

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FILOZOFSKA FAKULTETA

**ALEN SENEGAČNIK**

**Učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnih  
motenj**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2018



UNIVERZA V LJUBLJANI  
FILOZOFSKA FAKULTETA  
ODDELEK ZA PSIHOLOGIJO

**ALEN SENEGAČNIK**

**Učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnih  
motenj**

Magistrsko delo

Mentor:izr. prof. dr. Robert Masten

Ljubljana, 2018



## **Zahvala**

Zahvaljujem se vsem tistim, ki ste verjeli vame in mi stali ob strani, sploh v težkih trenutkih. Magistrsko delo posvečam svoji mami. Hvala za vso brezpogojno ljubezen.



## Izveček

Magistrsko delo obravnava tematiko učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj. Mnenja o učinkovitosti psihoterapije so kljub dobri raziskanosti področja deljena, zato je osnovni namen magistrskega dela pregled in primerjava obstoječih metaanaliz in raziskav v iskanju jasnejšega odgovora na dilemo učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj. V začetnem delu magistrske naloge so opredeljene depresivne motnje razpoložena, njihove osnovne značilnosti in klinična slika. Predstavljeni so psihoterapevtski pristopi, ki se v praksi najpogosteje uporabljajo pri zdravljenju depresivnih motenj: vedenjsko kognitivni, interpersonalni in psihodinamski.

Učinkovitost psihoterapije je podrobneje obravnavana z vidika nekaterih pomembnih dejavnikov in spremenljivk, ki nanjo vplivajo. Upoštevane so različne starostne populacije (otroci in starejši odrasli), kronične in težje oblike depresivnosti, problematika samomorilnosti, posamezne psihoterapevtske paradigme in psihoterapevtski odnos ter ostali procesni vidiki in skupni dejavniki psihoterapij.

Bistveno spoznanje po pregledu in analizi obstoječih raziskav in metaanaliz je potrditev, da je psihoterapija učinkovita metoda zdravljenja depresivnih motenj. Učinkovita je kot samostojna oblika zdravljenja, večina raziskav pa kaže na najvišjo stopnjo učinkovitosti, kadar je kombinirana s farmakološkim zdravljenjem. Različne psihoterapevtske paradigme so med seboj primerljivo učinkovite oz. bistvenih razlik v učinkovitosti med njimi ni.

Najpomembnejša spremenljivka učinkovitosti psihoterapije je psihoterapevtski odnos, ki se vzpostavi med psihoterapevtom in klientom, pomembno vlogo pa igra tudi klientova vpletenost v proces. Pozitiven in uspešen psihoterapevtski odnos se tako izkaže kot nujen, vendar ne zadosten predpogoj katerekoli oblike psihoterapije.

**Ključne besede:** depresija, psihoterapija, učinkovitost psihoterapije, psihoterapevtski procesi

# Effectiveness of Psychotherapy in the Treatment of Depressive Disorders

## Abstract

The following masters thesis focuses on the subject of effectiveness of psychotherapy in the treatment of depressive disorders. Opinions on effectiveness of psychotherapy are, despite the significant amount of research on the topic, divided. Accordingly, the primary aim of this thesis is to provide an overview and comparison of existing meta-analyses and research in search of a clearer consensus on the effectiveness of psychotherapy in the treatment of depressive disorders. This thesis provides a description of depressive disorders, including their characteristics and clinical presentation. Psychotherapeutic approaches are introduced, with a focus on the most commonly used psychotherapeutic treatments: cognitive-behavioural, interpersonal, and psychodynamic psychotherapy.

The effectiveness of psychotherapy is thoroughly discussed from the perspective of relevant factors and variables such as age, form, severity, recurrence of the depression, suicidality, different psychotherapeutic paradigms, therapeutic relationship and other aspects of psychotherapy process and shared factors of psychotherapy.

The most relevant finding after overview and analysis of existing research and meta-analyses is the notion that psychotherapy is an effective method of treating depressive disorders. Though viewed as effective as an independent form of treatment, most researches highlight that it is most effective when combined with pharmaceutical interventions. The effectiveness of different psychotherapeutic paradigms, when compared to each other is similar, with no significant differences arising.

The most important element to the effectiveness of psychotherapy is the therapeutic relationship between therapist and client; patient involvement in the process is also of great importance. Positive and effective therapeutic relationship is necessary, but alone not a sufficient requirement for any form of psychotherapy.

**Keywords:** depression, psychotherapy, effectiveness of psychotherapy, psychotherapeutic processes



## Kazalo vsebine

1 Uvod .....	9
2 Klinične slike depresije in klasifikacija motenj razpoloženja .....	12
2.1 Klinične slike depresij .....	12
2.2 Klasifikacija motenj razpoloženja.....	12
2.2.1 Depresivna epizoda.....	13
2.2.2 Velika depresivna motnja .....	13
2.2.3 Trajne razpoloženske motnje – Distimija .....	14
2.3 Preventiva depresivnih motenj .....	14
3 Psihoterapija .....	16
4 Učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj.....	19
4.1 Učinkovitost psihoterapije v primerjavi s farmakoterapijo .....	19
4.2 Učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnosti otrok in starejših odraslih .....	20
4.3 Psihoterapija in preprečevanje samomorilnosti.....	23
4.4 Zdravljenje kroničnih in težjih oblik depresije.....	25
4.5 Pregled učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj z vidika psihoterapevtskih paradigem .....	27
4.5.1 Vedenjsko-kognitivna psihoterapija .....	27
4.5.2 Psihodinamska psihoterapija .....	29
4.5.3. Interpersonalna psihoterapija.....	30
4.6 Kritike raziskav učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresije.....	31
4.7 Komorbidnosti pri depresijah.....	33
4.8 Procesni vidiki psihoterapije: skupni dejavniki psihoterapij .....	34
5 Zaključek.....	37
6 Viri.....	41



# 1 Uvod

»Že ob veličini enega trenutka moremo izmeriti veličino življenja: višine gorske verige vendar ne določamo glede na višino dna neke doline, ampak izključno glede na višino najvišjega gorskega vrha. Tako tudi o smiselnosti življenja odločajo njegovi vrhunci, in en sam trenutek lahko vse poprejšnje življenje osmisli.«

(Frankl, 2010, str. 24)

Depresija je danes ena najpogostejših duševnih bolezni. Število depresivnih ljudi narašča, Slovenija pri tem ni izjema (Ziherl in Pregelj, 2010). Vsi smo kdaj žalostni in ta žalost lahko ob težjih situacijah traja tudi skozi določeno časovno obdobje. Žalost je sestavni del življenja in je povsem normalna reakcija ob določenih življenjskih dogodkih (npr. smrt, izguba partnerja, ločitev...). Toda takšna žalost sama po sebi še ni depresija, čeprav je danes izraz depresija in depresivno počutje v poljudnem jeziku pogost sinonim za kakršnokoli žalost in otožno počutje. Kadar govorimo o dejanski depresiji, torej o depresiji kot duševni motnji, v mislih nimamo samo žalosti in melanholičnega počutja. Kot navaja *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. izdaja; *DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013), je depresija bolezen, pri kateri gre za intenzivno žalost, ki se pojavlja skozi večino dni in večino časa – ne gre zgolj za otožno počutje, ki po določenem času mine, temveč za razpoloženje, ki lahko vztraja tudi mesece in leta, razpoloženje, ki lahko izrazito vpliva na posameznikovo sposobnost in zmožnost funkcioniranja v vsakdanjem življenju.

Hkrati se je pomembno zavedati, da depresija ni samo žalost oz. znižana razpoloženjska lega, temveč je za diagnozo po *DSM-5* potrebna tudi prisotnost mnogih drugih (tudi somatskih) simptomov, kot so npr. upad apetita, spolne sle in nespečnosti, nezmožnost koncentracije, samomorilne misli, kronična utrujenost, izguba interesa za večino aktivnosti, ki so posameznika predhodno veselile ipd. (American Psychiatric Association, 2013). Ogromno primerov razpoloženjskih motenj ni diagnosticiranih in zdravljenih. Iz tega izhaja tudi dejstvo, da veliko samomorov storijo prav posamezniki z nezdravljenimi in nediagnosticiranimi razpoloženjskimi motnjami (Vukosav, 1999). Gre za zelo pogosto težavo in čeprav menim, da je danes povprečen posameznik bolj ozaveščen kot nekoč in je socialna stigma depresije danes manj izrazita, kot je bila včasih, se zavedam, da smo daleč od resničnega razumevanja depresije in vpliva le-te na posameznikovo življenje. Prav iz teh dejstev izhaja temeljni razlog odločitve za magistrsko delo o depresivnih motnjah. Verjamem, da lahko večja ozaveščenost in zmanjšanje socialne stigme pomembno pripomoreta tudi k temu, da posamezniki poiščejo pomoč.

Čeprav je depresija dandanes zelo raziskana bolezen in je na razpolago veliko različnih načinov zdravljenja, je še vedno pogost in resen problem. Z nenehnim razvojem znanosti se pojavljajo nove oblike in metode zdravljenja, trenutno obstoječih pa je ogromno. Posledično je osnovni namen magistrskega dela pregledati obstoječo literaturo, predvsem raziskave in metaanalize o učinkovitosti psihoterapije. V okviru magistrskega dela se tako zdi smiselno dotakniti tudi dileme, kako dostopno je zdravljenje oz. psihoterapija.

Depresija je bolezen, ki se jo da zdraviti tako z zdravili kot različnimi oblikami psihološke pomoči in psihoterapije. V zadnjih desetletjih se je razvilo izjemno veliko oblik psihoterapije, ki so osnovane in izhajajoče iz različnih paradig in teorij, ki so znanstveno podprte. Prav tako ne manjka empiričnih raziskav o učinkovitosti psihoterapije, o čemer priča uporabljena literatura. Razlog za izbrano tematiko je tudi vzpon psihoterapije in dileme o učinkovitosti. Mnjenja in izsledki raziskav so različni. S pregledom več raziskav in študij bom

poskušal priti do odgovora na vprašanje o učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresije. Da je psihoterapija učinkovita vsaj do neke mere, kaže ogromno raziskav. Na mestu je vprašanje, kako učinkovita je.

Vsekakor je pomembno zastaviti tudi vprašanje, ali so različne oblike psihoterapije enako učinkovite pri zdravljenju depresivnih motenj oz. tudi to, ali so nekatere oblike depresivnosti manj ali bolj dovzetne za učinke psihoterapije. V okviru magistrske naloge bo tako upoštevan tudi faktor morebitnih razlik učinkovitosti psihoterapije glede na osnovno usmeritev oz. teoretično izhodišče ter morebitne razlike v učinkovitosti glede na vrsto depresivnih motenj.

Pomembno je, da pri vsem tem upoštevamo tudi faktor starosti (otroci, mladostniki, mladi na prehodu v odraslost, starostniki ipd.) in preverimo, kakšne razlike se pojavljajo pri učinkovitosti psihoterapevtskega zdravljenja depresivnih motenj glede na različne starostne skupine.

Izpostavil bi tudi vprašanje, ali zdravljenje depresije s psihoterapijo vpliva oz. znižuje tudi stopnjo samomorilnosti ter samomorilnih poskusov oz. ponovnih poskusov samomora (v primerjavi s posamezniki, katerih depresija ni zdravljena). Depresija namreč ni samo med pomembnimi dejavniki tveganja za samomorilnost, ampak je eden najpomembnejših vzrokov za samomor (Ziherl in Pregelj, 2010).

Ziherl in Pregelj (2010) izpostavita, da se o samomoru čim več govori, piše in raziskuje ter s tem poskuša razbiti tabu, ki o tej temi vlada v naši družbi. Hkrati avtorja opozarjata, da je pri preprečevanju samomora izjemnega pomena izboljšanje diagnosticiranja in zdravljenja oseb s samomorilnim vedenjem ter izboljšanje rehabilitacije oseb po poskusu samomora. Ti vidiki se seveda neposredno tičejo tudi psihoterapevtske obravnave, zato pričakujem, da bo pregled raziskav potrdil določene razlike pri stopnji samomorilnosti oz. poskusih samomorov pri posameznikih z depresijo, ki so deležni psihoterapije, in tistimi, katerih depresija ni zdravljena.

Tematika ni nova in ni preučevana prvič, empiričnih podatkov in raziskav je veliko, kljub temu pa je še vedno obstoječa dilema o tem, kako učinkovita je psihoterapija. Namen pregleda raziskav, empiričnih podatkov in metaanaliz tako izhaja iz želje po jasnejšem odgovoru glede učinkovitosti, ob čemer je pomembno upoštevati, da enostavnega in enoznačnega odgovora zaradi kompleksnosti teme in velikega števila različnih pristopov v psihoterapiji morda ne bomo dobili. Zaradi tega bom poskušal razrešiti dilemo tudi v ožjem smislu, in sicer z osredotočanjem na različne oblike oz. osnovne pristope znotraj psihoterapije v oziru na nekatere pomembne dejavnike, kot so npr. starostna skupina ali oblika depresivne motnje.

Pomembno vprašanje magistrskega dela se nanaša tudi na procesne vidike psihoterapije oz. na dejavnike, ki so skupni vsem psihoterapijam. Med najpomembnejšimi je zagotovo odnos med klientom in psihoterapevtom, ki je pomemben pri vsaki obliki psihoterapije. S tega vidika se eno izmed osnovnih vprašanj nanaša na pomen terapevtskega odnosa ter ali je za uspešno psihoterapijo pomembnejši dober in kvaliteten odnos klienta in psihoterapevta, ali pa je večjega pomena psihoterapevtska smer oz. paradigma.

Osnovni namen magistrskega dela leži v iskanju odgovorov na navedena vprašanja. Pregled in analiza raziskav v osrednjem delu magistrskega dela bi tako morala podati dovolj jasno sliko, da bodo v zaključku jasni in pregledni odgovori na zastavljena vprašanja.

Pri tem je pomembno izpostaviti, da vseh raziskav in metaanaliz zaradi številčnosti ni mogoče vključiti. Posledično so izbrane in vključene študije in metaanalize, ki sodijo med najbolj poglobljena in obsežna dela na področju raziskovanja učinkovitosti psihoterapije pri

zdravljenju depresivnih motenj razpoloženja. Zaradi vzpona psihoterapije in mnogih novih spoznanj in odkritij v zadnjih letih je večina zajetih študij in metaanaliz novejših (obdobje zadnjih desetih let). Ključ izbire uporabljenih raziskav in metaanaliz je tudi vključitev psihoterapij, ki so v praksi najpogosteje uporabljane pri zdravljenju depresivnih motenj. Hkrati so zajete študije manj raziskovanih področij in pristopov, ki pa so kljub temu pomembne. Pomemben dejavnik izbire raziskav in metaanaliz, uporabljenih v magistrskem delu, pa je tudi kvaliteta in kompleksnost raziskav. Prednost imajo raziskave in metaanalize z večjimi in čimbolj reprezentativnimi vzorci ter raziskave, ki se preučevanja učinkovitosti psihoterapije lotevajo čimbolj kompleksno in poskušajo upoštevati večje število spremenljivk in dejavnikov, ki nanjo vplivajo.

## 2 Klinične slike depresije in klasifikacija motenj razpoloženja

V poglavju bodo predstavljene najpogostejše oblike depresivnih motenj, ki bodo obravnavane oz. omenjene tekom magistrskega dela. Namen poglavja je pregled nekaterih značilnosti različnih oblik depresivnih motenj.

### 2.1 Klinične slike depresij

Depresija je zapletena motnja zdravja z značilnimi spremembami duševnih in telesnih funkcij, ki globoko posega v svet bolnikovih socialnih odnosov (Vukosav, 1999). Simptomi so precej številni in izraženi z različno intenzivnostjo. Začetek depresije je redko nenaden, navadno se razvije v nekaj dnevih oz. tednih (Vukosav, 1999), tudi mesecih.

Depresija se na čustvenem področju izraža kot znižana razpoloženska lega ter kot množica neprijetnih čustvenih doživljanj kot so potrtost, zaskrbljenost, občutek obupa in nemoči. Pogosto jih spremlja občutek krivde in nizkega samospoštovanja (Vukosav, 1999). Eden izmed zelo specifičnih simptomov oz. tisto, kar ločuje bolezensko depresijo od normalne žalosti, je anhedonija oz. izguba zadovoljstva in nezmožnost čustvenega reagiranja na dogodke v okolju. Motivacija in storilnost sta pogosto zmanjšani, pri težjih stiskah pa ni redko niti razmišljanje o samomoru. Na spoznavnem področju se depresija poleg depresivnega razmišljanja odraža tudi kot nezmožnost osredotočenja misli (Vukosav, 1999).

Pogosto se depresija odraža tudi na telesnem nivoju. Značilni znaki depresije so motnje apetita (navadno shujšanje, lahko pa tudi pridobitev telesne teže) in motnje spanja. Pogosti so tudi drugi telesni problemi, kot so bolečine (npr. glavoboli), gastrointestinalne motnje (slabosti, težave s prebavo), motnje libida, motnje menstrualnega ciklusa in motnje kardiovaskularnega sistema (motnje ritma srca, zvišan krvni tlak...) (Vukosav, 1999).

