

Dr. Tölgyes Tamás

A felnőttkori depresszió

Összefoglalás

A major depresszió élettartam prevalenciája 12-19% a nők 2-3-szor nagyobb érintettségével a férfiakénál, míg a bipoláris zavarok ugyanezen adata 0,5-1,5% a két nem egyenlő érintettségével. A különféle súlyosságú depressziók populációs prevalenciája 5% körüli, míg a reaktív és minor depressziók aránya elérheti a 6%-ot. A betegek 5-15%-a szuicidium következtében hal meg, a szuicid kísérletek aránya 25-50%. A depressziós epizód fő tünetei: a hangulatnak az enyhébb kedvtelenségtől a mély vitális lehangoltságig terjedő zavara, a gondolkodás meglassulása és beszűkülése, a negatív kognitív információfeldolgozás dominanciája, az általános örömtelenség és gátoltság. A hangulatzavar sokszor larvált formában, testi tünetek mögött meghúzódva jelenik meg. Az affektív betegségek lefolyása lehet epizodikus-fázikus, mint az unipoláris depresszió vagy a bipoláris affektív zavar esetében, és lehet krónikus-hullámzó, mint disztímia vagy ciklotímia esetén. A depresszió etiológiájában a genetikai faktorok, a noradrenalin- és szerotonin-deficit, továbbá precipitáló tényezőként a vulnerabilitást kialakító korai és a depressziós epizód kialakulását elősegítő késői negatív életesemények, a szociális támasz hiányosságai tűnnek jelentősnek. Veszélyeztető tünetek hospitalizációt tesznek szükségessé. A kezelés alapja a pszichofarmakoterápia (antidepresszívumok, fázisprofilaktikumok stb.) és a pszichoterápia (szupportív, kognitív stb.). Az időben felismert depresszió általában jól kezelhető betegség, a korai diagnózisban és a megfelelő szakellátásban történő eljutásban a családorvos szerepe jelentős lehet.

Bevezetés

Szakirodalmi adatok alapján a depresszió az összefoglalásban is-

mertett epidemiológiai adatoknak megfelelően gyakori pszichiátriai körkép. Bár a szuicidumokért nem kizárólag a depresszió tehető felelőssé, tény, hogy a depressziósok mintegy 5-15%-a öngyilkossággal fejezi be életét, és élete során legalább egy alkalommal 25-50%-uk kísérel meg öngyilkosságot. Különböző felmérések alapján az öszzes szuicidium 25-70%-a mögött depresszív szindróma húzódik meg, tehát a depresszió nemcsak az életminőséget, hanem az életet is gyakran közvetlenül veszélyeztető körkép.

Ma már ugyanakkor elmondhatjuk, hogy a depresszió a megfelelő időben történő felismerés mellett – a korszerű antidepresszív farmakoterápia és egyes pszichoterápiás módszerek birtokában – általában, ha nem is gyógyítható, de jól kezelhető betegség. Az első orvos, akihez a depresszióban szenvedő személy segítségért fordul, nem feltétlenül pszichiáter, sok esetben a családorvos, vagy a szomatikus medicina más területén dolgozó kolléga, akinek lehetősége és felelőssége a betegség diagnosztikájában és a beteg megfelelő szakellátásba küldésében sorsdöntő lehet. Sokszor a családorvos az, aki a depressziós beteget fenntartó gyógyszerelésének beállítását követően kontrollálja, így észlelheti az esetleges visszaeséseket vagy gyógyszer-mellékhatásokat, el kell végeznie, végeztetnie a szükséges laborvizsgálatokat.

Mindezek miatt fontosnak tartjuk, hogy a felnőttkori depresszió fő tüneteit, legfőbb szindrómáit, legfontosabb okait, kezelési lehetőségeit röviden áttekintsük.

A depressziós epizód tünetei

Eugen Bleuler az affektív betegségek tüneteinek három fő csoportját írta le, ezek: a hangulat zavara, a gondolkodási folyamatok, valamint a centripetális folyamatok (motivációk, cselekvések) gátlása. Ezeket a tüneteket a depresszió alaptüneteinek is szokás tekinteni.

