

A depresszió prevenciója

**dr. Andrejkovics Mónika
egyetemi adjunktus
klinikai szakpszichológus
DEOEC Pszichiátriai Tanszék**

**CME előadás
Debrecen, 2009.**

Betegségteher

= adott populációban adott időpontban előforduló esetek által okozott **EGÉSZSÉGKÁROSODÁS** mértéke (életévesztés + életminőség-romlás).

DALYs-ban mérik. Egy "DALY" = **egy olyan életévnyi veszteség, amit teljes egészségben lehetett volna megélni**

**DALYs = *Disability-Adjusted Life Years;*
*Egészségkárosodással korrigált életévek***

= korai halálozás következtében elvesztett életévek + a károsodott egészségi állapotban leélt évek száma

Betegségteher depresszióban

Jelenleg a major depr. a 4. helyen áll a világon a betegségteher szempontjából.

Előrejelzés: A depresszió okozta halálozás csökkenni fog, a betegségteher viszont nőni fog 1-2%-kal (WHO 2006, Pomerleau, 2008).

A major depr. lesz legsúlyosabb terhet okozó betegség a magas jövedelmű országokban 2030-ra (Mathers and Loncar, 2006)

Magas prevalencia, magas incidencia, életminőség jelentős romlása, megnőtt mortalitás, magas kezelési költségek

Incidenciája nő

Az amerikaiak 10-25%-ánál fordul elő depressziós epizód életében valamely szakaszában.

Hungarostudy (Kopp és mtsai 2002): felnőtt népesség 27,3%: depr. tünetek, 12,9 %: klinikai depr.

Átörökítődik: depr. anyák gyermekeinek nagyobb az esélye a depr. kialakulására

Krónikus

Vonzatai: dohányzás, szerabúzus, tanulási nehézségek, szomatikus bet. (pl. kardiovaszk. bet., daganatos bet., osteoporózis), **szuicidium: Az ögy-ban meghaltak kb. 60%-ánál - többnyire nem kezelt - major depr.**

⇒ Prevenció indokoltsága

Rizikófaktorok depresszióban 1.

- nőknél 2x nagyobb az esély
- özvegyek, elváltak
- alacsonyabb társadalmi réteg
- alacsony iskolázottság
- depressziós tünetek magas szintje (Clarke et al, 1995; Lewinsohn et al, 1993)
- korábbi depr. előfordulása (Joyce and Paykel, 1989; Keller et al, 1982) → serdülőkori depr. megelőzése vagy kezelése!!! (Pikó, 2003).
- krónikus stressz és krónikus szorongásos zavar (Kopp, 2002)
- ártalomkerülő magatartás mint temperamentum-jellemző: passzív, elkerülő magatartás, bizonytalan-ságtól való félelem, gyors kifáradás (Strelau, 1998, Bugán et al, 2008)

Rizikófaktorok depresszióban 2.

kognitív vulnerabilitás: negatív kognitív stílus, reménytelenség-érzés, diszfunkcionális attitűdök, pesszimiztikus magyarázó stílus (Abramson et al 1989)

elégtelen megküzdési stratégiák, pl. alacsony szintű problémamegoldás, passzív és elkerülő coping (Herman-Stahl et al, 1996)

szociális készségek zavara, korai sérülése (Goodyer, 2002)

szülő depressziója (Reinherz et al, 1999)

szülői viselkedés, pl.:

csökkent szülői gondoskodás (Beardslee et al, 1998)

konfliktusos családi légkör (Bugán és mtsai, 2008)

anyai túlvédés, érzelemszegény kontroll (Parker, 1983)

elutasító és büntető nevelési módszer (Richter, 1986)

szülői bántalmazás (Pikó, 2001)

Protektív tényezők: rizikófaktorok semlegesítése

- társas támasz (Petersen et al 1997); szubjektív elégedettség (Pikó, 1996; Margitics, 2005). 5 típusa (Pikó, 1997)
 1. érzelmi elfogadás
 2. kommunikatív megerősítés
 3. információadó-célorientált támogatás
 4. anyagi-rationális támogatás
 5. praktikus támogatás
- családi összetartás; családi viszály hiánya (Garmezy, 1985)
- interperszonális kapcsolatok (Petersen et al, 1997)
- külső támogató rendszerek elérhetősége (Garmezy, 1985)
- iskolázottság (Kopp, 2002)
- adaptív problémamegoldó és coping készségek (Compas et al, 1997)
- egészséges mértékű önbizalom - serdülőkor! (Pikó, 2003).
- szociális kompetencia élménye (Goodyer, 2002)
- értékrendben intrinzik célok (Margitics, Pauwlik, 2007)
- rendszeres sportolás, fizikai aktivitás (Martinsen, 1994)

Prevenció?

