

UNIVERSITATEA “BABEȘ-BOLYAI”
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
DEPARTAMENTUL DE PSIHOLOGIE
ȘCOALA DOCTORALĂ PSIHOLOGIE COGNITIVĂ APLICATĂ

VULNERABILITATEA COGNITIVĂ
ÎN DEPRESIA LA VÂRSTNICI

Rezumatul tezei de doctorat

Coordonator științific:

Prof. Univ. Dr. BĂBAN ADRIANA

Student-doctorand:

ȘTEFAN ADINA MARIA

CLUJ-NAPOCA

2019

CUPRINS

CAPITOLUL I. CADRU TEORETIC	2
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII	6
CAPITOLUL III. CONTRIBUȚII ORIGINALE DE CERCETARE	7
Studiul 1. Factori psihologici implicați în depresia la vârstnici – O analiză sistematică a literaturii	7
Studiul 2. Vulnerabilitatea psihologică în depresia la vârstnici - Metaanaliză	11
Studiul 3. Adaptarea și validarea Geriatric Depression Scale (GDS) pe populația din România	15
Studiul 4. Dezvoltarea și proprietățile psihometrice ale Elderly Attitudes and Beliefs Scale (EABS)	23
Studiul 5. Stresori și vulnerabilitate cognitivă în depresia la vârstnici	27
CAPITOLUL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE	32

Cuvinte-cheie: depresia la vârstnici; credințe ale vârstnicilor; vulnerabilitate cognitivă; cogniții iraționale; stresori la vârsta a treia.

CAPITOLUL I. CADRU TEORETIC¹

1.1. Introducere

Deși multe dintre persoanele vârstnice trec în mod eficient prin procesul de îmbătrânire (Rowe & Kahn, 1997), există totuși un procent semnificativ care suferă de afecțiuni medicale sau psihologice, iar comorbiditatea dintre problemele medicale și cele psihologice este des întâlnită la această categorie din populație (Lichtenberg, 1998). Acestea, împreună cu tratamentul medicamentos și potențialele efecte adverse pot duce la obstacole serioase în ceea ce privește diagnosticul, prevenția și intervenția. Depresia este frecvent trecută cu vederea de către specialiști sau comunitate în cazul vârstnicilor, iar atunci când este diagnosticată intervențiile sunt superficiale sau inexistente (Munk, 2007a).

Este adevărat că la vârsta a treia apar numeroși stresori precum schimbarea de rol social, decesul apropiaților, probleme medicale, frecvent deficiențe de gândire și o serie de alte schimbări cu impact asupra stării de bine (Baltes, 1997). Vârsta înaintată implică prin urmare o varietate de provocări atunci când vorbim de calitatea vieții (Chui et al., 2015), iar depresia reprezintă una dintre componentele emoționale importante legate de conceptualizarea acestui termen. Aceste aspecte ne pot duce cu gândul la ideea conform căreia depresia la această vârstă este mai probabilă având în vedere creșterea numărului de situații de viață neplăcute. Cu toate acestea, așa cum subliniază și Fiske, Wetherell și Gatz în analiza sistematică realizată în 2009, nu toți vârstnicii sunt deprimați, nici chiar dintre aceia care se confruntă cu numeroase dificultăți.

Cu toate că în ultima perioadă a crescut semnificativ numărul studiilor pe tema depresiei la vârstnici, există totuși numeroase controverse în literatură în ceea ce privește diagnosticul și evaluarea depresiei, factorii etiologici și cele mai eficiente metode de prevenție și intervenție la această vârstă. Aceste aspecte sunt cu atât mai importante cu cât depresia la vârstnici aduce costuri suplimentare în ceea ce privește sectorul social și medical și dificultăți suplimentare la nivel individual și familial (Munk, 2007a).

Faptul că prezentarea depresiei pare a fi diferită la vârsta înaintată față de alte categorii de vârstă (Blazer, 2003; Munk, 2007a) ridică problema existenței unor mecanisme etiopatogenetice diferite în ceea ce privește depresia la vârstnici, aspect important atunci când vorbim de prevenție și intervenție. O privire mai acurată asupra factorilor implicați în depresia la această vârstă ajută la adaptarea demersului intervențiilor pentru prevenirea sau tratarea depresiei astfel încât acestea să aibă o eficiență crescută pentru această categorie din populație.

Este posibil ca un model explicativ de tip stres-vulnerabilitate (cum ar fi spre exemplu un model de tip cognitiv-comportamental) să explice mai bine mecanismele depresiei la această vârstă.

1.2. Diagnosticul și manifestările depresiei la vârstnici

Depresia la vârstnici nu este luată în considerare ca o categorie aparte în sistemele de diagnostic disponibile la momentul actual. Este considerată mai mult o subcategorie a depresiei decât un diagnostic distinct.

În ceea ce privește depresia majoră prezentarea pare a fi în mare parte similară pe tot parcursul vieții, însă apar diferențe subtile la vârsta mai înaintată, cum ar fi spre exemplu

¹ O parte din informațiile cuprinse în acest capitol (text revizuit) au fost incluse în articolul publicat:

Ștefan, A. M., Băban, A. (2015). Factori psihologici implicați în depresia la vârstnici - un review sistematic, *De la evaluare la intervenție: premise metodologice*, Editura Universitară București, 11-31 (cap. 1). Autorii au contribuit la manuscris astfel: Ștefan, A. M. – design, culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului; Băban, A. – interpretarea datelor, structura manuscrisului.

simptome melancolice mai frecvente (Parker, Roy, Hadzi-Pavlovic, Wilhelm & Mitchell, 2001).

Putem vorbi aici despre un *prototip al depresiei majore* așa cum este el definit în sistemele de diagnostic disponibile la ora actuală. Acest lucru nu duce însă la constrângerea ca elementele cuprinse în categoria reprezentată să întrunească toate caracteristicile prototipului. Această idee este susținută chiar de modalitatea de realizare a diagnosticului recomandată de sistemele de diagnostic. Un diagnostic de depresie majoră este dat fără a fi necesar ca toate simptomele depresiei să fie prezente. Acest lucru trebuie luat în calcul și în cazul depresiei la vârstnici unde identificarea depresiei este afectată în multe cazuri de faptul că nu sunt întrunite toate criteriile pentru un diagnostic de nivel clinic așa cum sunt ele prezentate în sistemele de diagnostic disponibile (vezi și Munk, 2007a). Pe de altă parte, decizia dacă un vârstnic este deprimat sau nu este de multe ori luată în funcție de un scor la o scală pentru depresie utilizată în populația generală, unde simptomele sunt tratate cumulativ și de multe ori neadaptate contextului specific vârstei a treia.

Un instrument precum CES-D (Radloff, 1977) care nu este specializat pe vârstnici și cuprinde itemi precum *Nu am avut chef să mănânc; apetitul meu a fost slab, Am simțit că tot ceea ce făceam reprezenta un efort sau Somnul meu a fost neliniștit*, poate duce la supraestimarea cazurilor de depresie (vezi și Chui et al., 2015). Itemi precum cei enumerați anterior pot fi confundați cu simptome depresive. La vârstnici însă sunt simptome oarecum justificate de limitările care vin odată cu vârsta. Aceste manifestări nu țin neapărat de o tulburare depresivă așa cum prezența lor nejustificată la adulții tineri ne determină să credem, ci de anumite limitări fizice care pot chiar să nu fie interpretate ca un simptom al depresiei.

Depresia care apare pentru prima dată la o vârstă de peste 60 de ani a fost denumită și depresie cu debut târziu. Se pare că aproximativ jumătate din persoanele vârstnice cu depresie au depresie cu debut târziu (Fiske et al., 2009). Nici în acest caz nu este vorba de un diagnostic distinct ci de o subcategorie de probleme de tipul depresiei a căror debut la o vârstă înaintată implică caracteristici clinice ușor diferite față de problemele de acest tip apărute la alte vârste. Persoanele la care apare depresia la vârsta a treia prezintă un grad mai mare de apatie (Krishnan, Tupler, George & Blazer, 1995) și un nivel mai mic al disfuncțiilor legate de personalitate pe parcursul vieții (Abrams, Rosendahl, Card & Alexopoulos, 1994). Deficiențele cognitive pot fi mai pregnante, cu o funcționare executivă sau mnezică mai deficitară (Salloway et al., 1996). Există și studii care nu au identificat diferențe în funcționarea cognitivă la persoanele cu un debut târziu al depresiei față de persoanele cu debut al depresiei la alte vârste (Holroyd & Duryee, 1997). Riscul de recurență al depresiei este relativ crescut la persoanele la care depresia debutează la o vârstă de peste 60 de ani (Reynolds, 1998).

Ideea că factorii ce contribuie la etiologia tulburărilor la această vârstă par să varieze în funcție de vârsta de debut a generat cercetări ce promovează conceptele de *depresie fără tristețe, depresie vasculară sau sindromul depresiv al disfuncției executive* (Blazer, 2003).

