ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ A EPISODULUI AFECTIV DEPRESIV
The Psychotherapeutic Approach to the Effective Depressive Episode

Psih. Dr. Cosmin POPA, Dr. Mihai ARDELEAN, Dr. Gabriela BUICU[1],
Centre of Mental Health of Tîrgu Mureş
Dr. Cristian GRECU GABOS, Dr. Florin BUICU, Dr. Gabriela BUICU,
Dr. Tudor NIREŞTEAN, Dr. Theodor MOICA
University of Medicine and Pharmacy of Tîrgu Mureş

,

The present paper approaches the issue of cognitive-behavioural therapy intervention for patients suffering from depression. At present there is an increased interest in establishing some intervention programmes for the treatment of depression. These programmes are intended to include some methods and techniques that are typical to cognitive-behavioural therapy and psychopharmacology, which should be scientifically validated and should have an efficient and immediate aplicability in the clinical environment. Furthermore, we have presented two case studies of clinical practice in order to exemplify the cognitice-behavioural intervention for depression.

Keywords: cognitive- behavioural intervention, depression, therapy, programmes, applicability

Există o dezbatere amplă cu privire la folosirea tehnicilor specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratarea diverselor afecţiuni şi tulburări psihice, începând cu tulburările afective/anxioase şi terminând cu tulburările de personalitate sau psihozele/schizofrenia, actualmente existând un suport ştiinţific care atestă eficacitatea acestei psihoterapii în cazul tulburărilor psihopatologice.

Manualul de Statistică şi Diagnostic a Tulburărilor Mintale - DSM-IV-TR descrie din punct de vedere al unui diagnostic categorial, următoarele criterii pentru stabilirea prezenţei unei tulburări afective - episod depresiv major: ,,A. Cinci (sau mai multe) dintre următoarele simptome au fost prezente în cursul aceleiaşi perioade de 2 săptămâni, şi reprezintă o modificare de la nivelul anterior de funcţionare; cel puţin unul dintre simptome este, fie (1) dispoziţie depresivă, fie (2) pierderea interesului sau plăcerii:

(1) dispoziţie depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, indicată fie prin relatare personală (de ex., se simte trist sau inutil), ori observaţie făcută de alţii (de ex., pare înlăcrimat).

(2) diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activităţile, cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat, fie prin relatare personală, fie prin observaţii făcute de alţii;

(3) pierdere semnificativă în greutate, deşi nu ţine dietă, ori luare în greutate (de ex., o modificare de mai mult de 5% din greutatea corpului într-o lună) ori scădere sau creştere a apetitului aproape în fiecare zi.

[1] Autor corespondent: Dr. Gabriela Buicu, Centrul de Sănătate Mintală, Str. Mihai Viteazul, Nr. 31, Tîrgu-Mureş, România, E-mail: gabrielabuicu@yahoo.com, Tel: +40753089789.

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

(3) insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;

(4) agitaţie sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observabilă de către alţii, nu numai senzaţiile subiective de nelinişte sau de lentoare);

(5) fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi;

(6) sentimente de inutilitate sau de culpă excesivă ori inadecvată (care poate fi delirantă) aproape în fiecare zi (nu numai autoreproş sau culpabilizare în legătură cu faptul de a fi suferind);

(8) diminuarea capacităţii de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatare personală, fie observată de alţii);

(9) gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideaţie suicidală recurentă fără un plan anume, ori o tentativă de suicid sau un plan anume pentru comiterea suicidului" (DSM-IV-TR, 2000). Este cunoscut faptul că episodul depresiv nu este determinat de cogniţie, chiar dacă aceasta are un aport la apariţia stărilor negative. Depresia este rezultatul unui cumul de factori biologici, de dezvoltare ontogenetică, sociali, de predispoziţii psihologice, şi de variabile precipitatoare. Gândurile negative sunt prioritate în declanşarea unui episod depresiv, putând acţiona şi ca factor de întărire şi de menţinere a simptomelor. Acesta este motivul pentru care, gândurile negative automate, reprezintă un punct ideal de intervenţie psihoterapeutică (Holdevici, 2009).

