

## INTERPERSONALNA PSIHOTERAPIJA\*

Milica Milojević

Učiteljski fakultet u Vranju, Univerzitet u Nišu

Partizanska 14, 17000 Vranje, Srbija

milica.m82@gmail.com

Marina Hadži Pešić

Departman za psihologiju

Filozofski fakultet u Nišu, Univerzitet u Nišu

Ćirila i Metodija 2, 18000 Niš, Srbija

marina.hadzi.pesic@filfak.ni.ac.rs

### Sažetak

Interpersonalna psihoterapija je relativno nov psihoterapijski pristup, kratkog trajanja, čiji je fokus psihoterapijski rad na problemima u socijalnoj i interpersonalnoj sferi. Originalno razvijena od strane Klermana, Chevrona i Weissmana u svrhu liječenja depresije, danas se koristi kod velikog broja poremećaja. U njenoj osnovi nalazi se, sve prisutniji u teoriji i praksi, biopsihosocijalni model psihološkog funkcioniranja. Prema ovom modelu biološki, socijalni i psihološki faktori zajednički sudjeluju u odgovoru na stres. Teorijsku osnovu interpersonalne psihoterapije čine Teorija komunikacije, Teorija afektivnog vezivanja i Socijalna teorija. Fokus interpersonalne psihoterapije su interpersonalna pitanja, pri čemu je naglasak na razumijevanju trenutnih nesuglasica, frustracija, briga i želja, definiranih u interpersonalnom kontekstu, a njezin je cilj pomoći klijentima da promijene svoju životnu situaciju, prije nego da je samo razumiju i prihvate. U odnosu na dva poznata psihoterapijska modaliteta – kognitivno-bihevioralni i psihodinamski, postoje sličnosti, ali i brojne razlike. Budući da je riječ o terapiji koja je u razvoju i koja čeka svoju daljnju provjeru u praksi, još uvijek je mnogo toga nepoznato – određenje opsega indikacija, optimalnog broja i trajanja seansi, pitanje kombinovanja s farmakoterapijom, efikasnost različitih oblika terapije.

**Ključne riječi:** interpersonalna psihoterapija, depresija, socijalni kontekst, područja terapijskog fokusa, interpersonalna formulacija.

---

\* Nastanak ovog rada djelomično je financiran sredstvima Ministarstva za nauku i tehnološki razvoj Republike Srbije u okviru projekta br. 179002.

## UVOD

Interpersonalna psihoterapija dugo je bila korištena uglavnom samo u istraživanjima. Međutim, ova terapija postaje sve popularnija i u svakodnevnoj praksi. Originalno su je razvili Klerman, Chevron i Weissman (Klerman, Weissman, Rounsaville i Chevron, 1984) u svrhu liječenja depresije. Od tada se razvijaju brojne varijante za tretman različitih psihijatrijskih poremećaja, a rezultati studija provedenih u svrhu provjere njene efikasnosti u tretmanu depresije bili su zadovoljavajući (Crowe i Luty, 2005).

Interpersonalna psihoterapija je kratka psihoterapija koja se fokusira na specifično interpersonalna pitanja. Naglasak je na razumijevanju trenutnih nesuglasica, frustracija, briga i želja, definiranih u interpersonalnom kontekstu, a cilj je terapije da pomogne klijentima da promijene svoju životnu situaciju, prije nego da je samo razumiju i prihvate (Weissman, Markowitz i Klerman, 2000). Prema biopsihosocijalnom modelu psihološkog funkcioniranja, na kojem se zasniva interpersonalna psihoterapija, biološki, psihološki i socijalni faktori zajedničkim djelovanjem stvaraju jedinstveni odgovor na stres. To je i razlog zbog kojeg ovaj model psihološke teškoće smješta u okvir jedinstvenog individualnog odgovora na specifični stresor, prije nego u okvir kategorije bolesti. Dakle, biološka osnova (npr. genetika) i psihološko funkcioniranje smještaju se u kontekst socijalnih veza i socijalne podrške (Hadži Pešić, 2009).

Prema ovom modelu vrši se izbor specifičnih tehnika i intervencija koje će se koristiti u pojedinom slučaju, što, kada je to indicirano, podrazumijeva i primjenu interpersonalne psihoterapije u kombinaciji s psihotropnim lijekovima (Stuart, 2006).

Interpersonalna psihoterapija originalno je razvijena u cilju liječenja akutnih, izoliranih, epizoda depresivnih poremećaja. Teorija i praksa ove terapije zasnivaju se na nekoliko bazičnih, neetioloških, ali klinički primjenjivih pretpostavki. Prvo, depresija je medicinska bolest koju je moguće liječiti i nije krivnja pacijenta. Na ovaj način odgovornost se s pacijenta prebacuje na bolest i donekle, na njegovu interpersonalnu situaciju. Drugo, postoji veza raspoloženja i životnih događaja. Teorija pretpostavlja da su skorašnji životni događaji bili okidač depresivne epizode kod ranjivog pojedinca ili je početak epizode poremećaja raspoloženja doveo do interpersonalnih teškoća i uznemirujućih životnih događaja (Markowitz, 1999). Depresija u okviru ove terapije promatra se u okviru pojavljivanja simptoma, socijalnog funkcioniranja i doprinosa same ličnosti. Međutim, naglašava se da problemi nastaju u interpersonalnom kontekstu koji je često povezan s patološkim procesima (Robertson, 1999a). Tijekom rada, pacijent/klijent može iskoristiti razumijevanje ove veze da razriješi trenutne životne poteškoće. Na taj način ne doprinosi se samo poboljšanju njegova života i socijalnog funkcioniranja, već dolazi i do ublažavanja depresivnih simptoma (Markowitz, 1999).