1.3. Prevalența depresiei la vârstnici

Există diferențe în părerile autorilor în ceea ce privește vârsta înaintată ca factor de risc pentru depresie și frecvența mai ridicată sau mai scăzută de apariție a depresiei la vârstnici. Procentele prezentate de-a lungul studiilor arată o prevalență între un procent de 0,86 % și unul de 48% (Dejernes, 2006; Andreas et al., 2017; Blazer, 2003; Sözeri-Varma, 2012).

Varianța în datele legate de prevalență este datorată mai multor factori. Unul dintre ei este tipul tulburării depresive care este măsurată. Din câte se pare, atunci când vorbim de un diagnostic de depresie majoră procentele sunt mai mici decât în cazul depresiei minore, distimiei sau atunci când ne referim la un nivel semnificativ clinic al simptomelor de tip

depresiv (Blazer, 2003; Djernes, 2006). Rezultate diferite au fost obținute în ceea ce privește persoanele vârstnice care se adresau serviciilor medicale, prevalența depresiei majore fiind de 5-10%, iar în cazul vârstnicilor spitalizați era de 10-12%. Atunci când a fost măsurat nivelul simptomelor depresive semnificative clinic la vârstnicii spitalizați, prevalența a crescut cu până la 23%, pe când în cazul vârstnicilor din centrele rezidențiale specializate procentele au fost și mai mari, cu valori de 12,4% pentru depresia majoră și până la 35% pentru simptome depresive semnificative clinic (Blazer, 2003).

Un alt factor care poate influența rezultatele privind prevalența depresiei este instrumentul cu care este măsurată depresia. Atunci când sunt utilizate instrumente neadaptate situației specifice a vârstnicilor, procentele obținute în rezultatele studiilor pot fi diferite de realitate. Andreas et al. (2017) subliniază importanța frazării simple a itemilor pentru ca aceștia să poată fi înțeleși cu ușurință de către vârstnici și a utilizării unor metode de evaluare cât mai scurte. Vârstnicii pot nega prezența unor probleme psihologice pentru a evita completarea sau participarea la o evaluare consumatoare de timp sau obositoare (Andreas et al., 2017).

Unii autori sunt de părere că procentele mici din unele studii în ceea ce privește prevalența problemelor psihice la vârstnici nu se datorează unor curențe în măsurare, ci a faptului că odată cu vârsta se dezvoltă și anumite strategii de reglare emoțională sau o anume înțelepciune care acționează ca factori de protecție în fața problemelor mai mult ca la alte categorii de vârstă (Baltes & Staudinger, 2000). Există studii care arată o creștere a depresiei la vârstnici (Kessler et al., 1992; Zarit et al., 1999; Zhang et al., 2009), însă există și studii care aduc argumente pentru o scădere a prevalenței (Blazer et al. 1991; Weissman et al., 1991).

Unii autori argumentează o posibilă subestimare a prezenței depresiei la vârsta înaintată datorată în parte excluderii problemelor de tip medical din studiile realizate (Chui et al., 2015).

1.4. Factori implicați în depresia la vârstnici

La fel ca în majoritatea problemelor de sănătate și în cazul depresiei atunci când vorbim de mecanisme etiopatogenetice vorbim mai mult de factori de risc, deoarece adevăratele cauze sunt în mare parte necunoscute, chiar dacă studiile pe tema depresiei în general și a depresiei la vârstnici în particular au fost din ce în ce mai multe în ultima perioadă (Lebowitz et al., 1997).

Au fost realizate în ultimii ani o serie de analize sistematice și metaanalize pe tema factorilor implicați în depresia la vârstnici, în care sunt menționați o varietate de factori (ex. Djernes, 2006; Munk, 2007a; Blazer, 2003). Printre factorii biologici sunt menționați: *probleme medicale* cum ar fi diabetul, accidentele vascular-cerebrale și alte probleme cardiovasculare, fracturi de șold, Parkinson, artrita, durerea, incontinența urinară, dependența de alcool și traumatismele craniene, dizabilitatea/limitarea funcțională sau solicitările specifice gestionării unei dizabilități, pierderea auzului sau vederii, *medicația* pentru diverse probleme medicale, *factori genetici* (de ex. anumiți markeri genetici specifici) și alți *factori non genetici* cum ar fi leziuni vasculare în anumite zone ale creierului, diferențe în structura unor regiuni ale creierului sau în activitatea neurotransmițătorilor, schimbări endocrine (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009). În contextul problemelor medicale frecvente și al dizabilității crescute la vârsta a treia, problema legată de cum anume diferă depresia la vârstnici față de alte vârste a fost des analizată (Alexopoulos, 2003; Blazer, 2003).

Există anumite ipoteze etiologice ale depresiei la vârstnici legate de influența anumitor modificări ale creierului la vârsta înaintată. Astfel, putem delimita trei ipoteze: ipoteza „degenerativă”, ipoteza „vasculară” și ipoteza „inflamatorie” (Martínez-Cengotitabengoa et al., 2016).

Printre factorii sociali sunt menționați suportul social deficitar, singurătatea și implicarea socială scăzută (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009). Factori spirituali și existențiali – cum ar fi spre exemplu practicile religioase – sunt de asemenea menționați ca fiind asociați depresiei la vârstnici (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009).

În cadrul factorilor de natură psihologică poate fi luată în considerare o anumită *vulnerabilitate psihologică* pentru depresie a vârstnicilor, care pare a fi afectată de o serie de stresori apăruiți pe tot parcursul vieții, de la abuz emoțional și neglijare în copilărie până la probleme de relaționare cu persoanele semnificative la vârsta adultă, pierderile suferite (inclusiv pierderea partenerului de viață), o nouă problemă medicală, dizabilitatea personală sau a partenerului, depresia partenerului, probleme financiare pe parcursul vieții și în prezent, numărul sau severitatea evenimentelor stresante prin care persoana a trecut, schimbări în stilul de viață, stresorii zilnici (Blazer, 2003; Fiske et al., 2009). În ceea ce privește factorii de natură psihologică implicați în mecanismele depresiei la vârsta înaintată studiile existente în literatura de specialitate au analizat atât factori pe care îi regăsim în modele de patogeneză, biopsihosociale, de tip stres-vulnerabilitate, cât și în modelele de sanogeneză, modele ce includ factori protectivi, de reziliență (mai multe detalii în studiile 1 și 2).

Modelele ce se bucură de o mare apreciere în rândul cercetătorilor și practicienilor în ultima perioadă sunt cele de tip comportamental și cognitiv.

Modelele comportamentale leagă depresia de pierderea, diminuarea sau absența recompenselor (fie că este vorba de cele externe sau de auto recompensare și realizarea de activități recompensatorii) sau inabilitatea persoanei de a obține recompense, de creșterea numărului pedepselor sau evenimentelor de viață stresante. Aceste elemente par să fie mai probabile la vârsta înaintată, când apare o acumulare de schimbări și pierderi ireversibile și o diminuare a resurselor fizice, materiale și sociale (Seligman, 1975). Cu toate acestea, apar în literatură și argumente potrivit cărora pierderea de resurse la această vârstă nu duce neapărat la depresie crescută deoarece resursele rămase totuși la dispoziție pot fi căutate, activate și folosite în mod optim în cadrul domeniilor personale de interes, așa cum sugerează modelul optimizării și compensării selective (Baltes & Baltes, 1990).

Modelele cognitive ale depresiei susțin faptul că simptomele specifice depresiei sunt fie cauzate, fie menținute de distorsiuni cognitive (gânduri automate distorsionate, convingeri dezadaptative și scheme cognitive disfuncționale). Persoanele cu tulburare depresivă majoră percep un impact mai negativ al evenimentelor de viață față de cei care nu au această tulburare (Devanand et al., 2002). Interpretarea evenimentelor de viață este considerată un factor esențial în apariția depresiei potrivit acestei teorii. Cognațiile pot fi distorsionate astfel încât persoana vârstnică să aibă așteptări nerealiste, să supra-generalizeze anumite aspecte negative, să diminueze importanța anumitor aspecte pozitive existente sau a unor resurse și activități care încă pot aduce satisfacții personale, să se vadă pe sine ca lipsit de valoare, inutil, neimportant sau propria viață (care acum se apropie de final) fără sens.

Așa cum subliniază și Zarit (1999), chiar și atunci când vorbim de probleme medicale grave, nu este vorba doar de prezența bolii și dizabilității care duce la depresie, ci impactul acestora este determinat de modul în care persoana în vârstă le evaluează sau le interpretează. Aceste concluzii sunt în concordanță cu teoriile generale legate de stres cum ar fi ce a lui Lazarus (1976) (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman et al., 1986) sau modelele cognitiv-comportamentale pentru depresie (Beck et al., 1979).

