

KOGNITIVNO BIHEJVIORALNA TERAPIJA I TRETMAN PACIJENATA SA TEŠKOM DEPRESIJOM

Jasna Petković, Emir Tupković

Klinika za psihijatriju, Univerzitetski klinički centar,
Tuzla, Bosna i Hercegovina

Apstrakt: Poredili smo grupu od dvanaest pacijenata starosti 37.7 ± 9.4 godina (osam su bile žene) liječene samo antidepresivima, sa drugom grupom od dvanaest pacijenata, starosti 39.7 ± 8.2 godina (deset žena) liječenih farmakoterapijom i kognitivno-bihevioralnom terapijom. U analizi su mjereni i upoređeni Bekova skala depresije (BSD), Bekova skala anksioznosti (BSA) i Bekova skala beznadnosti (BSB) na početku tretmana, te nakon jedne godine. U obje grupe su ustanovljeni teški oblici depresije (više od 31 prema Bekovoj skali depresije). Srednja vrijednost BDI je na početku liječenja lijekovima bila 49.1 ± 5.6 , a na kraju 11.1 ± 2.4 , sa prosjekom napretka od 38 ± 4.0 . Na istoj skali, u grupi pacijenata liječenih lijekovima i kognitivno-bihevioralnom terapijom, srednja vrijednost je bila 42.5 ± 8.2 na početku, te 4.2 ± 2.7 na kraju liječenja, sa prosjekom napretka od 38.1 ± 6.8 , slično kao i u prvoj grupi pacijenata ($p = 0.997$). Ali, u grupi pacijenata liječenih samo lijekovima broj pacijenata sa recidivima bio je 5, značajno više od samo 1 u grupi pacijenata liječenih lijekovima i KBT ($p < 0.0001$). Srednja vrijednost BAI u grupi pacijenata liječenoj samo farmakoterapijom na početku liječenja bilo je 28.1 ± 8.7 , no svega 7.3 ± 45.0 na kraju, sa prosječnom vrijednošću napretka od 20.8 ± 9.9 . U grupi pacijenata liječenih lijekovima i kognitivno-bihevioralnom terapijom na početku je bilo 35.75 ± 8.9 , značajno više nego u prvoj grupi ($p = 0.001$), a na kraju 3.1 ± 1.4 , sa prosječnim poboljšanjem od 32.7 ± 8.2 , što je značajno više nego u prvoj grupi ($p = 0.004$). Rezultati Bekove skale beznadnosti nisu se pokazali značajno drugačije u ove dvije poredene grupe ($p = 0.411$). Kognitivno-bihevioralna terapija, u kombinaciji sa odgovarajućom psihofarmakoterapijom, predstavlja dokazanu terapijsku proceduru u liječenju pacijenata sa depresivnim poremećajem, redukcijom broja povrataka oboljenja.

Ključne reči: teška depresija, kognitivno bihevioralna terapija

Uvod

Postoje brojne definicije depresije. Potrebno je razlikovati kliničku depresiju od normalnih depresivnih reakcija koje imaju svi ljudi. Također, depresivni simptomi prisutni su u gotovo svakom psihičkom poremećaju. Rizik od depresije je veći s prisutnošću hroničnih somatskih bolesti. Jedan od četiri bolesnika hospitalizirana u bolničkim odjeljenjima ima klinički značajne depresivne simptome. Životna prevalenca depresija za žene iznosi 26%, a za muškarce 15%. U svako doba 15-20% odrasle populacije pati od značajne depresivne simptomatologije, najmanje 12% ima ozbiljne depresivne epizode tokom života, a smatra se da se zbog depresije na psihijatrijskim odjeljenjima hospitalizira i do 75% pacijenata [1]. Očekuje se da će depresija uskoro postati vodeća na svjetskoj listi uzroka bolesti. Utvrđen je i čest komorbiditet depresivnih i anksioznih poremećaja. U oko 50-60% osoba sa opštim tjeskobnim poremećajem prisutna je i klinička slika depresije [1].

