

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

**Psih. Dr. Cosmin POPA, Dr. Mihai ARDELEAN, Dr. Gabriela BUICU<sup>1</sup>,**  
**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 applicability in the clinical environment. Furthermore, we have presented two case studies of clinical practice in order to exemplify the cognitive-behavioural intervention for depression.*

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

Există o dezbateră 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 psihoterapiei 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.

---

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

- (3) insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;
- (4) agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observabilă de către alții, nu numai senzațiile subiective de neliniște 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 autoreproș sau culpabilizare în legătură cu faptul de a fi suferind);
- (8) diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatare personală, fie observată de alții);
- (9) gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideatie 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 cogniție, chiar dacă aceasta are un aport la apariția stărilor negative. Depresia este rezultatul unui cumul de factori biologici, de dezvoltare ontogenetică, sociali, de predispoziții psihologice, și de variabile precipitatoare. Gândurile negative sunt prioritate în declanșarea unui episod depresiv, putând acționa și ca factor de întărire și de menținere a simptomelor. Acesta este motivul pentru care, gândurile negative automate, reprezintă un punct ideal de intervenție psihoterapeutică (Holdevici, 2009).

A.T. Beck (1987, 2002), dezvoltă o teoria cognitivă a depresiei în care descrie faptul că în planul personalității, există două tipuri specifice de personalitate pe care le clasifică ca personalitatea sociotropică și personalitatea autonomă. În viziunea autorului aceste două tipuri de personalitate pot să predisună un individ mai vulnerabil înspre a dezvolta un episod depresiv. Unele persoane sunt sociotropice excesiv fiind preocupate și sensibile la posibilitatea de a fi dezaprobat de către alții. În schimb personalitățile autonome au nevoie de o independență mai mare, fiind focalizate pe performanță și pe realizarea unor obiective propuse. În cazul ambelor tipuri de personalitate, interacțiunea dintre evenimente de viață negative și propriile credințe, activează o serie de scheme disfuncționale și poate pregăti terenul pentru instalarea episodului depresiv (după modelul diateza-stres) (Riso et al., 2007).

Efectele terapiei comportamentale au fost studiate extensiv și empiric alături de intervențiile de tip cognitiv. S-a validat astfel ipoteza că în tratamentul tulburărilor psihopatologice, intervenția comportamentală este una distinctă. Ideea creșterii numărului de evenimente plăcute, fără intervenții cognitive, a fost aplicată în mai multe situații. În cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentală, intervenția comportamentală a fost văzută ca un tratament de elecție pentru depresie. Un studiu recent bazat pe meta-analiză arată că tratamentele comportamentale sunt eficiente în tratarea depresiei. O analiză în cadrul unor ședințe de terapie cognitivă a depresiei a demonstrat că pacienții tratați prin tehnici comportamentale au obținut 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 intervenției psihoterapeutice, arată că activarea comportamentale este una dintre tehnicile cele mai eficiente din terapia cognitiv-comportamentală implicată în tratamentul depresiei (Farmer, Chapman, 2008). Și asta deoarece modelul comportamental, denumit și modelul ABC comportamental, are la bază analiză funcțională a comportamentului. Modelul ABC comportamental este o aplicare în terapie a modelului behaviorist, căruia i s-a adăugat

elemente de prelucrare informațională spre exemplu expectanțele. Modelul susține faptul că toate comportamentele sunt generate în urma unei prelucrări informaționale amorțate de stimuli și menținute de consecințele lor. ABC-ul comportamental se interpretează prin, A- antecedente, B- comportament, C- consecințe (David, 2006).

Leichsenring și colab. au efectuat un studiu clinic controlat, comparând efectul terapiei cognitiv-comportamentale cu efectul psihoterapiei psihodinamice din punct de vedere al eficienței tratării anxietății. Rezultatele obținute de către autorii citați în cadrul eșantionului de pacienți cu anxietate care au urmat terapie cognitiv-comportamentală relevă o scădere a nivelului general de anxietate înainte și după intervenția terapeutică. Dacă în faza de pretestare media scorurilor la Scala de evaluare Hamilton a Anxietății, indica un nivel moderat al anxietății, după finalizarea terapiei media anxietății 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 eficienței terapeutice a Escitalopramului în tratarea anxietății/depresiei, Mark Pollack și 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 eșantionul la un nivel de anxietate moderat, la finalul studiului scorurile obținute se situau la un nivel care indică remisia clinică a anxietății (Pollack, Kinrys, Krystal, et al., 2008).

