

CAPITOLUL 9

Evenimentele stresante de viață și suportul social. Semnificația lor pentru tulburările depresive

Gabriele Richter

CONCEPTUL DE EVENIMENTE DE VIAȚĂ

Lucrările din două direcții au canalizat un interes crescând pentru o explicație teoretică a legăturii stresului cu tulburările psihice. În primul rând, sunt cercetările socio-epidemiologice de la începutul anilor '50 în USA (Studiul New Haven-Hollingshead & Redlich, 1958; studiul Midtown-Manhattan-Srole și colab. 1962) și în al doilea rând, receptarea și popularitatea conceptului de stres a lui Selye (1956) și a principiului nespecificității reacției.

În aprecierea globală a cercetării evenimentelor de viață apare tot atât de important conceptul cauzalității nespecifice a diversilor stimuli, respectiv stresori. Aceasta înseamnă că cele mai diverse schimbări de viață (respectiv moartea partenerului, mutare, schimbarea locului de muncă) implică aceeași încărcătură, readaptare și consecință. Ideea de bază stă în aprecierea situațională a stresului. Procesele mijlocitoare între stimul (stresant) și reacție (stresantă) rămân în continuare ignorate. Indiferent de semnificația idiografică, frecvența evenimentelor stresante de viață atrage după sine importante reacții de adaptare ale individului. Dacă acestea nu se declanșează, deoarece cerințele depășesc resursele obiective și/sau subiective ale individului, pot apărea ca urmare îmbolnăviri psihice și/sau fizice.

Începutul cercetărilor evenimentelor de viață se leagă de publicarea metodelor de cuantificare a acțiunii acestor evenimente prin scale de evenimente de viață (Schedule of Recent Experiences - SRE, Social Readjustment Rating Scale - SRRS) ale lui Holmes și Rahe (1967). Critica acestui concept global (Filipp, 1981; Katsching, 1980) se referă la insuficiența evaluare a calității emoționale a evenimentelor de viață, plasarea lor deficitară în biografie și în contextul individului afectat și omisiunea percepției, evaluării și prelucrării specifice persoanei. Este la fel destul de clar după Holmes și Rahe (1967) că solicitările pe care le exercită evenimentele de viață stresante sunt aditive dacă mai multe evenimente se petrec într-un anumit interval de timp și în mod stereotip. După Mechanic (1974) scopul cercetării evenimentelor de viață este de a studia mecanismele și condițiile specifice prin care aceste evenimente duc la anumite boli (Katsching, 1980).

Aceste perspective clinico-psihologice și epidemiologice ale cercetării evenimentelor de viață (acțiunea potențial patogenă a evenimentelor ca schimbări de viață fiind presupusă) pot permite aprecieri etiopatologice în cadrul unui model pur medical pe care-l lărgeste astfel. În plus, trebuie neapărat ținut cont că evaluarea retrospectivă a evenimentelor de viață nu permite o apreciere condițională și cauzală a relațiilor dintre eveniment și boală (Petermann, 1981), iar corelațiile dintre acestea lasă deschisă întrebarea referitoare la direcția acestor relații.

În perspectiva psihologiei dezvoltării, evenimentele de viață sunt văzute ca trăsătură constitutivă a biografiei individuale și/sau le concepe ca un drum al schimbărilor

ontologice. În acest sens evenimentele nu trebuie să aibă numai o acțiune patogenă, ci pot avea și o contribuție la dezvoltarea personalității (Baltes, 1979; Filipp și colab. 1980). Datorită faptului că evenimentele de viață au calitatea specifică și efectul lor exclusiv prin percepția, evaluarea și prelucrarea lor intrapsihică, devine explicabilă inconsistența rezultatelor cercetărilor epidemiologice asupra rolului factorilor sociali în apariția și evoluția bolilor psihice (Berner & Katsching, 1977; Dohrenwend & Dohrenwend, 1969; Katsching & Strotzka, 1977, Keupp, 1974). Aici vor fi date numai câteva exemple, (pentru detalii consultă Katsching, 1980) care vor sublinia cum se poate explica lipsa de consistență a unora din cercetări:

- lipsa comparabilității variabilelor dependente (boală/tulburare) determinată de problemele de validitate și fidelitate privitor la diagnosticul psihiatric (Kendell, 1975);
- lipsa comparabilității variabilelor independente (sociologice), de exemplu statutul social, mobilitatea socială și integrarea acestor variabile sociale cu altele care sunt operaționalizate pe baza diverselor puncte de vedere teoretice și care, astfel, pun probleme analoge cu cele ale diagnosticelor psihiatrice;
- neglijarea relațiilor temporale între variabilele independente și dependente; de exemplu datele secțiunii transversale nu pot să clarifice dacă schizofrenii sunt în număr mare în statutul social inferior și aceasta are o acțiune patogenă sau dacă aceasta se datorează bolii care-i împinge spre un statut social inferior.

