

## DE-MEDICALIZAREA DEPRESIEI – O ALTERNATIVA IN ABORDAREA TERAPEUTICA A DEPRESIEI; ARGUMENT PENTRU TERAPIA DE ACTIVARE COMPORTAMENTALA

**Radu Vrasti** (Crisis Intervention Program, Stratford General Hospital, Huron-Perth Healthcare Alliance, Ontario, Canada)<sup>1</sup>

*Pain or suffering of any kind, if long continued,  
caused depression and lessens the power of action;  
yet it is well adapted to make a creature guard itself  
against any great or sudden evil.*

The Life and Letters of Charles Darwin  
Charles Darwin, 1889

O privire rapida asupra psihiatriei ca demers social releva o anumita certitudine cu privire la abordarile diagnostice si terapeutice ale marilor entitati clinice, precum depresia sau schizofrenia. Publicul larg aproape ca nu se mai indoieste de “veridicitatea” modelului psihiatric. Din pacate lucrurile nu stau totdeauna asa si profesionisti sanatatii mentale au datorita continua de a se intreba daca ceea ce cred ei ca diagnostica si trateaza este un lucru adevarat si universal acceptat.

In primul rand chiar psihiatria culturala aduce o nota de scepticism in discutia nosologica cand subliniaza ca cultura este un factor important care modifica simptomele si idiomurile suferintei, modelele explicative ale indivizilor, mecanisme lor de coping, comportamentul de cautare a ajutorului ca si raspunsul social la boala si dizabilitate (Kirmayer, 2001). In al doilea rand este vorba de procesul de globalizare, respectiv contextul in care traim astazi. Procesul de globalizare aduce mari schimbari in felul cum ne percepem pe noi insine si lumea din jur, conecteaza in mod alienant prezentul si absentul, apropiatul cu departatul si relativizeaza spatiul si timpul cu inerente schimbari in interpretarea stresului sau bunastarii (Giddens 1990). Astfel, contrar a ceea ce parea la inceput, globalizarea conduce treptat la segregare, separare si excludere si la vulnerabilizare individuala pentru ca ea atenteaza la rolul protectiv psihologic al culturii. Nu este de mirare ca Bhugra si Mastrogianni (2004) considera ca depresia poate servi ca o paradigma

---

<sup>1</sup> Corespondenta cu autorul: [radu\\_vrastt@hotmail.com](mailto:radu_vrastt@hotmail.com); informatii conexe la [www.vrasti.com](http://www.vrasti.com)

in discutia despre impactul globalizarii in prevalenta bolilor psihice, idiomul suferintei si modelul ingrijirii.

Recentele dezbateri din psihopatologie cu privire la existenta entitatilor nosologice, printre care si depresia, sunt caracterizate de doua pozitii diametrale opuse: conceptia naturalista si constructivismul social (Pilgrim & Bentall, 1999). "Naturalismul medical", conform parintelui acestuia, Kraepelin, considera ca exista o lume invariabila a bolilor naturale si ca diagnosticienii nu trebuie sa faca altceva decat sa utilizeze metode din ce in ce mai rafinate pentru a descoperii aceasta realitate care se constituie dintr-o sumedenie de boli, unele descoperite si descrites ca atare, altele pe cale de a fi descoperite (Hoff, 1995). Criticii acestei pozitii au ridicat problema incapacitatii psihiatriei actuale de a folosi simptome confidente care sa sustina dincolo de orice dubiu existenta unei boli vis-à-vis de existenta alteia.

Cealalta teorie, a "constructivismului social", izvoraste din teoriile lui Foucault si Derrida si considera tulburarile psihice ca apartinand varietatii infinite a conditiei umane si diagnosticele psihiatrice nu sunt decat un produs secundar al profesionistilor din domeniu (Parker si colab. 1995). Superterii acestei teorii utilizeaza ca argument lipsa unei cauzalitati fara echivoc a bolilor psihice si constructia "in sine si pentru sine" a psihopatologiei. Mai mult, se vede din ce in ce mai bine ca teoriile si metodele folosite intr-un domeniu sau altul sunt dezvoltate de anumite forte sociale manate de anumite interese, precum cele economice, socio-lingvistice, culturale si profesionale care sunt dominante intr-un anumit moment in timp si spatiu. Aceste interese fac ca anumite date ale cunoasterii empirice sa fie acceptate iar altele sa fie rejetate si astfel discursul sa tina loc de realitate.