A.T. Beck (1987, 2002), dezvoltă o teoria cognitivă a depresiei în care descrie faptul că în planul personalităţii, există două tipuri specifice de personalitate pe care le clasifică ca personalitatea sociotropică şi personalitatea autonomă. În viziunea autorului aceste două tipuri de personalitate pot să predispună un individ mai vulnerabil înspre a dezvolta un episod depresiv. Unele persoanele sunt sociotropice excesiv fiind preocupate şi sensibile la posibilitatea de a fi dezaprobate de către alţii. În schimb personalităţile autonome au nevoie de o independenţă mai mare, fiind focalizate pe performanţă şi pe realizarea unor obiective propuse. În cazul ambelor tipuri de personalitate, interacţiunea dintre evenimente de viaţă negative şi propriile credinţe, activează o serie de scheme disfuncţionale şi poate pregăti terenul pentru instalarea episodului depresiv (după modelul diateza-stres) (Riso et al., 2007).

Efectele terapiei comportamentale au fost studiate extensiv şi empiric alături de intervenţiile de tip cognitiv. S-a validat astfel ipoteza că în tratamentul tulburărilor psihopatologice, intervenţia comportamentală este una distinctă. Ideea creşterii numărului de evenimente plăcute, fără intervenţii cognitive, a fost aplicată în mai multe situaţii. În cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentală, intervenţia comportamentală a fost văzută ca un tratament de elecţie pentru depresie. Un studiu recent bazat pe meta-analiză arată că tratamentele comportamentale sunt eficiente în tratarea depresiei. O analiză în cadrul unor şedinţe de terapie cognitivă a depresiei a demonstrat că pacienţii trataţi prin tehnici comportamentale au obţinut progrese semnificative la finalul terapiei, inclusiv din punct de vedere cognitiv. Astfel că, abordarea cognitiv-comportamentală pare a fi metoda ideală în tratamentul depresiei. De asemenea, rezultatele pozitive constatate în urma intervenţiei psihoterapeutice, arată că activarea comportamentale este una dintre tehnicile cele mai eficiente din terapia cognitiv-comportamentală implicată în tratamentul depresiei (Farmer, Chapman, 2008) . Şi asta deoarece modelul comportamental, denumit şi modelul ABC comportamental, are la bază analiză funcţională a comportamentului. Modelul ABC comportamental este o aplicare în terapie a modelului behaviorist, căruia i s-a adăugat

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

elemente de prelucrare informaţională spre exemplu expectanţele. Modelul susţine faptul că toate comportamentele sunt generate în urma unei prelucrări informaţionale amorsate de stimuli şi menţinute de consecinţele lor. ABC-ul comportamental se interpretează prin, A- antecedente, B- comportament, C- consecinţe (David, 2006).

Leichsenring şi colab. au efectuat un studiu clinic controlat, comparând efectul terapiei cognitiv-comportamentale cu efectul psihoterapiei psihodinamice din punct de vedere al eficienţei tratării anxietăţii. Rezultatele obţinute de către autorii citaţi în cadrul eşantionului de pacienţi cu anxietate care au urmat terapie cognitiv-compotamentală relevă o scădere a nivelului general de anxietate înainte şi după intervenţia terapeutică. Dacă în faza de pretestare media scorurilor la Scala de evaluare Hamilton a Anxietăţii, indica un nivel moderat al anxietăţii, după finalizarea terapiei media anxietăţii s-a redus până la un nivel sub-clinic (Leichsenring, Salzer, Jaeger, et al., 2010, Borkovec, Newman, Castonguay, 2004).

Aducând un alt exemplu, de această dată din sfera farmacoterapiei, din punct de vedere al eficienţei terapeutice a Escitalopramului în tratarea anxietăţii/depresiei, Mark Pollack şi colab. au realizat un studiu în scopul demonstrării efectului terapeutic al Escitalopramului în coterapie cu Eszopiclona, în anxietate aflată în comorbiditate cu insomnia. Concluziile acestui studiu, indică faptul că încă după prima săptămână de administrare a tratamentului combinat, scorurile la scala Hamilton pentru Anxietate, au început să scadă. Dacă în faza de bază a studiului scorurile se situau pentru întreg eşantionul la un nivel de anxietate moderat, la finalul studiului scorurile obţinute se situau la un nivel care indică remisia clinică a anxietăţii (Pollack, Kinrys, Krystal, et al., 2008).

