Anuarul Universității "Petre Andrei" din Iaşi
Fascicula: **Asistență Socială, Sociologie, Psihologie**
ISSN: 2248-1060 | e-ISSN: 2601-8209
Covered in EconPapers, Ideas RePEc, CEEOL, ICI Master Journal List - INDEX COPERNICUS, CrossRef, CrossCheck, Google Scholar, WorldCat, KVK, SOCIONET

2023, Issue 29, pages: 296-317 | doi: https://doi.org/10.18662/upasw/29/81

Depression - The Film of An Ancient and Ever Present Suffering

Ruxandra RĂŞCANU[1]

[1] Professor Ph.D.,"University of Bucharest", Bucharest, email: roxirascanu@univbuc.ro

Abstract: *In varying degrees, the whole world is affected by negative feelings, fear, fear, sadness, lack of energy and the list goes on. In scientific research (not only in psychiatry) we talk about affective dysfunctions. Depression is still mentioned in the Bible, encountered in Saul and Moses - considered an ancient human suffering - precisely because of the multitude of signs, symptoms, it was difficult to define. Unhappy people often say about themselves that they are depressed, that they cannot respond to everyday events. Mood swings go from episodes of not coping to situations where they are able to cope with everyday life and solve problems. These behavioral changes, from mild to severe, create a diverse picture of human activity in clinical psychology. Thus, from the specialists' concern for the knowledge and understanding of the phenomenon of depression, being a disorder that includes a complex bio-psycho-socio-cultural picture, we have reached the knowledge of the multiple facets that it encompasses.*

Keywords: *depression, distress, disorder, assessment, assessment tools.*

How to cite: Răşcanu, R. (2023). Depression - The Film of An Ancient and Ever Present Suffering. *Anuarul Universității "Petre Andrei" din Iași, Fascicula: Asistență Socială, Sociologie, Psihologie, 29*, 296-317. https://doi.org/10.18662/upasw/29/81

Introducere

Tulburarea depresivă, indiferent de formă şi intensitate nu a ocolit nici figuri proeminente din lumea artei şi a literaturii. Sunt cunoscuţi ca depresivi ori maniacali F.F. Handel, E. Hemingway, Eugene O`Neil, Virginia Woolf, Robert Lowell, Silvia Plath (Răşcanu, R. 2009).Suferinţa exteriorizată, mascată sau însoţind alte boli şi sindroame a ajuns la costuri extraordinare, din cauza costului tratamentelor şi a spitalizării; o estimare a specialiştilor din S.U.A. arată încă din 1997,că valoarea costurilor ar fi fost de 40 de miliarde de dolari. Oricum ar fi soluţia depresiei, oricare ar fi costurile materiale, suferinţa umană resimţită a acestei tulburări este incalculabilă.

Un proiect ştiinţific la nivel Mondial desfăşurat cu extrem de mulţi experţi în ştiinţe socio-umane şi nu numai, a concluzionat că numărul de cazuri de persoane depresive a crescut enorm după 1915.În ţările dezvoltate proporţia de persoane depresive era de 26% femei, faţă de 12% bărbaţi. În acelaşi sens, studiile arată diferenţe între tinerii adulţi şi cei mai vârstnici, atât la americanii nativi faţă de afroamericani(Achenbach, T.M. 1978).

Dacă încercăm să schiţăm un tablou clinic al depresiei trebuie să luăm în calcul o posibilitate extrem de variată a semnelor, a simptomelor, a acuzelor mergând pe o scală a "Actelor ruşinoase": de la frica de a fi supărat (mâniat), la persoane divorţate, fapt ce ne arată că în diferite situaţii oamenii trăiesc o traumă, pe care o orientează şi uneori o discriminează (Răşcanu, R., Corcaci, G.2011).

Revenind la tabloul clinic al depresiei remarcăm nu doar complexitatea acesteia ci şi zonele diferite ale psihismului în care îşi întinde tentaculele. Cu variaţii şi caracteristici diferenţiatoare, depresia este prezentă la femei şi bărbaţi, la tineri şi la vârstnici (mai recent studiile o menţionează chiar şi la copii sub 12 ani), la femeile gravide, la persoane care lucrează în mediu toxic, la oamenii de afaceri, la profesori, la persoane căsătorite, dar şi la cele divorţate şi singure, la cântăreţi şi actori (unii dintre ei deosebit de cunoscuţi), la medici ori la vânzători şi tabloul demografic este departe de a fi complet.

De câteva decenii,autori consacraţi încearcă să sistematizeze elementul comun al acestei suferinţe. Unii suferă de stare de rău din cauza indeciziilor care îi frământă şi în somn, alţii arată o lipsă de afecţiune chiar faţă de prieteni. În cadrul unui sindrom motivaţional, parte componentă a depresiei este descrisă o stare de "paralizie a dorinţei" (a voinţei). Desigur, simptomele componente ale depresiei se întind şi pe palierul comportamental pe cel cognitiv şi în zona fizică (fiziologică), respectiv dureri de cap acerbe, senzaţii neplăcute în capul pieptului, indigestie, constipaţii etc.(Beck, A. 1961).

Este lesne de înţeles că faţă de această varietate de studii ştiinţifice, dar şi încercări de cunoaştere a mobilului care declanşează depresia s-au efectuat cercetări pe loturi foarte mari, în speranţa definitivării posibilităţilor de sugestii pentru diagnostice. Nu doar medicii au fost cei interesaţi, ci şi psihologii, sociologii, antropologii, biofizicienii, fiecare aducând contribuţii necesare şi valoroase pentru a facilita diagnoza şi mai ales tratamentul (Răşcanu, R. 2016). Tocmai de aceea, preocupările constante şi din ce în ce mai susţinute, pe cohorte de indivizi, din medii şi zone diferite de pe glob, de ambele sexe etc. au sintetizat unele concluzii privind instalarea şi evoluţia depresiei. În acest sens, OMS a definit sănătatea mentală ca pe o problemă efectiv prezentă, de importanţă vitală, de care se va ţine seama, nu doar de către experţi şi specialişti, ci şi de familii, organisme non guvernamentale etc.

Considerente teoretice

Adesea, o persoană depresivă este persoana de lângă noi, este cea care vede lumea cu problemele ei – inclusiv pe ale ei (familie, loc de muncă, şcoală, prieteni etc.), ca printr-o lentilă gri întunecat spre negru. Această persoană (fapt observat şi de nespecialişti) se luptă să iasă din întuneric dar îi este dificil. Ei suferă, sunt îngrijoraţi, temători (depăşind larga normalitate de frică firească), dar totul este exacerbat şi este prezentă tendinţa de a vedea totul ca un eşec. Până să ajungă singur (depresivul) sau familia trebuie să încerce o soluţie de adresare specialistului, fie că este vorba de copil şi adolescent, fie pentru adult şi bătrâni. În acest caz. psihologia face front comun cu medicul, el fiind cel care poate pune un diagnostic, prescrie un tratament (în funcţie de severitatea simptomelor) şi indică eventual sugestii pentru aparţinători.

De mult timp se acceptă ideea că depresia este caracterizată de o dispoziţie tristă, de o lipsă a interesului pentru orice tip de activitate, scăderea energiei pentru activităţi chiar uşor solicitante, dar şi de o modificare a conduitelor, de o evidenţiere a unor semne de agresiune (verbală sau chiar fizică), de plîns facil (nu doar la femei şi copii), de perioade de iritabilitate, de lipsa poftei de mâncare şi un soi de oboseală, care poate evolua spre cote mari etc. Chiar dacă specialiştii sunt de acord că depresia este mai frecventă la femei decât la bărbaţi, chiar dacă evoluţia farmacologiei a adus mai multe antidepresive, totuşi tratamentul este departe de a fi considerat total cunoscut şi efectuat pentru toată viaţa.

