

Clinica de Psihiatrie (cond. prof. dr. Gh. Grecu, doctor în medicină)  
din Tirgu-Mures

### DEPRESIILE. ASPECTE EPIDEMIOLOGICE, DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICO-PROFILACTICE

Gh. Grecu

Depresia, ca una din cele mai frecvente maladii psihice cu o pondere remarcabilă în morbiditate și mortalitate, reprezintă actualmente o problemă multidisciplinară de considerabilă amploare. Amploarea ei este relevată și de faptul că aproximativ 15—20% din cadrul populației prezintă, de obicei, o dată sau de mai multe ori pe parcursul existenței lor stări depresive care nediagnosticate și netratate la timp și eficient, pot deveni fatale pentru mulți depresivi. De fapt, aproximativ 10—15% din rindul depresivilor decedează prin suicid, iar acest risc se reduce sau crește paralel cu diagnosticarea sau nediagnosticarea și tratarea sau netratarea corectă și la timp.

În general, studiile epidemiologice recente concluzionează că aproximativ 10% din pacienții consultați de un medic sînt depresivi și că jumătate din acest procentaj ar prezenta „depresii mascate” (4, 5, 15, 19, 23, 30, 35, 36, 37, 47). Pe baza studiilor experților OMS se estimează că prevalența depresiilor se ridică la 3%—5% în cadrul populației mondiale, ceea ce înseamnă că pe Terra există peste 200 de milioane de bolnavi depresivi, iar Sartorius (42), bazîndu-se pe creșterea sau prelungirea vieții, stresul la schimbările rapide ale mediului psihosocial, creșterea maladiilor organice cu evoluție cronică (cardiovasculare, vasculopatii cerebrale, neurologice etc.) și abuzul de produse farmaceutice și alte toxice care pot induce așa zisele „depresii farmacogene”, prevede o creștere a acestui procentaj în anii următori (7, 9, 11, 13, 25, 31, 35, 37, 41, 42, 43).

Actualmente, după clasificarea nosologică, preluată și de OMS în cea de-a IX-a ediție revizuită a „Clasificării internaționale a bolilor”, stările depresive sînt încadrate în trei grupe și anume:

- Depresii psihogene (de epuizare, nevrotice și reactive);
- Depresii somatogene (organice: legate de suferințe cerebrale cunoscute; simptomatice: legate de suferințe extracerebrale, și farmacogene: legate de consumul abuziv de droguri sau alte toxice), și
- Depresii endogene (unipolare, bipolare, tardive și schizo-depresii).

Deoarece există combinații foarte variate între aceste grupe nosologice, este absolut necesar ca la fiecare bolnav să se precizeze cit se poate de exact cauzele multifactoriale, pentru că numai în acest fel putem stabili un diagnostic și o terapie adecvată, individualizată, cu cele mai bune

șanse de reușită și de profilaxie a recidivelor sau a altor faze depresive. Atît din literatura de specialitate cît și din experiența noastră clinică legată de clasificarea stărilor depresive, se desprind unele aspecte importante. Astfel, depresiile psihogene fiind determinate de influența negativă și de obicei prelungită a unor factori ambientali, se întîlnesc mai frecvent la subiecții cu structuri de caracter fragile, hipersensibili, introvertiți, cu tendințe spre perfecțiune și lipsa capacității de exteriorizare, adică la persoanele care au dificultăți în exteriorizarea trăirilor afective. Dimpotrivă, depresiile somatogene se întîlnesc la subiecții care suferă de boli organice (cerebrale sau extracerebrale), motiv pentru care orice bolnav depresiv necesită examinări clinice, neurologice și psihice complete, dublate la nevoie și de alte investigații necesare unei diagnosticări precise. În privința depresiilor endogene care, deși pot fi declanșate de psihotraume sau suferințe corporale au ca bază de apariție și evoluție o predispoziție ereditară. Pornind de la frecvențele observații că unele depresii apar fără motive exogene acceptabile și au o evoluție particulară, ne obligă să acceptăm existența unei componente genetice. Această concepție este întărită de rezultatele cercetărilor efectuate în ultimele decenii pe gemeni monozigoti și dizigoti, copii adoptați de la părinți cu depresii endogene, precum și procentajul ridicat de tulburări afective întîlnit în familiile acestor depresivi. Un important pas înainte a fost realizat de Perris (40) și Angst (2), care au făcut distincție între „depresiile unipolare” și „depresiile bipolare, considerindu-le diferite atît din punct de vedere clinic cît și genetic.

