

individului de sex masculin poate fi marcat de factorul „activitate”, în sensul în care aceasta este definită de Freud ca una dintre caracteristicile centrale ale funcționării masculine.

Alegerea activismului ca element central al structurii defensive poate avea un corelat și în realitatea obiectivă, prin faptul că depresia sună stigmatizant pentru individul de sex masculin, iar una dintre caracteristicile stereotipice definiției ale masculinității este activitatea. Cercetările referitoare la diferențele de gen în depresie relevă tendința subiecților de sex masculin de a-și masca stările depresive sub impactul preceptelor sociale privind masculinitatea și feminitatea [7, 8]. Acest mesaj arhaic/arhetipal ar putea marca la nivel inconștient formarea structurii defensive cu utilizarea prioritară a activismului.

Alt concept important care presupune tangențe etiologice cu activismul este cel de alexitimie, concept care se referă la incapacitatea individului de a-și verbaliza trăirile sale afective din cauza dificultăților de conștientizare a acestor trăiri, lipsei suportului imaginativ necesar acestei acțiuni, confuziei dintre simptomele somatice și cele afective și a gândirii orientate în exterior [1]. Aceste caracteristici alexitimice se regăsesc în materialul de caz prezentat și relația activism-alexitimie trasează o altă direcție de cercetare a funcționării defensive marcate de activism.

Funcționarea depresivă marcată de defensiva „activistă” pare să reprezinte și o caracteristică a contextului autohton în care mai rămîne pregnantă reticenta față de conștientizarea determinantilor inconștienți ai problemelor psihologice și soluționarea „activă” a conflictelor interioare, caracteristică ce impune ca deziderat ridicarea nivelului de cultură psihologică/psihanalică a populației.

### **Bibliografie**

1. Carpenter, K. M., Addis, M. E. Alexithymia, gender, and responses to depressive Symptoms. // *Sex Roles: A Journal of Research*, 2000, vol. 43, n. 9-10, p. 629-644.
2. Freud A., *Eul și mecanismele de apărare*, editura Fundației Generația, București, 2002.
3. Freud S., „Doliu și melancolie”, *Opere*, vol. , Psihologia inconștientului, editura Trei, București, 2000.
4. Ionescu Ș., Jacquet M-M., „Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice”, editura Polirom, Iași, 2002.
5. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabularul psihanalizei*, editura Humanitas, București, 1994
6. Mertens W., *Introducere în terapia psihanalitică*, editura Trei, București, vol.I, 2003.
7. Page S., Two studies of gender and reporting differences with the Beck Depression Inventory. // *Journal of research in social psychology*, 1999, vol. 4, n. 5.
8. Sachs-Ericsson N., Gender, social roles, and mental health: an epidemiological perspective. // *Sex Roles: A Journal of Research*, 2000, vol. 43, n. 9-10, p. 605-628.

## **FACTORII DE RISC A DEPRESIEI NON-PSIHOTICE LA PERSOANELE ANXIOASE**

**Inga Deliv, Mircea Revenco, Ion Coșciug, Lilia Grecu.**

Catedra de Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The risk factors of non-psychotic depression in patients with anxiety***

The presented research reveals the results of clinical (criteria ICD-10), clinical-psychological study (Hamilton test, Spielberger scales) of a lot of 124 of women from 18 to 45 years, suffering from a non-psychotic depression. For 95 patients (basic group), the depression has been associated with an increased level of the personal and/or reactive anxiety. 29 patients, with the anxiety level within the physiologically acceptable limits, formed the control group. By applying the specially elaborated questionnaire and by establishing the correlation coefficients,

the factors contributing to the development of depression at the persons with an increased level of anxiety have been studied.