Extinderea simptomatologiei depresive pe tot globul şi tendinţa de a ajunge în primele locuri ale morbidităţii mondiale, la "concurenţă" cu numărul bolnavilor cardiovasculari sau neoplazici, s-a concretizat în

organizarea a multiple Conferinţe Internaţionale, Mondiale, sau regionale,sesiuni tematice etc., fapt ce a însemnat nu doar o preocupare exclusiv ştiinţifică medicală, ci de larg interes pentru populaţia globului,ducând adesea la clarificări pentru diagnoză şi tratament, dar mai ales la accentuarea rolului altor actori implicaţi în acest fenomen, din diverse sfere de activităţi, ajungându-se astfel la sublinierea rolului familiei, a şcolii, a managerilor, a prietenilor (în genere).

Specialiştii OMS, conştienţi de complexul de factori care au rol în instalarea şi evoluţia depresiei, dar şi altor boli mintale, au extins înţelegerea sănătăţii (generice) cu introducerea necesară a conceptului mai sus amintit de sănătate mintală. Aceasta a fost caracterizată, drept "o stare de sănătate în care individul îşi realizează abilităţile, poate face faţă tensiunilor normale ale vieţii, poate lucra productiv şi este capabil să contribuie şi el la dezvoltarea comunităţii" (cf. OMS, 2005, apud. "Institutul Naţional de Sănătate Publică" şi „Centrul Naţional de Evaluare şi Promovarea Stării de sănătate"- analiză de situaţie, 2021).

Acelaşi organism mondial enumeră factorii determinanţi ai sănătăţii mintale, adică necesitatea respectării unor reguli şi cunoaşterea fenomenelor biopsihosociale care pot influenţa starea de bine, încât pot zdruncina sănătatea mintală. Trist, dar statistic adevărat, în Uniunea Europeană (conform OMS) cele mai frecvente forme de boli mintale sunt depresia şi anxietatea, iar 1/3 dintre adulţii europeni au afectată sănătatea mintală în timpul unui an. Fiind până în 2020 cea mai frecventă cauză de boală, depresia a contribuit la numărul de 58000 de sinucideri, iar costul aproximativ de 3 – 4% în UE este dat de boli mintale.

Revenind la cauzele determinante ale acestui complex care este depresia, sistematizarea lor cuprinde abordarea aspectelor genetice, a celor familiale, ca şi pe cele legate de stres şi loc de muncă. Această triadă etiologică a fost mult dezvoltată şi îmbunătăţită în ultimele decenii, mai ales că specialişti diverşi s-au alăturat experţilor din domeniul strict al sănătăţii mentale (şi inclusiv a depresiei şi a anxietăţii).Stau mărturie cărţi, compendii, modificări ale DSM şi ICD ca şi studii longitudinale şi transversale pe populaţii din zone diverse de pe glob, cu antecedente diferenţiatoare, cu lipsa perspectivelor de tratament complex (inclusiv psihoterapeutic). Încă din2015, Samuel Pfeifer publică *Depresia – boala modernităţii,* care se doreşte un îndrumar "scurt şi la obiect" pentru suferinzii de depresie. – autorul neuitând să acorde o pondere substanţială rolului credinţei, respectiv rugăciunii şi frecventarea psihoterapeutului (Pfeifer, S. 2015).

Întrucât depresia nu este doar o tulburare mentală, ci afectează capacitatea totală a organismului de detoxifiere, astfel că depresivul prezintă

o *boală sistemică* care afectează întregul organism. Dacă până de curând se ştiau generalităţi despre serotonină, dopamină, norepinefrina - ca neuro transmiţători la nivel central, răspunzători de starea de dispoziţie, cu variaţii, uneori neaşteptate şi brutale - în ultimele două decenii nu s-a urmărit doar producerea antidepresivelor pentru tratament,ci şi descifrarea proceselor cerebrale, tocmai pentru a facilita nu doar diagnoza, cât mai ales tratamentul şi prognoza.

Mănunchiului de cauze ale depresiei, i se adaugă cauzele biologice generate de pubertate, modificările hormonale din perioada postnatală sau menopauză sau în bolile de degenerescenţă. Astfel, apare cu uşurinţă justificarea proporţiei mărite de femei depresive faţă de bărbaţi, inclusiv structura internă de sensibilitate mai mare la femei, posibile vulnerabilităţi încă din primii ani de viaţă, etc. Antecedentelor familiale li s-au dat importanţă deoarece a devenit evident că depresia nu apare din senin, ci de multe ori este rodul unei înmănuncheri de cauze biologice, cărora li se adaugă cele socio-familiale, uneori şi demografice. Cercul celor care pot influenţa apariţia şi evoluţia depresiilor nu se mai limitează strict doar la genitori, ci cuprinde şi antecedentele apropiate în arborele genealogic, familii cu un istoric de tentative suicidare (reuşite sau nu). De asemenea, s-au mai adăugat cauze precum: prezenţa altei boli decât depresia în familie, boli terminale, alcoolismul şi mai recent (deşi vechi de când lumea) consumul excesiv de medicamente şi de droguri. Alături de aceste fenomene la graniţa dintre endogenii, biologic şi social dorim să menţionăm *rolul familiei destrămate* cu tot arsenalul de reacţii ale adulţilor, cel mai adesea puternic negative, familii disfuncţionale prin divorţ, abandon, deces, pierderea susţinătorilor(chiar nefiind legaţi genetic), dezamăgiri în dragoste (mai ales la vârste tinere, dar prezente oriunde şi oricând), ca şi lipsa sensului vieţii (la populaţii din ce în ce mai diverse): la adolescenţi, la adulţi traumatizaţi, la bătrânii care se simt subit inutili.

Întrucât modificările comportamentale nu aduc doar aspecte psihosomatice pentru depresiv, cercetătorii consacraţi au studiat, încercând să aprofundeze vechea accepţie conform căreia depresivul are o doză mai scăzută de serotonină şi norepinefrină fapt ce duce la dezechilibre la nivelul sinapselor din hipotalamus, în genere,din creier. Recent, au fost prezentate rezultatele unor studii amănunţite (chiar dacă o parte s-au făcut doar pe şobolani şi nu pe indivizi umani), subliniind rolul acestor neurotransmiţători (serotonina şi norepinefrina) în fenomenul de echilibrare a acestor mecanisme care stau la baza producerii (fabricării) medicamentelor antidepresive.În acelaşi sens,este subliniată existenţa unui factor RGS8 cu rol deosebit în reglarea serotoninei şi a proteinei G (European Depression Day, 2019).

Orice şcoală de psihiatrie sau de psihologie, concluzionează în legătură cu încadrarea depresiei drept cea mai comună boală psihică, care afectează persoane de toate vârstele, indiferent de apartenenţa la o anume categorie socioprofesională, oriunde pe glob. Totodată, din cauza schimbărilor sociodemografice şi politicoideologice,în ultimele decenii se accentuează prezenţa riscului de creştere a numărului depresiilor, odată cu creşterea pauperităţii, a şomerilor, aspecte legate de trăirea unor evenimente negative în viaţa: decese, divorţuri, boli grave în familie sau chiar o persoană diagnosticată cu depresie, consum exagerat de alcool sau droguri care determină de multe ori decizia de suicid. Mai ales că, empiric sau strict ştiinţific, pe cohorte de participanţi s-a constatat că depresivul, de regulă, se simte stigmatizat (în multe comunităţi, colectivităţi etc.), el fiind acela (alteori familia, şcoala, prietenii), care solicită ajutor, învinovăţindu-i pe cei din jur că nu au cu el o comunicare flexibilă şi încurajatoare, ci dimpotrivă,de multe ori aceasta este rigidă şi dictatorială. Este un strigăt care nu trebuie înăbuşit, ori trecut cu vederea. Iar datele statistice, din diverse zone de pe glob, confirmă unanim această realitate. Să readucem acest fapt în discuţie, cu dorinţa expresă de a fi un nou şi autentic semnal de alarmă pentru această "banală" depresie care ridică foarte mult costurile tratamentelor, dar şi pentru deschiderea pe care ar trebui să o aibă comunitatea, organismele (guvernamentale şi nonguvernamentale) care pot influenţa în bine deciziile depresivului.