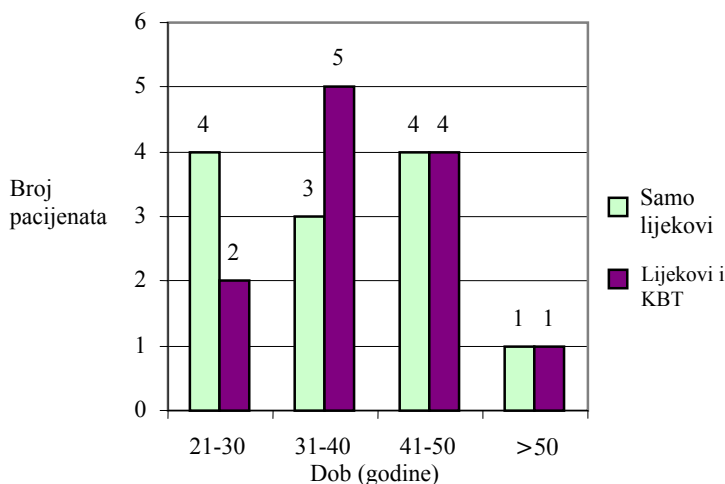
Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) jedna je od najkorisnijih psiholoških intervencija trenutno dostupnih za depresivne poremećaje [2]. Kognitivna terapija se može koristiti sama, u liječenju blagih do umjerenih depresivnih poremećaja, ili u kombinaciji sa antidepressivnim lijekovima za teže depresivne poremećaje. Istraživanja su jasno pokazala da je kognitivna terapija delotvorna, a u nekim slučajevima je bolja od lekova, ili ima jednako dejstvo kao oni [3]. Prilikom tretmana depresije kognitivno-bihevioralnom terapijom pacijenti iskuse značajno poboljšanje već samo u jednoj sesiji, i do 50% ukupnog poboljšanja [4]. Kognitivni faktor tretmana proizvodi trajan uticaj na kognitivne disfunkcije karakteristične za depresivne poremećaje, što upućuje na primjetnu snagu i vrijednosti kognitivne terapije primjenjene na umjereno depresivnu populaciju [5]. U istraživanjima adolescentne depresije KBT je pokazala posebne efekte na kognitivne distorzije [6]. KBT je kod depresivnih portorikanskih adolescenata značajno umanjila simptome depresije [7].

Malo je istraživanja koja objektiviziraju dejstvo KBT na simptome depresivnosti. Stoga je **cilj** našeg istraživanja da se potvrdi vrijednost KBT metode kod liječenja pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem, i to usporedbom delovanja samo medikamentne terapije sa delovanjem medikamentne terapije u kombinaciji sa KBT.

Pacijenti i metode

Poredili smo grupu od dvanaest pacijenata starosti 37.7 ± 9.4 godina (osam su bile žene), liječenih samo antidepressivnim i anksiolitičkim lijekovima, sa drugom grupom od dvanaest pacijenata, starosti 39.7 ± 8.2 godina (deset žena) liječenih farmakoterapijom i kognitivno-bihevioralnom terapijom. Najveći broj pacijenata (22) je pripadao dobnoj skupini 21-50 godina (Slika 1).

Slika 1. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih samo lijekovima i pacijenata tretiranih lijekovima i kognitivno bihejvioralnom terapijom (KBT) u odnosu na dob



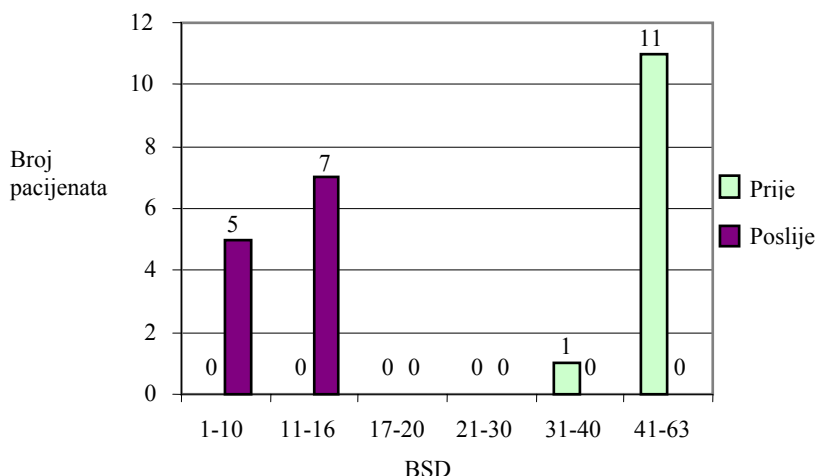
Iz antidepresivne grupe lijekova korišćeni su paroksetin, sertralin, klomipramin, maprotilin. Kognitivno-bihejvioralna terapija u vidu individualnog rada organizovana je jednom sedmično, u trajanju od 45 minuta, u deset seansi; potom jednom mjesečno u tri navrata, a daljnje praćenje je bilo tromjesečno. Praćenje je trajalo godinu dana, od juna 2004. godine do juna 2005. godine. Na isti način je organizovana grupa pacijenata liječenih samo lijekovima, ali uz kraće vremensko trajanje jedne seanse. Izbor pacijenata za pripadnost jednoj ili drugoj grupi je bio slučajan.