Izjemnega pomena je prepoznavanje samomorilnosti klienta. Na samomorilno nevarnost moramo pomisliti pri prav vsakem klientu, ki izraža depresivno simptomatiko, ne glede na to, kako intenzivna je le-ta, in tudi če klient samomorilnih misli ne kaže oz. jih zanika (Tomori, 1999). Na tem mestu je potrebno izpostaviti, da je večino samomorov možno preprečiti (Tekavčič-Grad, 1995), a le tako, da posameznika v stiski opazimo in ob tem presodimo, v kolikšni meri je samomorilno ogrožen.

### 2.2 Klasifikacija motenj razpoloženja

MKB-10-AM (Mednarodna klasifikacija bolezni; 10. revizija; Avstralska modifikacija; verzija 6; Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008) definira razpoloženske motnje kot motnje, pri katerih je temeljna motnja sprememba afekta ali razpoloženja v depresivnost ali privzdignjenost. Spremembo razpoloženja navadno spremlja sprememba globalne ravni aktivnosti, večina drugih simptomov je pri spremembi razpoloženja in aktivnosti sekundarnih oz. jih je potrebno razumeti v kontekstu omenjenih sprememb (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008).

V sklopu magistrske naloge se bom osredotočil predvsem na spekter unipolarnih oz. depresivnih motenj razpoloženja.

### 2.2.1 Depresivna epizoda

Osnovna simptoma po *DSM-5* sta poslabšano razpoloženje oz. znižana razpoloženska lega skozi večino dneva oz. večino dni v tednu ter zmanjšanje energije in izguba interesa za aktivnosti, ki so posameznika prej veselile (American Psychiatric Association, 2013). Ostali simptomi po *DSM-5* so zmanjšanje koncentracije, utrujenost, zmanjšan apetit in izguba teže, moteno spanje, psihomotorična upočasnjenost, občutja krivde in ničvrednosti. Motnjo lahko spremljajo tudi samomorilne misli (American Psychiatric Association, 2013).

Po MKB-10-AM se depresivna epizoda glede na simptomatiko in vpliv na funkcioniranje posameznika v vsakdanjem življenju loči na blago, zmerno ali hudo epizodo (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008).

Pri blagi depresiji je prisotnih manj simptomov, pacient je običajno zmožen nadaljevati z opravljanjem večine aktivnosti. Pri zmerni epizodi se pojavlja več simptomov, moteno je posameznikovo opravljanje vsakodnevnih aktivnosti oz. se pojavljajo težave.

Pri hudi depresiji je prisotna večina simptomov, ki imajo izrazit vpliv na posameznikovo funkcioniranje v življenju, pogosto jih spremljajo tudi somatski simptomi in samomorilne misli (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008).

### 2.2.2 Velika depresivna motnja

Simptomatiko označuje najmanj pet od naslednjih simptomov (od katerih mora biti za diagnozo po kriterijih *DSM 5* prisoten vsaj eden izmed prvih dveh omenjenih), ki morajo trajati vsaj 14 dni in pomenijo spremembo predbolezenskega funkcioniranja:

1. Depresivno razpoloženje, ki traja večino dneva in skoraj vsak dan, opaženo s strani drugih ali izraženo na subjektiven način (npr. pacient toži, da je žalosten, da se počuti brezupno ipd.).
2. Opazno zmanjšani interesi in zadovoljstvo pri skoraj vseh dejavnostih, skoraj vsak dan oziroma skozi večji del dneva.
3. Znatna izguba ali povišanje telesne teže (več kot 5 % v obdobju enega meseca), zmanjšan ali povečan apetit, skoraj vsak dan.
4. Nespečnost ali pretirana želja po spanju, skoraj vsak dan.
5. Psihomotorična agitacija ali zavrtost, skoraj vsak dan.
6. Utrujenost ali izguba energije, skoraj vsak dan.
7. Občutki ničvrednosti ali pretirane in hude krivde (ki je lahko blodnjava), skoraj vsak dan.
8. Zmanjšana sposobnost mišljenja oziroma osredotočenja misli, neodločnost, skoraj vsak dan.
9. Ponavljajoče razmišljanje o smrti, ponavljajoče se samomorilne ideje brez načrta ali poskus samomora ali pa specifičen načrt za izvršitev samomora (American Psychiatric Association, 2013).

Za diagnozo velike depresivne motnje po *DSM-5* morajo omenjeni simptomi v življenju posameznika povzročiti distress na področju socialnega in poklicnega področja oz. na področju ostalih pomembnih vidikov življenja, hkrati pa omenjena simptomatika ni posledica fizioloških učinkov zlorabe substanc oz. posledica organskih motenj (American Psychiatric Association, 2013).

Po MKB-10-AM je velika depresivna motnja, za katero so značilne ponavljajoče se depresivne epizode, brez neodvisnih epizod razpoloženske privzdignjenosti oz. aktivnosti

(Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008). Motnje se lahko pojavijo akutno ali prikrito, trajajo pa od nekaj tednov do več mesecev.

V primeru pojava manične epizode je potrebna sprememba diagnoze v bipolarno afektivno motnjo oz. motnjo iz spektra bipolarnih motenj (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008).

### **2.2.3 Trajne razpoloženske motnje – Distimija**

Trajne razpoloženske motnje so po MKB-10-AM definirane kot motnje razpoloženja, pri katerih večina epizod ni dovolj izrazitih, da bi jih lahko označili kot hipomanične ali depresivne epizode (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008). Ker lahko trajajo več let (neprekinjeno) oz. večino posameznikovega odraslega življenja, lahko povzročajo veliko nezmožnosti in otežujejo funkcioniranje posameznika (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008).

MKB-10-AM opredeli distimijo kot depresivno motnjo, ki jo karakterizira kronična blažja depresivnost (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008). Diagnosticira se takrat, ko simptomi depresije vztrajajo več let skoraj vsak dan, vendar ne dosegajo kriterijev za diagnozo depresivne epizode oz. velike depresivne motnje (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2008). Po kriterijih *DSM-5* mora za diagnozo simptomatika vztrajati vsaj 2 leti, v tem času pa oseba ni brez depresivne simptomatike več kot 2 meseca (American Psychiatric Association, 2013).

Posebna značilnost distimije je tudi manjša odzivnost na psihofarmakološko zdravljenje. Čeprav je slednje dokazano učinkovito, veliko posameznikov ne doživi popolne remisije oz. je lahko učinek antidepresivov minimalen (Sansone in Correll, 2005).

## **2.3 Preventiva depresivnih motenj**

Magistrsko delo se osredotoča predvsem na kurativno obravnavo oz. zdravljenje depresivnosti. Kljub temu je pomembno izpostaviti, da se depresivnost da preprečevati tudi z ustreznimi preventivnimi ukrepi. Ob tem je pomembno poudariti nekatere dejavnike tveganja za razvoj depresivnih motenj. Med najpogostejšimi so osamljenost in izolacija, pomanjkanje socialne podpore, stresne življenjske situacije, družinska zgodovina depresivnih motenj, zakonske težave oz. težave v partnerskih odnosih, finančna stiska, zloraba in travme iz zgodnjega otroštva, zloraba drog in alkohola, brezposelnost in zdravstvene težave oz. kronične bolezni (ManiMala, Gautam in Reddy, 2016). Pri posameznikih z omenjenimi dejavniki je tveganje za razvoj depresivnih motenj bistveno višje.

Al Qahtani in Al Qahtani (2017) izpostavljajo tri tipe preventivnih programov. Univerzalni programi zajemajo preventivne intervencije, ki se osredotočajo na večje skupine ljudi, kot so npr. študenti, noseče ženske, bolniki z diabetesom ipd. Selektivni programi zajemajo podskupine, kot so npr. otroci depresivnih staršev, noseče ženske v zlorabljaljočih odnosih, ipd.

Indicirani programi se osredotočajo na visoko rizične skupine oz. primere, ko se določeni simptomi depresije že pojavljajo, vendar še ne izpolnjujejo pogojev za diagnozo depresivnih motenj, npr. adolescenti z depresivno simptomatiko.

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2016) izpostavlja, da se lahko preventivne intervencije izvajajo v različnih formatih, od samopomoči preko knjig in internetnih programov do intervencij na nivoju osebnega stika (»face to face«) s strani



psihologov, socialnih delavcev, medicinskih sester ipd. v šolah, podjetjih, domovih za starejše (npr. predavanja in izobraževanja o duševnem zdravju in prepoznavanju depresivnosti, individualni pogovor in svetovanje ipd.).

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2016) raziskave nakazujejo, da se v primeru ponujene oz. dostopne intervencije incidenca depresije lahko zreduceira za 15 do 35 %.

Pri preventivi je velikokrat prvi korak že prepoznati in opaziti posameznike z dejavniki tveganja ali nekaterimi že razvitimi simptomi depresivnih motenj in ponuditi pogovor, pomoč oz. posameznika napotiti k iskanju specializirane pomoči (npr. terapevtske obravnave), kadar gre za resnejše težave.

### 3 Psihoterapija

Psihoterapija je v osnovi pogovor, torej poslušanje in pogovarjanje s posamezniki s problemi, z namenom pomagati jim razumeti in rešiti svoje težave. Temelj tega je zaupen odnos med terapevtom in klientom (Bateman, Brown in Pedder, 2010).

Psihoterapijo lahko označimo kot dejavnost, katere namen je podpora posameznikovemu duševnemu zdravju z različnimi metodami. Običajno je namen zmanjšanje simptomov, izboljšanje kvalitete življenja in podpora funkcioniranja posameznika v medosebnih odnosih, šoli ali službi (Depreeuw, Eldar, Conroy in Hofmann, 2017).

Sodobno psihoterapijo izvaja psihoterapevt z ustrezno psihoterapevtsko izobrazbo in usposobljenostjo. Klinična psihologija in psihiatrija predstavljata temelj, iz katerega se je psihoterapija kot znanstvena praksa razvila – temeljni vidik, ki ločuje profesionalno psihoterapije od neprofesionalne je to, da je profesionalna znanstveno utemeljena (Praper in Mrevlje, 1997). Razlika je tudi v tem, da je izvajalec profesionalne psihoterapije po osnovni izobrazbi psiholog.

Pacienti v Sloveniji lahko pridejo do psihoterapevta na lastno pobudo ali na priporočilo osebnega zdravnika ali psihiatra (Možina, 2010). Ker je povpraševanje mnogo večje od ponudbe, jih veliko ostane brez tovrstne pomoči. Samo manjšina pacientov lahko pride do psihoterapevta, ki dela za javno zdravstvo – za te posameznike je psihoterapija brezplačna in se krije iz zdravstvenega zavarovanja, večinoma pa jo je potrebno plačati in le manj številčni imajo srečo, da imajo dovolj finančnih sredstev in si lahko privoščijo psihoterapevta – večina klientov si lahko privoščijo najnižjo ceno in večina si ne more privoščiti najvišje (Možina, 2010). Posledično so precej omejeni pri izbiri terapevta oz. psihoterapije, ki bi se je radi udeležili.

Zaradi obstoja večih različnih psihoterapevtskih usmeritev in metod, bi bilo nemogoče zajeti vse pristope za zdravljenje motenj iz depresivnega spektra. Posledično bom predstavil predvsem najpogosteje uporabljane in najbolj uveljavljene psihoterapevtske pristope in metode pri zdravljenju depresivnih motenj. Dva izmed najpogostejših psihoterapevtskih pristopov pri zdravljenju depresij sta vedenjsko-kognitivna in interpersonalna psihoterapija (DeRubeis, Strunk in Lorenzo-Luaces, 2016), sledi jima psihodinamska psihoterapija. Nekatere oblike in metode bodo predstavljene tudi sproti, tekom obravnave problema v osrednjem delu.

Kognitivna psihoterapija je eden izmed najbolj raziskanih pristopov pri zdravljenju depresije (DeRubeis idr., 2016) in je hkrati najbolj učinkovita prav pri zdravljenju depresivnih in anksioznih motenj (Pastirk in Anić, 2013). Pionirja sta Beck in Ellis (Pastirk in Anić, 2013; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer in Fang, 2012). Beckov razvoj kognitivne psihoterapije se je začel kot poskus krajše in učinkovitejše obravnave klientov z depresivnimi motnjami, tehnika pa se je kasneje razširila tudi na področja ostalih duševnih bolezni (Pastirk in Anić, 2013).

Težko bi govorili o samo enem pristopu v okviru vedenjsko-kognitivne psihologije, saj znotraj pristopa najdemo različne načine dela (Pastirk in Anić, 2013). V osnovi vedenjsko-kognitivna psihoterapija združuje dva psihoterapevtska pristopa, vedenjsko ter kognitivno psihoterapijo. Vedenjska se osredotoča na posameznikovo vedenje ter spremembo le-tega, kadar je moteče za posameznika ali okolje. Osnovna predpostavka temelji na tem, da je vedenje naučeno in se da naučiti tudi bolj funkcionalnega vedenja. Kognitivna pa je usmerjena v prepoznavanje posameznikovih načinov razmišljanja, miselnih shem in spremembo teh, kadar so nefunkcionalni (Pastirk in Anić, 2013).

Vedenjsko-kognitivna terapija tako zajema različne intervencije, ki izhajajo iz bazične premise, da so duševne bolezni in psihološke težave vzdrževane s kognitivnimi faktorji – nefunkcionalna kognicija vzdržuje neprijetna čustva in vedenjske težave (Hofmann idr., 2012). Osnovni pristop pri zdravljenju motenj depresivnega spektra temelji na tem, da terapevt pomaga klientu, da ta razume svoje misli in se lahko od njih nekoliko distancira in jih poskuša objektivizirati oz. evalvirati njihovo točnost (DeRubeis idr., 2016). Prepoznavanje misli in načinov razmišljanja je pomembno, ker čustva in vedenje velikokrat izhajajo iz negativnih in manj točnih interpretacijah sveta. Kognitivne intervencije se osredotočajo na posameznikov način razmišljanja ter povezavo tega z bazičnimi prepričanji o sebi. S pomočjo razumevanja in modificiranja sistema oz. načina razmišljanja lahko klienti razvijejo bolj realistično dojemanje dogodkov, s čimer se lahko razpoloženje izboljša (DeRubeis idr., 2016).

Interpersonalna psihoterapija je časovno omejeno zdravljenje, katerega osnova temelji na predpostavki, da depresija reflektira deficite in težave na področju interpersonalnih procesov ter interpersonalnega funkcioniranja (DeRubeis idr., 2016). Namen terapije je predvsem pomoč klientu pri razumevanju trenutne stiske, frustracij in želja ter vzpodbuda pri spreminjanju življenjske situacije, terapija pa običajno zajema 12 do 16 seans (Milojević in Hadži Pešić, 2012).

Glede na težave klienta z depresivno simptomatiko, se terapija osredotoči na enega izmed 4. področij (DeRubeis idr., 2016). Eno izmed teh področij zajema žalovanje in izgubo; v tem primeru se klientu pomaga glede razumevanja in doživljanja občutka izgube ter zmožnosti deliti svojo izkušnjo z drugimi oz. s socialnim okoljem (Milojević in Hadži Pešić, 2012). Naslednje področje zajema depresivnost, vezano na menjavanje in prevzemanje socialnih vlog, ki se pogostokrat pojavi, kadar življenjska situacija zahteva spremembo vedenja v bližnjih odnosih (Milojević in Hadži Pešić, 2012). Pacientu se pomaga pri razumevanju nove vloge ter tranziciji iz stare v novo. Tretje področje se nanaša na interpersonalno občutljivost oz. na interpersonalne in komunikacijske deficite (DeRubeis idr., 2016). Omenjeno področje kot osrednji fokus terapije je smiselno predvsem takrat, ko pri pacientu zaradi pomanjkanja socialnih veščin prihaja do nezadostnih oz. nezadovoljujočih interpersonalnih odnosov, posledica katerih je osamljenost in socialna izolacija (Milojević in Hadži Pešić, 2012). Namen je izboljšanje pacientovega interpersonalnega funkcioniranja in razvijanja zmožnosti ustvarjanja novih odnosov. Zadnje, četrto področje pa se osredotoča na interpersonalne konflikte (DeRubeis idr., 2016). Zajema vzpostavljanje odprtih in skritih vidikov komunikacije, ki vodijo do konflikta – namen je zagotoviti boljše razumevanje pomembnih vprašanj in s tem povezanih občutkov (Milojević in Hadži Pešić, 2012). Terapevt klientu pomaga pri poskusu spremembe odnosa, kadar klient vanj ni dovolj vložil in bi lahko odnos izboljšal s tem, da vanj več vложи, oz. prepoznati »zastoj« (kadar poskusi reševanja konflikta v medosebnem odnosu ne privedejo do spremembe) ali spoznati in razumeti, da so nekateri konflikti nerešljivi (Milojević in Hadži Pešić, 2012).

Pri psihodinamskih psihoterapijah predstavlja temelj specifičen terapevtski odnos, kjer klient postopoma prepozna impulze, ki izhajajo iz njegovih bazičnih teženj ter uvidi konfliktno vsebine, ki izhajajo iz izkušenj, pridobljenih v otroštvu (Praper, 2013). Pomemben del terapije je prepoznavanje situacij, v katerih se pretekle izkušnje pojavljajo v sedanjosti ter pridobiti pogled v to, kako ovirajo posameznika pri sedanjih odnosih (Praper, 2013). Psihodinamski pristopi depresijo obravnavajo z vidika posameznikovega dojemanja in interpretiranja sveta, kar naj bi izhajalo iz zgodnjih izkušenj s pomembnimi Drugimi (DeRubeis idr., 2016).

