

## LAPORAN KASUS: GANGGUAN DEPRESI MAYOR PADA MAHASISWA FAKULTAS KEDOKTERAN

Charlie Kokoh<sup>1</sup> Hafiz Addarian<sup>1</sup> Linda Anastasia<sup>2</sup> Daniel Cahyadi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Soegijapranata

<sup>2</sup> Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Soegijapranata

Korespondensi Penulis:

Nama : Linda Anastasia

Alamat : Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Soegijapranata

Nomor Telepon : +6282116991921

Email : lindaanastasia@unika.ac.id

### Abstrak

Gangguan depresi adalah sebuah gangguan suasana perasaan (*mood*) yang seringkali kita temukan di sekeliling kita, terutama pada wanita dan di usia dewasa muda. Bukan juga hal yang jarang, depresi ditemukan pada mahasiswa. Depresi sendiri dapat menjadi berbahaya ketika menimbulkan pikiran atau ide bunuh diri, sehingga kemudian berkembang ke perilaku bunuh diri. Indonesia dengan budaya yang menyebutkan bahwa gangguan jiwa artinya lemah iman, atau stigma bahwa ke psikiater berarti seseorang itu “gila,” menyebabkan banyak anggota masyarakat yang masih merasa tabu untuk mencari bantuan profesional seperti psikolog dan psikiater.

Kalangan profesional medis pun seringkali masih kurang memahami konsep dari gangguan jiwa, sehingga terkesan alergi dengan kasus-kasus gangguan jiwa sehingga perilaku yang muncul seringkali mendiskreditkan pasien yang datang ke klinik sehari-hari dengan keluhan gangguan jiwa. Akibatnya, banyak pasien yang seharusnya sudah bisa mendapatkan pertolongan lebih awal, namun akhirnya penyakit gangguan jiwanya berkembang menjadi kronis. Hal ini muncul dari ketidaktahuan para praktisi medis bahwa kebutuhan akan psikofarmaka, menjadi sesuatu yang cukup penting bagi proses pemulihan pasien. Stigma di kalangan profesional medis juga masih ada, bahwa obat-obatan psikofarmaka menimbulkan ketergantungan sehingga tidak baik bila dikonsumsi oleh pasien. Stigma ini dapat dihilangkan, dengan adanya pemahaman yang baik terkait jenis-jenis antidepresan yang tersedia saat ini, dan cara kerja antidepresan yang dapat meringankan bahkan menghilangkan gejala-gejala yang muncul pada gangguan depresi.

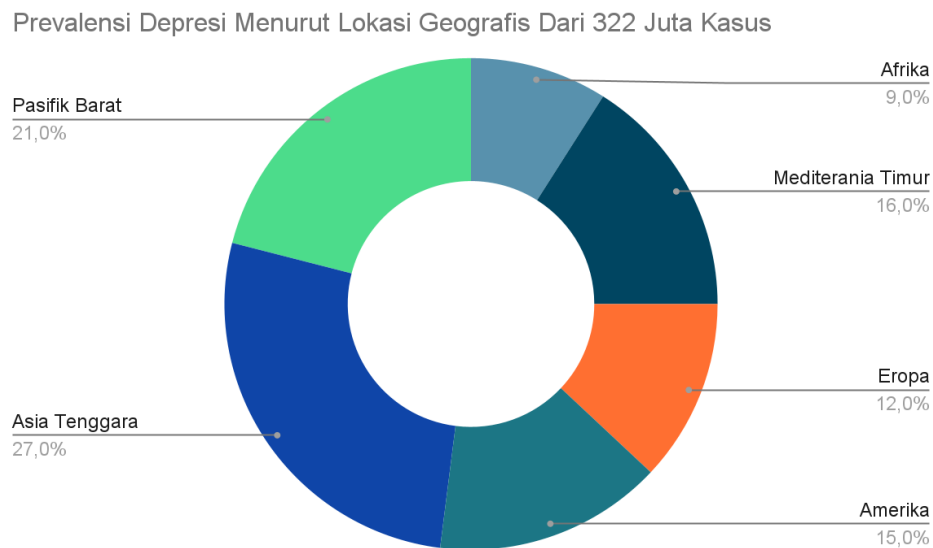
**Kata kunci:** depresi, antidepresan, psikofarmaka