Un secol a fost denumit "secolul adolescentului", (sec. XIX), un alt secol (XX) a fost etichetat drept "secolul copilului", acum, începutul de secol XXI pare că nu ar fi exagerat dacă ni se permite să îl denumim "secolul copilului emancipat". Avem în vedere feedback-ul ce urmează după multiplele beneficii ale tehnologiei, ale modernizării diverselor ramuri, nu doar în medicină, ci şi în alte ştiinţe; aceste progrese tehnice au "prins" cel mai repede la copii, care au binecunoscuta imaginaţie în dezvoltare şi creativitate. Ei sunt mici exploratori care au deprins tehnici de operare, pe care adesea adulţii nu le deţin. Acelaşi copil ori puber, care are o dispoziţie tristă, cu note de iritabilitate, retractilitate, chiar dintr-un mediu conflict ogen familial, în faţa calculatorului poate deveni un neîntrecut şi abil copil folosind operaţii dificile, uneori, chiar devenind creativ.

La copil şi adolescent - trecută de multe ori cu vederea de familie - depresia "sapă" la cărămizile viitoarei structuri a personalităţii în formare, modelând în reacţii şi conduite (amintite de noi anterior); acest fapt, se întâmplă până se găseşte formula de adresare la un specialist din clinica de psihiatrie pediatrică şi stabilirea unei legături de psihoterapie adecvată stadiului de evoluţie a depresiei. Episoadele depresiei nu apar chiar din senin, ci ca urmare a unor modificări biologice conjugate, cu cele din mediul extern.

Părinţii ar trebui să fie primii care să observe modificările nuanţate în conduitele copiilor lor, să nu confunde unele trăsături de caracter (în formare), cu moleşeala nejustificată (pentru părinţi) a micuţului şi oricum, să nu intervină în locul specialistului, care după o anamneză amănunţită, însoţită de evaluări cantitative, poate "face ordine" în bruiajul copilului din familia nepriceputǎ, neatentă, neglijentă sau care l-a abandonat moral (şi uneori fizic).

Apelul specialiştilor faţă de adulţi este cu atât mai necesar cu cât pe anumite paliere, unii copii "catalogaţi" ca "ciudaţi", "depresivi" pot avea performanţe. Dar, dificultăţile în menţinerea atenţiei ca şi dispoziţie tristă întipărită pe faţa lor sunt semne pe care părinţii le pot observa şi discuta cu educatorul, învăţătorul, dirigintele. Scăderea interesului pentru activităţi practice (mai ales în grădiniţe), scăderea poftei de mâncare, ochii roşii de nesomn ai copiilor pot trezi interesul profesional al cadrului didactic pentru o eventuală discuţie cu familia. Izolarea mai ales a puberilor, a adolescenţilor cu rezultatele slabe la învăţătură la unele materii din programa de învăţământ este zona în care cei doi poli: educatorul şi familia trebuie să coopereze pentru soluţii viabile. Instabilitatea, plânsul cu uşurinţă, iritabilitatea, o stima de sine scăzută etc. neîntâlnite anterior sunt" piesele" care fac parte integrantă din complexul pe care specialistul îl va cuprinde sintetic în diagnosticul de Depresie.

Oricare ar fi evoluţia depresiei *la copil şi puber*, educatorii sunt pregătiţi să fie liantul între familie(adesea recalcitrantă la auzul etichetei "depresie, psihiatrie etc.) şi educator (grădiniţă, şcoală etc.).Desigur, medicul va aprecia evoluţia şi prognoza depresiei pentru a micşora şansele de evoluţie spre psihoză şi respectiv internarea în clinici de specialitate. Uneori depresia tratată poate fi un episod unic în viaţa puberului sau adolescentului, mai ales dacă a apărut după o pierdere umană sau materială (dispare o rudă apropiată, un prieten, lipsesc mijloacele pentru şcolarizare ulterioară etc.). Dar, acest episod poate reapare, de aceea tratamentul medicamentos cu tot cortegiul modern de antidepresive şi antipsihotice, ar trebui să beneficieze de legătura armonioasă cu psihoterapeutul,de preferat cu elemente empatice pentru copil. Lumea a înţeles că,pentru a discuta şi mai ales a diagnostica depresia, fie ea la copil, la adult, ori la bătrâni trebuie luată în consideraţie o constelaţie de factori de mediu care, oricum, influenţează structura psihică umană, mai ales la vârste mici şi până la 25 de ani, când se presupune că se conturează şi se formează viitoarea matrice a personalităţii individuale.

Autori consacraţi (Comer, R. 1998a)abordează un model de explicaţii cuprinzătoare, de comentarii documentate şi explicative în acelaşi timp,fapt pentru care prezentarea termenilor (deşi strict ştiinţifici) fac parcurgerea

materialului să devină extrem de agreabilă. În conformitate cu rigorile Asociaţiei Psihiatrilor Americani, Ronald Comer a descris tulburarea de tip depresiv plecând de la fapte uşor de observat în familie, în şcoală, în grupul de prieteni: tristeţea însoţită de o energie scăzută, mâhnirea care trebuie acceptată ca prezenţă (la copil, nu doar la adult, ori bătrâni), „copil rău dispus", ori „capricios", stare permanentă de tristeţe trăită intens, „moţăiala diurnă" cu mişcări lente, greoaie ale persoanei. încearcă detalierea cauzelor ce duc la apariţia şi evoluţia depresiei; se afirmă că 18% dintre adulţii din lume trăiesc un episod sever de depresie unipolară în timpul vieţii lor.

În prezent, aria cercetărilor s-a întins pe paliere socioeconomice şi sociodemografice, care nu au exclus rolul efectiv de tampon al familiei, al şcolii, de mijlocitor între copil şi mediu, la apariţia unor semne uşoare de depresie. Cu siguranţă, cercetări viitoare în laboratoare de mare performanţă tehnologică, dar şi cele de teren, pe grupuri foarte mari, diverse din punct de vedere el componenţei (vârstă, sex, religie, nivel de cultură etc.) vor aduce date suplimentare la completarea tabloului (deja complex) al cauzelor, ca şi vor contribui la structurarea conduitelor de ajutorare a depresivilor, pentru a stopa eventuala tendinţă de suicid. Această tendinţă apare când depresia tronează,nu este tratată, ori e de intensitate medie sau majoră, iar cei din jur nu au avut înţelepciunea de a comunica deschis, empatic cu persoana; ştiut fiind faptul că a comunica devine unealta principală de interrelaţie

Conform studiilor recente, depresia este prezentă chiar sub nouă ani, considerându-se specifică iritabilitatea şi nu o tristeţe prelungită (cum apare la adult în momente delicate, ori la bătrâni când nu-şi pot expune bogăţia cunoştinţelor, ori a valorilor care i-au dominat, care i-au format şi pe care le consideră necesar de "absorbit" chiar de nepoţii lor. Copilul şi puberul se supără cu uşurinţă (chiar fără motiv), nu are "chef să facă nimic" (cum spun adesea adulţii despre el) şi ca atare, aproape orice reacţie a altora din jur îi deranjează, îi face să izbucnească verbal sau fizic. Pe acest fond de sensibilitate şi vulnerabilitate (probabil genetică) se pot adăuga conflicte în mediul familial (sau şcolar când este deja elev) şi "candidatul nostru la umanitate", devine mai puţin sigur pe reacţiile lui, iar întru-un mediu tarat (ostil) poate avea acte (acţiuni) a căror desfăşurare părinţii sau profesorii nu o pot anticipa. De multe ori,somnul se dereglează, fapt ce întăreşte ideea că depresia (indiferent de forma şi de vârstă la care apare) are o componentă biologică (transmisiile intersinaptice din scoarţă)bine determinată.

Cel mai dificil pentru adult, profesor sau părinte, dar şi pentru puber sau adolescent este efortul de a percepe depresia ca pe o modificare comportamentală, multifaţetată şi nu ca o "obrăznicie" ori o "încăpăţânare"; etichetat astfel, va deveni aproape sigur "revoltat" sau violent.