A hangulat zavara az enyhe kedvtelenségtől a mély vitális lehangoltsáig és az érzelmi stuporig terjed. A

depressziós arca levertséget tükröz, nevetni, mosolyogni nem vagy csak kényszeredetten képes. Homlokán gyakran megjelenik a jellegzetes depressziós omega (a homlok állandó gondterhelt ráncolása a két musculus corrigator supercilii fokozott tónusa következtében), szemhéjain gyakran kettős redőt látunk (Verguth-féle redők), és a felső szemhéj lefelé nyitott háromszög alakot mutat. A szájugok lefelé hajlanak. A beteg kifejező mozgásai szegényesekké válnak, beszéd közben alig gesztikulál. Beszéde halk, monoton, elhaló lesz, súlyosabb esetben a mondatot nem fejezi be, vagy érthetetlenül elhalkul.

A vitális lehangoltság az egyén biológiai létében gyökerezik, szemben a szomorúsággal és a bánattal. Gyakoriak lehetnek a testi hogylét zavarára utaló panaszok, ha ezek állnak az előtérben, *larvált* vagy *maszkírozott* depresszióról beszélünk. A beteg ezekkel a tünetekkel gyakran háziiorvosánál vagy a megfelelő szakterület szakorvosánál jelentkezik. Ilyenkor a szomatikus kivizsgálások és kezelések mögött a depresszió diagnózisa rejtve maradhat. Gyakori tünetek a nyomás, feszítés, fájdalom, levertség, megélt tehetetlenség érzése, amit nemritkán meghatározott szervekhez köt a beteg. Ezek közül a leggyakoribbak: a fejre vagy gerincre lokalizálódó fájdalomszindrómák, szédülés, zibbadás, remegés, légszomj, szív-táji nyomás- vagy szúrásérzés, palpáció, gyomor-bélpanaszok, mint étvágytalanság, görcsök, teltségérzés, fogyás, székrekedés vagy ritkábban hasmenés, irritábilis colon szindróma, valamint főleg nőknél altesti görcsök, fájdalmak.

Sokszor több panasz jelenik meg egymás után vagy egyidejűleg. A testérzések azonban a vitális lehangoltság pszichoszomatikus kétarcúságát fejezik ki, a biológiai-fiziológiai életműködések zavara mellett a magasabb szintű pszichés működések, a bonyolult érzelmek korlátozottságát észlelhetjük.

A pozitív érzéseket képtelen átélni a beteg, nem érez elégedettséget, nyugalmat, kényelmet, egyre inkább a negatív érzések, szoron-

Dr. Tölgyes Tamás
Semmelweis Egyetem, ÁOK
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika
1083 Budapest, Balassa u. 6.

gás, aggodalmaskodás, bűnösség- és szégyenérzések kerülnek az előtérbe. Az önértékelés negatívvá válik, a mások iránti negatív érzések, mint harag, gúny is erejüket vesztik. Az érzelmi élet skálájának beszűkülése az érzelemnélküliség érzésére vezethet. A hangulatzavar mozgásává a teljes érzelmi kiürüléstől a tompa közömbösségen és a nyughatatlan kedvetlenségen át a rosszkedv, rossz közérzet árnyalatáig terjedhet. Az élménydinamikát a mélabú, a bűnösségérzés és a szorongás depresszióra jellemző elementáris érzelmei jellemzik.

A lehangoltság többnyire *általános gátoltsággal* jár. A késztetések és a cselekvések, valamint a döntések megnehezülnek, az akarat meggyengül, a máskor hétköznapi teendők ellátása is örömtelenné válik, a beteg egyre keservesebben, nehézkesebben, lassabban hajtja végre azokat, majd be sem fejezi, végül el sem kezdi a cselekvést. Sokszor már ágyából sem kel fel, csak mások nőgatására táplálkozik vagy tisztálkodik, legsúlyosabb esetben pedig a teljes pszichomotoros gátoltság, a depressziós stupor alakulhat ki. A környezet, sokszor maga a beteg is, gátoltságot akaratgyengeségként, lustaságként éli meg, amely önvádlásait súlyosbítja. A depresszió egy másik csoportjában a heves szorongás következtében motoros nyugtalanság lép fel, a beteg izgatott, kezét tördeli, jajveszékkel (agitált depresszió).

