

Cuprins

Introducere	11
--------------------------	-----------

Partea I **Depresia**

1. Identificare : manifestări clinice	17
Episodul depresiv	18
Forme semiologice particulare la adolescent?	29
<i>Depresia de inferioritate</i>	29
<i>Depresia de abandon</i>	30
<i>Echivalente depresive, depresie mascată, comorbiditate : câteva reflecții</i>	33
Sindromul subdepresiv : partea ascunsă a depresiei în adolescență	38
<i>Tristețea și proasta dispoziție</i>	39
<i>Dispoziție depresivă</i>	42
<i>Amenințare depresivă și criză anxios-depresivă</i>	43
Tulburare depresivă și tulburare distimică	47
2. Identificare : epidemiologie	53
Anchete asupra populației generale	54
Anchete asupra populațiilor clinice	59
Concluzie	61
<i>Frecvență</i>	61
<i>Durată</i>	62

<i>Vârsta și sex</i>	63
<i>Factori asociați</i>	64
3. Evaluare : comorbiditate și factori biologici	65
Depresie și patologii asociate (comorbiditate)	65
<i>Asocierea cu alte tulburări psihiatrice</i>	65
<i>Asocierea cu consumul de substanțe</i> <i>(alcool, tutun și alte substanțe)</i>	66
<i>Asocierea cu tulburările de conduită</i> <i>și perturbarea funcționării sociale</i>	68
<i>Asocierea cu patologii somatice</i>	68
<i>Asocierea cu antecedente de abuzuri sexuale</i>	69
Ipozeze și abordări organice	69
<i>Cercetări genetice</i>	70
<i>Cercetări biochimice și endocrine</i>	71
<i>Cercetări electroencefalografice, neurofiziologice</i> <i>și neurodevelopmentale</i>	74
4. Evaluare : factori familiali și de mediu	77
Contextul familial : date epidemiologice	77
<i>Decesul unui părinte</i>	78
<i>Divorț și/sau separare parentală</i>	79
<i>Sănătatea părinților percepută de adolescent</i>	82
<i>Calitatea relației cu părinții descrisă de adolescenți</i>	85
Contextul familial : abordări psihopatologice și interacțiuni familiale	88
<i>Atitudini parentale față de depresia adolescentului</i>	92
<i>Ignorarea depresiei adolescentului</i>	94
<i>Identificarea depresivă între adolescent</i> <i>și unul dintre părinții depresivi</i>	96
<i>Amenințarea unei legături prea recompensative</i>	98
Condiții de mediu și evenimente de viață	100
5. Evaluare : prognostic și continuitate depresivă	103
Durată medie și recurență : date epidemiologice	103
Continuitatea depresivă din copilărie la adolescență	104
Continuitatea depresivă : copilăria adolescentului deprimat	115
Trecerea la vârsta adultă a adolescentului deprimat	120
<i>Recidivele depresive și relația acestora</i> <i>cu depresia adultului</i>	121

<i>Concluzie</i>	122
Evoluția spre o afecțiune bipolară	123
6. Înțelegere: abordări psihopatologice	125
Repere istorice	125
Puncte comune între adolescență și depresie	128
<i>Pierderi și separări</i>	129
<i>Controlul agresivității și culpabilitatea implicită</i>	131
<i>Modificarea echilibrului dintre investițiile narcisiace și obiectale</i>	132
Adolescență și fixație depresivă	135
<i>Continuitatea narcisiaco-obiectală a copilăriei</i>	136
<i>Echilibrul narcisiaco-obiectal al adultului</i>	137
<i>Starea conflictuală narcisiaco-obiectală a adolescentului</i>	138
<i>Depresia adolescentului: obiecte interiorizate de diferențiere sau obiecte interiorizate insuficiente</i>	139
Cele trei aspecte ale depresiei în adolescență:	
abordare teoretică	140
<i>Obiectul satisfăcător: depresie prin relație excesivă cu obiectele interne</i>	140
<i>Obiectul insuficient: depresie prin lipsa construcției narcisiace</i>	141
<i>Obiectul excitant: soluție depresivă prin fixare în omnipotența infantilă</i>	142
Depresiile adolescenței: propuneri psihopatologice	144
<i>Proastă dispoziție, tristețe (sau sindrom subdepresiv) și criză anxios-depresivă: așteptarea unui obiect de substituție</i>	144
<i>Depresia sau imposibila renunțare la un „obiect satisfăcător”</i>	149
<i>Depresivitatea: tentativa de a triumfa asupra unui obiect insuficient sau de a distruge un obiect excitant</i>	152
Adolescență, depresie și trăsătură de personalitate	159
Concluzii	161
7. Tulburările bipolare la adolescență	163
Repere istorice	164
Particularități semiologice	168
<i>Episoade maniacale: particularități în adolescență?</i>	169
<i>Identificarea indicatorilor unei tulburări bipolare în cadrul manifestării unui episod depresiv în adolescență</i>	171