### **Rezumat**

În lucrarea prezentă sunt elucidate rezultatele investigațiilor clinice (criteriile ICD-10), clinico-psiho-logice (testul Hamilton, scale Spielberger) a 124 de femei de 18-45 ani, cu depresie non-psihotică. Pentru 95 pacienți (grup de bază), depresia a fost asociată cu un nivel crescut de anxietate stare și/sau trăsătură. 29 de pacienți, cu nivelul de anxietate în limitele acceptabile fiziologic, au format grupul de control. Aplicând, un chestionar elaborat special și calculând coeficienții de corelare, au fost studiați factorii ce contribuie la dezvoltarea depresiei la persoanele cu anxietate.

### **Actualitatea**

În aspect etiologic nu poate fi evidențiat cu certitudine doar un singur factor care declanșează depresia. Mai frecvent această stare afectivă este rezultatul acțiunii asociate a factorilor biologici, psihologici și celor sociali. Într-un șir de studii epidemiologice, privind depresia [1; 3; 4; 5], s-a constatat că, episodul depresiv major non-psihotic are incidența cea mai mare la femeile cu vârsta cuprinsă între 18 și 44 ani. Femeile au în general o longevitate mai mare decât bărbații, fenomen, care probabil, explică prevalența de două ori mai mare a depresiei la acestea. În același timp, evoluția mai severă, cât și frecvența mai înaltă a recăderilor depresive la sexul masculin pare a fi rezultatul refuzului bărbaților de a recunoaște că sunt depresivi, depresia la ei, adeseori fiind ascunsă sub „masca” altor patologii (adicție, tulburări de panică, anxietate, tulburare de personalitate) [2; 5]. Din aceste motive, în studiul prezent au fost incluse doar femei, iar sexul nu a fost analizat ulterior drept factor de risc, ci drept unul dintre criteriile de selecție a materialului clinic. Analizând rezultatele interviuării pacienților conform chestionarului elaborat au fost evidențiați cei mai importanți factori de risc în sensul declanșării/menținerii stării depresive non-psihotice în funcție de tipul și nivelul anxietății predominante.

**Scopul lucrării** a prevăzut analiza factorilor de risc în sensul declanșării sau menținerii depresiei non-psihotice în coraport cu intensitatea și tipul de anxietate predominant.

### **Material și metode**

Eșantionul de studiu a inclus 124 bolnavi de sex feminin cu depresie non-psihotică, vârsta cărora a fost între -18 și 45 ani. Ținând cont de tipul de anxietate predominant, pacienții au fost repartizați în trei grupe (grupa I-a - 31 paciente depresive (25%) cu predominarea anxietății trăsătură, grupa a II-a - 30 bolnave (24,2%) cu predominarea anxietății stare și grupa a III – 34 bolnave (27,4%) cu nivel crescut de anxietate stare și trăsătură (> 30 puncte)), rezultatele fiind comparate cu cele ale pacienților din lotul martor constituit din 29 persoane depresive de aceeași vârstă și sex, la care anxietatea nu depășea limita fiziologică. Metodele de studiu au fost: examenarea clinică (criteriile CIM-10); clinico-psiho-logică (testul Hamilton M., Spielberger C.). Utilizând un chestionar elaborat special și calculând coeficienții de corelare, a fost studiat impactul diferitor factori de risc semnificativi în sensul declanșării depresiei la persoanele cu anxietate.

### **Rezultate și discuții**

Interviurea pacienților din *lotul martor* a constatat că, 21 dintre ei (72,4%) locuiau în mediul urban și doar 8 (27,6%) în mediul rural, 12 paciente (41,4%) au relatat despre trimiterea la psihiatru de către medicii de alte specializări, preponderent medici de familie; 6 (20,7%) au fost convinse de către rude, 3 paciente (10,3%) au fost internate pe motive de urgență (tentative suicidare) și, doar 8 bolnave (27,6%) au decis personal să solicite asistență medicală specializată.