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

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

Rezultate similare au obținut anterior și Tang și colab. (2009) care, într-un studiu randomizat efectuat pe o perioadă de 12 luni, au studiat trei loturi de pacienți diagnosticați cu depresie majoră. Obiectivul studiului a fost măsurarea modificării personalității în cazul pacienților care sunt tratați cu Paroxetină și al celor care fac Terapie Cognitivă, comparativ cu pacienții care iau doar placebo. Rezultatele acestui studiu relevă schimbări superioare în sfera dimensională a personalității, în cazul pacienților care au luat Paroxetină/psihoterapie,

comparativ cu placebo. După remisia episodului depresiv în cazul pacienților cărora le-a fost administrată paroxetină au fost înregistrate modificări ale dimensiunilor *Neuroticism* și *Extraversie*. În ceea ce privește Terapia Cognitivă, aceasta a produs modificări ale dimensiunilor personalității 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 și colab. (2008) arată că din punct de vedere al costurilor implicate, tratamentul tulburărilor de personalitate Borderline și 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 comorbidități se înregistrează între tulburările de personalitate amintite anterior și depresia/anxietatea. În aceste cazuri, costurile alocate tratamentelor medicale reprezintă 66,5%, cealaltă parte a costurilor fiind alocată pierderii productivității. Co-ocurențele față de tulburări unice implică astfel costuri de tratament mult mai ridicate. Asta înseamnă: servicii medicale psihiatrice, servicii de îngrijire, precum și 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-ocurență (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, Busschbach, 2008).

În ceea ce privește alegerea orientării psihoterapeutice în cazul tratării depresiei, o evaluare psihologică complexă a personalității ar putea ajuta psihoterapeutul să întocmească un plan de tratament care să fie în acord cu personalitatea pacientului său. Spre exemplu, în cazul pacienților 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 medicații antidepressive. Pe de altă parte, pacienții cu un nivel scăzut al Extraversiunii pot urma tratament cu antidepressive, fără a avea nevoie de terapie interpersonală. Pacienții cu un nivel ridicat al dimensiunii Deschidere, răspund foarte bine la terapiile neconvenționale. Cei care prezintă un nivel redus al dimensiunii Deschidere, prezintă complianță la terapiile comportamentale, directive și metodice, bazate pe diferite tehnici și strategii (Matthews, Deary, Whiteman, 2005).

Intervenția psihoterapeutică cognitiv-comportamentală începe printr-o evaluare clinică inițială la nivel:

- a) Cognitiv, subiectiv – urmărindu-se forma și conținutul gândurilor, declanșatori, neutralizări mentale, conduită evitantă la nivel mental, percepția sensului (rostului) gândurilor și a comportamentelor.
- b) Emoțional – schimbări de dispoziție (anxietate, depresie, disconfort), cum și cu ce se asociază acestea;
- c) Comportamental – declanșatori, conduită evitantă, întrebări de asigurare;
- d) Fiziologic – declanșatori, schimbări fiziologice asociate cu manifestările anxioase sau depresive;
- e) Istoricul și evoluția tulburării;
- f) Afectarea funcționării globale;

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

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

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

În cadrul intervenției terapeutice pot apărea complicațiile care țin de cele mai multe ori, de existența unei tulburări de personalitate. Tulburarea de personalitate este considerată un factor agravant sau întreținător al unei tulburări de pe Axa-I. Având în vedere posibilitatea unei comorbidități de acest gen, unele studii indică faptul că doar o parte a tulburărilor de personalitate influențează rezultatul terapiei și acest lucru se întâmplă doar în anumite condiții. De asemenea clienții cu tulburare de personalitate sunt susceptibili de a înceta tratamentul prematur, dar cei care reușesc să termine tratamentul obțin rezultate pozitive (Beck, Freeman, Davis, 2004).

Spre exemplificare vom prezenta în continuare două cazuri clinice, în care intervenția 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 relație bună cu Alex, sprijinindu-l încă de mic. O descrie pe mama sa ca fiind cea mai importantă persoană din viața sa, totodată afirmând că „*întotdeauna a găsit în ea un sprijin*”. Are o relație deficitară cu tatăl său pe care îl consideră *sever și strict*, datorită acestui fapt existând între ei numeroase dispute de-a lungul vremii. În copilărie și-a petrecut o mare parte din timp cu familia în activități diverse care-i făceau plăcere, cum ar fi literatura, pictura sau sportul. Apreciază educația primită de la părinți ca fiind strictă, bazată pe principii severe în ceea ce-l privește pe tatăl său. În timpul școlii și al liceului a avut foarte mulți prieteni, cu unii dintre ei fiind coleg la clubul de pictură. Afirmă că a fost apreciat de profesori, pentru că excela la învățătură. Colegii și prietenii îl apreciau pentru că era o persoană de încredere, dar și datorită rezultatelor pozitive pe care le obținea la învățătură. 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*. Viața de adolescent a clientului se modifică dramatic, în sensul în care tatăl său îi cere să renunțe la preocupările specifice perioadei de viață, în detrimentul meditațiilor și a studiului individual.

