

## **Group prevention of depression and anxiety symptoms**

Martin E.P. Seligman, Peter Schulman, Alyssa M. Tryon

Fonte: Behaviour Research and Therapy 45 (2007) 1111–1126

Parole chiave: prevenzione, depressione, ansietà, intervento cognitivo-comportamentale

La depressione unipolare è uno dei disordini più comuni che colpisce 11 milioni di persone negli USA, il costo della sua cura è leggermente più alto rispetto i problemi di cuore. Nella popolazione si ha una stima di persone che soffrono di depressione nella loro vita che varia dal 10% al 25%..

il metodo cognitivo comportamentale risulta essere molto efficace per trattare la depressione unipolare negli adulti, guarisce il 65/70% dei pazienti e recenti studi hanno dimostrato che la CBT (terapia cognitivo comportamentale) è efficace anche con adolescenti depressivi.

Episodi depressivi sono legati ad una visione pessimistica e trasformarla in ottimismo è uno degli obiettivi principali della CBT. Ci si chiede la la CBT sia in grado di insegnare la prevenzione in pazienti a rischio e la risposta sembra essere affermativa.

Seligman, Schulman, DeRubeis e Hollon usando il metodo di intervento cognitivo comportamentale hanno cercato di trovare gli effetti della prevenzione su studenti del college a rischio di depressione. Il gruppo di intervento era composto da soggetti a rischio di depressione e ha manifestato pochi episodi depressivi nei primi tre anni di ricerca, non si è verificato nessun caso di depressione grave. Sono stati trovati sempre meno episodi nel gruppo di intervento di un disordine generalizzato di ansietà moderato, rispetto al gruppo di controllo e ci sono stati ancor meno episodi per quanto riguardava la depressione maggiore.

### **Metodo**

#### *Partecipanti*

Tutti i 240 partecipanti erano studenti iscritti al primo anno di college, all'Università della Pennsylvania. Il 65% erano uomini, il 35% donne. Tutti questi studenti si trovavano in un periodo della vita con un rischio di innalzamento basso/moderato di depressione. Sono stati tutti seguiti per tre anni. Sono stati spediti a tutti gli studenti un BDI, prima dell'inizio del semestre scolastico. Sono stati scelti gli studenti che aveva totalizzato un punteggio tra 9 e 24, che segnalava una bassa o moderata depressione, sono stati esclusi quelli con valori maggiori di 24 perchè erano portati ad avere episodi depressivi troppo alti.

#### *Diagnosi*

Sono stati usati i dati del DSM-IV per definire gli episodi di depressione e di ansia. È stato usato lo SCID e sono stati usati l'MDD e il GAD. Le interviste venivano registrate. Sono state usate delle versioni del Longitudinal Interval Follow Up Evaluation per verificare se gli studenti avessero avuto episodi descritti nel GAD o nel MDD.e per valutare chi avesse bisogno di ricevere un'intervista diagnostica, LIFE. Il questionario era caratterizzato da otto domande si-no per il MDD e otto domande per il GAD con un punteggio 0-8 ciascuno.

#### *Sintomi*

Sono stati usati 21 item del BDI, per misurare i sintomi depressivi, e 21 item del BAI, per i sintomi di ansia.

#### *Benessere*

Sono stati sperimentati due test: SLD, che misurava la soddisfazione generale con 9 item e la Fordyce Emotion Questionnaire (FEQ), che poneva due domande sulla felicità, la prima domanda misurava la felicità con 11 item dalla felicità all'incompleta infelicità, la seconda chiedeva di dare una percentuale di tempo in cui si pensava di sentirsi felici, infelici o neutrali.

### *Mediatori.*

È stato usato uno stile esplicativo come mediatore potenziale di un effetto di prevenzione. Il ASW è un *self-report* che misura lo stile esplicativo degli eventi negativi e di quelli positivi usando tre dimensioni causali: interno Vs esterno, stabile Vs instabile, e globale Vs cause specifiche.

### *Manipolazione*

Sono stati sviluppati questionari con 25 item a risposta multipla per dimostrare come i partecipanti avessero imparato le capacità di insegnare e per vedere se ci fossero informazioni comuni che il gruppo di controllo avrebbe potuto comprendere senza l'aiuto dell'insegnamento.