Dintre pacientele lotului martor, către momentul solicitării asistenței psihiatrice, 12 (41,4%) erau șomere, 10 (34,5%) – angajate în serviciu, 7 (24,1%) – făceau studii și, doar 4 bolnave (13,8%) au menționat deținerea unui statut profesional și social înalt. Vârsta medie a acestor bolnavi era de  $32,28 \pm 1,47$  ani, adică erau persoane tinere, apte de muncă. S-a stabilit că, persoanele celibatate (11 paciente – 38,0%), solitare, divorțate (9 – 31,0%) și văduvele (5 – 17,2%) au fost considerabil mai multe vis-a-vis de persoanele cu mariaj reușit (4 paciente – 13,8%).

Capacitățile adaptative reduse la stres și la diverse relații interpersonale perturbate, corelau direct proporțional cu declanșarea și severitatea depresiei. Astfel, 22 paciente (75,9%) au notat incapacitatea de a se adapta la stres și doar 7 (24,1%) au menționat o adaptivitate satisfăcătoare.

Dintre bolnavele investigate, 8 (27,6%) au relatat despre relații intrafamiliale calme, binevoitoare; 6 paciente (20,7%) au specificat că, relațiile în cadrul familiei sunt calme, dar reci, lipsite de empatie; 5 (17,2%) menționau prezența unor conflicte interpersonale episodice și 10 (34,5%) semnalau menținerea conflictelor cotidiene, care le făcea să resimtă o stare de disstres continuu. Privitor la istoricul familial de depresie ca factor de risc în declanșarea depresiei non-psihotice, în grupul de control, 7 paciente (24,1%) au menționat prezența stărilor depresive la rudele de prima linie și 22 (75,9%) au negat stările depresive la rudele apropiate. Prezența istoricului familial de suicid – a fost specificată de către 3 paciente (10,3%).

Dintre factorii declanșatori subiectivi (conștientizați de către paciente, drept importanți, pentru dezvoltarea și menținerea stării afective actuale), 8 bolnave (27,6%) i-au menționat pe cei socio-economici, 2 (6,9%) au evidențiat factorii individual-psiologici, și 19 paciente (65,5%) nu au putut identifica cu certitudine cauza stării morbide actuale. În lotul martor, 9 (31,0%) au fost cu episod primar, 10 (34,5%) cu episod repetat și 10 (34,5%) cu mai mult de 3 episoade depresive pe parcursul vieții.

**În grupul I de studiu**, vârsta medie de debut a depresiei a fost de  $25,77 \pm 1,07$  ani. În referință cu mediul de trai s-a depistat că, 18 paciente (58,1 %) locuiau în mediul urban și 13 (41,9%), în mediul rural; 9 bolnave (29,0%) au fost trimise la psihiatru de medicii de alte specializări, 14 (45,2%) au fost convinse de către rude sau persoane apropiate și, doar 8 (25,8%) au decis singure să solicite asistență psihiatrică.

Evaluând nivelul de studii, s-a constatat că, ponderea cea mai mare a revenit persoanelor cu studii medii specializate - 15 (48,4%), după care au urmat bolnavele cu studii medii incomplete - 9 (29,0%) și în final, pacientele cu studii superioare - 7 (22,6%). Date similare au fost depistate și în raport cu statutul socio-profesional: 12 bolnave (38,7%) își făceau studiile, 11 (35,5%) erau șomere și doar 8 (25,8%) erau încadrate în câmpul muncii. Studiind depresia persoanelor cu nivel crescut de anxietate trăsătură în raport cu statutul marital, s-a constatat că, 16 paciente (51,6%) erau celibatate, 8 (25,8%) divorțate sau solitare și, doar 7 bolnave (22,6%), căsătorite.

Mai mult de jumătate din pacientele grupului I, 20 (64,5%) au relatat despre stări depresive la rudele de prima linie. Dintre factorii subiectiv considerați importanți, în sensul declanșării/menținerii stării afective actuale, pacienții mai frecvent i-au menționat pe cei socio-economici – 8 paciente (25,8%). Majoritatea bolnavilor cu nivel crescut de anxietate, predominant trăsătură, 20 (64,5%) considerau că, starea morbidă actuală s-a dezvoltat nemotivat. Investigațiile privind prezența/absența ideății autolitice au constatat: 3 paciente (9,7%) expuneau gânduri suicidare, celelalte 28 (90,3%) negau prezența acestora. O singură bolnavă (3,2%) a comis anterior tentative de suicid, iar 7 paciente (22,6%) au relatat despre cazuri de suicid la rudele apropiate.