Din punct de vedere al eficienţei terapiei combinate, nu trebuie să uităm că asocierea terapeutică dintre psihoterapie şi antidepresive reprezintă un model terapeutic actual. De exemplu, Thase şi colab. (2007) au constatat că pacienţii cu tulburare depresivă majoră, care au primit citalopram augmentat cu terapie cognitiv-comportamentală au avut acelaşi răspuns terapeutic ca şi în cazul asocierii dintre citalopram cu bupropion/buspironă. Totuşi în cazul augmentării citalopramului cu psihoterapia, progresul a fost mai lent, existând o diferenţă de 20 de zile faţă de augmentarea cu altă medicaţie. Cu ale cuvinte, efectul terapeutic al psihoterapiei atunci când este folosit ca şi augmentator în cazul medicaţiei antidepresive este similar cu cel al folosirii unei alte medicaţii în scop de augmentare. (Thase, Friedman, Biggs, et al., 2007).

By De Fruyt şi colab. efectuând un studiu în care au combinat paroxetina cu psihoterapia pentru tratamentul depresiei majore, după 6 luni au observat îmbunătăţiri în sfera dimensiunilor *Extraversiune, Agreabilitate* şi *Stabilitate emoţională*, ale pacienţilor, aceştia fiind mai deschişi, mai sociabili şi mai stabili din punct de vedere emoţional. Autorii studiului precizează că nu s-au observat modificări în sfera trăsăturilor de personalitate, ci, doar la nivelul unor faţete a dimensiunilor după modelul celor cinci mari factori de personalitate (By De Fruyt şi colab., 2006 Brody şi colab, 2000).

Rezultate similare au obţinut anterior şi Tang şi colab. (2009) care, într-un studiu randomizat efectuat pe o perioadă de 12 luni, au studiat trei loturi de pacienţi diagnosticaţi cu depresie majoră. Obiectivul studiului a fost măsurarea modificării personalităţii în cazul pacienţilor care sunt trataţi cu Paroxetină şi al celor care fac Terapie Cognitivă, comparativ cu pacienţii care iau doar placebo. Rezultatele acestui studiu relevă schimbări superioare în sfera dimensională a personalităţii, în cazul pacienţilor care au luat Paroxetină/psihoterapie,

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

comparativ cu placebo. După remisia episodului depresiv în cazul pacienţilor cărora le-a fost administrată paroxetină au fost înregistrate modificări ale dimensiunilor *Neuroticism* şi *Extraversie*. În ceea ce priveşte Terapia Cognitiva, aceasta a produs modificări ale dimensiunilor personalităţii mai mari decât placebo (Tang, 2009).

Din punct de vedere al costurilor economice necesare tratării episodului depresiv major, se poate observa faptul că acestea cresc atunci când această tulburare apare asociată cu o tulburare de personalitate. Soeteman şi colab. (2008) arată că din punct de vedere al costurilor implicate, tratamentul tulburărilor de personalitate Borderline şi Obsesiv-Compulsivă necesită cele mai ridicate cheltuieli, mai ales atunci când se află în asociate în comorbiditate cu tulburări de pe Axa-I. Cele mai întâlnite comorbidităţi se înregistrează între tulburările de personalitate amintite anterior şi depresia/anxietatea. În aceste cazuri, costurile alocate tratamentelor medicale reprezintă 66,5%, cealaltă parte a costurilor fiind alocată pierderii productivităţii. Co-ocurenţele faţă de tulburări unice implică astfel costuri de tratament mult mai ridicate. Asta înseamnă: servicii medicale psihiatrice, servicii de îngrijire, precum şi servicii sociale. Concluziile acestui studiu, arată necesitatea căutării unor noi tipuri de tratament care să abordeze eficient tulburările de personalitate unice sau aflate în co-ocurenţă (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, Busschbach, 2008).