În general, din studiile genetice făcute asupra transmiterii bolilor afective, cu toate că nu s-a impus un anumit model de moștenire, actualmente se acceptă tot mai mult conceptul heterogenității genetice la baza căruia stă și o heterogenitate biologică relevantă de prezența în cadrul aceleiași familii a mai multe forme de maladii afective.

Dacă pentru declanșarea depresiei endogene este nevoie în primul rînd de un fond genetic, nu trebuie neglijată nici influența mediului ambiant, pentru că aceste două în strînsă corelație cu procesele intrapsihice, decid apariția sau neapariția bolii. În acest sens *Zerbin-Rüdin* (46), spune că „genele sînt formate pentru un anumit mediu ambiant, iar acest mediu acționează întotdeauna numai asupra unor anumite gene”. Deci, cu toată evidențierea unor factori genetici, care pledează pentru o etiologie endobiologică, nu putem exclude posibilitatea de intervenție și a altor factori exogeni, somatogeni și psihogeni cu rol favorizant sau declanșator de care trebuie să ținem cont atît în profilaxia cît și în terapia lor.

Dintr-un studiu epidemiologic efectuat asupra stărilor depresive care au necesitat asistență psihiatrică în 1986, rezultă o prevalență a morbidității prin depresii de 1.35<sup>0</sup>/<sub>0</sub> la populația din municipiul Tirgu-Mureș.

Din totalul acestor depresii tratate, depresiile psihogene au reprezentat 46<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, depresiile endogene 35,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> și depresiile somatogene 18,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, iar raportat la vîrstă prevalența cea mai ridicată o întîlnim la persoanele aflate în a treia perioadă de vîrstă. Acest fenomen este favorizat și de faptul că persoanele în vîrstă sînt confruntate cu multe schimbări și pierderi care pot precipita depresia, cum ar fi: diminuarea forțelor fizice, pensie și reducerea resurselor materiale, pierderea persoanelor apropiate și a prietenilor, diminuarea abilității de adaptare la condițiile exis-

tențiale, suferințe organice (vasculopatii etc.), cu diminuarea capacităților mintale, singurătate (sindromul „cuibului părăsit“ și al „cuibului gol“), izolarea și altele, la care individul trebuie să se adapteze vrînd-nevrînd, dezvoltîndu-i în același timp sentimentul de inferioritate, cu devalorizarea propriei personalități și pierderea autoîncrederii și a autostimei (5, 6, 10, 16—18, 24, 25, 27, 28, 38, 41).

Întrucît bolnavii depresivi sînt consultați în primul rînd de un medic generalist e recomandabil ca acesta să recunoască din timp stările depresive și mai ales să știe dacă se află în prezența unei depresii psihogene, somatogene sau endogene și să poată aprecia în același timp gravitatea și riscul suicidal în vederea luării celor mai adecvate măsuri de tratament în condiții de spitalizare sau ambulatorii (1, 3, 8, 11, 12, 15, 20—22, 26, 29, 32—37). Recunoașterea stărilor depresive se bazează în primul rînd pe cunoașterea și depistarea semiologiei acestor tulburări afective, dominate de tristețe profundă cu sau fără anxietate, inhibiție psihică acompaniată, de obicei, și de inhibiție motorie și mai rar de neliniște și agitație moderată, situație în care bolnavul își trăiește personalitatea la dimensiuni reduse și devalorizată (14, 26, 30, 31, 35—37, 44, 45). Depresia prezintă și o serie de alte tulburări vegetative și funcționale care pot simula orice boală organică, motiv pentru care diagnosticul depresiei se stabilește uneori destul de târziu.

În același timp, depresia ca una din cele mai chinuitoare suferințe nu se caracterizează doar ca o boală care perturbă în mod grav afectivitatea și psihicul în general, ci implică și un mare număr de alte dereglări vegetative, metabolice și organofuncționale, ceea ce deseori constituie o metamorfozare inconștientă a depresiei în diferite tablouri de suferință organică, mîscînd astfel fenomenologia depresivă. Mai recent, pentru aceste stări apellăm la termenul de „depresie mascată” care de obicei are un caracter tardiv, iar odată „demascată” ea trebuie încadrată într-o formă nosologică corespunzătoare. Datorită numeroaselor acuze somatovegetativ-funcționale, în care predomină tulburările de somn, cardiorespiratorii, digestive, oboșala și altele, bolnavii cu depresii mascate ajung să consulte mulți specialiști ale căror examinări și diagnostice de „suferințe organice” cu toate terapiile nu sînt încununete de succes, bolnavii aflîndu-se în imposibilitatea reluării activității.