Psihodinamska psihoterapija je lahko tako daljša kot krajša. Pri dalj časa trajajoči terapiji je v ospredju sprememba osebnostnih lastnosti in nezavednih mehanizmov, ki pri posamezniku utrjujejo depresivnost, krajše oblike pa se osredotočajo predvsem na zmanjšanje oz. obvladovanje simptomov (DeRubeis idr., 2016).

Ključno se mi zdi izpostaviti, da je pred posameznikovo odločitvijo za udeležbo v psihoterapevtskem procesu pomembno preveriti izobrazbo psihoterapevta. Psihologi, klinični psihologi in psihiatri s psihoterapevtsko specializacijo, ki se udeležujejo izobraževanj in pridobivajo znanja iz psihoterapije, lahko psihoterapevtsko delo izvajajo kvalitetno. Pri samooklicanih psihoterapevtih in šarlatanih brez kakršnekoli psihološke, psihiatrične ali psihoterapevtske izobrazbe in izkušenj je potrebna kritična presoja. Tovrstno izdajanje in imenovanje samega sebe kot »psihoterapevta« brez za to ustreznih znanj in izobrazbe je zavajanje in eden izmed velikih problemov v Sloveniji. Gre za posledico neurejene zakonske direktive na področju psihoterapije v Sloveniji – zaradi tega se lahko brez kakršnihkoli posledic za terapevta okliče domala vsak. Nikakor ne trdim, da so nedokazane tehnike in metode same po sebi neuspešne oz. da so »psihoterapevti« brez psihiatrične ali psihološke izobrazbe nezmožni pomagati človeku v stiski, vsekakor pa je pomembno poudariti, da takšni pristopi niso znanstveni in ne izhajajo iz znanstveno preverjenih metod. Sicer je možno, da nekaterim posameznikom lahko pomagajo tudi takšne alternative, še posebej upoštevajoč fenomen placebo učinka, učinka kot posledice pričakovanja spremembe ali pristnega in empatičnega odnosa med udeležencem in izvajalcem (te vidike in njihovo vlogo v terapevtskem procesu smo podrobneje obravnavali v poglavju Procesni vidiki psihoterapije). Priporočljivo je, da posameznik poskuša kritično presoditi, komu bo zaupal zdravljenje in izvedbo psihoterapevtske pomoči. Žal je ta presoja bistveno težja zaradi odsotnosti preglednega sistema informiranja o tovrstnih storitvah.

## 4 Učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj

Mnenja o tem, kako učinkovita je psihoterapija ter kako učinkovite so različne oblike psihoterapije pri zdravljenju iste bolezni, so različna.

Cuijpers, van Straten, Andersson in van Oppen (2008) poudarjajo, da je preučevanje učinkovitosti psihoterapije oz. vprašanje, ali so vse oblike psihoterapije enako učinkovite pri zdravljenju iste bolezni, aktivno že več kot 3 desetletja, kljub temu pa v empiričnih raziskavah ne najdemo povsem jasnega odgovora.

Hunsley, Elliot in Therrien (2013) po drugi strani navajajo, da obstaja veliko dokazov, ki demonstrirajo učinkovitost psihoterapije pri širokem spektru duševnih težav in bolezni skozi celotno življenje. Ta zaključek temelji na več sto raziskavah, tako randomiziranih kontrolnih študij kot raziskavah, ki preučujejo vpliv na dokazih temelječih psihoterapevtskih zdravljenj v kliničnih okoljih (Hunsley idr., 2013).

Kamenov idr. (2017) na drugi strani izpostavijo, da obstaja pomanjkanje dokazov o učinkovitosti obstoječih intervencijah pri zdravljenju depresije predvsem v smislu dolgoročnega učinka oz. zdravljenja, ki presega samo odpravo ali reduciranje intenzitete simptomatike.

### 4.1 Učinkovitost psihoterapije v primerjavi s farmakoterapijo

Eno izmed zelo aktualnih vprašanj magistrskega dela se nanaša tudi na učinkovitost psihoterapije v primerjavi s farmakoterapijo.

Hunsley idr. (2013) so po pregledu raziskav sklenili, da je pri psihoterapiji enako učinkovita kot zdravljenje z antidepresivi (predvsem drugo generacijo), psihoterapija pa naj bi imela trajnejše učinke in tudi nižjo stopnjo ponovitve bolezni. Tudi druge raziskave (De Maat idr., 2006; v Hunsley idr., 2013) so pokazale, da ni razlike v učinkovitosti psihoterapije in farmakoterapije z vidika tveganja remisije, ne glede na kroničnost oz. izraženost depresije (blaga, zmerna, huda). So se pa pokazale razlike v »follow up« študiji oz. v *študiji spremljanja učinka*<sup>1</sup> (1 do 2 leti po zaključku psihoterapije). Pri psihoterapiji je bila stopnja ponovitve bolezni 26,5 %, pri farmakoterapiji pa 56,6 %.

Spielmanns, Berman in Usitalo (2011) so opravili metaanalizo z namenom posodobitve in razširitve obstoječe literature glede medsebojne primerjave učinkovitosti antidepresivov in psihoterapije. V metaanalizo so zajeli 15 študij, 1014 kandidatov je bilo deležnih psihoterapije, 961 pa farmakoterapije z antidepresivi. Po zaključku terapije z vidika učinkovitosti ni bilo bistvenih razlik med psihoterapijo ali farmakoterapijo z antidepresivi, kar se je pokazalo tako na vprašalnikih depresivnosti kot tudi pri kategoričnem pregledu dejavnikov, kot so remisija, odziv in vztrajanje do konca zdravljenja (Spielmanns idr., 2011). V študiji spremljanja učinka pa se je psihoterapija izkazala kot učinkovitejša v primerjavi z zdravili.

Cuijpers, Andersson, Donker in van Straten (2011) so v svoji metaanalizi zajeli 30 študij depresije pri odraslih, ki so primerjale psihoterapijo in farmakoterapijo. Pomembnih

---

<sup>1</sup> Ang. izraz »follow up studies« se nanaša na študije, ki so opravljene po določenem času po zaključku zdravljenja/psihoterapevtskega procesa, z namenom preučevanja trajnosti oz. trajanja učinkov in sprememb, doseženih v prvotnem zdravljenju/psihoterapevtskem procesu – v magistrski nalogi bo uporabljen prevod *študija spremljanja učinka*.

razlik v učinkovitosti niso odkrili (farmakoterapija se je sicer izkazala za malenkost učinkovitejšo, vendar ne dovolj, da bi zadovoljila statistične kriterije, na podlagi katerih bi se lahko prišlo do zaključka, da je razlika statistično pomembna).

V 18 študijah se je kombiniralo psihoterapijo in farmakoterapijo in se ju primerjalo z učinkovitostjo psihoterapije brez dodanega medikamentoznega zdravljenja, pri čemer se je za učinkovitejšega izkazal kombiniran pristop (Hunsley idr., 2013). V 25 študijah se je kombinirano zdravljenje izkazalo kot učinkovitejše kot samo medikamentozno zdravljenje.

Rezultati nakazujejo, da bistvenih razlik med učinkovitostjo antidepresivov in psihoterapijo ni, najučinkovitejša pa je kombinacija psihoterapije in zdravil. To tudi ponuja pacientom več opcij zdravljenja (Cuijpers, Andersson idr., 2011).

Na tem mestu se mi zdi pomembno izpostaviti tudi morebitne negativne učinke zdravljenja s farmakoterapijo. Čeprav gre za področje, ki je vezano na psihiatrijo in se psihologi z vidikom zdravil primarno ne ukvarjamo, pa je v kliničnih okoljih in pri psihoterapiji dodatno znanje iz omenjenega področja močno zaželeno.

Zdravila so učinkovita in pri nekaterih duševnih boleznih tudi nujen predpogoj za učinkovito psihoterapijo (npr. pri psihozah). Navedene raziskave in študije jasno nakazujejo na najvišjo učinkovitost zdravljenja, kadar je psihoterapija kombinirana s farmakoterapijo. Blažje oblike depresivnosti se lahko v nekaterih primerih uspešno zdravijo tudi brez zdravil. Pri težjih oblikah depresivnih motenj so zdravila učinkovita in velikokrat tudi nujen način zdravljenja. Potrebno se je zavedati, da lahko imajo antidepresivi veliko stranskih učinkov. Večina jih sicer izzveni po obdobju nekaj tednov, vseeno pa menim, da je potrebna kritičnost in jasnejši pregled pozitivnih in negativnih učinkov, ki jih lahko prinese uporaba specifičnih antidepresivov pri specifičnih pacientih. Pogost stranski učinek uporabe nekaterih antidepresivov, ki se pojavi v začetnem obdobju zdravljenja, so tudi samomorilne misli. Velikokrat je prav suicidalna stiska razlog za posameznikovo odločitev jemati zdravila. Zaradi omenjenega stranskega učinka, ki se lahko pojavi, je tako potreben nadzor v začetni fazi jemanja zdravil. Antidepresivi lahko imajo velikokrat tudi stranske učinke, vezane na spolnost, npr. erektilna disfunkcija in disorgazmija, čeprav le-ti ponavadi izzvenijo po nekaj tednih. Na tem mestu je tako smiselno izpostaviti, da lahko tovrstni stranski učinki depresivnost celo poslabšajo, če je govora npr. o mlajšem moškemu, čigar depresivnost je vezana na osamljenost in pomanjkanje partnerskih in intimnih odnosov. Za psihologa, ki se sooča s posamezniki z depresivnimi motnjami, je tako zaželeno tudi osnovno razumevanje delovanja zdravil in pozornost na vpliv, ki ga lahko zdravila imajo na obravnavanega klienta.

## **4.2 Učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnosti otrok, mladostnikov in starejših odraslih**

Depresija pri otrocih in adolescentih je pogosta in lahko pusti trajne negativne učinke na zdravju in socialnem ter poklicnem funkcioniranju (Cheung, Kozloff in Sacks, 2013). Blažje oblike se lahko zdravi z aktivno podporo otrok in mladostnikov ter spremljanjem njihovih simptomov, medtem ko je pri zmerni do hudi obliki depresivnosti učinkovita udeležba v psihoterapevtski obravnavi in farmakoterapija z antidepresivi (Cheung idr., 2013).

Zack, Saekow in Radke (2012) poudarjajo, da je kljub visoki prevalenci depresivnosti med mladimi kar nekaj empirično potrjenih psihoterapevtskih tehnik in pristopov zdravljenja, ob čemer izpostavljajo VKT, interpersonalno psihoterapijo ter dialektično vedenjsko psihoterapijo. Avtorji pri tem poudarjajo, da je lahko VKT pri mladih z blažjo

depresijo zadostna, pri zmernih in hudih oblikah depresivnosti pa je poleg VKT (ali drugih oblik psihoterapije) priporočljivo tudi zdravljenje z antidepresivi (Zack idr., 2012).

Raziskave nakazujejo, da je psihoterapija učinkovita opcija tudi za starejše odrasle (Hunsley idr., 2013). Avtorji so pri pregledu več raziskav povzeli, da je psihoterapija pri omenjeni populaciji v primerjavi s placebom ali brez intervencije pri zdravljenju depresivnih motenj učinkovita. Tudi študije spremljanja učinka 12 mesecev po zaključku terapije so pokazale, da imajo posamezniki, ki so obiskovali terapijo, manj depresivnih simptomov, višjo stopnjo remisije in nižjo pojavnost velike depresivne motnje.

Nekatere izmed raziskav so se osredotočile tudi na najstnike in otroke, med najbolj poglobljene sodi delo avtorjev Weisz, McCarty in Valeri (2006). Ti so v analizo vključili 35 študij z vzorcem 2095 posameznikov. 60 % udeležencev so predstavljali adolescenti, 20 % otroci, v 20 % pa je bil mešan vzorec. Spola sta bila identično reprezentirana. Raziskave so pokazale, da je psihoterapija učinkovita tudi pri mlajši populaciji, sploh v primerjavi s kontrolno skupino. Razlike v letih (otroci, najstniki) na samo učinkovitost terapije niso imele vpliva. Vsekakor pa je na mestu potrebno razjasniti tudi okoliščine raziskave. Ocena učinkovitosti terapije oz. izboljšanja simptomatike je bila s strani mladih bistveno višja kot pri oceni staršev (Weisz idr., 2006).

Ferdon in Kaslow (2008; v Hunsley idr., 2013) sta ugotovila, da se pojavljajo velike razlike v oceni učinkovitosti, tudi če se osredotočimo zgolj na ocene s strani mladih oz. njihove lastne evalvacije. Kljub temu pa sta avtorja po pregledu raziskav prišla do zaključka, da obstaja dovolj dokozav, da sta VKT in interpersonalna terapija (IPT) učinkoviti pri zdravljenju depresivnih otrok in adolescentov.

Weisz idr. (2006) so odkrili tudi dejstvo, da je pri otrocih in mladostnikih učinkovitost zdravljenja depresije nižja kot učinkovitost zdravljenja nekaterih drugih duševnih bolezni pri tej populaciji. Ob ugotovitvi, da bi psihoterapija pri zdravljenju depresivnosti pri mlajši populaciji lahko bila bolj učinkovita oz. da bi lahko bili učinki višji, avtorji predlagajo, da bi bilo smiselno, da se kot nadaljni ukrepi pri obvladovanju problema osredotoča na združevanje trenutno obstoječih posameznih oblik zdravljenja depresije v kompleksnejše večkomponentne enotne oblike. Smiselno je tudi razvijanje in testiranje novih metod, ki bi lahko imele več učinka, ter morebitno kombiniranje večjih oblik zdravljenja depresivnosti oz. večje kombiniranje razpoložljivih metod in načinov zdravljenja – nekatera trenutno obstoječa zdravljenja že nakazujejo visoko stopnjo potenciala (Weisz idr., 2006). Psihoterapija je lahko kot alternativa antidepresivom učinkovita, vendar je stopnja učinkovitost višja pri kombinaciji psihoterapije in antidepresivov (Weisz idr., 2006).

Spremenljivka časa oz. trajanja psihoterapije se v raziskavi omenjenih avtorjev ni izkazala za pomembno, izkazalo pa se je, da je učinkovitost vidna predvsem v začetnih mesecih po zdravljenju, ne pa tudi leto ali kasneje. Pri tem je kot morebitno spremenljivko potrebno omeniti tudi dejstvo, da so pri nekaterih oblikah depresivnosti kot npr. depresivnih epizodah ponovitve lahko pogoste in del bolezni oz. je potrebno upoštevati epizodično naravo depresivnosti (Weisz idr., 2006).

Zhou idr. (2015) so opravili sistematičen pregled raziskav in metaanaliz o učinkovitosti psihoterapij pri zdravljenju depresij pri otrocih in mladostnikih. Zajeli so 52 randomiziranih kontrolnih študij s skupno 3805 pacienti. Pri tem so zajeli študije, ki so preučevale različne oblike psihoterapije, medsebojne primerjave le-teh in primerjave s kontrolnimi skupinami. Preučenih je bilo 9 oblik psihoterapije: vedenjsko-kognitivna, kognitivna, vedenjska, interpersonalna, družinska, igralna, na probleme osredotočena («problem-solving»), psihodinamska in podpora («supportive») psihoterapija. Za bistveno bolj učinkoviti kot

kontrolne skupine v oblikah psihološkega placeba (»psychological placebo«), čakalne liste (»waiting list«) in običajnimi načini zdravljenja (»treatment-as-usual«) sta se izkazali samo VKT in interpersonalna psihoterapija. VKT in interpersonalna psihoterapija sta bili tudi bistveno bolj koristni kot igralna terapija (»play therapy«). Med devetimi preučevanimi oblikami psihoterapije sta se samo psihodinamska in igralna terapija izkazali kot nič bolj učinkoviti kot čakalna lista. Čakalna lista je bila izrazito manj učinkovita kot ne-zdravljenje. Učinkovitost v študijah spremljanja učinka je bila pri VKT in interpersonalni terapiji bistveno višja kot pri večini kontrolnih skupin. Prav tako sta v tem aspektu učinkovitejši od na probleme osredotočene terapije. Psihodinamska in na probleme osredotočena psihoterapija nista bili bistveno učinkovitejši kot čakalna lista, slednja pa je bila bistveno manj učinkovita kot vse ostale kontrolne oblike (Zhou idr., 2015). Avtorji tako zaključujejo, da sta se med preučeni psihoterapijami kot resnično učinkoviti izkazali zgolj interpersonalna in vedenjsko-kognitivna psihoterapija, pri čemer je učinek slednje na dolgi rok zelo nizek. Kadar je to možno, bi po mnenju avtorjev morala biti VKT in interpersonalna psihoterapija primarna izbira psiholoških metod zdravljenja spektra depresivnih motenj pri otrocih in adolescentih (Zhou idr., 2015). Potrebno je izpostaviti, da nekatere kognitivne metode pri otrocih ne delujejo zaradi prenizkih kognitivnih zmognosti.

