

Kognitivno-vedenjska terapija depresije

Cognitive-behavioral therapy of depression

Povzetek

Kognitivno-vedenjski kavzalni model depresije je eden najbolj empirično raziskanih oblik obravnave depresije. Raziskave kažejo učinkovitost kognitivno-vedenjske terapije depresij, ki je primerljiva z uporabo antidepressivov in drugih psihoterapevtskih pristopov. S tem pristopom zmanjšamo ponovljivost depresivnih motenj, saj se oseba nauči, kako uporabiti določene strategije tudi po zaključku terapije. Kognitivno-vedenjska terapija se ukvarja s tesno povezanostjo naših čustev, vedenja, telesnih reakcij in miselnih procesov ter kako na te vplivajo zunanji dejavniki, vključno z zgodnjimi izkušnjami klienta. Najvplivnejši zagovornik kognitivnega modela depresij je Aaron Beck. Avtor v prvem delu opiše osnove tradicionalnega kognitivno-vedenjskega modela obravnave depresije, v drugem delu razpravlja o njegovi učinkovitosti, v zaključku pa na kratko opiše proces kognitivno-vedenjske terapije depresij.

Ključne besede

Kognitivno-vedenjska psihoterapija, depresija, učinkovitost, modeli obravnave depresije.

Abstract

The cognitive-behavioral causal model of depression is the model with the most empirical evidence in treating depression. Studies have shown that cognitive-behavioral therapy is an effective treatment for depression and is comparable in effectiveness to antidepressants and others psychotherapies. It also reduces relapse rates because it teaches techniques that can be used even after a person leaves therapy. The task of cognitive-behavioral therapy is partly to understand how the components of emotions, behaviors, physical state and thoughts interrelate, and how they may be influenced by external stimuli, including events which may have occurred early in the client's life. The most prominent proponent of the cognitive model of depression is Aaron Beck. In the first part the author describes traditional cognitive and behavioral models of depression. In the second part he discusses the efficiency of the cognitive-behavioral model. And in the last part he describes the process of cognitive-behavioral therapy of depression.

Key words

cognitive-behavioral therapy, depression, efficacy, models of depressions.

Aaron T. Beck je, kot začetnik kognitivne psihoterapije, v prvem obdobju razvoja paradigme posvečal veliko pozornosti depresivnim motnjam. Tako so prvi kognitivni modeli izoblikovani prav na področju depresivnih motenj. Morda ima zato obravnava depresivnih motenj posebno mesto znotraj paradigme. Kasneje se je model razširil na praktično vsa področja obravnave duševnih motenj, hkrati se je spreminjal in dopolnjeval tudi način dela z depresivnimi osebami.

Vedenjska psihoterapija je pričela svoj razvoj pred kognitivno, v osnovi izhaja iz teorij učenja. V začetnem obdobju je potekal razvoj vedenjske in kognitivne paradigme ločeno. Do izrazitega razvoja in uveljavitve paradigme je prišlo ob združitvi dveh, v osnovi različnih, pristopov v nov kognitivno-vedenjski (KVT) oziroma vedenjsko-kognitivni pristop (VKT).

Vedenjska psihoterapija se osredotoča na človekovo vedenje in spreminjanje vedenja, ki je za posameznika ali njegovo okolje moteče. Predpostavlja, da je vedenje naučeno in se je mogoče motečega vedenja odučiti ter se naučiti bolj funkcionalnega.

Kognitivna psihoterapija je usmerjena v prepoznavanje posameznikovega načina mišljenja, stališč, predstav, prepričanj in spreminjanje nefunkcionalnih miselnih shem. Kognitivni model predpostavlja, da čustva in vedenja niso neposredno odvisna od zunanjih dogodkov. Pomembno je predvsem, kakšen pomen imajo ti dogodki za nas, ter kako dojemamo in doživljamo sebe v določenih situacijah. Za kognitivni model so torej pomembni miselni procesi. Slednje razumemo v neprestani interakciji s čustvi, vedenjem in telesnimi reakcijami.

Danes vključuje kognitivno-vedenjska psihoterapija različne teoretske koncepte depresije. Tradicionalni model razumevanja depresije je Beckov kognitivni model. V obravnavi depresivne motnje številni kognitivno-vedenjski terapevti upoštevajo in združujejo teorije ter metode drugih psihoterapevtskih pristopov in tudi nova lastna spoznanja znotraj kognitivno-vedenjske paradigme. Med novejšimi modeli depresij ima pomembno mesto npr. Wellsova metakognitivna psihoterapija, ki proučuje vlogo ruminacij v vzdrževanju depresivne simptomatike (Papageorgiou in Wells: *Depressive Rumination*, 2004).

Razumevanje depresije v kognitivni psihoterapiji

Kognitivna psihoterapija poudarja pomen povezanosti naših miselnih shem s čustvovanjem in vedenjem. Ideja ni nova, o njej so govorili že stoiki v prvem stoletju pred našim štetjem v stari Grčiji – Epikret: »Ljudi ne motijo stvari, ampak predstave, ki jih imajo o teh stvareh.« Podobne ideje najdemo tudi v umetnosti, Shakespearejev Hamlet pravi: »Ni dobrega in slabega, temveč jih misel naredi takšne.« Ali pri filozofu, pesniku in Nobelovem nagrajencu Rabindranathu Tagoreju: »Mi beremo svet narobe in pravimo, da nas vara.«

Dejstvo, da miselni procesi vplivajo na razpoloženje, ne pomeni, da negativne misli same po sebi povzročijo depresijo. Depresijo razumemo kot skupek bioloških, razvojnih, socialnih in psihičnih vzrokov, ki oblikujejo dispozicijo za njen pojav. Depresivno mišljenje ne povzroča depresije, temveč je njen del (Fennell, 2008: 174).

Kot sem že zapisal, kognitivni model predpostavlja pomembno povezanost naših misli in predstav s čustvi, vedenjem ter telesnimi reakcijami. Ta proces se dogaja v kontekstu nekega okolja, ki dodatno, specifično vpliva na posameznika (Pastirk, Anić, 2011).



Slika 1: Prikaz petih osnovnih aspektov kognitivne terapije, ki so med seboj povezani, povezave so vzajemne.

Za razumevanju modela je potrebno upoštevati vzajemen odnos vseh štirih osnovnih elementov. Določena interpretacija ali misel vplivata na čustveno stanje, prav tako čustvo samo po sebi povečuje verjetnost prepričanja v to kognicijo (npr. zaskrbljenost in žalost povečata prepričanje, da je »vse narobe in nikoli ne bo bolje«). Prav tako se med seboj krepijo kognitivne sheme in telesne reakcije (npr. ob telesni izčrpanosti zaradi pomanjkanja spanja je klient vse bolj prepričan, da je popolnoma brez moči). Povezavo med kognitivnimi shemami in vedenjem lahko opazujemo pri depresiji, ko se posameznik vse bolj umika iz okolja v pasivnost. Ob pasivnosti in izogibalnem vedenju postaja vse močnejše prepričanje v lastno neobgljenosti in nesposobnosti, to prepričanje dodatno pasivizira depresivno osebo.