### Pendahuluan

Depresi adalah gangguan mood yang menyebabkan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur dan nafsu makan, perasaan lelah, serta konsentrasi yang buruk. Depresi bisa berlangsung lama atau berulang, sehingga secara substansial mengganggu kemampuan seseorang untuk berfungsi di tempat kerja atau sekolah atau menghadapi kehidupan sehari-hari. DSM-5 mengklasifikasikan gangguan depresi menjadi Gangguan disregulasi suasana hati yang mengganggu; Gangguan depresi mayor; Gangguan

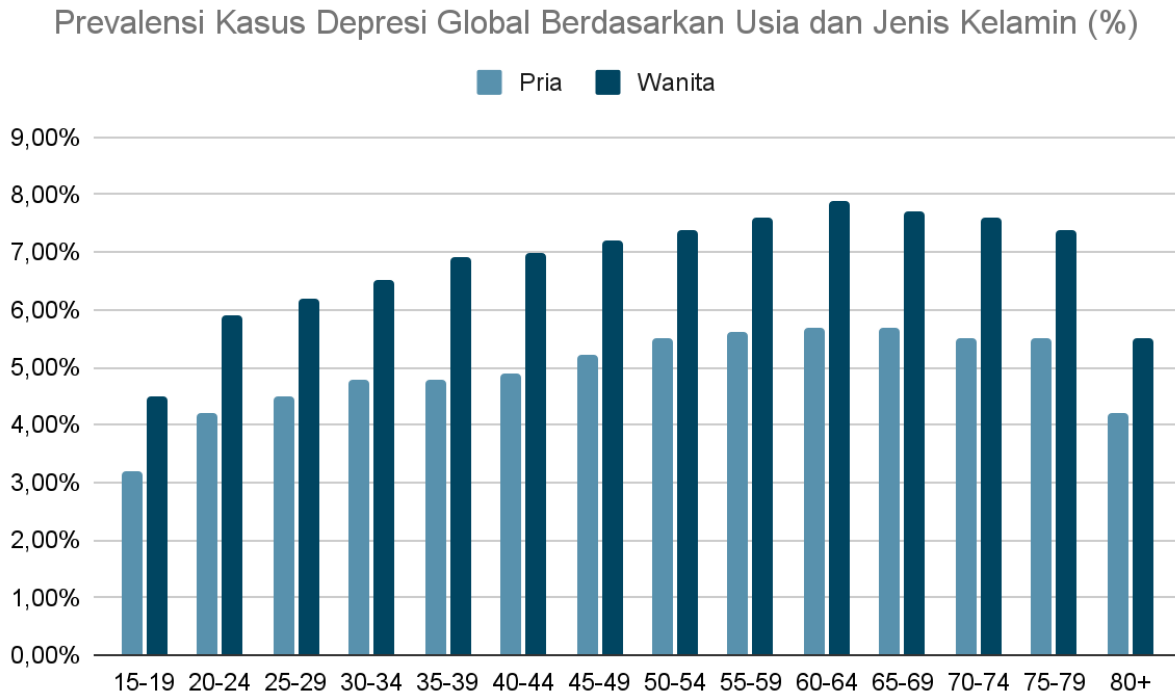
depresi persisten (distimia); Gangguan disforia pramenstruasi; dan Gangguan depresi karena kondisi medis lain.<sup>1</sup>

Prevalensi depresi di seluruh dunia semakin meningkat setiap tahunnya. Proporsi populasi global yang mengalami depresi menurut WHO pada tahun 2015 diperkirakan sebesar 4,4%. Sedangkan menurut data *Global Burden of Disease Study* pada tahun 2020, lebih dari 322 juta orang di dunia mengalami depresi. Perkiraan jumlah total orang yang hidup dengan depresi meningkat sebesar 18,4% antara tahun 2005 dan 2015. Hal ini mencerminkan pertumbuhan populasi global secara keseluruhan, serta peningkatan proporsional pada kelompok usia dimana depresi lebih umum terjadi.<sup>2</sup>