Conform ICD10 şi DSM V criteriile principale pentru a fixa un diagnostic de depresie trebuie să includă (pentru copil):

- dispoziţii triste, mai mult de 12 săptămâni, predominant iritabilă,
- scăderea energiei, oboseala instalată rapid,
- reducerea interesului pentru orice activitate plăcută,
- dificultăţi evidente în menţinerea atenţiei şi de a elabora decizii simple,
- scăderea poftei de mâncare şi reducerea greutăţii,
- idei şi gânduri pesimiste despre viitor, lipsa speranţei,
- idei de suicid şi autovătămare,

Chiar dacă anterior am prezentat generic cauzele depresiei la copil/puber şi adolescent, considerăm că apelul la surse consacrate precum ICD10 şi DSM V vor "cimenta" expunerea noastră şi vor folosi nu doar părinţilor ci şi cadrelor didactice, care, cel puţin în România reclamau (până la instalarea pandemiei), că elevii(destul de mulţi), vin obosiţi la şcoală, probabil cu ore puţine de somn, sunt adesea iritabili etc. Dacă la copil nu este obligatoriu să fie prezente chiar toate schemele enumerate de manualele consacrate, la adolescent (uneori şi la puber) pot fi prezente semne care ar fi cazul să necesite intervenţia familiei având în vedere modificările din conduita copiilor lor:

- lipsa comunicării cu părinţii şi chiar cu prietenii,
- apare plânsul frecvent, este fără chef, trist, pare obosit,
- adesea doarme puţin sau se trezeşte frecvent noaptea,
- are o stare de plictiseală, este blazat şi frecvent refuză acţiuni care ulterior îi erau plăcute,
- începe să aibă rezultate scăzute la şcoală (scade performanţa vizibil!),
- devine agresiv (mai ales la şcoală) sau absentează uneori fără motiv,
- stima de sine este mult scăzută şi adesea prezintă idei de inutilitate,
- pe corp are vânătăi şi răni (pe mâini, pe faţă, pe spate) pentru care nu are explicaţii certe.

Notăm că aceste semne(unele dintre ele apar şi la cei mai mici ca vârstă) nu trebuie trecute cu vederea de familie, iar la puber/adolescent, dată fiind şi evoluţia biologică specifică vârstei ("explozii hormonale"), unele manifestări pot fi acute, mai evidente decât la copil, fapt ce nu ar trebui să întârzie un control la medicul specialist. Se ştie că depresia poate evolua atât spre vindecare, cât spre agravare. De aceea,psihiatrii, psihologii, medicii, organismele şi organizaţiile naţionale, mondiale, insistă şi fac un apel conştient şi adecvat de "rupere" a unor bariere existente în ideea adresării în timpul util la medicul specialist. Tratamentul este adaptat "din mers", graţie progreselor tehnologice ale farmacologiei, ale medicinii, ale ştiinţelor cibernetice etc., dar baza rămâne aceeaşi: antidepresive (cu doze şi perioade

de relaxare stabilită de medic), lucrul în echipă, cu ajutorul afectiv al psihoterapeutului (totul în funcţie de gradul de severitate a depresiei).

Etape extrem de importante pentru întreaga dezvoltare ulterioară fizică şi psihică(copilărie, pubertate, adolescenţă) au ţinut şi ţin treaz interesul specialiştilor pentru înţelegerea lor în ansamblul psihismului uman, urmărindu-se din ce în ce mai pregnant nu doar definirea şi sub-etapele lor, dar mai ales importanţa pentru viitoarea calitate a vieţii adultului. Dezvoltarea inegală (deşi ascendentă) din timpul copilăriei, devine foarte interesantă de urmărit nu doar de către specialişti (psihologi, pedagogi, medici etc.), dar mai ales de părinţi, de familie, ştiut fiind faptul că familia reprezintă "cuibul" în care se formează idei, gânduri, sentimente, dorinţe, motivaţii etc., influenţă majoră care contribuie la structurarea viitoarei personalităţi. Eventualele neîmpliniri ale copilului şi mai târziu ale puberului şi adolescentului, izvorâte din suferinţe şi conflictele intrafamiliale, violenţele, abandonul fizic şi moral, neglijenţa şi chiar nepriceperea sunt tot atâtea cărămizi care, mai târziu, vor alcătui fundamentul stării adultului (şubrezită adesea de la vârste mici) şi în ansamblu vor da culoare stării de sănătate fizică şi mentală.

Preocupările tot mai concertante din întreaga lume nu s-au diminuat, dimpotrivă s-au multiplicat, scopul final fiind identificarea (conform standardelor actuale)numărului de copii şi adolescenţi depresivi (diagnosticaţi), cât mai ales efectuarea unei breşe în cutumele conform cărora depresia nu se înregistrează decât la adulţi şi bătrâni. Inutil să afirmăm că toate aceste eforturi s-au centrat în aceeaşi măsură pe decelarea cauzelor interne genetice, psihice dar mai ales influenţa celor socioeconomice, care în actualele condiţii de dinamică socială globală nu pot lăsa copiii şi tinerii fără modificări adesea grave.

Prin intermediul inventarelor, care au fost aplicate în 11 din ţările Uniunii Europene, prin studiul "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) pentru 12395 de adolescenţi, 44, 92% băieţi şi 55, 08% fete, vârsta medie fiind de 14,81 ani s-au găsit diferenţe semnificative în ceea ce priveşte prevalenţa depresiv - non depresiv;depresia a variat efectiv de la 7,1% la 19,4%. Cu cele mai puţine diagnostice de depresie se înscrie Ungaria 7,1%, Austria 7,6%, România 7,6%, iar cu cele mai multe Franţa 15,4% şi Germania 12,9%.Notăm că Wang şi colaboratorii (Sun, S., Wang, S. 2015) au studiat apariţia disfuncţiilor psihice în perioada pandemiei (COVID-19) şi au concluzionat în legătură cu acestea, că cele mai multe modificări psihice sunt de tip anxios – depresiv conform unor scale de evaluare şi autoevaluare a depresiei pentru copii (Depression Self Rating Scale for Children) - (DSPA - Cronbachα=0.73) şi Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED) unde Cronbach a fost α=0,43 - 0,89. Tulburările care au îngrozit

Planeta au fost resimţite şi în România, întrucât efectele pandemiei au fost multiple: medicale, psihice, sociale. Adesea, nediagnosticaţi ca depresivi, adolescenţii (cca 50% în România) fac episoade depresive(unele grave) în plină tinereţe, cu evoluţie cronică, recurentă şi afectează parcursul educaţional, profesional şi social al unui contigent foarte important pentru funcţionarea bio-psiho-socială: muncă, activitate, interrelaţii umane, eficienţă şi eficacitate etc. În conformitate cu Organizaţia Mondială a Sănătăţii tulburările de tip *anxios şi depresiv* se înscriu între primele cinci cauze ale bolilor copiilor şi adolescenţilor, uneori fiind chiar principala cauză de moarte prin sinucidere pentru cei între 10 şi 19 ani (Comer, R. 1998b). O altă instituţie de prestigiu internaţional *OMS* a publicat în 2016 rezultatele unui studiu din care rezultă cei 10% dintre băieţii participanţi la studiu şi 14% dintre fete au declarat că se "simţeau trişti" mai des decât o dată pe săptămână, în ultimele 6 luni, studiu efectuat pe 28 de ţări din Europa.