Pri depresiji običajno pride do naslednje krožne triade:



Slika 2: Začarani krog depresije po KVT-modelu (Moore in Garland, 2003: 26).

Primer: Za lažje razumevanje klasičnega kognitivno-vedenjskega pristopa depresij bom v članku predstavil določene krajše segmente psihoterapije s klientko, ki je vrsto let vodena pri psihiatru zaradi zmerne depresivne epizode. Trikrat je prišlo do izrazitega poslabšanja depresivnih znakov, tedaj je bila v bolniškem staležu, pasivna ...

V terapijo jo usmeri psihiater. Prejema medikamentozno terapijo. V času terapevtskega procesa je bila stara 45 let, zaposlena v javnem sektorju. Izhaja iz preproste družine, kjer je bila v izrazitem rivalstvu z mlajšo sestro. V odnosu z materjo se je čutila zapostavljena, oče ni imel pomembnejše vloge. Že zgodaj je pričela trdo delati, z 18 leti se je odselila od primarne družine. Je ločena, nekdanji mož je bil alkoholik. Ima dva otoka, z aktualnim partnerjem se slabo razume. Večino dneva posveti delu. Povedala je, da je neprestano žalostna, ponoči ne spi, občasno jo spremljajo panični napadi, neprestano je utrujena ...

PRIMER 1 – Osnovni elementi KVT-pristopa (misli – čustva – vedenje – telesne reakcije):

V času terapije postopno prepoznava negativne avtomatske misli, kot so: »Nisem dobra. Nisem sposobna, kot bi morala biti. Moram pomagati drugim. Ne bom vzdržala.« Na čustvenem področju poroča o žalosti, jezi, občutku manjvrednosti, sramu; na telesnem nivoju poroča o bolečinah v želodcu, močnem bitju srca, utrujenosti; na vedenjskem nivoju se pojavlja ali pasivnost (izogiba se družbe, izogiba se družinskih srečanj ...) ali impulzivnost (v specifičnih situacijah). V začetnem obdobju so prisotne tudi motnje spanja. Okolica jo doživlja kot drugačno in ji to

posredno sporoča.

Za razumevanje kognitivnega modela depresivnih motenj je pomemben koncept »avtomatskih misli«. Avtomatska misel je miselni tok, ki teče ob manifestnem miselnem dogajanju (Beck, 1995). Običajno se avtomatske misli pojavijo spontano. Če nanje nismo hote pozorni, jih pogosto ne opazimo, kljub temu pa miselni tok pomembno vpliva na naše čustvanje in vedenje. Te misli privrejo na dan avtomatično, pogosto so nagle in kratke. Lahko se pojavijo v obliki slike ali kratkega sporočila. Običajno jih sprejmemo kot resnico brez razmisleka ali ovrednotenja. Avtomatske misli so značilne za vse ljudi in ne le za ljudi s psihičnimi težavami. Pogosteje se zavedamo čustev in ne misli, ki čustva spremljajo (Pastirk, Anić, 2011). Kognitivni pristop predpostavlja, da depresivne osebe razvijejo tipične kognitivne sheme, ki so tesno povezane z depresijo, so njen del.

Težava avtomatskih misli je v tem, da so pogosto disfunkcionalne (ne služijo osnovnemu namenu, nas ovirajo) ali distorzijske (napačne).

Aaron Beck (Beck, 1995) je s sodelavci izoblikoval shemo značilnih miselnih napak:

- Vse ali nič mišljenje: dogodke zaznamo le v dveh ekstremnih kategorijah (črno/belo), ne pa v kontinuumu. (»Nič nisem vreden.«)
- Katastrofiziranje: prihodnost napovedujemo izrazito negativno, ne da bi upoštevali realne okoliščine in dejstva. (»Gotovo bo še slabše.«)
- Diskvalifikacija in izključevanje pozitivnega: Brez razlogov smo prepričani, da pozitivne izkušnje, kakovosti ne veljajo. (»Dobro sem bil pripravljen na izpit, toda to ne pomeni, da sem kompetenten, imel sem le srečo.«)
- Emocionalno presojanje: prepričani smo, da je nekaj resnično le zato, ker to čutimo, ne da bi upoštevali dejanska dejstva in realnost. (»Nekatere stvari naredim sicer dobro, toda počutim se kot neuspešnež, torej sem neuspešen.«)
- Etiketiranje: sebi ali drugim pripišemo neko poenostavljeno lastnost – »nalepimo nalepko«. (»Sem zguba.«)
- Povečevanje/minimaliziranje: sebe, druge ali situacijo pretirano povečujemo ali minimaliziramo. (»Povprečna ocena je zank moje nesposobnosti.«)
- Mentalni filter: vso pozornost posvetimo nekemu negativnemu dejstvu, ne da bi videli celotno sliko. (»Ker mi enkrat ni uspelo, sem zguba.«)
- Branje misli: prepričani smo, da vemo, kaj drugi mislijo, ne da bi upoštevali druge možnosti. (»Učitelj gotovo misli, da sem nesposoben.«)
- Pretirano posploševanje: sprejemamo zaključke, ki bistveno presegajo realnost dejanskih dogodkov. (»Ker je omenil možnost napake, sem prepričan, da je celoten projekt napačen.«)
- Personalizacija: interpretacija je tu egocentrična in subjektivna, gre za pretirano obračanje nase. (»Ker je učitelj odrezav do mene, sem prepričan, da sem naredil nekaj narobe.«)
- Formuliranje stavkov z »moral bi«: pretirano nefleksibilno, fiksirano prepričanje o tem, kako bi se drugi oziroma sam morali obnašati, kakšni bi dogodki morali biti in kako neprijetno bo, če se to ne bo zgodilo. (»Moram biti najboljši.«)
- Enostransko gledanje: Vedno vidimo le eno plat situacije. (»Le jaz imam prav, vsi drugi vidijo napačno.«)

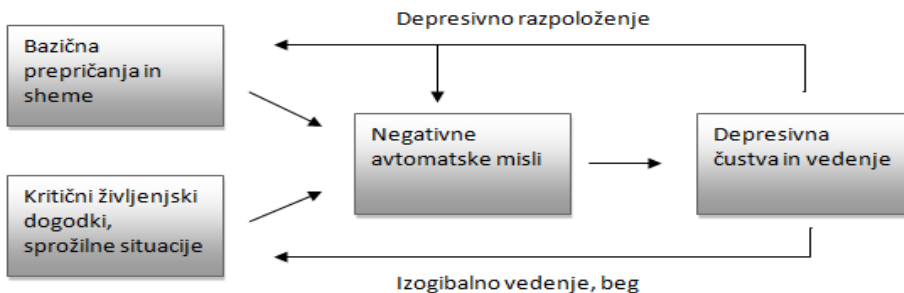
PRIMER 2 – Značilne miselne distorzije predstavljene depresivne klientke: »Nisem sposobna, kot bi morala biti« (»Morala bi« prepričanje), »Nič ne zmorem.« (Vse ali nič mišljenje), »Za vse na svetu sem sama.« (Vse ali nič mišljenje), » Nisem dobra.« (Etiketiranje), »Kriva sem.« (Etiketiranje), »Nikoli ne bo bolje.« (Katastrofizacije).