V prejšnjem poglavju sem se dotaknil problematike nekaterih stranskih učinkov antidepresivov in nujnost po kritičnosti pri odločitvi za farmakološko zdravljenje. Ta vidik je pri otrocih in mladostnikih še toliko bolj pomemben, saj so bistveno bolj ranljiva skupina kot odrasla populacija. Bistveno je tudi razumevanje, da gre za obdobje odraščanja, v katerem se posameznik sooča z veliko konflikti in težavami, ki vplivajo na depresivnost oz. depresivno počutje. Pregled raziskav sicer jasno potrjuje učinkovitost psihoterapevtskega zdravljenja omenjene populacije, hkrati pa je potrebno izpostaviti tudi pomen podpore in razumevanje izven psihoterapevtskega procesa z vidika staršev, učiteljev in vrstnikov. Ti vidiki pomembno pripomorejo pri izboljšanju počutja in reduciranju depresivne simptomatike. Posledično navadno ni dovolj, da je otrok ali mladostnik psihoterapevtsko obravnavan, temveč je potrebna tudi vpletenost staršev pri reševanju stiske, ki se pri otroku pojavlja. Predvsem je potrebno izkazovanje podpore in razumevanje konkretnih dejavnikov, ki vplivajo na stisko in depresivno počutje otroka ali mladostnika.

Depresivnost pri mladostnikih je velikokrat lahko vezana na nekatera osnovna eksistencialistična vprašanja, iskanje smisla oz. osmišljanja svojega življenja. Shumaker (2012) izpostavi veliko uporabnost humanističnih oz. eksistencialističnih psihoterapevtskih pristopov. Opozarja na dejstvo, da je mnogim mlajšim psihologom manj znano združevanje eksistencialnih konceptov z ostalimi oblikami psihoterapije pri zdravljenju adolescentov z depresijami in anksioznimi motnjami. Empirično potrjene in najbolj preučevane oblike zdravljenja za depresivnost pri adolescentih, kot so VKT, interpersonalna psihoterapija in psihofarmakološko zdravljenje, so zagotovo zelo učinkovite. Obstaja pa kar nekaj konceptov eksistencialistične psihoterapije, ki so lahko učinkovito integrirani z omenjenimi psihoterapevtskimi pristopi in lahko dodatno ojačajo efekt psihoterapije. Uporaba oz. implikacija nekaterih konceptov eksistencialistične integrativne psihoterapije je pri zdravljenju adolescentov smiselna sploh zaradi dejstva, da adolescenti pogosto razmišljajo o smislu življenja oz. o eksistencialističnem vidiku življenja in da je dokazano, da so tudi zmožni razumevanja in zavedanja eksistencialističnih vprašanj oz. eksistencialističnega razmišljanja (Shumaker, 2012). Integracija eksistencialističnih konceptov v obstoječo terapijo je smiselna še posebej takrat, ko se pri adolescentu pojavljajo dvomi glede identitete, osamljenost, nezmožnost najti smisel v življenju, razmišljanja o smrti, primeri v katerih se



adolescent sooča s pomembnim preходом v življenju, izgubo oz. pomembno spremembo (npr. smrt prijatelja, bolezni, selitev) in ko je klientov odziv na empirično validirane metode in tehnike slab oz. majhen (Shumaker, 2012).

Čeprav je učinkovitost psihoterapije pri otrocih in adolescentih težje preučevati zaradi manjšega števila raziskav, pa pregled obstoječih raziskav jasno pokaže, da je psihoterapija (sploh v kliničnem okolju) lahko učinkovita tudi pri otrocih (Hunsley idr., 2013).

Depresija je pogost pojav tudi med starejšimi. Pri tej populaciji se pojavljata dve specifiki: starejši v primerjavi z mlajšo populacijo pogosteje navajajo subjektivno znižanje razpoloženja, hkrati pa je bistveno bolj izrazita preokupacija in strah pred telesnimi boleznimi (Tam in Chiu, 2011). Antidepresivi so tudi pri starejših učinkovita metoda zdravljenja, v učinkovitosti med različnimi skupinami antidepresivov pa prihaja do majhnih razlik. Psihoterapevske intervencije so pri geriatrični depresivnosti učinkovite tako same kot v kombinaciji s farmakoterapijo, pri zmernih in hudih oblikah depresivnosti pa je najučinkovitejša kombinacija psihoterapije in farmakoterapije (Tam in Chiu, 2011). Nekatere izmed najučinkovitejših psihoterapevtskih intervencij pri omenjeni populaciji so VKT in interpersonalna psihoterapija, na probleme osredotočena psihoterapija (problemsolving therapy) ter adaptirana oblika te intervencije za starejše z izvršilno disfunkcijo (*»executive dysfunction«*), ki je učinkovita pri reduciranju simptomov depresij (Tam in Chiu, 2011). Zraven omenjenih, avtorja izpostavljata tudi vedenjsko psihoterapevtsko intervencijo načrtovanja aktivnosti, ki spodbudi starejše k povečanju prijetnih aktivnosti in pozitivnih interakcij z okoljem, učinkovito pa je tudi izboljšanje socialne podpore, saj lahko zmanjša intenziteto osamljenosti in depresivnosti.

Da je psihoterapija učinkovita tudi pri starejši populaciji, so v svoji študiji ugotovili tudi Wei, Sambamoorthi, Olfson, Walkup in Crystal (2005), ki pa opozarjajo na dejstvo, da je psihoterapije deležnih zelo malo starejših pacientov. Na podlagi empiričnih podatkov, da je psihoterapija učinkovita pri zdravljenju depresivnosti tudi med starejšo populacijo, bi bilo potrebno izboljšati dostopnost psihoterapije za starejše oz. jih ozaveščati in vzpodbujati, da se udeležijo katere izmed psihoterapevtskih metod zdravljenja (Wei idr., 2005).

Samomor med starejšimi ni nič manj pogost kot pri ostalih populacijah. Tam in Chiu (2011) celo navajata, da je v nekaterih državah stopnja samomorilnosti pri starejših višja. Velik del problema izvira iz dejstva, da kljub pogostosti depresij pri starejših te pogostokrat niso prepoznane ali pa dovolj učinkovito zdravljene. Korak naprej, ki bi lahko nekoliko znižal stopnjo samomorilnosti pri omenjeni populaciji, je boljše prepoznavanje in diagnosticiranje depresij pri starejših in pravočasne oz. zgodnejše intervencije (Tam in Chiu, 2011).

### **4.3 Psihoterapija in preprečevanje samomorilnosti**

Samomorilnost je globalen problem, v Sloveniji pa je stopnja samomorilnosti zelo visoka, kljub upadu v zadnjih letih. Menim, da je tematika v sklopu raziskovanj učinkovitosti psihoterapije depresivnosti nekoliko zapostavljena in se jo obravnava v sklopu depresije oz. zgolj kot enega izmed simptomov depresije. Posledice samomora so trajne in nepreklicne, zato si zasluži posebno in podrobno obravnavo.

Matthews (2013) po pregledu večih raziskav o učinkovitosti VKT pri delu s samomorilnimi pacienti izpostavlja primanjkljaj študij, ki bi se osredotočale specifično na samomorilnost. Sicer obstajajo dokazi, da je lahko VKT učinkovita pri reduciranju samomorilnih poskusov, vendar do jasnih zaključkov ne moremo priti, sploh zaradi pomanjkanja študij in dejstva, da pregled raziskav ne pokaže, kateri vidiki in metode

psihoterapije so ključne za to področje, enako pa velja za frekvenco, trajanje in intenziteto VKT (Matthews, 2013).

Bartlett, Siegfried in Witte (2012) opozarjajo na dejstvo, da v praksi terapevti in ostali strokovnjaki iz področja duševnega zdravja velikokrat zapostavijo problematiko samomorilnosti oz. ne opravijo ocene tveganja samomorilnosti pri klientih. Ena izmed vodilnih slovenskih strokovnjakinj na področju samomora, Onja Tekavčič-Grad (1995), izpostavlja dejstvo, da samomor skoraj nikoli ni dokončno nespremenljiva odločitev, saj se v vsakem samomoru skrivata tako želja po smrti kot želja po spremembi in pomoči. Večino samomorov se da preprečiti (Tekavčič-Grad, 1995), seveda pa je ključnega pomena prepoznati samomorilnost in oceniti stopnjo tveganja.

Pri tem je pomembno izpostaviti tudi dejstvo, da pri obravnavi samomora ni tako pomembna zgolj paradigma oz. metoda sama, temveč tudi nekateri procesni vidiki psihoterapije, predvsem odnos med terapevtom in pacientom. Dedić (2012) tako izpostavlja, da je pri uspešni terapiji s pacienti izjemnega pomena terapevtova čustvena in aktivna vpletenost v proces zdravljenja – največjo pozornost je potrebno posvetiti pristnemu odnosu in ne transferju. Terapevt mora biti na voljo kot varen objekt, s katerim se lahko pacient identificira, pomembno pa je, da v pacientu prepozna oz. se osredotoči na njegove zmožnosti in kvalitete, potrebne za uspešno in zrelo funkcioniranje (Dedić, 2012).

Brown idr. (2005) so izvedli eno izmed redkih poglobljenih študij s področja psihoterapevtske obravnave samomorilnosti. V študiji so zajeli 120 posameznikov, ki so poskušali storiti samomor in so prejeli zdravniško ali psihiatrično pomoč v roku 48 ur po poskusu. Namen študije je izhajal iz želje po preučitvi učinkovitost psihoterapije pri preprečevanju ponovnih poskusov samomora oz. zdravljenju samomorilnosti, pri čemer so se avtorji osredotočili na interval 18-ih mesecev. Uporabljena psihoterapevtska intervencija je bila kognitivna psihoterapija. Rezultati randomizirane kontrolne študije so pokazali, da je lahko krajša oblika kognitivne psihoterapevtske intervence učinkovita pri preprečevanju samomorilnih poskusov pri odraslih, ki so nedavno poskušali storiti samomor. Študija je pokazala, da so v obdobju 18 mesecev udeleženci kognitivne psihoterapije imeli približno 50 % manjšo verjetnost ponovnega poskusa samomora v primerjavi z udeleženci, ki so bili deležni zdravljenja po običajnih načinih (»usual care«) (Brown idr., 2005). Omenjena raziskava je vsekakor izjemnega pomena. Koncept raziskave izhaja iz dejstva, da so pretekli poskusi samomora eden izmed zelo pomembnih dejavnikov tveganja za ponovitev dejanja (Bridge, Goldstein in Brent, 2006). Marušič in Zorko (2003) navajata predhodne poskuse samomora kot najzanesljivejši napovedni dejavnik samomora.

Ker je samomorilnost oz. samomorilne misli eden izmed kriterijev oz. simptomov praktično vseh oblik depresivnih motenj, je vsekakor nujno, da se ga obravnava pri vsaki psihoterapiji ali psihološki intervenci in da se pri vsakem pacientu, če tudi navzven ne deluje samomorilno ali samomorilnost jasno zanika, temu področju temeljito posvetiti in se oceni oz. prepozna morebitno suicidalno ogroženost.

Ključna je tudi uporaba psihoterapevtskih intervenc, specifično osredotočenih na samomorilne misli in vedenja (Brown in Jager-Hyman, 2014). Čeprav pregled in analiza raziskav kažeta na dejstvo, da je psihoterapija uporabna in učinkovita tudi pri delu s samomorilnimi klienti in da lahko z njo učinkovito pomagamo osebam s samomorilnimi misli in posledično nižamo stopnjo suicidalnosti, je potrebno poudariti, da obstaja zelo malo raziskav iz omenjenega področja in da je glede na visoko stopnjo samomorilnosti zelo izrazita potreba po natančnejšem in obsežnejšem raziskovanjem učinkovitosti različnih psihoterapevtskih intervenc in metod dela (kot npr. zgoraj omenjena raziskava Browna idr.,

2005), s katerimi lahko učinkovito rešujemo problematiko suicidalnosti ter jo že v samem začetku lažje ocenimo oz. evalviramo (Brown in Jager-Hyman, 2014). Samomor torej še vedno ostaja tveganje in problem pri vseh starostnih populacijah.

Pri obravnavi samomorilnosti sem jasno izpostavil, da se samomore z ustrezno obravnavo lahko preprečuje, žal pa se v naši družbi pojavlja resen problem stigmatizacije samomora. Tudi pri psihoterapevtskih in psihiatričnih obravnavah se samomorilnost včasih spregleda oz. se ji ne posveti dovolj pozornosti. Za uspešno preventivo samomorilnosti je ključnega pomena tako sistematično preverjanje morebitnih znakov suicidalnosti s strani stroke pri prav vseh pacientih kot tudi boljše razumevanje problematike s strani družbe, pri čemer je zelo pomembno ozaveščanje ljudi in boj proti stigmatizaciji. Pomen tega jasno povzame in strne sledeča misel:

*»Samomoru smo bili priča v preteklosti, daljni in bližnji, srečujemo ga danes in ga bomo očitno tudi v prihodnje. Pojavlja se povsod po svetu, v različnih družbenih in geografskih okoljih. Samomorov je več vrst, le malo jim je zares skupnega. Četudi jih iztržemo iz konteksta njihovih individualnih zgodb in jih enotno opredelimo kot "namensko jemanje lastnega življenja, ki se konča s smrtjo", se nam tu in tam še vedno kak primer izmuzne; denimo ideološki samomor, pri katerem jemanje lastnega življenja ni primarni motiv. Treba je upoštevati tudi družbene okvirje. Ne družbo kot eno izmed pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja, temveč družbo kot odločilno pri najverjetnejšem odzivu na posamezen samomor« (Marušič in Zorko, 2003, str. 10).*

Samomorilnosti posledično ne smemo obravnavati zgolj kot individualni problem posameznika, temveč moramo razumeti problem tudi skozi prizmo kulture oz. družbe.

#### **4.4 Zdravljenje kroničnih in težjih oblik depresije**

Pomembno pozornost pri raziskovanju je potrebno posvetiti tudi hujšim oblikam depresij in vprašanju, kako učinkovita je psihoterapija pri tovrstnih primerih.

Pod kronične oblike štejemo depresivnost, ki traja več kot 12 mesecev, primeri tovrstnih motenj pa so distimija, kronična velika depresivna motnja (oz. velika depresivna motnja, ki traja več kot 24 mesecev), dvojna depresija (hkratna diagnoza distimije in velike depresivne motnje) ter ponavljajoča se velika depresivna motnja z nepopolnimi okrevanji med epizodami (Jobst idr., 2015). Značilnost kroničnih oblik depresije je tudi manjša odzivnost na zdravljenje, tako farmakološko kot tudi psihoterapevtsko (Jobst idr., 2015). Zaradi podobnosti med naštetimi oblikami depresivnosti nekateri strokovnjaki menijo, da bi bila boljša klasifikacija depresivnih motenj v 2 skupini, spekter akutnih in spekter kroničnih oblik depresivnosti. Okrog 40 % posameznikov s kroničnimi oblikami depresivnosti hkrati izpolnjuje tudi kriterij za diagnozo *na zdravljenje odporne depresije* (Jobst idr., 2015).

Cuijpers idr. (2010) so v metaanalizi zajeli 16 randomiziranih študij, ki so preučevala učinke psihoterapije pri kroničnih oblikah depresije. Psihoterapija se je v primerjavi s kontrolnimi skupinami izkazala kot učinkovitejša, vendar manj učinkovita kot farmakoterapija. Kombinirano zdravljenje se je izkazalo za najbolj učinkovito, sploh v primerjavi s psihoterapijo brez dodanega farmakološkega zdravljenja, ob tem pa je potrebno izpostaviti, da je za optimalno delovanje in učinkovitost psihoterapije pri bolnikih s kroničnimi oblikami depresivnosti potrebno nekoliko več časa kot pri manj kroničnih, vsaj 18 seans (Cuijpers idr., 2010). Psihoterapija je tako učinkovita tudi pri zdravljenju distimije in ostalih kroničnih oblik depresije.

Nanni, Uher in Danese (2012) so opravili meta analizo 10 kliničnih študij s skupno 3098 udeleženci ter odkrili, da je ključen dejavnik, povezan z neodzinstvo ali remisijo med zdravljenjem depresije, zloraba v otroštvu. Pri vzdrževanju depresivnosti igrajo pomembno vlogo tudi interpersonalne disfunkcije (Jobst idr., 2015).

Jobst idr. (2015) tako predlagajo, da je pri zdravljenju depresivnosti potrebno posvetiti posebno pozornost razumevanju razlik med akutnimi in kroničnimi oblikami depresivnosti ter poznati ključne dejavnike, povezane s kronično depresijo. Posledično bi se morala psihoterapija prilagoditi posebnim aspektom in težavam, ki se pojavljajo pri kroničnih oblikah, hkrati pa se posvetiti tudi klientu samemu – njegovim specifičnim težavam.

Ishizaki in Mimura (2011) navajata, da je kombinirano zdravljenje s psihoterapijo in antidepresivi pri distimiji najučinkoviteje – ob tem izpostavljata, da je na voljo veliko psihoterapij, ki so lahko učinkovite pri zdravljenju distimije, sploh VKT, interpersonalna in psihodinamska.

Pri zdravljenju distimije in ostalih kroničnih oblik depresivnosti se posebno pozornost posveča metodi CBASP – *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (kognitivno vedenjski psihoterapevtski model analize)*. Gre za formo psihoterapije, ki je bila razvita specifično za paciente s kronično depresijo (Ishizaki in Mimura, 2011). Jedro je v situacijski analizi (situational analysis), gre pa zelo strukturirano tehniko, ki uči kronično depresivne paciente obvladovanja problematičnih interpersonalnih izkušenj. Paciente vzpodbudi, da se osredotočijo na posledice njihovega vedenja in da uporabljajo algoritem reševanja težav kot pomoč pri razumevanju in shajanju s problematičnimi interpersonalnimi izkuštvami (Ishizaki in Mimura, 2011). Metoda je bolj strukturirana in direktivna kot klasična interpersonalna psihoterapija, osredotoča pa se na spodbuditev pacienta, da prepozna vpliv svojih vedenjskih in kognitivnih vzorcev na interpersonalne odnose in vedenje.