Ținând cont de evoluția maladiei curente s-a depistat în 3 cazuri (9,7%) episod depresiv primar în 2 (6,4%), episod repetat, 26 pacienți (83,9%) fiind cu 3 și mai multe episoade depresive pe parcursul vieții. În aspect de coping, 6 bolnave (19,4%) au relatat despre prezența unei adaptivități satisfăcătoare la stres și relații interpersonale perturbate, 25 (80,6%) menționând incapacitatea de a se adapta la situațiile psihotraumatizante. Dintre pacienții investigați, 11 (35,5%) au relatat despre interrelații calme, binevoitoare cu membrii familiei, prietenii, alte persoane din anturaj; 5 (16,1%) întrețineau relații calme, dar reci, lipsite de empatie, 8 (25,8%)

au comunicat despre prezența conflictelor interpersonale episodice și 7 (22,6%) semnalau conflicte cotidiene, care-i făcea să resimtă o stare de disstres continuu.

**Grupul II al studiului** a inclus 30 paciente depresive cu nivel crescut de anxietate, predominant stare, vârsta medie a cărora a fost, mai mare, comparativ cu lotul martor și celelalte grupe, constituind  $36,2 \pm 1,16$  ani. Dintre acestea, 22 (73,3%) paciente locueau în mediul urban și 8 (26,7%) în mediul rural. Mai mulți pacienți ai acestui grup 21 (70%), au solicitat asistență psihiatrică la recomandarea medicilor de alt profil (46,7%) sau a persoanelor apropiate (23,3%); 9 bolnave (30,0%) au decis personal să consulte psihiatrul.

Ponderea bolnavilor cu studii superioare în grupul II a fost mai mare, comparativ cu lotul martor și grupul I de studiu, constituind 63,3% (19 paciente); 9 dintre paciente (30,0%) dețineau diplome de studii medii speciale și doar 2 (6,7%) aveau studii medii incomplete, fenomen, reflectat și în statutul socio-profesional – 7 (23,33%) erau șomere, 4 (13,33%) - studente și 19 (63,33%) au fost încadrate în câmpul muncii, 12 dintre ele deținând posturi cu funcții de decizie și nivel de responsabilitate crescut.

În raport cu statutul marital, s-a constatat: 16 paciente (53,3%) erau celibatate, 6 (20,0%) căsătorite, 8 (26,7%) divorțate și văduve. Istoricul familial de depresie s-a evidențiat la doar 7 paciente (23,3%), care menționau prezența stărilor depresive la rudele de prima linie, cele 23 restante (76,7%) au negat prezența depresiei la rudele apropiate. Dintre factori estimați subiectiv de către pacienți ca importanți, în declanșarea/menținerea stării afective actuale, în 21 (70,0%) cazuri au fost menționați cei socio-economici, în 5 cazuri (16,7%) cei individual-psihologici și doar 4 dintre bolnavele acestui grup (13,3%) considerau starea actuală nemotivată.

Numărul de episoade morbide la pacienții depresivi cu nivel crescut de anxietate, predominant situativă a demonstrat cea mai joasă medie -  $1,6 \pm 0,11$ . Concomitent, s-a depistat că, 15 pacienți (50,0%) au fost cu episod depresiv primar, 7 (23,3%) cu episod repetat și 8 (26,7%) cu 3 sau mai multe episoade depresive pe parcursul vieții. Prezența relațiilor interpersonale calme, binevoitoare cu membrii familiei, prietenii și alte persoane din anturaj a fost menționată doar de 9 bolnave (30,0%); relațiilor calme, dar reci, lipsite de empatie de 12 (40,0%), 6 paciente (20,0%) au relatat despre prezența conflictelor interpersonale episodice și 3 bolnave (10,0%) – despre conflicte cotidiene, care au condus la disstres continuu.