V kognitivni terapiji učimo kliente prepoznavanja avtomatskih misli, kritičnega odnosa do njih in v kolikor zmorejo, modifikacije negativnih avtomatskih misli, kar pogosto privede do izboljšanja čustvenega doživljanja, tudi spremembe vedenja.

Kognitivni pristop predpostavlja, da so avtomatske misli le prvi, najlažje dostopni kognitivni nivo. Z nekaj truda in treninga jih lahko prepoznamo. Težje dostopen in kompleksnejši je nivo bazičnih prepričanj.

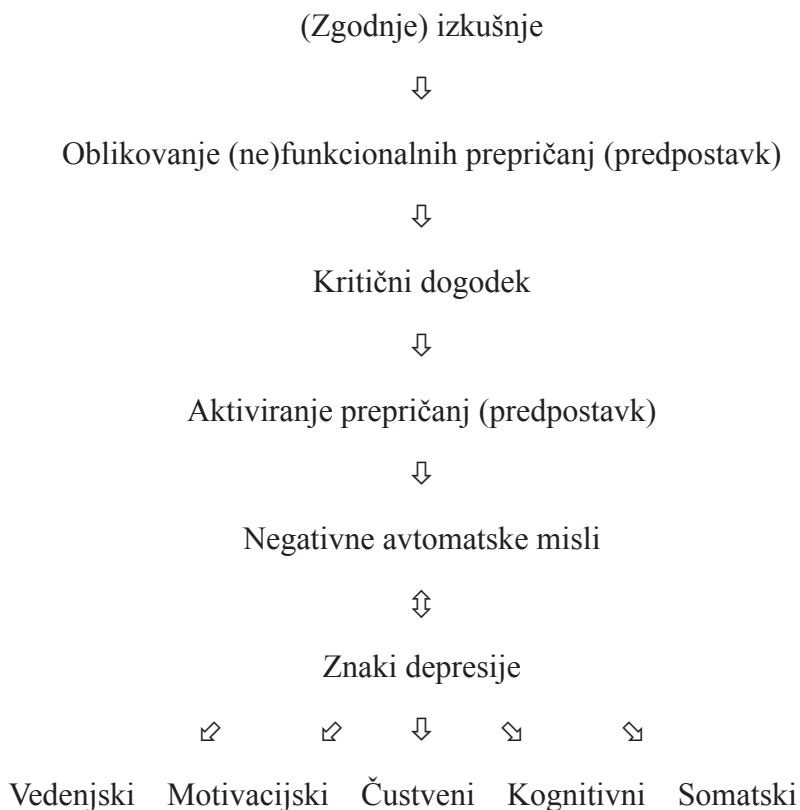
Bazična prepričanja so osnovni nivo prepričanj, so globalna, rigidna in generalizirana. Običajno se oblikujejo že v zgodnjem razvojnem obdobju, ko otrok vstopa v interakcije z (pomembnimi) drugimi. Bazična prepričanja in sheme vplivajo na izoblikovanje določenih avtomatskih misli.

A. T. Beck govori o dveh najpogostejših bazičnih prepričanjih – bazičnem prepričanju, da nismo ljubljene, in bazičnem prepričanju, da nismo sposobni. Podobno pojmu bazičnega prepričanja je Jeffrey E. Young (2003) razvil koncept zgodnjih maladaptivnih shem in govori o nefunkcionalnih shemah, ki se razvijejo v zgodnjem otroštvu.



Slika 3: (Krožni) kognitivni model depresije (Dobson, 2008: 5).

Ob določenih življenjskih dogodkih naša bazična prepričanja sprožijo avtomatske misli. Negativne avtomatske misli aktivirajo ter vplivajo na čustvovanje in razpoloženje depresivne osebe. Povratno pa razpoloženje depresivne osebe vpliva tako na avtomatske misli kot na bazična prepričanja, jih utrdi. Izogibalno vedenje, ki je značilno za depresivne osebe, vpliva na način življenja depresivne osebe in kritične življenjske dogodke. Tako ima depresivna oseba vedno več depresivnih misli in vedno bolj je vanje prepričana. Hkrati depresivne misli podkrepijo depresivno razpoloženje. V kognitivni terapiji skušamo ta krog prekiniti.



Slika 4: Beckov kognitivni model depresije (Anić, 1996: 191).

Po kognitivnem modelu obstaja med nivojem bazičnih prepričanj in avtomatskih misli še struktura vmesnih prepričanj. Bazična prepričanja vplivajo na razvoj vmesnih prepričanj. Slednja so sestavljena iz stališč, pravil in domnev. So nekoliko bolj prilagodljiva kot bazična prepričanja, čeprav jih je težko spreminjati. Pogosto so v obliki »Če ...«

PRIMER 3 – Odnos avtomatskih misli – vmesnih prepričanj – bazičnih prepričanj.

Klientka je izoblikovala naslednjo kognitivno shemo: Avtomatska misel: »Nisem vredna. Moram pomagati drugim.« Vmesno prepričanje: »Če ne pomagam drugim, bom izgubila nekoga, ki ga imam rada.« Bazično prepričanje: »Nisem vredna, nisem ljubljena.«

Osnovni model obravnave depresije po kognitivnem modelu je izoblikoval A. T. Beck. V skladu s tem modelom ljudje na podlagi preteklih izkušenj, med katerimi so še posebej pomembne zgodnje izkušnje, izoblikujemo določena prepričanja, sheme o sebi in svetu. Kognitivne sheme vključujejo vmesna in bazična prepričanja. Naša prepričanja pomembno vplivajo na organizacijo percepcij in vedenja. Sposobnost osmisliti in ovrednotiti lastno vedenje je potrebna in koristna, je del običajnega funkcioniranja. Težava nastopi, ker so nekatera naša prepričanja rigidna, ekstremna, nefleksibilna in tako nefunkcionalna, denimo: »Ne morem biti srečen, če me ljudje ne marajo.« Del prepričanj ni le nefunkcionalen, temveč tudi nerealen: »Vsi me morajo imeti radi. Vedno moram biti uspešen ...«

Ob določenem kritičnem dogodku, ki ga vsak od nas doživlja subjektivno, se aktivirajo avtomatske misli, ki temeljijo na posameznikovih kognitivnih shemah. V kritični situaciji se misel pojavi avtomatično in jo oseba sprejme kot del realnosti, ob njej pa doživi neprijetno čustvo (npr. tesnoba in žalost ...). Negativne avtomatske misli vplivajo tudi na druge depresivne znake in jih vzdržujejo – vedenjske (npr. zmanjšanje aktivnosti, umik ...), motivacijske (npr. izguba interesa ...), čustvene (npr. tesnoba, žalost, občutek krivde ...), telesne (npr. nespečnost, izguba apetita ...). Vse to povratno vpliva na negativne avtomatske misli in jih podkrepi.