### *Intervista diagnostica*

Tutti gli intervistatore erano studenti laureati in psicologia clinica. Hanno tutti svolto un corso di dieci ore in classe e dieci ora a casa.

### *Workshop*

Il corso consisteva in 16 ore di incontri, due ore di incontro alla settimana per otto settimana più dei compiti a casa. I gruppo erano formati da 10/12 persone.

Il corso si basava su tecniche cognitivo-comportamentali basati su terapie cognitive per la depressione di Beck e colleghi. Il corso includeva: teoria cognitiva del cambiamento, pensieri automatici negativi e credenze basilari, metter in ordine logico le evidenze e domandare e interrogarsi sui pensieri automatici negativi e su credenza irrazionali, rinforzare i pensieri negativi con credenze costruttive, strategie di attivazione comportamentale, conoscenze interpersonali, stress manageriale, generalizzazione di queste conoscenze in situazioni nuove. Tutti i leader erano stati addestrati da un equipe di esperti cognitivisti che avevano lavorato nel centro di Aaron Beck di terapia cognitiva a Philadelphia.

### *WBS (supporto web)*

Dopo il corso i partecipanti hanno avuto accesso al WBS, ad un programma che poteva essere usato ovunque, il programma includeva compiti, revisione del materiale del corso, argomenti speciali come 'gestisci il tuo lavoro' e 'migliora i tuoi voti' basati sulle conoscenze cognitivo-comportamentali in relazione agli interessi dello studente.

### *Supporto via e-mail*

Dopo il corso i coach sentivano i partecipanti via e-mail con una certa scadenza fissa. I coach mandavano e-mail che contenevano un ripasso delle conoscenze apprese durante il corso, esercizi e spunti di riflessione. Nei sei mesi successivi al corso venivano mandate un totale di sei e-mail a ciascun partecipante.

### *Incontro*

Dopo che i partecipanti avevano avuto un incremento di 40 punti nel BDI i partecipanti incontravano il loro coach. Questi incontri duravano 30/45 minuti e discutevano e revisionavano le conoscenze apprese, gli studenti venivano aiutati a identificare metodi dove poter applicare le informazioni apprese nei momenti di stress, gli studenti venivano aiutati a applicare nella vita ciò che avevano appreso, gli studenti venivano aiutati a cercare materiale appropriato nel web specifico per le loro cause di stress. Nei sei mesi successivi al corso solo 10 pazienti incontravano i criteri del BDI.

### *Procedura*

Sono stati reclutati un totale di 240 studenti in due anni.

Nel mese di maggio è stato spedito a tutti il BDI, nella lettera di accompagnamento veniva loro detto che erano stati scelti per partecipare ad una ricerca studio. Veniva loro detto che l'esperimento serviva a valutare lo stress del primo anno di college e gli venivano offerti 400 \$ nel caso in cui avessero deciso di continuare l'esperimento. I soggetti venivano poi sentiti telefonicamente. Il vero scopo della ricerca non veniva detto per non influenzare le loro future risposte, sono state poi trovate molte persone interessate allo stress manageriale.

Per chi decideva di continuare ad agosto veniva inviata loro una lettera di consenso dove veniva loro detto che erano ufficialmente entrati a fare parte della ricerca e veniva detto loro che sarebbero stati ricontatti in settembre per un altro test, venivano incoraggiati o attraverso e-mail o attraverso contatti telefonici.

A settembre, appena gli studenti arrivano in università veniva loro consegnato un user ID e una password per accedere al sito web, veniva loro fornito un questionario da completare e veniva loro chiesto di presentarsi in ufficio così da decidere se inserire ciascuno nel gruppo di controllo o in quello sperimentale. I partecipanti erano divisi in base al genere, ai risultati ASQ, ai risultati BDI e tutte queste condizioni venivano bilanciate.

Il gruppo di controllo non partecipava al corso, non riceveva il materiale web, e-mail di supporto, l'incontro con il coach. Il gruppo di controllo riceveva solamente i questionari e partecipava alle interviste diagnostiche negli stessi periodi del gruppo sperimentale.

Alla fine del semestre autunnale, dopo le otto settimane di corso, venivano mandate ai partecipanti e-mail chiedendo loro di andare online a compilare un nuovo questionario. Venivano informati che dovevano metterci un'ora e che avrebbero ricevuto 100\$. Dopo questo accesso il sito venne chiuso.