Depresia este categoria clinica psihiatrica cea mai des folosita din punct de vedere a discursului public ceea ce arata ca limbajul laic a inteles, acceptat si partial a internalizat discursul profesional (fenomen de "protoprofesionalizare"). Aceasta a descurajat o privire critica si un control social riguros al demersului psihiatric si a condus ca unele din uneltele si conceptele utilizate in diagnosticul si tratamentul depresiei sa cada in afara discutiei.

Panorama literaturii psihiatrice arata ca nu toti psihiatrii sau psihologii sunt de acord cu ceea ce se introduce astazi in categoria mare a depresiei. Aceasta se vede incepand cu lipsa de uniformizare a definitiei operationale a depresiei si pana la simptomele luate ca descriptori ai tabloului clinic; depresia este luata de cele mai multe ori ca o entitate evidenta prin sine insasi. Mai mult, spre deosebire de entitatile clinice din medicina somatica, depresia nu beneficiaza de o

privire unitara cat priveste argumentele istorice, transculturale si intraculturale ale simptomelor luate ca patognomonice pentru diagnosticul de depresie. Se accepta astazi ca fundalul cultural este cel care determina modul cum este traita si verbalizata depresia, in termeni emotionali-psihologici sau somatici (Desjarlais si colab., 1995). Inca nu sunt criteriile exacte de a distinge depresia de dispozitia disforica considerat a fi o pozitie existentiala frecvent traita de omul din epoca globalizarii iar alteori depresia este confundata cu “demoralizarea” ca o expresie a suferintei si incompetentei traita subiectiv, un fel de “depresie exogenomorfica” pentru ca este legata de sentimental de esec sau de abdicare personala in fata unui eveniment exterior (De Figueiredo, 1993). Pentru Pies (2009) atata timp cat depresia legata de doliu (*bereavement-related depression*) si depresia clinica impartasesc aceiasi simptomatologie, confuzia dintre depresia endogenomorfica si cea consecutive precipitantilor psihosociali se va mentine iar rolul terapiilor specifice ramane neclar. Dupa acest autor, noua versiune DSM-V are datoria de a aduce clarificari in ceea ce priveste statutul depresiei pe continuumul existentei umane.

Nici granitele nosologice cu alte entitati clinice nu sunt clar definite si este inca greu sa sti unde incepe si unde se termina depresia si anxietatea, care sunt criteriile de departajare de psihoza si cand o depresie poate fi considerata secundara tulburarilor organice. Diagnosticul de depresie devine disjunctiv, adica potential aplicabil la mai multi pacienti care nu impart in comun aceleasi simptome. Baza fundamentala a diagnosticului a devenit statutul social al practicianului, care-i da dreptul unic de a clama diagnosticul.

Un punct de cotitura l-a reprezentat aparitia modelului social al depresiei formulat de Brown si Harris (1978) care formalizeaza un tablou multifactorial ale trecutului si prezentului interpersonal si social al subiectului. Ei furnizeaza argumentele care arata ca depresia este de multe ori o prezentare medicala a mizeriei umane si diagnosticul clinic nu face altceva decat sa obtureze realitatea acesteia. Modelul lui Brown muta atentia de pe “acum si aici” pe antecedentele personale ale subiectului si factorii situationali care determina mizeria umana. Este de fapt un process de demistificare si de-medicalizare a conceptului de depresie din discursul public in favoarea unuia cu mai multe note sociale si politice. In plus, de-medicalizarea depresiei deschide si poarta unei priviri critice ale tratamentelor medicale care sunt pe care de a deveni un scop in sine si lasa loc “abordarilor terapeutice” care izvorasc din conceptualizarea depresiei ca un mod de existenta si adaptare a individului la schimbarile ecosistemului. Nesse (2000) aduce o explicatie evolutionista a depresiei afirmand ca scaderea dispozitiei afective duce la cresterea abilitatii individului de a se

adapta la situatii improprii in care efortul de a urmari un scop major are riscul de a conduce la asumarea de pericole, pierderi, daune fizice, sau risipa de efort. El continua spunand ca in unele situatii pesimismul si lipsa de motivatie poate fi un avantaj adecvat prin inhibarea anumitor actiuni, mai ales a celor lipsite de viabilitate sau periculoase in absenta unor resurse sau a unui plan corespunzator, eforturi care ar epuiza individual aflat si asa intr-o provocare existentiala si cand alternative mai putin costisitoare ar putea duce la recuperare.