PRIMER 4 – Beckov kognitivni model depresije: Klientka ob dogodku, praznovanju rojstnega dne, pričakuje, da ji bodo drugi pomagali pri delu, vendar ji ne na način, kot bi to sama želela (Kritični dogodek). Aktivira se avtomatska misel: »Nihče mi ne pomaga. Sama sem za vse.« Ob avtomatski misli se aktivira bazično prepričanje: »Nisem vredna, nisem ljubljena,« ki je povezano z njenimi zgodnjimi izkušnjami in kasnejšimi izkušnjami z možem, ki je bil agresiven alkoholik. Na čustvenem nivoju se delno pojavi občutek žalosti in brezvoljnosti, delno občutek jeze. Na vedenjskem nivoju pasivno in izogibalno vedenje (ne reče »ne«, ne postavi se zase, umika se družbi sorodnikov, ne obiskuje več skupnih srečanj ...), dve noči ne spi.

PRIMER 5 – Krožni kognitivni model (Dobson, 2008, Slika 3: Bolj, kot se je umikala iz situacij, in manj, kot je asertivna, pogosteje prihaja do podobnih kritičnih dogodkov, tako npr. sama opravi delo namesto drugih in ostane razočarana.

Avtomatska misel: »Nihče mi ne pomaga. Sama sem za vse.« dodatno okrepi bazično prepričanje: »Nisem vredna, nisem ljubljena.« Izoblikuje sistem: »Imam dokaz za to, saj mi ne pomagajo.«

Beck v svojem modelu depresije poudarja koncept depresivne triade (Beck, 1979). Gre za tri skupine vsebin, ki nastanejo kot posledica kognitivnih distorzij pri depresiji:

1. Negativno vrednotenje sebe (sem nesposobna, neadekvatna ...).
2. Negativno vrednotenje okolice depresivnega bolnika (svet je slab, okolica mi ne pomaga, svet je nepošten ...).
3. Negativno predvidevanje lastne bodočnosti (nikoli ne bo bolje).

Beck meni, da je depresija velikokrat povezane z »izgubo«. Pri tem gre lahko za izgubo dejanske osebe, lahko pa tudi za izgubo dela selfa – samopodobe ali druge izgube.

Razumevanje depresije v vedenjski terapiji

Vedenjska terapija izhaja iz teorij učenja. Predpostavlja, da je tudi moteče ali neprilagojeno vedenje naučeno oziroma pogojeno (naučeno s pogojnimi »reflekski« – odzivi).

»Vedenjske teorije razlagajo razvoj in vzdrževanje depresivnih znakov kot rezultat pomanjkanja pozitivnih spodbud (nagrada) okolice. Pri tem pride do zmanjšanja pozitivnih podkrepitev zdravega vedenja, podkrepita se depresivno in pasivno vedenje ter kaznuje zdravo vedenje.« (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974; Martell, Addis in Jacobson, 2001 v Carvalho in Hopko, 2010: 154).

Leahly in Holland (2000: 14) prav tako razumeta depresivno vedenje kot rezultat izgube ali pomanjkanja pozitivne podkrepitev določenega vedenja. Poudarjata tudi vpliv averzivnih posledic in stresnih dogodkov za posameznika.

Iz vedenjske paradigme izhaja npr. Lewinsohnov model razumevanja depresivnega vedenja: »Zaradi pomanjkanja odziva okolice določeno vedenje pričinja ugašati po pogostosti, intenzivnosti in kakovosti. Opisani so trije načini pomanjkanja pozitivne podkrepitev. Prvi je izguba pomembne osebe ali premalo njene spodbude. Drugi je pomanjkanje socialnih spretnosti za vzpostavljanje spodbujajočih in zadovoljujočih socialnih odnosov. Tretji možni razlog ugašanja določenega vedenja je nesposobnost posameznika, da začuti pozitivne spodbude okolice.« (Vidmar - Vengust, 2004: 212).

PRIMER 6: Razumevanje depresivne klientke v luči vedenjske paradigme:

Klientka pripoveduje, da v primarni družini ni bilo pozitivnih spodbud in pohval za dobro opravljeno delo, delo in »garanje« sta bila samoumevna (predvsem s strani matere). Zdravo zastopanje sebe ni bilo pozitivno vrednoteno. Iz tega okolja se je zgodaj umaknila (beg), a ob partnerju alkoholiku ponovno ni našla spodbud.

Lewinshon poudarja (Leahly in Holland, 2000: 14), da depresijo sooblikuje tudi pasivno, ponavljajoče, nestimulativno vedenje. Npr. ostati doma in gledati TV (ali ostati v postelji) onemogoča posamezniku stik s pozitivnimi izkušnjami in aktivacijo. To seveda ni vzrok depresije, je pa vzdržujoči faktor. V tem smislu je cilj vedenjskega pristopa postopno povečanje intenzivnosti in frekvence pozitivnega vedenja (ugodnega, koristnega vedenja) s pomočjo različnih vedenjskih tehnik.

Če bi nekoliko poenostavili in citirali Leahly in Hollanda (2000: 14), je v tem delu vedenjska terapija usmerjena v »kakovostnejšo aktivnost pred boljšim počutjem« (angl. *acting better before feeling better*).

Vedenjski pristop poudarja pomen vedenja in aktivnosti pri vzdrževanju depresije ter opozarja na deficite na področju vedenja, kot so pomanjkanje:

- socialnih spretnosti,
- asertivnosti,
- samonagrajevanja,
- pozitivnih spodbud s strani drugih,
- spanja,
- strategij spoprijemanja s problemi,
- izkušenj nagrade in zadovoljstva,
- samokontrole,
- sposobnosti podpreti druge idr.

in pretirano ukvarjanje z določenimi vedenji:

- pretirano pritoževanje,
- negativno in kaznujoče vedenje do drugih,
- pretirana samokritičnost,
- kaznovanje s strani drugih idr.

Na tem področju obstajajo različni modeli, ki so pretežno raziskovalno podkrepjeni.

Seligman (Vidmar - Vengust, 2004: 212) je izoblikoval teorijo naučene nemoči. Številni neprijetni dogodki, ki jih oseba ne more kontrolirati, lahko preidejo v vsesplošen občutek, da posameznik nima več kontrole nad svojim življenjem. Govorimo o generaliziranem občutku nemoči.

Številne vedenjske teorije poudarjajo povezanost depresivnih motenj s pomanjkanjem asertivnosti in socialnih spretnosti. Tako se za mnoge ljudi z depresijo pokaže pomembno učenje socialnih veščin. Alberti in Emmons (1974 v Leahly in Holland, 2000: 16) ugotavljata pomembno povezavo med pomanjkanjem asertivnosti in nezmožnostjo pridobiti pozitivno izkušnjo, povečanim občutkom nemoči, povečano agresivnostjo ter pomanjkanjem nagrajujočega vedenja s strani drugih.