În ceea ce priveşte alegerea orientării psihoterapeutice în cazul tratării depresiei, o evaluare psihologică complexă a personalităţii ar putea ajuta psihoterapeutul să întocmească un plan de tratament care să fie în acord cu personalitatea pacientului său. Spre exemplu, în cazul pacienţilor care suferă de o tulburare afectivă dar au un nivel ridicat al Extraversiunii, se poate insista pe terapia interpersonală, fără a fi nevoie de administrarea unei medicaţii antidepresive. Pe de altă parte, pacienţii cu un nivel scăzut al Extraversiunii pot urma tratament cu antidepresive, fără a avea nevoie de terapie interpersonală. Pacienţii cu un nivelul ridicat al dimensiunii Deschidere, răspund foarte bine la terapiile neconvenţionale. Cei care prezintă un nivel redus al dimensiunii Deschidere, prezintă complianţă la terapiile comportamentale, directive şi metodice, bazate pe diferite tehnici şi strategii (Matthews, Deary, Whiteman, 2005).

Intervenţia psihoterapeutică cognitiv-compotamentală începe printr-o evaluare clinică iniţială la nivel:

a) Cognitiv, subiectiv – urmărindu-se forma şi conţinutul gândurilor, declanşatori, neutralizări mentale, conduită evitantă la nivel mental, percepţia sensului (rostului) gândurilor şi a comportamentelor.

b) Emoţional – schimbări de dispoziţie (anxietate, depresie, disconfort), cum şi cu ce se asociază acestea;

c) Comportamental – declanşatori, conduită evitantă, întrebări de asigurare;

d) Fiziologic – declanşatori, schimbări fiziologice asociate cu manifestările anxioase sau depresive;

e) Istoricul şi evoluţia tulburări;

f) Afectarea funcţionării globale;

Urmează apoi conceptualizarea de caz în funcţie de diagnosticul conform DSM-IV-

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

TR. După conceptualizare, se trece la următoarea fază a terapiei şi anume:

- ■ Elaborarea strategiei de lucru împreună cu clientul
- – Obiective terapeutice
- – Informaţii despre metoda terapeutică, tehnicile şi instrumentele folosite.
- – Estimare aproximativă a duratei / număr de şedinţe.
- – Informaţii despre setting (Lăzărescu M., Ile L., 2009).

În cadrul intervenţiei terapeutice pot apărea complicaţiile care ţin de cele mai multe ori, de existenţa unei tulburări de personalitate. Tulburarea de personalitate este considerată un factor agravant sau întreţinător al unei tulburări de pe Axa-I. Având în vedere posibilitatea unei comorbidităţi de acest gen, unele studii indică faptul că doar o parte a tulburărilor de personalitate influenţează rezultatul terapiei şi acest lucru se întâmplă doar în anumite condiţii. De asemenea clienţii cu tulburare de personalitate sunt susceptibili de a înceta tratamentul prematur, dar cei care reuşesc să termine tratamentul obţin rezultate pozitive (Beck, Freeman, Davis, 2004).

Spre exemplificare vom prezenta în continuare două cazuri clinice, în care intervenţia psihologică a constat în psihoterapie cognitiv-comportamentală:

Caz clinic, numărul 1:

Alex este un tânăr în vârstă de 24 de ani care provine dintr-o familie biparentală, fiind cel de al doilea copil al familiei. Fratele său mai mare cu cinci ani decât el, are o relaţie bună cu Alex, sprijinindu-l încă de mic. O descrie pe mama sa ca fiind cea mai importantă persoană din viaţa sa, totodată afirmând că ,,*întotdeauna a găsit în ea un sprijin"*. Are o relaţie deficitară cu tatăl său pe care îl consideră *sever şi strict*, datorită acestui fapt existând între ei numeroase dispute de-a lungul vremii. În copilărie şi-a petrecut o mare parte din timp cu familia în activităţi diverse care-i făceau plăcere, cum ar fi literatura, pictura sau sportul. Apreciază educaţia primită de la părinţi ca fiind strictă, bazată pe principii severe în ceea ce-l priveşte pe tatăl său. În timpul şcolii şi al liceului a avut foarte mulţi prieteni, cu unii dintre ei fiind coleg la clubul de pictură. Afirmă că a fost apreciat de profesori, pentru că excela la învăţătură. Colegii şi prietenii îl apreciau pentru că era o persoană de încredere, dar şi datorită rezultatelor pozitive pe care le obţinea la învăţătură. Încă din clasele primare, Alex relatează episoade în care tatăl său îi cerea să fie *cel mai bun*, afirmând că: *tata dorea 101 % din partea mea, numindu-mă incapabil atunci când nu mă ridicam la standardele sale.* Viaţa de adolescent a clientului se modifică dramatic, în sensul în care tatăl său îi cere să renunţe la preocupările specifice perioadei de viaţă, în detrimentul meditaţiilor şi a studiului individual.