Așa cum subliniază și Blazer & Hybels (2005), un **model etiologic de tip biopsihosocial** este cu precădere aplicabil depresiei la vârsta înaintată datorită originilor acesteia, și anume a faptului că provine din factori apăruiți pe tot parcursul vieții care sunt multipli și includ variabile ce țin de toate cele trei domenii: biologic, psihologic și social.

1.5. Consecințele depresiei la vârstnici

Pe lângă costurile ridicate pe care le are depresia asupra sistemului social, la fel ca alte probleme medicale sau psihologice (Munk, 2007a) apare o legătură între depresie și mortalitate la vârsta înaintată (Saz & Dewey, 2001; Nemeroff & Goldschmidt-Clermont, 2012; Schulz, Drayer & Rollman, 2002). Depresia poate duce și la un risc crescut pentru apariția problemelor cardiovasculare și metabolice, acestea fiind mai departe legate de riscul pentru mortalitate (Butnoriene et al., 2015).

Datele empirice expuse în acest capitol aduc dovada unor inconsistențe în ceea ce privește etiologia, evaluarea și diagnosticul depresiei la vârstnici. Principalul scop al cercetării descrise în lucrarea de față este acela de a aduce un plus de cunoaștere în ceea ce privește depresia la vârsta a treia. S-a încercat atingerea acestui scop prin analizarea rolului pe care îl au în depresia la vârstnici factorii psihologici în general și - mai specific - vulnerabilitatea cognitivă înțeleasă ca iraționalitate (sau disfuncționalitate) în interpretarea situațiilor de viață. În cadrul acestui demers au fost aduse de asemenea contribuții metodologice constând în adaptarea, crearea și validarea unor instrumente psihometrice utile atât în cercetare cât și în practica psihologică dedicată depresiei la vârsta a treia. Direcțiile de cercetare și stabilirea pașilor următori în ceea ce privește studiile realizate au fost ghidate de rezultatele obținute în fiecare etapă a cercetării prezentate în această lucrare.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII

Principalele direcții de cercetare stabilite în urma analizei preliminare a literaturii de specialitate au fost următoarele:

- A. Investigarea factorilor psihologici implicați în depresia la vârstnici, mai specific a factorilor de tip cognitiv și a acestora în comparație cu alți factori de tip stresor
- B. Adaptarea, crearea și validarea unor instrumente psihometrice de screening, diagnostic și evaluare specifice cadrului descris de tulburarea depresivă la vârstnici
- C. Testarea unui model de tip stres-vulnerabilitate cognitivă care să evidențieze mecanisme etiopatogenetice specifice din spatele depresiei la vârsta înaintată

Întrebările de cercetare la care studiile cuprinse în lucrarea de față și-au propus să răspundă au fost următoarele:

- **IC1:** Care sunt factorii psihologici implicați în depresia la vârstnici conform studiilor publicate pe această temă?
- **IC2:** Care sunt factorii de tip vulnerabilitate cognitivă pe care literatura de specialitate i-a evidențiat ca fiind importanți în depresia la vârstnici?
- **IC3:** Ce diferențe există între efectul factorilor de tip vulnerabilitate cognitivă și cei de tip stresor cum ar fi problemele medicale sau evenimentele stresante asupra depresiei?
- **IC4:** Ce instrument putem utiliza pentru măsurarea eficientă a depresiei la vârstnicii din România?
- **IC5:** Ce instrument este potrivit pentru măsurarea vulnerabilității cognitive specifice la vârstnici?
- **IC6:** Cum interacționează factorii de tip stresor cum ar fi problemele medicale și evenimentele stresante cu vulnerabilitatea cognitivă în depresia la vârstnici?

- **IC7:** Este vulnerabilitatea cognitivă un mediator în relația dintre factorii de tip stresor și depresia la vârstnici?
- **IC8:** Care este diferența dintre efectul de mediere al vulnerabilității cognitive generale și cel al vulnerabilității cognitive specifice?

În funcție de direcțiile de cercetare stabilite, premisele luate în calcul și întrebările de cercetare, au fost stabilite obiectivele specifice, iar studiile au urmat o metodologie corespunzătoare. În continuare vor fi prezentate obiectivele cercetării și studiile realizate pentru atingerea acestora.

Obiectivul 1: Evidențierea factorilor psihologici importanți în depresia la vârstnici așa cum apar ei în studiile publicate în ultima perioadă (Studiul 1)

Obiectivul 2: Analiza magnitudinii efectului asupra depresiei la vârstnici a factorilor de tip vulnerabilitate cognitivă față de cea a altor factori consacrați în studiile de specialitate de tip stresor (probleme de sănătate și evenimente stresante) (Studiul 2)

Obiectivul 3: Adaptarea și validarea Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983) pe populația din România (Studiul 3)

Obiectivul 4: Crearea și validarea Elderly Attitudes and Beliefs Scale (EABS) (Studiul 4)

Obiectivul 5: Analiza rolului vulnerabilității cognitive în depresia la vârstnici luând în calcul stresori des întâlniți la această vârstă cum ar fi probleme medicale, durere, dizabilitate și evenimente stresante (Studiul 5)

CAPITOLUL III. CONTRIBUȚII ORIGINALE DE CERCETARE

Studiul 1. Factori psihologici implicați în depresia la vârstnici – O analiză sistematică a literaturii²

3.1.1. Introducere

În ultimii ani se poate observa un interes crescut în ceea ce privește vulnerabilitatea psihologică pentru depresie, iar o cunoaștere mai specifică a factorilor psihologici implicați în depresia la vârstnici poate fi de un real ajutor pentru specialiști din multe puncte de vedere, printre care și în ceea ce privește adaptarea metodelor de intervenție psihologică la această categorie de vârstă.

În urma analizei preliminare a literaturii nu a fost identificat nici un studiu de tip analiză sistematică în care să fie tratați exclusiv factorii psihologici în relație cu depresia la vârstnici. Analizele care s-au focalizat pe depresia la vârstnici și factorii implicați în această tulburare au tratat mai degrabă alte categorii de factori cum ar fi cei biologici, problemele medicale, factorii sociali, foarte puțini factori de tip psihologic și chiar mai puțini de tip vulnerabilitate cognitivă fiind menționați în aceste studii.

² Rezultate parțiale și informații din acest studiu au fost cuprinse în articolul publicat (text revizuit): Ștefan, A. M., Băban, A. (2015). Factori psihologici implicați în depresia la vârstnici - un review sistematic. *De la evaluare la intervenție: premise metodologice*. Editura Universitara București. 11-31 (cap. 1). Autorii au contribuit la manuscris astfel: Ștefan, A. M. – design, culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului; Băban, A. – interpretarea datelor, structura manuscrisului.

Obiectivul principal al primului studiu a fost de a evidenția factorii psihologici implicați în depresia la vârstnici așa cum sunt ei prezentați în literatura de specialitate.

3.1.2. Metodă

Procedura utilizată a constat în realizarea unei analize sistematice a literaturii și selectarea studiilor relevante care includ o analiză a relației dintre factori psihologici și depresia la vârstnici.

3.1.2.1. Strategia de căutare și criteriile de selecție a studiilor incluse

În prima etapă s-a realizat o căutare computerizată în bazele de date ProQuest, Web of Science și Science Direct utilizând următoarele cuvinte cheie în diverse combinații și termeni relaționați: *depression, old age, elderly, late life, risk factors, vulnerability, psychological factors, cognitive vulnerability*. Un număr total de 3159 studii de titluri au fost scanate în pentru a decide includerea în analiză după următoarele criterii: articole disponibile în limba engleză sau franceză, relevante pentru obiectivul studiului judecând după titlu și abstract. Au fost excluse un număr de 48 de articole deoarece nu erau disponibile în limba engleză sau franceză și 2650 de studii deoarece nu au fost considerate relevante pentru obiectivul cercetării. Au fost incluse și 40 de articole considerate relevante dintre cele citate în articolele selectate, care au fost căutate manual. Un total de 501 studii distincte au fost incluse în studiu pentru a fi analizate mai departe. În urma analizei au fost excluse un număr de 448 de articole după următoarele criterii: nu includeau factori psihologici printre variabilele incluse în studiu, nu utilizau o conceptualizare acceptabilă a depresiei sau simptomelor depresive, subiecții aveau vârste sub 55 de ani, eșantionul utilizat nu era reprezentativ. Au fost excluse de asemenea studiile realizate pe populații foarte specifice sau din culturi foarte diferite. Un număr de 53 de studii au fost analizate complet, date privind tipul studiului, caracteristicile eșantionului utilizat, variabilele analizate și rezultatele obținute fiind extrase.

3.1.3. Rezultate și discuții

Factorii psihologici identificați în studiile realizate se referă atât la variabile ce țin de vulnerabilitatea pentru depresie, cât și la factori cu valoare protectivă, de reziliență.