Capacități adaptative satisfăcătoare la stres și relații interpersonale perturbate au fost semnalate doar de 4 paciente (13,3%), 26 (86,7%) considerându-se inapte de a face față stresului.

**Grupul III de studiu**, a fost constituit din 34 persoane (27,4%) cu vârsta medie de  $30,68 \pm 1,47$  ani. Dintre acestea, 19 paciente (55,9%) locueau în mediul urban și 15 (44,1%) în mediul rural; 17 paciente (50,0%) au solicitat asistență psihiatrică la recomandarea medicilor de alte specializări (medici de familie, endocrinologi, terapeuți, neuropatologi), 9 (26,5%) au fost convinse de către rude, persoane apropiate și 8 bolnave (23,5%) s-au adresat din proprie inițiativă.

Au predominat persoanele cu studii superioare 22 cazuri (64,7%), urmate de cele cu studii medii speciale - 5 (14,7%), studii medii 4 (11,8%) și studii medii incomplete - 3 (8,8%). Analizând statutul social și profesional al pacientelor s-a depistat: 15 bolnave (44,1%) erau șomere, 7 (20,6%) studente și 12 (35,3%) încadrate în câmpul muncii, iar 4 paciente (11,8%) dețineau posturi cu funcții de decizie și nivel crescut de responsabilitate.

Statutul marital al pacientelor din grupul III de studiu a fost diferit. Astfel, 11 paciente (32,4%) erau celibatate, 18 (52,9%) căsătorite, 5 (14,7%) divorțate. Istoricul familial de depresie a evidențiat că, 10 paciente (29,4%) menționau prezența stărilor depresive la rudele de prima linie și 24 (70,6%) o negau. Cu episod depresiv primar au fost 4 bolnave (11,8%), cu episod repetat 6 (17,6%) și cu 3 sau mai multe episoade depresive pe parcursul vieții, 24 (70,6%), media fiind  $2,97 \pm 0,20$ . Despre relații interpersonale calme, binevoitoare cu membrii familiei, prietenii și alte persoane din anturaj au relatat 7 (20,6%) bolnave; relații calme, dar reci, lipsite de empatie aveau 13 (38,2%); 5 paciente (14,7%) menționau prezența conflictelor interpersonale episodice și 9 bolnave (26,5%) au comunicat despre conflicte cotidiene și disstres continuu. Privind capacitățile adaptative s-a depistat că, ele au fost satisfăcătoare doar la 8 paciente (23,5%),

celelalte 26 (76,5%) subliniau incapacitatea de a se adapta la stres și relații interpersonale perturbate.

În (tab.I) sunt incluși factorii de risc (în sensul declanșării/menținerii depresiei) care au manifestat cea mai înaltă frecvență la pacienții din studiul prezent. Datele expuse în tabel reflectă cum corelează acești factori cu severitatea depresiei în funcție de prezența/absența anxietății și tipul de anxietate predominant. Poate fi menționat faptul, că majoritatea factorilor de risc, incluși ipotetic, în chestionar ținând cont de experiența clinică proprie, au manifestat corelații intense cu depresia, dar totuși se evidențiază corelări impunătoare a unora dintre factori, care și vor fi menționate în continuare.