D'Zurilla je s sodelavci (1988 v Leahly in Holland, 2000: 16) ugotavljal pomen povezanosti depresije s pomanjkanjem strategij reševanja problemov (angl. *problem solving skills*) in povečanim občutkom nemoči.

Kognitivno-vedenjski pristop ima dobro izdelano metodo strategij reševanja problemov. Ob tem je pomembno tudi, da depresivni klient prepozna težavo kot nekaj, kar je mogoče rešiti, ne pa kot nekaj, glede česar se le pritožujemo.

Za vedenjsko terapijo so pomembna tudi raziskovanja in teoretična izhodišča, ki jih je izoblikoval Bandura (1977 v Leahly in Holland, 2000). Bandura meni, da se lahko vedenje izoblikuje tudi s pomočjo samonagrajevanja.

Raziskave učinkovitosti kognitivno-vedenjske psihoterapije depresij

Tako psihoterapevtska stroka, terapevtske modalitete kot tudi sam terapevt v lastnem procesu strokovnega razvoja prihajajo do vprašanja učinkovitosti terapevtskega dela: »Ali je to, kar počnemo, učinkovito? Ali dovolj koristi klientu? Ali bi lahko klientu bolje pomagali z drugimi pristopi? Zakaj se v terapevtskem procesu zgodi zastoj? ...«

Kognitivno-vedenjska psihoterapija že od svojega nastanka posveča veliko pozornost znanstveno-raziskovalnemu delu. Velik del raziskav je posvečen tudi učinkovitosti pristopa. Poleg anksioznih motenj je verjetno najbolj raziskano prav področje depresivnih motenj.

Nada Anić (1996: 194) meni, da raziskave najpogosteje tečejo v treh smereh:

1. Študije iz prve skupine primerjajo učinkovitost ali izhod različnih terapevtskih pristopov pri skupinah preiskovancev s podobnimi motnjami (Lambert in Bergin, 1994).
2. Za drugo skupino študij je značilno primerjanje in kombiniranje kognitivne terapije z drugimi pristopi, najpogosteje z medikamentozno terapijo (Hollon, Shelton in Loosen, 1991).
3. V tretji skupini so raziskave, ki skušajo ugotoviti, katera komponenta kognitivno-vedenjske terapije je odgovorna za uspeh zdravljenja oziroma katera je učinkovitejša pri določeni skupini bolnikov (Jacobson idr., 1996; Hollon in Beck, 1994).

Ena najpogosteje citiranih raziskav je metaanaliza učinkovitosti kognitivne terapije depresivnih motenj, ki jo je izvedel Dobson (1989: 414). Na osnovi 28 študij je analiziral učinkovitost Beckove kognitivne terapije. Kognitivna psihoterapija se je pokazala kot učinkovitejša v primer-

javi s kontrolno skupino čakajočih na obravnavo, ne obravnavanimi, medikamentozno terapijo in drugimi psihoterapijami.

Ob splošni ugotovitvi o učinkovitosti, ki jo kažejo različne študije, si sodobnejši avtorji zastavljajo nova vprašanja: kolikšna je učinkovitost, kakšna je pri različnih oblikah depresivnih motenj, kakšna je učinkovitost kombinacije zdravljenja z zdravili in kognitivno-vedenjske psihoterapije?

Culipers, Straten in Driessen (Driessen in Hollona, 2010) v raziskavi »Cognitive-Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators« ugotavljajo, da je učinkovitost KVT srednja (angl. *medium*) v primerjavi s kontrolnimi skupinami tistih, ki niso bili vključeni v terapijo oziroma v primerjavi z drugimi nespecifičnimi kontrolnimi skupinami. Učinek terapije, izražen v NNT (potrebno število zdravljenih bolnikov – angl. *number needed to treat* *), je v navedenih študijah 2,75 (Driessen in Hollona, 2010: 538). To pomeni, da zaradi učinka KVT-terapije pride do izboljšanja (izostane negativni izid) pri eni od treh obravnavanih oseb v primerjavi s kontrolno skupino. V določenih študijah je učinkovitost nižja, odvisno od kriterija in kontrolne skupine (med 3 in 12). Metaanaliza, objavljena v isti raziskavi, kaže tudi na to, da je bil dosežen boljši terapevtski izhod v primerih, ko se je kombiniralo kognitivno-vedenjsko terapijo in zdravila.

Diessen in Hollona (2010: 539) ugotavljata, da je pri obravnavi oseb z zmerno depresivno epizodo KVT izrazito učinkovita. Obravnavane osebe napredujejo veliko bolje kot osebe v kontrolni skupini brez obravnave. KVT se je pokazala vsaj tako učinkovita kot druge oblike psihoterapije in zdravljenja z zdravili.

Pri obravnavi oseb s hudo depresivno epizodo so se pokazale razlike med izkušenimi in manj izkušenimi terapevti. V primerih, ko so terapijo opravljali manj izkušeni terapevti, se je KVT pokazala kot manj učinkovita od zdravljenja z zdravili, če pa so terapijo opravljali izkušeni terapevti, se je tudi pri hudih depresivnih epizodah pokazala enaka učinkovitost KVT kot pri zdravljenju z zdravili.

V že navedeni metaanalizi (Diessen in Hollona, 2010) avtorji ugotavljajo manjšo učinkovitost KVT-terapije pri bolnikih, ki so imeli motnje na drugi osi po DSM, torej osebnostne motnje.

Luty in Carter (2007: 496) sta primerjala učinkovitost interpersonalne psihoterapije (IPT) in kognitivno-vedenjske psihoterapije (KVT), ki obe veljata za učinkoviti kratki terapiji za blage in zmerne depresivne motnje. Avtorji so ugotovili, da sta obe terapiji učinkoviti pri obravnavi blagih in zmernih depresivnih motenj, KVT pa je učinkovitejša pri hudih depresijah.

Tolin (2010: 710) je opravil metaanalizo 26 študij in primerjal učinkovitost KVT z drugimi pristopi. V zaključku je zapisal: »Večja učinkovitost KVT v primerjavi z drugimi psihoterapijami se je pokazala le pri bolnikih z anksioznimi in depresivnimi motnjami.«

Če povzamemo ugotovitve različnih novejših raziskav, lahko ugotovimo, da je kognitivno-vedenjska terapija učinkovita pri obravnavi depresivnih motenj. Pristop je učinkovit v primerjavi s kontrolnimi skupinami (ne obravnavanih oseb) in vsaj tako učinkovit kot drugi psihoterapevtski pristopi ter zdravljenje z zdravili. Izkušeni psihoterapevti dosegajo enakovredne rezultate, kot jih pokaže zdravljenje z zdravili tudi pri hudih depresijah. Pri uporabi KVT prihaja do manjšega relapsa kot pri uporabi zdravil, saj so osebe sposobne novega, aktivnega načina spoprijemanja z

motnjo. Tradicionalna kognitivno-vedenjska terapija je manj učinkovita pri obravnavi depresij, pri katerih je v ozadju tudi osebnostna motnja.