Održavanje simptoma depresije povezuje se s problemima u socijalnim i interpersonalnim odnosima. Promjena i poboljšanje depresivne simptomatologije odvija

se kroz prorađivanje i ovladavanje sposobnostima i vještinama u socijalnoj sferi (Markowitz, 2003).

S obzirom na već spomenuto – da je ova terapija nastala prvenstveno u svrhu liječenja depresije i s obzirom na dobivene rezultate istraživanja o njenoj efikasnosti u ovoj domeni – veći dio prikaza koji slijedi odnosit će se upravo na tretman depresivne simptomatologije.

### Teorijska osnova interpersonalne psihoterapije

U osnovi interpersonalne psihoterapije nalaze se tri teorije: Teorija afektivnog vezivanja, Teorija komunikacije i Socijalna teorija (Stellrecht, Joiner, Rudd, 2006).

Teorija afektivnog vezivanja bavi se načinima formiranja, održavanja i okončavanja odnosa osobe s drugima i bazira se na pretpostavci da ljudi posjeduju neku vrstu unutrašnjeg nagona za stvaranjem odnosa s drugima. Jednostavno rečeno, stil afektivnog vezivanja stvara osnovu za formiranje trajnog obrasca interpersonalnog ponašanja, koji dovodi do toga da osoba traži brigu i osiguravanje na sebi svojstven način (Stefanović-Stanojević i Hadži Pešić, 2009).

Pretpostavka koja slijedi je da narušavanje ove afektivne veze stvara kod ljudi osjećaj nelagode i dovodi ih u stanje stresa. Nesigurni afektivni obrazac vezivanja čini ljude podložnijim stresu u situacijama interpersonalnog konflikta, gubitka nekog odnosa ili tranzicije uloga (odnosno, menjanju i preuzimanju novih uloga). Razlozi ovakvog reagiranja jesu manja sigurnost u svoje primarne afektivne veze, te siromašna mreža socijalne podrške (Stuart, 2006).

Umjesto pokušaja da promijeni pacijentov fundamentalni stil afektivnog vezivanja, interpersonalna psihoterapija fokusira se na način na koji osoba izražava svoje potrebe za vezivanjem, te na načine na koje bi osoba mogla konstruirati socijalnu mrežu koja bi bila više podržavajuća. Promatrajući pacijentov afektivni stil vezivanja kao nepromjenjiv, u interpersonalnoj psihoterapiji radi se na postojećim odnosima, pri čemu se pomaže pacijentu da efektivnije izrazi svoje potrebe.

Teorija komunikacije bavi se načinima na koje maladaptivni obrasci komunikacije mogu stvoriti teškoće. U skladu s tim, u interpersonalnoj psihoterapiji ova teorija se koristi u cilju opisivanja načina izražavanja svojih potreba za vezivanjem sa značajnim drugima. Drugim riječima, teorija afektivnog vezivanja odnosi se na široki, makro- socijalni kontekst, dok teorija komunikacije pruža informaciju o vezama osobe na mikro razini. Stil afektivnog vezivanja u stvari je vrsta obrasca po kojem se odvija specifična komunikacija. Cilj mnogih tehnika interpersonalne psihoterapije upravo je ispitivanje i modifikacija ovih komunikacija (Markowitz, Leon, Miller, Cherry, Clougherty i Villalobos, 2000).

Prema Crowe i Luty (2005), interpersonalni problemi nastaju kao rezultat negativnih ili nepodržavajućih odgovora od strane drugih, koji su nenamjerno izazvani od strane pacijenta. Maladaptivni stilovi afektivnog vezivanja manifestiraju se na

mikrorazini kao specifične komunikacije koje izmamljuju od drugih odgovore koji ne ispunjavaju pacijentove potrebe za vezivanjem na odgovarajući način.

Socijalna teorija čini osnovu za razumijevanje interpersonalnog konteksta u kojem pacijent ostvaruje interakcije s drugima. U nastanku maladaptivnih odgovora na životne događaje i genezi depresivnih poremećaja ističe se značenje uloge interpersonalnih faktora, kao što su gubitak i slaba ili poremećena socijalna podrška. Socijalno okruženje, u kojem pacijent stvara interpersonalne odnose, snažno utječe na njegovu sposobnost da savlada interpersonalni stres (Stuart, 2006). U biti, Socijalna teorija uzrokom psihološkog distresa smatra slabu socijalnu podršku.

Dakle, sve tri teorije koje su u osnovi interpersonalne psihoterapije koriste se da bi se došlo do interpersonalne konceptualizacije pacijentova poremećaja, ali i pri izboru i usmjeravanju odgovarajućih tehnika. Akutni psihološki stresor, kod pacijenta s neadekvatnim afektivnim stilom, u kontekstu nedovoljne socijalne podrške, formira interpersonalnu trijadu koja vodi razvoju simptoma poremećaja (Stuart, 2006).

