

A depressziók pszichoterápiája*

Tringer László

4

Semmelweis Egyetem

Összefoglalás: A szerző röviden áttekinti a depressziókkal kapcsolatos nézetek fejlődését, majd ismerteti a kognitív nézőpont kialakulását. Utal a kognitív nézőpontra a magyar nyelvű irodalomban való megjelenésére. A szakirodalom adatai alapján megállapítja, hogy a depressziók monista nézőpontja nem tartható. Összefoglalja a kognitív terápiákkal kapcsolatos, ma már általánosan elfogadott megállapításokat. Ezt követően röviden ismerteti az egyéb pszichoterápiás megközelítéseket, amelyeket a depressziók kezelésében alkalmaznak. A depressziók duális szemléletén alapuló összehasonlító vizsgálatokat ismerteti, és utal a legújabb kutatásokra és eljárásokra. Megállapítja, hogy a pszichoterápiás eljárások szaporodásának háttérben piaci szempontok is érvényesülnek. Végül utal a depressziók közegészségügyi jelentőségére és a modern informatikai eszközöknek a pszichoterápiában való felhasználására.

Kulcsszavak: depresszió; kognitív elmélet; kognitív terápia; pszichoterápiás kutatások

Summary: The author outlines the development of views concerning depression, and delineates the evolution of the cognitive approach. The issue of cognitive approach in the Hungarian literature is shortly presented. The author states on the basis of the literature, that the monistic view of depressions is not sustainable any more. The generally accepted conceptions of cognitive therapies are summarised. He also reviews the most important other psychotherapeutic approaches in the treatment of depressions. Some important comparative studies on the basis of a dual approach are presented showing the newest trends of research. The author points out the market mechanisms behind the proliferation of new psychotherapeutic „methods”. The importance of depressions in public health is underlined. The use of modern telecommunication techniques in psychotherapy is briefly demonstrated.

Keywords: depression; cognitive theory; cognitive therapy; psychotherapy research

Immár több mint negyed évszázada annak, hogy magyar folyóiratban, az akkor szerkesztésem alatt álló Ideggyógyászati Szemlében, az első kognitív orientációjú pszichiátriai tanulmány megjelent *Perris* tollából (angol nyelven) (1). Ezt követően hamarosan az én tanulmányom is napvilágot látott (A depressziók kognitív szemlélete) a *Psychiatria Hungarica* első számában (1986) (2). Az elmúlt 25 év alatt a „kognitív” megközelítés rohamos fejlődésnek indult és a magatartás-szemléletű pszichiátria hazánkban is egyre erőteljesebb kognitív fordulatot vett. Az ELTE Bölcsészettudományi Karán is markáns kognitív iskola bontakozott ki (*Pléh Csaba* [3]). Magam a kognitív szemlélet népszerűsítéséhez, terjesztéséhez számos előadással, több tanulmánnyal járultam hozzá. Joggal mondhatjuk

tehát *Dember* után, hogy a kognitív forradalom hazánkban is bekövetkezett, mintegy másfél évtizedes késéssel követve a nemzetközi szakirodalmat. Egyesületeink, szakembereink azonban a megkésettség ellenére gyorsan léptek, s a nemzetközi szervezetek aktív tagjaivá váltak. 1986-ban már hazánk rendezte az Európai Magatartás- és Kognitív Terápiás Szövetség éves kongresszusát, s a szövetségnek akkor e sorok írója volt a soros elnöke.

A kognitív fordulat hajnalán, a kezdeti entuziazmus hevületében a nagy fölfedezés, miszerint a magatartás zavarainak keletkezésében a torzult információ-feldolgozás játszik döntő szerepet, mindent magyarázó elméletté nőtte ki magát. A tézis, miszerint az emóciókkal szemben a gondolkodási mechanizmusok az elsődlegeseek,

* A Magyar Neuropszichofarmakológiai Társaság XIII. kongresszusára felkért előadás bővített és átdolgozott változata (Tihany, 2010. okt. 9.)

minden affektív betegségre is vonatkozott. Maga *Beck* ennek értelmében a depressziókat, mint elsődleges gondolkodási zavarokat írta le (4). Elterjedt a depressziók „monista” szemlélete, s a Kielholz-féle kétdimenziós nézőpont, vagy az endogén-neurotikus megkülönböztetés háttérbe szorult.