REZULTATE EMPIRICE ASUPRA RELAȚIEI DINTRE EVENIMENTELE DE VIAȚĂ ȘI DEPRESIE

În ciuda slăbiciunilor metodologice și de conținut conceptual al evaluării globale a cercetării evenimentelor de viață, trebuie menționate unele studii publicate în anii '70, care pot fi considerate ca pietre de hotar în cercetarea depresiei. Aceasta se referă la lucrările lui Paykel și colaboratori și cele ale lui Brown, Harris și colaboratori, lucrări care pretind că ar fi reușit să depășească unele puncte critice ale studiilor anterioare. Trebuie reliefate inițiativele lui Brown și Harris (1978) de a combate deficiențele teoretice ale abordării globale ale cercetării evenimentelor de viață. Pe lângă dezvoltarea unei tehnici speciale de interviu (Brown, 1974) care renunță la folosirea diverselor variabile de măsurare a acțiunii dăunătoare a acestora asupra subiectului, el utilizează evaluarea subiectului însuși privitor la evenimentele de viață care ar fi implicate în geneza depresiei. Pe baza cercetărilor proprii asupra unei comunități feminine, Brown și Harris au elaborat o prezentare complexă a interacțiunii factorilor sociali în instalarea depresiei. Ei au identificat 3 tipuri de factori:

- precipitanți (evenimente de viață pe termen scurt și greutăți cronice);
- factori de vulnerabilitate;
- factori de plasticitate simptomatică.

Dintre factorii de vulnerabilitate și de risc pentru depresie pot fi menționate dificultățile pe termen lung (precum apartenența la grupuri marginale, șomaj pe termen lung) sau, pentru femei, activitate profesională cu copii sub 14 ani, lipsa de ocupație, îngrijire a 3 sau mai mulți copii sub 14 ani la domiciliu, lipsa unei relații strânse, de încredere cu partenerul/soțul și ca factor specific, pierderea mamei înainte de 11 ani (Brown 1982; Brown, Bhrolchain & Harris, 1975; Brown & Harris, 1978, Brown, Harris & Copeland, 1977). Factorii de vulnerabilitate în

sine nu cresc riscul depresiei; ei au făcut femeile mai receptive la influența evenimentelor adverse, mai ales la evenimente de pierdere. Conceptul de "pierdere" la Brown și Harris constă într-o pierdere interpersonală (moarte sau despărțire) sau implică deprivarea de valori și resurse de întărire sau a afirmării identității de rol. Pierderea ar fi, după opinia autorilor amintiți, cauza probabilă pentru lipsa de speranță, aflată în nucleul psihopatologic al depresiei. Factorii de vulnerabilitate influențează stima de sine. O stimă de sine scăzută crește intensitatea reacției de pierdere prin generalizarea lipsei de speranță evocată prin pierdere. Durerea acestei reacții intensive este mecanismul prin care reacția normală de pierdere se convertește în depresie.

Factorii situaționali specifici de vulnerabilitate pentru femei nu au fost confirmați într-un eșantion din spațiul englez (Bebbington, Sturt, Tennant & Hurrz, 1984). Costello (1982) a repetat studiul Camberwell mai sus descris în Calgary în Canada și nu a putut face legătura dintre instalarea tulburărilor depresive și următorii factori: apartenența la un statut social, statutul ocupațional, numărul copiilor de-acasă, pierderea mamei înainte de 11 ani. În acord cu studiile lui Brown și colab. s-a dovedit în schimb valoarea lipsei de încredere cu partenerul conjugal ca factor de risc pentru tulburările depresive. Semnificația factorilor sociali este în legătură cu structura socioeconomică a eșantionului de studiu, 30% din femei fiind muncitoare la Calgary și 52% în studiul lui Brown și Harris.

În discuția rezultatelor, Costello evidențiază o anumită nesiguranță referitor la rolul causal al evenimentelor de viață grave pentru apariția tulburărilor depresive. Aceste evenimente de viață negative favorizează mai mult vulnerabilitatea individuală relevând o deficiență fundamentală a abilității și competenței sociale (Weissman & Paykel, 1974).

În continuare trebuie evidențiate unele rezultate ale grupului de lucru Paykel. Retrospectiv s-au relevat evenimente de viață stresante la pacienții psihiatrici comparativ cu grupele paralele de control din populația generală. Evenimentele de viață prelevate au fost grupate în diverse categorii (dorite versus nedorite, pierderi versus creșteri, etc) și a fost cercetată acțiunea lor patogenă (Paykel și colab. 1969). Jacob, Prusoff & Paykel (1974) au putut demonstra în acest sens că evenimentele de pierdere și nedorite sunt semnificativ mai frecvent în avantscena bolii și pot fi considerate ca posibili precipitanți, în timp ce în schizofrenie aproape toate tipurile de evenimente de viață par să joace un rol. Pacienții cu o recădere depresivă au descris mai multe evenimente în comparație cu pacienții fără recidive în același interval de timp (Paykel & Tanner, 1976). Mai mult, cercetând controlul personal asupra evenimentelor de viață, pacienții cu parasuicid raportează mai multe evenimente necontrolate decât pacienții depresivi fără tentative suicidare (Paykel, Prusoff & Myers, 1975). Uhlenhuth & Paykel (1973) nu au găsit nici un fel de diferențe în ceea ce privește evenimentele de viață la diferitele categorii de nevroze. Cu 3 luni înaintea instalării unei tulburări depresive ușoare pacienții au relatat evenimente de viață stresante mai frecvente în timp ce subiecții cu simptome endogene (lentoare, agitație sau vină patologică) nu au raportat tot atât de frecvent (Bebbington, Tennant & Hurrz, 1981). Aceste rezultate diferențiate nu au fost relatate de alte studii și nu au putut fi replicate (Bebbington și colab. 1981).