1984. National Institute of Mental Health (NIMH): „A depr nem megelőzhető.” (???)

1993. Muñoz: Kevés preventív kutatás történt még ahhoz, hogy ezt kijelentsük → hatásvizsgálatok úttörője

Prevenció fogalma kutatáshoz: azok az intervenciók, amelyek

- specifikus feltételek (klinikai depr, depressziós tünetek) megjelenése előtt történnek
- céljuk: fenntartani ennek a feltételnek (depr) az alacsony szintjét a kontrollhoz viszonyítva
- utánkövetés is történik min. egy időszakra vonatkozóan magas rizikójú populációban

Kutatási dilemmák, nehézségek...

Mennyi ideig kell fennállnia a preventív hatásnak ahhoz, hogy sikeresnek minősítsük?

Prevenció–e terciér prevenció? Nem. (? : „Relapszus prevenció”)

Hogyan motiváljuk a résztvevőket? (nem betegek → nagy a lemorzsolódás)

Hosszú utánkövetés...

A szubklinikus állapotok megelőzése is fontos: → magatartástudományi megközelítés fontossága a klinikai szempontok mellett

A preventív beavatkozások szintjei

- általános: nincs célzott populáció
- szelektív: megemelkedett rizikójú alcsoport számára
- indikált: magas rizikójú személyek számára, akik mutatják a betegség némely jelét vagy tünetét.

Utóbbi kettő együtt: célzott prevenció.

A célzott prev. általában hatékonyabb, de stigmatizálhat is.

Elsődleges prevenció = egészségnevelés, iskolai és munkahelyi mentálhigiéné fontossága

Másodlagos prevenció = a korai diagnózis és kezelés → szűrővizsgálatok

Harmadlagos prevenció = pszichiátriai rehabilitáció

A depresszió prevenciója

- 1. Kognitív és viselkedéses intervenciók**
- 2. Szülői és családi intervenciók**
- 3. Egyéb: életesemények, élethelyzetek**

Kognitív és viselkedéses intervenciók

Domináló módszer a depr prev-jában.

A depr. 3 nagy elméletén alapulnak:

- Seligman: tanult tehetetlenség**
- Beck: kognitív torzítások negatív irányba**
- Lewinsohn: deficites szociális készségek**

Egyre több hatásvizsgálat:

- hatékony a depr. tünetek prevenciójában és**
- a mérsékelt depr. epizód megelőzésében**
- de a súlyos epizód megelőzésében kevésbé**
- évek alatt halványul a prev. hatása**

Seligman és mtsai (2007):

- **Elméleti háttér: negatív magyarázó stílus javítása**
- **csoportos kogn-vis prev. intervenciók egyetemi hallgatóknak (jó együttműködés + az autonómia kezdete enyhe v. közepes rizikót jelent a depr-ra)**
- **Csoportos beavatkozás: 16 hétig heti 2 óra workshop (10-12 fő), köztük házi feladatok**
- **egyéni beszélgetés: elején + utánkövetés alatt, ha a Beck depr. skála értéke 4 v. több ponttal emelkedett (240 személyből 10-nél volt erre szükség)**
- **web-alapú és e-mail-alapú intervenciók segítenek megőrizni a megtanult készségeket**
- **részletes írásos kézikönyv a workshopokhoz**
- **képzett kognitív terapeuták vezették**

Seligman et al: Group prevention of depression and anxiety symptoms.
Behaviour Research and Therapy 45 (2007) 1111-1126

Seligman és Mtsai (2007):

- **a változás kognitív elmélete (gondolatok-érzelmek-viselkedés összefüggése)**
- **automatikus negatív gondolatok és a mögöttük álló hiedelmek azonosítása**
- **ezek részletes átbeszélése**
- **automat. neg. gondolatok helyettesítése konstruktívabb magyarázatokkal, hiedelmekkel és viselkedéssel (alternatívák generálása, gondolat-stop technika, stb.)**
- **viselkedéses aktiváció stratégia (lépcsőzetes feladatokra való lebontás, időbeosztás, halogatás-elleni technikák, kreatív problémamegoldás)**
- **interperszonális készségek (aktív hallgatás, egymás szempontjainak figyelembe vétele, érzelmek kontrollálása, asszertivitás)**
- **stressz-kezelés (relaxációs tréning)**
- **az új megküzdési készségek átvitele új szituációkba**

Seligman és mtsai: eredmények

**A csoportos workshopokon való részvétel aránya 84% volt.
240 főből csak 10 esetben volt szükség egyéni segítségre.**

A kontrollhoz képest:

- kevesebb volt a depr és szorongásos tünetek száma**
- gyakoribb volt a pszichés jólét**
- gyakoribb volt az optimista magyarázó stílus**

DE: nem volt prev. hatás a depr epizódokban (bár kevés volt az adat erre vonatkozóan).