### Struktura interpersonalne psihoterapije kod depresivne simptomatologije

Interpersonalna psihoterapija obično traje 16 seansi, iako postoje slučajevi gdje je bolje održati 12 seansi. Generalno, terapeut i pacijent se sastaju jedanput tjedno. Terapijski proces može se podijeliti na tri faze (Sloan, Hobson, Leighton, McFarlane i Law, 2009).

U početnoj fazi, od prve do četvrte seanse, terapeut istražuje pacijentove depresivne simptome, povijest veza, stil afektivnog vezivanja, stil komunikacije i obrasce koji se ponavljaju. Da bi se ustanovili stupanj i opseg depresivnih simptoma, koristi se neka standardizirana skala procjene. Pri razmatranju obrazaca koji se pojavljuju u odnosima, terapeut daje pacijentu da popuni Interpersonalni inventar koji odražava pacijentovo viđenje ključnih veza u njegovu životu. Uz pomoć ovog inventara razjašnjavaju se dimenzije ovih veza, uključujući i razinu zadovoljstva emocionalnom i socijalnom podrškom. Korištenje nekog oblika procjene pacijentova socijalnog i interpersonalnog funkcioniranja također može biti od pomoći. Na primjer, Skala značajnih drugih može pomoći u određivanju kvaliteta trenutnih veza u pogledu pružanja emocionalne i socijalne podrške, te kako se ta podrška uklapa u pacijentov idealizirani pojam (Sloan i sur., 2009).

Postojeći problemi dalje se smještaju u jednu od četiri moguća područja problema: interpersonalni sukob i neslaganje, tranzicija uloga, žaljenje i gubitak i interpersonalna osetljivost (ili nedostatak) (Stuart, 2006).

Područje interpersonalnog sukoba i neslaganja uključuje pacijenta i najmanje jednu značajnu drugu osobu u njegovu životu. Fokus rada je na usklađivanju sukobljenih očekivanja koja se pojavljuju u odnosu. Postoji nekoliko tehnika koje se mogu primijeniti u cilju dolaženja do promjene. Istraživanje i razjašnjavanje prirode, stadija i recipročnih očekivanja povezanih sa sukobom omogućuju detaljnu analizu stilova i obrazaca komunikacije uključenih osoba (Sloan i sur., 2009).

Interpersonalni sukobi se u interpersonalnoj psihoterapiji razmatraju kroz tri faze: pregovaranje (postoji pokušaj obiju strana da se doprinese promjeni), zastoje (pokušaji rješenja problema ne dovode do uspjeha), i nemogućnost rješavanja (odnos je nemoguće popraviti). Jedna od strategija usmjerena je na pomoć pacijentu da nađe fazu zastoja, u kojoj konflikt izgleda nerješiv. Terapeut pomaže pacijentu da više investira u taj odnos, vraćajući konflikt na fazu pregovora; ili pomaže pacijentu da prepozna da se nije dovoljno investirao u taj odnos, smještajući na taj način konflikt u fazu gdje ga je nemoguće riješiti. To se može postići obraćanjem posebne pažnje na pacijentov stil komunikacije ili njegova očekivanja od veze, te na faktore koji doprinose održavanju sukoba.

Ustanovljavanje otvorenih i prikrivenih aspekata komunikacije koja dovodi do sukoba ima za cilj pružiti dublje razumijevanje relevantnih pitanja i povezanih osjećaja. Isticanje emocionalnih faktora i njihove uloge u stvaranju i održavanju depresije može znatno doprinijeti razvoju samosvijesti i stvaranju uvida u interpersonalni kontekst teškoća. Ustanovljavanje sržnih elemenata sukoba dopušta istraživanje alternativnih strategija rješavanja problema, koje se mogu vježbati kroz primjenu tehnike igranja uloga (Sloan i sur., 2009).

Depresija vezana uz mijenjanje i preuzimanje uloga nastaje kada kod osobe postoji problem u prevladavanju životne promjene koja može zahtijevati različito ponašanje ili modifikaciju ponašanja u jednoj ili više bliskih veza. Promjena se može odigrati u bilo kojoj domeni socijalnog okruženja. U ovom slučaju terapeut olakšava prolazak kroz proces žaljenja i pomaže pacijentu prihvatiti gubitak stare uloge i svih osjećaja vezanih uz promjenu. Treba pružiti pacijentu priliku da istraži novu ulogu, njene izazove i potencijalne dobrobiti. Također, pacijent treba raditi na razvijanju socijalne mreže i bilo koje socijalne vještine koju može u komunikaciji adekvatno iskoristiti. Rješavanje problema, što je jedna od ključnih strategija u ovom području, može olakšati adaptaciju pacijenta na promjenu prepoznavanjem potencijalnih rješenja bilo kojeg problema koji nova uloga može donijeti. Još jedna tehnika – pravljenje pregleda bilo kojih promjena u pacijentovoj socijalnoj mreži, pomaže u jasnijem sagledavanju koje interpersonalne sposobnosti bi trebalo dalje razvijati (Sloan i sur., 2009).

Područje žaljenje i gubitak bira se kao terapijski fokus kada je početak pacijentovih simptoma povezan s reakcijom na smrt značajnog drugog, te s anticipatornim žaljenjem vezanim uz tuđu ili vlastitu smrt. Gubitak fizičkog zdravlja ili nekog odnosa također se može svrstati u ovu domenu problema (Stuart, 2006). Rješavanje problema uključuje pomaganje pacijentu da potpunije razumije i artikulira svoju tugu i doživljaj gubitka i da zatim, podijeli to iskustvo s drugima. Ovaj proces dovodi do povezivanja pacijenta s njegovom mrežom socijalne podrške, umanjujući time njegov osjećaj izoliranosti i pomaže mu u razvijanju novih bliskih veza.

