara prispeva k delovanju možganov n živčnega sistema, farmacevtsko uravnavanje hormonov, gibanje na prostem, vnos vitamina D, veliko vode, žive barve, skrb zase, nadzor spalnega cikla, zeleni čaj namesto kave, sprememba prehrane, eterična olja, sredstva iz naravne lekarne, šentjanževka, sprememba razmišljanja, uživanje prehranskih dodatkov, vnos vitamina B, ki pomaga pri proizvodnji hormona sreče, eterična olja, zdravljenje s kitajsko medicino, akupunktura, zelišča, vadba, masaža tui na, meditacija, teobromin, ki nas sprošča in pomirja, spodbuja sprožanje hormona serotonina, tek v naravi, aroma jasmína spodbuja možgane in deluje na živčni sistem, ašvaganda</p>

Priloga G: Značilnosti biomedicinske kategorije okvirjanja v reviji Jana

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
moč eteričnega olja , olje nageljnovih žbic, olje divjega žajblja, rožmarinovo, olje muškata oreščka; blagodejni vpliv na živčni sistem, posledica zakisanega telesa	nespečnost, živčnost, preganjavica, strah, utrujenost, brezvoljnost, nesposobnost koncentracije, slabo počutje, tesnoba, nespečnost; živčnost, malodušje, hujšanje, brez energije, tesnoba	preveč ali premalo serotonina vpliva na nenormalna mentalna stanja, uravnotežen pa deluje pomirjujoče; travmatične izkušnje iz vojne, kemično neravnovesje v možganih, zakisano telo	redno jemanje zdravil za dobro počutje, opustil in obupal, eterična olja ylang ylang, s pomočjo rožnih ekstraktov, uživanje plodov - paprike, ki vsebuje kapsaicin, ki je po sestavi droga, kapsaicin prinašalec dobrega razpoloženja, saj naj bi spodbujal možgane k proizvodnji endogenih opiatov endorfinov, ki učinkujejo antidepresivno, uživanje plodov izboljša počutje, konoplino olje

Priloga H: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Jana

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
depresije se ne sramovati, takoj obiskati zdravnika, vodi v alkoholizem, bolezni izhajajo iz naše glave, misli vplivajo na celo telo, sami si prikličemo bolezn, podpora čakram deluje antidepresivno, občutek velike praznine, gibanje, ki povezuje telo in duha, druženje spodbuja proizvodnjo hormonov sreče, endorfina in dopamina, ki sta naravna antidepresiva	stres, žalost, praznina, izguba apetita, jokavost, razmišljanje o preteklosti, samoobtoževanje, občutek nevrednosti, apatični, osamljenost, izolacija, nespečnost, nezmožnost koncentracije, neprestana utrujenost, vse brez smisla, misli na samomor, pobitost, občutki praznine, nesmisla, brezizhodnosti, strah pred prihodnostjo, slaba vest, občutki manjvrednosti, slabo fizično počutje, razdražljivost, nestrpnost, jeza	stres, delovna preobremenjenost, neskrb zase, neskrb za družino, slaba prehrana, alkohol, odhod otroka, socialna izključenost in stigma, brez podpore okolice, življenjski dogodki vodijo v hormonsko neravnovesje, brez interesov, smrt bližnjega, slabe navade, neustrezna prehrana, onesnaženo okolje, premalo gibanja, težave starejših, osamljenost, moten pretok energije v telesu, trojna obremenjenost žensk, premalo posvečanja samemu sebi, igranje vloge	blaga pomirjevala, močna volja, Bog, hospitalizacija, medicina, psihoterapija, gibanje za izločanje hormona sreče, pozitivna naravnost, druženje v skupini, medikalizacija, potovanja, sprememba mišljenja, redna vadba, uživanje šentjanževke, zanimivi hobiji, tečajji sproščanja in meditacije, imamo se v oblasti in smo odprti za vse lepo v življenju, pravilna prehrana, druženje, uravnavanje čaker