A *gondolkodás* lelassul, egy-egy témára beszűkül (monoideizmus). Az információfeldolgozás torzulása korán megjelenik, a kognitív működésben a személyre, önmagára, a jövőre vonatkozóan, valamint az egyén és a külvilág viszonylatában depressziós sémák, diszfunkcionális attitűdök aktiválódnak. A negatív preferencia alapján a beteg önképe negatív irányba torzul, a jövőkép is negatívvá, fenyegetővé, üressé válik. A depresszió súlyosbodásával párhuzamosan az alaphangulatnak megfelelő, holtim mikromániás (bűnösségi, hypochondriás, elszegényedési) túlértékelések, majd téveseszmék léphetnek fel. A nyomott hangulatnak, rossz közérzetnek és az általános örömtelenségnek, önvádlásoknak megfelelően öngyilkossági gondolatok és késztetések jelennek meg.

Jellegzetesek a megélt *vegetatív funkciózavarok* is. Leggyakoribb és legkorábbi tünet az alvászavar, melyben a gyakori, valamint az idő előtti, korai ébredés inkább endogén depresszióra, míg az elalvási zavar inkább pszichogén depresszióra jellemző. Ritkán hiperszomnia is előfordul. Az étvágy típusos esetben csökken, melyhez sokszor jelentős fogyás társul. Gyakori tünet a szájszárazság és a székrekedés is. A szexuális késztetés csökken, vagy teljesen kialszik. Endogén depresszióban a tünetek reggel a legkifejezettebbek.

A depressziók osztályozása

Az affektív betegségek ma használatos klasszifikációi elsősorban a szindromatológiai szempontot veszik tekintetbe. Mind a BNO-10, mind a DSM-IV. alapvetően ezt a szempontot követi, bár az osztályozásban az időbeli lefolyás szempontja is megjelenik. A korábban hangsúlyos etiopatogenetikai szempont jelenleg háttérbe szorult. A depressziós epizód, ezen belül a major depresszív epizód fogalma lényegében a fentebb leírt tünetegyüttest foglalja magába. A depresszió súlyossága szerint a következő súlyossági fokozatok különíthetők el:

Enyhe depresszió esetén a tünetek a páciensnek jelentős szenvedést okoznak, de legtöbb aktivitását a munkahelyi teljesítményben és a szociális aktivitásban fennálló nehézségei ellenére is folytatni tudja.

Közepes depressziós epizód esetén a betegnek már nagy nehézséget okoz hétköznapi, megszokott aktivitásának a fenntartása is.

Súlyos depressziós epizódban a korábban ismertett tünetek közül több igen kifejezett, és jelentős szenvedést okozó formában észlelhető. Elvész az önértékelés, értéktelenség-érzés és bűntudat jelenik meg, gyakori öngyilkossági gondolatok és kísérletek, valamint sokszor számos testi tünet kíséretében. Kifejezett pszichomotoros gátoltság, vagy éppen agitáció figyelhető meg, a beteg szokásos tevékenységeit már képtelen, vagy csak erősen korlátozott mértékben képes folytatni.

Súlyos depresszió pszichotikus tünetekkel járhat, ilyenkor a súlyos depressziós tünetegyütteshez holtim (bűnösségi, elszegényedési, hypochondriás, persecutoros, nihilizti-

kus) téveszmék, ritkán hallucinációk (pl. becsmérlő, vagy vádló hanghallások, rothadó szag érzése) társulnak, a pszichomotoros gátoltság stuporig fokozódhat.

A fenti súlyosságú depressziós epizódok előfordulhatnak visszatérő, rekurrens jelleggel, főként unipoláris periodikus depressziók esetében. A bipoláris affektív zavaroknál a különböző súlyosságú depressziós szindróma mániás vagy hipomán fázissal váltakozik (bipoláris I. és II. típus). Számos esetben előfordul, hogy a depressziós vagy a mániás időszakok tendenciósan az év ugyanazon szakaszához kötődnek, azaz szezonális megjelenést mutatnak. Gyakori a depresszió az őszi-téli hónapokban, de nem ritka a tavasszal megjelenő, és nyár végére elmúló depresszió sem. Egyes esetekben a fázisok szokatlanul rövid ideig tartanak, és gyorsan váltják egymást, ilyen esetben *rapid ciklusokról* beszélünk.