În ceea ce privește factorii de personalitate, neuroticismul pare a fi cel mai frecvent studiat. Douăsprezece dintre articolele incluse în review-ul prezentat în această lucrare analizează efectul acestui factor asupra depresiei (Lyness et al., 1998; Oldehinkel et al., 2001; Ormel et al., 2001; Grace & O'Brien, 2003; Eisses et al., 2004; Steunenberg et al., 2006; Dubestein et al., 2008; Weiss et al., 2009; Wood & Joseph, 2010; Hayward et al., 2013; Koorevaar et al., 2013; Wongpakaran et al., 2012), cinci dintre acestea fiind studii longitudinale (Oldehinkel et al., 2001; Steunenberg et al., 2006; Dubestein et al., 2008; Weiss et al., 2009; Wood & Stephen, 2010). În toate studiile menționate nivelul neuroticismului apare ca fiind semnificativ asociat cu depresia la vârstnici. Rezultate obținute arată faptul că persoanele vârstnice cu un nivel ridicat al neuroticismului au un risc crescut pentru depresie, cu o singură excepție: în studiul longitudinal al lui Oldehinkel și colaboratorii (2001) s-a găsit suport pentru ideea că un nivel scăzut al neuroticismului este asociat cu un nivel scăzut al depresiei însă nu și pentru ipoteza că neuroticismul ridicat ar reprezenta un factor de risc pentru depresia la vârstnici. În unele dintre studiile incluse în această analiză sistematică variabila neuroticism are atât un efect direct, independent asupra depresiei cât și un rol de factor moderator în relația dintre: problemele medicale și declanșarea depresiei majore (Lyness et al., 1998), dificultăți resimțite și depresie (Oldehinkel et al., 2001), evenimentele stresante și depresie, nu însă și în relația dintre dizabilități și depresie, deși datele arată o anumită tendință în acea direcție (Ormel et al. 2001). Există atât studii longitudinale cât și transversale care arată efectul mai important al neuroticismului asupra depresiei decât al altor

variabile considerate importante în depresia la vârstnici cum ar fi problemele medicale, factori sociali (Steuenberg et al., 2010) sau al evenimentelor stresante: în studiul prospectiv realizat de Ormel și colaboratorii (2001) rezultatele arată faptul că în absența neuroticismului, evenimentele stresante nu cresc riscul de apariție al depresiei, însă efectul acestora asupra depresiei este substanțial atunci când este prezent un nivel ridicat al neuroticismului.

Neuroticismul este privit de unii dintre autori atât ca factor de vulnerabilitate psihologică pe de-o parte, cât și ca factor genetic pe de altă parte: apare ideea conform căreia neuroticismul este o expresie a vulnerabilității genetice pentru depresia la vârsta înaintată (Kendler, Gatz, Gardner & Pedersen, 2006).

Alți factori de personalitate par a fi studiați mai puțin iar rezultatele studiilor sunt oarecum contradictorii. Spre exemplu, studiile transversale analizate prezintă un efect semnificativ al extraversiei ca factor independent asupra depresiei (Grace & O'Brien, 2003; Hayward et al., 2013; Koorevaar et al., 2013), studiile longitudinale însă nu aduc suport pentru efectul semnificativ al extraversiei asupra depresiei, cel puțin nu în mod independent. Există și studii care arată că vârstnicii cu un nivel scăzut în ceea ce privește dimensiunile de personalitate forța eului, dominanță, impulsivitate, îndrăzneală (*boldness*), abilitatea de a controla anxietatea (*ability to bind anxiety*) și scoruri mai ridicate la scalele culpabilitate, imaginație și tensiune interioară (*free-floating anxiety*) sunt mai predispuse depresiei (Monopoli et al., 2000).

În studiile care analizează efectul orientării spre sine (autocritica, eficacitatea, autonomia) sau spre ceilalți (nevoia exagerată de ceilalți, conectarea cu ceilalți) asupra depresiei la vârstnici apar argumente pentru ideea că tendințe disfuncționale, nesănătoase precum autocritica exagerată sau dependența irațională de ceilalți reprezintă factori de vulnerabilitate pentru depresie, iar tendințe constructive, funcționale cum ar fi perceperea eficacității și autonomiei proprii și interesul adecvat pentru relații personale sunt factori protectivi. Acești factori par a fi mai importanți decât variabile cum ar fi starea de sănătate, funcționalitatea percepută sau alte evenimente stresante. (Besser et al., 2005; Mazure et al., 2002). Nu a fost regăsit un efect direct semnificativ al evenimentelor stresante asupra depresiei, însă congruența dintre autonomie și evenimente negative legate de realizări personale și congruența dintre sociotropie și evenimente negative legate de relaționare au fost asociate semnificativ cu depresia, aceste rezultate fiind în concordanță cu asumția că stilurile cognitive/de personalitate pot avea rolul de factori de vulnerabilitate pentru depresie sensibilizând persoana la anumite categorii de evenimente stresante (Beck, 1987).

În ceea ce privește vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia la vârstnici, studiile analizează factori ce țin de structuri, conținuturi sau procesări cognitive așa cum sunt aceștia prezentați în modelul cognitiv al lui Beck (1987), modelul neajutorării învățate (Seligman, 1975; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) sau alte modele relaționate.

Dacă luăm spre exemplu atribuirile, studiile aduc argumente atât în ceea ce privește locusul de control extern ca factor de vulnerabilitate pentru depresie (Beekman et al., 2000, 2001; Harris et al., 2003), cât și în ceea ce privește un stil atribuțional "negativ" (Meyer et al., 2010). Putem vorbi de o vulnerabilitate pentru depresie atât la vârstnicii care se percep ca fiind lipsiți de control (în general sau relativ la propria sănătate) în ceea ce li se întâmplă, neajutorați, cât și la persoanele în vârstă care fac atribuiri interne, globale și stabile atunci când este vorba de evenimente adverse, adică au tendința să se vadă pe sine mereu ca fiind unici vinovați, responsabili de „tot răul” care li se întâmplă.

Când vine vorba de optimism și pesimism se pare că atât pesimismul predictiv cât și optimismul ca stil explicativ în prezența unor evenimente de viață negative par a reprezenta un risc crescut pentru depresie (Isaacowitz & Seligman, 2001). Și aici pare a fi vorba despre cât de raționale, funcționale sunt așteptările personale sau explicațiile pe care vârstnicii le

utilizează atunci când se confruntă cu evenimente adverse. Conceptul de lipsă de speranță a fost de asemenea asociat pozitiv cu un nivel ridicat al simptomelor de tip depresiv (Hill et al., 1988; Crane et al., 2007).

De asemenea vârstnicii care un nivel mai ridicat al gândurilor automate negative și al atitudinilor disfuncționale (concepte ce aparțin modelului cognitiv al lui Beck, 1987) au un nivel semnificativ mai crescut al depresiei (Vézina & Borque, 1984; Koenig et al., 1995).

Schemele cognitive disfuncționale cum ar fi pierderea individualității, refuzul asistenței și vulnerabilitatea par a fi asociate și ele semnificativ cu depresia la vârstnici (Kindynis et al., 2013). Utilizarea frecventă a unor strategii cognitive de reglare emoțională precum acceptarea (unde poate fi vorba mai degrabă de resemnare), catastrofare, ruminare și punerea în perspectivă și utilizarea mai scăzută a reevaluării pozitive au fost asociate semnificativ cu un nivel ridicat al depresiei la vârstnici (Garnefski et al., 2002; Garnefski & Kraaij, 2006).

O serie de alți factori proveniți din perspective sanogenetice asupra problemelor psihologice la vârstnici apar în studii ca având o influență semnificativă asupra depresiei la vârstnici: sentimentul de coerență (Helvik et al., 2013), stare de bine psihologică (stăpânirea mediului, acceptarea propriei persoane, relații pozitive cu ceilalți, dezvoltare personală) (Helvik et al., 2013; Wood & Stephen, 2010; Davison et al., 2012; Knight et al., 2011; Bisschop et al., 2004), elemente ce țin de managementul personal, cum ar fi autoeficacitatea (în general, în relații interpersonale sau legată de aspecte precum gestionarea durerii), inițiativa, gestionarea resurselor sau stilul în care sunt stabilite scopurile (Cramm et al., 2012; Street et al. 2007; Turner et al., 2005; Horowitz et al., 2005; Quinn et al., 1996; Holahan & Holahan, 1987). Studiile realizate prezintă, în repetate rânduri, influența acestor factori ca fiind mai puternică decât a altor factori considerați importanți în literatură. Spre exemplu efectul stării de bine psihologice apare ca fiind mai important decât cel al problemelor funcționale, medicale sau legate de suportul social (Davison et al., 2012), iar efectul nivelului stăpânirii mediului (un factor de asemenea frecvent relaționat în literatură cu depresia la vârstnici) mai important decât cel al sănătății fizice și al capacității funcționale (Knight et al., 2011). Un pattern de atitudini negative față de îmbătrânire apare în literatură ca fiind asociat cu un nivel crescut al depresiei la vârstnici (Chachamovich, 2008), iar o atitudine “pozitivă” față de viață (libertatea de a alege și a fi responsabil pentru alegerile făcute, a avea un scop, un sentiment al ordinii, o rațiune de a exista și o perspectivă optimistă) este prezentat ca fiind un factor protectiv (Reker, 1997).