Nyilvánvaló volt azonban *Beck* számára is, hogy az egészen súlyos állapotokban, a testi tünetekkel is járó depressziókban, stuporos állapotokban a gondolkodási zavar elsődlegességének hangsúlyozása, vagy ennek értelmében a kognitív terápiás próbálkozások nem sokat segítenek. A problémát a „kognitív blokádt” elméletével próbálta feloldani (5). A kognitív blokádt azt jelenti, hogy a gondolkodási, információ-feldolgozási folyamatok zavara egy bizonyos szinten túl már lehetetlenné teszi pozitív tartalmú hírek vételét. Ezen a szinten a biológiai és a pszichológiai folyamatok elválaszthatatlanul összefonódnak. Akadémikus kérdés a továbbiakban, hogy a gondolkodási torzulások következtében módosul-e a neurotranszmitter forgalom, vagy fordítva.

A kognitív blokádt teoretikus koncepcióját új megvilágításba helyezik azok a vizsgálatok, amelyek szerint az ismételten fellépő (major) depresszió során a hippocampus térfogata csökken. *Sheline és mtsai* (6) összehasonlító vizsgálatuk során úgy találták, hogy az MRI-vel kimutatott hippocampus térfogat-csökkenés az élet során depresszióban eltöltött időtartammal, és nem az életkorral függ össze. Ugyanakkor neuropszichológiai vizsgálatokkal (verbális memória) a hippocampus működésének csökkenésére utaló adatokat kaptak.

A depressziók monista szemléletének tarthatatlansága

A depressziók egydimenziós felfogása a ma használatos osztályozási rendszerek következtében, valamint a kognitív szemlélet előtérbe kerülése révén egyre inkább uralkodóvá válik. A depressziók monista szemléletének azonban számos klinikai tapasztalat ellentmond. Mindezekelőtt nincs elégséges (kognitív) magyarázat

arra, hogy miért változik meg egyes személyek gondolkodási stílusa időről időre, s alakul ki „ennek következtében” bipoláris, vagy unipoláris depresszió. Különösen nincs magyarázata annak, hogy miért jelenik meg ez a sajátos gondolkodás szabályszerű időközönként, vagy hogy mi magyarázza a nemegyszer látványos spontán remissziókat.

Parker és mtsai (7) igazolták többek között (már 1984-ben), hogy a depressziók egy csoportjánál a gondolkodási zavarok másodlagosak, a depresszió elmúltával visszafejlődnek. Vagyis a többek között *Beck* és iskolája által képviselt monokauzális magyarázat nem tartható.

Ugyanakkor az is nyilvánvaló, hogy a depressziósok nagyobb részénél a gondolkodás sajátos stílusa mint személyiségvonás, vagy, ha úgy tetszik karaktervonás jelenik meg. Ezt a sajátos stílust korábban részletesen jellemeztem és leírására a „depresszív kognitív struktúra” (DCS) megjelölést használtam. Mai szóhasználatl azt mondhatjuk, hogy e személyeknél kognitív vulnerabilitás áll fenn, amely náluk a depresszió, (vagy valamely neurózis-forma) kialakulását megkönnyíti (*Tringer*, [8]).

A súlyos, primer depressziókban kialakuló kognitív zavarokat ma már fiziológiai módszerekkel is regisztrálhatjuk. Közismert, hogy a kiváltott válaszok finomabb elemzése a kognitív működések színvonaláról is bizonyos globális felvilágosítást nyújt. *Ortiz és mtsai* (9) a vizuális és akusztikus kiváltott válaszok P_{300} hullám latenciáját vizsgálták major depresszióban szenvedő betegeknél. Általánosságban a P_{300} latenciájának növekedését állapították meg, amely a kognitív funkciók csökkenésének jele, közelebből kortikális hipoaktivitás és perceptív deficit mellett szól.

Nem kétséges tehát, hogy a depressziók egy részében a kognitív zavarok másodlagosak, s az elsődleges kórfolyamatok következményei.

A kognitív terápiák helye a depressziók kezelésében

Nyilvánvaló, hogy a neurotikus (*Akiskal* [10] elnevezésével karakterológiai) depressziók ese-

tén, ahol a depresszív kognitív zavar elsődlegességével kell számolnunk, a kognitív terápiáknak kitüntetett szerepe van (disztímiák).

Mi a helyzet azonban a primer depressziók esetén, ahol a gondolkodási zavar, mint láttuk, másodlagos? Kérdés, hogy a kialakult biológiai zavart csak biológiai oldalról lehet megfogni, vagy esetleg a (következményes) kognitív zavar oldaláról is.