Intr-o analiza quasi-exhaustiva a literaturii, Luyten si colab. (2006) constata ca atat diagnosticul cat si tratamentul depresiei a fost facut pana acum pe baza definitiei, clasificarii si descrierilor din DSM si aceasta fara a lua in considerare orice alte considerente etiopatogenice. Ei inventariaza multiplele cercetari care au contrazis afirmatiile din DSM si care au evidentiat ca depresia nu este o entitate categoriala distincta si ca se plaseaza pe un continuum cu normalitatea si cu formele subclinice de depresie, ca depresia nu este o entitate distincta pe axa I a clasificarii mutiaxiale, fiind insotita de cele mai multe ori de anxietate de care doar arbitrar se poate deosebi sau ca diagnosticul facut pe baza simptomelor si criteriilor DSM nu este suficient de confident, simptomele de depresie nefiind patognomonice. Aceste cercetari mai arata ca natura depresiei este recurenta, cu o evolutie cronica si ca atat tratamentele medicamentoase cat si cele psihosociale au un rezultat limitat ceea ce face ca ele sa fie mentinute timp indelungat cu scopul de a preveni recaderea. Dupa parerea autorilor dezvoltarea unor noi forme de tratament si identificarea caracteristicilor pacientilor care sa prediceze un deznodamant pozitiv ar fi strategia viitoare de succes.

Jacobson si Gortner (2000) publica in jurnalul *Behaviour Research and Therapy* un eseu cu intrebarea: "Poate fi depresia demedicalizata in secolul XXI?" pornind de la constatarea ca in domeniul depresiei datele experimentale nu sunt totdeauna lasate sa vorbeasca prin ele insele si analizele post hoc sunt luate ca argumente etiopatogenice. Modelul dominant explicativ al depresiei este cel al defectului biochimic cerebral, ca un triumf al modelului medical si advocatii acestuia cauta sa apere tratamentele medicamentoase antidepresive ca tratamente de prima alegere in depresie in defavoarea interventiilor psihosociale. Acest model a fost incorporat in gandirea majoritatii covarsitoare a profesionistilor sanatatii mentale si are tendinta de a se autoperpetua, fenomen pe care autorii il denumesc ca "magnetism stiintific".

Jacobson si Gortner, care se denumesc ei insisi ca revizionisti contextuali ai depresiei sau contra-revolutionari, combat cele trei afirmatii majore ale modelului medical al depresiei: depresia

este o entitate discreta, este episodica si apare la un individ cu o predispozitie genetica/biologica, sustinand ca depresia (i) este doar o dimensiune cantitativ distincta plasata pe un continuum, (ii) ce are o evolutie cronic-remitenta independent de context si (iii) ca alaturi de predispozitia genetica trebuie sa fie inclusa si invatarea modelelor cognitive depresogenice. Implicati in Studiul Colaborativ asupra Depresiei condus de Institutul de Sanatate Mentala al SUA (Elkin si colab, 1989) ei constata ca componenta cognitiva si cea comportamentala din terapia cognitiv-comportamentala au aceiasi eficienta terapeutica si, din acest moment, incep sa dezvolte aceasta componenta terapeutica comportamentala sub forma unui tratament independent, numit terapia de activare comportamentala (Jacobson si colab. 1996).

Terapia de activare comportamentala (TAC) poate fi definita ca o incercare de crestere a comportamentului exterior care conduce pacientul in contact cu "reintaritorii ambientali", producand astfel o imbunatatire corespunzatoare a gandurilor, dispozitiei si calitatii vietii.