<i>Episodul delirant acut și tulburarea bipolară</i>	178
Epidemiologie, comorbiditate și evoluție	181
Factori biologici	182
Concluzii	183

Partea a II-a
Tentativele de suicid

8. Identificarea tentativelor de suicid (TS)	191
Suicidul : câteva date epidemiologice și clinice	195
Tentativele de suicid : epidemiologie	196
Tentativele de suicid : clinica	197
<i>Modalitățile de sinucidere</i>	200
<i>Problema echivalențelor suicidare</i>	201
Sindrom presuicidar	203
Sindrom postsuicidar sau pseudovindecare	205
9. Evaluare : factori favorizanți	207
Idei, intenții și planuri suicidare	207
Relația dintre tentativa de suicid și depresie	210
<i>Frecvența depresiei la adolescenții predispuși la suicid</i>	210
<i>Frecvența tentativelor de suicid în populația de adolescenți deprimati</i>	212
Relația dintre tentativa de suicid și consumul de substanțe	213
Condiții familiale și de mediu	215
Diagnostic asociate	218
<i>Tulburări ale dispoziției</i>	218
<i>Consumul de substanțe</i>	218
<i>Tulburări anxioase</i>	218
<i>Tulburări de conduită</i>	219
<i>Tulburări de personalitate</i>	220
<i>Homosexualitate și tulburări de identitate sexuală</i>	220
<i>Schizofrenia și episoadele psihotice acute</i>	221
10. Evaluare : risc de recidivă și evoluție	227
Recidiva suicidară	227
Evoluția pe termen lung	231
11. Înțelegere : abordare psihopatologică	235
Figura emblematică a morții în adolescență	237

Actul suicidar : intenționalitate <i>versus</i> impulsivitate, o dezbateră falsă	239
Adolescentul cu tentativă de suicid : vulnerabilitate psihică și deteriorarea proceselor mentale	241
Consecințele gestului suicidar	245

Partea a III-a

Îngrijirea

12. Depresia : tratament și îngrijire	253
Necesitatea unei îngrijiri : introducere	253
Modalitățile de îngrijire de tip relațional	256
<i>Consultații terapeutice și psihoterapii scurte</i>	<i>256</i>
<i>Psihoterapie de inspirație psihanalitică</i>	<i>259</i>
<i>Abordări psihoterapeutice : terapie de grup, psihodramă, relaxare</i>	<i>262</i>
<i>Terapii cognitiv-comportamentale</i>	<i>262</i>
<i>Abordare familială</i>	<i>263</i>
<i>Indicații privind utilizarea psihoterapiilor</i>	<i>263</i>
Prescripții medicamentoase	269
<i>Antidepresive</i>	<i>269</i>
<i>Timoregatoare</i>	<i>273</i>
<i>Alte psihotrope, anxiolitice, neuroleptice...</i>	<i>275</i>
<i>Comentarii privind utilizarea unui psihotrop in adolescență</i>	<i>277</i>
Electroconvulsioterapia	279
Spitalizarea și schimbările modului de viață	280
Alegerea modalității (modalităților) de tratament : reflecții privind strategia terapeutică	281
13. Tentativa de suicid, o strategie de îngrijire terapeutică ? . . .	285
Mize și obiective	285
Prima etapă a îngrijirii : strategia de evaluare psihologică individuală și familială	288
<i>Factorii de prim rang : dimensiunea anxios-depresivă</i>	<i>289</i>
<i>Factorii de rangul doi : dimensiunea impulsivă și tulburările de personalitate</i>	<i>289</i>
<i>Factorii de rangul trei : familie, mediu</i>	<i>290</i>
<i>Factorii de rangul trei : evenimente de viață</i>	<i>291</i>