Atípusos depresszió esetén nem a megszokott klinikai kép jelentkezik. Étvágytalanság helyett inkább fokozott étvágy, fogyás helyett hízás észlelhető, az alvászavar inkább fokozott alvási igényben jelenik meg. Gyakori a szomatikus tünetek miatti panaszok, szorongás, és az elhúzódó, gyakran szezonális lefolyás.

A fázikus, epizodikus lefolyás mellett a depresszió megjelenhet perzisztáló hangulati zavar formájában is, mint disztímia vagy ciklotímia esetén. Disztímiában a tünettan a depressziós epizódéhoz hasonló, de enyhébb, ugyanakkor a kognitív tünetek és a közösségi életre motíváló készség hiánya kifejezettebbek lehetnek. A disztímiás hangulatzavar krónikus, hullámozó lefolyásban jelenik meg, legalább 2 éven keresztül, teljes tünetmentesség gyakorlatilag nem észlelhető. A kórkép sajátos személyiség szerkezet talaján alakul ki és súlyosbodásához a negatív életemények (valós vagy szimbolikus érzelmi veszteségek) is hozzájárulnak. A viszonylag enyhébb tünetek ellenére a szociális károsodás jelentős lehet, elsősorban az élet intimitás szférája érintett. A depressziós tünetek az egyén személyiségstruktúrájába beépülnek, és az életvitelt, életstílust jelentős mértékben befo-

lyásolják. A disztímia prevalenciája 3-5%, gyakran rakódhatnak rá depressziós epizódok, és gyakori a társulása pánikbetegséggel, szociális fóbiával, alkohol- vagy drogabuzussal, személyiségzavarokkal. A *ciklotímia* lényegében a bipoláris zavarok enyhe formája, prevalenciája mintegy 1%, nőknél másfélszer gyakoribb, mint férfiaknál. Enyhe depresszió és hipománia tünetei váltakoznak legalább 2 éven át, krónikus ciklusos lefolyást mutatva. A hangulatváltás általában rendszertelen, hirtelen, gyakoriak az irritált, kevert depressziós-maniform periódusok is, a betegek életvitelük egyenetlen, konfliktus-terhelt, különösen családi, házassági területen. Nem ritkán a beteg a hangulat instabilitását alkoholizálással, vagy öngyógyszerezéssel próbálja egyensúlyban tartani, így az esetek mintegy 10%-a alkohollizmussal, vagy szerfüggőséggel társul. Egyes életszakaszokban a depressziós tünetcsoportok gyakoribbak, így pl. a generációs időszakban gyakrabban lépnek fel, mint *post partum* vagy *laktációs* depressziók. A szülést követő pár napos lehangoltság vagy a terhesség alatti kórosan pozitív irányú hangulati eltérés sem ritka, súlyos esetben azonban kifejezett depressziós kép bontakozik ki a megszülető gyermek elleni agresszív kényszer gondolatok vagy kényszerimpulzusok, néha pszichotikus gondolatok jelentkezésével. A kóralapot lezajlását követően később hosszmetzetben gyakran az affektív betegségekre jellemző fázikus lefolyás mutatkozik.

Premenstruális diszfória jelentkezik hozzávetőleges epidemiológiai adatok szerint a nők 2-10%-ánál, amikor a menstruáció többségét megelőző időszakban (luteális fázis) lehangoltság, szorongás, érzelmi labilitás lép fel. Az érdeklődés beszűkül, az aktivitás lecsökken, fejfájások és egyéb testi panaszok jelenhetnek meg, az életvitelben jelentős nehézséget okozva.

A korábban önálló entitásnak tekintett *involúciós* depresszió az 50-55. év táján lép fel, lassú, lappangó kezdettel, és elhúzódó kórlefelgyúlással. Gyakran hipochondriás, szomatikus tünetek állnak az előtérben, máskor inkább kényszeres tünetek. A pre-morbid személyiség kényszeres, perfekcionista, szorongásra hajlamos. Az öngyilkossági veszély fokozottabb a tünetek alapján elvárhatótnál.

Időskorban a depressziók gyakoribbá válnak. Az időskori depresszió gyakran pszeudodementia képmében jelenik meg, elkülönítése a valódi demenciától a kezelés szempontjából alapvetően fontos. Ugyanakkor gyakoribbak időskorban az *organikus komponensek* a depresszív állapot hátterében.

