

## V/3. fejezet: Depresszió kiváltó okai

### V/3.1. Depresszió organikus okai



Jegyezze meg a depresszió organikus okait!

Pszichoterápiás kezelés megkezdése előtt ki kell zárni a depresszió biológiai okait. Az 1. táblázatban megtalálhatók a depresszió leggyakoribb organikus okai.

1. táblázat: A depresszió leggyakoribb organikus okai

Neurológiai zavarokban	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stroke</li><li>• Demencia</li><li>• Epilepszia</li><li>• Huntington-chorea</li><li>• Hydrocephalus</li><li>• Középsúlyos grandiszerfűző betegség</li><li>• Középsúlyos endokrinopatiák</li><li>• Narkózis</li><li>• Alkoholizmus</li><li>• Trauma</li></ul>
Endokrin betegségek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Veseelégtelenség</li><li>• Addison-kór</li><li>• Hyperaldoszteronizmus</li><li>• Hyper- vagy Hypoparathyreoidizmus</li><li>• Hyper- vagy Hypothyreoidizmus</li><li>• Pajzsmirigy-hormonhiányok</li><li>• Premenstruális szindróma</li></ul>
Kardiovaszkuláris betegségek	<ul style="list-style-type: none"><li>• Neurokardiális (P22. C. fibratio, ritmuszavarok)</li><li>• Karódiopátiák zavarok</li><li>• Autoimmun zavarok (pl. lupus erythematosus)</li><li>• Preeklampszia</li><li>• Uremia</li><li>• Alkalmazkodás (B12. C. fibratio, ritmuszavarok)</li></ul>
Farmakogén depressziók	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anesztetikumok (diagnózis, ismételt, opiátok, pharacetol)</li><li>• Antibiotikumok (streptomycin, sulfonamidok, tetracyclinek)</li><li>• Vagyonszerek (lítium, lítium, lítium, lítium)</li><li>• Komaterápiák (aspirin, acetaminophen, ibuprofen, leonin, nurofen, paracetamol)</li><li>• Hormonok (vagyis ösztrogén, androgén, ösztrogén, androgén)</li><li>• Immunszuppresszív szerek (immunszuppresszív szerek)</li><li>• Contraceptívumok, antiepileptikumok, nyugtatók, tartószer</li></ul>

1. táblázat: A depresszió organikus okai.

### V/3.2. Depresszió etiológiájának neurobiológiai modelljei



A depresszió neurobiológiai okainak tisztázása rohamosan fejlődik. Jelen fejezetnek nem célja a neurobiológiai hipotézisek és kutatási eredmények részletes bemutatása. A fejezet célja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy a depresszió pszichoterápiás esetkonceptualizációnak fontos része a páciens biológiai sérülékenységének a felmérése.

**Monoamin deficit hipotézis** szerint a központi idegrendszerben a szerotonin és a noradrenalin anyagcsere zavara áll fenn depressziós egyéneknél. MAO bénító, valamint a szerotonin és a noradrenalin anyagcserét befolyásoló gyógyszerek hangulatjavító, vagy depressziót okozó hatásai támogatják ezt az elméletet.

**Dopamin hipotézis** szerint a jutalmazó ingerekkel szembeni érzéketlenség, örömtelenség és a pszichomotoros meglágyulás hátterében a mezolimbikus dopamin neuronok működési zavara állhat. A mezolimbikus dopamin anyagcserét befolyásoló gyógyszerek és a depresszió fenti két tünete közti kapcsolat erősíti ezt az elméletet.

Glutamát és NMDA receptorok, GABA és GABA-erg receptorok, és P szubsztancia és neurokinin receptorok esetében is találtak összefüggést a depresszióval.

**A depresszió neuroendokrin modelljei** szerint mind a pajzsmirigy hormonok magas szintje, mind az alacsony szintje fontos szerepet játszhat a depresszió kialakulásában. Ezért fontos része a kivizsgálásnak a pajzsmirigy hormonok laborvizsgálata.

Az ösztrogén szint változása a hormonális ciklus során hatással lehet a nők hangulatára. Depresszióban szenvedő nők esetében a premenstruális időszakban gyakori az állapotromlás. Illetve a menopauzális időszak alatt kialakult hangulatzavarban ösztrogén kiegészítő adása antidepresszív hatású lehet. Depressziós férfiakban tesztoszteron szint csökkenést figyeltek meg.