Psihoterapija kroničnih oblik depresivnosti je posledično precejšen izziv. Še toliko bolj spričo dejstva, da je posebna pozornost kroničnim oblikam depresivnosti in raziskovanju te specifikke posvečena šele od nedavnega. Kronične oblike depresivnosti bolnika močno prizadenejo in lahko imajo trajen vpliv na njegovo življenje in funkcioniranje, posamezniki s tovrstnimi težavami pa so pogostokrat manj odzivni pri klasičnih oblikah psihoterapije (Jobst idr., 2015). Avtorji so pri pregledu večih študij odkrili, da ima kombinirano zdravljenje s psihoterapijo in farmakoterapijo pogostokrat dodano vrednost, čeprav v nekaterih večjih raziskavah kombinirano zdravljenje po učinkovitosti ni izstopalo.

Po pregledu raziskav z vidika kroničnih ali akutnih depresivnosti postane jasno, da so izsledki različni. Vsekakor več raziskav podpira najvišjo učinkovitost kombiniranega zdravljenja tako z antidepresivi kot psihoterapijo (npr. Cuijpers idr., 2010), smiselno pa je tudi omeniti, da lahko psihoterapija pri bolj kompliciranih in kroničnih oblikah vzame dalj časa oz. traja več seans (Cuijpers idr., 2010). Vsekakor menim, da v tem poglavju navedene raziskave in viri dovolj jasno nakazujejo, da je prepoznavanje kroničnih oblik depresivnosti pri psihoterapevtski obravnavi zelo pomembno ter da so posamezniki s kroničnimi oblikami depresivnosti lahko nekoliko manj odzivni tako na psihoterapijo kot tudi na farmakoterapijo. Posledično se pojavlja potreba, da se v prihodnosti dodatno raziskuje morebitne prilagoditve psihoterapije za posameznike s kroničnimi oblikami depresivnosti, hkrati pa je bistvenega pomena tudi to, kar izpostavljajo Jobst idr. (2015) – proces psihoterapije se naj prilagaja tudi individualnim karakteristikam specifičnega klienta in njegovemu poteku kronične depresije. Dodatno bi izpostavil še distimijo. Čeprav je po navedenih definicijah in klasifikacijah v uvodnem delu magistrskega dela izpostavljena in opredeljena kot blažja, vendar kronična oblika depresivnosti, pri kateri so simptomi manj izraziti in številčni kot pri veliki depresivni

motnji, pa omenjeni dejavniki ne smejo zavesti in dati vtisa, da je distimija manj resna težava. Prav zaradi kronične narave bolezni in vztrajanja simptomatike vsakodnevno skozi daljše časovno obdobje lahko bolezen močno oteži posameznikovo počutje in dojetje sveta. Če pri tem upoštevamo še manjšo odzivnost posameznikov z distimijo na nekatere klasične oblike zdravljenja, postane jasno, da gre za resno in kronično obliko depresivnosti, ki močno zaznamuje posameznikovo vsakodnevno funkcioniranje.

## **4.5 Pregled učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj z vidika psihoterapevtskih paradigem**

### **4.5.1 Vedenjsko-kognitivna psihoterapija**

Cuijpers, van Straten in Warmerdam (2007) so v metaanalizo vključili 16 raziskav s skupno 780 udeleženci. Osredotočili so se na eno izmed vedenjskih tehnik zdravljenja depresije – tehniko načrtovanja aktivnosti. Lewinsohn, Biglan and Zeiss (1976, v Cuijpers idr., 2007) so na podlagi ugotovitev raziskav, da obstaja signifikantna povezava med razpoloženjem in številom aktivnosti, v katere je posameznik vključen – depresivni ljudje zaznavajo manj aktivnosti kot prijetne in so posledično ne samo vključeni v manj aktivnosti, temveč tudi dobijo manj pozitivnih podkrepitev – oblikovali vedenjsko metodo zdravljenja depresije, kjer se pacienti učijo tehnike nadziranja razpoloženja in načrtovanja dnevnih aktivnosti ter zaznavanjem povezave. Pacienti se nato naučijo, kako doseči povišanje udeležnosti v prijetnih aktivnostih in povišanjem pozitivnih izkušenj z okoljem. Pri tem pristopu je velik del pozornosti namenjen socialnim veščinam in interakcijam z drugimi ljudmi (Cuijpers idr., 2007). Kot intervencije, ki sodijo v tehniko načrtovanja aktivnosti, so raziskovalci upoštevali intervence, kjer je zaznavanje pozitivnih aktivnosti in povišanje pozitivnih interakcij osebe z okoljem jedro oz. sestavni del psihoterapije. Cuijpers idr. (2007) so po pregledu raziskav ugotovili, da je načrtovanje aktivnosti zelo učinkovito pri zdravljenju depresije pri odraslih in primerljivo z drugimi psihološkimi metodami in zdravljenju z antidepressivi.

Rezultate avtorji interpretirajo kot morebitno podporo hipotezi, da so vsa psihološka zdravljenja enako učinkovita in da je učinkovitost zdravljenja v prvi vrsti odvisna od odnosa med pacientom in terapevtom ter pacientovimi pričakovanji glede uspešnosti terapije. Načrtovanje aktivnosti je torej učinkovita metoda pri zdravljenju depresije, sploh upoštevajoč preprostost metode. Čeprav metodi načrtovanja aktivnosti v zadnjih letih ni bilo posvečene veliko pozornosti kot samostojni tehniki, pa je sestavni del mnogih drugih vedenjsko-kognitivnih pristopov, ki so se izkazali kot učinkoviti, praktična pa je tudi pri zahtevnejših pacientih (izmed zajetih raziskav je bila ena izvedena na psihiatrični populaciji z depresijo in ena pri depresivnih pacientih z demenco), saj ne zahteva veliko znanja in napora tako s strani pacienta kot psihoterapevta (Cuijpers idr., 2007).

Hofmann idr. (2012) so se preučevanja učinkovitosti lotili nekoliko drugače, v širšem smislu. Osredotočili so se na učinkovitost vseh terapij, ki izhajajo iz vedenjsko-kognitivne paradigme in preučili 269 študij o učinkovitosti VKT glede na različne duševne bolezni in v primerjavi s psihoterapijami, izhajajočimi iz drugih psiholoških paradigem. Večina študij, zajetih v raziskavi (84 %), je bila izdana po letu 2004, kar pomeni, da so zajete predvsem novejšje študije. Iz spektra depresivnih motenj razpoloženja so se osredotočili na depresijo in distimijo. Ugotovili so, da je VKT terapija učinkovitejša v primerjavi s kontrolnimi skupinami (npr. čakalna lista ali skupina brez terapij). V primerjavi z ostalimi oblikami psihoterapije, kot

so psihodinamska psihoterapija, na reševanje problemov osredotočena terapija in interpersonalna psihoterapija, so bili rezultati mešani. Hofmann idr. (2012) namreč navajajo, da so metaanalize potrdile, da je VKT enako učinkovita v primerjavi z ostalimi psihološkimi terapijami, v nekaterih študijah pa so rezultati nakazovali, da je VKT učinkovitejša. V primerjavi s psihofarmakološkimi pristopi je bila ugotovljena podobna učinkovitost med VKT in medikamentoznim zdravljenjem kroničnih simptomov depresije (Hofmann idr., 2012), ob čemer so nekatere študije indicirale, da je lahko farmakoterapija uporabna sploh v kombinaciji z VKT.

Posebno obliko populacije predstavljajo otroci. Učinkovitost VKT pri zdravljenju depresije pri otrocih je sicer nižja kot pri zdravljenju anksioznih motenj, vendar še vedno učinkovita – v primerjavi z ostalimi oblikami psihoterapije, kot so npr. interpersonalna psihoterapija in sistemska družinska terapija, bistvenih razlik v učinkovitosti ni (Hofmann idr., 2012). Zaradi stranskih učinkov nekaterih zdravil, sploh pri antidepresivih iz skupine selektivnih inhibitorjev ponovnega privzema serotonina, nekateri smatrajo VKT kot precej boljšo izbiro (Haby, Tonge, Littlefield, Carter in Vos; v Hofmann idr., 2012). Problematiko stranskih učinkov zdravil pri otrocih sem v magistrskem delu že izpostavil. Izsledki nakazujejo, da je VKT učinkovita metoda tudi pri otrocih, vendar je ob tem potrebno upoštevati, da vse oblike in metode, sploh tiste, vezane na kognicijo, pri otrocih niso primerne zaradi nižjih kognitivnih zmognosti.

Pri starejših odraslih so praktično vse metaanalize pokazale, da je VKT učinkovitejša kot vključenost v kontrolne skupine in čakalno listo ter enakovredna v primerjavi z ostalimi psihoterapijami kot sta npr. interpersonalna in psihodinamska (Hofmann idr., 2012). V primerjavi s splošno populacijo, pri starejših VKT kot dodatek oz. okrepitev zdravljenja z antidepresivi ni povišala učinkovitosti antidepresivov (Peng idr., 2009; v Hofmann idr., 2012). Bistvenih razlik med učinkovitostjo individualne in skupinske VKT na podlagi raziskav ni možno zaznati (Hunsley idr., 2013).

Navedene raziskave potrjujejo učinkovitost vedenjsko-kognitivne psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj. VKT je tako učinkovitejša od placeba in primerljiva z ostalimi oblikami psihoterapije, ob čemer nekatere raziskave navajajo tudi višjo učinkovitost vedenjsko-kognitivne psihoterapije. VKT torej ostaja najbolj raziskan in tudi najpogosteje uporabljan pristop pri zdravljenju depresivnih motenj z izčrpnimi empiričnimi dokazi. Vsekakor pa je na mestu pomembno navesti tudi nekatere pomanjkljivosti. Glavni očitke vedenjsko-kognitivne psihoterapije izhaja iz dejstva, da se omenjeni pristop v veliki meri osredotoča na vedenje in miselne procese posameznika, ob tem pa se nekoliko zapostavi globlje vzroke in izvore depresivnih motenj. Prav tako je glavni fokus terapije na sedanosti, vidik preteklosti pa je nekoliko potisnjen na stran. Zgolj odprava motečih simptomov in sprememba vedenja še namreč ne pomeni, da je oseba predelala negativne izkušnje in da so vzroki uspešno odpravljeni. Kljub omenjenim kritikam je VKT pri velikem številu ljudi dokazano zelo učinkovita, pomembno pa se mi zdi izpostaviti, da je lahko nekoliko manj učinkovita pri nekaterih posameznikih s težjimi oblikami depresivnih motenj, sploh kadar vzroki izhajajo iz globokih travm daljne preteklosti. V takih primerih je velikokrat učinkovitejša psihodinamska psihoterapija, ki vidiku preteklosti posveča bistveno več pozornosti in bo obravnavana v naslednjem poglavju.

Potrebno je še izpostaviti, da obstaja zelo malo raziskav o učinkovitosti vedenjsko-kognitivne terapije pri zdravljenju depresivnih motenj pri specifičnih skupinah oz. skupinah, ki jih je težje najti. Z izjemo otrok in starejših odraslih skorajda ni raziskav, ki bi se

osredotočale na nekatere specifične skupine, kot so npr. etične manjšine ali ljudje z nižjimi dohodki, subkulture, religiozni posamezniki ipd.

#### **4.5.2 Psihodinamska psihoterapija**

Psihodinamska psihoterapija je pri zdravljenju depresivnosti bistveno manj raziskana psihoterapevtska metoda kot VKT in interpersonalna psihoterapija (Dekker idr., 2014).

Abbass, Hancock, Henderson in Kisely (2014) so v metaanalizi zajeli 23 študij naključno izbranih 1431 pacientov s pogostimi duševnimi boleznimi. Študije so evalvirale učinkovitost krajših oblik psihodinamske psihoterapije pri zmanjšanju simptomatike splošne, somatične, anksiozne in depresivne narave. Za večino kategorij bolezni je terapija občutno izboljšala stanje v primerjavi s kontrolnimi skupinami. Potrebno pa je izpostaviti heterogenosti študij in dejstvo, da je vsako izmed kategorij bolezni preučilo malo raziskav (Abbass idr., 2014). Posledično se zaradi bolj posplošene oblike raziskovanja težko pride do trdnih zaključkov. Kljub temu pa so avtorji mnenja, da lahko krajše oblike psihodinamskih psihoterapij vsaj minimalno do zmerno pripomorejo k izboljšanju simptomatike.

Driessen idr. (2015) so že leta 2010 izvedli metaanalizo raziskav o učinkovitosti krajših psihodinamskih psihoterapij, zaradi mnogih novih raziskav v zadnjih letih pa so metaanalizo posodobili. V metaanalizo so tako skupno vključili 54 študij z 3946 kandidati. Na podlagi analiz so uspeli ugotoviti, da so krajše oblike psihodinamske psihoterapije učinkovitejše tako kot kontrolne skupine kot tudi na splošno. Prav tako študije potrjujejo učinkovitost na dolgi rok, saj so bili učinki psihoterapije vidni tudi 1 leto po zaključku terapije (Driessen idr., 2015). Zelo opazna razlika v učinku po zaključku zdravljenja v primerjavi z drugimi oblikami psihoterapije pa se je pojavila glede na to, ali je bila psihodinamska terapija izvedena v individualni ali skupinski obliki. Individualna psihodinamska psihoterapija se je izkazala kot enako učinkovita napram ostalim primerjanim psihoterapijam, tako po zaključku zdravljenja kot tudi na študijah spremljanja učinka. Skupinska psihodinamska psihoterapija pa se je izkazala kot bistveno manj učinkovita napram primerjanim psihoterapijam (Driessen idr., 2015). Avtorji zaključujejo, da se krajše oblike psihodinamske psihoterapije lahko smatrajo kot empirično potrjene metode zdravljenja depresije, sploh če so izvedene v individualni obliki.

Dekker idr. (2014) so v pregledu učinkovitosti krajših oblik podporne psihodinamske psihoterapije pri zdravljenju depresije preučili pet randomiziranih kliničnih zdravljenj depresivnosti. Na podlagi tega so prišli do spoznanja, da lahko krajše oblike podpornih psihodinamskih psihoterapij pri zdravljenju depresivnosti smatramo kot empirično potrjene – v kombinaciji s farmakoterapijo prinašajo višjo učinkovitost kot samo farmakoterapevtsko zdravljenje. Avtorji bistvenih razlik med krajšimi psihodinamskimi podpornimi psihoterapijami in VKT niso odkrili.

Ribeiro, Ribeiro in von Doellinger (2018) poudarjajo, da psihodinamski psihoterapevtski model zajema heterogeno skupino različnih intervenc, izhajajočih iz zgodnjih psihoanalitičnih koceptualizacij. Sodobna literatura dokazuje, da lahko psihodinamska psihoterapija veliko prispeva pri zdravljenju duševnih motenj in pripomore k pozitivnemu izidu terapije ter je učinkovita tudi pri preprečevanju ponovitve bolezni (Ribeiro idr., 2018). Zadnja leta naraščajo tako empirični dokazi kot tudi metaanalize, ki potrjujejo učinkovitost psihodinamske psihoterapije pri zdravljenju motenj depresivnega spektra (Ribeiro idr., 2018).

Na tem mestu bi izpostavil, da se velik del študij učinkovitosti psihodinamskih oblik psihoterapije osredotoča na krajše oblike le-teh in na nekatere novejšje pristope, ki so se razvili znotraj psihodinamske psihoterapevtske paradigme. Klasični psihoanalitični psihoterapevtski pristopi, ki se bolj opirajo na zgodnejše psihoanalitične konceptualizacije, praviloma trajajo dlje časa – za doseg učinkovitosti pri zdravljenju depresivnih motenj je tako potrebno večje število psihoterapevtskih seans. Ta dejavnik je upoštevan pri večini raziskav medsebojnih primerjav učinkovitosti različnih psihoterapevtskih paradigem, navedenih v magistrskem delu.

#### 4.5.3. Interpersonalna psihoterapija

Van Hees, Rotter, Ellermann in Evers (2013) so preučili učinkovitost interpersonalne psihoterapije pri zdravljenju velike depresivne motnje pri odraslih. Pregled je pri nekaterih vključenih heterogenih študijah pokazal nekonsistentne rezultate, v splošnem pa se je interpersonalna psihoterapija izkazala kot enako učinkovita kot VKT (van Hees idr., 2013). Tudi primerjava farmakološkega zdravljenja z interpersonalno psihoterapijo večjih odstopanj v učinkovitosti ni pokazala. Avtorji so tako zaključili, da so razlike majhne in nesignifikantne. Tudi Lemmens idr. (2015) so v pregledu metaanaliz primerjali učinkovitost interpersonalne psihoterapije s kognitivno psihoterapijo in ugotovili, da do bistvenih razlik v učinkovitosti ne prihaja.