Pentru a ușura cunoașterea depresiei redăm în următorul tabel grupa simptomelor importante în raport cu tulburările psihice, psihomotorii și psihosomatice.

— Simptome psihice: — tristețe profundă pînă la durere morală sau aneestezie psihică dureroasă acompaniată sau nu de anxietate, neliniște, disconfort intern, pesimism, inhibiție psihică, bradipsihism, bradilalie, cu asociație ideativă lentoroasă, dominate de idei delirante micromanice, trăindu-și personalitatea la dimensiuni reduse. Anxietatea care acompaniază frecvent depresia este mai intensă și mai dureroasă decît în orice altă boală.

-- Simptome psihomotorii: — inhibiție psihomotorie, hipochinezie, hipomimie crispată prin care se exteriorizează indispoziția afectiv anxioasă și poziția gîrbovită (dau im-

presia unei îmbătrîniri premature „gerotip”) sau din contră în unele cazuri este prezentă neliniștea și agitația psihomotorie care poate merge pînă la „rap-tus”, sau să aibă un caracter de revoltă împotriva destinului, hipobulie cu diminuarea marcată a randamentului în muncă.

- Simptome psihosomatice: — diminuarea elanului vital cu senzația de gol și anergie psihofizică, amețeli, tulburări de ritm cardiorespirator, uscăciunea mucoaselor, constipație, tulburări de somn, senzație de frig, greață, de obicei inapetență cu scădere ponderală, diminuarea instinctului sexual, oboseală diurnă, transpirații, cefalee, artralgiile vertebrale, parestezii, tremurături: etc.

Comparîndu-se cu perioada anterioară depresiei, depresivii recunosc în mod dureros că ceva nu e în regulă, pentru că înainte își rezolvau în mod optim toate problemele profesionale și familial-sociale cu ușurință și plăcere, iar acum deși fac eforturi nu le reușește nimic. Sentimentele sînt de incompletitudine și inabilitate caracteristice stărilor depresive. Inhibiția psihomotorie este explicată de bolnavi prin diminuarea elanului vital, indispoziție tristă, lipsa energiei, vigoirii, puterii și a capacității de concentrare. Tulburarea somnului este alt simptom pe care-l întîlnim la peste 95% din depresivi. Observațiile clinice demonstrează că în depresile psihogene și mai puțin în cele somatogene bolnavii prezintă dificultăți de adormire și un somn superficial și neodihnitor, în timp ce în depresile endogene, este perturbat somnul de după miezul nopții care prezintă frecvente intreruperi, iar trezirea foarte matinală este însoțită de augmentarea tristeții și anxietății, bolnavii fiind epuizați de gânduri pesimiste și disperare.

Frecvent, chiar pe parcursul zilei dispoziția depresivă prezintă unele oscilații. Astfel, bolnavii cu depresii endogene trăiesc o depresie profundă în timpul dimineții, cînd se plîng că nu au nici un fel de energie, fiindu-le greu chiar să se miște sau să se ridice din pat, în timp ce vespéral starea lor afectivă este mai bună, apărînd însă la culcare teama că la trezire se repetă fenomenologia trăită dimineața. Depresiile endogene se întîlnesc mai frecvent toamna și primăvara, cînd de fapt este prezent și „sezonul” bolii ulceroase, ceea ce ne face să ne gîndim că în ambele suferințe există o legătură cu hiperactivitatea parasimpatică.

Depresivii anxioși au o tendință mai accentuată spre comunicare expunîndu-și în mod convingător diversele lor probleme, în timp ce bolnavii cu depresii endogene neanxioase au o tendință spre repliere, considerînd că totul e pierdut și că nu are nici un rost să plictisească și pe alții cu acuzele lor incurabile care i-au făcut să devină o povară pentru cei din jur și chiar pentru ei înșiși, accentuînd și mai mult sentimentul neputinței și al inutilității lor. Totuși în cadrul unui raport afectiv bun, depresivul se simte ușurat după ce a reușit să-și exprime trăirile sale trist-dureroase, iar medicul care-l cunoaște și-i înțelege starea rămîne mult timp singura persoană confidență. Comunicarea cu depresivii este destul de dificilă și aceasta nu numai pentru vorbirea lor redusă, incetinită și de tonalitate joasă, ci și pentru replierea și concentrîndu-se asupra sferelor

interioare a personalității, iar pentru a crea un raport afectiv medic-bolnav pozitiv, este necesar să facem în așa fel încît depresivul să simtă că îi cunoaștem foarte bine suferințele psihice și somatice și că prin empatie am reușit să ne transpunem în locul lui.