A korábban reaktív depresszió néven osztályozott állapotot ma a *depresszív* tünetekkel megjelenő *alkalmazkodási zavarok* között tartjuk számon. Itt a tüneteket a kiváltó életesemények, traumák, katasztrófák, gyász determinálják.

A depressziók etiológiája

Genetikai vizsgálatok az öröklés jelentős szerepére utalnak. Családkutatások adatai szerint a bipoláris hangulatzavarban szenvedő betegek hozzátartozóinak kockázata a bipoláris hangulatzavarra vonatkozóan 8-18-szor, az unipoláris depresszióra vonatkozóan 2-10-szer magasabb a kontroll-személyekénél, az egytetűjű ikrek konkordanciája 33-90%-os. Unipoláris depresszióban szenvedő betegek elsőfokú hozzátartozóinak rizikója depresszióra 1,5-2,5-szer nagyobb az egészséges kontrollokéhoz viszonyítva. Unipoláris depresszióra monozigóták konkordancia-rátája 43-50%. Az egyik szülő bipoláris I. betegsége esetén 25%, mindkét szülő hasonló betegsége esetén 50-75% a valószínűsége az utód hangulatzavarban való megbetegedésének. Az öröklődés jelentősége kétségtelen, az öröklődési minta, a releváns gén vagy gének azonban még tisztázatlanok.

A biokémiai tényezők között a *biogén amin hipotézis* mellett számtalan vizsgálat szól, a legelterjedtebb nézet szerint depressziókban *noradrenalin* és *szero-tonin deficit* áll fenn. Újabban a neurotranszmitterek egyensúlyzavarát helyezik előtérbe, egyes vizsgálatok szerint a dopamin aktivitás is alacsonyabb szintű. Ismert a *neuroendokrin reguláció* – hypothalamus – hypophysis – mellékvese tengely, valamint a pajzsmirigy működés zavara. Az esetek mintegy felében dexametazon-provokációra nem csökkent a cortisol-szint (dexametazon-szuppressziós teszt). Ugyanígy csökkent választ kapunk a pajzsmirigy, illetve a növekedési hormon el-

választás TRH-val, illetve klonidin-nel történő provokációjára. Kimutatták az *immunrendszer* idült stresszhatáshoz hasonló *csökkent reaktivitását* is depresszióban. *Kronobiológiai* befolyásra utal a szezonális fellépés, a napi cirkadián ritmus ingadozása, az alváskép jellegzetes megváltozása a REM-fázis arányának megnövekedésével és a csökkent REM-latenciával.

A *pszichoszociális tényezők* közül a depresszióra hajlamosító *premorbid személyiségjegyek* nem egyértelműek, bár úgy tűnik, hogy a személyiségjegyek közül a kényszeresség, fokozott szorongásos készenlét, disztímia, ciklotímia hajlamosít depressziós epizódra. Az *életesemények* jelentősége egyrészt a korai életek tapasztalatainak a vulnérabilitásra gyakorolt hatásában ragadható meg. Szerint depresszióra hajlamosíthatnak a korai veszteségélmények, a szociális készségek és az önjutalmazó magatartásmódok hiányosságai, valamint az információfeldolgozásnak a kognitív elmélet által hangsúlyozott zavarai. Másrészt ismert, hogy a depressziós epizód gyakran stresszt okozó életeseményt követően alakul ki, *Paykel* szerint egy súlyos életesemény után 6 hónapon belül a depressziós epizód kialakulásának valószínűsége a 6-szorosára növekszik. A stresszor precipitáló szerepet játszik a betegség kialakulásában. Az életesemények szerepe a kezdeti időszakban, valamint az idősebb életkorban kezdődő depresszióknál tűnik fontosabbnak. Ugyancsak növeli a depresszió kialakulásának, illetve a tünetek elhúzódásának valószínűségét a személy *szociális támasz-hálójának* fogyatékosága. A társtalan, egyedülálló személyek körében ugyanis a depresszió szignifikánsan gyakoribb, és gyakrabban vezet öngyilkossághoz is.