Dakle, ključne intervencije u ovoj domeni bile bi klarifikacija, katarza i pomoć pri ponovnom uspostavljanju interesa za interpersonalne odnose. Pružanje pomoći pacijentu u razjašnjenju okolnosti gubitka odvija se u početnoj fazi tretmana. Cilj

je bolje razumijevanje doživljaja koji je povezan s gubitkom (Sloan i sur., 2009). Ljudi često mogu biti preplavljeni emocijama izazvanim gubitkom značajne osobe. U nekim slučajevima može se pojaviti i strah da ovi osjećaji nikada neće prestati, tako da ih osoba onda izbjegava. Prema Weismannu i suradnicima (Weissman, Klemman i Prssoff, 1976), uloga terapeuta je pomoći pacijentu da shvati da ovi osjećaji, iako snažni i bolni, nisu opasni. Ponovno uspostavljanje odnosa i interesa još je jedna od značajnih strategija. Terapeut može pomoći pacijentu da istraži svoje potrebe i ohrabriti ga da inicira kontakt s drugima, kako bi ove potrebe mogle biti zadovoljene. Očekuje se i da će ovi socijalni izvori pružiti pacijentu priliku da prežali gubitak, prije nego da, u skladu s depresijom, ostane izoliran i neaktivan.

Interpersonalna osjetljivost, odnosno nedostatak može biti odgovarajući fokus kada u pacijentovoj povijesti postoji značajno socijalno osiromašenje koje uključuje neadekvatne ili nezadovoljavajuće interpersonalne odnose, a rezultat su usamljenost i socijalna izolacija (Sloan i sur., 2009). Ovo područje razlikuje se od drugih jer, nije vezano uz akutni interpersonalni stresor, već podrazumijeva konzistentni stil vezivanja (Stuart, 2006). Bira za fokus terapije u slučaju kada se nijedna od ostalih domena problema ne može utvrditi. Tri osnovna cilja koja treba ostvariti su:

- poboljšati pacijentovo interpersonalno funkcioniranje;
- stvoriti nove podržavajuće odnose;
- razriješiti pitanje o tome što ga je dovelo na terapiju.

Ovo se može postići pregledom interpersonalnog inventara, što podrazumijeva eksploraciju pozitivnih i negativnih, trenutnih i prošlih veza, te identificiranje domena i obrazaca ponašanja koji utječu na to kako ove veze djeluju na raspoloženje (Hadži Pešić i Brajović Car, 2008).

Nakon toga, rad se može usmjeriti na postizanje prethodno navedena tri cilja korištenjem:

- razjašnjavanja, koje pomaže terapeutu da bolje razume pacijenta, a pacijentu da bolje razumije samog sebe, te je također pomoć u uspostavljanju terapijskog odnosa;
- analize komunikacije, koja omogućava analizu teškoća koje pacijenti imaju u komunikaciji s drugima, kako izražavaju ili ne izražavaju svoje potrebe, što zauzvrat pomaže u identificiranju teškoća i područja problema;
- modeliranja efektivne interpersonalne interakcije u terapijskom odnosu, što je temelj interpersonalne psihoterapije, te pomoć pacijentu da se osjeti shvaćenim, doprinoseći na taj način pozitivnoj promjeni;
- igranja uloga, što pruža priliku da se vježbaju vještine neophodne za interakciju na jedan pozitivniji način, a također pomaže i u identificiranju mogućih problema pacijenta (Sloan i sur., 2009).

Prva faza tretmana također je prilika da terapeut odredi kako se pacijentovo depresivno iskustvo uklapa u njegov interpersonalni kontekst, te za zajednički dogovor oko toga što će biti fokus u terapiji.

U cilju teorijski utemeljenog razumijevanja jedinstvene osobe koristi se interpersonalna formulacija koja čini sintezu informacija iz interpersonalnog inventara i psihijatrijske povijesti, stila afektivnog vezivanja i socijalnog konteksta, čime se omogućava stvaranje hipoteze za objašnjenje psiholoških simptoma.

Ova formulacija trebala bi dati odgovore na nekoliko pitanja: Na koji način je pacijent postao takav kakav jest? Koji faktori održavaju problem? Što se može uraditi? Dakle, ova formulacija je najznačajnija za interpersonalnu psihoterapiju, kao što je to i uspješna suradnja terapeuta i pacijenta.

Na četvrtoj seansi terapeut i pacijent dogovaraju se oko terapijskog ugovora za buduće seanse. Ostale ključne stavke ove inicijalne faze uključuju pružanje objašnjenja i literature koja se tiče osnovnih postavki interpersonalne psihoterapije, te naglašavanje potrebe da pacijent prihvati "ulogu bolesnika", koja ga u biti oslobađa krivnje za depresiju i za ono u čemu ga depresija sprječava. Preuzimanje uloge bolesnika podrazumeva i to da pacijent preuzme odgovornost za svoj oporavak (Sloan i sur., 2009).