Cadrul îngrijirii imediate	292
<i>Spitalizare</i>	292
<i>Alte măsuri imediate</i>	296
Cadrul îngrijirii ulterioare : măsurile terapeutice	
pe termen mediu și lung	297
<i>Dimensiunea depresivă</i>	298
<i>Dimensiunea impulsivă</i>	298
<i>Reacția familiei</i>	299
Posibilitatea unei prevenții	300
<i>Bibliografie</i>	303
<i>Indexul cazurilor clinice</i>	327
<i>Index</i>	329

Continuitatea depresivă din copilărie la adolescență

Chiar dacă semiologia lor nu este strict superpozabilă celei a adolescentului sau a adultului, depresiile la copil fac de acum înainte obiectul unui consens relativ (conferința consensului, 1997 ; Marcelli, 1998).

Totuși, evoluția pe termen lung a acestor depresii la copil rămâne în parte nesigură și dificil de evaluat, având în vedere raritatea studiilor statistice aplicate asupra unui mare număr de cazuri și numărul mare de situații clinice posibile. Vom înțelege ușor că evoluția unui episod depresiv, chiar grav, dar unic, secundar unei separări neașteptate, tranzitorii și care nu se va mai repeta, la un copil de 18 luni - 2 ani, poate fi sensibil diferită de evoluția episoadelor depresive secundare unor separări iterative în cadrul unor conflicte familiale repetate, ce marchează toată copilăria mică încă de la naștere. În mod identic, evoluția unei depresii anaclitice a unui bebeluș de 18 luni riscă să fie foarte diferită de evoluția unei depresii la un copil de 10-11 ani.

Tinând cont de aceste rezerve, ce constatări putem face dacă ne limităm la adolescență ? Dintre studiile la care se fac cel mai adesea referiri îl menționăm pe cel al lui Nissen (1992). 105 copii și adolescenți cu depresie au fost studiați timp de zece ani în medie. La sfârșitul acestei perioade, 59 (56%) erau încă depresivi (formele de depresie mergând de la depresia numită nevrotică până la depresiile „simptomatice” și „psihopatice”); nouă (9%) au devenit schizofrenici ; 13 (12%) prezentau alte tulburări psihiatrice ; nouă (9%) n-au putut face obiectul unei analize precise și 15 (14%) n-au prezentat la examinare nici o manifestare psihiatrică importantă. Din nefericire, autorul nu utilizează nici un criteriu diagnostic pentru a defini diferitele forme de depresie sau celelalte tipuri de patologie.

În schimb, Penot (1973), într-un important studiu asupra depresiei copilului, încearcă să urmărească evoluția diverselor sale cazuri clinice. Unii copii au fost astfel urmăriți până la adolescență. Reamintim că acest studiu a fost efectuat pe un număr de 17 copii cu vârste între 5 și 11 ani prezentând o stare depresivă gravă. Autorul concluzionează că depresiile grave ale copilului corespund unor organizări structurale psihopatologice care pot fi diferite : depresia

nu constituie decât un ansamblu semiologic ce nu prejudiciază structura subiacentă. Totuși, o problematică depresivă durabilă ar constitui, după autor, principalul factor organizator al structurilor patologice care apar ca tot atâtea sistematizări defensive față de această depresie. Evoluția favorabilă la o jumătate din numărul de cazuri ar depinde de capacitățile de elaborare secundare. Evoluția nefavorabilă aduce în prim-plan trecerea la act ca mijloc de apărare și răspuns la starea depresivă. Să-l cităm pe Penot (1973): „*Constatăm tendința, în mod remarcabil constantă, de structurare pe un model caracterial sau psihopatic*¹. Toți acești copii au o tendință accentuată de trecere la act ca mijloc de apărare; trăsăturile caracterului patologic se afirmă în timpul evoluției. Acest tip de evoluție ilustrează relația strânsă care leagă depresiile grave la vârste mici de organizarea ulterioară a unui caracter psihopatic”. Cazul lui Pascal constituie o ilustrare foarte evidentă a acestei psihopatizări a comportamentului pe parcursul adolescenței unui copil deprimat.