U analizi su mjereni i upoređeni Bekova skala depresivnosti (BSD), Bekova skala anksioznosti (BSA) i Bekova skala beznačnosti (BSB) na početku tretmana, te nakon jedne godine. Prilikom obrade podataka korišćeni su prikladni statistički testovi (T-test, Hi-kvadrat test i Pirsonov koeficijent korelacije).

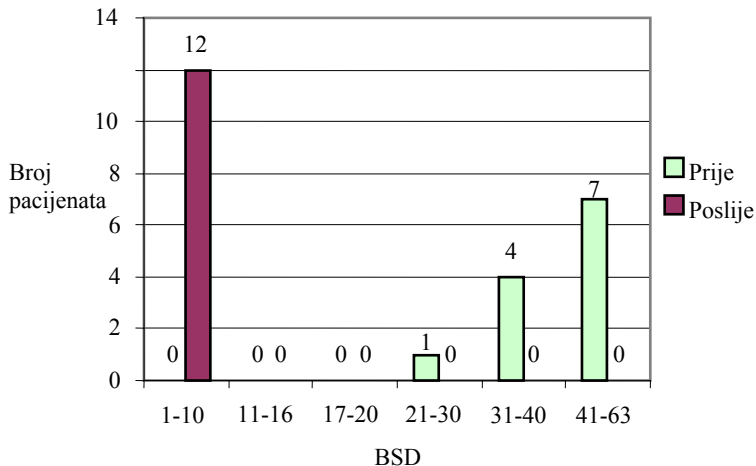
Rezultati i diskusija

U obje grupe je potvrđen težak oblik depresije (veća od 31 prema Bekovoj skali depresije) (Slika 2 i 3). Srednja vrijednost BSD je na početku liječenja lijekovima bila 49.1 ± 5.6 , a na kraju 11.1 ± 2.4 , sa prosjekom napretka od 38 ± 4.0 . Na istoj skali, u grupi pacijenata liječenih lijekovima i kognitivno-bihejvioralnom terapijom, srednja vrijednost je bila 42.5 ± 8.2 na početku, a 4.2 ± 2.7 na kraju liječenja, sa prosjekom napretka od 38.1 ± 6.8 , slično kao i u grupi pacijenata liječenih samo lijekovima ($p=0.997$). Ali, u grupi pacijenata liječenih samo lijekovima, broj pacijenata sa recidivima bio je 5, značajno više od samo jednog u grupi pacijenata liječenih lijekovima i kognitivno-bihejvioralnom terapijom ($p < 0.0001$).

Slika 2. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih samo lijekovima u odnosu na Bekovu skalu depresije (BSD) prije i poslije tretmana



Slika 3. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih lijekovima i kognitivno bihevioralnom terapijom u odnosu na Bekovu skalu depresije (BSD) prije i poslije tretmana



Kliničko istraživanje sa 681 hronično depresivnim ambulantno liječenim pacijentom tokom dvanaest sedmica akutne faze pokazalo je da 55% reaguje na sezone, 52% reaguje na kognitivno-bihevioralnu terapiju, dok čak 85% reaguje na kombinovanu terapiju [8].