**A hipofízis-mellékvesekéreg tengely szabályozási zavara** is együtt jár a depresszióval.

**Az alvás zavarai és a napközi biológiai ritmusok** felborulása, szezonális depresszió jelenségei arra utalnak, hogy a depressziós zavarok egy része a biológiai ritmusok szabályozásának a zavaival is kapcsolatban állhat.

Hajlam a depresszióra feltehetően **genetikailag** is meghatározott. A fent említett neurobiológiai rendszerek anyagcseréjében szerepet játszó enzimeket, valamint az említett mediátorok receptorait meghatározó gének polimorfizmusai és a depresszió összefüggéseit feltáró vizsgálatok eredményei egyelőre, kevés megismételhető eredményt találtak. A legbiztosabb, amit elmondhatunk, hogy a depresszió kialakulásáért

valószínűleg nem egy gén felelős. A legelfogadottabb nézetek szerint a depresszió kialakulását gén-gén-környezet interakciót leíró modellekkel lehet majd megérteni.

A pszichoterápiás beavatkozások tervezése szempontjából ígéretes genetikai kutatási téma, hogy vannak-e olyan genetikai markerek, amelyek alapján a pszichoterápiás beavatkozások hatékonyságát előre lehet jelezni.

### V/3.3. Depresszió kialakulásában szerepet játszó pszichológiai tényezők



*Stresszes életesemények* biológiai vagy pszichológiai szempontból érzékeny személyeknél depressziót válthatnak ki. Más embereknél hasonló életesemények nem járnak depresszióval. A stresszt okozó események intenzitása, hossza, az egyén személyiségvonásai, megküzdési készségei, és korábbi életeseményei befolyásolják a depresszióval szembeni sérülékenységek mértékét.

*Korai élettapasztalatok* interakcióban a *genetikai sérülékenységgel* befolyásolják, hogy az egyén milyen képet alakít ki önmagáról és a világról, milyen *megküzdési képességeket* tanítanak meg neki, és ez a kép későbbiekben befolyásolja majd azt, ahogy megéli az élethelyzeteket, és a megküzdési képességei befolyásolják, hogyan tud megbirkózni az újabb és újabb élethelyzetekkel.

A *korai traumatizáció*, szexuális, fizikai, érzelmi bántalmazás, és *elhanyagolás* következtében egyrészt kialakul a hipofízis-mellékvesekéreg tengely szabályozási zavara, ami fokozza a biológiai sérülékenységet, másrészt a sérülékenység mértékében negatívan befolyásolja az egyének önmagukról, másokról és a világról továbbiakban alkotott képét, ami a *negatív kognitív sémák* által közvetített *pszichológiai sérülékenység* kialakulásáért felelős.

A megfelelő *társas támogatás* rendelkezésre állása védő, hiánya kockázati tényező lehet. Magányos, elvált, özvegy, munkanélküli, vallásos vagy más közösségben aktívan részt nem vevő embereknél nagyobb a depresszió kockázata.

Különböző egyének teljesen más jelentést tulajdoníthatnak a különböző életeseményeknek. Ez az egyik oka, ami miatt nehéz az életesemények és a depresszió kapcsolatának a megértése. Egy másik érdekesség, hogy a látszólag örömet okozó életesemények (házasság, gyerek születése, diploma szerzése stb.) is hordozhatnak magukban stresszt.



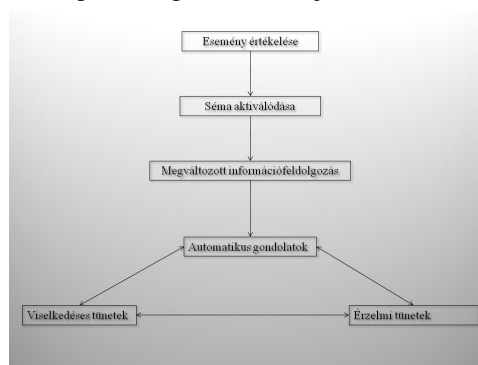
Foglalja össze a depresszió kialakulásáért felelős pszichoszociális tényezőket.



### V/3.4. Depresszió kognitív viselkedésterápiás modellje

A.T. Beck dolgozta ki a depresszió kognitív modelljét. A depresszió kognitív modellje szerint az információ feldolgozás folyamata sérült. Az információ feldolgozás során önmagukra, másokra, a világra és a jövőre vonatkozó információk negatív irányba torzítottak. Beck szerint számos depressziós tünet háttérben negatív irányba torzított információ feldolgozás áll (lásd információ feldolgozás kognitív modellje 2. ábra).