Studiile internaţionale apreciază, referitor la România, că datele concrete privind existenţa şi evoluţia depresiei (diagnosticată) sunt mult mai mici raportate la cele internaţionale. Una dintre situaţii care ar explica doar parţial acest fenomen şi este deja una cunoscută: starea generală (inclusiv sănătatea mentală) a copiilor şi adolescenţilor care au *părinţi plecaţi la muncă în străinătate* (Comer, R. 1998c).Revenind la abordarea acestei probleme complexe şi delicate - depresia la copii şi adolescenţi - s-a constatat că o doar parte din cei care ajung să fie diagnosticaţi de specialişti ajung să acuze suferinţe mintale şi psihice la medicul de familie. Conform CNSIPS – INSP(Centrul Naţional de Statistică şi Informatică în Sănătate Publică), în România, în perioada 2013 -2019 numărul tinerilor cu depresie a avut o curbă ascendentă de la 165473 (în 2003),la 229703 (în 2019), aceştia rămânând (în mare parte) în evidenţa medicului de familie;acest lucru deoarece în ţara noastră încă există o "concepţie" total dăunătoare conform căreia o mare parte din populaţie consideră adresarea la medicul psihiatru este o ruşine(ei “nu sunt nebuni”, sunt bolnavi, nu au ce căuta la psihiatru sau la psiholog). Din totalul de 45131 de cazuri diagnosticate cu depresie conform ICD-10, numărul de fete este mai mare decât cel al băieţilor, diferenţă care se menţine şi în viaţă adultă, femeile fiind mai vulnerabile şi se adresează mai frecvent medicilor; în mod evident, numărul diagnosticelor la femei adulte este mai mare decât al bărbaţilor. Raportul este de 14868 băieţi diagnosticaţi cu depresie faţă de 30263 de fete depresive. Pe judeţe,în România situaţia arată diferenţe vizibile: cel mai mare număr de copii şi adolescenţi diagnosticaţi ca depresivi se întâlneşte în: Bihor, Vaslui, Sibiu, iar cel mai mic număr este înregistrat în Vrancea şi Bistriţa (conform CNSIPS - Centrul Naţional de Statistică şi Informatică în Sănătate Publică).

Depresia la adult

Cel mai adesea depresia este asociată cu anxietatea, indiferent care debutează iniţial. Medicii psihiatri urmărind apariţia şi evoluţia depresiilor la adulţi au sesizat ca aceste simptome pot fi însoţite de consum (adesea abuz) de substanţe care dau dependenţă şi pot apare idei de inutilitate concretizată în idei ori tentative de suicid. Interesul pentru studiul depresiei la adultul tânăr şi la adulţii în plină maturitate, are o motivaţie simplă: pe de o parte, descifrarea cauzelor care duc la modificări ale conduitelor adulţilor, iar pe de altă parte, interesul social. Trebuie înţeles că în orice ţară (dezvoltată sau mai puţin dezvoltată) segmentul de vârstă 31- 50 de ani este cel mai solicitat şi eficient pentru autorităţile productive. Îmbolnăvirea, în planul global al sănătăţii mentale, nu are cum să nu inducă modificări evidente în randamentul individual şi material, în scăderea performanţei colective ori de grup (spre exemplu, se constată frecvente simptome somatice, dar şi reducerea libidoului (Cosman D., Coman H. 2018a). De asemenea, există şi pericolul unor tentative de suicid şi chiar *sinucideri reuşite*, întrucât mijloacele moderne de informare nu aduc doar aspecte pozitive ci şi o influenţă în timp, un gen de "manipulare tacită", astfel că frecvenţa acestor modalităţi de a sfârşi cu viaţa este mai mare decât la alte categorii de vârstă (Cosman D., Coman H. 2018b).

O viziune necesară: depresia post-partum

Graviditatea, fenomenul naşterii mai ales,este o trăire deosebită pentru femei, dar şi pentru omenire în genere. Uneori, cu probleme anterioare naşterii, cupluri cu disfuncţii şi conflicte, alteori în perioada imediat următoare naşterii, sau la 2-3 luni de la naştere, din varii motive fie ele medicale dar mai ales sociale, femeile trec prin episoade depresive, adesea şi anxioase, de durate şi intensităţi diferite. După unele studii, femeile care trec prin depresie post partum sunt femeile triste, care plâng cu multă uşurinţă, adesea au dificultăţi de inter relaţionare chiar în familie, au grade diferite de anxietate, oboseală permanentă, insomnii, nemulţumiri multiple (mai ales când nu au sprijin moral şi material din familie, respectiv din partea partenerului), sunt nervoase, iritate trăiesc o teamă exagerată că nu vor reuşi să fie "bune mame" etc. Asociaţia Psihiatrilor Americani notează chiar că sindromul general de depresie post partum este întâlnit la 50- 80% dintre femei, iar 0,1% - 0,2% dintre cele care au născut recent, trec(netratate, neîngrijite post-terapeutic) prin depresie post-partum, iar în cadrul severităţii depresiei ajung la sinucidere şi mai rar, chiar îşi omoară nou născutul (Cosman D., Coman H. 2018c).

Depresia la vârsta a III-a – sau "boala singurătăţii"

Cunoscute fiind modificările psihologice, uneori şi sociomorale, pe care vârstnicii le traversează adesea cu dificultate, se acceptă - după clasificări diferite în funcţie de zonă, orientare medicală, dezvoltarea socioeconomică a ţării (continentului) - că după 60- 65 de ani se vorbeşte de prima parte a bătrâneţii. De aceea, autori de orientări ştiinţifice diferite acordă atenţie tulburărilor care alcătuiesc "depresia" şi o caracterizează prin trăiri de intensitate a unor emoţii negative (funcţie de foarte mulţi factori), iar asocierea tristeţii accentuate cu simptome somatice este destul de frecventă. În multe zone ale lumii, vârstnicii trăiesc adesea cu gândul în trecutul lor, amintind de reuşite şi, dacă nu sunt stimulaţi să ofere din experienţa lor de viaţă şi de înţelepciune (adăugată psihismului cu vârsta), devin mai retractili, mai puţin comunicativi, gândurile lor sunt puternic îndreptate spre sfârşitul pe care şi-l doresc, iar moartea ca fenomen firesc este prezentă ca o soluţie.

Aceştia experimentează episoade depresive "în salve", cu repetiţii, în ciuda tratamentului cu antidepresive, la care nici măcar rezultatele nu sunt cele aşteptate. Nu este de mirare că numărul tentativelor de suicid (adesea reuşite) este mare, tocmai pentru că vârstnicii consideră că nu mai au niciun rost, niciun aport în familie ori societate, că nu au fost ascultaţi cum ar fi meritat. Un capitol aparte din studiile recente şi nu doar, îl constituie preocuparea adusă de specialişti faţă de situaţia medico-psihologică a bătrânilor singuri. Evoluţia socială complexă, dominată de factori predictibili şi impredictibili configurează o dinamică scenică de tendinţe prefigurate care obligă actorii la un efort considerabil de adaptare.

Diferite abordări ale depresiei

Oricare ar fi abordarea faţă de fenomenul complex care este depresia, fie ele explicaţii psihanalitice, psihodinamice, biologice (inclusiv ereditatea familiei),teorii comportamentale, cognitive, socioculturale (identificând diferenţieri după: sex, vârstă, zonă socioculturală, statut educaţional şi familial), toate converg spre un numitor comun care reprezintă ruperea legăturilor de funcţionalitate normală între cei doi poli: persoana cu risc (sau fără) care intră în depresie şi evoluţia acesteia cu particularităţi extrem de nuanţate.

Adepţii curentului genetic în ştiinţele sociale au desigur un cuvânt consistent de spus pentru a sugera specialiştilor şi nonspecialiştilor importanţa care trebuie acordată deficienţelor care apar la nivelul celor doi neurotransmiţători: serotonina şi norepinefrina, răspunzând de apariţia şi evoluţia în timp imposibil de apreciat, a depresiei. Totodată, o serie de

factori hormonali sunt de luat în calcul, mai ales în anumite perioade de dezvoltare a insului, la anumite vârste şi în anumite conjuncturi (de exemplu, prezenţa unor boli grave cu afectarea sistemului hormonal). Global, teoreticienii geneticii moderne insistă pe sublinierea rolului predispoziţiei către evoluţia biopsihologică anormală (mai ales în depresia unipolară).

Perspectiva pe care au deschis-o adepţii teoriilor psihanalitice vizează experienţa reală trăită de fiecare sau pierderile (suferinţele) care pot fi întâlnite şi resimţite ca sentimente faţă de un obiect câştigat şi care poate ajunge să provoace mânie, furie pentru sine, mai ales în partea a doua a vieţii.

Punctul de vedere comportamental include şi disputele specialiştilor din domeniul behaviorismului,care arătau de câteva decenii că întăririle sociale sunt în mod special importante pentru depresivi. Subiecţii depresivi tind să experimenteze mai puţine întăriri sociale de tip pozitiv decât cei nondepresivi. Persoanele depresive ar fi victimele unor *împrejurări sociale semnificative*. Este importantă rata întăririlor pozitive, pentru oricine, dar mai ales pentru depresivi, pentru că aceştia din urmă, au tendinţa să dezvolte mai puţine comportamente pozitive, fapt ce poate conduce, în timp, la apariţia depresiei.