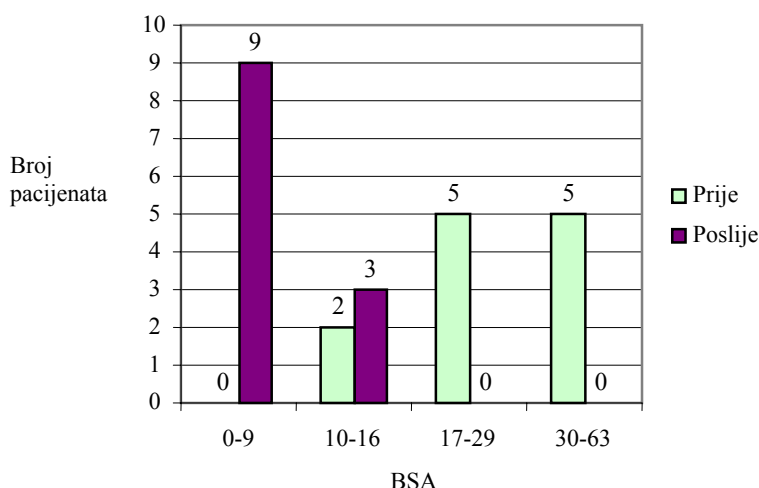
U istraživanju Segala i saradnika, farmakoterapijski tretman pacijenata pokazao je značajan napredak u korekciji disfunkcionalnih spoznaja. Pacijenti u KBT grupi, poređeni sa pacijentima tretiranim farmakoterapijom, pokazali su još veći napredak podsticanjem boljeg raspoloženja koji je prema

navedenom istraživanju, usko povezan sa rizikom ponovne pojave bolesti [9]. Zanimljivo je da je ispitivanje poređenja između KBT za depresiju i njene glavne komponente, aktivaciju ponašanja i aktivaciju ponašanja sa automatskom modifikacijom mišljenja, pokazalo da KBT nije bila ništa više uspješna od svojih komponenti u prevenciji recidiva bolesti [10]. U longitudinalnom praćenju oboljelih od unipolarne depresije i istraživanju predviđanja povratka bolesti, oporavak većine depresivnih pacijenata (75%) je bio značajno veći nego kod pacijenata sa intremitentnim (43%), ili onih sa simptomatskim (27%) oblikom bolesti [11].

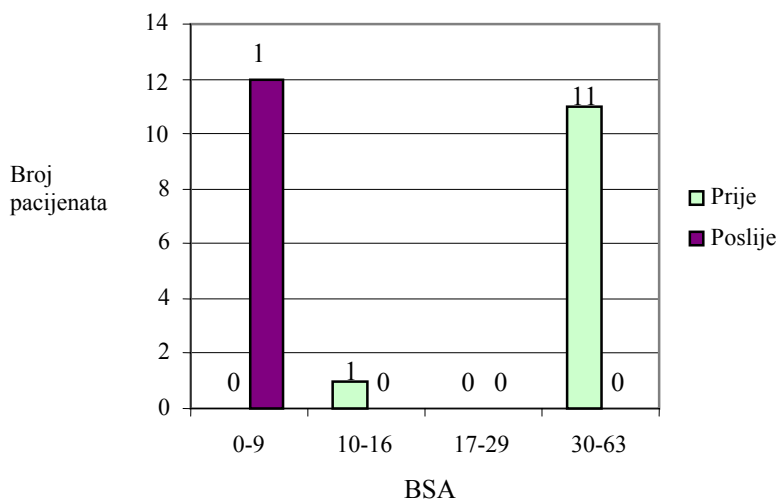
Prije tretmana, većina pacijenata (po pet) u grupi liječenih samo lijekovima, iskazala je tešku do umjerenu anksioznost (vrijednost 17-29 i 30-63 na skali BSA), a poslije terapije devet pacijenata iskazalo je minimalnu anksioznost (0-9 na skali BSA, Slika 4). U grupi pacijenata liječenih lijekovima i kognitivno-bihevioralnom terapijom jedanaest pacijenata je imalo jaču anksioznost prije terapije, dok je njih dvanaest pokazalo minimalnu anksioznost poslije terapije (Slika 5).

Srednja vrijednost BSA u grupi pacijenata liječenoj samo farmakoterapijom na početku liječenja bila je 28.1 ± 8.7 , no svega 7.3 ± 45.0 na kraju, sa prosječnom vrijednošću napretka od 20.8 ± 9.9 . U grupi pacijenata liječenih lijekovima i kognitivno-bihevioralnom terapijom na početku je bilo 35.75 ± 8.9 , značajno više nego u prvoj grupi ($p = 0.001$), a na kraju 3.1 ± 1.4 sa prosječnim poboljšanjem od 32.7 ± 8.2 , što je značajno više nego u prvoj grupi ($p = 0.004$).