Reușește să obțină rezultate bune la olimpiadele școlare la care participă, dar cerințele tatălui devin din ce în ce mai pronunțate, astfel că pacientul resimte o presiune tot mai mare. Descrie acea perioadă afirmând că: *trăiam un stres permanent, distanțându-mă tot mai mult față de colegii mei*. Totuși, beneficiază de un minim suportul emoțional și moral din partea mamei care l-a înțeles și la sprijinit *cât a putut mai bine*.

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

relații pasagere. Ceea ce scoate în evidență pacientul este legat de pesimismul și lipsa de încredere în sine pe care o simțea 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 neliniștit și din ce în ce mai trist *pentru că se simțea incapabil și 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 tristețe, culpabilitate sub forma gândurilor legate de faptul că și-a dezamăgit cunoscuții și insomnie însoțită de devalorizarea propriei persoane. Pe acest fond și-a pierdut interesul pentru lucruri care îi plăceau. Este consultat de un medic psihiatru, care-i prescrie un tratament și îi recomandă psihoterapie.

În cazul lui Alex există unii factori predispozanți importanți. Antecedentele familiale constau în episoadele depresive în cadrul unei personalități accentuată de tip obsesive, în ceea ce-l privește pe tatăl său. De asemenea, mama s-a a fost diagnosticată, în trecut cu tulburare depresivă ușoară. Un alt factor important este ciclicitatea apariției episoadelor depresive ale pacientului, în funcție de anotimp. Pacientul atribuie stările actuale epuizării și dezamăgirii generate de implicarea în proiect. Ca factor de menținere și agravare am putea menționa conflictul familial pe care pacientul îl are în dese rânduri cu tatăl său, în cadrul familiei. Deși din punct de vedere material tatăl îi asigură posibilități peste medie, dar îl jignește în nenumărate rânduri numindu-l *slab și incapabil*, totodată spunându-i că: *are tot cea ce are datorită lui*.

Alex dorește 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 clientul, mai exact pe relația 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 activități 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 și de oferirea unor gânduri alternative, folosindu-se în același timp și tehnici paradoxale. După 20 de ședințe simptomele depresiei au început să se remită, pacientul simțindu-se mult mai bine, și reluându-și treptat activitățile anterioare.

În ultima ședință s-a evaluat starea pacientului și s-au stabilit modalitățile de autoterapie. Aceste ședințe au avut rolul de a pregăti pacientul pentru a face față, singur, unor evenimente viitoare, de a învăța cum să aplice tehnicile învățate în situații concrete de viață. S-au prezentat studii care arată, grafic, distribuția recăderilor, în același timp argumentându-se faptul că alte studii arată că recăderile la persoanele care au făcut psihoterapie cognitiv-comportamentală sunt mai ușoare și de o durată mai scurtă. Această prezentare a avut scopul de a crește motivația pacientului în a aplica tehnicile prezentate, fără a-i oferi 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 și chiar dacă mai prezintă uneori dispoziție depresivă reușește să-și controleze stările prin tehnicile învățate în terapie. În plan terapeutic gradul de complianță ridicat, în efectuarea temelor de casă de către pacient, dar și buna alianță terapeutică, au constituit de asemenea factori facilitatori în atingerea obiectivelor

propușe. Pentru intervenția în cazul depresiei, s-a ales varianta tehnicilor comportamentale datorită interdependenței credințelor centrale și intermediare, dar și a gândurilor automate prezente în cadrul tulburărilor de Axă I și II. Tehnicile cognitive și comportamentale aplicate au avut efect atât asupra depresiei cât și asupra anxietății, producând efecte și în sfera dimensională a personalității. De asemenea evoluția pacientului a fost ascendentă și 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 dezbateră gândurilor sale negative și înlocuirea acestora cu gânduri alternative/raționale.