PASCAL – TRANSFORMĂRILE DEPRESIEI
DIN COPILĂRIE PÂNĂ LA ADOLESCENȚĂ

Pascal are 7 ani atunci când, pentru prima dată, mama sa îl aduce la consultația psihiatrică la cererea insistentă a școlii. Pascal este la sfârșitul ciclului preșcolar (CP); el refuză să învețe să citească și să scrie. În acea perioadă, el este descris ca fiind un copil timid, inhibat, care pare îngrijorat și cu care este dificil să comunici. Amestecul de hipertonie corporală posturală și inhibiție îi dă un aspect stângaci, de împrumut. Notăm în legătură cu nivelul vorbirii un ușor șuierat și o întârziere moderată a limbajului. Nivelul inteligenței este normal (IQ 100 la NEMI). Desenează în mod repetat case mari, goale și negre (fig. 5-1 și 5-2). În prezența mamei, atitudinea sa este diferită: devine instabil, agitat, zgomotos, provocând-o în mod constant, ca și cum i-ar căuta mereu privirea.

Acasă este un copil certăreț, mai ales cu sora lui mai mică, pe care este foarte gelos; el este însă și afectuos, spune mama, își sugerează degetul toată ziua și în fiecare seară găsește o rochie de casă în care se înfășoară. Este anorexic, refuză aproape toate alimentele. Mama n-a vorbit în acea perioadă decât despre

1. Subliniat de autor.

dificultățile școlare, a părut puțin doritoare de a-și aduce fiul la policlinică și și-a întrerupt rapid vizitele.

Patru ani mai târziu, mama își aduce din nou fiul la consultație, tot la presiunea școlii. Pascal, care are 11 ani, îi creează probleme învățătoarei: sparge totul în clasă, face pe bufonul, este în mod deschis insolent și provocator, refuză orice efort școlar. Dar învățătoarea este mai îngrijorată din cauza altor comportamente: se pare că nu are nici o relație cu ceilalți copii din clasă, trăiește foarte repliat și izolat, refuză orice contact atât cu ceilalți copii, cât și cu adulții. Nu are altă relație decât cu alți doi copii mai mari decât el, copii dificili ca și el, descriși ca având probleme caracteriale.

În timpul acestor noi consultații, mama, descurajată și deprimată din cauza acestor dificultăți, ne povestește „istoria” fiului său. Pascal este al șaptelea copil din cei opt pe care îi are familia. Tatăl era vidanșor și lucra noaptea. N-a venit niciodată la policlinică, deși a fost chemat. În timpul consultațiilor, acesta face o hemiplegie ca urmare a unei crize de hipertensiune. Refuză să se interneze. Mama este o femeie puternică, mereu pe fugă pentru că, pe lângă faptul că se ocupă de copii, ea este doică și are grijă de trei copii mici pentru a face față nevoilor familiei, deoarece soțul nu mai lucrează. Când vine la policlinică, de cele mai multe ori a lăsat copiii singuri acasă, și atunci își lasă fiul acolo și se întoarce rapid la aceștia. În mod impulsiv, i se întâmplă totuși să invadeze biroul asistentei sociale și să se prăbușească evocând dificultățile sale materiale.

Pascal n-a fost dorit, nașterea a fost dificilă, cu strangulare cu cordonul ombilical și o ușoară reanimare neonatală. Mama face mereu referire la acest episod pentru a explica tulburările actuale ale fiului său. Ea a fost de două ori dezamăgită de fiul său deoarece, în afara problemelor de la naștere, ea dorea foarte tare o fată (născuse trei băieți înainte de Pascal). De asemenea, chiar de la naștere, mama i-a transmis celei mai mari fiice obligațiile maternale: aceasta s-a ocupat în exclusivitate de Pascal; doar ea putea să-l facă să mănânce, ea îi acorda îngrijirea maternă, ne-a spus mama. Comportamentul lui Pascal a fost normal, exceptând anorexia, până la vârsta de 3 ani. Atunci fiica cea mare a fugit pe neașteptate de acasă pentru totdeauna, luând cu ea toate lucrurile sale în afară de halat.