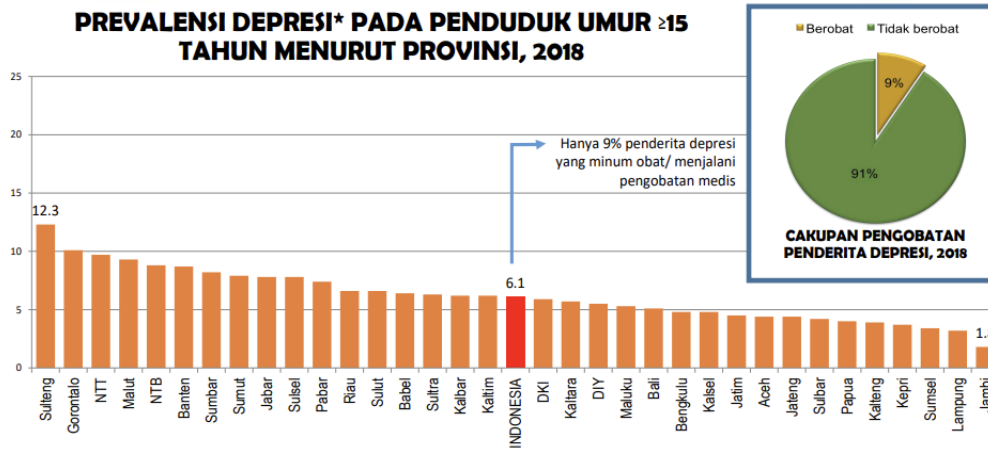
**Diagram 1. Kasus Gangguan Depresi, menurut Wilayah WHO.<sup>3</sup>**

Hampir setengah dari penduduk tersebut tinggal di Kawasan Asia Tenggara dan Pasifik Barat, yang mencerminkan populasi yang relatif lebih besar di kedua kawasan tersebut misalnya India dan Tiongkok. Prevalensinya bervariasi menurut Wilayah WHO, mulai dari 2,6% pada laki-laki di Wilayah Pasifik Barat hingga 5,9% pada perempuan di Wilayah Afrika.<sup>2</sup>



**Diagram 2. Prevalensi Kasus Depresi Global Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin. Dikutip dari Studi Beban Penyakit Global 2015.<sup>3</sup>**

Depresi lebih sering terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Namun, penelitian juga menunjukkan bahwa pria cenderung kurang melaporkan gejala depresi, sehingga angka sebenarnya mungkin lebih tinggi dari yang tercatat. Tingkat prevalensi bervariasi menurut usia, puncaknya pada usia dewasa tua (di atas 7,5% pada perempuan berusia 55-74 tahun, dan di atas 5,5% pada laki-laki). Depresi juga terjadi pada anak-anak dan remaja di bawah usia 15 tahun, namun tingkatnya lebih rendah dibandingkan kelompok usia lebih tua.<sup>2</sup>



**Diagram 3. Prevalensi Depresi Pada Usia Diatas 15 Tahun di Indonesia.<sup>2</sup>**

Di Indonesia sendiri, menurut data Riskesdas 2018, prevalensi depresi pada penduduk dengan usia lebih dari 15 tahun menurut provinsi mencapai angka 6,1% dan hanya 9% penderita depresi yang menjalani pengobatan medis. Kasus depresi tertinggi di Indonesia terjadi di Sulawesi tengah dengan prevalensi 12,3% dan kasus terendah terdapat di Provinsi Jambi dengan hanya 1,8% kasus. Namun, perlu diperhatikan bahwa angka ini mungkin lebih tinggi karena masih banyak kasus depresi yang tidak terdiagnosis atau tidak dilaporkan.<sup>2</sup>

Berdasarkan data di atas, dapat diketahui bahwa usia mahasiswa rentan untuk mengalami depresi. Oleh karena itu, penting untuk mendalami dampak depresi pada kelompok tertentu, seperti mahasiswa. Mahasiswa, termasuk mereka yang belajar di bidang kedokteran, rentan mengalami tekanan akademis, sosial, dan ekonomi. Tingkat depresi pada mahasiswa kedokteran cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan mahasiswa dari disiplin ilmu lainnya. Beban akademis yang tinggi, persaingan ketat, dan tekanan emosional yang terkait dengan tuntutan kurikulum kedokteran menjadi faktor utama yang berkontribusi terhadap tingginya prevalensi depresi. Mahasiswa kedokteran menghadapi tantangan unik, seperti beban belajar yang intensif, jam kerja yang panjang, dan tekanan untuk mencapai tingkat prestasi yang tinggi. Selain itu, mereka juga terlibat dalam pengalaman klinis yang mungkin menimbulkan stres emosional dan psikologis. Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 27% mahasiswa mengalami gejala depresi yang signifikan.<sup>4</sup>