Pe lângă cele relatate, faciesul care, încă din antichitate era considerat "oglinnda sufletului" prin mimică, expresia feței și a ochilor ne pot orienta atît spre diagnostic cit și spre aprecierea evoluției terapeutice.

Fața fiecărui om în parte,  
Reflectă un trecut, prezent și viitor,  
Pe care-l poți citi ca într-o carte,  
Cu singura condiție: de a cunoaște  
A sufletelor alfabetelor polimorfe,  
Adînc săpate de bucurii, dureri și dor!

Faciesul bolnavului depresiv se caracterizează atît printr-o hipomimie trist-înfricoșată, disperată sau resignată, cit și prin paloare, obraji moleșiți, brăzdați de riduri adînci, gura uscată cu buzele strînse și colțul comisurilor căzute, iar ochii obscuri și stînși cu o privire abătută, pesimistă sau sobră și interiorizată ațintită în jos, dau impresia că ascund o suferință grea și penibil de suportat. Dar, pe lângă această fizionomie „tipică” în depresiile marcate de anxietate sau de alte suferințe organice și psihogene, faciesul, mimica, gestica și privirea exprimă mai mult o stare de teamă, neliniște, revoltă, iritabilitate și disperare.

Pentru a putea depista cu mai mare ușurință natura stărilor depresive precum și a necesității de intervenție terapeutică ambulatorie sau spitalicească, redăm în continuare un chestionar inspirat din „Buletinul comitetului internațional de prevenire și tratare a depresiilor”.

Chestionar:

### 1. Evidențierea simptomelor depresive

- Deprimare: Sinteti trist, abătut, descurajat? Plingeți fără motive?  
Posibilitatea de a se bucura: Vă puteți bucura ca de obicei? Vă bucurați de succesele și atențiile celor din jur și apropiați? Sinteti mulțumit de sine?
- Pierderea interesului și a inițiativei: Aveți aceleași interese ca odinioară față de propria activitate și de ce se petrece în jurul d-voastră (lectură, TV, radio, muzică, sport etc.)? Aveți senzația că inițiativa și spontaneitatea d-voastră s-au diminuat?
- Pesimism, nehotărîre, eșec: Sinteti lipsit de speranțe? Vedeți viitorul în negru? Vă este frică de eșec? Luați cu greu hotărîri? Reveniți mereu asupra preocupărilor pesimiste?
- Vinovăție și repliere socială: S-au diminuat relațiile d-voastră cu rudele, prietenii și cunoștințele? Vă simțiți neglijat și părăsit de ei? Aveți sentimente de inferioritate, de vinovăție și vă faceți autoreproșuri? Vă retrageți din societate?
- Somnul: Aveți greutate de a dormi? Vă treziți din somn și readormiți greu? Vă treziți foarte matinal?

**Apetitul:**                   Apetitul d-voastră este diminuat? Ați scăzut ponderal? Aveți dificultăți de ordin sexual?

## 2. *Întrebări care ținesc endogenitatea depresiei*

**Antecedente:**               Ați avut perioade de indispoziție și descurajare sau de excitație cu euforie?

**Tristețe matinală:**       Sunteți mai trist și disperat dimineața sau seara? Cum se manifestă oscilațiile dispoziției în cursul zilei?

**Trezire matinală:**       Vă treziți foarte foarte dimineața? Mai deprimat și disperat ca la culcare?

**Ereditatea:**               Aveți în familie sau între rude apropiate bolnavi depresivi sau cu acte suicidale reușite sau nereușite?

## 3. *Explorarea manifestărilor fenomenologice ale depresiei*

**Inhibiție psihomotorie:**   Vă lipsește energia și elanul? Rămâneți mult timp în pat? Nu aveți chef de nimic? Vă mișcați cu greutate? Preferați să stați retras și liniștit?

**Anxietate și agitație:**       Aveți o teamă nemotivată care vă dă o senzație de disconfort intern și vă neliniștește făcându-vă să vă mișcați de ici colo? Simțiți o neliniște interioară?

## 4. *Depistarea preocupărilor autolitice*

**Inutilitate:**               V-ați pus întrebarea dacă merită să trăiți sau dacă viața d-voastră are vreun rost? V-ați gândit să renunțați la ea?

**Preocupări:**               Cum vă gândiți? Ce hotărâre ați luat deja? (Cu cit răspunsurile sînt mai concrete, cu atît riscul e mai mare!)

**Ideii obsesive:**       Vă gândiți cu greu la aceste preocupări sau ideile vin singure, chiar fără să vreți? (Ideile care se impun pasiv sînt cele mai periculoase!).