Cuijpers, Geraedts idr. (2011) so v metaanalizi zajeli 38 študij s 4356 pacienti. V primerjavi z ostalimi oblikami psihoterapij se je na evalvaciji po zaključku terapij interpersonalna terapija izkazala kot nekoliko učinkovitejša, vendar rezultati niso bili statistično signifikantni, zato do zaključka, da bi bila interpersonalna terapija učinkovitejša od ostalih oblik psihoterapij, ne moremo priti. Avtorji so se v okviru analize osredotočili tudi na distimijo. Odstranitev študij, ki so se osredotočale na distimijo, pri medsebojni primerjavi učinkovitosti interpersonalne psihoterapije z ostalimi ni igrala vloge. V primerjavi s farmakološkim zdravljenjem je bila razlika v učinkovitosti primerljiva, po odstranitvi osamelca oz. »outlier študije« (študija, katere rezultat se glede na opredeljena merila bistveno razlikuje od drugih) pa se je farmakoterapija izkazala za učinkovitejšo metodo zdravljenja. Pri odstranitvi študij, ki so se osredotočale na distimijo, so bili rezultati identični. V 10 študijah so bili primerjani učinki kombiniranega zdravljenja interpersonalne terapije in farmakoterapije s samo farmakološkim zdravljenjem. Kombinacija zdravljenja se je izkazala za učinkovitejšo, vendar razlika ni bila statistično pomembna (Cuijpers, Geraedts idr., 2011). Interpersonalna psihoterapija je bila preučena tudi kot vzdrževalno zdravljenje (*»maintenance treatment«*) pri pacientih, ki so se ozdravili depresivne motnje. Rezultati nakazujejo, da je vzdrževalna interpersonalna psihoterapija v kombiniranemu zdravljenju s farmakoterapijo bistveno bolj znižala verjetnost ponovitve bolezni kot samo farmakoterapevtska vzdrževalna terapija. Posledično lahko zaključimo, da z vidika ponovitve bolezni interpersonalna psihoterapija kot dodatek zdravljenju s farmakoterapijo lahko igra pomembno vlogo.

Avtorji so pri več vidikih analize izolirali študije, ki so se osredotočale na posameznike z distimijo in ugotovili, da te niso vplivale na končne rezultate učinkovitosti. Žal pa niso naredili analize oz. primerjave študij, osredotočenih izključno na distimijo v medsebojni primerjavi, zaradi česar na podlagi omenjene študije ne moremo priti do zaključka, ali je interpersonalna psihoterapija enako učinkovita pri distimiji kot pri ostalih motnjah depresivnega spektra.



Cuijpers, Donker, Weissman, Ravitz in Cristea (2016) so pri pregledu metaanaliz učinkovitosti interpersonalne psihoterapije ugotovili, da je ta učinkovitejša v kombinaciji z antidepressivi kot v samostojni obliki. Interpersonalna psihoterapija je lahko učinkovita tudi pri zdravljenju akutnih faz depresije, tako v samostojni obliki kot tudi dodatek k zdravljenju z antidepressivi.

Pet študij se je osredotočilo tudi na učinek interpersonalne psihoterapije pri preprečevanju razvoja depresivnih motenj in učinkovitosti pri zdravljenju začetnih faz depresivnih motenj (Cuijpers idr., 2016). Študije so zajemale posameznike z depresivno simptomatiko, ki pa niso imeli diagnosticirane velike depresivne motnje oz. niso izpolnjevali vseh kriterijev za diagnozo. Verjetnost razvoja velike depresivne motnje je bila pri posameznikih, deležnih interpersonalne psihoterapije, nekoliko nižja kot pri posameznikih v kontrolnih skupinah. Na tem mestu se ponovno izkaže pomen preventive in prepoznavanja depresivne simptomatike, še preden se ta razvije v resnejšo bolezen, kar sem izpostavil že na samem začetku magistrskega dela. Izsledki raziskav dokazujejo, da se nekatere depresivne simptome lahko uspešno psihoterapevtsko obravnava v začetnih fazah in se s tem prepreči razvoj bolezni. Interpersonalna psihoterapija je uporabna še posebej takrat, ko je simptomatika depresivnih motenj močno vezana na okolje in medosebne odnose. S poglobljenim razumevanjem medosebnih odnosov in njihove dinamike se lahko veliko stisk posameznikov razreši, preden se razvijejo v bolj komplicirane oblike depresivnosti, kar je še toliko bolj na mestu pri populaciji mladostnikov, kjer je depresivna stiska pogostokrat vezana na socialno okolje in odnose z vrstniki ter starši.

Cuijpers idr. (2016) so preučili tudi učinkovitost vzdrževalne interpersonalne psihoterapije po ozdravitvi depresij, z namenom preprečitve ponovitve bolezni. Kombinacija vzdrževalne interpersonalne psihoterapije (1x na mesec) v kombinaciji z redno (dnevno) uporabo zdravil se je izkazala za bistveno učinkovitejšo pri preprečevanju ponovitve bolezni kot samo farmakološko zdravljenje ter kot učinkovitejšo tudi v primerjavi s samostojno vzdrževalno interpersonalno psihoterapijo enkrat na mesec. Pri odstranitvi osamelca so bili rezultati še vedno identični, izkazalo pa se je, da ni bistvene razlike med učinkovitostjo enkrat mesečne vzdrževalne interpersonalne psihoterapije v primerjavi s farmakoterapijo, v primerjavi s placebom pa se je interpersonalna psihoterapija izkazala za bistveno bolj učinkovito (Cuijpers idr., 2016).

Pregled raziskav v pričujočem poglavju nakazuje, da je interpersonalna psihoterapija učinkovita tako pri zdravljenju akutne depresije kot tudi pri preprečevanju nastanka oz. razvoja depresij, hkrati pa je učinkovita kot vzdrževalna psihoterapija po uspešnem zaključenem zdravljenju.

#### **4.6 Kritike raziskav učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresije**

Kljub mnogim kvalitetnim raziskavam, ki potrjujejo učinkovitost psihoterapije, se pojavljajo določene kritike. Parker in Fletcher (2007) opozarjata na nekatere možne pomanjkljivosti študij in metod preučevanja učinkovitosti psihoterapije. Kot eno izmed pomanjkljivosti navajata, da lahko pri preučevanju učinkovitosti veliko vlogo igra dejstvo, da gre pri psihoterapiji za zdravljenje oz. za proces, od katerega se že v sami osnovi pričakuje določena učinkovitost, kar posledično tudi vpliva na končno učinkovitost. Parker in Fletcher (2007) tudi izpostavita, da se veliko raziskav ne osredotoča na specifične komponente psihoterapij, temveč so preveč splošne, s čimer se izgubi preglednost nad tem, kateri dejavniki neke psihoterapije so ključni pri učinkovitosti.

Veliko študij s področja učinkovitosti psihoterapije, omenjenih v magistrskem delu, se osredotoča na splošno učinkovitost psihoterapije oz. zajamejo širši sklop različnih metod in oblik terapije znotraj nekega pristopa, navedene pa so tudi študije, ki preučujejo posamezne komponente znotraj pristopov oz. se osredotočajo na bolj konkretne in specifične komponente ali metode, kot npr. raziskava Cuijpersa idr. (2007), ki so se v svoji raziskavi učinkovitosti vedenjskih tehnik zdravljenja depresije osredotočili na tehniko načrtovanja aktivnosti.

Parker in Fletcher (2007) nadalje izpostavita problem pristranskosti raziskovalcev («therapy allegiance»). Metaanaliza več kot petdesetih študij psihoterapije pri zdravljenju depresije je pokazala, da obstaja visoka povezava med terapevtsko usmeritvijo raziskovalca in tem, da se njihov pristop v raziskavi izkaže za učinkovitejšega od primerjanega (Robinson, Berman in Neimeyer, 1990, v Parker in Fletcher, 2007). Leykin in DeRubeis (2009) pa sta po obširnejšem pregledu literature prišla do sklepa, da je na podlagi obstoječih raziskav in literature hipotezo o pristranskosti oz. vlogi terapevtove usmeritve na rezultat študije težko tako potrditi kot zavreči. Obenem obstaja zelo malo raziskav, ki bi uporabile analitične strategije, ki bi omogočale kavalne zaključke med povezavo usmerjenosti terapevta in rezultati študije (Leykin in DeRubeis, 2009).

Kamenov idr. (2017) so po pregledu literature, raziskav in pogovorov z eksperti ter intervjuji s pacienti kritično preučili obstoječe raziskave učinkovitosti psihoterapije ter se osredotočili na nekatere aspekte, ki bi lahko bili izboljšani oz. na nekatere vidike, ki so pogostokrat spregledani. Kot eno izmed kritik omenjajo osredotočenost raziskav učinkovitosti psihoterapije na simptomatske izide psihoterapije in zanemarjanje ostalih aspektov posameznikovega funkcioniranja. Veliko študij vključuje vprašalnike, ki se osredotočajo na posameznikovo psihološko funkcioniranje predvsem z vidika simptomov, ne ponudijo pa globljega vpogleda (Kamenov idr., 2017). Avtorji hkrati izpostavijo, da bi bila potrebna jasnejša definicija remisije pri depresijah, saj se le ta v raziskavah učinkovitosti psihoterapije pogosto definira bolj ali manj z vidika zmanjšanja oz. reduciranja simptomatike na različnih vprašalnikih depresivnosti, možna rešitev tovrstnih problemov pa je nadaljnji razvoj vprašalnikov oz. testnih instrumentov, ki ne pokrivajo samo simptomatskih vidikov, temveč tudi pomembna področja v posameznikovem življenju.

Ena izmed kritik magistrskega dela, ki se mi jo zdi pomembno navesti, se nanaša tudi na določeno nepoenotenost raziskav in metaanaliz, uporabljenih v magistrskem delu. V delu je bilo navedenih in uporabljenih veliko obsežnih in tudi najpomembnejših in prelomnih raziskav in metaanaliz iz področja učinkovitosti psihoterapije. Kljub temu se pojavlja prostor za izboljšave. Različne raziskave, ki so bile zajete, se osredotočajo na različna področja in različne oblike depresivnosti. Primerjava elementov, kot je splošna učinkovitost psihoterapije pri depresivnosti in učinkovitost glede na različne paradigme in pomen terapevtskega odnosa, so izčrpno obravnavani in primerjani, saj so ti aspekti zajeti v velikem delu študij. Nekoliko težja pa je primerjava elementov, ki so vključeni samo v nekaterih raziskavah. Različne starostne skupine in obravnava posameznih depresivnih motenj oz. distinkcija kroničnih in težjih oblik depresije je bila zajeta v veliko študijah, vendar ne v vseh. Podobna dilema se pojavi tudi pri učinkovitosti psihoterapije na daljši rok ali pri obravnavi psihoterapije kot vzdrževalnega psihoterapevtskega zdravljenja. Ti elementi niso zajeti v vseh študijah, kar omeji kvaliteto primerjave. Zelo učinkovita nadgradnja dosedanjih raziskav pri nadaljnjem raziskovanju področja bi bila podrobna in specifična obravnava tematike, pri kateri bi raziskave zajemale čim več področij, kot so različne starostne skupine, razlike v učinkovitosti psihoterapije glede na posamezne oblike depresivnosti, učinkovitost na dolg

rok ipd. S tem bi se omogočilo, da bi se metaanalize in raziskave lažje primerjale, hkrati pa bi bil velik doprinos takih raziskav tudi boljša in jasnejša preglednost nekaterih podpodročij. V magistrskem delu sem npr. izpostavil problematiko samomorilnosti, ki je velikokrat spregledana, ki se jo pogosto obravnava kot še enega izmed mnogih simptomov depresije in je preučen v le redkih študijah učinkovitosti psihoterapije. Bistvo nadgradnje bi torej izhajalo iz tega, da se posamezna raziskava tematike loti širše in podrobneje, da se preuči čim več različnih spremenljivk in njihovega vpliva na učinkovitost psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj.

Kljub omenjeni kritiki pa so zajete raziskave dovolj kvalitetne, da omogočajo jasne zaključke in da so obravnavane teme dovolj podrobno preučene, da omogočajo primerjavo in iz tega izpeljane zaključke.

#### **4.7 Komorbidnosti pri depresijah**

Nekaj besed je potrebno posvetiti tudi problemu komorbidnosti depresije in ostalih duševnih ter tudi fizičnih bolezni. Komorbidnost depresivnosti, psihiatričnih bolezni in sindromov je namreč zelo pogosta (Cameron, 2007).

Komorbidnost depresij in anksioznih motenj se pojavlja pri 20 % do 40 % pacientov (Huppert, 2008). Po nekaterih podatkih je komorbidnost velike depresivne motnje in anksioznih motenj tudi 60 % (Kaufman in Charney, 2000, v Cameron, 2007). Nekateri izmed razlogov so določene podobnosti v diagnostičnih kriterijih, genetika, negativni temperament, interpersonalni mehanizmi, kognitivne distorzije ipd. (Huppert, 2008). Najpogostejša oblika anksioznih motenj, ki se pojavlja sočasno z depresijami je generalizirana anksiozna motnja (Huppert, 2008). Simon (2009) izpostavlja problem visoke komorbidnosti generalizirane anksiozne motnje, ki je velikokrat nediagnosticirana in nezdravljena pri pacientih z drugimi psihiatričnimi boleznimi, še posebno pri veliki depresivni motnji in bipolarni motnji.

Depresija je pogosta tudi pri pacientih s fizičnimi boleznimi, sploh pri težjih oblikah, kot so npr. rak, kap in akutni koronarni sindrom (Kang idr., 2015). Depresija ima učinek na potek teh bolezni, med drugim dodatno znižuje kvaliteto življenja, otežuje vsakodnevno funkcioniranje, povezana pa je tudi z višjo incidenco oz. stopnjo smrtnosti pri zgoraj omenjenih fizičnih boleznih (Kang idr., 2015). Pri zdravljenju fizičnih bolezni s komorbidnimi depresivnimi motnjami je zelo pomembno obravnavanje tako ene kot druge bolezni, pri čemer je potrebna integracija, usklajenost in razumevanje medsebojne povezave in sovplivanja ene bolezni na drugo (Kang idr., 2015).

Izpostaviti je potrebno tudi depresivnost pri starših in odnose med starši in otroci kot pomembnimi faktorji pri razvoju depresivnosti med adolescenti (Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy in Cappelli, 2003). Psihopatologija pri starših je ena izmed najbolj pomembnih spremenljivk pri razvoju depresije pri otrocih in adolescentih (Séguin idr., 2003). Depresivnost staršev lahko vodi do težav v družini, kar lahko vodi do razvoja psihopatologije pri otrocih in negativno vpliva na odnos med otroki in starši (Séguin idr., 2003). Več kot je negativnih dogodkov v družini, višje je tveganje za razvoj depresivne motnje v adolescenci (Séguin idr., 2003).

Negele, Kaufhold, Kallenbach in Leuzinger-Bohleber (2015) so v svoji raziskavi odkrili visoko korelacijo med travmami iz otroštva in depresijo. Veliko odraslih posameznikov z depresijo ne poroča samo o travmi iz otroštva, temveč tudi o večštevilknih travmah (Negele idr., 2015). Avtorji posledično izpostavljajo velik pomen in potrebo po intenzivni in kritični integraciji aspekta travme pri zdravljenju depresivnosti.

Simon (2009) izpostavlja pomen diagnosticiranja vseh morebitnih komorbidnih motenj, ki se pojavljajo pri pacientih, pri čemer je ključnega pomena, da se psihoterapija teh posameznikov osredotoči tudi na posamezne oz. komorbidne motnje in ne samo na »prevladujočo bolezen«. Le tako se lahko zagotovi optimalne pogoje in določi ustrezno psihoterapijo (Simon, 2009).

Po pregledu nekaterih podatkov in osnovnih dejstev o komorbidnosti depresije z ostalimi boleznimi postane jasno, da se včasih komorbidne bolezni lahko spregledajo oz. ne diagnosticirajo. Ker je komorbidnost depresij in drugih bolezni zelo visoka, je posledično potrebno dodatno izpostaviti, da je zgolj zdravljenje depresije ali katere izmed ostalih prisotnih oblik bolezni neustrezno – kot poudarjajo Simon (2009) ter Kang idr. (2015), je ključno, da se zdravijo in prepoznajo tudi komorbidne motnje, pri čemer je potrebna integracija oz. upoštevanje sovplivanja bolezni.

Na tem mestu se mi zdi ključno izpostaviti pomen diferencialne diagnostike in natančnega diagnosticiranja ali obravnave različnih duševnih bolezni oz. depresivnih motenj. Čeprav so lahko simptomi različnih duševnih bolezni identični in se odražajo na podobne načine, pa so pristopi in metode zdravljenja lahko zelo različni glede na temeljno duševno motnjo. Mnogokrat so lahko nekatere bolezni spregledane oz. so nekateri aspekti manj izraženi, pogost primer iz prakse je npr. bipolarna motnja, kjer so lahko depresivne epizode bistveno izrazitejše od maničnih ali mešanih in se tako pri obravnavi lahko spregleda manične simptome, če klient poišče pomoč v fazi depresivnosti.

Pogosta težava izhaja tudi iz omenjene visoke komorbidnosti depresivnosti in anksioznih motenj. Nekateri simptomi so lahko podobni (npr. nespečnost, psihomotorična agitacija, utrujenost), posledično se lahko prisotnost dodatne duševne bolezni spregleda, še posebej, če je manj izražena. To vpliva na način psihoterapije in posledično vodi v nižjo učinkovitost le-te, saj se posameznika tako obravnava npr. predvsem z vidika depresivnosti, anksiozna simptomatika pa je lahko zaradi blažje izraženosti spregledana in zapostavljena. Učinkovita psihoterapija mora obravnavati celotno področje posameznikovih težav ter upoštevati prisotnost večih duševnih motenj ali spremljajočih telesnih bolezni. Potrebno je torej zdraviti vse prisotne bolezni in ne zgolj »prevladujoče«.