Dampak depresi pada mahasiswa kedokteran sangat merugikan, tidak hanya bagi kesejahteraan individu tetapi juga kualitas perawatan pasien di masa depan. Mahasiswa yang mengalami depresi cenderung memiliki kinerja akademis yang lebih rendah, tingkat absensi yang

lebih tinggi, dan kurangnya partisipasi dalam kegiatan sosial. Selain itu, risiko *burnout* dan kelelahan emosional dapat meningkat, yang dapat berdampak negatif pada profesionalisme dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh mahasiswa kedokteran setelah lulus. Melalui upaya bersama dari lembaga pendidikan, praktisi kesehatan, dan mahasiswa sendiri, dapat diharapkan adanya peningkatan kesejahteraan mental di kalangan mahasiswa kedokteran.<sup>4</sup>

### Deskripsi Kasus

Pasien adalah seorang perempuan, usia 18 tahun, seorang mahasiswi semester 2 fakultas kedokteran di salah satu perguruan tinggi swasta di Jawa Tengah, Indonesia. Keluhan utama pasien adalah sulit berkonsentrasi, merasa tidak berguna, tidak bisa tidur, tidak nafsu makan, ada keluhan dispepsia berulang, sering menangis dan ada pikiran bunuh diri. Pasien menjadi kesulitan untuk bisa mengikuti perkuliahan sehari-hari, termasuk praktikum, dan dalam mengerjakan tugas-tugas akademik maupun non akademik. Pasien sudah mengalami hal ini sejak kurang lebih 6 bulan terakhir. Pasien adalah anak perempuan satu-satunya dalam keluarga, berasal dari Sumatera. Sejak masuk perkuliahan pasien tinggal sendiri di indekos, pertama kali tinggal jauh dari rumah dan keluarga. Perbedaan budaya antara Sumatera dan Jawa Tengah membuat pasien sulit beradaptasi dalam bergaul dengan teman-teman di kampus. Pasien memiliki riwayat kekerasan fisik dan verbal dalam keluarga akibat perselingkuhan yang pernah terjadi pada orangtuanya.

Keluhan-keluhan yang terjadi pada pasien memenuhi kriteria depresi berat tanpa gejala psikotik, sesuai dengan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III).<sup>5</sup> dengan skor MADRS (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) 49. Pada pertemuan pertama pasien diberikan psikoterapi suportif berupa ventilasi, validasi empati, dan kenyamanan (*reassurance*).<sup>6</sup> Pasien menjalani psikoterapi rutin berupa psikoterapi suportif dan terapi kognitif perilaku, dengan kombinasi konsumsi antidepresan berupa Fluoxetin 10 mg pada bulan pertama dan meningkat menjadi 20mg pada bulan berikutnya. Terapi kognitif perilaku, terkait dengan hal-hal yang bisa dikendalikan dan tidak, dan berfokus pada hal-hal yang bisa dikendalikan.<sup>7</sup> Pasien menyelesaikan terapi pada bulan ke-6 dengan skor MADRS yang semakin menurun, pada bulan ke-6 skor MADRS adalah 10. Keluhan-keluhan pasien jauh berkurang bahkan menghilang. Pasien dapat kembali beraktifitas seperti biasa, konsentrasi membaik sehingga bisa mengikuti perkuliahan dan mengerjakan tugas dengan baik. Pasien juga tampak kembali aktif dalam berbagai kegiatan

kemahasiswaan. Pasien didukung oleh lingkungan pertemanan yang baik, yang membantu pemulihan kondisi pasien.

## Diskusi

Penegakkan diagnosis depresi di Indonesia menggunakan PPDGJ III mencakup adanya gejala utama dan gejala tambahan dengan adanya kriteria waktu untuk memenuhi kriteria gangguan depresi ringan, sedang, atau berat. Gejala utama depresi yang tertera pada PPDGJ III antara lain adanya afek depresif, kehilangan minat (anhedonia), dan kehilangan energi atau mudah lelah (anergia) yang berlangsung sekurang-kurangnya selama dua minggu berturut-turut. Gejala tambahan lainnya adalah adanya konsentrasi atau perhatian yang berkurang, harga diri ataupun kepercayaan diri yang berkurang, rasa bersalah atau rasa tidak berguna, memiliki pandangan tentang masa depan yang suram serta pesimistis, gagasan atau perbuatan membahayakan diri sendiri atau bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang.<sup>5</sup> Pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> Edition* (DSM-5) terdapat beberapa penyesuaian dalam penegakkan diagnosis bahwa, depresi tidak lagi digolongkan sebagai gangguan depresi ringan, sedang, atau berat, melainkan menjadi gangguan depresi mayor. Yang membedakan adalah pada gejala tambahan, bahwa gangguan tidur bisa berupa insomnia dan hipersomnia, nafsu makan dapat berkurang atau bertambah ditandai dengan adanya perubahan berat badan sebanyak lima persen dalam satu bulan terakhir.<sup>8</sup>