**Amenințări:**               Ați mărturisit sau ați amenințat pe cineva cu intențiile d-voastră de suicid?

**Refularea agresivității:**   V-ați reprimat uneori impulsurile agresive față de alții? (Tendințele agresive se pot converti în auto-agresive).

**Restrîngerea cimpului de interese:**   Interesul și pasiunile anterioare s-au restrîns mult? Această restrîngere o trăiți și în privința instinctului de apărare și al dorinței de viață?

Răspunsurile bolnavilor la întrebările de mai sus, ne pot apropia sau îndepărta de existența unei depresii, cît și de cel mai mare pericol care este suicidul. Aprecierea profunzimii depresiei cît și a riscului de suicid este una din obligațiile cele mai importante ale medicului, fiindcă ele

comportă o mare responsabilitate. Orice bolnav depresiv la care se pun în evidență elemente autoagresive trebuie să fie internat și tratat de urgență, și să i se dea convingerea și sentimentul încrederii că în orice moment medicul și personalul medical sînt disponibili pentru el. Deseori, preocupările autolitice sînt disimulate. Astfel, în cazul în care un depresiv afirmă că în trecut a avut asemenea idei și că în prezent a renunțat la ele, e bine să fie întrebat imediat care sînt motivele pentru care dorește să trăiască în continuare. În caz de disimulare, bolnavul va da cu dificultate un răspuns prompt și adecvat. Din contră, dacă starea lui s-a ameliorat, el va indica de îndată motivele concrete care-l fac să dorească să trăiască. De fapt, depresivii cu preocupări autolitice nu vor în mod absolut să moară, dar se simt incapabili să-și continue viața actuală angajată într-o luptă „fără speranțe” dintre forțele care-l leagă de viață și cele care-l impulsionează spre autoliză. În această luptă medicul trebuie să fie în permanență alături de bolnav, călăuzindu-l prin competență și răbdare spre ieșirea din abisurile depresiei și spre victoria vieții. Iată cea mai bună măsură profilactică.

Cunoașterea cit mai reală a condițiilor de viață ale fiecărui bolnav, a stării lor de sănătate fizică și a istoriei familiei lor ne ajută în depistarea fenomenologiei și a naturii depresiei, motiv pentru care informațiile primite de la rude, prieteni și colegi, care de fapt sînt primii observatori ai schimbărilor survenite la bolnavi, ne sînt de mare utilitate.

Informarea bolnavului și a familiei despre boală, evoluție și perspectivele vindecării, cit și a efectelor secundare ale terapiei, are un rol extrem de important în procesul terapeutic. Elementul important în alegerea unui antidepressiv adecvat stării depresive se leagă în primul rînd de profilul acțiunii lor în care putem distinge trei tipuri:

— tipul imipraminei, care este un reductor al depresiei și un timoanaleptic;

— tipul amitriptilinei, care este un sedativ anxiolitic; și

— tipul dezipraminei, care este un activant psihomotor.

Cunoscînd aceste acțiuni ale antidepressivelor, precum și a simptomelor predominante ale depresiilor, în vederea combaterii lor țintite, vom putea apela la unul sau altul, sau chiar la combinarea și asocierea lor cu unele neuroleptice anxiolitice și hipnotice (11—13, 26, 31, 34—36, 38, 43). În contextul celor amintite Amitriptilina, Doxepina și Trimipramina cu efectele lor sedative și anticolinergice remarcabile, sînt prescrise pentru depresivi anxioși cu dificultăți de adormire, precum și în depresiile întîlnite la parkinsonieni. Nortriptilina, Nortriptilina și Dezipramina cu efecte sedative mai reduse sînt preferate în depresiile cu inhibiție psihomotorie, hipersomnie, energie și fatigabilitate. Dezipramina și Nortriptilina au cea mai mică acțiune colinergică din grupa triciclicelor, și sînt indicate la depresivii la care e necesară o minimalizare a efectelor secundare. Doxepina, datorită cardiotoxicității reduse este recomandată în terapia depresivă întîlnită la bolnavii cu suferințe cardiace. Tetraciclice (Ludiomil și Mianserin) cu acțiuni anticolinergice și cardiotoxice mici, administrate oral sau perfuzabil, ocupă un loc tot mai important în terapia depresivă.

În depresiile anxios-agitate, cu tulburări de somn și acuze somatice se obțin rezultate bune prin administrarea unor preparate sedativ-anxiolitice, ca de exemplu Amitriptilina și Ludiomil, iar în depresiile domi-

nate de inhibiție și apatie Protriptilina și Dezipramina au acțiune terapeutică eficientă, în timp ce în depresile dominate de tristețe profundă, descurajare și reducerea elanului vital Antideprinul și Ludiomilul au efecte pozitive.