Terapia de activare comportamentala incearca sa reconceptualizeze depresia in termenii schimbarii contextuale create de evenimentele ambientale care opreste accesul subiectului la reintarirea externa care in mod normal functioneaza ca un agent antidepresiv natural. Aceasta schimbare contextuala este tinta activarii comportamentale prin modificarea ambianței in asa fel incat reintaritorii antidepresivi naturali sa poata fi accesati mai usor. In contrast cu terapia cognitiva, in terapia de activare comportamentala individul este incurajat sa accepte ca gandirea negativa este un produs secundar al evenimentelor stressante si ca gandirea se va schimba in mod automat pe masura in care reintaritorii ambientali se reintorc in viata subiectului. Astfel, autorii dau ca exemplu cazul unui barbat depresiv care a aflat ca sotia il insela si care l-a condus la un comportament inhibitor, de evitare a contactelor interpersonale, contacte de care avea nevoie pentru a accesa reintaritorii antidepresivi si de a se recadra in noul context marital. In acest caz TAC incearca sa inlature comportamentul de evitare a contactelor interpersonale, comportament care intertine contextul depresogenic. Mai mult, comportamentul de evitare tinde sa ingusteze repertoriul comportamental al subiectului. Deci, acest model terapeutic, in intregime comportamental, ia in considerare evenimentele din viata subiectului si raspunsul lui comportamental, lucru care se face prin analiza functionala din debutul terapiei. Se porneste de la constatarea ferma ca inactivitatea, retragerea, inertia si evitarea sunt comportamentele obisnuite ale depresivului si pot fi integrate in explicatiile biologizante si sociologizante ale initiarii si mentinerii

procesului depresiv așa cum a arătat concepția reglării sociale ale ritmului biologic (Ehler și colab, 1988).

Scopul terapiei de activare comportamentală este de a construi noi comportamente care să ducă la modificarea comportamentului de evitare și a rutinelor disruptive care țin subiectul prizonier al situațiilor depresogene.

După Hopko și colab. (2003) principiile fundamentale ale Terapiei de activare comportamentală sunt : i) eliminarea comportamentelor de întărire a depresiei (letargia, pasivitatea, evitarea); ii) diminuarea gradată a monitorizării comportamentelor activate pe măsura ce ele sunt stăpânite; iii) formarea unei secvențe de comportamente secundare de activat în vederea abordării comportamentului țintă; iv) redirectionarea reîntăririi prin diferențierea comportamentelor în vederea premierii celor active; v) evitarea expunerii subiectului la stimuli comportamentali aversivi.

După stabilirea unei alianțe terapeutice cu subiectul, TAC începe cu analiza funcțională a comportamentului subiectului și a răspunsurilor comportamentale la determinanții situaționali, la felul cum subiectul trăiește comportamental depresia, la felul cum ea se rasfrânge în relație cu el însuși, cu alții și cu viitorul așa cum îl vede. Următoarea etapă a TAC (Jacobson și colab. 2001) constă în activizarea subiectului pornind de la simple activități plăcute până la activități care solicită implicarea subiectului în activități care îl conduc mai aproape de restabilirea abilităților de manipulare comportamentală, de valorizare individuală pe baza balanței dintre încercare și succes.

Monitorizarea activităților, evaluarea abilității de îndeplinire a activității și ținerea jurnalului zilnic sunt instrumentele de biofeedback care ocupă input-ul subiectului de zi cu zi.

Următoarea etapă este de gradare și de expandarea activităților pe care subiectul le setează pentru a fi îndeplinite. Creșterea dificultăților în complexitate, timp, interrelații, și decizie, precum și a domeniilor în care subiectul se plasează, conduce treptat la o reîntărire pozitivă a motivației și la îmbunătățirea dispoziției psihice. Valorizarea individuală în termeni de participare și succes sunt ingredientele principale în modificarea dispoziției. În secvență, urmează etapa modificării comportamentului de evitare. Subiectul este ajutat să înțeleagă că el a folosit comportamentul de evitare în situații care îl conduceau la sentimentul de lipsă de speranță și de ajutorare și apoi l-a generalizat la o gamă mai largă de comportamente în speranța că va evita stimuli depresogenici. În această fază subiectul este încurajat să-și activeze comportamente alternative de coping, de la

simplu la complex, de la proximal la distal si astfel sa-si creeze premisele reaparitiei reintaririlor antidepresive, a sentimentului de capabilitate si competenta. In mod firesc, se lucreaza la realizarea unor secvente comportamentale active care sa conduca la restabilirea unor rutine de viata care-l scot treptat pe subiect din pasivitate si letargie si-l reconstruiesc activ, ca agent al propriului determinism. Aceasta se realizeaza prin integrarea fiecarui comportament activ intr-o secventa functionala care conduce la sentimentul de independenta si autonomie. Subiectul isi monitorizeaza in continuare progresul ca o reintarire pozitiva pentru fiecare comportament activat si aduce un element in plus, componenta volitionala de a nu abdica la obstacolele intalnite.