În concluzie tehnicile comportamentale combinate cu tehnici cognitive, precum și 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 medicația antidepressivă 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. Își caracteriză educația primită în cadrul familiei ca fiind severă sau indiferentă, cu implicare excesivă, uneori și pedepse, iar alteori fără implicare din partea părinților. Descrie astfel evenimente de viață în care mama sa o bătea în mod frecvent și pentru orice. Sau în alte cazuri părinții săi plecau în vacanțe, pacienta rămânând în grija bunicilor. În școala primară, afirmă că *învățătoarea se comporta exact ca și părinții, subestimând-o*. În urma acestor comportamente din familie și de la școală, susține că a început să se simtă inutilă. La liceu a simțit o lipsă de încredere în forțele proprii.

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

Din punct de vedere al relațiilor sentimentale, își descrie prima relație ca fiind în timpul liceului, cu un băiat mai mare decât ea. Acesta o abuza fizic și emoțional în mod constant, lovind-o sau vorbindu-i pe un ton agresiv. De asemenea pacienta își descrie începutul vieții sexuale, cu acest prieten, prin aceea că acesta a constrâns-o să întrețină relații 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 vinovăție puternică, datorită faptului că ea consideră că: *ar fi trebuit să le spună părinților ceea ce s-a întâmplat*.

În prezent, Maria este căsătorită și are un copil, beneficiind de un sprijin social considerabil, atât din partea soțului, dar și 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 simțit un distress major. Teama centrală era legată de a nu i se întâmpla ceva rău copilului. A început să devină tot mai obosită, prezentând sentimente de tristețe, însoțite de scăderea stimei de sine și desconsiderare față de propria persoană. Acuză sentimente de culpabilizare fără o bază reală, legată de faptul că și-a dezamăgit cunoscuții. De asemenea, prezintă insomnie de debut, cu dificultăți de adormire

aproape în fiecare seară. În plan motivațional-volitional, se remarcă scăderea interesului pentru activități care înainte de a se îmbolnăvi 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 specialități 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 își lasă copilul în grija mamei, datorită faptului că nu se mai descurcă. Afirmă că nu dorește să se comporte cu copiii săi la fel cum s-au comportat părinții săi cu ea. Este consultată, de un medic psihiatru, care-i prescrie un tratament cu antidepressive.

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

Intervenția terapeutică s-a axat în primă fază pe socializarea pacientului cu terapia, adică explicații 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 relația dintre gând, emoție și comportament. A urmat psihoeducația, scopul acesteia fiind acela de a oferi pacientei informații despre depresie, tratament, toate efectuate în scopul normalizării simptomului. Conceptualizarea a avut rolul de a-i explica pacientei cum se declanșează și cum se manifestă simptomele depresive în cazul ei. Apoi au fost stabilite obiectivele terapeutice, adică ce dorește pacienta să obțină prin cura psihoterapeutică. Intervenția terapeutică s-a bazat în special pe tehnica descoperirii ghidate, dezbateră gândurilor, restructurare cognitivă. – cu scopul identificării gândurilor automate negative, disputării lor, dar și a credințelor disfuncționale ale pacientului. Restructurarea cognitivă a avut două părți și a constat în recontextualizare și reformulare.

După 30 de ședințe și finalizarea terapiei Maria nu a mai prezenta simptome ale depresiei, își îngrijește singură copilul, comunică mai bine cu soțul, iar profesional este mai stabilă. Un aspect important care a facilitat intervenția terapeutică a fost completarea zilnică a unui jurnal de monitorizare a gândurilor/activităților, activarea comportamentală prin activități plăcute, dar și expunerea la stimuli anxiogeni. Expunerea comportamentală a facilitat reducerea considerabilă a nivelului de anxietate, în cursul terapiei. În plan terapeutic gradul de complianță ridicat, în efectuarea temelor de casă de către pacientă, dar și buna alianță terapeutică, au constituit de asemenea factori benefici în atingerea obiectivelor propuse. De asemenea evoluția clinică a Mariei, a fost ascendentă și constantă, neexistând recăderi pe toată durata terapiei.

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

În concluzie, pornind de la studiile din literatura de specialitate, precum și de la cele două prezentări de caz, putem afirma că terapia cognitiv-comportamentală reprezintă o alegere viabilă și 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 și comportamentale*, Iași, 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*, București, 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 și intervenții*. Iași: Editura Polirom.
- Matthews, G., Deary, I.J., Whiteman, M.C., (2005), *Psihologia Personalității*. Iași: 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.

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.