Tabelul I

**Coeficienții de corelare între frecvența factorului de risc și nivelul depresiei la persoanele cu nivel crescut de anxietate**

Factori de risc		Coeficienți de corelare (r <sub>xy</sub> )								
		Lot martor		Grupa I		Grupa II			Grupa III	
		ușoare	medii	medii	severe	ușoare	medii	severe	medii	severe
Vârsta	Până la 30 ani	0,87	0,93	0,46	0,7	0,34	0,67	0,48	0,88	0,7
	30-40 ani	0,7	0,75	0,68	0,45	0,2	0,81	0,87	0,94	0,66
	Peste 40 ani	0,49	0,52	-	-	0,3	0,74	0,53	0,53	0,33
Mediul de trai	Urban	0,64	0,6	0,86	0,65	0,11	0,5	0,69	0,7	0,88
	Rural	0,6	0,64	0,56	0,93	0,3	0,74	0,53	0,88	0,7
Studii	Medii	0,4	0,41	0,74	0,49	0,69	0,32	0,23	0,65	0,4
	Medii specializate	0,6	0,6	0,73	0,75	0,28	0,8	0,57	0,53	0,33
	Superioare	0,9	0,81	0,62	0,4	0,14	0,62	0,87	0,58	0,94
Statut profesional	Șomere	0,81	0,87	0,87	0,57	0,34	0,67	0,48	0,88	0,7
	Studente	0,54	0,58	0,93	0,61	0,47	0,48	0,34	0,65	0,4
	Încadrate	0,7	0,75	0,68	0,45	0,14	0,62	0,87	0,94	0,58
	Responsabilitate crescută	0,4	0,4	-	-	0,23	1	0,71	0,46	0,29
Statut marital	Celibatate	0,75	0,81	0,67	0,8	0,17	0,76	0,93	0,88	0,54
	Căsătorite	0,4	0,4	0,62	0,4	0,37	0,6	0,44	0,74	0,83
	Divorțate, solitare	0,6	0,7	0,68	0,45	0,34	0,67	0,48	0,53	0,33
Incapacitate de a se adapta la stres	0,58	0,54	0,36	0,55	0,06	0,32	0,45	0,44	0,7	
Relații intra-familiale	Calme, binevoitoare	0,6	0,64	0,87	0,57	0,28	0,8	0,57	0,65	0,4
	Reci, lipsite de empatie	0,49	0,5	0,5	0,33	0,23	1	0,71	1	0,62
	Conflicte episodice	0,44	0,47	0,68	0,45	0,37	0,6	0,44	0,53	0,33
	Conflicte cotidiene	0,7	0,75	0,62	0,4	0,56	0,4	0,29	0,76	0,47
Istoric familial de depresie	Prezența	0,54	0,58	0,45	0,92	0,34	0,67	0,48	0,82	0,5
	Absența	0,58	0,54	0,87	0,57	0,1	0,45	0,63	0,5	0,82
Factori subiectivi	Socio-economici	0,6	0,63	0,68	0,45	0,12	0,53	0,75	0,76	0,47
	Individual psihologici	0,26	0,28	0,38	0,25	0,41	0,55	0,39	0,82	0,5
	Nemotivat	0,75	0,7	0,45	0,92	0,47	0,48	0,34	0,88	0,7
Nr. episod	1	0,6	0,69	0,38	0,25	0,18	0,81	0,87	0,46	0,29
	2-3	0,7	0,75	0,3	0,2	0,41	0,55	0,39	0,59	0,36
	Mai mult de 3	0,7	0,75	0,3	0,47	0,34	0,67	0,48	0,5	0,82

Ținând cont de coeficienții de corelare se poate presupune că atunci, când nivelul anxietății nu depășește limita fiziologică, mai frecvent se vor dezvolta stări depresive non-psihotice de severitate ușoară sau medie. Categoria de risc în acest sens fiind: persoanele cu vârsta de până la 40 ani, cu relații interpersonale perturbate, care locuiesc în mediul urban, nu sunt încadrate în familii (sunt celibatate sau divorțate), dețin diplome de studii superioare, dar nu au serviciu, situația socio-economică a căroră este nefavorabilă.

Spre deosebire de lotul martor, la pacienții din grupa I de studiu au predominat depresiile severe și cele de intensitate medie, care se dezvoltau adeseori pe fondalul unor relații interpersonale calme, binevoitoare ( $r_{xy} = +0,87$ ), frecvent nemotivat ( $r_{xy} = +0,92$ ).