În explicaţiile lor,cognitiviştii, accentuează existenţa gândirii maladaptative şi deprinderea (învăţarea) nefericirii. Aaron Beck afirma că gândirea negativă - mai degrabă decât conflictele ori întăririle pozitive - ajung în "inima depresiei" (Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. 1961). Cei doi piloni ai cognitiviştilor se referă în special la gândurile maladaptative (iraţionale) şi la deprinderea (învăţarea) nefericirii (Comer, R. 1998d).

Specialiştii citaţi anterior, care acordă o atenţie deosebită influenţelor socioculturale (acest lucru nu înseamnă că nu acceptă generic datele celorlalte curente explicative ale depresiei) vor să impună ca fir central în înţelegerea acestui fenomen atotcuprinzător, structura socială în sens mai larg, în care trăieşte persoana. Evenimentele încărcate de stres şi oboseală fac să apară (determină) piedici în cazurile depresivilor. Una dintre concluzii ar fi că, un anume context social poate avea un impact evident (chiar major) în depresie, care ajunge să se extindă chiar asupra interrelaţiilor sociale. Riscul acesta este prezent în orice ţară, din orice cultură, dar cu variaţii intime în raport de cultură şi educaţie. Mai mult sau mai puţin, neluată în seamă după o modificare patologică globală, a organismului şi nu doar o dispoziţie tristă, cu energie puţină şi lipsă de concentrare, depresia "concurează" ca extindere şi dificultate de evaluare, diagnostic şi tratament, cu bolile cardiovasculare, diabetul etc. Este acceptat că există diferenţe structurale, genetice, socioeconomice şi demografice (mai ales în ultimele decenii), iar aceste

diferenţe sunt semnificativ (obiectiv) ca prezenţă mai mare la femei decât la bărbaţi. Sunt mii de studii în acest seendicottns, pe cohorte de populaţie, cu loturi de control etc., iar provocarea pe care o trăim de câteva decenii, s-a concretizat nu doar în atenţionări şi semnale de alarmă, ci şi în studii nuanţate şi bine structurate, astfel încât datele carene sunt oferite sunt documentate fără tăgadă pe tot globul.

Putem măsura depresia?

Evaluarea atentă constituie o parte esenţială a practicii clinice. Printr-o evaluare corectă, se poate stabili un psihodiagnostic cât mai cert, de la care derivă apoi opţiunile posibile de tratament, monitorizarea evoluţiei tulburărilor şi ajustarea schemelor terapeutice. În prezent, există numeroase instrumente pentru măsurarea depresiei, precizia multora dintre ele fiind confirmată prin studii empirice sau revizuiri ale literaturii de specialitate şi metaanalize. Majoritatea acestor instrumente, cuprind atât interviuri, cât şi măsuri de autoraportare, putând fi folosite pentru screening, diagnoză şi monitorizare, dar şi in demersuri de cercetare ştiinţifică, fiind demonstrat faptul că sunt valide şi consistente, majoritatea dintre ele fiind disponibile gratuit. De aceea, Asociaţia Psihologilor Americani recomandă clinicienilor să analizeze cu mare atenţie literatura evidence-based pentru a alege cel mai adecvat instrument, în funcţie de scopul utilizării şi de caracteristicile persoanei sau grupului în care va fi aplicat.

Inventarul de depresie Beck (Beck depression inventory - BDI). Pentru psihologi, uneori şi pentru medici este nevoie de o cunoaştere a câtorva instrumente în domeniul evaluării depresiei. Unul dintre cele mai cunoscute instrumente şi intensiv folosit pentru screeningul depresiei şi pentru măsurarea manifestărilor comportamentale şi a severităţii depresiei este Beck Depression Inventory. El poate fi folosit la persoane cu vârste cuprinse între 13 şi 80 de ani, cuprinde 21 de itemi de tip autoraportare cu variante de răspuns multiple, folosind o scală Likert în patru trepte, unde 0 – absent şi 3 – sever (cu privire la simptomul prezentat în item). În final scorul total se calculează prin însumare, putând fi cuprins între 0 şi 63. Scorurile de la 0 la 13 denotă depresie minimă, scorurile de la 14 la 19 denotă depresie uşoară, scorurile de la 20 la 28 indică depresie moderată şi scorurile de şa 29 la 63 denotă depresie severă. Durata completării este de aproximativ 10 minute, iar validitatea şi consistenţa internă au fost testate pe cele mai diverse populaţii clinice şi nonclinice din numeroase ţări, fiind considerate ridicate. Graţie eforturilor unor buni colegi, buni specialişti şi foarte documentaţi, dispunem în prezent de varianta revizuită a instrumentului

(BDI-II), tradusă în limba română, fiind adaptată şi etalonată pe populaţia românească şi este disponibilă contra cost, pe bază de licenţiere, la Romanian Psychological Testing Services (RTS Cluj. (BDI – II constituie o revizuire substanţială a versiunii originale BDI).

Scala pentru depresie a centrului de studii epidemiologice (center for epidemiologic studies depression scale -CES-D). Această scală a fost proiectată pentru a fi utilizată la populaţia generală şi este folosită în prezent pentru screeningul depresiei în cabinetele clinice. Cuprinde 20 de itemi de tip autoraportare şi sunt scoraţi pe o unealtă tip foarte cunoscută: Likert în patru trepte şi măsoară dimensiunile majore ale depresiei experimentate în ultima săptămână. Scorul scalei CES-D se calculează prin însumarea scorului fiecărui item şi poate lua valori de la 0 la 60, scorurile ridicate indicând simptome mai multe sau frecvenţă mai mare de apariţie a lor. Poate fi utilizată la copii de la vârsta de şase ani şi până la adulţi. A fost testată pe populaţii masculine şi feminine de toate vârstele şi din culturi diferite, menţinându-şi proprietăţile psihometrice. Duarata completării este de aproximativ 20 de minute, inclusiv scorarea.

EQ-5D. Instrumentul standardizat care aduce descrierea şi evaluarea calităţii vieţii în sfera sănătăţii este EQ-5D. El măsoară calitatea vieţii în cinci domenii: mobilitate, autoîngrijire, activităţi uzuale, durere/disconfort şi anxietate/depresie. Acesta s-a dezvoltat ca măsură pentru calitatea vieţii cu privire la starea de sănătate de către un grup de cercetători europeni, *EuroQol Group*. Se apreciază că persoanele pot completa chestionarul în mai puţin de cinci minute. Există o versiune pentru adulţi (peste 16 ani) şi o altă versiune pentru copii şi adolescenţi (EQ-5D-Y, de la 8 la 15 ani). Acest instrument este disponibil în numeroase limbi şi este folosit la nivel global. Poate fi accesat online la EuroQol (unde sunt disponibile exemple şi demonstraţii de utilizare).

Scala Hamilton de evaluare a depresiei (Hamilton depression rating scale - HAM-D). Veche şi permanent folosită, scala regăsită sub abrevierile HDRS, HRSD sau HAM-D, măsoară depresia înainte, în timpul şi după tratament. Ea poate fi administrată exclusiv de către specialişti, cuprinde 21 de itemi, dar se scorează pe baza primilor 17, care se măsoară fie pe o scală Likert în cinci trepte, fie în trei trepte. Cei patru itemi adiţionali se referă la variaţia diurnă a dispoziţiei, de realizarea, simptomele paranoide şi cele obsesionale şi au fost excluşi fie din cauză că ei nu măsoară depresia sau intensitatea ei, fie că apar prea rar în sindromul depresiv Itemii au fost selecţionaţi din experienţa interviurilor clinice cu pacienţii depresivi şi din descrierile clinice din tratatele de specialitate. Scala a fost utilizată în mai multe variante, cu 17 itemi, 21 itemi sau cu 24 itemi (itemii adiţionali au fost: lipsa de ajutor, lipsa de speranţă şi lipsa de valoare). În timp, în ultimii ani s-a

ajuns la versiunea cu 21 itemi care a devenit astfel versiunea „standard" pentru utilizări clinice sau de cercetare. De regulă, 11 itemi sunt evaluaţi pe o scală 0-4 şi restul itemilor pe o scală 0-2. Pe baza scorului fiecărui item se calculează scorul general al scalei, care este cel mai frecvent raportat în lucrări ştiinţifice. Pentru scala cu 17 itemi, scorul total poate lua valori de la 0 la 50, iar pentru scala cu 21 itemi scorul poate lua valori de la 0 la 62. Scala Hamilton nu furnizează „scoruri prag" (*cut-off points*), dar în practica clinică este în general agreat că un scor de 7-17 semnifică o depresie uşoară, 18-24 reprezintă o depresie medie, iar un scor peste 25 o depresie de severitate mare (Endicott şi colab. 1981) Durata completării este de 15-20 de minute. Scala poate fi folosită gratuit şi este disponibilă online.