Osnovne značilnosti terapevtskega procesa obravnave depresije po načelih kognitivno-vedenjske psihoterapije

V naslednjem delu prispevka so prikazane osnove obravnave depresije v tradicionalni kognitivno-vedenjski modaliteti, kakor jih razumejo avtorji, kot so Dobson (1988, 1989, 2008), A. T. Beck (1978), J. Beck (1995), Fennell (2004) in drugi. Zavedati se je potrebno, da znotraj kognitivno-vedenjskega paradigme obstajajo tudi nadgrajeni, teoretično dopolnjeni in delno spremenjeni načini obravnave depresij, ki integrirajo nova znanstvena spoznanja (npr. metakognitivni pristop; Papageorgiou in Wells, 2004), nekateri integrirajo tudi znanja drugih terapevtskih pristopov (npr. shematerapija; Young, 2003). Terapevtski proces je tu spremenjen, terapije so lahko daljše, poudarki v terapevtskem odnosu drugačni ..., vendar kognitivno-vedenjska paradigma ostaja osnova.

Terapevtska seansa v tradicionalnem pristopu običajno traja 50 minut, terapija pa poteka tedensko. Ni neobičajno, če so terapevtska srečanja pogostejša (Dobson, 2008). Terapevti se za pogostejša srečanja odločajo predvsem v začetni fazi terapije pri težjih oblikah depresije. Odločitev je seveda izrazito individualna, glede na proces in individualne potrebe klienta. Podatki o številu terapevtskih seans so različni, v povprečju avtorji govorijo o 20 seansah (Vidmar - Vengust, 2004: 214; Fennell, 2008: 176). V različni literaturi se pojavlja različno opredeljeno optimalno število terapevtskih ur, od 12 do 24 (Dobson, 2008). Pri zahtevnejših psihoterapijah je lahko trajanje terapevtskega procesa tudi daljše.

Za terapevtski pristop je značilno tudi to, da zahteva jasno, pozitivno in realno zastavitev terapevtskih ciljev. Sicer lahko zastavimo tudi splošne cilje, za sam potek terapije pa so pomembnejši specifični, konkretni cilji. Če je le mogoče, skušamo postaviti cilje tako, da bodo merljivi. Cilje postavlja klient, postavlja jih zase in ne za druge, npr. za partnerja. Cilji morajo biti v skladu s stališči in vrednotami klienta.

PRIMER 7 – Že opisana klientka si je poleg drugih konkretnih ciljev zastavila tudi cilj, da bo znala reči ne (specifičen, konkreten cilj v smislu večje asertivnosti) ali da bo »žalost« (v terapiji uporabljamo terminologijo klientov) zmanjšala s sedanje stopnje 7 na 5 (merljivost cilja na 10-stopenjski lestvici, ki jo lahko uporabimo tako kot terapevtsko sredstvo v smislu opogumljanja kot merilo ob zaključku terapevtskega procesa).

Značilnost kognitivno-vedenjske psihoterapije je uporaba številnih, različnih tehnik in strategij. Strategije lahko razdelimo na različne načine, v različne kategorije. Nekateri avtorji ločijo le vedenjske in kognitivne strategije. Fennellejeva (2008: 187) pa strategije, ki jih uporabljamo pri depresiji, razdeli v štiri kategorije:

- kognitivne strategije (tehnik preusmerjanja pozornosti, štetje misli...),
- vedenjske strategije (spremljanje aktivnosti, načrtovanje aktivnosti, stopnjevanje nalog ...),
- kognitivno-vedenjske strategije (identifikacija negativnih avtomatskih misli, preverjanje negativnih avtomatskih misli, vedenjski eksperiment ...),
- preventivne strategije (prepoznavanje kognitivnih shem, spreminjanje kognitivnih shem, priprava na prihodnost ...).

Določeni avtorji zagovarjajo uporabo strategij v vrstnem redu, ki ga navaja Fennellejeva. Toda v osnovi je potrebno biti izrazito fleksibilen in terapevtski proces prilagoditi klientu (npr. ob poslabšanju depresije ponovno posvetiti večjo pozornost vedenjskim strategijam v smislu aktivacije) ter poteku terapevtskega procesa (npr. ponoviti pomen in način uporabe določene strategije). Običajno se pri obravnavi depresivnih motenj v začetni fazi uporabljajo predvsem vedenjske tehnike, skuša se doseči povečanje aktivnosti in začetno spremembo. Pri kognitivni restrukturaciji se najprej osredotočamo na spreminjanje avtomatskih misli, v nadaljevanju terapije pa tudi na spreminjanje vmesnih in bazičnih prepričanj.

Eden najpomembnejših elementov terapevtskega procesa je čvrsto terapevtsko zavezništvo (terapevtski odnos). Klient in terapevt kot enakopravna partnerja rešujeta težavo. Terapevtski proces ne poteka v smislu prepričevanja, predavanja in razprav, temveč kot »proces vodenega odkrivanja in raziskovanja« (Young in Beck, 1982 v Fennell, 2008). Pri tem pogosto uporabljamo strategijo sokratskih vprašanj. V kognitivni terapiji skušamo doseči primeren terapevtski odnos s pazljivim poslušanjem, empatičnimi opombami, pristnim terapevtovim zanimanjem, občasnim povzemanjem misli in občutij ter realnim optimizmom (Beck, 1995).

Pri osebah, ki imajo manj težav pri vzpostavljanju delovne alianse, je primeren klasičen, časovno omejen, strukturiran način kognitivno-vedenjske terapije. Posamezniki, ki imajo resne težave pri vzpostavljanju delovne alianse, pa zahtevajo daljšo in prilagojeno psihoterapijo. Beck opozarja, da te skupine zahtevajo veliko več napora pri izgradnji terapevtskega odnosa, ki omogoča primerno sodelovanje (Beck, 1990; Young, 1990 v Pastirk, 2007: 10)

Potrebno se je zavedati meja našega terapevtskega pristopa, meja terapevta in potrebe klienta. So osebe, ki se prepoznajo v KVT-modelu (»Ja, to sem jaz«), in so pripravljene sprejeti kognitivno-vedenjski način dela, tudi naloge med terapevtskimi srečanji ... (»To mi je blizu in mi bo pomagalo«). So tudi osebe, ki jim ta način ni blizu. Osebe, ki imajo dober repertoar vedenjskih in kognitivnih strategij reševanja problemov, hitreje reagirajo na KVT, tudi sam pristop jim je bližji.

Fennell (2004) predlaga, da si terapevt pred pričetkom terapevtskega dela pri obravnavi depresije zastavi določena vprašanja:

- Ali je oseba depresivna?
- Kakšna je narava depresije?
- Kako globoka je depresija?
- Ali oseba poroča o depresivnih kognicijah?
- Ali je pripravljena sprejeti ta način terapevtskega dela?
- Ali je sposobna sprejeti enakovreden, sodelujoč odnos?
- Kakšna je klientova sposobnost soočanja in reševanja problemov?