Priloga I: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Zdravje

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
<p>posledica obremenilnega dogodka, ki zmoti energijski pretok, posledica neravnovesja elementov, čustveno stanje, nezdravi življ. vzorci, vnetna dogajanja v telesu posledica ali vzrok hude depresije, nezdravljena depresija kot nepotrebno trpljenje, čustvene izkušnje so hormonsko pogojene, občutek, da si v breznu, osebna kriza, posledica psihofizičnega zloma, razočaranje nad sabo</p>	<p>telesno in duševno neugodje, kronične bolečine, potlačena čustva, vznemirjenost, osamljenost, izoliranje, nespečnost, žalost, jokanje, brez volje za delo, čustvena nihanja, tesnoba, jeza, negativno razmišljanje, motnje spomina, pasivnost, motnje koncentracije, umik iz družbe, iskanje pohvale</p>	<p>motnja v energijskem pretoku, fizični-psihični pretres, neravnovesje elementov, psihičen stres ob soočanju z zahtevami vsakdanjega življenja, zaradi zmanjšanja kognitivnih sposobnosti, vzorci spanja, škodljiv obrambni mehanizem proti stresu, škodljivi vedenjski vzorci, stres in vnetje možganov, geni in občutek osamljenosti, starost, dolgotrajen čustveni stres, pomanjkanje gibanja, hormonsko pogojene čustvene spremembe, izguba identitete, nova družbena vloga, pomanjkanje časa zase, izguba videza, težave v razmerju, nerazumevajoče okolje, telesne preobremenitve, pomanjkanje telesne dejavnosti, genetsko determinirana kemija v možganih, biološka danost, slovenski kognitivni slog, občutljivost, dednost, povezava med zunanjimi obremenitvami in genetsko determinirano kemijo v možganih, deloholičnost, strah in pritisk krize, iskanje naklonjenosti, pohvale, notranji strahovi, duševno zdravje mame, dober zakon</p>	<p>tehnika čustvenega osvobajanja kot hitra pomoč pri reševanju depresije; alternativno zdravljenje, mudre, posebni položaji rok, ki spodbudijo elektromagnetne tokove v telesu, uravnovesijo elemente in prinašajo zdravje, zanje značilna dolgotrajna ozdravelost, normalizira vzorec možganskih valov, zviša serum prolaktin, odkrili spremembe genskih zapisov, posebni položaji rok enako učinkoviti kot zdravljenje s standardnimi antidepresivi, izboljšanje življ. pogojev, boljše možnosti zaposlitev, izkoreninjenje revščine, izboljšanje kakovosti mestnega življenja, 'preprost' program meditacije z učenjem zbranosti, odsotnosti misli, osredotočanje na trenutek, tehnike dihanja, meditacija, redna uporaba zabavnih igralnih konzol, pogovor s partnerjem, čas zase, šport, podpora partnerja, sprememba življenjskega stila, kognitivno vedenjska terapija, antidepresivi ali pomirjevala, spremembe v pojmovanju stvari, zmanjšanje negativnega razmišljanja, sprememba osebnosti in notranjih motivacijskih dejavnikov s psihoterapijo, posameznik sam poskrbi zase, joga, karmična diagnostika, akupunktura, zdravljenje na duhovni ravni, več v naravi, moč pozitivnih misli, hipnoterapija, tehnika čustvenega osvobajanja</p>

Priloga J: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Viva

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
delovanje treh pomembnih hormonov: serotonin, norepinefrin, dopamin, depresijo opredeljujejo klinični simptomi; je motnja in ne bolezen	brezvoljnost, negativne asociacije, premlevanje o preteklosti, pretirana osredotočenost na telesne težave, slabšanje spomina, zanemarjanje skrbi zase, zaprtost vase, tesnoba, nizka samopodoba, žalostna, razdražljiva, izčrpana, izmenjavanje potrtosti in vznosenosti, razdražljivost, utrujenost, otožnost, pomanjkanje volje in apetita, motnje spanja, samomorilne misli, neučinkovitost, negativno razmišljanje, iskanje potrditve in sprejemanja, stres, izolacija, osamitev, jokavost, zanemarjanje higiene	kemično neravnovesje v možganih, ki ga spodbudijo prava dejanja in s temi povezana občutja; pomanjkanje sončne svetlobe, premalo gibanja in sveže hrane, stres, pomanjkanje hranil, pomanjkanje prijetnih čustev, delovanje treh pomembnih hormonov: serotonin, norepinefrin, dopamin, kronična bolezen, izguba bližnjih, osebnost, preobremenitve, počí film, po psihični travmi, organske težave, nerazumevanje partnerja, velike spremembe v starosti, izgube bližnjih, pešanje moči, odvisnost od drugih, potlačena potrtost in obup, neurejene socialne razmere, brez podpore, hormonske, fizične, psihosocialne spremembe, geni in zunanji stresorji, na katere se različno odzivamo, partnerska stiska, neurejene razmere, mobing, ponovitev je posledica prehitrega nejezanja zdravil, sprememba v delovanju možganskih celic, dolg delavnik, podpora na delovnem mestu, uživanje alkohola, kajenje, na začetku poklicne poti	prava hranila, zaljubljenost, ljubezen, gibanje in smeh za sproščanje endorfina v možganih, prijateljski klepet ob kavi, šentjanževka, aromaterapija, eterična olja sivke, optimizem lajša živčno napetost, antidepresivi z vnosom pravih hranil, psihiater in zdravila, hospitalizacija, recept pri družinskem zdravniku, zdravljenje z antidepresivi pod nadzorom, podpora in pogovor z drugimi ženskami, zdravila, najboljše rezultate daje kombinacija psihoterapije in zdravil, psihoterapija zahteva veliko zavzetosti, razni čaji, ustrezni podporni viri, učinkovite strategije pri spoprijemanju s stresorji, vključenost v osmišljene dejavnosti, je potrebno zaradi drugih, zatekanje k alkoholu, z antidepresivi in pri psihiatru, dolgoročno zastavljena, zdravila učinkujejo hitreje, psihoterapija zahteva čas in denar, premalo usposobljenih zdravnikov, imajo na voljo najustreznejša zdravila, zdravljenje je pomembno tudi zaradi drugih