Egy orvos-betegem, aki periodikus depresszióban szenvedett, kognitív terápiában részesült. Egy újabb epizód során megkérdeztem, mit gondol, származott-e valami tartós haszna az előző fázis során alkalmazott terápiából? Igen, felelte. Bár tüneteim ugyanazok, mint az előző alkalommal, azonban annyira már nem szenvedek miattuk.

Általános vélekedés, hogy a farmakoterápiával kombinált pszichoterápiás kezelések hatékonyabbak, mint amikor csak egyféle eljárást alkalmazunk. Bár több olyan vizsgálat is nyilvánosságra került, amely a kétféle beavatkozás között pozitív interakciót nem tudott kimutatni. (pl. *Oei és Yeoh*, 1999 [11]), legfeljebb additív hatást. Ugyanakkor a szakirodalom egységes abban, hogy enyhe depressziók esetén még akkor is a pszichoterápiás kezelése az elsőbbség, ha a depresszió egyértelműen biológiai természetű (12).

Jelentősebb pszichoterápiás megközelítések

A depressziók kezelésében – a farmakoterápiás sikerek ellenére – a pszichológiai gyógymódok az utóbbi időben terjedőben vannak. Ennek hátterében a betegek egy részének a gyógyszerekkel szembeni bizalmatlansága, más esetben a farmakoterápia eredménytelensége is rejlik (13). Egyre szélesebb a különféle pszichológiai gyógymódok kínálata, számos esetben gyakorlati kézikönyvek is rendelkezésre állnak, amelyeket a betegek maguk használhatnak. Részben a finanszírozó nyomására egyre erőteljesebb a törekvés a rövid távú pszichológiai beavatkozásokra. Azonban maguk a betegek is előnyben részesítik a rövid távú kezeléseket. A szakiroda-

lom meglehetősen egységes abban, hogy az időhatáros pszichoterápiákat mintegy húsz ülésben határozzuk meg (14).

Kísérleti vizsgálatokban a rövid pszichoterápiás beavatkozásokat a következőképp definiálják.

CBT: behaviorális és kognitív elvekre épülő terápia, amely az automatikus gondolatok és diszfunkcionális attitűdök befolyásolásán keresztül hat a depresszióra. A beteggel együttműködve a „hipotéziseket” értékeli és módosítja (Beck, 15). Figyelmet fordítanak a magatartási készségek fejlesztésére. Számos kézikönyvet szerkesztettek a betegek saját használatára (*D’Zurilla*, 16).

Rövid pszichodinamikus terápia név alatt olyan eljárásokat foglalunk egybe, amelyek pszichoanalitikus elveken alapulnak, s a terápiás kapcsolaton keresztül tudattalan konfliktusok feloldására törekszenek. A terápiás cél a belátás kialakítása és körülírt karakterváltozások elindítása, amelyek következtében a depressziós tünetek oldódása következik be. *Malan* (17) és *Bálint* (18) munkássága úttörő jellegű ezen irányzat alapjainak megteremtésében.

Az **interperszonális terápia (IPT)** arra törekszik, hogy az aktuális interperszonális élmények és tapasztalatok, valamint a depressziós hangulat közötti kapcsolatot felhasználva négy kardinális kérdésre összpontosítson: gyász, szerepváltások, szerepváltások és interperszonális deficitek (*Klerman*, 19).

„Szupportív terápiák”. Gyakori, hogy kísérleti körülmények között ezen a néven olyan csoportot képeznek, amely bizonyos pszichológiai előírásokat, gyakran kézikönyvek alapján előírt programokat tartalmaz. Más esetben lényegében a *Rogers*-féle (20) alapelveket (empátia, elfogadás, transzparencia) alkalmazzák.

Összehasonlító vizsgálatok

Kiterjedt kutatás folyik a csoportos módszerek hatékonyságát illetően. Egy meta-analízisre támaszkodó jelentős vizsgálat a csoportterápiák hatékonyságát elemezte depressziókban (21). Az elméleti megközelítés nagyrészt a CBT

elveit követte, de felvettek az analízisbe pszichodinamikus és interperszonális szemléletű csoportokat is. A meta-analízisben csak olyan tanulmányok szerepelnek, amelyek megfelelnek a szigorú tudományos kritériumoknak (Cochrane).