?: Lehet-e rövidíteni a programot?

Szükséges-e minden esetben kognitív terapeuta?

„COPING WITH DEPRESSION” (CWD) MÓDSZERE

Első formája: Lewinsohn et al, 1970-es évek. Első kézikönyv: Lewinsohn et al, 1984. Számos nyelvre lefordították és aktívan alkalmazzák a depr. kezelésére, prevenciójára, relapszus prevencióra.

Jellemzői:

- Cél: énhatékonyság növelése

- 3 modul:

kellemes aktivitások naplója

kognitív átstrukturálás

szociális jártasságok fejlesztése

Cuijpers, Muñoz, Clarke and Lewinsohn (2009): Psychoeducational treatment and prevention of depression: The „coping with depression” course thirty years later
Clinical Psychology Review 29: 449-458

„COPING WITH DEPRESSION” 2.

- **Pszichoedukációs szemléletű: a terapeuta inkább tanító → kevésbé stigmatizáló**
- **Elméleti háttér:**
 - **Ellis-féle racionális-emocionális terápia elemei (Ellis, Harper, 1978),**
 - **kognitív terápia elemei (Beck et al, 1979).**
 - **viselkedéses aktiváció megközelítés (Lewinsohn et al, 1975)**
 - **Bandura szociális tanulás elmélete**
- **Némely formájához nem kell képzett terapeuta.**
- **Könnyen adaptálható specifikus célokra: serdülőknek, időseknek, kisebbségeknek, ADHD-s gyermekek anyjainak, alapellátás betegeinek, stb.**

„COPING WITH DEPRESSION” 3.

- **Sok anyaga ingyen letölthető:**

Pl.: www.ori.org/Research...

Oregon Research Institute, Peter M. Lewinsohn, Ph.D.

Coping with Depression Course Adult Manual

Coping with Depression Course Adult Participant Workbook

Adolescent Coping with Depression Course Adolescent Manual

Adolescent Coping with Depression Course Adolescent Workbook

Adolescent Coping with Depression Course Parent Manual

Adolescent Coping with Depression Course Parent Workbook

„COPING WITH DEPRESSION” eredményei

- **Alkalmazható a depr prev-jára, enyhébb depr. kezelésére és a sikeres kezelés utáni fenntartásra.**
- **Hatékonyságvizsgálatok: 25 randomizát, kontrollált vizsgálat alapján: hatékony a major depr. zavar új eseteinek prevenciójában (38%-kal kisebb lett az esély a major depr. kialakulására).**
- **Szintén hatékony a már fennálló depr. kezelésében, de nem minden csoportnál volt eléggé hatékony → további vizsgálatok szükségesek.**
- **A gyógyszeres kezeléshez képest még nem vizsgálták a hatékonyságát.**
- **További vizsgálat lenne szükséges rövidített verziókhöz is.**

A kogn-vis prev. programok összefoglalása:

- Nő az irodalma, egyre több a jól megtervezett hatásvizsgálat is. Ezeket összegezve, ígéretesnek tűnnek a depr. prev-jában.**
- A legtöbb interv. csökkentette a depr. tüneteket, a depr-ra jellemző kogníciókat és viselkedéseket.**
- Kevesebb adat utal arra, hogy a célzott intervenciók hatásosak a depr. tünetek magas szintje és a depr. betegség prevenciójában (de magát a depr. epizódot kevésbé vizsgálták).**
- Helyenként találtak nemi különbségeket: nőknél hatékonyabbak a prev. programok.**
- Az általános kogn-vis prevenciók (ahol nincs célcsoport) nem tűnnek hatásosnak, azaz inkább célzott intervenciók szükségesek.**

