

CUPRINS

ABREVIERI UTILIZATE ÎN TEXT	7
Introducere	9
STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII	11
1. Tulburarea depresivă.....	13
1.1. Abordări conceptuale și terminologice.....	13
1.2. Diagnosticul tulburării depresive.....	16
1.2.1. Criterii de diagnostic – CIM-10 pentru episod depresiv	17
1.2.2. Criterii de diagnostic DSM-5 pentru episod depresiv	18
1.3. Tipologia tulburării depresive.....	19
1.4. Tratamentul tulburării depresive	21
2. Psihoterapia riscului suicidar la pacienții depresivi.....	23
2.1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală (CBT)	24
2.1.1. Modelul comportamental al depresiei.....	24
2.1.1.1. Activarea comportamentală.....	25
2.1.2. Modelul cognitiv al depresiei.....	26
2.1.2.1. Triada cognitivă.....	27
2.1.2.2. Scheme și distorsiunile cognitive.....	28
2.1.3. Structura psihoterapiei cognitive	28
2.1.4. Principiile psihoterapiei cognitive	28
2.1.5. Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru prevenirea sinuciderilor (CBT-SP).....	29
2.1.6. Psihoterapia cognitivă bazată pe mindfulness (MBCT).....	31
2.2. Psihoterapia comportamentală dialectică (DBT)	33
2.2.1. Abordări conceptuale și terminologice	34
2.2.2. Strategii dialectice de intervenție psihoterapeutică.....	35
2.3. Terapia interpersonală	36
2.3.1. Abordări conceptuale și terminologice	37
2.3.2. Principiile și fazele psihoterapiei interpersonale	37
2.3.3. Tipuri de psihoterapie interpersonală	38
2.3.3.1. Psihoterapia interpersonală pentru adulți	38
2.3.3.2. Psihoterapia interpersonală pentru adolescenți.....	38
2.3.3.3. Psihoterapia interpersonală pentru vârstnici	39
CONTRIBUȚIA PERSONALĂ	41
1. Ipoteza de lucru/obiective.....	43
2. Metodologie generală	46

3. Studiu 1. Calitatea vieții și dificultățile de reglare emoțională ca moderatori ai ideții suicidare la pacienții depresivi	56
3.1. Introducere	56
3.2. Ipoteza de lucru	57
3.3. Material și metodă	58
3.4. Rezultate	58
3.4.1. Caracteristicile socio-demografice și clinice ale lotului de pacienți.....	58
3.5. Discuții	86
3.6. Concluzii.....	89
4. Studiu 2. Strategii de <i>coping</i> cognitiv-comportamentale ca predictor al severității riscului suicidar	91
4.1. Introducere	91
4.2. Ipoteza de lucru	92
4.3. Material și metodă	92
4.4. Rezultate	93
4.4.1. Caracteristicile socio-demografice și clinice ale lotului de pacienți.....	93
4.5. DISCUȚII.....	116
4.6. CONCLUZII	118
5. Studiu 3. Strategii de <i>coping</i> cognitiv-emoțional ca predictor al severității riscului suicidar.....	120
5.1. Introducere.....	120
5.2. Ipoteza de lucru	123
5.3. Material și metodă	124
5.4. Rezultate	124
5.4.2. Caracteristicile socio-demografice și clinice ale lotului de pacienți.....	124
6. Studiu 4. Testarea experimentală a unui model scurt de intervenție psihoterapeutică pentru reducerea comportamentului și ideții suicidare la pacienții depresivi internați pe secția de psihiatrie.....	149
6.1. Introducere.....	149
6.2. Ipoteza de lucru	150
6.3. Material și metodă	151
6.4. Rezultate	155
6.4.1. Caracteristicile socio-demografice și clinice ale lotului de pacienți.....	155
6.5. Discuții	178
6.6. Concluzii.....	180
7. Discuții generale	181
8. Concluzii generale	184
9. Originalitatea și contribuțiile inovative ale tezei.....	187
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	189

Introducere

Depresia este deja recunoscută ca fiind tulburarea mintală a secolului XXI, datorită frecvenței sale ridicate care poate apărea la orice vârstă iar rata cea mai ridicată a debutului identificându-se între 20 și 40 de ani (91). În tabloul simptomatologic al depresiei descris în tratatele internaționale (19,20) identificăm simptome precum: dispoziție depresivă, anhedonie, fatigabilitate, sentimente de inutilitate și de culpabilitate, insomnie, agitația / lentoare psihomotorie (după caz), pierderea sau luare în greutate precum și ideea suicidară și gândurile recurente de moarte.

În ceea ce privește ideea suicidară, aceasta este prezentă la toți pacienții depresivi indiferent de nivelul gradului de depresie și poate fi redusă, dacă este tratată corespunzător, fie cu tratament antidepressiv, fie prin psihoterapie, fie cu o combinație dintre cele două întrucât tentativele suicidare trebuie tratate întotdeauna cu maximă seriozitate, chiar și atunci când aparent nu prezintă caracter letal.

Literatura de specialitate a adus în atenție numeroase studii cantitative care arată eficacitatea psihoterapiei în tratamentul tulburării depresive (92) iar în cazul depresiei de intensitate medie se arată că intervenția cognitivă este la fel de eficientă ca și tratamentul medicamentos (93).

Întrucât studiile care aprofundează această problematică în specificul socio-cultural românesc sunt puține, considerăm util și justificat un demers realizat în plan local, raportând astfel rezultatele obținute la stadiul actual al cercetărilor realizate.

Lucrarea prezentă este structurată sistemic din patru studii prin intermediul cărora se dorește reliefaarea celor mai importanți predictorii ai riscului suicidar și extragerea acestora într-un model scurt de intervenție psihoterapeutică.