Reuşeşte să obţină rezultate bune la olimpiadele şcolare la care participă, dar cerinţele tatălui devin din ce în ce mai pronunţate, astfel că pacientul resimte o presiune tot mai mare. Descrie acea perioadă afirmând că: *trăiam un stres permanent, distanţându-mă tot mai mult faţă de colegii mei*. Totuşi, beneficiază de un minim suportul emoţional şi moral din partea mamei care l-a înţeles şi la sprijinit *cât a putut mai bine*.

După terminarea liceului promovează examenul la facultate, pe care o termină cu succes. După terminarea facultăţii Alex urmează un masterat, angajându-se ulterior ca economist în cadrul unei societăţi comerciale. Este mulţumit de activitatea sa, doar că acuză timiditate şi emotivitate ridicată atunci când intră în contact cu clienţii. Din punct de vedere al relaţiilor romantice, a avut câteva relaţii pe care le consideră serioase, restul apreciindu-le ca

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

relaţii pasagere. Ceea ce scoate în evidenţă pacientul este legat de pesimismul şi lipsa de încredere în sine pe care o simţea în momentul în care dorea să cunoască o fată.

Primele probleme semnalate au apărut în momentul în care pe fondul implicării într-un proiect a început să se simtă neliniştit şi din ce în ce mai trist *pentru că se simţea incapabil şi era sub o presiune enormă*. Îngrijorarea majoră era legată de faptul de a nu dezamăgii persoanele din anturajul său. Scopul proiectului a fost atins, dar cu toate acestea Alex a început să acuze stări de tristeţe, culpabilitate sub forma gândurilor legate de faptul că şi-a dezamăgit cunoscuţii şi insomnie însoţită de devalorizarea propriei persoane. Pe acest fond şi-a pierdut interesul pentru lucruri care îi plăceau. Este consultat de un medic psihiatru, care-i prescrie un tratament şi îi recomandă psihoterapie.

În cazul lui Alex există unii factori predispozanţi importanţi. Antecedentele familiale constau în episoadele depresive în cadrul unei personalităţi accentuată de tip obsesive, în ceea ce-l priveşte pe tatăl său. De asemenea, mama s-a a fost diagnosticată, în trecut cu tulburare depresivă uşoară. Un alt factor important este ciclicitatea apariţiei episoadelor depresive ale pacientului, în funcţie de anotimp. Pacientul atribuie stările actuale epuizării şi dezamăgirii generate de implicarea în proiect. Ca factor de menţinere şi agravare am putea menţiona conflictul familial pe care pacientul îl are în dese rânduri cu tatăl său, în cadrul familiei. Deşi din punct de vedere material tatăl îi asigură posibilităţi peste medie, dar îl jigneşte în nenumărate rânduri numindu-l *slab şi incapabil*, totodată spunându-i că: *are tot cea ce are datorită lui*.

Alex doreşte să intre într-o cură psihoterapeutică datorită stărilor depresive cu care se confruntă. Astfel, terapia s-a centrat într-o primă fază pe discutarea problemelor interpersonale cu care se confruntă clintul, mai exact pe relaţia cu tatăl. În paralel, s-au identificat gândurile automate negative ale pacientului gândul central fiind „sunt slab/incapabil dacă nu fac totul foarte bine”. Un rol important în psihoterapie l-a avut activarea comportamentală, prin întocmirea unui program de activităţi pe care clientul a început să-l respecte. În cadrul terapeutic au fost folosite apoi tehnici de restructurare cognitivă, de dezbatere a unor gânduri automate negative şi de oferirea unor gânduri alternative, folosindu-se în acelaşi timp şi tehnici paradoxale. După 20 de şedinţe simptomele depresiei au început să se remită, pacientul simţindu-se mult mai bie, şi reluându-şi treptat activităţile anterioare.