#### **4.8 Procesni vidiki psihoterapije: skupni dejavniki psihoterapij**

Študije, ki preučujejo komponentne vidike psihoterapije, so tako imenovane *študije procesnih vidikov psihoterapije* (process – outcome studies). Pri pregledu tematike se beseda proces (ang. »process«) nanaša na dejavnike med psihoterapijo, ki vodijo do uspešnosti te oz. se z njo primarno označuje vsa dejanja in izkušnje, vezane na psihoterapijo ter odnos terapevta in klienta med terapijo. Beseda izid (ang. »outcome«) se nanaša na spremembo pacientovega vedenja, doživljanja oz. na karakteristike, dosežene z uspešno psihoterapijo (Llewelyn, Macdonald in Aafjes-van Doorn, 2016).

Dosedanji pregled raziskav je pokazal, da določene razlike v učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresije glede na usmeritev oz. paradigmo, vsekakor obstajajo. Zagotovo pa to ni edina spremenljivka, ki ima pomembno vlogo. Llewelyn idr. (2016) izpostavljajo pomen razumevanja posameznih komponent psihoterapije pri izboljševanju in preučevanju učinkovitosti psihoterapije. Po pregledu raziskav učinkovitosti različnih psihoterapevtskih paradigem in metod se namreč pojavlja vprašanje, kateri skupni dejavniki psihoterapije so tisti, ki največ pripomorejo k uspešnem zdravljenju depresivnih motenj?

Llewelyn idr. (2016) izpostavljajo nekaj najpomembnejših in ključnih raziskav (tako imenovanih landmark studies), ki se nanašajo na procesne vidike psihoterapije. Eden izmed začetnikov preučevanja komponent psihoterapije je bil Carl Rogers, ki je kot eden izmed prvih tudi snemal psihoterapevtske seanse in jih kasneje zapisal in preučeval. Pri tem je bilo odkrito, da je psihoterapevtski odnos – sprejemanje klienta s strani terapevta in osredotočanje na prepoznavanje in razumevanje čustev – močno povezano s klientovim vpogledom v svoje težave, medtem ko dejavniki, kot so neposredni odzivi (npr. postavljanje vprašanj, dajanje informacij in nasvetov), niso (Kirschenbaum, 2007, v Llewelyn idr., 2016). Carl Rogers je tako osnoval na klienta osredotočeno terapijo in izpostavil, da so ključni dejavniki uspešne terapije oz. uspešne psihoterapevtske spremembe pozitiven odnos, odkritost, empatija in kompatibilnost terapevta in klienta (Rogers, 1957, v Llewelyn idr., 2016) – torej dejavniki, ki se nanašajo na terapevtski odnos. Prepoznavnost Rogersove ideje o tem, da je odnos med klientom in terapevtom ena izmed ključnih sestavin terapije oz. eden izmed ključnih dejavnikov uspeha psihoterapevtskega procesa, je danes med psihologi in raziskovalci univerzalno sprejeta (Llewelyn idr., 2016).

Pomembno vlogo je odigral tudi Hans Strupp z raziskavo, kjer je primerjal izide psihoterapij glede na to, ali so jo vodili profesionalni psihoterapevti ali pa fakultetni profesorji, ki pa niso imeli nobenih profesionalnih izkušenj s psihologijo oz. psihoterapijo (Llewelyn idr., 2016). Obravnavana je bila populacija mlajših moških z depresijo in težavami v odnosih. Študija ni odkrila bistvenih razlik v izidih psihoterapije glede na to, ali jo je vodil profesionalni psihoterapevt ali nekdo brez izkušenj (Strupp, 1993, v Llewelyn idr., 2016). Zelo pomemben dejavnik je odigral negativen ali sovražen odziv terapevta, pri čemer je pomembno izpostaviti, da je bilo slednje velikokrat posredno in zelo subtilno, vendar prepoznano kot takšno s strani klienta, (Llewelyn idr., 2016). V primerih, kjer je obravnavana oseba doživela odzive terapevta kot negativne, je bil tudi sam izid terapije slab oz. pozitivnega učinka ni bilo.

Rezultat omenjene študije je skladen s spoznanji Rogersa – ni pomembna samo smer psihoterapije in psihoterapevtova usposobljenost, temveč je izrednega pomena tudi odnos med klientom in psihoterapevtom, sploh zaupanje klienta ter odkrit in pozitiven odziv s strani terapevta. To zagotovo igra zelo pomembno vlogo tako pri sami psihoterapiji kot tudi pri izidih in uspešnosti zdravljenja.

Orlinsky, Ronnestad in Willutzki (2004) so na podlagi temeljite preučitve študij procesnih vidikov psihoterapije izpostavili 3 pomembne in skupne dejavnike, ki odigrajo ključno vlogo pri učinkovitosti psihoterapije: odnos med terapevtom in klientom, vključenost klienta v proces psihoterapije in psihoterapevtova naravnost – empatičnost, sprejemanje in sodelovalnost. Avtorji so tako prišli do sklepa, da učinkovita psihoterapija zahteva več kot samo učinkovite tehnike in metode psihoterapevta ter tudi bistveno več kot samo topel odnos in sprejemanje s strani terapevta.

Izhajajoč iz izsledkov omenjenih prelomnih raziskav preučevanja procesnih vidikov psihoterapije v povezavi s kliničnimi slikami depresij oz. najizrazitejšimi in najpogostejšimi simptomi depresivnih motenj (opisanih v poglavju Klasifikacija duševnih bolezni), lahko navedem konkreten primer, skozi katerega se odraža pomen procesnih in univerzalnih dejavnikov psihoterapije. Depresivnost pogosto spremljajo neprijetna čustvena doživljanja, kot so potrtnost, zaskrbljenost, občutja krivde ter nizko samospoštovanje. Sploh slednje lahko bistveno vpliva in pogojuje ostala občutja. Vzpostavitev pozitivnega odnosa s psihoterapevtom, v katerem se klient počuti varno in ima občutek, da lahko psihoterapevtu zaupa ter zaznava psihoterapevtovo sprejemanje in pozitivno naravnost, lahko

pomembno vpliva na stabilizacijo in dvig samopodobe. Če tak posameznik v vsakodnevnem okolju doživlja veliko kritike, se počuti osamljenega in necenjenega, lahko vzpostavitev omenjenega terapevtskega odnosa omogoči, da se vidi v drugi luči, da oseba zazna in lahko doživi izkušnjo odnosa, ki je drugačna od teh, na katere je navajena, torej izkušnjo, kjer je prisotno odobravanje, sprejemanje in podpora. S tem se lahko zniža intenzivnost nekaterih negativnih čustvenih doživljanj, npr. občutja nemoči in obupa, občutja ujetosti, nerazumljenosti. S pozitivno interakcijo in sprejemanjem s strani terapevta se ob omenjenih spremembah lahko dvigne tudi storilnost in motiviranost. Oseba vidi in začuti, da so stvari lahko drugačne in da lahko doseže željene spremembe. Tak proces je seveda potrebno izgraditi, osebi pokazati dovolj potrpežljivosti in prilagajanja njeni sposobnosti samorazkrivanja in vzpostavitvi zaupanja. Ne glede na specifikke različnih depresivnih motenj ter tehnike in metode, uporabljenih v psihoterapevtskem odnosu, je neizmerne pomena sam odnos, empatičnost in osredotočanje na individualne težave posameznika. Hkrati je pomembno, da se klientu omogoči, da lahko stvari doživi drugače oz. ima možnost izkustva odnosa, drugačnega od teh, ki jih je navajen.

Omenjeno tako privede do enega izmed ključnih spoznanj magistrskega dela. Skozi celotno delo so bili obravnavani različni aspekti in dejavniki, ki vplivajo na učinkovitost psihoterapevtskega procesa – paradigme in izhodišča psihoterapije, starostne skupine, različne oblike depresivnih motenj, kombinacija psihoterapije in farmakoterapije ipd. Izkaže se, da so izpostavljeni in obravnavani dejavniki pomembni in vplivajo na samo učinkovitost in izid psihoterapije, toda temelj oz. pogoj uspešne psihoterapije izhaja iz terapevtskega odnosa. To pomeni, da v kolikor terapevtski odnos ni optimalen oz. klient v procesu ne zaznava empatije in ne vzpostavi zaupanja, ostali dejavniki ne igrajo tako bistvene vloge. Toliko bolj jasno postane, da je psihoterapevtski odnos ključen vidik psihoterapije, ki je univerzalen in pomemben pri vseh oblikah psihoterapije in ne glede na specifične karakteristike depresivnosti posameznika. Na podlagi preučitve velika števila raziskav in metaanaliz lahko zaključim, da je psihoterapevtski odnos izjemno pomemben napovedni faktor učinkovitosti psihoterapevtskega odnosa.

## 5 Zaključek

V uvodnem delu magistrskega dela sem izpostavil problematiko depresivnosti: število depresivnih ljudi narašča, Slovenija pa pri tem ni izjema (Ziherl in Pregelj, 2010). Hkrati veliko razpoloženskih motenj ni diagnosticiranih in zdravljenih, iz česar izhaja dejstvo, da veliko samomorov storijo prav posamezniki z nezdravljenimi in nediagnosticiranimi razpoloženskimi motnjami (Vukosav, 1999).

Eden izmed temeljev magistrskega dela je bil pregled obstoječe literature, predvsem raziskav in metaanaliz o učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj. Zaradi obstoja več različnih psihoterapevtskih usmeritev in metod sem se v magistrskem delu osredotočil predvsem na tri paradigme, ki so pri zdravljenju depresij najbolj pogosto uporabljane ter tudi raziskane: (vedenjsko) kognitivna, interpersonalna in psihodinamska psihoterapija.

Pregled raziskav in metaanaliz, vključenih v magistrsko delo, jasno in enoznačno pokaže, da je psihoterapija učinkovita pri zdravljenju depresivnih motenj. V skoraj vseh zajetih raziskavah se je psihoterapija pri zdravljenju depresivnih motenj izkazala za učinkovitejšo od placeba.

Medsebojna primerjava psihoterapevtskih metod in različnih paradigem ne pokaže bistvenih razlik glede učinkovitosti. V večini raziskav se je pri primerjavi različnih paradigem pokazala enaka učinkovitost ali pa je bila razlika v učinkovitosti zelo majhna.

Zaključimo lahko, da bistvenih razlik v učinkovitosti glede na psihoterapevtsko paradigmo pri zdravljenju depresivnosti ni.

Na podlagi tega zaključka je izjemnega pomena, da se proces zdravljenja oz. psihoterapije bolj personalizira oz. postane prilagojen specifičnim potrebam posameznega klienta (Kamenov idr., 2017). Psihoterapevt torej mora upoštevati posameznika in njegove individualne potrebe, pričakovanja in želje.

To se še toliko pomembneje izkaže pri posameznikih s kroničnimi in težjimi oblikami depresivnih motenj. Večina raziskav tudi pri tovrstni specifikaciji nakazuje na najvišjo učinkovitost kombiniranega zdravljenja – farmakoterapija in psihoterapija (npr. Cuijpers idr., 2010). Psihoterapija pri bolj kompliciranih in kroničnih oblikah depresivnosti traja dlje časa oz. več seans (Cuijpers idr., 2010). Prepoznavanje kroničnih oblik depresivnosti pri psihoterapevtski obravnavi je torej zelo pomembno, zaključimo pa lahko, da so posamezniki s kroničnimi oblikami depresivnosti nekoliko manj odzivni tako na psihoterapijo kot tudi na zdravila. Proces psihoterapije se tako mora prilagajati tudi individualnim karakteristikam specifičnega klienta in poteku njegove kronične depresije (Jobst idr., 2015).

S tem tudi odgovorimo na eno izmed osrednjih vprašanj magistrskega dela – ali so različne oblike psihoterapije enako učinkovite pri zdravljenju depresivnih motenj in ali so nekatere oblike depresivnosti manj ali bolj dovzetne za učinke psihoterapije? Izkazalo se je, da so kronične ali težje oblike depresivnosti z vidika psihoterapevtskega zdravljenja večji izziv in je sam proces zdravljenja tudi daljši, kot tovrsten primer je bila v delu izpostavljena oz. obravnavana distimija.

Eno izmed zastavljenih vprašanj magistrskega dela se je nanašalo na učinkovitost psihoterapije v primerjavi s farmakoterapijo. V večini raziskav se je izkazalo, da bistvenih razlik med učinkovitostjo farmakoterapije in psihoterapije ni oz. da so te pri večini študij zelo majhne. Večina avtorjev se je strinjala, da je najbolj učinkovito kombinirano zdravljenje tako s farmakoterapijo kot psihoterapijo (npr. Cuijpers, Andersson idr., 2011).

Pomembno v uvodu zastavljeno vprašanje je tudi vpliv dejavnika starosti (otroci, mladostniki, starostniki ipd.) na učinkovitost psihoterapije oz. kakšne razlike se pojavljajo pri učinkovitosti psihoterapevstkega zdravljenja depresivnih motenj glede na različne starostne skupine. Večina raziskav, osredotočenih na otroke in mladostnike, je pokazala, da je psihoterapija učinkovita tudi pri omenjeni starostni populaciji. Weisz idr. (2006), ki so opravili eno izmed najbolj poglobljenih obstoječih raziskav o učinkovitosti psihoterapije pri otrocih in mladostnikih, so izpostavili, da je pri tej populaciji učinkovitost zdravljenja depresije sicer nižja kot učinkovitost zdravljenja nekaterih drugih duševnih bolezni, toda še vedno učinkovita. Tudi pri omenjeni populaciji se je izkazalo, da je najvišja stopnja učinkovitosti pri kombiniranem zdravljenju s psihoterapijo in farmakoterapijo oz. antidepresivi (Weisz idr., 2006).

Do podobnih zaključkov smo prišli tudi pri populaciji starostnikov: psihoterapija je učinkovita tudi pri zdravljenju starejše populacije, najučinkovitejša pa je kombinacija psihoterapije in farmakoterapije (Tam in Chiu, 2011). Bistvenih razlik glede same učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnosti glede na starostne populacije nisem odkril.

Pri pregledu tematike smo odkrili, da je eno izmed problematičnih in zapostavljenih področij samomor. Učinkovitost psihoterapije samomorilnosti je slabo raziskana. Brown idr. (2005) so v eni izmed redkih študij na tem področju odkrili, da je lahko krajša oblika kognitivne psihoterapevtske intervence učinkovita pri preprečevanju morebitnih ponovnih samomorilnih poskusov pri odraslih, ki so nedavno poskušali storiti samomor (Brown idr., 2005). To pomeni, da je psihoterapija lahko učinkovita tudi pri obravnavi tega specifičnega problema, vsekakor pa je zaskrbljujoče, da je problematika tako slabo raziskana.

Na tem mestu je nujna potreba po boljši raziskanosti področja in razvoju terapevtskih metod in tehnik, usmerjenih in prilagojenih za preprečevanje samomora. Samomor je danes še vedno močno stigmatiziran in pogost pojav, zaradi česar mu je potrebno posvetiti posebno pozornost in preveriti morebitne pokazatelje in dejavnike pri prav vsakem pacientu, četudi na prvi pogled ni zaznati samomorilnosti ali pa jo ta zanika. Samo tako se lahko problema lotimo sistematično in naredimo korak naprej v boju proti samomorilnosti.

Eno izmed vprašanj magistrskega dela se nanaša na učinkovitost psihoterapije na daljši rok. Veliko izmed uporabljenih in omenjenih raziskav in metaanaliz sicer ni zajemalo vidika učinkovitosti na daljši rok, kar nekaj raziskav pa je preverjalo učinkovitost terapije tudi kasneje, navadno v obdobju od nekaj mesecev do enega leta po zaključku psihoterapije. Večina tovrstnih raziskav je potrdila, da so učinki psihoterapije vidni tudi po daljšem obdobju, čeprav se pojavlja določen upad v primerjavi učinkovitosti po zaključenem zdravljenju in učinkovitosti po nekaj mesecih. Iz omenjenih raziskav je razvidno, da so učinki psihoterapije vidni tudi na daljši rok.

V magistrskem delu sem se dotaknil tudi tematike komorbidnosti. Komorbidnost depresij in drugih bolezni je zelo visoka, ključnega pomena pa je ustrezna diagnoza vseh morebitnih komorbidnih motenj in ne zgolj osredotočanje na depresivnost oz. primarno motnjo (Simon, 2009). Pri tovrstnih primerih je potrebna integracija oz. upoštevanje sovpivanja bolezni. Zaradi močnejše izraženosti ene izmed bolezni se lahko drugo včasih spregleda, vendar tovrstno zdravljenje ni zadostno. Na tem mestu je velikega pomena diferencialna diagnostika.

Ob vseh ostalih vidikih pa je ključno izpostaviti tudi procesne vidike psihoterapije. Še toliko bolj spričo ugotovitve, da ni bistvenih razlik v učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj glede na paradigmo oz. teoretična izhodišča, iz katerih psihoterapija



izhaja. V magistrskem delu sem se tako dotaknil tudi študij procesnih vidikov psihoterapije, ki se osredotočajo na preučevanje komponentnih dejavnikov psihoterapije.