Astfel în primul studiu se abordează calitatea vieții și dificultățile de reglare emoțională la persoanele diagnosticate cu depresie iar rezultatele ne indică existența unor predictorii semnificativi ai riscului suicidar, fiind vorba despre nivelul de calitate a vieții și două dintre dificultățile de reglare emoțională – DERS strategiile de reglare a emoțiilor și DERS lipsa de claritate emoțională.

Cel de-al doilea studiu se concentrează pe strategiile de *coping* cognitiv – comportamentale ca predictor al severității riscului suicidar și identifică cinci strategii de *coping* cognitiv-comportamental ca posibili predictorii ai severității riscului suicidar. Cei cinci predictorii identificați sunt: SACS acțiune asertivă, SACS acțiune prudentă, SACS relaționare socială, SACS acțiune instinctivă, SACS acțiune antisocială.

În cel de-al treilea studiu am abordat strategiile de *coping* cognitiv - emoțional ca predictor al severității riscului suicidar și astfel am identificat două strategii de *coping* cognitiv-emoțional ca posibili predictorii ai riscului suicidar, fiind vorba despre CERQ autculpabilizare și CERQ culpabilizarea celorlalți.

Pe baza rezultatelor obținute în primele trei studii, am procedat la elaborarea celui de-al patrulea studiu care a constatat în crearea unui model scurt de intervenție psihoterapeutică. Acest studiu s-a bazat pe extragerea celor mai semnificativi predictorii ai riscului suicidar iar rezultatele obținute ne arată că programul psihoterapeutic implementat a fost eficient și că poate fi utilizat atât în profilaxia cât și în diminuarea riscului suicidar la pacienții depresivi.

Concluzionând, studiile realizate în lucrarea de față constituie un argument solid în abordarea originală a diminuării potențialului suicidar.

STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII

1. Tulburarea depresivă

Depresia este o afecțiune (patologică) asociată cu starea de spirit scăzută și aversiunea față de activitățile care pot afecta gândurile, comportamentul, emoțiile și bunăstarea unei persoane (1). Oamenii depresivi se simt triști, anxioși, fără speranță, nesiguri, neajutorați, vinovați, fără valoare, iritabili, răniți și supărați. Ei își pot pierde interesul pentru activitățile care le-au fost plăcute anterior, suferă de tulburări alimentare, pot avea dificultăți de concentrare, oboseală cronică, insomnii, gânduri de moarte și pot încerca chiar să se sinucidă (2,3).

În cazul unor evenimente de viață negative dispoziția depresivă, tristețea apare în mod firesc ca o reacție psihologică la stresul provocat de ele. Același lucru se întâmplă ca un efect secundar în cazul anumitor afecțiuni somatice sau a unor medicamente cu efect depresogen (4).

Evenimentele și schimbările de viață care pot declanșa apariția și dezvoltarea depresiei pot include: doliul, falimentul, șomajul, anumite diagnostice medicale (cancer, HIV, etc), agresiune, pierderea anumitor persoane dragi etc. Adolescenții pot fi deosebit de vulnerabili la depresie ca urmare a respingerii sociale sau a *bullying*-ului (5,6).

1.1. Abordări conceptuale și terminologice

Medicul antic grec Hipocrate a descris sindromul melancolic ca o boală separată cu simptome fizice și mentale specifice. Acesta a caracterizat toate temerile și descurajările de lungă durată, drept simptome specifice bolii. Asemănător cu depresia de astăzi, dar era un concept mult mai larg, afecțiunea fiind caracterizată de diferite

simptome, cum ar fi tristețe, depresie și deznădejde, precum și anxietate, furie, iluzii și obsesii.

Termenul depresie în sine provine din verbul latin „deprimere” care înseamnă „a apăsa”. Din secolul al XIV-lea încoace verbul „a deprima” a însemnat în special a subjuga sau a decepționa (7). Termenul a fost folosit și în Cronica scriitorului englez Richard Baker în anul 1665 pentru a se referi la o persoană care suferă de „mare depresie a minții”, iar în anul 1753 de către scriitorul englez Samuel Johnson într-un sens similar (8).

Termenul este folosit atât în psihologie cât și în economie. O utilizare timpurie în legătură cu simptomele psihiatrice a fost realizată de către psihiatrul francez Louis Delajouve în 1856 și a apărut în dicționarele medicale începând cu anii 1860 ca referință la declinul psihologic al funcționării emoționale (9).

De la Aristotel, termenul de melancolie a fost asociat cu bărbații educați și superiori din punct de vedere intelectual și considerată periculoasă pentru reflecție și pentru creativitate. Conceptele mai recente au abandonat aceste asocieri și termenul a devenit asociat și cu femeile din secolul al XIX-lea.

Melancolia a continuat să fie termenul de diagnostic primar, dar depresia a fost folosită din ce în ce mai mult în literatura medicală, devenind sinonim cu termenul original până la sfârșitul secolului. Psihiatru german Emil Krepelin a clasificat diferitele tipuri de melancolie drept stări depresive și pare să fi fost primul care a utilizat acest termen ca un termen general (10).

În articolul intitulat „Mourning and Melancholy” din 1917, Sigmund Freud a arătat relația dintre starea de melancolie și doliu (11). Acesta a teoretizat că pierderea obiectivă, cum ar fi pierderea unor relații de preț prin moarte sau separare, duce, de asemenea, la pierderi subiective. O persoană care este deprimată se identifică cu obiectul afecțiunii printr-un proces inconștient narcisist numit catexie libidinală a egoului (12). Astfel, pierderea duce la simptome