Se poate demonstra în mod repetat că pacienții cu tulburări psihice non-organice prezintă o frecvență crescută a evenimentelor de viață stresante cu 6 luni înaintea apariției bolii comparativ cu persoanele de control din populația generală. Semnificative sunt evenimentele de pierdere, nedorite și incontrollabile. În acest sens există o concordanță transculturală între USA și Anglia (Paykel, McGuinness & Gomez, 1976). Schimbările de viață pot fi cauze necesare și suficiente pentru instalarea tulburărilor psihice (Paykel, 1980). În urma evaluărilor și calculelor lui Paykel, mai puțin de 10% din persoanele confruntate cu evenimente de pierdere prezintă o depresie relevantă clinic (Clayton, Halikas & Maurice, 1972).

În această relație, Paykel prezintă evenimentele schimbătoare de viață într-un lanț etiologic multifactorial.

Rezultatele cercetărilor, precum cele ale lui Olinger, Kuiper & Shaw (1987) indică semnificația vulnerabilității cognitive în corelație cu evenimentele de viață în apariția consecințelor lor patologice. Pacienții cu pronunțate atitudini disfuncționale (evaluate cu Dzsfuncțional Attitude Scale a lui Weissman & Beck, 1978) au avut și/sau așteptat la mai multe evenimente negative de viață, au apreciat ca importantă influențelor emoțională și au prezentat un nivel crescut al stresului resimțit în comparație cu persoanele cu mai puține atitudini disfuncționale cognitive. Evenimentele de viață au în consecință influență evidentă numai asupra vulnerabilității cognitive a nivelului depresiei. Kuiper și Olinger (1986) afirmă că dacă după evenimente de viață negative subiectul nu reușește să restabilească stima de sine și atitudinile disfuncționale, aceasta înseamnă că individul rămâne vulnerabil și va deveni depresiv. Chiar și alte studii evidențiază că o acțiune patogenă a schimbărilor de viață nu trebuie gândită în mod linear, ci probabil necesită o mijlocire multidimensională și o optică tranzacționistă așa cum este realizată de teoria stresului a lui Lazarus și Launier (1978). Resursele și competențele individuale (comportamentul de coping) decid asupra faptului dacă o interacțiune între vulnerabilitate și stresori duc la consecințe patologice.

Bebbington, Tennant & Hurrz (1991) au putut demonstra că evenimentele percepute ca pierdere nu pot "identifica" cazurile clinice și discrimina persoanele lipsite de relevanță. Pe de altă parte, persoanele care în trecut au necesitat ajutor psihosocial și/sau tratament psihiatric sau psihoterapic au prezentat pierderi interpersonale semnificative prin separare în copilărie petrecute până la vârsta de 10 ani. Chiar și rezultatele multiplelor analize de regresie luând în considerare variația morbidității psihiatrice la vârsta adultă este numai de 4,5%, respectiv 5,5% pentru moarte, respectiv despărțirea părinților, ceea ce arată necesitatea de a face corelații nu numai dintre evenimentele de viață și bolile psihice, ci și cu posibilitatea de a surprinde semnificația lor evolutiv-dinamică (Tennant, Hurry & Bebbington, 1982).

Jacobson și colab. (1975) și Parker (1983) au ajuns la concluzia că pierderile parentale nu au singure o influență patogenă (specifică depresiei) ci acțiunea lor depresogenă este mijlocită de elaborarea intrapsihică. În acest sens ne putem referi la lucrările grupului de lucru a lui Perris asupra educației parentale și psihopatologia la vârsta adultă (Eisemann, Gasyner, Maj, Perris & Richter, 1990; Perris, 1987; Perris, Eisemann, Lindgren, Richter & Vrsti, 1990; Perris, Jacobson, Lindstrom, Knorrng & Perris, 1980; Perris & Perris, 1978; Perris, Perris & Eisemann, 1987).

Significația evenimentelor schimbătoare de viață pentru prognosticul evoluției tratamentului, respectiv al prognosticului va fi discutată referitor la rezultatele controverselor. În timp ce Monroe și colab. (1983) afirmă că evenimentele negative de viață petrecute la un an de la începutul tratamentului femeilor depresive sunt predictive pentru rezultatul tratamentului, Loyd și colab. (1981) și Murphy (1983) nu susțin valoarea predictivă pentru tratament a evenimentelor de viață înainte de începutul bolii.

Zimmerman și colab. (1987) au găsit că stresorii premergători erau mai mult legați de simptomele depresive din momentul externării, dar nu preziceau rezultatul tratamentului în perioada de urmărire a cazurilor. Moss (1990) consideră că rezultatele contradictorii pot fi explicate prin faptul că studiile efectuate nu au diferențiat în mod satisfăcător între evenimentele negative de viață și circumstanțele stresante curente de viață. Stresori curenți, precum probleme de sănătate (Hooley, 1986; Murphy, 1983), conflictele de familie (Hooley, 1986; Leff & Vaughn, 1985) arată o relație strânsă cu rezultatele terapeutice slabe și mai ridicată cu predicția recăderilor (Belsher & Costello, 1988).

Moos (1990) a putut repeta aceste rezultate și, în plus, în concordanță cu rezultatele lui Krantz și Moos (1988) a prezentat capacitatea de suport social a relației cu o persoană de încredere și relevanța acestui suport pentru rezultatul tratamentului și a remisiunii. Suportul familial s-a dovedit un factor important pentru menținerea remisiunii unei simptomatologii depresive (Belsher & Costello, 1988; Steinmetz, Lewinshon & Antonuccio, 1983). Pacienții depresivi (unipolari, după RDC depresie majoră și minoră) cu relații de încredere strânse și cu mai puține conflicte de familie, au prezentat rezultate mai bune la o terapie ambulatorie scurtă, în timp ce pacienții cu relații social deficitare și/sau conflictuale au profitat mai bine de o terapie de durată (Moos, 1990).