Scala Montgomery-Asberg de măsurare a depresiei (Montgomery-Asberg Depression rating scale -MADRS). Această scala conţine 10 itemi şi măsoară severitatea depresiei la persoane cu vârsta peste 18 ani. Fiecare item se scorează pe o scală Likert în şapte trepte (în care 0 – absenţa simptomului şi 6 – frecvenţa şi intensitatea cea mai ridicată a simptomului). Instrumentul reprezintă o adaptare a scalei Hamilton şi are o sensibilitate mai mare la schimbările în timp. De regulă, se administrează sub formă de interviu amănunţit, cu unele întrebări de clarificare din partea clinicianului. Sunt acceptate următoarele niveluri de intensitate ale depresiei: 0-6 - absenţa depresiei, 7-19 - depresie minoră, 20-34 – depresie moderată şi 35-60 = depresie severă (Snaith et al., 1986). Durata completării este de 20-30 de minute. Scala este disponibilă online, gratuit (cu condiţia respectării drepturilor de autor).

Sistemul de evaluare comportamentală pentru copii (behavior assessment system for children - BASC). Instrumentul este proiectat să evalueze tulburările emoţionale, constructele de personalitate şi problemele comportamentale ale persoanelor cu vârste cuprinse între 2 şi 12 ani, din trei perspective, cea a profesorului, a părintelui şi cea personală (de la 8 ani). durata administrării poate varia în funcţie de variantă, între 20 şi 30 de minute. cea originală este disponibilă exclusiv contra cost şi cu respectarea drepturilor de autor. a fost tradus în limba română, adaptat şi etalonat pe populaţia românească (fiind accesibil contra cost la test central).

Lista de comportamente ale copilului (child behavior checklist - CDCL). Profilele de comportament ale copilului sunt destinate evaluării copiilor şi adolescenţilor cu vârste cuprinse între 6 şi 18 ani. Acesta este un instrument standardizat care se administrează părinţilor în vederea măsurării competenţei sociale şi a problemelor de comportament ale copilului. Există şi forme adresate părinţilor, dar şi forme de autoraportare (de la 11 ani). Instrumentul este tradus în limba română, adaptat şi etalonat pe populaţia

românească (Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric) şi poate fi achiziţionat pe bază de licenţiere de la Romanian Psychological Testing Services (RTS Cluj). Utilizând chestionarele ASEBA se pot obţine rapid date standardizate referitoare la un spectru larg de competenţe, comportamente adaptative şi probleme. Spre deosebire de majoritatea scalelor standardizate, chestionarele ASEBA permit obţinerea unor descrieri individualizate, acestea incluzând şi întrebări deschise care vizează punctele tari şi aspectele îngrijorătoare legate de comportamentul copilului evaluat. Durata completării este de aproximativ 5-10 minute.

Inventarul pentru măsurarea depresiei la copii (children's depression inventory - CDI). Inventarul cdi este o modificare a inventarului de depresie beck pentru adulţi şi evaluează severitatea depresiei la copii şi adolescenţi cu vârste cuprinse între 7 şi 17 ani. două scale măsoară problemele emoţionale şi funcţionale. sunt disponibile trei forme separate, una pentru părinţi (cu 17 itemi), una pentru profesori (cu 12 itemi) şi una de autoraportare (cu 28 de itemi). administrarea durează aproximativ 5-15 minute. scala poate fi utilizată exclusiv cu acordul autorilor şi poate fi obţinută contra cost de la pearson assessment.

Chestionarul de măsurare a sănătăţii pacientului (patient health questionnaire -PHQ-9). Acest chestionar este un instrument de autoraportare proiectat pentru screeningul simptomelor depresive. Are ca punct de plecare criteriile de diagnostic pentru depresie din DSM-IV, dar şi alte simptome specifice. Răspunsurile la itemi se oferă pe o scală Likert în patru trepte, unde 0 – deloc şi 3 – aproape zilnic, scorul global putând fi cuprins între 0 şi 27. Este unanim acceptat faptul că un scor peste 10 reflectă prezenţa depresiei majore. Este disponibil în mai multe limbi şi se poate accesa online gratuit cu respectarea drepturilor de autor. Durata completării este de aproximativ 10 minute, la fel şi durata analizării acestuia de către clinician.

Chestionarul funcţionării sociale (social functioning questionnaire -SFQ). Este un instrument de autoraportare care măsoară funcţionarea socială în ultimele două săptămâni. Se adresează adulţilor şi cuprinde opt itemi, cu variante de răspuns pe o scală Likert în patru trepte, unde 0 – în majoritatea timpului şi 3 – deloc/niciodată. Scorurile pot fi cuprinse între 0 şi 24. Instrumentul poate fi utilizat gratuit, cu respectarea drepturilor de autor. Administrarea durează aproximativ patru minute.

Scala pentru măsurarea depresiei în geriatrie (geriatric depression scale -GDS). Instrumentul este special conceput pentru screeningul şi măsurarea depresiei la persoanele vârstnice. Cuprinde 30 de itemi cu variante de răspuns dihotomice, da sau nu, pentru a veni în sprijinul persoanelor cu disfuncţii cognitive. Răspunsurile afirmative se notează cu 1,

iar cele negative se notează cu 0. Scorurile mai mici de 10-11 se află la limita dintre existenţa şi inexistenţa depresiei. Itemii se referă la modul în care s-a simţit persoana într-un anumit interval de timp. GDS este disponibil online gratuit, fiind oferit de *Stanford University*. Completarea durează 5-7 minute.

Scalele de depresie, anxietate şi stres (depression, anxiety, and strees scales -DASS21). Instrumentul cuprinde 21 de itemi, câte şapte pentru depresie, anxietate şi stres şi măsoară nivelul acestora pentru ultimele două săptămâni. Răspunsurile se oferă pe o scală Likert în patru trepte, unde 0 – nu mi s-a potrivit şi 3 – mi s-a potrivit foarte mult sau aproape tot timpul. Pentru a obţine scorul global pentru depresie, punctajele oferite pentru cei şapte itemi aferenţi acesteia se înmulţesc cu doi. Se consideră că scorurile cuprinse între 0-9 reflectă un nivel normal, 10-13 nivel scăzut, 14-20 nivel moderat, 21-27 nivel sever şi peste 28 nivel extrem de sever. Deşi scala este disponibilă online, a fost tradusă în limba română, adaptată şi etalonată pe populaţia românească şi este disponibilă pe bază de licenţiere la Cognitrom Cluj.

Concluzii

Tristeţea, durerea, însingurarea, lipsa de energie, starea de "leneveală", senzaţia de inutilitate şi multe altele, intră în complexul sistem *depresie*. Prezentul material nu ar fi putut şi nu a fost scopul rezolvării exhaustive a multitudinii de probleme pe care le implică stările depresive, indiferent de durata, intensitatea lor, zona geografică, elementele definitorii ale personalităţilor umane care trec, nu o singură dată, de regulă prin fenomenul depresiv.