*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) adalah skala yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat keparahan depresi, sekaligus dapat digunakan untuk menilai respon pengobatan terhadap terapi yang diberikan pada pasien dengan depresi.<sup>9</sup> MADRS menggunakan 10 butir penilaian yang dinilai oleh terapis yaitu kesedihan yang tampak, kesedihan yang dilaporkan, kegelisahan, berkurangnya waktu tidur, berkurangnya nafsu makan, kesulitan berkonsentrasi, ketidakmampuan merasakan, pikiran pesimistis, ide bunuh diri.<sup>10</sup> Skor MADRS memiliki rentang 0-60 dengan spesifikasi pemberian skor 0-6 untuk masing-masing poin yang dinilai.<sup>11</sup>

Salah satu mekanisme pencetus depresi adalah terjadinya kerusakan gen target terhadap *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) dalam transduksi sinyal dari reseptor monoamin. Pada keadaan normal, BDNF mempertahankan kelangsungan hidup neuron otak, sedangkan pada keadaan stres menyebabkan tertekannya BDNF. Stress dapat mempengaruhi jalur serotonergik (5-

HT), noradrenergik (NE), dan dopaminergik (DA) sehingga terjadi perubahan neurotransmitter yang bersangkutan. Perubahan neurotransmitter monoamine yang terjadi bersamaan dengan berkurangnya jumlah BDNF dapat menyebabkan atrofi dan rentan mengalami apoptosis neuron pada area hipokampus, korteks prefrontal, dan area otak lainnya. Pada beberapa area otak, khususnya hipokampus, sinaps yang mengalami kerusakan dapat dipulihkan bahkan dapat digantikan melalui proses neurogenesis. Salah satu pemulihan adalah melalui antidepresan, yaitu dengan cara meningkatkan BDNF dan faktor trofik lainnya sehingga terjadi pemulihan kaskade transduksi sinyal terkait monoamina.<sup>12</sup>

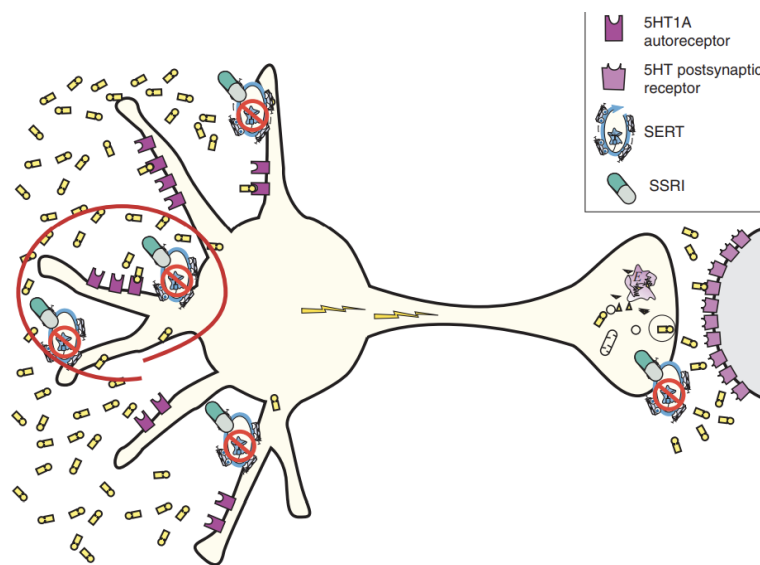
Neuron dari area hipokampus dan amigdala akan menekan sinyal Hipotalamus-Pituitary-Adrenal (HPA) Axis. Stress dapat menyebabkan terjadinya atrofi pada neuron hipokampus dan amigdala sehingga terjadi penghambatan menuju hipotalamus. Hal ini dapat menyebabkan hiperaktivitas HPA Axis. Pada kasus depresi, telah dilaporkan terjadi kelainan pada HPA Axis, termasuk peningkatan kadar glukokortikoid dan ketidakpekaan HPA Axis terhadap umpan balik negatif. Hal ini dapat memperparah gejala depresi dikarenakan terdapat bukti yang menunjukkan bahwa kadar glukokortikoid yang tinggi memiliki peran terhadap terjadinya atrofi neuron.<sup>12</sup>