2. ábra Az információ feldolgozás kognitív modellje



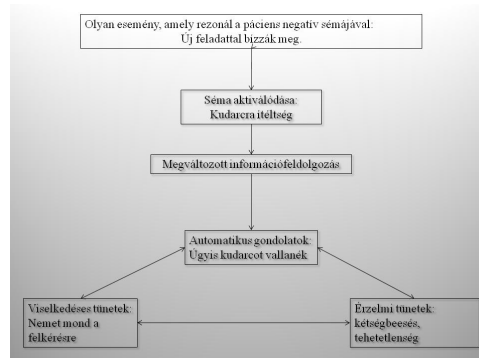
2. ábra: Az információfeldolgozás kognitív modellje.

Az 2. ábrán bemutatott modell azt a kognitív elképzelést mutatja be, mely szerint a

környezeti ingerek által aktivált, személyre jellemző kognitív sémák, beindítják a sémához társuló érzelmeket, fiziológiai válaszokat, viselkedésmintákat, emlékeket. A negatív kogníciók által aktivált érzelmek, fiziológiai állapotok, viselkedések viszont hatással vannak a későbbi kogníciókra, így a modell bármely elemére irányuló pszichoterápiás beavatkozás befolyással lehet a többi elemre is. A negatív kogníciókat biológiai hatások is befolyásolhatják: genetikai sérülékenység, hormonális hatások, élettani változások.

A 3. ábrán látható modellt alkalmaztuk a videón bemutatott eset által elmondott egyik helyzetre.

3.ábra A kudarcra ítélt séma által befolyásolt információ feldolgozás kognitív modellje



3. ábra: Az információfeldolgozás kognitív modellje.

A depresszióra jellemző negatív kognitív sémák torzító mechanizmusai minden egyes kognitív rendszer működését befolyásolja:

*figyelem:* a személyre nézve negatív információra irányuló fokozott és szelektív figyelem.

*érzékelés:* a személyre vonatkozó negatív információkra fokozottan érzékeny és azokat emeli ki az érzékelési mezőből, a pozitív információkat nehezebben észleli. Például depressziós betegek az egészséges kontroll személyeknél nehezebben ismerik fel az örömet mosolygó arcokon.

*emlékezés:* emlékek felidézésekor könnyebben hívnak elő rossz emlékeket.

*jövőre irányuló tervezés, képzelet:* hajlamosak terveiket kudarcba fulladtként, önmagukat elutasítottként elképzelni.

*viselkedés:* elkerülik a jutalom lehetőségét magában hordozó élethelyzeteket, így a negatív önkép cselekedetek szintjén is megvalósul.

*gondolkodás:* logikai hibák alkalmazása. Például: túláltalánosítás, negatívizmus, mentális szűrő, érzelmi érvelés stb. A videón bemutatott beteg negatív érzelmi alapján ítéli meg tanulmányi teljesítményét, és nem veszi figyelembe az objektív tényeket (4.6 tanulmányi átlag). (**érzelmi érvelés**)



Nézzé meg a videót és azonosítsa az érzelmi érvelést!

A depresszióra jellemző kognitív sémák stabil kognitív struktúrák, amelyek látensek a tünetmentes időszakokban. Depressziós személyekre jellemző interperszonális sémák a kapcsolati interakciók negatív kimenetelét vetítik előre. Az interperszonális sémák a korai kötődési kapcsolatok során alakulnak ki, és elősegítik a személy gyors és pontos helyzetértékelését. A kapcsolati sémák sematikus megfogalmazása: „Ha ezt teszem, akkor ő azt teszi”. Depressziós személyeknél azonban ezek a kapcsolati sémák merevebbek és negatív irányba torzítják a kapcsolatok értékelését. Egy jellegzetes depressziós kapcsolati séma megfogalmazása: pl., „Ha képviselem az érdekeimet, el fognak utasítani.”

#### **Logikai hibák:**

A depressziót fokozó negatív kognitív sémák fennmaradását elősegítik azok a jellegzetes kognitív folyamatok, amelyeket *logikai hibának* nevezünk. A logikai hibák ismerete és felismerése saját gondolkodásunkban, majd a logikai hibák korrigálása, egy olyan készség, amely segíthet korrigálni a depresszió tüneteit súlyosbító kognitív folyamatokat. (**1. melléklet: A logikai hibák**)



Olvassa el a logikai

hibákat, és mindegyikre próbáljon egy példát hozni saját életéből!