Od odgovorov na ta vprašanja je odvisna odločitev, ali je KVT, usmerjena v obravnavo depresije, za določenega posameznika primerna, kako bomo zastavili terapevtske cilje, delovne hipoteze in konceptualizacijo.

Začetna terapevtska faza

V začetni fazi terapije skušamo posameznikove težave razumeti in izoblikovati konceptualizacijo v okviru kognitivno-vedenjskega modela. KVT ima lasten, sistematičen način terapevtske ocene, pa tudi specifične načine ocene depresivnih motenj. Pri zbiranju informacij uporabljamo različne metode, kot so vedenjsko-kognitivni intervju, krajši vprašalniki (npr. Beck Depression Inventory – BDI in BDI-II), funkcionalna analiza vedenja, tehnike samoopazovanja (angl. *self-monitoring*), zbiranje informacij od pomembnih drugih oseb, neposredno opazovanje, fiziološke meritve, ocena stopnje samomorilne ogroženosti itd. V diagnostični fazi ocenjujemo kognitivne, vedenjske in medosebne dejavnike posameznikovega problema. Pogosto skušamo razumeti značilen dan depresivnega klienta.

Ocena je pomembna ob pričetku terapevtskega procesa, v nadaljevanju terapije opravljamo sprotno evaluacijo klientovega napredka. Z večstopenjsko lestvico, denimo, ocenjujemo izraženost depresivne simptomatike skozi terapevtski proces, kar hkrati lahko predstavlja tudi terapevtsko intervencijo.

Prav tako je v začetni fazi terapije pomembno, da terapevt klientu jasno predstavi terapevtske možnosti in omejitve pristopa, da strokovno presodi, ali je ta način dela primeren za posameznika, in prepozna potrebe osebe. Klienta poučimo o značilnostih kognitivno-vedenjske terapije in mu predstavimo kognitivni model depresije. KVT poudarja pomen izobraževanja v terapiji. V času celotne terapije poučujemo posameznika o značilnostih pristopa.

Običajno je v tej fazi terapije večji poudarek na vedenjskih elementih pristopa. Cilj vedenjskih strategij je aktivacija klienta in angažiranje pri aktivnostih v okolju, ki postopno izboljšajo vedenje. Kliente učimo beleženja in planiranja aktivnosti, postopnega stopnjevanja aktivnosti v majhnih korakih, načrtovanja aktivnosti, ki zvišujejo zadovoljstvo, samonagrajevanja, večje asertivnosti, socialnih spretnost ...

Pogosto večjo pozornost posvečamo prekinjanju ruminacij in mučnega ukvarjanja z depresivnimi mislimi. Kot učinkovita strategija se pokažejo različne tehnike preusmerjanja pozornosti. Same po sebi ne prinesejo kognitivne spremembe, vendar zmanjšajo število depresivnih misli oziroma prekinejo depresivni miselni tok. V naslednjih fazah terapije sledi delo na kognitivni restrukturaciji in alternativnih oblikah vedenja, saj lahko v nasprotnem primeru pride do izogibalnega vedenja.

Srednja faza terapije

Ko je klient bolj aktiven in vključen v dogajanje v okolici, terapijo usmerimo v prepoznavanje kognitivnih shem in kognitivno restrukturacijo (Dobson, 2008: 18).

V sklopu kognitivno-vedenjskih strategij učimo kliente prepoznavanja, testiranja in spreminjanja negativnih avtomatskih misli. V osnovi je ta pristop izoblikoval Beck, drugi avtorji pa so ga pomembno razširili in dopolnili. To je področje, ki ga je kognitivna psihoterapija najbolj podrobno raziskala in izoblikovala različne načine dela. Proces poteka od identifikacije negativnih avtomatskih misli do spreminjanja in iskanja alternativnih načinov mišljenja. Poznamo različne

načine obravnave avtomatskih misli– če so slednje nerealne, pogosto uporabimo kognitivno restrukturizacijo; če so nefunkcionalne, lahko uporabimo zaustavljanje misli, preusmerjanje ...; če so realne in je pred osebo resna realna težava, lahko posameznika učimo načinov reševanja problemov, novih veščin ... Običajno različne strategije kombiniramo.

V tej fazi pogosto uporabljamo strategije, kot so:

I. Identifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj, npr. strategije, kot so opazovanje čustvenih sprememb med seanso, pripovedovanje konkretnega dogodka, dnevnik beleženja disfunkcionalnih misli, izpostavljanje idr.

PRIMER 8 – Identifikacija avtomatskih misli ob čustveni spremembi med seanso: Klientka opisuje dogodek, ko mora sama odpeljati hčer v šolo, iti v trgovino ... Terapevt ob tem zazna čustveno spremembo: »Kaj vas je sedaj prešinilo, na kaj ste pomislili?« Klientka: »Za vse na svetu sem sama.« Terapevt: »Kaj občutite ob tem?« Klientka: »Žalost.«

II. Modifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj, npr. strategije, kot so: ugotavljanje dokazov, videnje nasprotnih dokazov, beleženje miselnih distorzij in beleženje alternativna prepričanja, uporaba racionalnega odgovora, tehnika krožnega diagrama, tehnika kontinuuma idr.

PRIMER 9 – Terapevt: »Rekli ste, da ste za vse na svetu sami. Ali vam pri ničemer nihče ne pomaga?« Klientka: »No, včasih mi pomaga hči. Ja, ona me včasih podpira, partner ne.« (Iskanje nasprotnih dokazov.) Terapevt: »Če bi pomenilo 1 – da vam hči sploh ne stoji od strani, 10 – da vam popolnoma, kje na tem kontinuumu jo doživljate v tem trenutku?« Klientka: »Nisem čisto prepričana, mislim, da med 7 in 8.«

III. Vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja.

PRIMER 10 – Vedenjski eksperiment: S klientko narediva natančen dogovor; kako bo v naslednji situaciji, kjer bodo od nje zahtevali, da opravi nalogo, za katero meni, da ni njena, rekla »ne«. To se naredi sistematično v smislu vedenjskih strategij. V naslednji seansi analizirava, ali je nalogo zmogla, kako se je počutila ...

IV. Metode reševanja problemov. Cilj te metode ni le, da klient reši konkreten problem, temveč da se usposobi, da v prihodnje uspešno reši možne probleme. Nekateri ljudje enostavno nimajo veščin učinkovitega reševanja problemov (Pastirk, 2004: 23).

Zaključna faza terapije

V zaključni fazi terapije posvečamo posebno pozornost vmesnim in bazičnim prepričanjem ter različnim strategijam reševanja problemov. Klient naj bi generaliziral naučeno in bil sposoben uporabiti strategije v obdobju po terapiji. Pomembno je, da klient izoblikuje lastno – novo konceptualizacijo.

Poznamo različne strategije, kot je npr. tehnika sestopa. (»Če bi bilo to res, kaj bi to za vas pomenilo?«) Tehnike sestopa ni smiselno uporabiti v začetnih terapevtskih fazah, tudi v zaključ-

ni je potrebno dobro presoditi, kdaj in kako jo uporabimo.