U središnjoj fazi, od pete do dvanaeste seanse, terapeut i pacijent rade na dogovorenoj centralnoj domeni (sukob uloga, žalost, tranzicija uloga, interpersonalna osjetljivost), povezujući depresivne simptome s interpersonalnim događajima. Za vrijeme ovih seansi, terapeut ispituje pacijentova iskustva depresije, s posebnim naglaskom na to postoji li poboljšanje ili ne, dovodeći to u vezu s promjenama u interpersonalnom kontekstu. Osnovni terapijski cilj, posebno ove faze, jest ublažavanje simptoma kroz razrješavanje centralnog problema (Weissman i sur., 1976).

U finalnoj fazi, koja traje od trinaeste do šesnaeste seanse, razmatra se završetak terapije i posebno se prate pacijentove reakcije. Ova faza također, pruža priliku i pacijentu i terapeutu da evaluiraju terapijski napredak, što podrazumijeva ponovno zadavanje prethodno korištenih skala.

### Tehnike interpersonalne psihoterapije

Mnoge od tehnika interpersonalne psihoterapije jesu modificirane intervencije, pozajmljene od drugih terapija, kao što je kognitivno-bihevioralna terapija i kratka intervencija u krizi (Robertson, 1999a).

Empatija, toplina, iskrenost i bezuvjetno pozitivno prihvaćanje, iako nisu dovoljni za promjenu u interpersonalnoj psihoterapiji, neophodne su da bi se promjena dogodila. Primarni cilj terapeuta jest razumijevanje pacijenta. Ovo je naročito značajno s obzirom na to da je ova terapija vremenski ograničena, pa je neophodno da terapeut što prije uspostavi savez s pacijentom (Stuart, 2006). Uobičajene tehnike u interpersonalnoj psihoterapiji uključuju psioedukaciju, ohrabrivanje izražavanja emocija, analizu komunikacije, te igranje uloga (Mufson, Gallagher, Dorta i Young, 2004).

Stuart (2006) kao često korištenu formu analize komunikacije iznosi tehniku interpersonalnog incidenta. U osnovi ove tehnike je pojedinačna epizoda u kojoj se

odvija komunikacija pacijenta sa značajnom drugom osobom. Pacijent treba opisati specifičnu interakciju s određenim osobama, a ne generalni obrazac interakcije. Na primjer, ako je identificirani fokus konflikt među supružnicima, terapeut zahtjeva od pacijenta da opiše skorašnju svađu sa svojim supružnikom. Zahtjeva se detaljan opis komunikacije, kako bi terapeut mogao što točnije, rekonstruirati ovaj dijalog. Neophodno je da pacijent opiše svoje emocionalne reakcije, te verbalne i neverbalne odgovore, a također i neverbalno ponašanje svog supružnika. Pri tome se, ne uzimajući u obzir pitanje točnosti pacijentova mišljenja, terapeut usmjerava na način iskazivanja potreba za vezivanjem i maladaptivnih aspekata komunikacije.

Što je pacijent emocionalno angažiraniji u terapiji vjerojatnije je da će doći do promjene. Cilj interpersonalne psihoterapije u domeni emocija jest pomoći pacijentu da razumije svoje trenutne emocije, da olakša prepoznavanje emocija koje su možda potisnute ili su previše bolne da bi ih pacijent priznao i da mu omogući da lakše iskaže svoje emocije drugima.

Najočiglednija tehnika kojom se ovo može postići jest davanje direktne povratne informacije od strane terapeuta o opaženom emocionalnom stanju pacijenta. Jedna od varijanti ove tehnike od posebnog značenja, zasnovana je na terapeutovu opažanju procesnih i sadržajnih emocija. Procesne emocije su emocije koje pacijent izražava za vrijeme terapijske seanse, dok s terapeutom raspravlja o bitnim stvarima. Sadržajne emocije, s druge strane, jesu one emocije za koje pacijent priopćava da ih je doživio u interakcijama izvan terapijskog odnosa. Vrlo je važno da terapeut bude svjestan neslaganja u ovim domenama, odnosno, kada se sadržajne i procesne emocije razlikuju, to bi terapeutu trebalo biti signal da bi temu o kojoj se govori trebalo dalje ispitati. Također, upućuje terapeuta na to da pacijenta, kada bude u stanju prihvatiti povratnu informaciju, upozori na ovu nesuglasnost. To može pomoći pacijentu da postane svjestan potisnutih emocija ili onih koje je teško prepoznati (Stuart, 2006).

#### Adaptacija interpersonalne psihoterapije kod kronične depresije

Iako razvijena u cilju tretmana akutnih stanja, interpersonalna psihoterapija može se modificirati tako da obuhvati i kronicitet. S obzirom na to da je originalno namijenjena tretmanu depresivne simptomatologije, nije iznenađujuće što je jedna od prvih varijanti ove psihoterapije za liječenje kroničnih poremećaja namijenjena upravo tretmanu depresije.

Ako se pacijent s dugotrajnim, neotkrivenim simptomima distimije obrati za pomoć u četrdesetim godinama, ono što se dogodilo posljednjih nekoliko mjeseci može biti beznačajno. Primena vremenski ograničenih psihoterapija tek se u skorije vrijeme uzima u obzir kao terapija izbora za kronične depresivne sindrome kao što su distimija i velika depresija.