A depressziók kezelése

A terápiás célkitűzés három főiránya: a tünetcsoportok kezelése, a relapszusok megelőzése és a kognitív vulnérabilitás csökkentése.

A hospitalizáció vagy a járóbeteg ellátás keretében történő kezelés kérdésében az állapot súlyossága és a körülmények döntőek. Kórházba kell a beteget utalnunk, ha öngyilkosság, homicidium veszélye, a beteg szociális helyzetének

vagy életvitelének súlyos veszélyeztetése áll fenn, vagy, ha olyan diagnosztikus kérdések merülnek fel, melyek kórházi kivizsgálást tesznek szükségessé.

A tünetcsoport kezelésében a tünetek súlyossága mellett az etiopatogenetikai faktort is figyelembe kell vennünk. Organikus eredetű vagy szomatikus betegséghez társuló depresszió esetén az alapbetegséget kell kezelnünk, és ennek figyelembe vételével alkalmazzuk az antidepresszív farmakoterápiát. A depressziókban általában a farmakoterápiát pszichoterápiával együttesen alkalmazzuk, súlyosabb depressziókban a biológiai kezelések jönnek szóba. A mai gyakorlatban általában valamelyik SSRI-antidepresszívum az elsőként választandó szer, amennyiben ez terápiás dózisban 3-5 hét után (a hatás kialakulása kb. 2 hét után várható) nem hoz eredményt, váltunk valamely tri- vagy tetraciklikus hagyományos antidepresszívumra, majd ha ez sem hat, MAO-bénítóra vagy más szerre. Az antidepresszív terápiát ún. augmentációs kezeléssel (lítium vagy pajzsmirigy-hormon) egészíthetjük ki. Ha a szorongás tünetei állnak előtérben, benzodiazepin-készítményt (alprazolam, clonazepam) adhatunk az antidepresszívum mellé, pszichotikus tünetek esetén pedig neuroleptikumot.

A leggyakrabban alkalmazott antidepresszívumok közül a hagyományos tri- vagy tetraciklusos vegyületek a különböző mértékű szerotonin- és noradrenalin-reuptake gátló hatás mellett általában antikolinerg, antihisztaminerg, és alfa1-receptorbénító mellékhatásokkal is rendelkeznek. A szelektív szerotonin-reuptake-inhibitorok (SSRI-szerek) utóbbi mellékhatásai hiányoznak vagy elhanyagolhatóak, felléphetnek azonban szerotonin-specifikus mellékhatások, mint fejfájás, gasztrointesztinális panaszok, insomniá, feszültség, szexuális diszfunkciók. A reverzibilis MAO-bénító (RIMA) moclobemid esetében a szexuális mellékhatások elhanyagolhatóak, és a MAO-A enzimhez való reverzibilis kötődése miatt nem okoz „sajt-reakciót” sem. Az SSRI- és RIMA-antidepresszívumok előnye még az alacsony toxikus potenciál, nagyobb adagok bevétele sem okoz halálos mérgezést. Újabb

lehetőséget nyújtanak a kettős hatású szelektív vagy a szelektív noradrenerg-gátló szerek (venlafaxin, reboxetin), melyek szintén nem rendelkeznek a hagyományos szerek mellékhatásaival.

Az egyéb biológiai eljárások közül az elektrokonvulzív terápiát akut veszélyeztető állapottal járó vagy trópa-rezisztens, a fényterápiát pedig szezonális depressziók esetében alkalmazhatjuk. Alvásmegvonással (a beteg egy héten egy éjszakai alvást kihagy) az együttműködő, enyhe vagy középsúlyos primer depressziók kezelhetők egy sorozatban 8-10 alkalommal. A részleges alvásmegvonás (az alvásidő felére csökkentése, pl.: a beteget éjjel 2-kor ébresztik, és másnap éjjel fél 11-ig nem fekszik le) is hatásos lehet.

A relapszusok megelőzésére alkalmas a lítium-profilaxis. A szűk terápiás ablak miatt rendszeres szérumszint-ellenőrzés szükséges. (0,6-1,0 mmol/l a kívánt érték). A pajzsmirigy- és vesefunkciókat is ellenőrizni kell. Fázisprofilaktikumként másodsorban még carbamazepin vagy valproát alkalmazható (8-12, illetve 40-100 mikrogramm/ml vérszint mellett). Az unipoláris depressziók megelőzésére a tartós antidepresszív kezelés javasolható, míg a reaktív vagy személyiségproblémákhoz kapcsolódó depressziók profilaxisa inkább pszichoterápiás gondozást jelent. Ugyancsak a pszichoterápiás kezelés alkalmas a depresszív vulnerabilitás csökkentésére is.