REȚEAUA SOCIALĂ, SUPTUL SOCIAL ȘI DEPRESIA

Așa cum s-a arătat în secțiunea precedentă, lipsa unor relații de încredere incluzând partenerul conjugal/prietenul are o acțiune favorizantă a depresiei în legătură cu evenimentele de viață stresante (Brown & Harris, 1978) și a putut fi găsit în diverse studii ca risc depresiv (Brown & Prudo, 1981; Costello, 1982; Roy, 1978; Solomon & Bromet, 1982). În plus, se poate evidenția semnificația relațiilor de încredere, a suportului social, înainte de toate în contextul familiei, pentru remisiune și rezultatul tratamentului în tulburările depresive. Astfel în lucrările cu acest subiect se poate evidenția o schimbare de accent care se îndepărtează de la orientarea asupra acțiunilor negative ale factorilor sociali spre focalizarea mai ales asupra circumstanțelor existențiale cu relevanță etiologică pozitivă și social suportivă. Fiedler (1991) vorbește de asemenea de o apropiere fără excepție a cercetătorilor evenimentelor de viață de cercetarea suportului social.

Înainte de a prezenta o imagine sinoptică a lucrărilor empirice despre rețeaua de suport social a persoanelor depresive, pare important a face o incursiune în modelele elaborate pentru descrierea mecanismelor de acțiune între suportul social și sănătate. Chestiunea relațiilor dintre integrarea socială și sănătate a dominat faza de început a cercetărilor despre rețeaua socială și suportul social. S-au formulat două ipoteze despre efectele relațiilor interpersonale deficitare:

1. Ideea de bază a *ipotezei efectului principal* implică că împovăările sociale, precum și condițiile suportului social funcționează ca stresori și influențează sănătatea psihică direct și independent sau interacționează împreună.

2. *Ipoteza tamponului* implică faptul că suportul social moderează stresul social. În consecință, persoanele cu suport social mai amplu au o tendință mai scăzută spre decompensare psihică la apariția unor greutăți existențiale comparativ cu persoanele cu un grad mai redus al integrării sociale și suportului social.

Interrelațiile dintre felul dificultăților și felul suportului par importante pentru obținerea efectului de tampon (vezi ipoteza specificității stres-suport, Cohen & McKaz, 1984; Cohen & Wills, 1985; Schwarzer & Leppin, 1989).

Semnificația suportului social în sens preventiv este exprimată și în ipoteza prevenției, ipoteză care vede în suportul social o protecție față de stres, respectiv o acțiune de ecranare. Ar mai fi de menționat diverse ipoteze interactive, în care efectul principal al stresorilor sociali țintește asupra suportului social și invers. Ambele ipoteze pot fi susținute empiric (Cohen & Wills, 1985), cercetări care mai degrabă fie surprind caracterele participării sociale părând astfel să susțină ipoteza efectului principal, fie prin folosirea măsurătorilor specifice ale suportului social înclină spre ipoteza tamponului (Reis, 1984; Wills, 1985).

Referitor la geneza depresiei, trebuie luate în seamă și acțiunile recursive, care nu conțin ipoteza cauzalității. Din numeroasele teme de cercetare inventariate de Fiedler (1991), se desprind patru domenii ale ipotezelor: 1) stresul social și suportul social ca antecedente ale tulburărilor depresive; 2) stresul social și suportul ca urmare a tulburărilor depresive; 3) efectul moderator, protectiv al resurselor personale și comportamentul de coping; 4) semnificația moderatoare a variabilelor personale. E ușor de recunoscut că interrelațiile și direcțiile de acțiune aproape de nesurprins (luând în considerare evoluția temporală a dezvoltării individuale, boala și integrarea socială) fac ca intențiile cercetărilor să fie greu de împlinit. Schwartzer & Leppin (1989) în urma unei meta-analize a 70 de studii empirice, au ajuns la concluzia că interdependențele susținute între valorile depresiei și variabilele suportului social pot fi parțial întrevăzute deoarece ele apar "în așa măsură inconsistente că despre o adevărată relație între variabile.. abia dacă se poate spune ceva. Pare aproape că orice rezultat poate fi imaginabil". Cauzele posibile ale acestei situații supărătoare pot fi găsite în multitudinea operaționalizărilor existente a constructului "suport social". De diferențiat de acest construct este rețeaua socială. Aceasta ar fi înțeleasă ca un model al relațiilor sociale, respectiv a legăturilor și poate fi descrisă mai exact cu trăsături structurale, precum mărime, densitate, durabilitate sau omogenitate (Sommer & Fydrich, 1989), fiind deci un concept mai mult orientat sociologic. Suportul social este mai degrabă orientat psihologic și el ar fi rezultatul interacțiunilor sociale și prelucrarea lor de către individ. Confluentează aici trăsăturile structurale ale rețelei sociale, trăsăturile interacțiunilor sociale ca și caracteristicile persoanei. Componentele de conținut ale suportului social sunt după Sommer & Fydrich (1989):

- suportul emoțional (de exemplu, apropiere, încredere, acceptată);
- suportul informațional (de exemplu, informațiile relevante pentru acțiune);
- suportul practic și/sau material (suport financiar, sprijin material, etc);
- integrarea socială (insertie în rețeaua interacțiunilor sociale, acord asupra valorilor și concepțiilor).