Prescrierea unei terapii antidepresive ambulatorii de care beneficiază majoritatea depresivilor, trebuie să se sprijine pe: absența riscului suicidal și a dependenței de droguri; prezența unui mediu familial cu relații calitative de supraveghere superioară celor din spital; absența unei boli organice care să necesite o îngrijire în condiții de spital; și absența sau prezența într-o formă ușoară sau moderată a tulburărilor neurovegetative. Dar, pe lângă o medicație antidepresivă, un rol important revine psihoterapiei și a altor mijloace terapeutice în care va fi implicată familia și chiar anturajul depresivului (1, 3, 6, 15, 26, 31, 35, 37, 44—47). În terapia ambulatorie antidepresivele vor fi administrate în doze mai mici, o dată sau de două ori pe zi. Antidepresivele cu efecte sedative și anxiolitice vor fi administrate într-o singură doză vespérală, cum este cazul Ludiomilului și Amitriptilinei iar antidepresivele dinamizante cum este Antideprinul și Nortriptilina vor fi administrate dimineața și la amiază pentru a înlătura accentuarea tulburărilor de somn. La copii, virstnici și la cei cu părul roșcat, sensibili la antidepresive, vom apela la doze inițiale reduse, ca de ex. 10 mgr de Ludiomil, Amitriptilin sau Antideprin, administrate de trei ori pe zi.

Realizarea terapiei ambulatorii este îngreunată și de faptul că medicul este dependent de bunăvoința bolnavilor care datorită inhibiției și unor idei de autoînvinuire, nu-și doresc însănătoșirea sau nu iau medicamentele cu regularitate. În alte cazuri, renunțarea la medicamente și alimente constituie o tendință autoholică prin nețrafare și inanție. În același timp datorită condițiilor ambulatorii, care cer eforturi de adaptabilitate la cerințele vieții de zi cu zi, efectele secundare sînt mai evidente și mai supărătoare decît în condițiile de spitalizare.

Întotdeauna, medicul trebuie să accepte pe pacient și boala sa, accentuînd prognosticul favorabil, să-i explice planul terapeutic cu efectele pozitive și secundare ale medicamentelor pregătindu-l pentru unele oscilații ale dispoziției și pentru unele activități reconfortante a căror reușită să-l facă să se simtă mulțumit. Nu trebuie uitat că informarea persoanelor apropiate trebuie făcut cu mult tact pentru evitarea riscului „stigmatizării” bolnavului. De obicei, îngrijirea depresivului trebuie să fie continuă pînă ce relațiile sale ambientale au devenit iar armonioase și stabile. În același timp bolnavul trebuie ajutat să accepte ceea ce nu se poate schimba și să fie fericit cu ceea ce are pentru că lucrurile pot sta și mai rău. Nu se recomandă trimiterea bolnavilor depresivi în stațiuni de odihnă sau să ia hotăriri importante, precum nici moralizarea lor pentru a-și veni în fire și a depăși cu bărbăție acest derapaj existențial. Pentru o bună reușită a terapiei ambulatorii, e necesar ca medicii generaliști să cunoască nu numai depresile ci și efectul farmacoterapiei antidepresive.

Un alt aspect important al stărilor depresive îl constituie profilaxia la baza căreia trebuie să stea cunoașterea precisă a cauzelor și condițiilor de formare a depresiiilor. O dată cu cunoașterea acestor factori de risc se cer măsuri de înlăturarea sau diminuarea efectelor lor psihopatologice (cînd sînt de neînlăturat). Măsurile de psihoprofilaxie trebuie să înceapă



incă din viața intrauterină prin înlăturarea psihotraumelor și a altor influențe negative: toxice (alcool, nicotină, medicamente) sau infecțioase, care pot feri fătul de perturbări psihice sau corporale.

Aristotel afirmă că: „Femeia gravidă trebuie să aibă o grijă sporită față de sine, să fie ferită de griji și traume deoarece copilul preia foarte multe caractere de la mamă, precum planta de la pământul în care este sădită”. În perioada copilăriei, copilul are nevoie în afară de alimentație, îmbrăcăminte și locuință și de un mediu familial, plin de afecțiune și înțelegere în care să se poată forma și manifesta corespunzător. În caz contrar și mai ales în caz de carențe afective, tulburările psihosomatice se întilnesc frecvent. Copilul în creștere are nevoie de căldură afectivă, dragoste, mângâiere, siguranță și de posibilitatea de autoidentificare. În cazul că lipsesc unele din aceste elemente (familii destrămate, părinți alcoolici etc.), apar frecvent tulburări psihice. Astfel, predispoziția pentru depresii nu se află numai în baza genetică ci și în atmosfera psihică a mamei din timpul sarcinii și în relațiile dintre copil și părinți în fragedă copilărie.