Au fost realizate numeroase studii în ultima perioadă pe rolul protectiv al unor factori psihosociali în ceea ce privește depresia atunci când vorbim despre apariția evenimentelor stresante sau a factorilor biologici de risc, elemente care par a fi mai frecvente la persoanele vârstnice. Acestea subliniază importanța utilizării eficiente a resurselor (socioeconomice, cognitive, de sănătate), a experienței dobândite pe parcursul vieții în ceea ce privește strategiile cognitive și metodele prin care suportul social poate fi utilizat pentru a face față dificultăților specifice vârstei și a implicării în activități cu sens (Fiske et al., 2009).

3.1.4. Concluzii

Studiul prezentat aici și-a propus să evidențieze într-o manieră comprehensivă rezultatele celor mai importante cercetări realizate în ceea ce privește factorii implicați în depresia la vârstnici. Există totuși anumite limite ale cercetării demne de luat în seamă. Datorită faptului că strategia de căutare s-a axat doar pe articole care abordau în mod specific depresia la vârstnici este posibil ca date importante legate de efectul factorilor psihologici provenite spre exemplu din studii cu o tematică mai generală să fi fost omise. O altă limită ar fi faptul că datorită diversității în ceea ce privește factorii analizați, metodele și instrumentele

utilizate în cercetările incluse, nu s-a putut realiza un studiu metaanalitic mai amplu, care ar fi fost util pentru analizarea și compararea diferiților factori și enunțarea unor concluzii mai valide.

Priviți în ansamblu, factorii pe care studiile îi prezintă ca având un impact semnificativ în ceea ce privește depresia la vârstnici se pretează unei perspective de tip stres-vulnerabilitate. Situații adverse ce par a fi întâlnite mai des în această perioadă a vieții iau forma unor stresori cum ar fi evenimente stresante (decesul apropiaților, pierderea partenerului de viață, a rolului profesional și a altor roluri), probleme medicale (durere, boli cronice, dizabilități), probleme socioeconomice, iar acestea alături de vulnerabilități biologice sau psihologice pot duce la tulburări de tip depresiv. În ceea ce privește factorii psihologici, poate fi vorba de cogniții, mecanisme sau strategii funcționale, adaptative cum ar fi convingeri raționale, stil atribuțional “pozitiv”, atitudini sănătoase (legate de viață în general, vârsta înaintată sau boală, durere), scheme cognitive, mecanisme de coping emoțional sau comportamental care duc la o adaptare mai bună a persoanei în vârstă, compensarea neajunsurilor specifice vârstei și la sănătate psihologică sau dimpotrivă, putem vorbi de un stil nesănătos, disfuncțional al persoanei care predispune la apariția unor probleme emoționale de tipul depresiei. Deși din acest punct de vedere mecanismele care sunt implicate în depresia la vârstnici sunt similare cu cele apărute la alte categorii de vârstă, există totuși factori care, așa cum a fost prezentat anterior în această lucrare par a fi mai importanți la această vârstă în ceea ce privește mecanismele patogenetice și sanogenetice și merită a fi luați în considerare atunci când vorbim de intervenția psihologică. De asemenea o analiză mai aprofundată în ceea ce privește vulnerabilitatea cognitivă din perspectiva modelelor cognitive și comportamentale ale depresiei, aspecte puțin studiate la vârsta a treia, poate aduce beneficii pentru cunoașterea mecanismelor specifice implicate în depresia la vârstnici. Aceste aspecte sunt relevante pentru prevenție și intervenție psihologică, în special pentru cele de tip cognitiv comportamental, care pot fi astfel adaptate acestei categorii din populație și sunt demne de luat în considerare în cadrul cercetărilor viitoare.

Studiul 2. Vulnerabilitatea psihologică în depresia la vârstnici – metaanaliză

3.2.1. Introducere

Obiectivul studiului 2 a fost de a analiza factorii de tip vulnerabilitate cognitivă și magnitudinea efectului acestora asupra depresiei în comparație cu efectul altor factori consacrați cum ar fi problemele de sănătate și evenimentele stresante.

În cadrul metaanalizei au fost cuprinse doar acele studii care includeau analiza relației dintre factori de vulnerabilitate cognitivă și depresia la vârstnici. În cadrul categoriei de vulnerabilitate cognitivă au fost luați în considerare factori ce țin de structuri, conținuturi sau procesări cognitive așa cum sunt aceștia prezentați în modelul cognitiv al lui Beck (1987), modelul neajutorării învățate (Seligman, 1975; Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) sau alte modele relaționate.

Din aceste studii au fost extrase datele statistice relevante pentru relația dintre variabilele de tip vulnerabilitate cognitivă și depresie și relația dintre variabilele de tip stresori/situații de viață stresante. Cea de-a doua categorie de factori a fost compusă la rândul ei din două subcategorii și anume stresori externi de tip evenimente stresante și probleme medicale.

3.2.2. Metodă

Toate analizele au fost efectuate cu ajutorul softului statistic Comprehensive Meta-Analysis, versiunea 2.2.050 (Biostat Inc., Englewood, NJ, USA). S-a folosit modelul Random-effects, indicatorul de mărime a efectului calculat la nivelul fiecărui studiu fiind r al

lui Pearson. Întrucât am fost interesați doar de magnitudinea relației stresorilor și vulnerabilităților cu depresia, toate corelațiile au fost încorporate în analiză ignorând direcția relației. Acolo unde s-au testat strategii cognitive pozitive (protective pentru depresie) iar corelația cu depresia obținută de către autori a fost negativă, a fost schimbat semnul corelației pentru ca rezultatele să poată fi integrate firesc sub categoria factori de vulnerabilitate cognitivă, folosind pentru strategiile funcționale, varianta lor disfuncțională (de ex. acceptare deficitară, planificare deficitară, refocusing pozitivă deficitară etc.). Pentru analiza biasului de publicare s-a folosit testul Classic fail safe N-test al lui Rosenthal (1979, 1991).

3.2.3. Rezultate

În Tabelul 1 sunt prezentate studiile incluse în metaanaliză, variabilele pentru care au fost extrase date statistice și categoriile în care au fost incluse.