În ultima şedinţă s-a evaluat starea pacientului şi s-au stabilit modalităţile de autoterapie. Aceste şedinţe au avut rolul de a pregătii pacientul pentru a face faţă, singur, unor evenimente viitoare, de a învăţa cum să aplice tehnicile învăţate în situaţii concrete de viaţă. S-au prezentat studii care arată, grafic, distribuţia recăderilor, în acelaşi timp argumentându-se faptul că alte studii arată că recăderile la persoanele care au făcut psihoterapie cognitiv-comportamentală sunt mai uşoare şi de o durată mai scurtă. Această prezentare a avut scopul de a creşte motivaţia pacientului în a aplica tehnicile prezentate, fără a-i oferii în schimb nici un fel de asigurare.

Toate obiectivele terapeutice stabilite împreună cu pacientul au fost atinse astfel că, după finalizarea terapiei pacientul are o prietenă stabilă şi chiar dacă mai prezintă uneori dispoziţie depresivă reuşeşte să-şi controleze stările prin tehnicile învăţate în terapie. În plan terapeutic gradul de complianţă ridicat, în efectuarea temelor de casă de către pacient, dar şi buna alianţă terapeutică, au constituit de asemenea factori facilitatori în atingerea obiectivelor

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

propuse. Pentru intervenţia în cazul depresiei, s-a ales varianta tehnicilor comportamentale datorită interdependenţei credinţelor centrale şi intermediare, dar şi a gândurilor automate prezente în cadrul tulburărilor de Axă I şi II. Tehnicile cognitive şi comportamentale aplicate au avut efect atât asupra depresiei cât şi asupra anxietăţii, producând efecte şi în sfera dimensională a personalităţii. De asemenea evoluţia pacientului a fost ascendentă şi constantă, neexistând recăderi pe toată durata terapiei. Un aspect important, pe care pacientul îl consideră crucial în schimbarea modului său *de a gândii*, se referă la dezbaterea gândurilor sale negative şi înlocuirea acestora cu gânduri alternative/raţionale.

În concluzie tehnicile comportamentale combinate cu tehnici cognitive, precum şi un mediu fizic favorizant, au dus la îndeplinirea obiectivelor terapeutice propuse.

După un an de la încheierea terapiei, pacientul nu a mai avut recăderi iar medicaţia antidepresivă i-a fost oprită de către medicul curant.

Caz clinic, numărul 2:

Maria este o tânără în vârstă de 30 de ani, care provine dintr-o familie biparentală, fiind singurul copil al familiei. O descrie pe mama sa ca fiind o persoană sufletistă, altruistă dar egoistă. Pe tatăl său îl consideră o persoană indiferentă, care o lăsa pe mama sa să conducă întreaga activitate din cadrul familiei. Îşi caracterizează educaţia primită în cadrul familiei ca fiind severă sau indiferentă, cu implicare excesivă, uneori şi pedepse, iar alteori fără implicare din partea părinţilor. Descrie astfel evenimente de viaţă în care mama sa o bătea în mod frecvent şi pentru orice. Sau în alte cazuri părinţii săi plecau în vacanţe, pacienta rămânând în grija bunicilor. În şcoala primară, afirmă că *învăţătoarea se comporta exact ca şi părinţii, subestimând-o.* În urma acestor comportamente din familie şi de la scoală, susţine că a început să se simtă inutilă. La liceu a simţit o lipsă de încredere în forţele proprii.

După terminarea liceului, urmează o facultate, angajându-se după terminarea acesteia în diverse companii unde ocupă diferite funcţii. Prezintă instabilitate în cadrul funcţiilor ocupate, astfel că schimbă mai multe joburi pe parcursul a doi ani.