PRIMER 11 – Poenostavljen primer tehnike sestopa: klientka izrazi avtomatsko misel: »Vedno moram pomagati drugim.« Terapevt: »Če ne bi pomagali drugim, kaj bi to za vas pomenilo?« Klientka: »Če ne pomagam drugim, bom gotovo izgubila nekoga, ki ga imam rada.« (Vmesno prepričanje.) Terapevt: »In če bi bilo to res, kaj bi to za vas pomenilo?« Klientka: »Verjetno, da nisem vredna, da me ne marajo.« (Bazično prepričanje) /joče/.

Dobsom (2008: 23) poudarja, da se je običajno smiselno usmeriti na obravnavo bazičnih prepričanj, šele ko klient ni več klinično depresiven, v fazah izboljšanja depresivne motnje oziroma v solidnih remisijah.

Klienta skušamo pripraviti tudi na možnost ponovitve depresivne epizode. Skupaj z njim izoblikujemo strategije, s katerimi si bo znal pomagati na različne načine tudi po zaključku terapije. Nekateri KVT-terapevti v prisposodbi pravijo, da spodbujamo klienta, da postane sam svoj terapevt.

Kot pri vseh terapevtskih pristopih, je tudi tu pomemben kakovosten zaključek terapevtskega procesa – »dobro slovo«. Včasih se terapevt in klient ob zaključku odločita za postopno zmanjševanje terapevtskih srečanj ali za določeno obliko spremljanja (npr. enkrat mesečno).

Zaključek

Glede na razširjenost depresivnih motenj, Seligman jih je že leta 1975 imenoval »prehlad psihiatrije«, in podatke o naraščanju depresivnih motenj je smiselno iskati različne oblike pomoči ljudem, ki imajo številne težave prav zaradi te motnje. Ena izmed kakovostnih možnosti pomoči je gotovo tudi kognitivno-vedenjska psihoterapija.

Vedenjska paradigma se je v osnovi manj ukvarjala z depresijo, medtem ko sta nastanek in razvoj kognitivne psihoterapije tesno povezana prav s kognitivnim razumevanjem depresivnih motenj. Osnovni tradicionalni kognitivni model obravnave depresije je razvil A. T. Beck s sodelavci. Za razvoj kognitivno-vedenjske paradigme in razumevanje depresije znotraj te je njegovo delo izjemnega pomena, zato smo mu v članku namenili največ prostora. Danes se znotraj pristopa oblikujejo novi modeli, ki Beckovo delo dopolnjujejo in širijo.

Številne raziskave dokazujejo učinkovitost pristopa pri obravnavi depresivnih motenj ter opozarjajo na določene omejitve, kot na primer na pomen terapevtskih izkušenj pri hudih depresivnih epizodah ali previdnost pri komorbidnosti depresivne in osebne motnje.

Vsekakor je kognitivno-vedenjska psihoterapija skozi terapevtsko prakso in znanstveno-raziskovalno delo v zadnjih tridesetih letih našla svoj prostor v skoraj vseh ustanovah, ki se ukvarjajo s pomočjo depresivnim osebam, tako v svetovnem kot slovenskem prostoru.

Naj zaključim z mislimi Melanie Fenell (2008: 174), ki pravi: »Kognitivni model je bil razvit za obravnavo depresivnih motenj, na tem področju je tudi največ raziskav. Toda model ni relevanten le za depresivne motnje ali za druge razpoloženske motnje klinične intenzitete. Miselne distorzije niso same po sebi abnormalne. Torej ne obstajajo kvalitativne razlike med miselnimi

procesu večine depresivnih oseb in tistimi, ki jim skušamo pomagati, temveč depresija povečuje in intenzivira procese, ki so v vseh nas. Uvid v to dejstvo je pomemben za ustvarjanje enakovrednega, sodelujočega odnos med terapevtom in klientom.«

Literatura

- Anić, N. (1996). Vedenjsko-kognitivna terapija depresije. V Romih J., Žmitek A. (ur.). *Zdravljenje z antidepresivi*, Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. in Brad, A. A. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York-London: The Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy – Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Carvalho, J. P. in Hopko, D. R. (2010). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 42, 154–162.
- Deckersbach, T., Gershuny, B. S. in Otto, M. W. (2000). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *The Psychiatric Clinics of North America*. 23 (4), 795–809.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition. (2000) Washington: American Psychiatric Association.
- Dobson, K. S. (1988). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press.
- Dobson, K. S. (1989). Meta Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (3), 414–419.
- Dobson, K. S. (2008). Cognitive Therapy for Depression. V Whisman, M. A. (ur.). *Adapting Cognitive Therapy for Depression*. New York-London: The Guilford Press.
- Driessen, E. in Hollona, S. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *The Psychiatric Clinics of North America*. 33, 537–555.
- Fennell, M. (2008). Depresija. V Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. in Clark, D. M. (ur.). *Kognitivno-bihevioralna psihoterapija za psihijatrijske probleme*. Zagreb: Naklada SLAP.
- Leahy, R. L. in Holland, S. J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York-London: The Guilford Press.
- Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M. A., Mulder, R. T. in Joyce, P. R. (2007). Randomised Controlled Trial of Interpersonal Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy for Depression. *British journal of Psychiatry*, 190, 496–502.
- Moore, R. in Garland, A. (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression*. Chichester: Wiley.
- Papageorgiou, C. in Wells, A. (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester: Wiley.
- Pastirk, S. in Anić, N. (2011). Vedenjsko-kognitivna psihoterapija. V Masten, R. in Smrdu, M. (ur.). *Klinična psihologija*, FF – Ljubljana, v pripravi za tisk.
- Pastirk, S. (2004). Predstavitev nekaterih tehnik kognitivne terapije. V Anić N. (ur.). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije II*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Pastirk, S. (2007). Uvod v kognitivno terapijo. V Anić, N. in Janjušević, P. (ur.). *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije II*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Simončič - Tonkli, M. (2007). Cilji in načrt terapije. V Anić, N. in Janjušević, P. (ur.). *Izbrane*

teme iz vedenjsko-kognitivne terapije. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

Young, J. E., Klosko, J. S. in Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy*. New York-London: The Guilford Press.

Tolin, D. F. (2010). Is Cognitive Behavioral Therapy More Effective Than Other Therapies? A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710–720.

Vidmar - Vengust, M. (2004). Kognitivno-vedenjski pristop k depresivni motnji. V Anič, N. (ur.). *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije I*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

* Na primer NNT (potrebno število zdravljenih bolnikov – angl. number needed to treat) je število bolnikov, ki jih moramo zdraviti, da preprečimo en nezelen dogodek (npr. smrt ali invalidnost), in ga lahko izračunamo kot obratno vrednost zmanjšanja absolutnega tveganja (1/ARR). Glej tudi: <http://ktclearinghouse.ca/cebm/glossary/nnt> (Centre for Evidence-Based Medicine)