Acestea sunt trăsăturile funcționale calitative ale constructului "suport social" (Cohen & Syme, 1985). Barrera (1986) propune o altă analiză a perspectivei suportului social:

- structural - persoane care într-o anumită situație ajută sau ar ajuta;
- cognitiv - percepția suportului ca și a certitudinii sau a conștiinței sprijinului social (suportul social perceput ca și cogniție socială);
- interactiv - suportul acțiune.

Persoanele depresive au în comparație cu bolnavii somatici un număr semnificativ mai redus de persoane de contact extrafamilial și, în comparație cu persoanele de control sănătoase, au mai puține persoane de încredere în/și în afara familiei, se simt mai singure și reflectează mai des asupra dificultăților de contact (Eisemann, 1985). Cu ajutorul analizei discriminative asupra particularităților mediului social, Eisemann (1985) a putut clasifica corect în 83% din cazuri pacienții depresivi față de persoanele de control nepsihiatrice. Relațiile sociale ale pacienților depresivi, bazate mai ales pe autoevaluări, prezintă defecte cantitative și calitative (Bloschl, 1984; 1987a).

Cercetările ce evaluează relațiile sociale ale persoanelor depresive după aprecierile altor persoane nu au putut arăta nici o deosebire legată de condițiile de contact în comparație cu bolnavii somatici, ci doar un grad mai redus al rețelelor calitative (de exemplu "similaritatea valorilor și intereselor", "implicare").

Parțial, acestea erau mai negative decât apăreau în autoevaluarea celor depresivi (Brim, Witcoff & Wetzel, 1982). Prietenii persoanelor depresive relatează că aceștia din urmă petrec mai puțin timp în discuții de interes mutual, iar conversația tinde spre focalizare pe

problema persoanelor depresive, în timp ce înșiși cei sănătoși se simt depresivi (Coyne, 1976a; Coyne 1976b). Coyne, Aldwin, Lazarus (1981) ca și Schaefer, Coyne și Lazarus (1981) au putut arăta prin cercetări pe eşantioane de depresivi că aceştia caută un suport social dar, ei înșiși oferă mai puțin suport. Aceasta este probabil consecința sentimentelor aversive evocate la partenerii lor sociali. Husaini și Frank (1985) evidențiază că corelația negativă între intensitatea depresiei și suportul social se face, mai degrabă, cu certitudinea subiectivă asupra sprijinului social și mai puțin cu suportul obiectiv demonstrabil (suportul social ca și cogniție socială) și astfel implică o influență preventivă față de evenimentele critice de viață.

Relația așteptată între depresivitatea ridicată și valorile scăzute ale suportului social se poate susține atât pe baza auto, cât și heteroevaluărilor (Reiss & Benson, 1985). Autoevaluările copiilor cu dispoziție depresivă referitor la popularitatea și alegerea lor ca parteneri de joacă se corelează cu aprecierile colegilor de clasă (Faust și colab. 1985; Strauss și colab. 1984). Rezultatele comunicate indică faptul că deficitul autodescrise din relațiile sociale nu se datoresc exclusiv distorsiunilor cognitive (Bloschl, 1988). Amann (1991b) a urmărit dilema în ce măsură deficite în rețeaua socială/suportul social sunt obiective ori dacă pot fi puse pe seama distorsiunilor cognitive. El a inclus în cercetare 50 pacienți cu sindrom depresiv (ICD 300,4 și 296,1) cu trei momente de evaluare (1 - 2 săptămâni după internare, săptămâna 3 - 12 și externarea din spital) și au împărțit eşantionul de pacienți în pacienți la "primul episod" și în "episod recurent". Ambele grupe au prezentat în cursul tratamentului ameliorarea preconizată măsurată cu scala Beck și scala Hamilton. Pacienții cu episod depresiv recurent nu au obținut nivelul celor aflați la primul episod. Aceștia din urmă au prezentat o clară ameliorare a percepției resurselor sociale (mai multe contacte, mai mult suport social) și au relatat odată cu ameliorarea depresiei o îmbunătățire a suportului potențial. În momentul externării ei s-au deosebit la 18 din cele 23 de domenii ale suportului social luate în calcul față de pacienții care au mai fost tratați datorită unui episod depresiv. În comparație cu persoanele de control non-depresive, depresivii la primul episod prezintă deficite în rețeaua socială și suportul social, dar nu în măsura în care se întâlnesc la pacienții cronici cu depresii recurente (Amann, 1991a). Astfel, autoarea nu numai că a stabilit diferențe între resursele sociale ale celor două grupe de pacienți, ci a găsit și indicii că bolnavii cronici sau recurenți au prezentat o reducere generală a relațiilor sociale, în timp ce cei aflați la primul episod prezintă o reducere înainte de toate a contactelor și relațiilor intense, strânse, contactele rare și superficiale fiind mai puțin afectate.

Din aceste rezultate rămâne deschisă problema dacă deficitul găsite la cei cu primul episod erau prezente înainte de debutul depresiei și astfel au determinat depresia sau sunt o consecință a bolii, respectiv a începutului ei. Numai cercetări prospective asupra grupurilor de risc implică posibilitatea de a cerceta influența dintre depresie și suportul social în evoluție.