Ultima etapa a terapiei este consacrata cresterii atentiei subiectului fata de experienta continua castigata in procesul de activare comportamentala. Abilitatea de a fi focusat pe derularea comportamentelor programate si pe trairea moment de moment a experientei face ca subiectul sa fie din ce in ce mai orientat pe solutie si pe real si din ce in ce mai putin pe "mizeriile vietii" si pe imaginar; pragmatismul si concretul castiga in fata ruminatiei si automatismului cognitiv negativ.

Terapia de activare comportamentala este ancorata in teoria comportamentalista si include punerea accentului pe analiza functionala a comportamentului care deschide usa interventiei directe asupra comportamentului de evitare prin acceptarea schimbarii comportamentale. Principala strategie a TAC implica invatarea pacientului de a identifica modelele de evitare, descoperirea stilului propriu comportamental si construirea unei strategii secundare care sa ghideze activitatea si sa conduca la schimbari ulterioare ale comportamentului exterior al subiectului. Mecanismul schimbarii este dat de activarea sistematica a comportamentului intr-un mediu natural care sporeste capacitatea lui de manipulare si generalizare comportamentala in rutini pe care le construiesc contextual si realist.

Personal folosesc cu mult succes terapia de activare comportamentala atat ca terapie independenta cat si impreuna cu alte terapii intr-o abordare integrata. Nu am avut nici un pacient care sa fie refractar in urmarirea modelului terapeutic de activare comportamentala, cu atat mai mult cu cat ea este usor inteleasa si urmarita de subiect. Aderenta la terapie este foarte buna pentru ca este in pas cu progresele pacientului care nu se simte impins de la spate sau blamat pentru progres insuficient. Modelul pe care-l folosesc curent este cel propus de Lejuez si colab. (2001), care este un model comprehensiv si usor aplicabil de terapie de activare comportamentala si pe care il recomand cu caldura si cititorilor acestui articol.

## **Bibliografie:**

- Bhugra D, Mastrogianni A (2004): Globalisation and mental disorders: Overview with relation to depression. *British Journal of Psychiatry*, 184: 10 – 20.
- Brown GW, Harris T (1978): *Social Origins of Depression*. New York: Free Press.
- De Figueiredo JM (1993): Depression and Demoralization: Phenomenologic Differences and Research Perspectives, *Comprehensive Psychiatry*, 34: 308-311.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, et al (1995): *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Ehler CL, Frank E, Kupfer DL (1988): Social zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression, *Archives of General Psychiatry*, 45: 948-952.
- Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SC, et al (1989): NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46: 971-982.
- Giddens A: (1990) *The Consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Hoff, P. (1995): Kraepelin. In G. Berrios & R. Porter (Eds.), *A History of Clinical Psychiatry*. London: Athlone Press.
- Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH (2003): Contemporary behavioural activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress, *Clinical Psychology Review*, 23: 699–717.
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA et al (1996): A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 295-304.
- Jacobson NS, Gortner ET (2000): Can depression be de-medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science, *Behaviour Research and Therapy*, 38: 103-117.
- Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S (2001): Behavioural activation treatment for depression: returning to the contextual roots, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8: 255-270.
- Kirmayer L J (2001): Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (suppl.13): 22-28.
- Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD (2001): A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression: Treatment Manual, *Behavior Modification*, 25 (2): 255-286.



Luyten P, Blatt SJ, Van Houdenhove B, Corveleyn J (2006): Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26: 985–999.

Nesse RM (2000): Is depression an adaptation? *Archive of General Psychiatry*, 57:14-20  
Parker I, Georgaca E, Harper D, McLaughlin T, Stowell-Smith M. (1995): *Deconstructing Psychopathology*. London: Sage.

Pies RW (2009): Depression and the pitfalls of causality: Implications for DSM-V, *Journal of Affective Disorders*, 116: 1–3.

Pilgrim D, Bentall R (1999): The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression, *Journal of Mental Health* 8 (3): 261-274;