Din punct de vedere al relaţiilor sentimentale, îşi descrie prima relaţie ca fiind în timpul liceului, cu un băiat mai mare decât ea. Acesta o abuza fizic şi emoţional în mod constant, lovind-o sau vorbindu-i pe un ton agresiv. De asemenea pacienta îşi descrie începutul vieţii sexuale, cu acest prieten, prin aceea că acesta a constrâns-o să întreţină relaţii sexuale cu el. În acest context, relatează faptul că nu a fost prima oară când a fost abuzată sexual. La vârsta de cinci ani a fost abuzată sexual de către un prieten de familie. Pacienta afirmă: *Mă apucă frica doar când îmi aduc aminte*. Pe acest fond resimte o vinovăţie puternică, datorită faptului că ea consideră că: *ar fi trebuit să le spună părinţiilor ceea ce s-a întâmplat.*

În prezent, Maria este căsătorită şi are un copil, beneficiind de un sprijin social considerabil, atât din partea soţului, dar şi a anturajului de prieteni.

Primele probleme semnalate au apărut în urmă cu cinci luni. Astfel, Maria relatează că pe fondul deselor îmbolnăviri ale copilului său a simţit un distres major. Teama centrală era legată de a nu i se întâmpla ceva rău copilului. A început să devină tot mai obosită, prezentând sentimente de tristeţe, însoţite de scăderea stimei de sine şi desconsiderare faţă de propria persoană. Acuză sentimente de culpabilizare fără o bază reală, legată de faptul că şi-a dezamăgit cunoscuţii. De asemenea, prezintă insomnie de debut, cu dificultăţi de adormire

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

aproape în fiecare seară. În plan motivaţional-volitil, se remarcă scăderea interesului pentru activităţi care înainte de a se îmbolnăvii îi făceau plăcere. Pe fondul simptomelor specifice episodului depresiv, pacienta a dezvoltat o stare de tensiune interioară subiectivă, îngrijorându-se din motive minore.

Pe acest fond începe să efectueze diverse consulturi medicale, în cadrul mai multor specialităţi medicale, cu scopul de a găsi cauza organică a acestor simptome. Având în vedere numărul ridicat de consulturi medicale, i se pun diverse diagnostice care, la un moment dat, încep să fie contradictorii, fapt ce determină o detresă în cazul pacientei, agravând simptomatologia depresivă. Pe acest fond îşi lasă copilul în grija mamei, datorită faptului că nu se mai descurcă. Afirmă că nu doreşte să se comporte cu copii săi la fel cum s-au comportat părinţii săi cu ea. Este consultată, de un medic psihiatru, care-i prescrie un tratament cu antidepresive.

În cazul pacientei, există unii factori predispozanţi importanţii. Antecedentele familiale constau în psihosomatizări, mai exact, în migrene care au necesitat tratament psihiatric îndelungat în ceea ce-o priveşte mama sa. Pacienta atribuie stările depresive, deselor conflicte avute cu părinţii de-a lungul vremii, dar şi suprasolicitării datorate îngrijirii copilului. Desele controale medicale, credinţele de tip magic ale pacientei în blesteme, farmece şi soluţii magice întreţin depresia şi anxietatea pacientei. Astfel afirmă că stările pe care le are în prezent: *s-ar putea datora modului în care părinţii au blestemat-o în copilărie.*

Intervenţia terapeutică s-a axat în primă fază pe socializarea pacientului cu terapia, adică explicaţii privind faptul că terapia este o muncă de echipă în care terapeutul participă cu 50% iar pacientul cu un procent identic. Apoi Mariei i-a fost prezentat modelului cognitiv în care s-a insistat pe relaţia dintre gând, emoţie şi comportament. A urmat psihoeducaţia, scopul acesteia fiind acela de a oferii pacientei informaţii despre depresie, tratament, toate efectuate în scopul normalizării simptomului. Conceptualizarea a avut rolul de a-i explica pacientei cum se declanşează şi cum se manifestă simptomele depresive în cazul ei. Apoi au fost stabilite obiectivele terapeutice, adică ce doreşte pacienta să obţină prin cura psihoterapeutică. Intervenţia terapeutică s-a bazat în special pe tehnica descoperirii ghidate, dezbaterea gândurilor, restructurare cognitivă. – cu scopul identificării gândurilor automate negative, disputării lor, dar şi a credinţelor disfuncţionale ale pacientului. Restructurarea cognitivă a avut două părţi şi a constat în recontextualizare şi reformulare.