E în afara îndoielii că aprecierea depresiei ca variabilă dependentă și rețeaua socială și caracteristicile de suport ca variabilă independentă a corelațiilor funcționale între aceste domenii nu poate fi corect evaluată deși s-au făcut numeroase studii. În acest context se includ ideile critice ale lui Coyne (1987) care evidențiază că în metodologiile convenționale și statistice dichotomizarea propusă a evenimentelor de viață și suport social nu se poate susține. Surprinderea unei variabile se confundă cu cealaltă. Relațiile sociale reduse și/sau suportul social redus pot fi după Coyne (1987) rezultatul evenimentelor schimbătoare de viață. În contrast cu Champion (1990), Brugha și colab. (1990) afirmă că apariția evenimentelor de viață amenințătoare sau critice nu influențează amploarea și calitatea rețelei sociale. Rețeaua socială a unei persoane poate fi considerată stabilă în timp. În concor-

danță cu aceste cercetări, Steingals și colab. (1988) arată că indivizii prezintă un nivel relativ constant al integrării sociale chiar în fața unor disrupții ale rețelei prin moarte și/sau separare. Deficitele depresivilor obiectivate și reflectate în rețeaua socială pot fi mai degrabă clarificate prin semnificația lor idiografică, prin prelucrări cognitive și cu strategii de coping sau percepții subiective a suportului social.

Rezumând problemele metodologice și contradicțiile teoretice, se poate afirma că depresivii au rețele sociale mai mici, contacte sociale mai mici și beneficiază de un suport social mai redus. (Aneshensel & Huba, 1984; Barnett & Gotlib, 1988; Billings, Cronkite & Moos, 1983; Billings & Moos, 1984; Rossmann & Bloschl, 1982). Calitatea relațiilor sociale a persoanelor depresive în comparație cu cele sănătoase e trăită mai puțin mulțumitoare (Brugha și colab. 1982; Henderson și colab. 1980). Deci rupturi în relațiile sociale ca și lipsa unor contacte sociale strânse și de încredere sunt în legătură cu depresia și probabilitatea îmbolnăvirii și recăderii (Billings și colab. 1983; Hirschfeld & Cross, 1982; Surtees, 1980). În acest loc trebuie remarcat în mod critic că numărul aproape inflaționist al lucrărilor empirice e în contrast cu o stagnare în sensul unei construcții teoretice corespunzătoare. Începuturi pentru o asemenea perspectivă teoretică se pot întâlni la Brown în interpretarea datelor în lumina teoriei atașamentului a lui Bowlby, considerarea lui "bonding" (sentimentul de a fi apreciat și iubit rezultând din legăturile experimentate, trăite precoce) ca posibilă conexiune între diversele operaționalizări ale suportului social (Sarason și colab. 1987) sau în necesitatea unei fundamentări teoretice ancorate în psihologia personalității (Veiel, 1988). În ultimul rând va fi luată în considerare așa-zisa specificitate a surselor (Cohen & McKay, 1984; Wills, 1985). Cercetarea de până acum a suportului social a fost caracterizată printr-o perspectivă unilaterală, centrată pe individ în sensul unei psihopatologizări a individului. Corespunzător unei perspective sistemice, bolile psihice nu ar fi numai consecințele structurilor sociale patogene, ci și indicatori pentru comportamentele sociale și interrelațiile comunitare (Rohrle, 1987), ceea ce ar trebui să aibă o semnificație decisivă pentru prevenția efectivă. La fel, cercetările prospective trebuie să aibă un rol prioritar în viitor.

Bibliografie

- Amann, G.** (1991a). Die Relevanz der Dauer einer Depression für das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung. *Nervenarzt*, 62, 557 - 564.
- Amann, G.** (1991b). Social network and social support in depressed patients: A result of distorted perception? *European Archiv of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241(1), 49 - 56.
- Aneshensel, C., & Huba, G.** (1984). An integrative causal model of antecedents and consequences of depression over one year. *Research in Community and Mental Health*, 4(1), 35 - 72.
- Baltes, P.** (1979). Entwicklungspsychologie unter dem Aspekt der gesamten Lebensspanne. In L. Montada (Eds.), *Brennpunkte der Entwicklungspsychologie* (pp. 42 - 61). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Barnett, P.A., & Gotlib, I.H.** (1988). Psychosocial Functioning and Depression: Distinguishing among Antecedents, Concomitants, and Consequences. *Psychological Bulletin*, 104(1), 97 - 126.
- Barrera, M.** (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413 - 445.