A 48 tanulmány alapján a szerzők megállapítják a következőket: A csoportterápiák – egyéni pszichoterápiák összehasonlításban nincs egyértelmű eredmény: a tanulmányok mintegy harmada az egyik, harmada a másik megközelítést találta hatékonyabbnak, míg egyharmaduk különbséget nem tudott kimutatni.

A CBT és dinamikus terápiák összehasonlításban az előbbi megközelítés fölénye éppen elérte a szignifikancia-szintet (8 tanulmány alapján). *Churchill és mtsai* viszont a CBT egyértelmű fölényét mutatták ki egyéb rövid terápiákkal szemben (ld. 31).

Újabb elemzések megkérdőjelezzik azokat a vizsgálatokat, amelyek a kognitív-behavior terápiák fölényét mutatják ki. Ezek a vizsgálatok ugyanis szelektált beteganyagot, nem általánosítható körülmények között zajlanak (22).

Az egyes pszichoterápiás eljárások száma robbanásszerű növekedést mutat. Minden „új”, vagy annak tartott, mindenesetre új elnevezés alatt megjelenő terápiás eljárást természetesen a depressziókon is kipróbálnak. Egy ilyen metaelemzés a „Solution-focused brief therapy” (SFBT) elnevezésű módszer hatékonyságát mutatja be depressziók esetében (23). A problémamegoldásra, a célok kitűzésére és megvalósítására irányuló eljárás fölénye egyértelmű a várolistás kontrollcsoporttal szemben. Ugyanakkor más pszichoterápiákkal (pl. interperszonális terápia) egybevetve különbséget nem lehetett kimutatni.

Duális szemléleten alapuló vizsgálatok

Alig található olyan tanulmány, amely a depressziók jól definiált csoportjainak vizsgálatán alapul. Ilyen pl. *Swartz és mtsai* vizsgálata bipoláris II. csoportba tartozó betegeken. A kizárólag pszichoterápiás kezelést alkalmazó vizsgálá-

lat kombinált pszichoterápiás rezsimből állt: 1. pszichoedukáció; 2. Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) (24); és 3. interperszonális terápia (IPT). A hetente alkalmazott ülések 12. hetében a betegek 41%-a, a 20. héten 53%-a bizonyult reszpondernek (50%-os tünetredukció az alkalmazott skálákon) (25). A kérdés jelentősége abban rejlik, hogy számos betegnél különböző okok miatt nem lehet farmakoterápiát alkalmazni (mellékhatásoktól való félelem, terhesség, súlynövekedés stb.).

A bipoláris zavarok kezelésében ígéretesnek látszik az újonnan kifejlesztett IPSRT, amelynek hatékonyságát, és a hagyományos kezelésekkal szembeni fölényét többek között *Miklowitz és mtsai* mutatták ki (26).

A DSM rendszer következtében felhagyott neurotikus-endogén megkülönböztetés – más néven – újra megjelenik. A krónikus depressziók kezelésében a kórkép patogenetikája segít a terápia megválasztásában is. A családi genetikai terheltséggel rendelkező betegek nagyobb valószínűséggel reagálnak biológiai terápiákra, míg a gyermekkori szocializáció zavaraival jellemezhető betegek számára valamely pszichoterápiás eljárás látszik kívánatosnak (27).

A terápia megválasztásában a betegnek magának is szerepet tulajdonítanak. A terápiás eredmények sokkal jobbak, ha a beteg az általa elfogadhatónak ítélt terápiában részesül.

A legújabb kutatási eredmények

A depressziók különféle pszichoterápiás megközelítéseit elemző kutatások módszertani nehézségeit nem kell részleteznünk. Mindezek ellenére a pszichológiai beavatkozásoknak kedvező hatása egyértelműen igazolható. Legmegbízhatóbb adatokat a korszerű statisztikai módszerekkel dolgozó meta-analízisekből nyerhetünk.

Egy ilyen elemzés a rövid dinamikus terápiák és a kognitív-magatartásterápiák hatékonyságát vetette egybe. A 60 tanulmány utólagos elemzése során *Leichsenring* a kétfajta megközelítés között szignifikáns különbséget nem tudott kimutatni (28). A szerző további következtetése,

hogy a 16–20 ülésből álló kezelés nyilvánvalóan elégtelen.