Tabelul 1. Studii incluse în metaanaliză

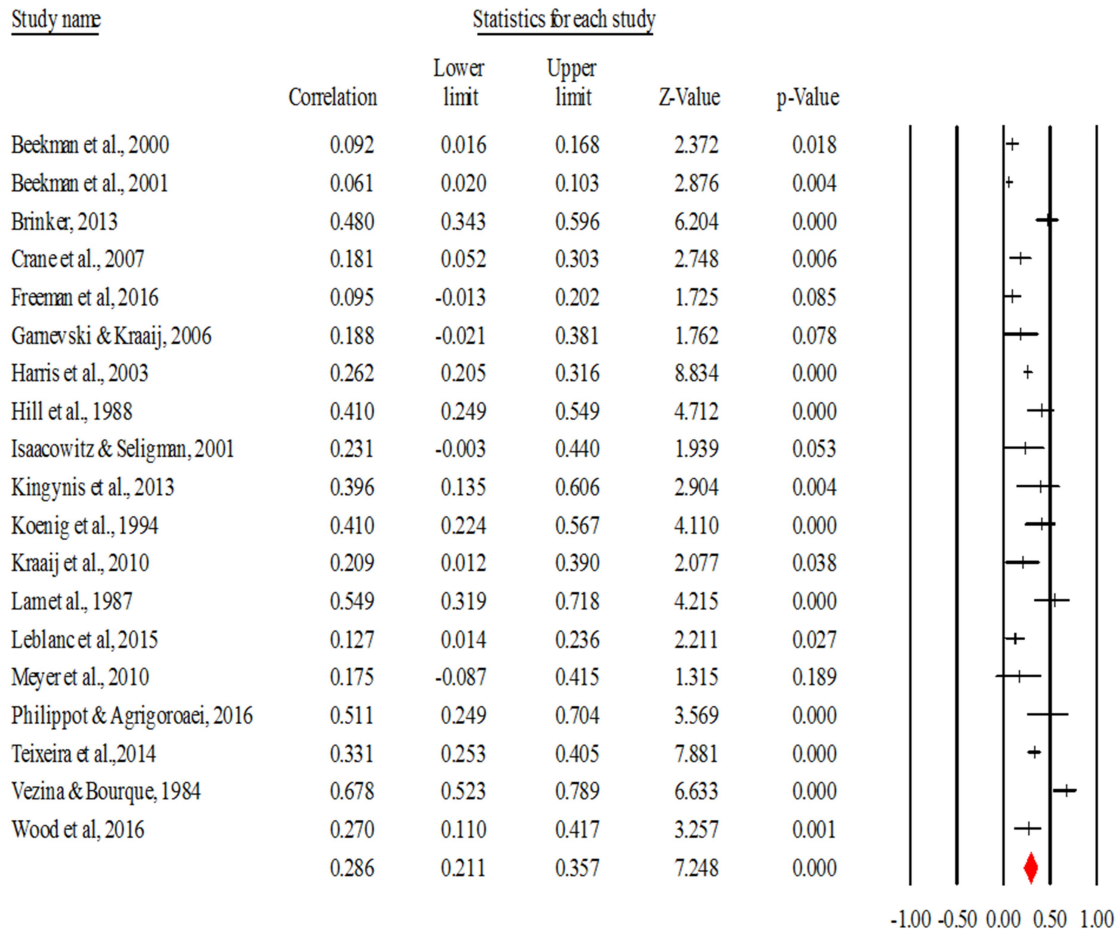
Studiu	Date statistice			Factor	Categorie
	Tip date input	r	N		
Beekman et al., 2000	Valori p pt. corelație	0,091	659	Limitări funcționale	Stresori – probleme medicale
		0,085	659	Pierderea partenerului	Stresori – evenimente stresante
		0,128	659	Alte pierderi	Stresori – evenimente stresante
		0,066	659	LOC extern pentru sănătate	Vulnerabilitate cognitivă
Beekman et al., 2001	Valori p pt. corelație	0,070	2200	Boală cronică	Stresori – probleme medicale
		0,071	2200	LOC extern pentru sănătate	Vulnerabilitate cognitivă
		0,043	2200	Limitări funcționale	Stresori – probleme medicale
Brinker., 2013	Coeficient corelație, N	0,339	144	Ruminare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,010	144	Ruminare pe amintiri	Vulnerabilitate cognitivă
		0,835	144	Reminiscente	Vulnerabilitate cognitivă
Crane et al., 2007	Valoare p pt. corelație	0,216	299	Lipsa speranței	Vulnerabilitate cognitivă
	Valoare p pt. corelație	0,216	299	Dorința de a muri	Vulnerabilitate cognitivă
	Valoare p pt. corelație	0,109	299	Stimă de sine scăzută	Vulnerabilitate cognitivă
Freeman et al., 2016	Odds ratio	0,091	6095	Fără probleme medicale vs cu probleme medicale	Stresori – probleme medicale
		0,085	6095	Dizabilități cotidiene	Stresori – probleme medicale
		0,128	6095	Fără probleme medicale cronice vs cu probleme medicale cronice	Stresori – probleme medicale
	Grupuri independente (medie și ab. standard)	0,206	6095	Percepții negative despre îmbătrânire	Vulnerabilitate cognitivă
Garnefski & Kraaij, 2006	Coeficient corelație, N	0,270	89	Acceptare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,420	89	Ruminare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,150	89	Refocalizare pozitivă	Vulnerabilitate cognitivă
		0,010	89	Planificare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,270	89	Reevaluare pozitivă	Vulnerabilitate cognitivă
		0,070	89	Punere în perspectivă	Vulnerabilitate cognitivă
		0,460	89	Catastrofare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,030	89	Blamarea celorlalți	Vulnerabilitate cognitivă
Harris et al., 2003	Cohort 2x2 (rates)	0,350	1582	Sănătate percepută	Stresori – probleme medicale
	Coeficient corelație, N	0,430	1602	Boli cronice	Stresori – probleme medicale
		0,270	1540	Limitări funcționale	Stresori – probleme medicale
	Cohort 2x2 (rates)	0,215	1210	Dizabilitate auditivă	Stresori – probleme medicale
	Coeficient corelație, N	0,130	1558	Durere	Stresori – probleme medicale
Hill et al., 1988	Cohort 2x2 (rates)	0,153	1487	Dizabilitate vizuală	Stresori – probleme medicale
Hill et al., 1988	Coeficient corelație, N	0,410	120	Lipsa speranței	Vulnerabilitate cognitivă
		0,120	71	Pesimism relaționare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,260	71	Pesimism realizări	Vulnerabilitate cognitivă
		0,280	71	Pesimism predictiv	Vulnerabilitate cognitivă
Lam et al., 1987	Cohort 2x2 (rates)	0,296	46	Evenimente de viață severe	Stresori – evenimente stresante
		0,163	46	Dificultăți majore	Stresori – evenimente stresante
	Grupuri independente (medie și ab. standard)	0,710	46	Gânduri automate	Vulnerabilitate cognitivă
		0,745	46	Lipsa speranței	Vulnerabilitate cognitivă
		0,644	46	Atitudini disfuncționale	Vulnerabilitate cognitivă

Studiu	Date statistice			Factor	Categorie
	Tip date input	r	N		
Leblanc et al., 1987	Odds ratio	0,008	2494	Probleme cu somnul	Stresori – probleme medicale
		0,193	2494	Ruminare – îngrijorare	Vulnerabilitate cognitivă
		0,177	2494	Ruminare – multe gânduri	Vulnerabilitate cognitivă
Meyer et al., 2010	Coeficient corelație, N	0,010	58	Evenimente stresante	Stresori – evenimente stresante
		0,280	58	Stil cognitiv	Vulnerabilitate cognitivă
		0,230	58	Stil cognitiv t2	Vulnerabilitate cognitivă
Philippot & Agrigoroaiei, 2016	Coeficient corelație, N	0,600	43	Gândire abstractă repetitivă	Vulnerabilitate cognitivă
		0,410	43	Disfuncționalitate cognitivă	Vulnerabilitate cognitivă
Teixeira et al., 2014	Coeficient corelație, N	0,331	528	Atitudini și credințe negative durere	Vulnerabilitate cognitivă
Vezina & Bourque, 1984	Independent groups (means, SD's), N	0,752	50	Gânduri automate	Vulnerabilitate cognitivă
		0,586	50	Atitudini disfuncționale	Vulnerabilitate cognitivă
Wood et al., 2016	Coeficient corelație, N	0,220	141	Evenimente stresante	Stresori – evenimente stresante
		0,280	141	Stil cognitiv	Vulnerabilitate cognitivă
		0,310	141	Stil cognitiv t2	Vulnerabilitate cognitivă
Nr total subiecți			14881		

3.2.3.1. Distribuția mărimilor efectelor și efectul total

În *Figura 1* sunt prezentate rezultatele privind distribuția efectelor.

Figura 1. Distribuția efectelor în metaanaliză (forest plot)



Mărimea efectului la nivelul întregii metaanalize, calculate în modelul *random effects*, este moderată, $r=0.28$, $CI95\% = [0.21, 0.35]$, semnificativă statistic, $Z=7.24$, $p<0.001$.

3.2.3.2. Analiza biasului de publicare

Pentru analiza biasului de publicare am calculat indicatorul *fail-safe N*, care reprezintă numărul de studii cu efecte nule care ar trebui introduse în metaanaliză pentru ca efectul total observat să devină la rândul lui nul (valoarea lui p să crească peste 0.05). Analiza a evidențiat o valoare $Z = 16.36$, $p < .001$, cu un indicator fail-safe $N = 1306$. Cu alte cuvinte ar fi necesare încă 1306 studii cu efecte nule pentru ca efectul observat în această metaanaliză să nu mai fie semnificativ statistic (68.7 studii nule/ studiu observat). Practic toate aceste rezultate dovedesc stabilitatea efectului obținut și vulnerabilitatea lui redusă la biasul de publicare.

3.2.3.3. Analiza heterogenității distribuției

Analiza heterogenității distribuției mărimilor efectelor în eșantionul de studii a pus în evidență o heterogenitate semnificativă, $Q(19)=137.48$, $p<0.001$, ceea ce înseamnă că are sens identificarea/testarea unor explicații ale acestei heterogenități în forma moderatorilor.

3.2.3.4. Analiza de moderare

Tabelul 2. Testarea moderatorilor mărimii efectelor

Moderator	Modalități	Nr. studii	r	Li	Ls	QB	df	p
Tip de factor	Stresori	9	0.13	0.03	0.24	6.26	1	.010
	Vulnerabilități	18	0.30	0.23	0.37			
Tip stresor	Stresori externi	4	0.15	0.01	0.28	0.14	1	.709
	Probleme medicale	6	0.12	0.03	0.21			

Analiza de moderare (Tabelul 2) a evidențiat faptul că tipul de factor (stresori vs. vulnerabilitate cognitivă) este un moderator semnificativ al mărimii efectului, în sensul că factorii de vulnerabilitate cognitivă corelează de 2.3 ori mai puternic cu depresia ($r=0.30$) decât situațiile adverse legate de probleme medicale și evenimente stresante ($r=0.13$).

De asemenea, se poate observa că analizând separat rezultatele obținute în cadrul categoriei stresori, diferența dintre efectul stresorilor externi ($r=0.15$) și efectul problemelor medicale ($r=0.12$) nu este semnificativă statistic.