Eden najbolj pomembnih dejavnikov vsake psihoterapije je terapevtski odnos – sprejemanje klienta s strani terapevta. Prepoznavnost oz. pomen te ugotovitve, ki jo je kot eden izmed prvih izpostavil Rogers, je danes med psihologi in raziskovalci univerzalno sprejeta (Llewelyn idr., 2016). Pomembni dejavniki so tudi osredotočanje na prepoznavanje in razumevanje čustev, pozitiven odnos, odkritost, empatija in kompatibilnost terapevta in klienta (Rogers, 1957, v Llewelyn idr., 2016).

Odnos, ki se vzpostavi med klientom in psihoterapevtom, je tako jedro in ključen pogoj za uspešno psihoterapijo. Zgolj pozitiven in pristen odnos seveda nikakor ni dovolj za uspešno psihoterapijo, zagotovo pa je pogoj in eden izmed dejavnikov, brez katerih je psihoterapevtski proces težko učinkovit. Pri pregledu procesnih vidikov psihoterapije se je izkazalo tudi to, da so klienti, ki so pričakovali, da bo psihoterapije učinkovita, bili tudi bolj vpleteni v sam proces, kar je v končni fazi povezano z zmanjšanjem simptomatike. Tudi terapevtova pričakovanja so pomembno vplivala na izid psihoterapije.

Na podlagi vseh zaključkov in odgovorov na v uvodu zastavljena vprašanja magistrskega dela postane jasno, da je obravnavana tematika izjemno kompleksna in da težko pridemo do enostavnih odgovorov. Z vidika večine oz. domala vseh raziskav je jasno, da je psihoterapija učinkovita in ustrezna metoda zdravljenja depresivnih motenj. Večina raziskav omenjenega področja se je osredotočala predvsem na medsebojno primerjavo različnih psihoterapevtskih usmeritev ter primerjav psihoterapije s placebom, ali pa s skupino ljudi, ki niso bili deležni raziskovane psihoterapije oz. so bili obravnavani z običajnimi načini zdravljenja. V večini raziskav je bila primerjana tudi učinkovitost psihoterapije v primerjavi s farmakoterapijo. Dokazi in izsledki so dovolj jasni, da dvomov o učinkovitosti psihoterapije ni in da je posledično ustrezna metoda za posameznike, ki se soočajo z depresivnimi motnjami oz. depresivno simptomatiko.

Kljub temu pa je potrebno zapisati, da obstajajo tudi druge, alternativne metode obravnave tovrstnih težav. Morda so le-te nekaterim posameznikom iz subjektivnih razlogov boljše, učinkovitejše. Če pri tem upoštevamo tudi dejstvo, da je odnos in zaupanje, ki se vzpostavi med klientom in psihoterapevtom, bistvenega pomena, je lahko razumljivo, zakaj so lahko učinkovite tudi nekatere alternativne metode, ki morda nimajo tako veliko znanstvenih in empiričnih dokazov. Na tem mestu seveda moram izpostaviti, da je pri morebitni izbiri alternativ pomembna kritičnost. Pomembno je namreč presoditi, komu zaupati svoje zdravje oz. kdo lahko resnično pomaga pri procesu soočanja z depresivnostjo. Zaradi slabe oz. praktično neobstoječe zakonske regulative se lahko v Sloveniji za samooklicanega terapevta izdaja nekdo, ki nima psihoterapevtske izobrazbe oz. lahko posamezniki brez psihološke izobrazbe ponujajo psihološke storitve, prikazane kot strokovne in temelječe na znanstvenih principih.

Depresija je resna bolezen, pogosta spremljajoča suicidalna simptomatika pa indicira nujnost kvalitetne in strokovne obravnave. Menim, da je obisk psihologa, psihiatra ali psihoterapevta ob ponavljajočih se težavah, ki vplivajo na kvaliteto življenja, kot prvi korak močno priporočljiv oz. skoraj nujen. Po začetni obravnavi in diagnostiki pa posameznik veliko lažje presodi, razišče in se odloči, po kateri poti se bo podal glede razreševanja svojih težav. Pomembno spoznanje je tudi dejstvo, da je ključ za uspešno psihoterapijo odnos med klientom in terapevtom. Ta je morda celo pomembnejši kot pa sama oblika oz. vrsta psihoterapije. Hkrati pa je, kot sem večkrat izpostavil, pomembna tudi prilagoditev psihoterapevta klientovim potrebam. S tem je povezano tudi dejstvo, da lahko različne

oblike in metode psihoterapije različno delujejo na različne posameznike. Včasih prva izbira ne prinese željenih učinkov – klient se s terapevtom ne ujame, morda nekemu posamezniku nek pristop in metode ne ustrezajo. S tega vidika se zdi pomembno, da se posameznike, ki poiščejo psihoterapevtsko pomoč, ozavešča, da je na voljo veliko različnih psihoterapij in metod.

Izpostavil sem tudi nekatere kritike raziskovanja učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj ter izpostavil nekaj predlogov nadgradnje bodočih raziskav, ki bi omogočale še več sinteze in integracije ključnih spremenljivk učinkovitosti psihoterapije pri zdravljenju depresivnih motenj, izpostavljenih v magistrskem delu. Področje je izjemno dobro preučeno, kar pričajo metaanalize, uporabljene v magistrskem delu – pogosto zajemajo veliko množico raziskav, ki so bila opravljena v zadnjih 30 letih. Pri tem pa izstopa dejstvo, da je komponenta psihoterapevtskega odnosa, ki se je izkazala kot temeljni predpogoj, mestoma izpuščena pri metaanalizi obstoječih raziskav oz. da le te ne omogočajo neposrednega preučevanja vloge terapevtskega odnosa v primerjavi z dejavniki, preučevanimi v neki specifični raziskavi. Specifika nekaterih tovrstnih raziskav je, da se primarno osredotočajo predvsem na posamezne elemente oz. predvsem na vpliv preučevanih spremenljivk učinkovitosti psihoterapije, samega psihoterapevtskega odnosa in ostalih pomembnih spremenljivk pa bolj površinsko. Posledično sem mnenja, da se morajo bodoče študije osredotočiti na vključitev vseh pomembnih dejavnikov – tako specifičnih spremenljivk, ki so bistvena izhodišča neke raziskave, kot tudi vidik psihoterapevtskega odnosa in ostalih pomembnih dejavnikov. S tem bi bile prihodnje raziskave in metaanalize lažje primerljive, hkrati pa bi lahko bolj neposredno primerjali razlike v učinkovitosti psihoterapije glede na posamezne spremenljivke.

Dosedanja raziskanost področja je kljub omenjenim kritikam dovolj obsežna in kvalitetna, da so zaključki in spoznanja, ki sem jih izpostavil tekom dela in povzel v pričujočem poglavju, trdna in utemeljena.

Depresija ostaja ena izmed najpogostejših duševnih bolezni in je zelo resen problem, ki lahko močno vpliva na kvaliteto posameznikovega življenja. Hkrati gre za bolezen, ki se jo da uspešno zdraviti. Pot je včasih dolga in polna ovir, sploh ker lahko depresivnost odvzame veliko volje, motivacije in upanja ter popolnoma spremeni pogled in dožemanje sveta. Vsem trnjem navkljub pa situacija skoraj nikoli ni nespremenljiva. Na koncu tunela sije luč in dokler se lahko posameznik oprime vsaj kančka upanja, se pot da prehoditi.

*»Pravila igre življenja od nas ne zahtevajo, da za vsako ceno zmagamo, temveč da se nikoli ne nehamo bojevati« (Frankl, 2010, str. 22).*

## 6 Viri

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. in Kisely, S. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 18(4).
- Al Qahtani, A. in Al Qahtani, N. (2017). Prevention of Depression: A Review of Literature. *Journal of Depression and Anxiety*, 6(4). DOI: 10.4172/2167-1044.1000292
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. izdaja)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barbato, A. in D'Avanzo, B. (2006). Marital therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(2). DOI:10.1002/14651858.CD004188.pub2
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine* 10(5).
- Bartlett, M. L., Siegfried, N. in Witte, T. K. (2012). Best Practice Clinical Intervention for Working with Suicidal Adults. *Alabama Counseling Association Journal*, 38(2), 65–79.
- Bateman, A., Brown, D. in Pedder, J. (2010). *Introduction to Psychotherapy. An outline of psychodynamic principles and practice (4. izd.)*. London: Routledge.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. in Brent, D. A. (2006). Adolescent Suicide and Suicidal Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), 372–394.
- Brown, G. K. in Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention: Future Directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 suppl. 2), 186–194.
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S.X., Hollander, J. E. in Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 294(5), 563–570.
- Cameron, O. G. (2007). Understanding Comorbid Depression and Anxiety. *Psychiatric Times*, 24(14), 51–56.
- Cheung, A.H., Kozloff, N. in Sacks, D. (2013). Pediatric Depression: An Evidence-Based Update on Treatment Interventions. *Current Psychiatry Reports*, 15(8), 381–388. DOI 10.1007/s11920-013-0381-4
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P. in Cristea, I. A. (2016). Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 173(7), 680–687.
- Cuijpers, P., van Straten, A. in Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 27(3), 318–326.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson in van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76( 6), 909–922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62.
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. in van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry* 65(6), 354–364.
- Cuijpers, P., Geraedts, A.S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J.C. in van Straten, A. (2011). Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581–592.
- Dedić. G. (2012). Model of psychotherapeutic crisis intervention following suicide attempt. *Vojnosanitetski pregled* 69(7), 610–615.
- Dekker, J. J. M., Hendriksen, M., Kool, S., Bakker, L., Driessen, E., De Jonghe, F., ... Van, H. L. (2014). Growing Evidence for Psychodynamic Therapy for Depression. *Contemporary Psychoanalysis* 50(1-2), 131–135.
- Depreeuw, B., Eldar, S., Conroy, K. in Hofmann, S. G. (2017). Psychotherapy Approaches. V S. G. Hofmann (ur.), *International Perspective on Psychotherapy* (35-68). Cham: Springer
- DeRubeis, R. J., Strunk, D. R. in Lorenzo-Luaces, L. (2016). Mood Disorders. V J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim in N. Pole (ur.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Psychopathology and Health* (31–59). Washington DC: American Psychological Association.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., ... Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review* 42(2015), 1–15.
- Frankl, V. E. (2010). *Biti človek pomeni najti smisel*. Ljubljana: Novi svet.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. in Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. DOI:10.1007/s10608-012-9476-1
- Hunsley, J., Elliot, K., & Therrien, Z. (2013). *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*. Ottawa, Ontario: Canadian Psychological Association. Pridobljeno iz [http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/TheEfficacyAndEffectivenessOfPsychologicalTreatments\\_web.pdf](http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/TheEfficacyAndEffectivenessOfPsychologicalTreatments_web.pdf).
- Huppert, J. D. (2008). Anxiety Disorders and Depression Comorbidity. V M. M. Antony in M. B. Stein (ur.), *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (576–586). New York: Oxford University Press.

- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. (2008). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: Avstralska modifikacija (6. izdaja)*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Ishizaki, J. in Mimura, M. (2011). Dysthymia and Apathy: Diagnosis and Treatment. *Depression Research and Treatment, 2011*. DOI.org/10.1155/2011/893905
- Jobst, A., Brakemeier, E. L., Buchheim, A., Caspar, F., Cuijpers, P., Ebmeier, K. P., ... Padberg, F. (2015). European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *European Psychiatry, 33*(2016), 18–36.
- Kamenov, K., Cabello, M., Nieto, M., Bernard, R., Kohls, E., Rummel-Kluge, C. in Ayuso-Mateos, J. L. (2017). Research Recommendations for Improving Measurement of Treatment Effectiveness in Depression. *Frontiers in Psychology, 8*(2017). DOI.org/10.3389/fpsyg.2017.00356
- Kang, H. J., Kim, S. Y., Bae, K. Y., Kim, S. W., Shin, I. S., Yoon, J. S., ... Kim, J. M. (2015). Comorbidity of Depression with Physical Disorders: Research and Clinical Implications. *Chonnam Medical Journal, 51*(1), 8-18. DOI.org/10.4068/cmj.2015.51.1.8
- Lemmens, L. H., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., Roefs, A. in Huibers, M. J. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine 45* (10), 2095–2110.
- Leykin, Y. in DeRubeis, R. J. (2009). Allegiance in Psychotherapy Outcome Research: Separating Association From Bias. *Clinical Psychology Science and Practice 16*(1), 54–65.
- Llewelyn, S., Macdonald, J. in Aafjes-van Doorn, K (2016). Process–Outcome Studies. V J. C. Norcross, G. R. VandenBos, D. K. Freedheim in B. O. Olatunji (ur.), *APA Handbook of Clinical Psychology: Vol. 2. Theory and Research* (451-463). Washington, DC: American Psychological Association.
- ManiMala, S. Y., Gautam, S. in Reddy, G. B. (2016). An Overview on Depression. Research & Reviews: *Journal of Pharmacology and Toxicological Studies, 4*(3), 119–124.
- Marušič, A. in Zorko, M. (2003). Slovenski samomor skozi prostor in čas. V A. Marušič in S. Roškar, *Monografija: Slovenija s samomorom ali brez* (10–20). Ljubljana: DZS.
- Matthews, J. D. (2013). Cognitive Behavioral Therapy Approach for Suicidal Thinking and Behaviors in Depression. V R. Woolfolk in L. Allen (ur.), *Mental Disorders - Theoretical and Empirical Perspectives* (23–43). Rijeka: InTech.
- Milojević, M. in Hadži Pešić, M. (2012). Interpersonalna psihoterapija. *Klinička psihologija 5*(1–2), 81–94.
- Možina, M. (2010). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo 4*(1/2), 133–166.
- Nanni, V., Uher, R. in Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry 169*(2), 141–151.

- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L. in Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment*, 2015. DOI.org/10.1155/2015/650804
- Orlinsky, D., Ronnestad, M., in Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process–outcome research: Continuity and change. V M. J. Lambert (ur.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (307–389). New York, NY: Wiley.
- Parker, G. in Fletcher, K. (2007). Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(5), 352–359. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01007.x
- Pastirk, S. in Anić, N. (2013). Vedenjsko kognitivni teoretični pristopi. V R. Masten in M. Smrdu (ur.), *Klinična psihologija* (109–132). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Praper, P. (2013). Psihodinamični teoretični pristopi. V R. Masten in M. Smrdu (ur.), *Klinična psihologija* (87-108). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Praper, P. in Mrevlje, G. (1997). KLINIČNA PSIHOLOGIJA, PSIHIATRIJA IN PSIHOTERAPIJA: SODELOVANJE ALI RAZHAJANJE? *Psihološka obzorja* 6(4), 79-94.
- Ribeiro, A., Ribeiro, J. P. in von Doellinger, O. (2018). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 105–109.
- Sansone, R.A. in Correll, T. (2005). Dysthymic disorder: The persistent depression. *Hospital Physician Board Review Manual* 9(4), 1–12.
- Séguin, M., Manion, I., Cloutier, P., McEvoy, L. in Cappelli, M. (2003). Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.*, 12(1), 2–9.
- Shumaker, D. (2012). An Existential–Integrative Treatment of Anxious and Depressed Adolescents. *Journal of Humanistic Psychology* 52(4), 375–400.
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *J Clin Psychiatry*, 70(2), 10–14.
- Spielmans, G. I., Berman, M. I. in Usitalo, A. N. (2011). Psychotherapy versus second-generation antidepressants in the treatment of depression: A meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 199(3), 142–149.
- Tam, C.W.C. in Chiu, H.F.K. (2011) Depression and suicide in the elderly. *The Hong Kong Medical Diary* 16(9), 13–15.
- Tekavčič-Grad, O. (1995). Ali lahko preprečujemo samomor in kako? *Obzornik zdravstvene nege*, 29(1-2), 9–11

- van Hees, M. L. J. M., Rotter, T., Ellermann, T. in Evers, S. M. A. A. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 13-22. DOI: 10.1186/1471-244X-13-22
- Vukosav, Ž. (1999). Razpoložensjske (afektivne) motnje. V M. Tomori in S. Zihelr (ur.), *Psihiatrija* (207-227). Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta.
- Wei, W., Sambamoorthi, U., Olfson, M., Walkup, J.T. in Crystal, S. (2005). Use of Psychotherapy for Depression in Older Adults. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 711–717. DOI:10.1176/appi.ajp.162.4.711.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. in Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132–149.
- World Health Organization. (2016). *Preventing depression in the WHO European Region*. Pridobljeno iz [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/325947/New-Preventing-depression.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/325947/New-Preventing-depression.pdf)
- Zack, S.E., Saekow, J in Radke, A. (2012). Treating Adolescent Depression With Psychotherapy: The Three Ts. *Psychiatric Times*, 29(11), 36–38.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C.J., ... Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 14(2), 207–222.
- Zihelr, S. in Pregelj, P. (2010). Samomorilnost v Sloveniji. *Zdravniški Vestnik* 79(7/8), 559–562.

### **Izjava o avtorstvu**

Izjavljam, da je magistrsko delo v celoti moje avtorsko delo ter da so uporabljeni viri in literatura navedeni v skladu s strokovnimi standardi in veljavno zakonodajo.

Ljubljana, 14. decembra 2018

Alen Senegačnik