Gyakori, különösen az enyhébb depressziók esetén, hogy a pszichoterápiát nem-orvos terapeuta végzi, ugyanakkor a beteg gyógyszeres kezelésben is részesül. Közkeletű vélekedés, hogy szerencsésebb, ha egyetlen terapeuta foglalkozik a beteggel. Egy tanulmány, amely összehasonlította az egy, illetve két kezelővel végzett terápiák hatékonyságát, ennek ellenére nem tudott különbséget kimutatni a két csoport között (29).

Számos (inkább számtalan) vizsgálat igazolja, hogy a pszichoterápia a depressziók kezelésében (legalább is az enyhébb esetekben) a gyógyszeres kezelésekkel azonos értékű a tünetek kontrollját illetően. Ugyanakkor számos vizsgálat arra utal, hogy a pszichoterápiás megközelítés hatékonyabb a visszaesések megelőzése, illetve a kognitív és szociális funkciók javulása szempontjából (például *Jin Z. és mtsai* [30]).

Hasonló eredményeket adott az a meta-analízis, amelyet *Churchill és mtsai* tettek közzé (31). A rövid pszichoterápiák sokféle változatát hasonlították össze kontrollcsoportokkal (CBT, szupportív terápia, interperszonális terápia, pszichodinamikus terápia stb.). Megállapítják, hogy az alkalmazott módszerek mindegyike hatékony a kontrollcsoporttal összehasonlítva. Az egyéni terápiákat hatékonyabbnak találták, mint a csoportmódszereket.

A pszichoterápiás kezeléseknél idős korban is jelentősége van. Egy kontrollált tanulmány mind a CBT, mind az „insight-oriented” terápia hatékonyságát mutatta ki, elsősorban olyan depressziós betegeknél, akik tünettana nem endogén jellegű volt (32).

A depresszió gyakorisága és nemzetgazdasági jelentősége érthetővé teszi azokat a kutatásokat, amelyek a terápiás kapacitás minél gazdaságosabb felhasználására irányulnak. Az utóbbi évtizedekben terjednek azok a módszerek, ahol a beteg–terapeuta kontaktus minimális, a páciens írásos terápiás programokat kap és otthonában ezek szerint jár el. Terapeutája csak tanácsadó, bátorító szerepet tölt be, a hagyományos értelemben vett terápiás kapcsolat nem alakul ki. A „Minimal Contact Psychotherapy” hatékonysá-

gát depressziók esetén is igazolták. *Cuijpers* meta-analízise a MCP fölényét igazolta várólistás betegekkel összehasonlítva (33).

Számos meta-analízis vizsgálja a depressziók kezelésének költség/haszon viszonyait. *Churchill és mtsai* például azt igazolták, hogy a pszichoterápiás kezelés költségei kedvezőbbek, mint a depressziók hagyományos kezelésének költségei. Ezen belül is a CBT költség/haszon aránya a legkedvezőbb (ld. 31).

Kombinált kezelések

Általános vélemény, hogy a kombinált kezelések hatékonyabbak, mint a pszichoterápia, vagy a farmakoterápia egyedül alkalmazva. Ugyanakkor vannak olyan meta-elemzések, amelyek a két változat között nem tudnak különbséget kimutatni. Néhány vizsgálatban a pszichoterápiás modalitás bizonyul hatékonyabbnak.

Korábbi tanulmányomban én is rámutattam a kombinált kezelésekre kapcsolatos aggályokra. Ha ugyanis a pszichoterápiát tanulási folyamatként fogjuk fel (márpedig az), akkor mindazok a pszichofarmakonok (így különösen a benzodiazepinek, antipszichotikumok), amelyekről köztudott, hogy a tanulási folyamatot gátolják, egyúttal a pszichoterápiás tanulás hatékonyságát is fékezik (34).

Egy többcentrumú vizsgálatban 681 beteg vett részt, akik a krónikus depresszió valamilyen formájában szenvedtek. A pszichoterápiás módszert „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)” néven foglalták össze. Gyógyszeresen nefazodont alkalmaztak. A vizsgálat egyértelműen a kombinált kezelés fölényét mutatja (85% válaszarány a 12 hetes akut fázis végén, szemben 55%-os gyógyszeres és 52%-os pszichoterápiás ággal). A kezelés folytatása további javulást eredményezett mindegyik klinikai modalitásban (35).