In totale l'esperimento ha interessato 6 semestri, veniva chiesto ai partecipanti di compilare un questionario alla fine e all'inizio di ogni semestre, avrebbero ricevuto 50\$ per il questionario compilato all'inizio del semestre, mentre nessun pagamento per quello alla fine del semestre, erano tre piccoli questionari di 5 minuti ciascuno: il BDI, il BAI e una piccola versione del LIFE per MDD e GAD.

Prima del corso venivano somministrati: BDI, BAI, ASQ, SLC e il Fordyce Emotions Questionnaire, dopo il corso venivano somministrati questi test con un test di controllo manipolato.

Durante il primo incontro, avvenuto nel semestre primaverile della matricola, sono stati somministrati BDI,BAI,ASQ,SLC, Fordyce, MDD di autovalutazione e il GAD di autovalutazione. Alla fine del semestre primaverile invece i test erano: BDI,BAI,MDD auto somministrato e GAD auto somministrato.

Veniva effettuata sui partecipanti un'intervista diagnostica per vedere se questi incontravano i criteri basati sul questionario: un BDI di 12 o maggiore, un BAI di 12 o maggiore, confermavano almeno quattro degli otto item del LIFE MDD, e del LIFE GAD. Il 72% dei partecipanti incontravano questi criteri dopo i primi sei mesi. Durante l'intervista diagnostica veniva somministrato lo SCID con domande del MDD e del GAD.

Il tasso di attrito era così di 5,4% (13/240). I ricercatori hanno pensato che la ragione di una partecipazione discontinua fosse il troppo lavoro che avevano da fare.

### *Procedure statistiche*

Sono stati usati tecniche di ricerca per determinare gli effetti del corso.

Il termine 'a' riguarda il trattamento degli effetti del cambiamento cognitivo.

Il termine 'b' riguarda l'effetto cognitivo del sintomo di cambiamento.

Questa procedura permette di testare l'ipotesi che il corso guidi un cambiamento di cognizione intorno a dei sintomi di cambiamento.

a) il coefficiente stimato per  $ab$  = coefficiente di  $a$  moltiplicato per il coefficiente di  $b$ .

b) l'errore standard (S) =  $\sqrt{(b^2s^2 + a^2s^2 + s^2s^2)}$

c)  $t$  statistico = coefficiente diviso per l'errore standard. Il  $t$  statistico è usato per ottenere il  $p$  value

SI riporta un  $p$  value 'one-tailed' quando è chiaro, l'ipotesi unidirezionale che il gruppo del corso è migliore di quello di controllo. Un  $p$  values two-tailed sono usati quando notati.

I sintomi del pre-corso sono covariati al controllo dei livelli iniziati del sintomo

## Risultati

Complessivamente il gruppo sperimentale aveva significativamente meno sintomi depressivi e di ansietà del gruppo di controllo, ma questa non c'era una differenza significativa tra le condizioni di episodi depressivi e di ansietà dei sei mesi precedenti la verifica. Quindi il gruppo sperimentale stava significativamente meglio del gruppo di controllo e aveva significativamente migliorato lo stile esplicativo rispetto al gruppo di controllo.

Lo stile esplicativo era un mediatore significativo degli effetti della prevenzione sui sintomi di depressione e di ansietà così come un mediatore degli effetti di intervento sulle misure di benessere.

### *Linea di base*

Non c'era una differenza significativa tra le condizioni dei due gruppi prima del corso eccetto che per una variabile. Sul Fordyce Emotions Questionnaires, il t-test aveva rilevato che il gruppo di controllo prima del corso aveva alti livelli di percentuale di tempo in cui si sentivano tristi  $t(225) = 2,3, p < .02, n = 227$ .

Nel t-test dopo il corso le condizioni del gruppo sperimentale era significativamente migliori di quello di controllo  $t(169) = 15.0, p < .0001, n = 225$ .

### *Livelli del sintomo di depressione e di ansietà*

L'analisi ANCOVA ha trovato che il gruppo sperimentale ha significativamente meno sintomi di depressione rispetto a quello di controllo, covariando i sintomi di depressione prima del corso, per il BDI alla fine del corso e con il BDI 6 mesi dopo il corso. Gli effetti dell'intervento andavano da piccolo a moderato.