Kronična depresija ne samo što stvara kroničnu patnju, već i utječe na interpersonalno funkcioniranje. Kronično depresivni pacijenti su pasivni, neasertivni,



izbjegavaju konfrontaciju, teško toleriraju i izražavaju agresiju i ne preuzimaju socijalne rizike. Često žive povučeno, pokušavajući izbjeći to da budu u centru pažnje i nastoje od drugih sakriti svoje samoopažanje unutrašnjeg defekta. Za razliku od DSM klasifikacije, oni teže da vide sebe kao da posjeduju depresivne karakteristike, prije nego sindrome, naglašavajući crtu umjesto stanja (Markowitz, 2003).

S obzirom na to da je interpersonalna disfunkcija jedna od primarnih karakteristika kronične depresije, interpersonalna psihoterapija čini se kao terapija izbora. S druge strane, problem može biti u tome što je točka oslonca ove terapije skorašnji, afektivno nabijeni događaj, a takvi događaji su relativno rijetki kod kronično depresivnih pacijenata.

Kod akutno depresivnog pacijenta, interpersonalni psihoterapeut dijagnosticira veliku depresiju kao bolest za koju pacijent nije kriv, a zatim povezuje sindrom sa skorašnjim životnim događajem koji može biti u jednoj od tri domene: žaljenje, sukob uloga ili promjena uloga. Ta domena onda postaje fokus terapije, i u skladu s njim biraju se i odgovarajuće tehnike. Ove životne okolnosti ili prethode ili su posljedica akutnog poremećaja raspoloženja. U nedostatku skorašnjih događaja, što se relativno rijetko dešava, fokus je u području interpersonalnog deficita. Pacijenti iz ove kategorije pokazuju slabiji terapijski ishod. Jedan od razloga je taj što su to pacijenti s izraženijim simptomima, izolirani, nedostaje im socijalna podrška i ne osjećaju se ugodno s drugim ljudima, uključujući i terapeuta. Također, odsutnost skorašnjih događaja onemogućava određivanje fokusa (Markowitz, 2003).

Teže je liječiti kroničnu nego akutnu depresiju. Kronicitet nosi sa sobom pesimizam, rezigniranost i pasivnost. Za razliku od pacijenata s akutnom velikom depresijom, oni se često ne mogu osvrnuti na svoj život i prisjete se perioda kada su se dobro osjećali, što može biti i točno. Kronično osjećanje neadekvatnosti vjerojatno je dio onoga što čini intimnost, kao i bilo koju vrstu odnosa, teškom. Strahujući od ovakve intimnosti, osobe s distimijom ili kroničnom velikom depresijom (kronicitet je ono što je vjerojatno bitnije nego vrsta) više vole izolaciju i anonimnost.

U skorijoj povijesti, odnosi i životni događaji pacijenta su malobrojni, a ako ih i ima, njima se ne može objasniti kronična bolest pacijenta. Ponekad pacijent iznese neki značajan, ali daleki životni događaj, kao što je zlostavljanje u djetinjstvu ili smrt roditelja, međutim, ovo je od veoma male koristi za interpersonalnu psihoterapiju koja se fokusira na sadašnjost, prije nego na prošlost.

Dakle, da bi se interpersonalna psihoterapija mogla primijeniti kod distimije, potrebno je "stvoriti" skorašnji životni događaj koji pacijentima nedostaje (Markowitz, 1998). Kako bi se to postiglo, terapeuti se orijentiraju na samopercepciju distimičnog pacijenta. Umjesto suočavanja sa sumornim viđenjem sebe, pacijent se suočava s prepoznavanjem kronične, ali izlječive bolesti. Pacijentu se pruža objašnjenje koje uzima u obzir njegov doživljaj i kronicitet bolesti, s naglaskom na trenutnu situaciju i utjecaj njegova doživljaja na postojeće interpersonalne odnose. Formulacija koju terapeut koristi sadrži sve ključne elemente interpersonalne psihoterapije za akutne bolesti i fokusira se na vezu raspoloženja i životne situacije. Za

pacijenta koji možda nema akutne životne događaje na kojima bi se tretman fokusirao, ovakva formulacija pruža jatrogenu tranziciju uloga. Odnosno, terapija, sama po sebi, čini promjenu uloga od kronične depresije do zdravlja, koje je terapijski cilj (Markowitz, 2003). Psihoterapija promjene uloga zahtijeva žaljenje zbog stare (distimične) uloge i ovladavanje novom (zdravom) ulogom.

Distimični pacijenti često proživljavaju uznemirujuće susrete s drugima i pri tome se osjećaju neugodno, nesigurni su kako trebaju reagirati i na kraju ne kažu ništa. Ovaj nedostatak adekvatnog odgovora ostavlja ih sa neugodnim osjećajima (i ponekad suicidalnim idejama). Još gore, budući da pacijent ništa nije rekao, vjerojatno je da će se ovakve situacije ponavljati i u budućnosti. Suočavanje sa situacijom omogućava pacijentu oslobađanje emocija i preispitivanje ponašanja u budućim susretima. U terapiji se ljutnja smatra normalnim odgovorom na loše postupanje od strane drugih i korisnim interpersonalnim signalom, te terapeut poučava pacijenta kako je adekvatno izraziti.

Ohrabruje se i samoafirmacija, s naglaskom na činjenicu da, ako pacijent ne pokuša zadovoljiti vlastite potrebe, malo je vjerojatno da će one biti ispunjene. S obzirom na to da kronično depresivni pacijenti često stavljaju potrebe drugih ispred svojih potreba, terapeut ohrabruje pacijenta da stavi sebe na prvo mjesto i da tolerira dozu zdrave sebičnosti.