A kombinált kezelések fölényét támasztja alá egy 2009-es meta-analízis, amely 18 randomizált, kontrollált vizsgálat elemzése alapján 1838 beteg adataira támaszkodik. *Cuijpers és mtsai* adatai alapján a kombinált kezelések eredménye jobb volt, mint a kizárólagos pszichoterápi-

ás kezelésé. Ugyanakkor a különbség csekélyebb, ha a pszichoterápia kognitív-behaviorális irányzatú volt (36).

Legújabb eljárások

A depressziók hagyományos pszichoterápiája (pszichodinamikus, interperszonális és CBT) a kutatások során – mint standard eljárás – az újabb módszerek összehasonlításai alapja. Mint *Stirman és mtsai* megállapítják, az új módszerek lényegében a standard eljárások módosításai, finomításai (37).

Egyes kutatók arra töreksenek, hogy minél szűkebben definiált diagnosztikai csoportokra alkalmazható specifikus módszereket fejlesszenek ki. Jellemző, hogy egy „új” terápia leírása, az irodalomban való megjelenítése, szakmai körökben való terjesztése sokszor 10–15 évvel is megelőzi az első kontrollált vizsgálatok közzétételét. Nyilvánvaló, hogy a szerzők presztízs- és anyagi szempontjai is szerepet játszanak az „új” terápiai körüli ügybuzgalomban.

Igazán újszerűnek a fent említett **Interpersonal and Social Rhythm Therapy** (IPSRT) tartható.

Az **Acceptance and Commitment Therapy** (38) a hagyományos behaviorális modellt annyiban módosítja, hogy hangsúlyt helyez az elkerülő viselkedés szituációtól függő elemzésére, valamint, hogy a negatív élmények kognitív fűzőjét (negatív beszédmód és narratívák) szembevisíti a reális világ tapasztalataival. Egy megbízható kontrollált vizsgálat a depressziós tünettől 61%-át tudta csökkenteni 15 ülést követően (39).

Behavioral Activation elnevezésű módszer a depresszív magatartásformák kontextusának elemzését hangsúlyozza, és bátorítja olyan viselkedésmódok előtérbe kerülését, amelyek közvetlen megerősítő hatásúak, (a depresszióban ugyanis közismerten alacsony szintű az önjuttalmazó viselkedés). A módszer a farmakoterápiával azonos erejűnek bizonyult, és meghaladta a kognitív terápiai hatékonyságát egy szigorúan kontrollált vizsgálatban, valamint csökkentette a visszaesések valószínűségét is (40).

Ugyancsak újszerű megközelítést jelent a **Pozitív Pszichoterápia**. A depressziós tünetek helyett pozitív emóciókkal való foglalkozást és ezekben való elköteleződést bátorítja. A jelen és a múlt tapasztalatainak pozitív aspektusát helyezi előtérbe. A módszer a kognitív terápiákkal mutat rokonságot. Egy előzetes tanulmány a hagyományos terápiákkal szemben több pozitív aspektusát tudta kimutatni (41).

Self-System Therapy (42) a személy törekvéseit és céljait helyezi előtérbe, és ezek irányába tett magatartási lépéseket bátorítja. A kognitív terápiával összevetve szignifikáns eltérést nem tudtak kimutatni, de azok a betegek, akiknek szocializációja a célkövető magatartás hiányosságait mutatta, jobban profitáltak ebből a módszerből (43).

A *McCullough* által leírt **Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy** arra törekszik, hogy a beteg számára stresszként megélt eseményeket elemeire bontsa, s az egyes elemek kapcsán felmutassa a lehetséges (nem választott) alternatívákat, amelyek más kimenetelhez vezethettek volna (44).

A depresszió közegészségügyi szempontból

A depresszió tömegjelenséggé válása egyúttal azt jelenti, hogy a terápiai megoldásoknak is nagy társadalmi méretekben kell szerveződniük. Az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (APA) által képviselt Depression Treatment Guideline előírásai szerint a major depresszió diagnózisának megállapítását követően a betegnek 4–8 hétig tartó antidepresszív gyógyszeres, és/vagy ugyanennyi ideig tartó pszichoterápiás kezelésre van szüksége. Egy, az amerikai Medicaid statisztikáin alapuló vizsgálat szerint a betegek mintegy fele–kétharmada részesül minimálisan adekvát pszichoterápiában, és mintegy 25%-a minimálisan adekvát farmakoterápiában. Ez a hátrány különösen is sújtja a Medicaid által ellátott szegényebb rétegeket (45). Közismert, hogy a depressziós betegek kétharmada a pszichológiai megközelítést helyezi előtérbe a gyógyszeres terápiaival szemben. Ugyanakkor

azok a betegek, akiknél pszichoterápiás kezelést javasolnak, az Egyesült Államokban csak 20%-ban jutnak hozzá a kezeléshez (46).