După 30 de şedinţe şi finalizarea terapiei Maria nu a mai prezenta simptome ale depresiei, îşi îngrijeşte singură copilul, comunică mai bine cu soţul, iar profesional este mai stabilă. Un aspect important care a facilitat intervenţia terapeutică a fost completarea zilnică a unui jurnal de monitorizare a gândurilor/activităţilor, activarea comportamentală prin activităţi plăcute, dar şi expunerea la stimuli anxiogeni. Expunerea comportamentală a facilitat reducerea considerabilă a nivelului de anxietate, în cursul terapiei. În plan terapeutic gradul de complianţă ridicat, în efectuarea temelor de casă de către pacientă, dar şi buna alianţă terapeutică, au constituit de asemenea factori benefici în atingerea obiectivelor propuse. De asemenea evoluţia clinică a Mariei, a fost ascendentă şi constantă, neexistând recăderi pe toată durata terapiei.

La şedinţa de folow-up care a avut loc la un an de la încheierea terapiei pacienta afirmă că nu a mai avut recăderi, considerând psihoterapia *o investiţie benefică.*

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

În concluzie, pornind de la studiile din literatura de specialitate, precum şi de la cele două prezentări de caz, putem afirma că terapia cognitiv-comportamentală reprezintă o alegere viabilă şi eficientă în tratamentul tulburărilor afective – episodul depresiv major.

Bibliografie

Beck A., Freeman A., Davis D.D., (2004) , Cognitive therapy of personality disorders, New York, The Guilford Press, p. 11.

Borkovec, T.D., Newman, M.G., Castonguay, L.G., (2004), Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder With Integrations From Interpersonal and Experiential Therapies. Focus, 2 (3), p. 392-401.

Brody, A.L., Saxena, S., Fairbanks, L.A., Alborzian, S., Demaree, H.A., (2000), Maidment KM et al. Personality changes in adult subjects with major depressive disorder or obsessive-compulsive disorder treated with paroxetine. Journal of Clinical Psychiatry, 61(5), p. 349–355.

By De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., Bagby, R.M., Rolland, J-P, Rouillon, F., (2006), Assessing and interpreting personality change and continuity in patients treated for major depression. Psychological Assessment, 18(1), p. 71-80.

David D., (2006), Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale, Iaşi, Editura Polirom, p. 147.

Farmer R. F., Chapman, A.L., (2008), Behavioral interventions in cognitive behavior therapy : practical guidance for putting theory into action, Washington DC, American Psychological Association, p. 18, 205.

Holdevici I., (2009), Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală, Bucureşti, Editura Trei, p. 348.

Leichsenring, F.D., Salzer, S.S., Jaeger, U., et al., (2010), Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. FOCUS, 8(1). p. 66-74

Lăzărescu, M., Ile, L., (2009), Tulburarea obsesiv-compulsivă: circumscriere, modele şi intervenţii. Iaşi: Editura Polirom.

Matthews, G., Deary, I.J., Whiteman, M.C., (2005), Psihologia Personalităţii. Iaşi: Editura Polirom, p. 386-387.

Pollack, M., Kinrys, G., Krystal, A., et al., (2008), Eszopiclone Coadministered With Escitalopram in Patients With Insomnia and Comorbid Generalized Anxiety Disorder. Arch Gen Psychiatry, 65(5), p. 551-562.

Riso, L.P., et al., (2007), Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems, Washington, American Psychological Association, p. 11.

Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., Busschbach, J.J., (2008), The economic burden of personality disorders in mental health care. J Clin Psychiatry, 69(2), p. 259-65.

Tang, T.Z., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J., Shelton, R., Schalet, B., (2009), Personality Change During Depression Treatment A Placebo-Controlled Trial, Arch Gen Psychiatry, 66 (12), p. 1322-1330.

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)

Thase, M.E., Friedman, E.S., Biggs, M.M., et al., (2007), Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments. Am J Psychiatry, 164(5), p. 739-752.

BDD-A23444 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.42 (2026-11-16 04:57:44 UTC)