3.2.4. Discuții și concluzii

Rezultatele arată că atât factorii psihologici de tip vulnerabilitate cognitivă cât și factorii de tip stresori (probleme medicale și evenimente stresante) au fost relaționați semnificativ cu depresia la vârstnici. În cadrul categoriei de factori stresori, nu au fost observată o diferență semnificativă între efectul factorilor de tip probleme medicale (stresori interni) și de tip evenimente stresante (stresori externi).

Faptul că atât vulnerabilitatea cognitivă cât și situațiile adverse de viață au demonstrat un efect semnificativ asupra depresiei la vârstnici este în concordanță cu datele existente în literatura de specialitate care aduc argumente pentru faptul că atât stresorii cât și modul în care aceștia sunt percepuți sunt factori importanți în mecanismele etiopatogenetice ale depresiei (vezi și Ellis & Dryden, 1997; Beck, 1987). Așa cum este subliniat și în modelele de tip cognitiv ale depresiei simptomele depresive apar la persoanele cu vulnerabilitate crescută îndeosebi atunci când acestea se confruntă cu situații de viață stresante – evenimente sau contexte care activează anumite scheme cognitive disfuncționale și duc mai apoi la probleme

emoționale (Beck, 1987, 2009). Există însă o diferență semnificativă între cele două categorii de factori în ceea ce privește magnitudinea relației. Rezultatele arată că există o asociere de peste două ori mai puternică între factorii de tip vulnerabilitate cognitivă și depresia la vârstnici decât între factorii de tip situații adverse și depresie.

Studiul are și anumite limite. Una dintre limite este aceea că majoritatea studiilor și datelor incluse în cadrul metaanalizei sunt obținute din studii transversale care nu permit concluzii clare legate de o anumită cauzalitate între factori și depresie și nici nu aduc detalii bogate în ceea ce privește procesele implicate în această tulburare în cazul vârstnicilor. De asemenea, au fost luate în calcul date doar din studiile care au măsurat și variabile psihologice de tip vulnerabilitate cognitivă. Asta înseamnă că metaanaliza nu a cuprins și date obținute cu privire la efectul factorilor de tip situații de viață adverse din studii care nu au măsurat și factori de tip cogniții sau procesări cognitive, studii care sunt, așa cum am menționat și anterior, destul de numeroase. Ar fi utilă o analiză care să cuprindă și astfel de studii. O altă limită ar fi heterogenitatea factorilor luați în calcul în ceea ce privește vulnerabilitatea cognitivă și a metodelor de măsurare a variabilelor analizate. Faptul că factorii de tip vulnerabilitate cognitivă incluși sunt de multe tipuri și reflectă aproape tot atâtea concepte psihologice, poate duce la probleme în analiza datelor deoarece în unele cazuri poate fi vorba de concepte parțial sau total suprapuse din punctul de vedere al operaționalizării. În ceea ce privește modul de măsurare, în cazul depresiei spre exemplu s-au utilizat în cadrul studiilor metode diverse, de la interviu clinic până la instrumente de screening pentru depresie sau stare depresivă și scale de evaluare a nivelului simptomelor de tip depresiv.

Chiar și luând în calcul aceste limite, rezultatele metaanalizei realizate demonstrează importanța factorilor ce țin de cogniții, interpretări subiective ale persoanei legate de situațiile cu care se confruntă. Nu doar că nu e suficient să luăm în calcul doar variabile de tip stresor sau probleme din sfera medicală – care par a fi mai frecvente la această vârstă și pe seama cărora a fost pusă o anumită creștere a depresiei la vârste înaintate – ci e cu deosebire important să studiem mai aprofundat efectul factorilor de tip vulnerabilitate cognitivă atunci când vorbim de problemele psihologice de tip depresiv în cazul vârstnicilor.

Studiul 3. Adaptarea și validarea scalei *Geriatric Depression Scale* (GDS) pe populația din România³

3.3.1. Introducere

Geriatric Depression Scale (GDS) este o scală creată de către Yesavage și colegii săi în anul 1982 în forma sa de 30 de itemi și este destinată special identificării depresiei la persoanele vârstnice. Răspunsul la întrebări este de tipul “da/nu”, formă ce este considerată ca fiind mai ușor de aplicat decât cele care utilizează seturile de răspuns pe cinci categorii. Este considerată de către mulți specialiști ca fiind un instrument valid de screening pentru depresie

³ Conținutul acestui subcapitol a fost inclus în două studii publicate (text revizuit):

- (1) Ștefan, A. M., Băban, A. (2015). Validarea variantei în limba română a Scalei pentru Depresia la Vârstnici (GDS) - un studiu pilot. *De la evaluare la intervenție: premise metodologice*. Editura Universitară București. 32-39 (cap. 2). Autorii au contribuit la manuscris astfel: Ștefan, A. M. – design, culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului; Băban, A. – interpretarea datelor, structura manuscrisului.
- (2) Ștefan, A. M., Băban, A. (2017). The Romanian version of the Geriatric Depression Scale: Reliability and validity. *Cognition, Brain, Behavior*, 21(3), 175. Autorii au contribuit la manuscris astfel: Ștefan, A. M. – design, culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului; Băban, A. – interpretarea datelor, structura manuscrisului.

la vârsta a treia și a fost utilizată pe scară largă pe această categorie de persoane (Montorio & Izal, 1996; Allen & Annels, 2009). Pentru o mai bună adaptare la populația vârstnică, itemii corespunzători simptomelor de tip somatic ce tind să fie comuni vârstnicilor nedeprimați au fost eliminați din procesul de screening, evitându-se astfel problemele legate de aceste aspecte ce apar la alte instrumente de evaluare utilizate pentru screeningul depresiei la adulți (Brink et al., 1982). GDS poate fi utilizat atât pentru persoane sănătoase cât și pentru cele cu probleme medicale sau disfuncții cognitive de nivel slab sau moderat. Analiza calităților psihometrice ale scalei a arătat că are o specificitate de 89% și o sensibilitate de 92% atunci când s-a realizat compararea cu diagnosticul clinic (Yesavage et al., 1983). Validitatea și fidelitatea scalei au fost susținute atât de practica clinică cât și pe partea de cercetare (Stiles & McGarrahan, 1998).

Obiectivul principal al studiului prezentat în această lucrare este acela de a adapta și a analiza calitățile psihometrice a versiunii în limba română a Scalei de depresie pentru vârstnici (GDS).

3.3.2. Metodologia generală a studiilor de validare

În majoritatea studiilor recente pe depresie la vârstnici se utilizează și o variantă scurtă a scalei – de 15 itemi – variantă cu proprietăți psihometrice foarte bune (Brown et al., 2007). Pentru studiile de validare prezentate aici s-a optat pentru varianta inițială de 30 de itemi a GDS deoarece include itemii din varianta scurtă și astfel există oportunitatea unei analize extinse a scalei. După administrarea GDS FL, elementele corespunzătoare GDS FS au fost extrase pentru analiză. Această metodă a fost aleasă luând în considerare problemele care ar putea apărea din administrarea unor scale care au multe elemente comune, ca parte a aceleiași proceduri de evaluare. Am insistat, de asemenea, să selectăm instrumentele de evaluare cât mai scurte, astfel încât durata totală a procesului de evaluare să nu fie prea lungă sau obositoare, având în vedere specificul populației țintă.

Adaptarea și studiile de validare pentru versiunea în limba română a scalei GDS au fost realizate printr-o procedură compusă din două etape. Prima etapă a constat în traducerea și adaptarea scalei. În urma acestei etape a fost obținută o variantă finală în limba română care a fost apoi aplicată, în cadrul celei de-a doua etape, mai întâi pe un eșantion de 50 de persoane vârstnice cu scopul obținerii de date preliminare privind caracteristicile psihometrice ale scalei (studiu pilot), iar în final au fost analizate date provenite de la un grup total de 172 de persoane vârstnice pentru obținerea unor rezultate mai complexe în ceea ce privește validitatea scalei.

Administrarea a fost efectuată individual pentru fiecare participant inclus în studiu. A fost obținută aprobarea scrisă pentru desfășurarea procedurilor de evaluare de la conducerea centrelor rezidențiale, iar consimțământul informat de a participa la studiu a fost obținut de la fiecare dintre persoanele incluse în studiu înainte de interviu și completarea chestionarelor. Toate procedurile de evaluare au fost efectuate de către un singur psiholog atestat în psihologie clinică.

3.3.3. Traducerea și adaptarea GDS

Această primă etapă a procesului de validare a scalei a fost realizată după recomandările generale pentru procedurile de traducere și adaptare. Inițial scala a fost tradusă în limba română. S-a urmărit mai degrabă traducerea itemilor astfel încât frazele să își păstreze sensul și nu traducerea cuvânt cu cuvânt. Având în vedere faptul că grupul țintă este constituit din vârstnici s-a insistat pe o formulare care să fie pe înțelesul persoanelor din toate categoriile sociale și toate nivelele educaționale. Această primă variantă a fost analizată și s-au propus variante alternative pentru itemi. S-a convenit asupra unei variante inițiale a GDS în limba

română și a fost realizată retroversiunea. S-a comparat apoi varianta rezultată cu varianta inițială pentru a verifica păstrarea sensului. Doar unul dintre itemi a avut nevoie de modificare. S-a obținut astfel varianta finală în limba română.