Egyik kibontakozási lehetőség a modern információs technológiák használata. Ezek közül a telefon elérhető mindenki számára. Ha nem Magyarország méreteiben, hanem például az USA vagy Ausztrália földrajzi dimenzióiban gondolkodunk, nyilvánvaló, hogy bármely pszichoterápiás szolgáltatás elérhetősége jelentősen csökken a távolságok függvényében. Ugyanakkor a telefon-telítettség ma már szinte 100%-os.

A telefon-pszichoterápiák hatékonyságát vizsgáló tanulmányok általában pozitív kicsengésűek. E vizsgálatok meta-analízise a 4–12 konzultációt felölelő táv-pszichoterápiák egyértelmű hatékonyságát mutatták ki a depressziós betegeknél (csak RCT vizsgálatok). Ugyanakkor a

telefonszolgáltatokról való lemorzsolódás szignifikáns módon kisebb mértékű (47). Ugyanez az elemzés a kognitív orientációjú terápiák egyértelmű fölényét mutatja ki más megközelítésekkel szemben (IPT stb.).

Számos adat szól amellett, hogy az interneten keresztül folytatott pszichoterápiás kezelések is hatásosak. A „tele-mental health” szolgáltatokat táv-pszichoterápiának, vagy táv-mentálhigiénének nevezhetjük. Pszichoterápiáról akkor beszélhetünk, ha legalább négyszeri telefonkontaktus történik. Az információs hálózatok igénybevétele hatásosan egészítheti ki a személyes pszichoterápiás kezeléseket.

A pszichopatológiai változatosság és a kórképek gyakorisága ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a depresszió pszichoterápiás kutatások ideális „kísérleti terepe” legyen.

10

Irodalom

1. PERRIS H:
Cognitive therapeutic approach to psychiatric patients. *Ideggy Szemle* 1986, 39: 151–155.
2. TRINGER L:
A depressziók kognitív szemlélete. *Psychiatr Hung* 1986; 1(1): 29–38.
3. PLÉH CS. (szerk.):
Kognitív tudomány. Budapest: Osiris Kiadó, 1996.
4. BECK AT:
Depression: Causes and treatment. Philadelphia: Univ. Pennsylv. Press, 1967.
5. BECK AT:
Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: a cognitive continuum. In: Mahoney MJ; Freeman A. (eds.): *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1985.
6. SHELINE YI, SANGHAVI M, MINTUN MA, GADO MH:
Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression. *J. Neurosci.* 1999, 19: 5034–5043.
7. PARKER G, et al:
Dysfunctional attitudes: measurement, significant constructs and links with depression. *Acta Psychiat. Scand.* 1984, 70: 90–95.
8. TRINGER L:
A „neurotikus” depresszió. *Ideggy Szemle* 1989, 42: 193–207.
9. ORTIZ T, PEREZ-SERRANO JM, COULLAUT J. JR, FUDIO S, COULLAUT J, CRIADO J:
Cortical processing of visual and auditory stimuli in depressive patients. A study with event-related potentials. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines* 1998, 26: 215–221.
10. AKISKAL HS, et al:
Characterological depressions. *Arch. Gen. Psychiat* 1980, 37: 777–783.
11. OEI TP, YEOH AE:
Pre-existing antidepressant medication and the outcome of group cognitive-behavioral therapy. *Aust. N-Z. J. Psychiatry* 1999, 33: 70–76.
12. DE OLIVEIRA IR:
The treatment of unipolar major depression: pharmacotherapy, cognitive behaviour therapy or both? *J. Clin. Pharm. Ther.* 1998, 23: 467–475.
13. SCOTT J:
Psychological treatments for depression. *Brit J Psychiat.* 1995, 167: 289–292.
14. DRYDEN W, FELTHAM C:
Brief counselling: A practical guide for beginning practitioners. Buckingham: Sage, 1992.
15. BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G:
Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.
16. D’ZURILLA TJ, NEZU A:
Advances in cognitive-behavioral interventions. New York: Academic Press, 1982.
17. MALAN DH:
A study of brief psychotherapy. London: Plenum, 1963.
18. BALINT M, ORNSTIEN PO, BALINT E:
Focal Psychotherapy. London: Tavistock, 1972.
19. KLERNAN GL, WEISSMAN MM, ROUNSAVILLE BJ, CHEVRON E:
Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books, 1984.
20. ROGERS CR:
On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
21. MCDERMUT W, MILLER IW, BROWN RA:
The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001, 8(1):98–116.
22. PARKER G, FLETCHER K:
Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007, 115:352–359.
23. GINGERICH WJ, EISENGART S:
Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family Process* 2000, 39(4): 477–498.
24. FRANK E:
Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and social Rhythm Therapy. New York: Guilford Press, 2005.
25. SWARTZ HA, FRANK E, FRANKEL DR, et al:
Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disorders* 2009, 11:89–94.
26. MIKLOWITZ DJ, OTTO MW, FRANK E, et al:
Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiat* 64:419–427.
27. Harvard Mental Health Letter: 26 (6):1–3. 2009.