Prima perioadă biologică critică începe o dată cu pubertatea, adică la 11—12 ani, și durează actualmente pînă în jur de 20 ani. Ea începe o dată cu maturitatea sexuală și cu tendințele de a deveni independent de părinți și de idealurile copilăriei. E perioada cea mai critică în care este nevoie de înțelegere din ambele părți, prin lămurirea cu răbdare plină de bunăvoință a problemelor și conflictelor legate de această etapă de vîrstă. Altfel, tulburările psihice, depresiile și chiar tentativele de sinucidere (care reprezintă de fapt un „strigăt de ajutor”) creează suferințe și decepții pentru ambele părți.

În cazul depresiilor endogene, pe lângă sfatul genetic și uneori întreprinderea medicală a cursului sarcinii, utilizarea preparatelor de lătiu și mai recent a Carbamazepinei s-au dovedit eficiente în preîntîmpinarea unor faze depresive unipolare sau bipolare.

Prin armonizarea vieții intrafamiliale, a reducerii stărilor tensional-conflictuale din timpul sarcinii și a desfășurării unei activități utile și eficiente, se realizează profilaxia depresiilor psihogene. Prin renunțarea la toxice (alcool, fumături, droguri), desfășurarea unei activități organizate cu respectarea ritmului de activitate și odihnă și a unei alimentații raționale, combinate cu preocupări reconfortante se pot preveni nu numai depresiile somatogene și farmacogene ci și unele suferințe organice.

Cunoscînd faptul că predispoziția pentru depresii crește pe măsura înaintării în vîrstă, profilaxia depresiilor în a treia etapă de vîrstă are un rol foarte important. Singurătatea poate fi înlăturată prin căutarea de noi relații și activități, cum ar fi: muzica, pictura, sportul, grădinaritul, îngrijirea animalelor, lectura etc. ceea ce contribuie în mod permanent la o preschimbare și împrospătare a fiecărui vîrstnic.

În general, cînd ziua este activă, somnul este liniștit, iar durata somnului se reduce cu vîrsta ajungînd la 4—6 ore în jurul vîrstei de 70 ani. Cînd vîrstnicii cunosc acest adevăr somnul lor este odihnitor și liniștit, iar atmosfera zilei următoare este bună. Pe de altă parte stîmă, dragostea, recunoștința celor din jur, înrădăcinarea familială și organizarea timpului liber cu găsirea mereu a noi planuri de viitor se obține un echilibru psihic optimist. Așa cum pomii nu se pot reimplanta la bătrînețe, nici vîrstnicului nu i se recomandă mutarea dintr-o țară, oraș sau dintr-o locuință

intr-*alta*, iar printr-o atitudine pozitivă față de viață, cu găsirea a noi și noi țeluri pentru viitor, o prelucrare rațională și afectivă a tensiunilor cu toleranță binevoitoare se asigură de obicei cea mai bună profilaxie a stărilor depresive.