Priloga K: Značilnosti mešane kategorije okvirjanja v reviji Lepa & zdrava

Opis	Simptomi	Vzroki	Zdravljenje
je negativno čustvo, psihološko stanje na podlagi energetske ravni čustva, misli, notranje neravnotežje, povezanost psihe in fizičnega telesa, znamenje, da je preveč nakopičenega stresa, ob duševni motnji je doživljanje v možganih drugače procesirano, negativna čustva povod za pojav fizičnih in psihičnih bolezni, ženske najpogosteje iščejo pomoč zaradi depresije, ko pridejo v srednja leta, sčasoma mine, vnaša spremembe v človekovo osebnost in vedenje, je duševna motnja pogostejša pri ženskah kot moških	manj zbranosti, več mentalnega napora za osnovne aktivnosti, počasnejše misli, izguba veselja, osamitev, manj aktivni, manj pozornosti videzu, agresivnost, obup, pomanjkanje interesov, žalost, tesnoba, apatičnost, razdražljivost, negativne misli, motnje spominskih funkcij, neodločnost, črnogledost, občutki krivde, razmišljanje o samomoru, nizka samozavest, motnje spanja, spremembe teka, zmanjšano spolno poželenje, povečana utrujenost, tiščanje v prsih, panični napadi, žalost, izguba samozaupanja, energije in moči, psihološko neravnotežje, črnogledost, delovna neučinkovitost	negativen vpliv energijskega sistema čakr na hormonski sistem, neravnotežje v telesu se kaže psihično in fizično, neravnovesje je posledica osebnostnih lastnosti in čustvenih stanj, negativna čustva in nesprejemanje samega sebe, boleči dogodki, genetska smola, stres sproži kemično spremembo v nevrobiologiji v možganih, kognitivno pojmovanje, slabo razviti psihološki obrambni mehanizmi, posledica telesnih, fizičnih in psihičnih sprememb, nevrološke bolezni, kronične bolezni, hladni deževni dnevi, sladke razvade, odnosi z drugimi, genetsko pogojena samozavest, spremembe v energetski strukturi človeka, osebnost, ekonomska in družbena kriza, nesposobnost prilagajanja na spremembe, kaotičnost socialnega okolja, negativna čustva in misli	Bachove kapljice za zdravljenje negativnih čustev, pri zdravljenju se upoštevajo pacientove misli in čustva kot podlaga za razvoj bolezni, barvna terapija za vzpostavljanje energijskega ravnovesja, aromaterapija in eterična olja za vzpostavljanje fizičnega in psihičnega zdravljenja, deluje izredno hitro, preprosta za uporabo, rožice z notranjo energijo spodbujajo ravnotežje pri neprijetnih čustvenih napetostih in zaskrbljenosti, antidepresivi, daljši čas za učinkovanje, zdravljenje z njimi je skoraj kronično, posedujejo številne stranske učinke, zaživeti v spodbudnem okolju, zdravila kot pripomočki do vzpostavitve takega zdravstvenega stanja, ko lahko telo svoje obrambne in življenjske funkcije samo okrepi, podpora okolice, kemija je potrebna za reševanje težav nevrobiologije v možganih, tehnika EFT za vzpostavitev ravnotežja v čustvenem, fizičnem, duhovnem življenju, preprosta tehnika za samopomoč, hitra uporaba, brez bolečin, ugodno, preventiva, aktivnost in gibanje, izpostavljanje naravni svetlobi, skrb, da so hormoni uravnovešeni, joga, meditacija, izogibanje škodljivim razvadam, kombinacija jemanja antidepresivov in psihoterapije, pravilna prehrana, gibanje na svežem zraku, popravljanje osebnosti in razmišljanja, poprava vtisa, ki ga dajemo okolici