- Bebbington, P., Sturt, E., Tennant, C., & Hurry, J. (1984). Misfortune and resilience: a community study of women. *Psychological Medicine*, 14, 347 - 363.
- Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1981). Life events and the nature of psychiatric disorder in the community. *Journal of Affective Disorders*, 3, 345 - 366.
- Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1991). Adversity in groups with an increased risk of minor affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158(1), 40 - 45.
- Belsher, G., & Costello, C. (1988). Relaps after recovery from unipolar depression: a critical review. *Psychological Bulletin*, 104(1), 84 - 96.
- Berner, P., & Katschnig, H. (1977). Psychische Gesundheit als Maß für die gesellschaftliche Situation. In I.f.W.u. Kunst (Eds.), *Umwelt und Gesellschaft* Wien:
- Billings, A., Cronkite, R., & Moos, R. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 119 - 133.
- Champion, L. (1990). The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events. *Psychological Medicine*, 20, 157 - 162.
- Clayton, P., Halikas, J., & Maurice, W. (1972). The depression of widowhood. *British Journal of Psychiatry*, 120(1), 71 - 78.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In J. Baum, E. Singer, & S. Taylor (Eds.). *Handbook of psychology and health* (pp. 253 - 267). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Syme, S. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. Syme (Eds.). *Social support and health* (pp. 3 - 22). Orlando, Florida: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological hypothesis*, 98, 310 - 357.
- Costello, C. (1982). Social factors associated with depression: a retrospective community study. *Psychological Medicine*, 12, 329 - 339.
- Coyne, J., Aldwin, C., & Lazarus, R. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439 - 447.
- Coyne, J.C. (1976a). Depression and the Response of Others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186 - 193.
- Coyne, J.C. (1976b). Toward an Interactional Description of Depression. *Psychiatry*, 39, 28 - 40.
- Coyne, C.J., Kahn, J., & Gotlib, I. H. (1987) Depression. In T. Jacob (Ed.): *Family interaction and psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Dohrenwend, B., & Dohrenwend, B. (1969). *Social status and psychological disorders: A causal inquiry*. New York: John Wiley.
- Eisemann, M. (1985) *Psychosocial aspects of depressive disorders*. Medical Dissertations New Series, No. 139. Umea University (Sweden).
- Eisemann, M., Gaszner, P., Maj, M., Perris, C., & Richter, J. (1990). Reported parental rearing and depression: Further experiences with the EMBU in different countries. In C.N. Stefanis (Eds.). *Psychiatry: A world perspective* (pp. 350 - 353). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division).

- Faust, J., Baum, C., & Forehand, R.** (1985). An examination of association between social relationships and depression in early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology, 6*, 291 - 297.
- Fiedler, P.** (1990). *Die prospektive Erforschung psychosozialer Rückfallprädiktoren der Depression: Projektbegründung und Projektbeschreibung* (Arbeitsbericht No. 2). Psychologisches Institut der Universität Heidelberg.
- Fiedler, P.** (1999). Kritische Lebensereignisse, soziale Unterstützung und Depression. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang. & A. Kraus (Eds.), *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* (pp. 280 - 295). Berlin Heidelberg New York: Springer Verlag.
- Filipp, S., Ahammer, J., Angleitner, A., & Olbrich, E.** (1980). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters: Antrag auf Weiterförderung des E. P. E. Projektes an die Stiftung Volkswagenwerk* (unveröffentlichtes Projekt-papier No. Psychologisches Institut, Universität Trier.
- Filipp, S.H.** (Ed). (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München Wien Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Henderson, S., Byrne, D., Duncan-Jones, P., Scott, R., & Adcock, S.** (1980). Social relationships, adversity, and neurosis: A study of association in a general population sample. *British Journal of Psychiatry, 136*, 354 - 583.
- Hirschfeld, R., & Cross, C.** (1982). Epidemiology of affective disorders: Psychological risk factors. *Archives of General Psychiatry, 39*(1), 35 - 46.
- Hollingshead, A., & Redlich, F.** (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.
- Holmes, T., & Rahe, R.** (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213 - 218.
- Hooley, J.M.** (1986). Expressed emotion and depression: Interactions between patients and high- versus low-expressed emotion spouses. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 237 - 246.
- Husaini, B., & Frank, A.** (1985). Life events, coping resources, and depression: A longitudinal study of direct buffering and reciprocal effect. *Research in Community and Mental Health, 5*, 111 - 136.
- Jacobs, S., Prusoff, B., & Paykel, E.** (1974). Recent life events in schizophrenia and depression. *Psychological Medicine, 4*, 444 - 453.
- Jacobson, E.** (1975). The Psychoanalytic Treatment of Depressive Patients. In E.J. Anthony & T. Benedek (Eds.), *Depression and Human Existence* Boston: Little Brown.
- Katschnig, H.** (Ed). (1980). *Sozialer Steß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde ereignisse als Ursache seelischer Störungen*. München Wien Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Katschnig, H., & Strotzka, H.** (1977). Epidemiologie der Neurosen und psychosomatischen Störungen. In M. Blohmke, C.v.Ferber, K. Kisker, & H.Schaefer (Eds.), *Handbuch der Sozialmedizin. Bd. II: Epidemiologie und präventive Medizin* Stuttgart: Enke.

- Kendell, R. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Osney Mead. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Keupp, H. (1974). *Verhaltensstörung und Sozialstruktur*. München Wien Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Krantz, S., & Moos, R. (1988). *Risk factors at intake predict nonremission among depressed patients*. Social Ecology Laboratory Stanford University and Veterans Administration Medical Center.
- Kuiper, N., & Olinger, L. (1986). Dysfunctional attitudes and a self-worth contingency model of depression. In P. Kendall (Eds.). *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (pp. 115 - 142). New York: Academic Press.
- Lazarus, R.S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. Pervin & M. Lewis (Eds.), *Perspective in interactional psychology. Interaction between internal and external determinations of behavior* (pp. 287 - 327) New York: Plenum Press.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press.
- Lloyd, C., Zisook, S., jr, M.C., & Jaffe, K. (1981). Life events and response to antidepressants. *Journal of Human Stress*, 7(1), 2 - 15.
- Mechanic, D. (1974). Discussion of research programs on relations between stressful life events and episodes of physical illness. In B. Dohrenwend & B. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley.
- Monroe, S., Bellack, A., Hersen, M., & Himmelhoch, J. (1983). Life events, symptom course, and treatment outcome in unipolar depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, (604 - 615).
- Moos, R. (1990). Depressed outpatients' life context, amount of treatment and treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(2), 105 - 112.
- Murphy, E. (1983). The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 142, 111 - 119.
- Olinger, L., Kuiper, N., & Shaw, B. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interaction model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 25 - 40.
- Parker, G. (1983). Parental "affectionless control" as an antecedent to depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956 - 960.
- Paykel, E. (1980). Der Bedeutungsgehalt von lebensverändernden Ereignissen und die individuelle Disposition: Ihre Rolle bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. In H. Katschnig (Eds.), *Sozialer streß und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen* (pp. 199 - 213). München Wien Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Paykel, E., McGuinness, B., & Gomez, J. (1976). An anglo-american comparison of the scaling of life events. *British Journal of medical Psychology*, 49, 237 - 247.
- Paykel, E., Myers, J., Dienelt, M., Klerman, G., Lindenthal, J., & Pepper, M. (1969). Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 21, 753 - 760.