28. LEICHSENRING F:
Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 2001, 21(3): 401–419.
29. MAINA G, PICCO C, SARACCO P. et al:
Combined therapy in minor depressive disorders: unique therapist or split treatment? *Italian Journal of Psychopathology* 2004, 10 (1): 38–44.
30. JIN Z, CHANG Y, SUN B, LIU Y:
A comparative study of drug and psychotherapy in the treatment of depressive disorder. *Chinese Journal of Clinical Psychology* 2001, 9(1): 56–57.
31. CHURCHILL R, HUNOT V, CORNEY R, et al:
A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment* 2001, 5:1–173.
32. GALLAGHER DE, THOMSON LW:
Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and nonendogenous depression in older adult outpatients. *Journal of Gerontology* 1983, 38(6): 707–712.
33. CUIJPPERS P:
Bibliotherapy in unipolar depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1997, 28: 139–147.
34. TRINGER L:
Egyes pszichofarmakonok hatása a tanulásra és a motivációs folyamatokra. *Psychiatr Hung* 1996, 11(5):517–526.
35. DUNNER DL, KELLER MB, ZUCKER ME:
Clinical and biological factors in chronic depression: optimal treatment for chronic depression: Psychotherapy and pharmacotherapy: additive or synergistic. 52nd Institute on Psychiatric Services: 2000 October 25-29th. Philadelphia, PA. USA. (EBM Reviews – Cochrane Central Register of Controlled Trials, CN-00319758.
36. CUIJPPERS P, VAN STRATEN A, WARMERDAM L, ANDERSSON G:
Psychotherapy versus the Combination of Psychotherapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depression: A Meta-Analysis. *Depression and anxiety* 2009, 26:279–288.
37. STIRMAN SW, TODER K, CRITS Ch:
New Psychotherapies for Mood and anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2010, 55(4):193–201.
38. HAYES SC, STROSAHL KD, WILSON KG:
Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press, 1999.
39. FORMAN EM, HERBERT JD, MOITRA E, et al:
A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav. Modif.* 2007, 31:772–799.
40. DIMIDJIAN S, HOLLON SD, DOBSON KS:
Randomized trial of behavior activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J. Consult. Clin. Psychol* 2006, 74:659–670.
41. SELIGMAN MEP, RASHID T, PARKS AC:
Positive psychotherapy. *Am. Psychol.* 2006, 61:774–788.
42. VIETH AZ, STRAUMAN TJ, KOLDEN GG, et al:
Self system therapy (SST): a theory-based psychotherapy for depression. *Clin. Psychol: Sci Pract* 2003, 10:245–268.
43. STARUMAN TJ, VIETH AZ, MERRILL KA, et al:
Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: a randomized comparison with cognitive therapy. *J consult Clin Psychol* 2006, 74:376–376.
44. MCCULLOUGH JP, JR:
Treatment for Chronic Depression Using cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 2003, 29(3):216–221.
45. TEH CF, SORBERO MJ, MIHALYO MJ et al:
Predictors of Adequate Depression Treatment among Medicaid-Enrolled Adults. *HRS Health Services Research DOI.* 2009, 10.1111/j. 302–305.
46. BRODY DS, KHALIQ AA, THOMSON TL:
Patients' perspectives on the management of emotional distress in primary care setting. *Journal of General Internal Medicine* 1997, 12: 403–406.
47. MOHR DC, VELLA L, HART S, et al:
The Effect of Telephone-Administered Psychotherapy on Symptoms of Depression and Attrition: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008, 15(3):243–253.