Olvassa el az esetkonceptualizációs lapot, és az videók alapján töltse ki a betegeire!

### Maladaptív megküzdési módok:

A depresszió súlyosbodásában és fennmaradásában szerepet játszik az, hogy a negatív kogníciók által torzított valósággal nem tudnak megfelelően megküzdni a személyek. Az örömet okozó társas helyzetek és a megmérettetés elkerülése megakadályozza, hogy örömteli és az önbecsülést fokozó élményekhez jussanak az egyének, ezáltal tovább romlik az állapotuk és önmagukról alkotott negatív kép sem korrigálódik.

### Esetkonceptualizáció:

A fentieket a terápia során egy esetkonceptualizációs lapon összegezzük, amit a beteggel együtt töltünk ki. Az esetkonceptualizációs lap segít a betegnek az eseményeket, gondolatait, érzelmeit, cselekedeteit összefüggéseikben látni. Betegnek alkalma nyílik módosítani a lapot, ha mélyül az önmegértése.

Alaphiedelmek			
Melyik a beteg legrosszabb vélekedése saját magáról, másokról, a világról, a jövőről?			
Kézből hiedelmek			
(-) Mely pozitív kétébű hiedelem segíthet megkölnözni a beteg alapbizalmát?			
<b>Kompenzációs stratégiák:</b> Mely viselkedés segít abban, hogy megkölnözzen alapbizalmát?	<b>Kompenzációs stratégiák:</b>	<b>Kompenzációs stratégiák:</b>	<b>Kompenzációs stratégiák:</b>
<b>Esemény:</b> Mi volt a probléma helyzet?	<b>Esemény:</b>	<b>Esemény:</b>	<b>Esemény:</b>
<b>Automatikus gondolat:</b> Mit gondolt közben?	<b>Automatikus gondolat:</b>	<b>Automatikus gondolat:</b>	<b>Automatikus gondolat:</b>
<b>Érzelem:</b> Mit érzett?	<b>Érzelem:</b>	<b>Érzelem:</b>	<b>Érzelem:</b>
<b>Viselkedés:</b> Mit tett akkor a beteg?	<b>Viselkedés:</b>	<b>Viselkedés:</b>	<b>Viselkedés:</b>

4. ábra: Az esetkonceptualizációs lap üres.

Alaphiedelmek			
Tele vagyok szögyeliváló testi és lelki rossz tulajdonságokkal, ezért szerettem elhagyni, egy társaságba sem fogadnak be. Minden csorog a föld alá, minden belátásom, tudásom felfal.			
Kézből hiedelmek			
(-) Ha nem engedek ki a székem, akkor nem derülök ki a rossz tulajdonságaim.	(-) Túlálatszerűen megpróbálom elkerülni a társasági életet.	(-) Ha mindig alávetem az autoritásnak, akkor nem lesz problémám.	(-) Ha megküzdök, akkor nem lesz problémám.
<b>Kompenzációs stratégiák:</b> Mely viselkedés segít abban, hogy megkölnözzen alapbizalmát?	<b>Kompenzációs stratégiák:</b> Mely viselkedés segít abban, hogy megkölnözzen alapbizalmát?	<b>Kompenzációs stratégiák:</b> Mely viselkedés segít abban, hogy megkölnözzen alapbizalmát?	<b>Kompenzációs stratégiák:</b> Mely viselkedés segít abban, hogy megkölnözzen alapbizalmát?
<b>Esemény:</b> Milyen körülmények között történt?	<b>Esemény:</b> Milyen körülmények között történt?	<b>Esemény:</b> Milyen körülmények között történt?	<b>Esemény:</b> Milyen körülmények között történt?
<b>Automatikus gondolat:</b> Mit gondolt közben?	<b>Automatikus gondolat:</b> Mit gondolt közben?	<b>Automatikus gondolat:</b> Mit gondolt közben?	<b>Automatikus gondolat:</b> Mit gondolt közben?
<b>Érzelem:</b> Milyen érzést élt meg?	<b>Érzelem:</b> Milyen érzést élt meg?	<b>Érzelem:</b> Milyen érzést élt meg?	<b>Érzelem:</b> Milyen érzést élt meg?
<b>Viselkedés:</b> Mit tett akkor a beteg?	<b>Viselkedés:</b> Mit tett akkor a beteg?	<b>Viselkedés:</b> Mit tett akkor a beteg?	<b>Viselkedés:</b> Mit tett akkor a beteg?

5. ábra: Az esetkonceptualizációs lap kitöltve.