Depresszió: rizikófaktorok a családban

- A szülő depressziója akadályozhatja a csecsemő kötődésének fejlődését (kevesebb a szülői interakció) (Cicchetti & Toth, 1998) → **CÉLZOTT PREV. KISGYERMEKES DEPRESSZIÓS ANYÁKNÁL!**
- szülői viselkedés, pl.:
 - érzelmi elhanyagolás, csökkent szülői gondoskodás (Beardslee, 1998)
 - konfliktusos családi légkör (Bugán és mtsai, 2008)
 - elutasító és büntető nevelési módszer (Richter, 1986)
 - túlzott kritikusság (Asarnow et al, 1993)
 - szülői bántalmazás (Pikó, 2001), gyerekkori fizikális és szexuális abúzusok (Noen-Hoeksema et al, 1994)
 - anyai túlvédés, érzelemszegény kontroll (Parker, 1983)
 - maladaptív kognitív stílus és megküzdés „átörökítése” (Garber, 1998)
- veszteségélmények gyermekkorban: szülők válása, szülő korai halála, szeparáció a szülőtől (Gilman et al, 2003)
- **serdülőkori depresszió!!!**

Depresszió: a család védő szerepe

- társas támasz (Petersen et al 1997): leginkább az érzelmi elfogadás, a társas támogatottsággal való szubjektív elégedettség számít (Pikó, 1996)

öt típusa: 1. érzelmi elfogadás

2. kommunikatív megerősítés

3. információadó-célorientált támogatás

4. anyagi-rationális támogatás

5. praktikus támogatás (Pikó, 1997)

- biztonságos korai kötődés (Aro, 1994)

Főiskolásoknál protektív tényezők (Margitics, 2005)

- konfliktusmentes családi légkör

- támogató nevelési stílus megléte, ill. a büntető nevelési stílus hiánya

- önállóságra való nevelés

- konformitás, mint nevelés cél mellőzése

- manipulatív és inkonzisztens nevelői attitűd hiánya

Szülői és családi intervenciók

Formája szerint: szülői tréning vagy családi ülés

Hatásvizsgálat még kevés van, korai még következtetéseket levonni, de az eredmények a várt irányba mutatnak.

Bizonyított, hogy a családi intervenciók:

- javítják a kommunikációt a házastársak között**
- javítják a szülők kommunikációját a gyermekeikkel a depr-ról**
- fokozzák a gyermek megértését a szülő depr-jára vonatkozóan (Gillham et al, 2000)**

Egyéb megközelítések a depr prev-jában

Életesemények, élethelyzet szempontjából veszélyeztetett csoportok célzott prev-ja:

- álláskereső tréning munkanélkülieknek hatásosnak bizonyult a depr. tünetek prevenciójában 2 éves utánkövetéssel**
- időseknek, akik nemrég költöztek ápolási otthonokba**
- gyermekeknek, akiknek a szülei elváltak**
- krónikus betegségben szenvedőknek**
- iskolai beilleszkedési és tanulási nehézségek**

“Európai szövetség a depresszió ellen”

- Magyar koordinátora: SE Magatartástud. Intézete (Kopp M)**
- A program 2005-ben a Szolnok és környéke kistérségében indult.**
- Többszintű akcióprogram a depresszió és az öngyilkossági magatartás ellen**

A „Nürnbergi szövetség a depresszió ellen” nevű program adaptált formája. Az öngyilkossági magatartás több mint 20%-kal csökkent a nürnbergi régióban és az öngyilkossággal, depresszióval kapcsolatos attitűdök jelentősen változtak.

**Első lépés: fő cél a DEPRESSZIÓ FELISMERÉSE,
a depresszióval kapcsolatos tájékoztatás
a betegek eljuttatása a szakemberekhez
a felismerésben számba vehető szakmák, területek tájékoztatása.**

“Európai szövetség a depresszió ellen” 2.

Az intervenciók 4 szintje:

- együttműködés a pszichiáterekkel, pszichológusokkal, háziorvosokkal,**
- nyilvános kampány**
- továbbképzés az információ továbbítóinak**
- veszélyeztetett csoportok: öngyilkosságot elkövetett személyek**

Fontos a szakmák közötti kapcsolat elősegítése, valamint a egészségügy és szociális szféra közeledése egymáshoz

Konklúziók

Interdiszciplináris megközelítés (szakmák közötti együttműködés) szükséges; klinikai + mentálhigiénés + magatartástudományi szemlélet

A célzott prevenció hatékonyabbnak tűnik, mint az általános.

A pszichológiai módszert tekintve a kognitív- és viselkedéses, ill. a családi intervenciók dominálnak.

A célcsoport életkorát tekintve a prevencióban kiemelt jelentőségű a 13-14 éves kor!

Hatásvizsgálatok fontossága (hosszú távú munka).

A mentálhigiéné célja (többek közt)
...annak elősegítése, hogy az egyén
kellő ismerettel és készséggel
rendelkezzen testi és lelki folyamatainak
megértéséhez és szabályozásához...

KÖSZÖNÖM A FIGYELMET!