Selain itu, pencetus lainnya adalah trauma masa lalu. Seseorang yang mengalami trauma di masa lalu memiliki sirkuit otak yang rentan sehingga saat di masa depan terkena berbagai stresor, hal tersebut dapat berkembang menjadi depresi. Dengan kata lain, lingkungan dapat mempengaruhi seseorang untuk mengalami depresi. Banyak penelitian yang mengonfirmasi bahwa wanita yang mengalami kekerasan di masa lalu mempunyai kemungkinan depresi empat kali lipat dibandingkan wanita yang tidak mengalami kekerasan di masa lalu. Secara hipotesis, stres akibat lingkungan dapat merubah epigenetik sehingga terjadi perubahan molekuler yang relatif permanen di sirkuit otak.<sup>12</sup>

Depresi juga dapat disebabkan oleh faktor genetik. Teori terkini menyatakan bahwa depresi atau gangguan mood lainnya tidak disebabkan oleh satu gen saja, tetapi terdapat banyak gen yang rentan disertai oleh banyaknya pemicu stres dari lingkungan yang menyebabkan gangguan pemrosesan informasi di sirkuit otak. Salah satu gen yang rentan terhadap depresi adalah gen yang mengkode transporter serotonin (SERT). SERT yang dimiliki sejak lahir akan menentukan bagaimana amigdala memberikan reaksi terhadap ekspresi wajah yang ketakutan, reaksi saat dihadapkan dengan berbagai stressor, dan seberapa besar tubuh merespon obat antidepresan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (SSRI/SNRI) atau bahkan toleransi terhadap obat

antidepresan SSRI. Seseorang yang memiliki genotipe S SERT akan lebih mungkin untuk mengembangkan gangguan afektif ketika menghadapi stressor, lebih banyak atrofi neuron hipokampus, lebih banyak gejala kognitif, dan ketidakpekaan bahkan toleransi terhadap obat antidepresan SSRI. Sedangkan pada seseorang yang memiliki genotipe I SERT akan lebih tangguh, seperti reaktivitas amygdala yang lebih sedikit terhadap ekspresi wajah ketakutan, lebih kecil kemungkinan terjadi depresi berat saat menghadapi stressor, dan lebih peka untuk merespons obat antidepresan SSRI saat mengalami depresi berat.<sup>12,13</sup>

Melalui pengobatan yang tepat, 70 hingga 80% individu dengan gangguan depresi mayor dapat mengurangi gejala secara signifikan. Antidepresan merupakan jenis obat yang digunakan untuk mengatasi gejala depresi dengan mempengaruhi keseimbangan neurotransmitter di dalam otak, terutama serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Cara kerja antidepresan beragam tergantung pada jenisnya, tetapi umumnya, obat ini bekerja dengan meningkatkan ketersediaan neurotransmitter tersebut atau memperbaiki reseptor di otak. Obat-obatan yang digunakan untuk pengobatan depresi antara lain SSRI (*Serotonine Selective Reuptake Inhibitor*), SNRI (*Serotonine and Norepinephrine Reuptake Inhibitor*), SPARI (*Serotonin Partial Agonist*), NDRI (*Norepinephrine-Dopamine Reuptake Inhibitor*), NRI (*Norepinephrine Reuptake Inhibitor*), agomelatin, antagonis alfa-2, mirtazapin, Antagonis 5HT3, trisiklik, MAOI (*Monoamine Oxydase Inhibitor*), dan SARI (*Serotonine Antagonist Reuptake Inhibitor*).<sup>12</sup>



Gambar 1. Mekanisme Aksi *Inhibitor Reuptake Serotonin Selektif* (SSRIs).<sup>12</sup>



SSRI merupakan antidepresan yang paling banyak digunakan dalam praktek sehari-hari berupa Fluoksetin, Sertraline, Escitalopram dan Vortioxetine. Penggunaan antidepresan umumnya dapat dihentikan setelah penggunaan selama 6 bulan, dengan tanpa adanya kondisi relaps pada penelitian yang dilakukan. Pada beberapa kasus, relaps mungkin terjadi karena beberapa faktor, namun demikian pada pasien yang mengonsumsi antidepresan selama minimal 6 bulan, kondisi depresi yang terjadi tidak separah saat depresi sebelumnya terjadi.<sup>14</sup>