Il gruppo sperimentale manifestava significativamente meno sintomi di ansietà rispetto il gruppo di controllo, sulla base si una covarianza tra i risultati del BAI prima e dopo il corso.

### *Benessere*

il livello di soddisfazione del gruppo di sperimentale era maggiore rispetto a quello di controllo, i livelli di benessere erano maggiori nel primo gruppo.

### *Stile esplicativo*

i risultati hanno mostrato come il gruppo sperimentale avesse livello ottimistici di stile esplicativo rispetto al gruppo di controllo, attraverso una covarianza tra i livelli prima e dopo il corso. Gli effetti del intervento erano moderati.

## *Mediazione*

Viene usata la formula di Sobel (1982) per determinare la mediazione. Basandosi sulle formule di Sobel, lo stile esplicativo era un mediatore significativo degli effetti dell'intervento da pre-corso al post-corso per la riduzione dei sintomi depressivi (BDI), la riduzione dei sintomi di ansietà (BAI), l'incremento della soddisfazione, e l'incremento della felicità misurata con il Fordyce. Lo stile esplicativo era un mediatore significativo ma non considerava la maggior parte degli effetti della prevenzione.

## *Ricerche per web e sostegno del coach*

Solo sei dei 102 partecipanti nel gruppo di intervento ha completato il materiale del web, nonostante i frequenti incoraggiamenti a usare il materiale con le e-mail del coach.

## *Episodi di depressione e di ansietà*

I ricercatori si sono adoperati ad un'analisi chi-squared per determinare la differenza tra le condizioni nei numeri di episodi depressivi e di ansietà. La SCID misura alti livelli di depressione con una scala 1-6. Una valutazione di 3 nella SCID è considerata depressione moderata, di 4 marcata, di 5 definita e di 6 grave. Pochi partecipanti hanno avuto livelli 5 (n=12) o 6 (n=0). Non c'erano significative differenze negli episodi depressivi tra le condizioni, quando l'episodio depressivo era definito 3 o di più, o quando era 4.

La SCID valutava la GAD con una scala 1-3. Un risultato di 2 era considerato moderato e uno di tre era definito GAD. Non c'erano significative differenze negli episodi di ansietà tra le condizioni quando l'ansietà era definita 2 o di più.

## **Discussione**

Il gruppo sperimentale ha avuto significativamente pochi sintomi di depressione e di ansietà rispetto al gruppo di controllo e il loro benessere è aumentato in relazione al controllo. Un incremento dello stile ottimistico esplicativo ha mediato questi effetti di intervento da prima del corso a dopo il corso.

## *Effetti*

Gli effetti di intervento sui sintomi depressivi erano moderati e più che doppi rispetto a quelli misurati su una ricerca simile condotta su studenti del college nell'università della Pennsylvania.

Gli effetti di intervento sui sintomi di ansietà erano bassi e ancora più bassi di quelli dell'altra ricerca. Gli effetti di intervento sullo stile esplicativo erano moderati e più del doppio rispetto all'altra ricerca. Questo sembra essere dovuto all'effetto dei materiali, del corso, dei video, delle presentazioni Power Point, dell'animazione, del supporto dei coach.

Non sono state trovate differenze significative tra le condizioni ai 6 mesi del controllo per le misure cliniche di episodi di depressione o di ansietà.

Pochi partecipanti hanno usato il materiali web messo a disposizione. Questa componente era stata aggiunta per prevenire un deterioramento delle abilità e per mantenere gli effetti di intervento più a lungo. Nonostante questo gli effetti si sono mantenuti a lungo. Probabilmente il materiale non era abbastanza interessante per gli studenti, perchè nonostante l'incoraggiamento dei coach è stato poco usato.

Il costo di diffusione è stato relativamente piccolo.

In conclusione è stata replicata l'efficacia di programmi di prevenzione per sintomi di depressione e di ansietà tra gli studenti del college. Gli effetti della prevenzione sui sintomi depressivi era il

doppio rispetto il programma originale. Il nuovo programma che è stato usato ha ridotto i sintomi con una bassissima spesa e con una gestione del materiale accessibile a molti.