Mama spune singură că Pascal a făcut atunci o „depresie teribilă”: repliat complet asupra lui însuși, ghemuit, își sugea

degetul, somnolând toată ziua învelit în halat, nu avea nici o activitate. În schimb, noaptea îi era frică, țipa, refuza să doarmă. O anorexie gravă se instalează și va persista mai mulți ani. Medicul generalist, consultat, recomandă trimiterea copilului la școală „pentru a-i schimba gândurile”. Dus la creșă la 4 ani, nu creează nici o problemă, mai ales, se pare, datorită faptului că nu i se cere nimic și nu se mișcă din colțul său. Începând cu grădinița (CP), dificultățile încep să apară, după cum am văzut deja.

În aceeași perioadă, acasă, Pascal devine îndărătnic, coleric, violent, sparge mobilele la cea mai mică frustrare. Dar, adesea, cere să fie mângâiat, caută semne de afecțiune, mai ales din partea mamei. Cu sora sa mai mică cu patru ani (care s-a născut puțin după sau în momentul apariției episodului depresiv) se comportă ca un adevărat tiran. El are numeroase fobii – frică de întuneric, frică să doarmă singur, frică să meargă la toaletă – și se servește de această soră ca de un obiect contrafobic: îi cere să doarmă cu el, o ia cu el la toaletă etc. Nu pare să se intereseze de nimic, n-are nici o activitate continuă. Este pasionat de poveștile cu vampiri, de filmele cu subiecte violente văzute la televizor.

Cu un an înaintea acestei ultime consultații, când Pascal avea aproximativ 10 ani, mamei sale i-a fost rușine de zdreanța care devenise rochia de casă în care se învelea mereu Pascal pentru a dormi. Ea a aruncat-o la gunoi, fără să-l prevină, când băiatul era la școală. Pascal nu spune nimic, dar începe să sugă lenjeria mamei sale, apoi, întrucât acest lucru i-a fost interzis, se folosește de propriul maiou, pe care îl ține în gură, sugându-și în același timp degetele.

Observat la consultație în această perioadă – are deci 11 ani –, se prezintă astfel: este un copil foarte inhibat, care vorbește dificil și lent, fără să fie cu adevărat opozant. Are capul plecat, ca și cum ar fi copleșit, dar nu îi este frică. Acceptă să deseneze și, fără să spună nici un cuvânt, desenează doi elefanți (fig. 5-3): un pui și mama sa, care se plimbă și merg să mănânce. Nu face nici un comentariu la acest desen, rămâne fără să spună o vorbă și așteaptă pasiv sfârșitul întrevederii. În timp ce-l consultam pe Pascal, mama a plecat să aibă grijă de copii. Îi fixăm lui Pascal o altă întâlnire, la care nu va veni nimeni – este și cazul convocărilor ulterioare.

Doi ani mai târziu, cu ocazia unei vizite la Centrul Educativ (CES), directorul ne informează că Pascal, în vârstă de 13 ani,

face acum parte dintr-o bandă de tineri delincvenți care organizează furturi (obiecte, biciclete, bani) pe o scară destul de mare. O nouă amenințare cu intervenția judecătorului pentru copii o convinge pe mama băiatului să revină la dispensar.

Întreaga familie l-a pedepsit deja pe Pascal. Acesta, dat afară de la colegiu, stă închis în camera sa, fiindu-i interzis să iasă. Pascal refuză să vină de bunăvoie la policlinică și nu va veni decât amenințat și sub presiunea familiei. Acum este un pre-adolescent de 13 ani, palid și slab. E abătut, are un aer trist, nu în mod evident opozant, ci mai degrabă indiferent. Școala nu-i place. Povestește despre furturi cu o voce monotonă, aparent fără să manifeste afecte sau culpabilitate. Singura persoană despre care vorbește cu plăcere și animându-se puțin este sora sa mai mare, acum căsătorită: cu puțin timp în urmă, ea a reluat legătura cu familia. Nu pare interesat decât de activități violente, filme cu război, cu karate etc., pe care le povestește cu mare plăcere. Soarta sa îl preocupă puțin, iar perspectiva unei internări într-o instituție pentru copii la cererea mamei pare că-l lasă indiferent.

La testele de inteligență păstrează o eficiență satisfăcătoare (QIV – 98, QIP – 92, QI global – 95, la testul Weschler pentru copii), cu o dispersie omogenă a rezultatelor, în afară de proba cu cuburi, la care au apărut dificultăți specifice la nivelul organizării spațiale.