Slika 4. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih samo lijekovima u odnosu na Bekovu skalu anksioznosti (BSA) prije i poslije tretmana



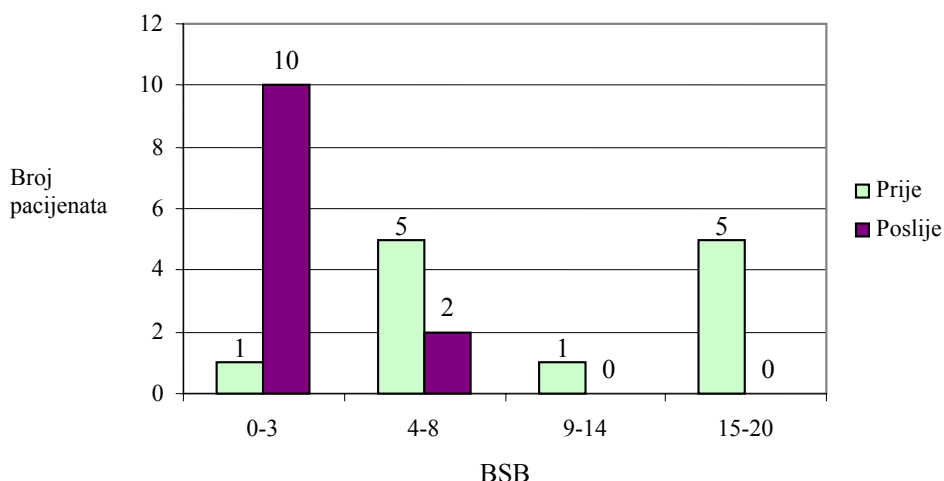
Slika 5. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih lijekovima i kognitivno bihevioralnom terapijom u odnosu na Bekovu skalu anksioznosti (BSA) prije i poslije tretmana



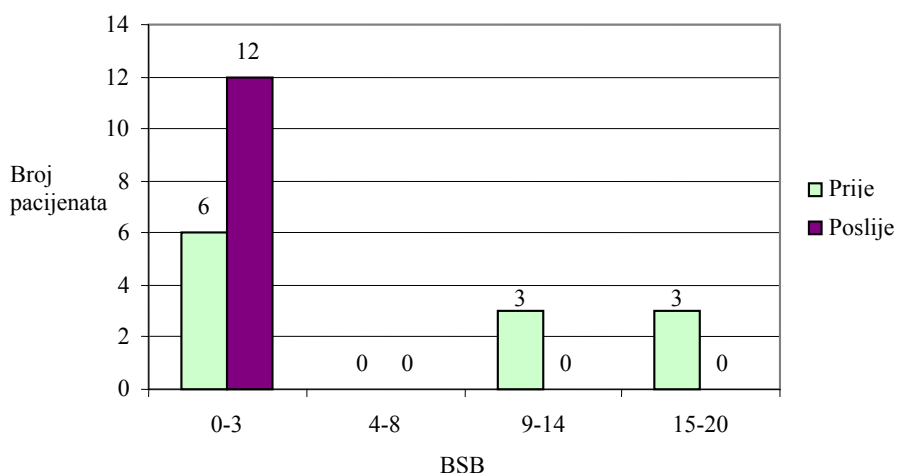
Po pet pacijenata u grupi liječenoj samo lijekovima pokazalo je blagi i ozbiljan nivo beznadnosti na Bekovoj skali beznadnosti (BSB) prije tretmana, ali je minimalan nivo na kraju tretmana ispoljilo čak deset pacijenata. U grupi liječenoj lijekovima i KBT šest pacijenata je pokazalo minimalan nivo beznadnosti na Bekovoj skali beznadnosti (BSB) prije tretmana, a nakon terapije svi su pacijenti ispoljili minimalan nivo beznadnosti (Slike 6 i 7).