A szupportív pszichoterápia vagy pszichoterápiás vezetés az aktuális életnehézségek feltárására és megoldására törekszik, a beteg erőforrásaira, konfliktusmegoldó képességeire építve. A mára már előtérbe került *kognitív* viselkedésterápia a legeredményesebben alkalmazott pszichoterápiás módszer a depresszió kezelésében. Megalkotója, A. T. Beck szerint depresszióban a kognitív funkciók, az információ-feldolgozás zavarai az elsődlegesek, a személy alapvető viszonyulását a világhoz, önmagához, jövőjéhez alapfeltevései határozzák meg (pl. „értéktelen vagyok”, „engem nem lehet szeretni”). A korai negatív élmények kapcsán kialakuló általánosabb depresszív alapsémákra a konkrét élethelyzetekre vonatkozó másodlagos feltevések, diszfunkcionális attitűdök épül-

nek (pl. fentebbi elsődleges sémákra: „mindenben alkalmazkodnom kell, hogy elfogadjanak”). A kognitív sémák sokáig rejtve maradhatnak, míg valamely jelentős életesemény nem aktiválja őket. Ezt követően ún. logikai hibákon keresztül (minden-vagy-semmi gondolkodás, egyszerű eseményből túlátlánosítás, negatív szűrő, pozitívumok érvénytelenítése, érzelmi logika, korai következtetés stb.) egy-egy konkrét helyzetben negatív automatikus gondolatok, majd azok következtében negatív érzelmi állapot és egyéb depressziós tünetek kialakulását eredményezik. A terápia célja ezeknek a depressziós gondolkodási mintáknak a feltérképezése és megváltoztatása, célzott, nagyfokú strukturáltságot mutató, általában 12-20 üléses időhatáros terápia keretében.

Irodalomjegyzék:

1. Pethő Bertalan: *A depresszió szindrómája* in: Pethő Bertalan: *Részletes pszichiátria II. Functionális körkép és zavarok* (pp:660-684) Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest 1989.
2. Szádóczy E., Herr J.: *Hangulatzavarok* in: Füredi J., Németh A., Tariska P.: *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp:371-387) Medicina Könyvkiadó RT, Budapest 2001.
3. Tringer L.: *A hangulati élet zavarai* in:Tringer L.: *A pszichiátria tankönyve* (pp:289-314) Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999.
4. Kielholz P.: *A depressziók diagnózisa és terápiája a gyakorlatban.* Medicina, Budapest, 1968.
5. Arató M.: *Depresszió MPT*, Budapest, 1988.
6. Becker J.: *Depresszió Gondolat*, Budapest, 1989.
7. Kopp M., Skrabski Á.: *Magyar lelkiállapot Végeken* Alapítvány, Budapest, 1992.
8. Kopp M., Szedmak S., Lőke J., Skrabski Á.: *A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében.* LAM 7:136 1997.
9. Szádóczy E., Fazekas I., Füredi J., Papp Zs.: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok előfordulása a családorvosi gyakorlatban.* Psychiat.Hung. 11:495, 1996.
10. Czeizel E.: *Affektív pszichózisok* In: Czeizel E.: *Genetikai tanácsadás* (pp:116-123) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1987.
11. Rihmer Z., Pestality P.: *Antidepresszívumok és hangulatstabilizátorok.* In: Füredi J., Németh A., Tariska P.: *A pszichiátria magyar kézikönyve*, (pp: 541-554) Medicina Könyvkiadó RT, Budapest, 2001.
12. Tringer L.: *A depressziók kognitív szemlélete* Psychi-at Hung 1:28-38, 1986.
13. Vajda M.: *A depresszió kognitív viselkedésterápiája.* Végeken, Budapest, 1991.
14. Tölgyes T., Sujtó K.: *A depresszió kognitív- és viselkedésterápiája.* Praxis 9/2:21-28, 2000.