Cu certitudine, în prezent, mai mult decât în urmă cu 2-3 decenii, preocupările specialiştilor ca şi a organismelor naţionale, regionale, internaţionale, mondiale s-au amplificat, au cuprins cohorte de persoane din medii socioculturale şi demografice din ce în ce mai diverse şi sunt unele concluzii îmbucurătoare. Se acceptă quasi unanim, alături de politicile de sănătate publică şi sănătate mentală, că depresia este una din cele mai prezente boli psihice, interesând persoane de oriunde pe glob, indiferent de vârstă ori statut socioeconomic şi cultural (din moment ce a fost diagnosticată şi la copii).

De asemenea, graţie multitudinii de studii transversale şi longitudinale efectuate constant în ultimele două decenii, concomitent cu amplificarea fenomenologiei generată de migraţie, şomaj, pericole grave, prezenţa pandemiei, a crescut enorm şansa ca numărul depresivilor să crească. În acelaşi sens şi pe acelaşi palier de studii, de regulă efectuate de echipe complexe de specialişti, se adaugă influenţarea trăirilor diagnosticate

după depresie ca rezultantă a exacerbării numărului de divorţuri, creşterii celor care consumă alcool în exces, boli grave (comorbidităţi), pătrunderea consumului de droguri, în medii dintre cele mai diferite, scăderea vârstei la care apare consumul de alcool şi droguri (elevi) şi mărirea accesibilităţii de procurare a acestora. Multe dintre aceste aspecte, separat sau reunite, duc la idei negative în mentalul omului care crede că soluţia este să îşi grăbească sfârşitul tristeţii, depresiei, prin tentative de suicid, adesea reuşite. Nu doar suicidul are o rată mult mai mare, el a existat şi va exista în orice societate, de aceea strigătele (de multe ori neauzite) de ajutor trebuie luate în atenţia familiilor, specialiştilor pentru a ajuta la tratamentul depresiei, implicit la scăderea numărului de vieţi, astfel pierdute.

Psihologi, psihoterapeuţi, sociologi, asistenţi sociali sau pur şi simplu familiile în care apar semne ale depresiei (mai ales dacă a fost diagnosticată de medicul specialist) fac eforturi pentru a realiza cu aceste persoane suferinde o comunicare adecvată. Preocuparea pentru "zdruncinarea" sănătăţii mentale, din cauza bolilor ori simptomelor psihopatologice, a fost şi este între preocupările noastre, din urmă cu două decenii (când ţara trecea printr-o tranziţie prelungită şi aducătoare de disfuncţii pe multiple planuri, la persoane de ambele sexe, indiferent de educaţie şi pregătire profesională). Astfel, stă mărturie un material elaborat în 1999 şi publicat în Revista de Psihologie numărul 45, 1-2 Editura Academiei Române împreună cu Sava Nuţ de la Universitatea de Vest din Timişoara, autoarele acestor rânduri intitulând articolul "Anxietate, depresie în perioada de tranziţie". De ce am adus în discuţie acest material care poate părea depăşit? Pentru un motiv simplu şi evident. În prezent, în România şi pe glob sunt mii, zeci de mii, milioane de victime ale pandemiei de COVID-19, fapt ce arată asemănări între modificările globale de personalitate în tranziţia de după 1989 în România (şi nu numai)şi reactivitatea amplă din prezent; acest fapt ar putea determina specialiştii la toate nivelele, să privească cu mai multă deschidere, cu atenţie concentrată fenomenologia pe care o generează atari "viruşi" fie ei de tip medical, ori socioeconomic şi demografic.

Cercetările specialiştilor se îndreaptă spre expunerea rezultatelor studiilor, tocmai pentru ca depresivii să coopereze cu cei în care au încredere, fapt demonstrat prin apariţia nu doar de studii transnaţionale, ci şi de publicaţii individuale numeroase. Unele pledează nu doar pe cunoaşterea celui trist de lângă noi, ci şi de a ne obişnui cu ideea că putem ajuta, intervenind la primele semne ale bolii, cu tact, cu înţelegere, cu elemente de calm, cu empatie care nu sunt doar "opera"psihoterapeutului specializat, ci sunt elemente de conduită umană, de comunicare interumană, indiferent de pregătire, vârstă, sex, profil socioeconomic etc.

A fost şi este din ce în ce mai evident că, realizarea unor discuţii (indiferent de profilul profesional) cu specialiştii sau doar cu prietenii, cu un membru al familiei, poate fi considerat un micro element, un pas în procesul amplu de vindecarea depresiei. De aici şi magistrala depresiei: nevoia activităţii şi implicării (de la cele mai fragede vârste) în echipă interdisciplinară, formată din psihoterapeut, medic, asistent medical, asistent social, sociolog, familie şi cadre didactice.

References

Achenbach, T.M. (1978). The child behavior profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. International Journal of Mental Health, 7(3-4), 24-42.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry*, 4*(6), 561-571.

Brooks, R., & EuroQol Group. (1996). EuroQol: The current state of play. Health Policy, 37(1), 53-72.

Comer, R. (1998). *Abnormal Psychology - Mental Disorders,* Health Policy.

Cosman, D., Coman, H. (2018). *Melancolia de la tristeţe la sinucidere*, Risoprint, Cluj-Napoca.

Devlin, N.J., & Brooks, R. (2017). EQ-5D and the EuroQol group: Past, present and future. Applied Health Economics and Health Policy, 15(2), 127-137.

DSM V. *Manual de Diagnostic şi Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*, Ediţia V Washington D.C, Bucureşti, Editura Calisto, 2016.

Centrul Regional de Sănătate Publică, Sibiu.

CNSISP – Centrul Naţional de Statistică şi Informatică în Sănătate Publică

Davidson, J., Turnbull, C.D., Strickland, R., Miller, R., & Graves, K. (1986). The Montgomery-Åsberg Depression Scale: Reliability and validity. Acta Psychiatrica Scandinavica, 73(5), 544-548.

Endicott, J., Cohen, J., Nee, J. et al. (1981). Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry, 38*, 98-103.

European Depression Day (2019). *Ziua Europeană Anti-Depresie*, 1 oct. 2019, Analiză de situaţie, Ministerul Sănătăţii, Institutul Naţional de Sănătate Publică, Centrul Naţional de Evaluarea şi Promovarea Stării de Sănătate (CNEPSS).

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery &Psychiatry, 23, 56-61. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56

INSP – Institutul Naţional de Sănătate Publică

Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. Journal of General Internal Medicine, 16(9), 606-613.

Lopez, M.N., Quan, N.M., & Carvajal, P.M. (2010). A psychometric study of the Geriatric Depression Scale. European Journal of Psychological Assessment, 26(1), 55-60.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy, 33, 335-343.

Martin, A., Rief, W., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2006). Validity of the brief patient health questionnaire mood scale (PHQ-9) in the general population. General Hospital Psychiatry, 28(1), 71-77.

Merenda, P.F. (1996). BASC: Behavior Assessment System for Children. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 28(4), 229-232.

Pfeifer, S. (2015). *Depresia boala modernităţii*, Editura Casa Cărţii, Oradea.

Răşcanu, R., Nuţ, S. (1999). *Anxietate, depresie în perioada de tranziţie*, în Revista de Psihologie, Tomul 45, 1-2, Ed. Academiei Române, Bucureşti;

Răşcanu, R. (2009). *Psihologie clinică de la tradiţie la modernitate*, Editura Universităţii din Bucureşti,31- 37, 159-169.

Răşcanu, R., Corcaci, G. (2011). *Dezvoltare, diferente, disfuncţii în peisajul psihologic actual*, Ed. Universităţii din Bucureşti, 128-155, 353-385.

Răşcanu, R., (2016). *Aspecte cantitative şi calitative în studii psihologice recente*, Ed. Universităţii din Bucureşti, 97-113.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.

Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A., Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery-Asberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *British.Journal of Psychiatry, 148*, 599-601.

Sun, S., & Wang, S. (2015). The children's depression inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. Journal of Child and Family Studies, 24(8), 2352-2363.

The EuroQol Group. (1990). EuroQol — A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy, 16*(3), 199-208.

Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., & Marinković, J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analysis over a period of 49 years. Psychiatry Research, 189(1), 1-9.