Rezultat testiranja na Bekovoj skali beznadnosti u grupi pacijenata liječenih samo medikamentima bio je 10.25 ± 6.2 na početku terapije, i 1.7 ± 2.0 na kraju terapije, sa prosječnim poboljšanjem od 8.6 ± 5.4 . Na početku terapije, u grupi pacijenata tretiranih kognitivno-bihevioralnom terapijom, Bekova skala beznadnosti bila je 7.1 ± 6.9 , a na kraju tretmana bila je 0.6 ± 1.2 , sa prosječnim poboljšanjem od 6.6 ± 5.62 . To nije bio značajnije drugačiji rezultat ($p = 0.411$) od grupe liječene samo lijekovima.

Slika 6. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih lijekovima u odnosu na Bekovu skalu beznadežnosti (BSB) prije i poslije tretmana



Slika 7. Distribucija pacijenata sa teškim depresivnim poremećajem tretiranih lijekovima i kognitivno-bihevioralnom terapijom u odnosu na Bekovu skalu beznadežnosti prije i poslije tretmana



Moguće objašnjenje je u činjenici da smo lijekovima bili u mogućnosti tretirati samo simptome, ali kognitivno-bihevioralnim pristupom možemo upravljati i kognitivno-bihevioralnim komponentama (mišljenjem, osjećanjima i ponašanjem). Izvjesna uporedna istraživanja predlažu farmakoterapiju na početku tretmana, kako bi se poboljšali afektivni i vitalni status, te psihoterapiju u kontinuitetu, sa idejom da se učine trajne promjene u načinu

mišljenja i ponašanja [12]. Značajno je naglasiti da su antidepresivi samo osnova terapije, a bolji rezultati dolaze sa integrativnim, multidimenzionalnim i sveukupnim terapijskim pristupom [1].

Prema Dobsonu [13] KBT je važna u činjenju pacijenata sposobnim da se suoče sa mogućim budućim depresivnim i anksioznim poteškoćama, krizama i mogućim povratkom bolesti, ili čak i njihovim sprečavanjem. Kliman [14] je došao do zaključka da vrijednost kombinovane terapije može biti viđena u činjenici da farmakoterapija, bez sumnje, čini psihoterapiju lakšom, zatim u činjenici da oba pristupa obuhvataju različite nivoe i dosežu različite ciljeve – farmakoterapija otklanja uznemirujuće simptome, a psihoterapija mijenja načine ponašanja. Vajsman i saradnici bili su još precizniji: delotvornost farmakoterapije viđena je u uklanjanju vegetativnih i vitalnih simptoma kao što su poremećaji spavanja, apetita, spontanosti i sl., a psihoterapija je napravila jači uticaj na samoubilačke ideje, osjećaj krivnje i neadekvatnosti [15]. Istraživanje koje poredi proces-iskustvene i kognitivno-bihejvioralne psihoterapije u liječenju težih depresija vodilo je ka zaključku da se nivo depresije, samopoštovanja, opštih simptoma nesretnosti i disfunkcionalnih stavova kod pacijenata značajno poboljšao u obje terapijske grupe, ali je postignut i značajno veći pad u njihovim vlastitim priznavanjima ličnih unutarnjih problema u procesu-iskustvene kao i kognitivno-bihejvioralne terapije [16].

Zaključak

Kognitivno-bihejvioralna terapija u kombinaciji sa odgovarajućom psihofarmakoterapijom predstavlja dokazanu terapijsku proceduru u liječenju pacijenata sa depresivnim poremećajem, bez obzira na to koliko su poremećaji teški. Poboljšanje kod pacijenata sa depresijom liječenih lijekovima i KBT, i grupa liječenih samo lijekovima bilo je slično, ali je broj povrata oboljenja bio značajno smanjen u grupi pacijenata tretiranih kombinovano lijekovima i KBT. Rezultati su ohrabrujući, ali, uzimajući u obzir relativno mali broj ispitanika, treba da se pažljivo tumače.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND TREATMENT OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSION

Jasna Petkovic, Emir Tupkovic

Clinic for Psychiatry, University Clinical Centre of Tuzla,
Bosnia and Herzegovina