Psikofarmaka atau obat-obatan bukanlah satu-satunya terapi yang digunakan dalam mengobati depresi. Psikoterapi dikombinasi dengan psikofarmaka terbukti memberikan hasil yang lebih baik pada penderita depresi dan menjaga agar depresi tidak kembali dalam jangka waktu yang lama, bahkan tidak kembali sama sekali.<sup>15</sup> Psikoterapi berasal dari kata psikoanalisis yang berarti pemulihan dengan berbicara. Psikoanalisis dikembangkan oleh Sigmund Freud. Freud menciptakan kata tersebut ketika menyadari bahwa pikiran adalah sistem yang berubah, bergolak dengan unsur energi yang terus bergerak.<sup>16</sup> Psikoterapi suportif bertujuan untuk mengurangi gejala, mengurangi kecemasan, meningkatkan harga diri, dengan mendorong transferensi positif, dan mendorong penggunaan mekanisme pertahanan yang matang dan adaptif. Dalam proses pengobatannya, psikoterapi suportif memerlukan beberapa situasi pendukung seperti gairah afektif, penyediaan lingkungan yang mendukung, tidak menghakimi, kerangka pemahaman, aliansi terapeutik, optimisme dalam perbaikan, dan fokus berkontribusi terhadap pemulihan.<sup>12</sup> Terapi kognitif perilaku (*Cognitive Behavior Therapy*) juga merupakan salah satu teknik psikoterapi yang dapat digunakan untuk membantu mengatasi kondisi yang dialami pasien, namun demikian teknik ini baru dapat dilakukan ketika pasien memiliki tingkat kognisi yang baik, dan memiliki aliansi terapeutik yang baik dengan terapis.<sup>7</sup>

## **Kesimpulan**

Gangguan depresi dapat berbahaya bila tidak ditangani secara tepat. Luaran terapi semakin baik, bila semakin cepat pasien mendapatkan penanganan. Pemberian obat berupa antidepresan dikombinasi dengan psikoterapi memberikan hasil yang baik pada penderita depresi. Penerapan psikoterapi dan pemberian psikofarmaka di atas dapat diterapkan kepada seluruh pasien terapi sesuai dengan kondisi masing-masing pasien, sifat kesulitannya, tahap kehidupannya, jenis kelamin, perkembangan intelektualnya dan latar belakang kebudayaannya. Pada akhirnya hasil

dari terapi bergantung kepada tujuan pasien, kemampuan pasien untuk menciptakan hubungan terapeutik yang kuat, motivasi pasien untuk berubah, pengalaman sebelumnya dengan terapi, dan preferensi dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan.<sup>7</sup>

### **Daftar Pustaka**

1. Chand S, Arif H. Depression [Internet]. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC; 2024. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar 2018. Kementerian Kesehatan Republik Indones. 2020;
3. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017;
4. Rotenstein L. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214–2236.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III - PPDGJ III. Pertama. Jakarta: Departemen Kesehatan; 1993.
6. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 4th ed. American Psychiatric Pub.; 2005. 629 p.
7. Beck J. *Cognitive Behavior Therapy*. London: Guilford Press; 2020.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition (DSM-5)*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013.
9. Qitly L. The structure of the Montgomery-Åsberg depression rating scale over the course of treatment for depression. *Int J Methods Psychiatry*. 2013;(Sep;22(3)):175–84.
10. Borentain S. Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale factors in treatment-resistant depression at onset of treatment: Derivation, replication, and change over time during treatment with esketamine. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2022;(31(4), e1927).
11. Montgomery S, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;(Apr;134):382-9).
12. Stephen M. Stahl. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. 4th ed. Cambridge University Press, New York. New York: Cambridge University Press, New York; 2013. 927 p.
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott

Williams & Wilkins; 2014.

14. Jung WY, Jang SH, Kim SG, Jae YM, Kong BG, Kim HC, et al. Times to discontinue antidepressants over 6 months in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Investig.* 2016;13(4):440–6.
15. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S IJ. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry.* 2022;(Feb;21(1)):133–45.
16. Cabaniss D. *Psychodynamic Psychotherapy: A Clinical Manual.* Columbia University Department of Psychiatry, editor. John Wiley & Sons Ltd; 2011.