Fenomenele acestea, probabil, provin din particularitățile caracteriale, care mențin stima de sine redusă, senzațiile de incapacitate proprie, culpabilitate, indispoziție, etc. Astfel, categoria de risc major în sensul dezvoltării/menținerii depresiei la persoanele cu particularități anxioase de caracter o vor constitui subiecții solitari în vârstă de până la 30 ani, studenți sau șomeri, cu istoric familial de depresie ( $r_{xy} = +0,92$ ) și statut socio-economic defavorabil, care locuiesc în mediul rural.

Este important să ținem cont de faptul, că la asemenea persoane depresia se poate declanșa chiar și în cazul unor relații intrafamiliale și interpersonale favorabile. Pacienții adeseori evaluau subiectiv proveniența stării afective ca fiind nemotivată.

La bolnavii cu nivel crescut de anxietate, predominant situațională au fost prezente depresii de diferită severitate (de la ușoare până la severe). Cei mai importanți coeficienți de corelare, depresia i-a manifestat cu: vârsta (între 30 și 40 ani), studiile medii specializate și superioare, nivelul înalt de responsabilitate, relațiile intrafamiliale lipsite de empatie, statutul socio-economic defavorabil. Așa dar, situațiile psihotraumatizante pot crește riscul de depresie, în special medie sau severă.

Depresiile pe fondal de anxietate trăsătură și stare corelau pozitiv cu majoritatea factorilor studiați, dar, totuși, corelările cele mai intense au fost cu: vârsta de până la 40 ani, studiile superioare, incapacitatea de a se adapta la stres, relațiile intrafamiliale reci, lipsite de empatie pe fondal de conflicte cotidiene, factorii individual-psihologici subiectivi, situația socio-economică precară. La această categorie de pacienți au predominat depresiile medii și severe, care s-au dezvoltat atât la persoanele încadrate în serviciu, cât și la cele șomere; la cele încadrate în familie, cât și la cele de locuiau în solitudine; motivat, cât și nemotivat.

Este important să fie menționată creșterea corelărilor directe, între episoadele repetate de depresie și severitatea acestora, constatate, atât la pacienții lotului martor, cât și la grupele I și III de studiu. La depresivii cu nivel crescut de anxietate, predominant stare, însă corelări directe au fost cu primul episod morbid, adică următoarele episoade au fost de intensitate mai puțin pronunțată.

### **Concluzii**

În final se poate conchide că, stările anxios-depresive î-și au originea în interacțiunea complexă a factoriilor biologici, psihologici și celor de mediu. În ce privește mediul – „evenimentele de viață” (despărțiri, decese, schimbarea profesiei), ele conduc rapid la apariția simptomelor morbide. Dar, pentru ca asemenea stări să se formeze, este nevoie de o îmbinare variabilă între predispoziția ereditară, experiențele educative și, de cele mai multe ori, evenimentele traumatizante.

### **Bibliografie**

1. DRAGUȚA N., PARASCHIV Manuela. Analiza corelațională a factorilor de risc în declanșarea tulburărilor psihice reactive. // *Buletin de Psihiatrie Integrativă. Ed. Spitalul de Psihiatrie „Socola” Iași*, 2005, An XI, Vol. X, Nr. 1 (24), p 247-259
2. REVENCO M., NASTAS I. Strategii de diagnostic și tratament în depresii. // *Elaborare metodică*, Chișinău 2008, 40 p.
3. SARTORIUS, N., USTUN T. B., LECRUBIER Y. si colab. Depression comorbid with anxiety: results from WHO study on psychological disorders in primary health care // *Br. J. Psychiatry*, 1996, S30: 38- 43
4. WORLD HEALTH REPORT. 2001. WHO. // *Geneva*, 2001, 178 p
5. СМУЛЕВИЧ А. Б. Депрессии в общей медицине // *М.*, 2001, 252 с