Zbog duge bolesti, distimični pacijenti možda nikada nisu naučili vještine kao što su samoafirmacija, konfrontacija, efektivno izražavanje bijesa i preuzimanje socijalnog rizika. Čak ako su ih i usvojili, one su poslije dugog vremena nekorištenja regredirale. Psihoterapija s ovakvim pacijentima zahtijeva terapijski optimizam, validaciju pacijentovih osjećaja (ali ne i prihvaćanje njihove rezigniranosti). Zadatak terapeuta je rad na istraživanju interpersonalnih opcija u pacijentovu svakodnevnom životu, ispitujući njegove afektivne odgovore na interakciju s drugima, istražujući opcije za snalaženje u tim situacijama, a zatim će, kroz igranje uloga, pomoći pacijentu da ostvari promjene u realnom životu. Pozitivna iskustva u interpersonalnom funkcioniranju dovode kod pacijenta do razvoja novih vještina prevladavanja, poboljšanja raspoloženja i jačanja samopouzdanja.

Kronična depresija čini pacijente skeptičnima i donekle krhkim. Kada pokažu napredak u tretmanu, još uvijek im je potrebno vrijeme za prilagodbu na drugačiji način percipiranja stvarnosti. Za pacijenta koji je bio depresivan mnogo godina, razumljivo je da bude potresen kada, poslije šesnaest tjedana terapije, i možda šest tjedana dobrog raspoloženja, psihoterapija treba završiti. Zbog toga se često tretman održava najmanje šest mjeseci, s manje čestim seansama.

Neka od ostalih indikacijskih područja interpersonalne psihoterapije

Uz tretman depresivnih poremećaja, interpersonalna psihoterapija ponekad se preporučuje kao tretman kod postpartalnih poremećaja, s naglaskom na promjeni

uloga koja prati trudnoću i rođenje djeteta, uključujući i bračne promjene. Interpersonalna psihoterapija, adaptirana za bračnu problematiku, uglavnom se koncentrirana na obiteljske nesuglasice i lošu komunikaciju.

U tretmanu adolescenata, terapija se može modificirati tako da uključi i školu i roditelje. Mufson sa suradnicima (Mufson i sur., 2004) smatra da grupna interpersonalna psihoterapija kod adolescenata može biti efikasna dijelom zbog fokusa na ona pitanja koja su najbitnija u ovom razvojnem stadiju. Prije svega, riječ je o naporu da se uspostavi jedan općenitiji, potpuniji i konačni identitet vlastite ličnosti, pri čemu su nesigurnost u sebe i svoju okolinu, konfuzija, emocionalna dezorganizacija često prisutni (Milojević, Stojilković, Todorović i Kašić, 2009). Također, grupna psihoterapija omogućava adolescentu kontakt s vršnjacima, koji mogu jedni drugima pružiti podršku i mogućnost vježbanja novostečenih socijalnih vještina, ali i priliku za uvid da se i drugi susreću sa sličnim problemima.

U tretiranju problema prejedanja i bulimije, od pacijenata se može tražiti da registriraju epizode prejedanja i da zatim povežu ove epizode sa ličnim problemima. Interpersonalna psihoterapija bipolarnih poremećaja ističe vezu osobnih problema i promjena raspoloženja. Često se kombinira s terapijom socijalnog ritma, što ohrabruje pacijente da usvoje regularni dnevni raspored. Terapija se primjenjuje i kod problema zloupotrebe supstancija, anksioznih poremećaja, a mogućnost primjene se ispituje na još nekoliko dijagnostičkih kategorija, kao što su insomnija i granični poremećaj ličnosti (Markowitz, 2006). Robertson (1999b) izvještava o programima grupne interpersonalne psihoterapije za pacijente koji se liječe od bipolarnog poremećaja. Cilj studija koje prate ove programe jest identifikacija terapijskih intervencija koje, ne samo da umanjuju relaps i dovode do ishoda optimalnog funkcioniranja, već i upućuju na neke indikatore koji se odnose na pacijenta, a koji omogućavaju predviđanje ishoda tretmana (Markowitz and Weissman, 2004).

## ZAKLJUČAK

Interpersonalna psihoterapija je vremenski ograničena psihoterapija koja teži olakšati patnju pacijenta pomažući mu da poboljša svoje interpersonalne odnose ili promijeni očekivanja povezana s njima. Njena teorijska osnova oslanja se na teoriju vezivanja, teoriju komunikacije i socijalnu teoriju. Ove teorije koriste se kako bi se došlo do interpersonalne konceptualizacije pacijentova poremećaja, ali i pri izboru odgovarajućih tehnika. Akutni psihološki stresor, kod pacijenta s neadekvatnim afektivnim stilom, u kontekstu nedovoljne socijalne podrške, formira interpersonalnu trijadu koja vodi razvoju simptoma poremećaja.