Abstract: We compared a group of 12 patients age 37.7 ± 9.4 years (8 women) treated only with antidepressive drugs with other group of patients age 39.7 ± 8.2 (10 women) treated with pharmacotherapy and cognitive-behavioural therapy. There have been used Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Hopelessness Scale (BHS) on the beginning and at the end of treatment. In both groups severe form of depression (more than 31 according the Beck Depression Inventory) was confirmed. In group of patients treated with drugs only mean value of BDI at the beginning of treatment where 49.1 ± 5.6 , and 11.1 ± 2.4 at the end, with average improvement of 38 ± 4.0 . In the same scale in the group of patients treated also with cognitive-behavioural therapy mean values were 42.5 ± 8.2 at the beginning and 4.2 ± 2.7 at the end of treatment, with average improvement of 38.1 ± 6.8 , identical like in first group ($p=0.997$). But, in group of patients treated with drugs only number of relapse was 5, significantly higher than just one relapse in group of patients treated with drugs and CBT ($p<0.0001$). Mean value of BAI in the group treated only with pharmacotherapy at the beginning of treatment was 28.1 ± 8.7 , and 7.3 ± 4.5 at the end. In the group of patients treated also with cognitive-behavioural therapy at the beginning was 35.75 ± 8.9 and 3.1 ± 1.4 at the end. Group of patients treated with drugs only showed 20.8 ± 9.9 reduction of anxiety In group of patients treated with drugs and CBT reduction of anxiety was significantly higher ($p=0.004$) with value of 32.7 ± 8.2 . Beck Hopelessness Scale in group of patients treated only with drugs was 10.25 ± 6.2 at the beginning of treatment, and 1.7 ± 2.0 at the end, with average improvement of 8.6 ± 5.4 . In group of patient treated with cognitive-behavioural therapy it was 7.1 ± 6.9 at the beginning, and 0.6 ± 1.2 at the end of treatment, with average improvement of 6.6 ± 56.2 , which was not significantly different ($p=0.411$) in comparison with group treated with drugs only. Cognitive behavioural therapy in combination with appropriate pharmacotherapy represents sovereign therapeutical procedure in the treatment of patients with major depression mainly due to decreased risk of relapse.

Key words: cognitive behavioral therapy, major depression

References

1. Jakovljević M. Depresivni poremećaj: od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro Mente; 2004.
2. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications; 1990.
3. Kaplan H. Synopsis of psychiatry. USA: Williams & Wilkins; 1994.
4. Tang TZ, DeRubeis RJ. Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *J Consult Psychol & J Clin Psychol* 1999; 67(6):894-904.
5. McNamara K, Horan JJ. Experimental construct validity in the evaluation of cognitive and behavioral treatments for depression. *J Consult Psychol* 1986; 33(1):23-30.
6. Kolko DJ, Brent DA, Baugher M, Bridge J, Birmaher B. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, medication, and moderation. *J Consult Psychol & J Clin Psychol* 2000; 68(4):603-14.
7. Rossello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Psychol & J Clin Psychol* 1999; 67(5):734-45.
8. McCullough JP. Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration* 2003; 13 (3-4):241-63.
9. Segal ZV, Gemar M, Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 1999; 108(1): 3-10.
10. Gortner ET, Gollan JK, Dobson KS, Jacobson NS. Cognitive-behavioral treatment for depression: relapse prevention. *J Consult Psychol & J Clin Psychol* 1998; 66(2): 377-84.
11. Gonzales LR, Lewinsohn PM, Clarke GN. Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *J Consult Psychol & J Clin Psychol* 1985; 53(4):461-9.
12. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark D. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric problems. Oxford: Oxford Medical Publications; 1990.
13. Dobson K, Handbook of Cognitive Behavioural Therapy, New York: The Guilford Press; 1988.
14. Klemm G. Combining drugs and psychotherapy in the treatment of depression. In: RL Cole J, Schatzberg A, Frazier S, Depression: biology psychodynamics and treatment. New York: Plenum Press; 1976.
15. Weissman M, Klemm G, Prusoff B. The efficacy of psychotherapy in depression: symptom remission and response to treatment. In: Spitzer RL, Klein DF, urednici. Psychological Therapies. Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press; 1976.
16. Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogrekos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Psychol & J Clin Psychol* 2003; 71 (4):773-81.

Dr Jasna PETKOVIĆ, psihijatar, Klinika za psihijatriju, Univerzitetsko klinički centar Tuzla, Bosna i Hercegovina

Jasna PETKOVIC, MD, psychiatrist, Clinic for Psychiatry, University Clinical Centre of Tuzla, Bosnia and Herzegovina

E-mail: jovana.p@bih.net.ba