#### *Bibliografie selectivă*

1. Achte K.: Psychopathology (1988), 19: suppl. 2,210; 2. Angst, J., Dobler-Mikola, A.: Eur. Arch. Psychiat. Neurol. Sci. (1984), 234,21; 3. Battegay, R.: Psychopathology (1988), 19: suppl. 2,118; 4. Berrios, G. E.: Psychol. Med. (1985), 5,745; 5. Bovet, J.: Méd. Hyg. (1980), 33. 31 33; 6. Carlsson, A., Lindquist, M.: J. Neural. Transm. (1978), 43,73; 7. Davidson J., Mcleod, M., Turnbull, G., White, H., Feuer, J.: Arch. Gen. Psychiat. (1980), 37,771; 8. Enzell Karin: Acta Psychiat. Scand. (1984), 9,89; 9. Firth. T., Blouin, J.: Can. J. Psychiat. (1986), 31,48; 10. Gastpar, M.: Psychopathology (1988), 19: suppl. 2,17; 11. Gayral, L.F.: Nouv. Méd. Toulouse (1985), 1.112; 12. Gershon, E., Hamarit, J., Guroff, J.: Arch. Gen. Psychiat. (1982), 39,1157; 13. Giles, E. Donna, Biggs, Melanie, Rush, J., Howard, P.: J. Affective Disord. (1988), 14,51; 14. Goldberg, I.K.: Lancet, (1980), 1,376; 15. Grecu, Gh. Unele aspecte ale stărilor depresive. Teză de doctorat. (1971), I.M.F., Tirgu-Mureș; 16. Grecu, Gh.: Revista med. (1968), 2,21; 17. Grecu Gh.: Clujul med. (1974), 4,729; 18. Grecu, Gh.: Revista med. (1974), 1,20; 19. Grecu, Gh.: Clujul med. (1974), 2,259; 20. Grecu, Gh.: Clujul med. (1975), 2,147; 21. Grecu, Gh.: Revista med. (1976), 1,42; 22. Grecu, Gh.: Clujul med. (1977), 2,146; 23. Grecu, Gh.: Clujul med. (1978), 2,115; 24. Grecu, Gh.: Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie (1979), 2,127; 25. Grecu, Gh., Pirozynski, T., Grecu Marieta, Ardelean M.: Revista medico-chirurgicală (1983), 3,389; 26. Grecu, Gh.: Revista med. (1986), 1,44; 27. Grecu, Gh., Pirozynski, T., Marieta Grecu: Revista medico-chirurgicală (1986), supliment, 187; 28. Grecu, Gh., Szűcs, K., Nireșteanu, A., Voica Așgian: Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie (1986), 2,139; 29. Grecu Gh., Marieta Grecu-Gaboș, Ardeleanu, M.: Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia (1987), 3,205; 30. Grecu, Gh., Szűcs, K., Ardelean, M., Voica Așgian, Nireșteanu, A., Eva Pantea: Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia (1987), 4,303; 31. Grecu, Gh., Marieta Grecu-Gaboș, Ardeleanu, M., Nireșteanu, A.: Neurologia Psihiatria, Neurochirurgia (1988), 3,162; 32. Hawkins, D.R. In: Depression (Ed. Usdin, G.). Brunner Mazel, New York (1977), 198; 33. Hirschfeld, A., Klerman, L.: Arch. Gen. Psychiat. (1985), 42,1109; 34. House, A., Bostock, J., Cooper, E.: Brit. J. Psychiat. (1987), 151,773; 35. Kielholz, P.: Depression in every day practice. Hans Hüber, Bern, 1974; 36. Kielholz, P.: Psychopathology (1986), 19. suppl. 2,194; 37. Labhardt, F.: Psychopathology (1986), 19, suppl. 2,162; 38. Lesse, S.: Amer. J. Psychiat. (1983), 37,456; 39. Murphy, E., Smith, R. Lindsay, J.: Brit. J. Psychiat. (1988), 152, 347; 40. Perris, C.: Brit. J. Psychiat. (1971), 118, 207; 41. Predescu, V., Ionescu, G.: Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie (1988), 1,1; 42. Sartorius, N.: Psychiat. Neurol. Neurochir. 'Amst. (1973), 76, 479; 43. Sashidharan, P., Surtees, G., Kreitman, B.: Brit. J. Psychiat. (1988), 152, 499; 44. Taylor, M., Abrams, R.: Arch. Gen. Psychiat. (1981), 38, 58; 45. Zarafian, E.: Ann. Biol. Clin. (1979), 37, 21; 46. Zerbin-Rüdin, E.: Fortschr. Neurol. Psychiat. (1971), 39,459; 47. Zerssen, D., Möller, H.J.: Affektive Störungen, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg New York, London, Paris, Tokio, 1988.

## DEPRESSIONS — EPIDEMIOLOGICAL, DIAGNOSTICAL AND THERAPEUTICO-PROPHYLACTIC ASPECTS

Dealing with the various aspects of states of depression with remarkable weight in morbidity, mortality, diagnosing, therapy and prophylaxis, in which general practitioners should also be included, represents a comprehensive problem. In the paper it has been shown that about 15—20% of the population may have once or several times during life states of depression which undiagnosed or inadequately treated, lead to suicidal deaths in 10—15% of cases. The prevalence of depressions of 3—5% of the world population reflects even more the need of multidisciplinary approach of states of depression. After presenting the phenomenological aspects, diagnosis, classification and importance of ambulatory or hospital treatment (depending upon certain criteria differentiating major depressions with autolytic risk from those of minor intensity), the author clears up certain norms of prophylaxis as for the states of depression, in which the general practitioner has an important role. At the same time the modalities of therapy, choosing antidepressives in combination with neuroleptics and other preparations and psychotherapy in depressions are also underlined.

The paper aims at brushing up the theoretical and practical knowledge of psychiatrists and mainly of non-psychiatrists, especially general practitioners in the so vast and complex field of the states of depression.