La testul Rorschach are rezultate foarte slabe, cu numeroase refuzuri. Blocajul masiv pare să fie singura modalitate defensivă în fața emergenței fantasmatică. Singurele elemente personalizate se regăsesc în exprimarea afectelor primitive, fără elaborare și fără posibilitate de justificare; este vorba în mod esențial de tristețe. De notat extrema sensibilitate a lui Pascal față de absență, față de vid – pe care îl subliniază în fiecare desen.

La probele psihologice „pata neagră” și TAT, materialul mai concret îl ajută pe Pascal. Realitatea este perfect percepută, la fel și sensul relațiilor puse în joc. Două direcții apar în mod clar în aceste teste:

- direcția depresivă, cu nostalgia unei relații obiectale satisfăcătoare, dar pierdută, și emergența temei morții: moartea tatălui și a fiului, însoțită de o angoasă că ar putea fi ucis de către cineva care vine din spate, cu ostilitatea persecutorie a lumii exterioare;
- lupta cu depresia pare că se manifestă prin trecerea la act, singura sursă de plăcere, în special la actul agresiv în

cadrul relației, puțin culpabilizat, deoarece este trăit ca singurul mijloc de a fi pe lume, de a nu fi respins, de a nu se simți singur, abandonat, dominat de o angoasă subiacentă omniprezentă.

Ca întotdeauna, presiunea școlară atenuându-se deoarece a fost găsită o soluție de așteptare (plasare într-un centru de educație specială – SES), Pascal își întrerupe vizitele, la fel și mama sa. Doi ani mai târziu, directorul ne informează că Pascal, care are acum 15 ani, s-a stabilizat relativ. Mama sa se opune oricărei supravegheri psihologice. Pascal este destul de izolat, are relativ puține contacte, dar n-a abandonat școala.

Doi ani mai târziu, când avea 17 ani, aflăm că a stat câteva zile în închisoare din cauza comportamentelor sale de delincvent. Nu putem ști mai multe lucruri despre el din cauza ostilității mamei, care are tendința de a face policlinica responsabilă de problemele fiului său. De la acea dată nu mai avem informații despre Pascal.

Urmărirea acestui caz este foarte importantă din mai multe motive. Se observă aici evoluția evidentă a manifestării semio-logice în timp și în funcție de vârsta copilului. Astfel, apar succesiv :

- o stare de suferință și confuzie, între 3 și 5 ani, analoagă celei descrise de Bowlby în legătură cu separările precoce (sora mai mare o înlocuia pe mamă). În acea perioadă predomină reacția de retragere, repliere și manifestările somatice (anorexie, tulburări de somn) ;
- o perioadă marcată de apariția problemelor școlare (în ciuda unei eficiențe intelectuale normale), a tulburărilor de comportament (mânie, instabilitate) : această perioadă corespunde, în mare, fazei numite „perioadă de latență”, între 6 și 7 ani și 12 și 13 ani ;
- în preadolescență și în adolescență, în sfârșit, tulburările de comportament și acțiunile cu tendință antisocială ocupă primul plan.

Formulând altfel, spunem că Pascal ilustrează, prin intermediul acestor manifestări simptomatice, trecerea de la răspunsul depresiv la reacția de suferință depresivă, apoi la starea depresivă.

În intervalul dintre vârsta de 4 ani și până la 5-6 ani, Pascal prezintă un răspuns depresiv destul de tipic, prin intermediul a ceea

pascal



Figura 5-1. - Pascal, 17 septembrie 1970

Pascal

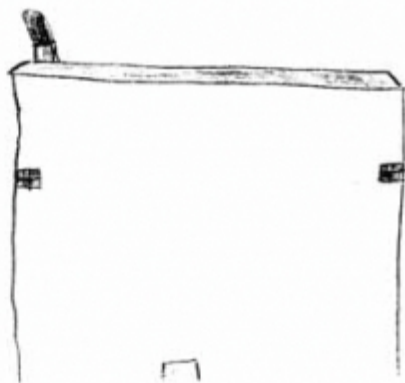


Figura 5-2. - Pascal, 17 septembrie 1970