- Paykel, E., Prusoff, B., & Myers, J. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327 - 333.
- Paykel, E., & Tanner, S. (1976). Life events, depression relaps and maintenance treatment. *Psychological Medicine*, 6, 481 - 485.
- Perris, C. (1987). Towards an Integrating Theory of Depression Focusing on the Concept of Vulnerability. *Integrative Psychiatry*, 5(1), 27 - 39.
- Perris, C., Eisemann, M., Lindgren, S., Richter, J., & Vrasti, R. (1990). A Cross-Cultural Study of the Relationship Between Parental Rearing, Dysfunctional Attitudes, and Psychopathology. In C.N. Stefanis & C.R. Soldatos (Eds.), *Psychiatry: A Word Perspective* Amsterdam: Elsevier Science Publishers.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindström, H., Knorring, I.v., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265 - 274.
- Perris, C., & Perris, H. (1978). Status within the Family and Early Life Experiences in Patients with affective Disorders and Cycloid Psychosis. *Psychiatria Clinica*, 11, 155 - 162.
- Perris, C., Perris, H., & Eisemann, M. (1987). Perceived parental rearing practices in parental affective disorders. *International Journal of Family Psychiatry*, 8(3), 183 - 199.
- Petermann, F. (1981). Identifikation von Effektanalyse von kritischen Lebensereignissen. In S.-H. Filipp (Eds.). *Kritische Lebensereignisse* (pp. 53 - 71). München Wien Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Reis, H. (1984). Social interaction and well-being. In S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Repairing personal relationships* (pp. 21 - 45). London: Academic Press.
- Reiss, S., & Benson, B. (1985). Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: I. Minimal social support and stigmatization. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 331 - 337.
- Röhrle, B. (1987). Soziale Netzwerke und Unterstützung im Kontext der Psychologie. In H. Keupp & B. Röhrle (Eds.), *Soziale Netzwerke* (pp. 54 - 108). Frankfurt/M.: Campus Verlag.
- Rossmann, P., & Blöschl, L. (1982). Psychosoziale Dependenz und Depression: Eine empirische Analyse. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3 (1), 35 - 46.
- Roy, A. (1978). Vulnerability factors and depression in women. *British Journal of Psychiatry*, 133, 106 - 110.
- Sarason, B., Shearin, E., Pierce, G., & Sarason, I. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813 - 832.
- Schaefer, C., Cöyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381 - 406.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw - Hill.

- Solomon, Z., & Bromet, E. (1982). The role of social factors in affective disorders: An assessment of the vulnerability model of Brown and colleagues. *Psychological Medicine, 12*, 123 - 130.
- Sommer, G., & Fydrich, T. (1989). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F - SOZU). *diagnostica, submitted for publication.*
- Srole, L., Langner, T., Opler, S., & Rennie, T. (1962). *Mental health in the metropolis: The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw - Hill.
- Steinglass, P., Weisstub, E., & Denoar, A. (1988). Perceived personal networks as mediators of stress reactions. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1259 - 1264.
- Steinmetz, J., Lewinsohn, P., & Antonuccio, D. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 331 - 337.
- Strauss, C., Forehand, R., Frame, C., & Smith, K. (1984). Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology, 13*, 227 - 231.
- Surtees, P. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychiatry, 15*(1), 71 - 80.
- Tennant, C., Hurry, J., & Bebbington, P. (1982). Social experiences childhood and adult psychiatric morbidity: a multiple regression analysis. *Psychological Medicine, 12*, 321 - 327.
- Uhlenhuth, E., & Paykel, E. (1973). Symptom configuration and life events. *Archives of General Psychiatry, 28*, 744 - 748.
- Veiel, H. (1988). Thesen zu einer Theorie der sozialen Unterstützung. In W. Schönplflug (Ed.), *36 Kongreß der DGfPs, 2* (pp. 392 - 403). Berlin: Hogrefe Verlag.
- Weissman, A.N., & Beck, A. T. (1978). Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation. In *Annual Meeting of the American Educational Research Association*, Toronto.
- Weissman, M., & Paykel, E. (1974). *The depressed woman: a study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wills, T. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61 - 82). Orlando, Florida: Academic Press.
- Winefeld, H. (1979). Social support and the social environment of depressed and normal women. *Australian and Newzealand Journal of Psychiatry, 13*, 335 - 339.
- Zimmerman, M., Pfohl, B., Coryell, W., & Stangl, D. (1987). The prognostic validity of DSM-III axis IV in depressed inpatients. *American Journal of Psychiatry, 144*, 102 - 106.