Iako su pojedini elementi interpersonalne psihoterapije svojstveni i drugim psihoterapijskim pristupima, ono što je čini jedinstvenom je njihova kombinacija. Interpersonalna psihoterapija ima nekih sličnosti (ali i razlika) s dvjema poznatim formama psihoterapije – kognitivno-bihevioralnom i psihodinamskom psihoterapi-

jom. Naglasak na sadašnjosti i vremensko ograničenje razlikuju je od psihoanalize i većine psihodinamskih psihoterapija. Iako interpersonalni psihoterapeuti mogu s pacijentom razmatrati terapijski odnos, za razliku od psihodinamski orijentiranih psihoterapeuta, oni ne naglašavaju iskustva iz djetinjstva i ne poklanjaju posebnu pažnju transferu. Interpersonalni psihoterapeuti mogu pričati o prošlosti, ali rijetko se koncentriraju na unutrašnje emocionalne konflikte ili na duboku pozadinu psihijatrijskih simptoma. Za razliku od kognitivno-bihevioralne psihoterapije, interpersonalna psihoterapija obično ne uključuje direktno suočavanje sa samoporažavajućim mislima, niti domaće zadatke. Iako, terapeut može pokušati ispraviti pogrešna razmišljanja pacijenta koja mu onemogućavaju uspostavljanje adekvatne komunikacije s ljudima u svom okruženju. Također, mogu se koristiti i neke bihevioralne tehnike u cilju poboljšanja socijalnih vještina pacijenta.

Interpersonalna psihoterapija je relativno mlada psihoterapija, čije su karakteristike, u odnosu na mnoge druge terapijske pristupe, dobro definirane. Međutim, još uvijek mnogo toga ostaje nepoznato – određenje opsega indikacija, optimalnog broja i trajanja seansi, pitanje kombiniranja s farmakoterapijom, te efikasnost različitih formi terapije. S obzirom na to da su dosadašnje studije bile skoro u potpunosti fokusirane na ishode tretmana, a sam terapijski proces jedva da je ispitan, buduća istraživanja trebala bi se fokusirati na istraživanje načina na koji ova terapija funkcionira. Za već iskusne terapeute, savladavanje interpersonalne psihoterapije nije problem, ali njena efektivnost u rukama manje iskusnih terapeuta prilično je nesigurna. Stoga, širenje ovog tretmana nosi sa sobom kako prednosti, tako i neke nedostatke i opasnosti.

## LITERATURA

- Crowe, M., Luty, S. (2005). The Process of Change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Depression: A Case Study for the New Therapist. *Psychiatry*, *68*, 43-45.
- Hadži Pešić, M. (2009). *Psihološki aspekti koronarne bolesti srca*. Niš: Filozofski fakultet.
- Hadži Pešić, M., Brajović Car, K. (2008). Integration in psychotherapy. *23rd European NLPT Conference*. Beograd.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B., Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Markowitz, J.C. (1998). *Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Markowitz, C.J. (1999). Developments in Interpersonal Psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, *44*, 556-561.
- Markowitz, C.J. (2003). Interpersonal Psychotherapy for chronic Depression. *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 847-858.
- Markowitz, C.J. (2006). Adaptations of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, *36*, 559-563.

- Markowitz, C.J., Weissman, M.M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry*, 3, 136-139.
- Markowitz, J.C., Leon, A.C., Miller, N.L., Cherry, S., Clougherty, K.F., Villalobos, L. (2000). Rater agreement on interpersonal psychotherapy problem areas. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9, 131-135.
- Milojević, M., Stojiljković, S., Todorović, J., Kašić, K. (2009). Ciljevi postignuća i perfekcionizam gimnazijalaca. *Psihologija*, 42, 517-535.
- Mufson, L., Gallagher, T., Dorta, P.K., Young, E.J. (2004). Group Adaptation of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 220-237.
- Robertson, M. (1999a). Interpersonal Therapy: an Introduction for Clinicians. *Australasian Psychiatry*, 7, 25-27.
- Robertson, M. (1999b). Interpersonal Psychotherapy for patients recovering from bipolar disorder. *Australasian Psychiatry*, 7, 329-331.
- Sloan, G., Hobson, J., Leighton, J., McFarlane, B., Law, R. (2009) An overview and history of interpersonal psychotherapy. *Nursing Standard*, 23, 44-49.
- Stefanović-Stanojević, T., Hadži Pešić, M. (2009). Transactional Analysis and Attachment theory: differences and/or similarity. *Teme*, 4, 1231-1247.
- Stellrecht, E.N., Joiner, E.T., Rudd, M.D. (2006). Responding to and Treating Negative Interpersonal Processes in Suicidal Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1129-1140.
- Stuart, S. (2006). Interpersonal Psychotherapy: A Guide to the Basic. *Psychiatric Annals*, 36, 542-550.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman, M., Klerman, G., Prusoff, B. (1976). The efficacy of psychotherapy in depression: Symptom remission and response to treatment. U: R.L. Spitzer, D. F. Klein (ur.), *Psychological Therapies* (pp. 165-177). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

## INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY

### Abstract

Interpersonal psychotherapy is a relatively new, time-limited psychotherapy, which focuses on problems within social and interpersonal domains. It was originally developed by Klerman and Weissman for the treatment of patients with depression, but today it is being used for a broad range of disorders. Interpersonal psychotherapy is based on a biopsychosocial model of psychological functioning. It is theoretically founded on Attachment, Communication and Social theories. The focus of Interpersonal psychotherapy are interpersonal issues with an accent on understanding current disagreements, frustrations, desires and worries. The main goal in Interperso-

nal psychotherapy is to help clients, not just to try to understand and accept their life situation, but to change it. Considering the fact that this therapy is in the process of development, waiting for further verification in practice, a lot is still unknown – the determination of range of indications, optimal number and the duration of the sessions, combination with pharmacotherapy.

**Key words:** interpersonal psychotherapy, depression, social context, focus areas, interpersonal formulation