3.3.4. Studiul pilot de validare

3.3.4.1. Metodă

3.3.4.1.1. Participanți

În studiul pilot a fost utilizat un eșantion de 50 de persoane, 28 de femei (56%) și 22 de bărbați (44%) cu vârste cuprinse între 62 și 89 de ani (75.5 ani în medie). Participanții au fost recrutați atât din comunitate (locuitori ai municipiului Orăștie, județul Hunedoara) cât și din cadrul unui centru rezidențial pentru vârstnici din zonă. Au fost selectați 25 de participanți din comunitate și 25 din cadrul centrului rezidențial care nu aveau un diagnostic de demență (fapt ce a fost verificat și prin intermediul interviului clinic realizat). Dintre participanții din comunitate 12 persoane locuiau la casă și 13 la apartament. În ceea ce privește statutul marital, 22 (44%) dintre participanți erau căsătoriți și locuiau cu soțul/soția, 16 (32%) erau văduvi și 12 (24%) divorțați. Eșantionul a fost heterogen din punctul de vedere al nivelului educațional, participanții având între 4 și 17 ani de școală parcurși (de la ciclul primar până la studii superioare) cu o medie de 10 ani de școală.

3.3.4.1.2. Măsurători

Pentru analizarea calităților psihometrice ale variantei în limba română a GDS s-a realizat aplicarea scalei pe eșantionul de vârstnici descris anterior alături de un chestionar ce a cuprins date sociodemografice, stil de viață, probleme medicale, o serie de alte scale pentru depresie și un interviu clinic după criteriile DSM IV TR.

Pentru un număr de 31 de participanți s-a repetat aplicarea scalei GDS după un interval de aproximativ două săptămâni cu scopul colectării de date pentru analiza fidelității test-retest.

Aplicarea GDS alături de alte scale pentru depresie a avut ca scop obținerea de date cu privire la validitatea variantei în limba română prin analiza corelațiilor dintre scorurile la GDS și scorurile la aceste scale.

Așa cum susțin atât autorii scalei cât și alți specialiști care au utilizat-o sau au evaluat calitățile acesteia, un avantaj important al GDS este ușurința aplicării. Acest aspect merită luat în considerare având în vedere că la persoanele vârstnice pot interveni probleme legate de oboseală sau dificultăți în alegerea dintre alternativele de răspuns la itemi atunci când acestea sunt de o complexitate ridicată. Un alt scop al studiului a fost prin urmare realizarea de observații în ceea ce privește avantajele sau problemele ce pot apărea în aplicarea unor scale de un format sau altul la această categorie din populație. S-au utilizat următoarele scale:

1. *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; adapt. Stevens et al., 2013)* este un instrument de autoevaluare destinat măsurării nivelului simptomelor depresive și cuprinde un număr de 20 de itemi cu răspunsuri de la 0 la 3, în funcție de cât de frecventă este apariția fiecărui simptom descris (Radloff, 1977). Această scală a fost selectată pentru includerea în studiile de validare a GDS deoarece există studii care au confirmat o bună eficiență în ceea ce privește măsurarea depresiei la vârsta a treia (Wancata, Alexandrowicz, Marquart, Weiss, & Friedrich, 2006).
2. *BDI-II (Beck, Steer & Brown, adapt. David & Dobrea, 2012)* este o scală de autoevaluare a depresiei ce cuprinde 21 de itemi și a fost construită pentru a măsura severitatea depresiei la persoane cu vârsta de peste 13 ani. Instrumentul este frecvent utilizat pentru măsurarea simptomelor depresive și a fost utilizat și pentru populația vârstnică. În studiul de față s-a utilizat varianta în limba română a scalei adaptată și validată pe populația din România de către David & Dobrea (2012).

3. *PDSQ (Zimmerman, adapt. Ciucă & Albu, 2010) – scala pentru depresie.* PDSQ sau Chestionarul de screening și diagnostic psihiatric este un instrument de autoevaluare conceput pentru a detecta cele mai întâlnite tulburări psihice și a fost construit astfel încât să corespundă nomenclatorului psihiatric actual. Cuprinde 13 scale printre care și cea pentru tulburarea depresivă majoră. Itemii descriu simptome specifice fiecărei tulburări iar persoana evaluată este rugată să bifeze dacă simptomul respectiv a fost prezent în ultimele 2 săptămâni sau nu. Scala pentru depresie conține un număr de 21 itemi iar variantele de răspuns sunt de tip “da/nu”.

3.3.4.2. Rezultate

3.3.4.2.1. Fidelitatea

Consistența internă a fost calculată, cu ajutorul coeficientului alfa Cronbach, atât pentru varianta de 30 de itemi cât și pentru varianta scurtă de 15 itemi. După cum se poate observa în Tabelul 3, pentru ambele variante a fost obținut un coeficient de corelație ridicat, iar în ceea ce privește varianta de 30 de itemi acesta este ușor mai mare. Ambele variante în limba română a GDS au o consistență internă ridicată. A fost analizată consistența internă și pentru BDI-II, CES-D și scala de depresie a PDSQ. A fost obținut un coeficient de consistență internă ridicat pentru toate celelalte scale incluse în studiu.

Tabelul 3. Consistența internă a instrumentelor incluse în studiu

Instrument	Coef. alfa Cronbach	Nr. de itemi
GDS	,875	30
GDS forma scurtă	,836	15
BDI-II	,886	21
CES-D	,888	20
PDSQ – scala pt. depresie	,862	21

Stabilitatea test-retest a fost calculată pentru 31 dintre participanții la studiu cărora li s-a aplicat GDS varianta în limba română prin două măsurători realizate la interval de aproximativ două săptămâni. Atât în ceea ce privește varianta de 30 de itemi cât și cea de 15 itemi, valoarea coeficientului de corelație Pearson este ridicată indicând o stabilitate temporală crescută a scorurilor obținute la cele două variante analizate ($r = .881$ respectiv $r = .819$).

3.3.4.2.2. Validitatea GDS

Au fost comparate scorurile obținute de către participanți la această scală cu scorurile obținute la alte scale utilizate pentru măsurarea depresiei pe populația din România și anume: CES-D, BDI-II și PDSQ – scala de depresie. Rezultatele (Tabelul 4) arată faptul că ambele variante GDS corelează pozitiv, semnificativ cu toate scalele pentru depresie incluse în studiu.

Tabelul 4. Coeficienți de corelație Pearson

Varianta GDS	CES-D	BDI-II	PDSQ – scala de depresie
GDS 30 itemi	,840**	,834**	,779**
GDS 15 itemi	,752**	,760**	,696**

** $p > 0.01$

3.3.4.3. Concluzii

Este vorba totuși de un studiu pilot și este nevoie de precauție în ceea ce privește interpretarea rezultatelor obținute. Una dintre limite o reprezintă caracteristicile lotului utilizat, numărul subiecților fiind mic.

Analizarea rezultatelor a dovedit o consistență internă și o stabilitate test retest ridicate pentru ambele variante ale GDS. Din corelarea datelor obținute din aplicarea GDS cu cele obținute din aplicarea în paralel a scalelor pentru depresie BDI II, CES-D și PDSQ scala pentru depresie a reieșit faptul că ambele variante au o validitate (convergentă/concurentă) acceptabilă (vezi Tabelul 4).

3.3.5. Studiul extins de validare a GDS

În ambele variante ale GDS, fiecare item este cotate cu 1 punct atunci când simptomul este prezent sau 0 puncte atunci când simptomul este absent, cu scorul total variind de la 0 la 30 de puncte pentru versiunea lungă și de la 0 la 15 puncte pentru versiunea scurtă de 15 itemi a GDS. Deși în cadrul studiilor au fost obținute valori diferite în ceea ce privește valorile prag optime, sensibilitate și specificitate (Wancata, Alexandrowicz, Marquart, Weiss și Friedrich, 2006), în scopuri clinice un punctaj mai mare de 10 puncte pe GDS FL și scoruri mai mari de 5 puncte pe GDS FS sunt considerate ca sugestive pentru prezența depresiei ușoare și este justificat un interviu clinic de evaluare suplimentară. Scorurile mai mari de 20 de puncte pe GDS FL și mai mari de 10 puncte pe GDS FS sunt considerate a indica o depresie moderată până la severă (Alden, Austin, & Sturgeon, 1989; Yesavage et al., 1983).

Scopul etapei prezentate în acest subcapitol a fost de a analiza mai extins proprietățile psihometrice ale versiunilor în limba română a GDS FL (30 itemi) și a GDS FS (15 itemi). Obiectivele principale au fost de a analiza următoarele proprietăți ale celor două variante în limba română: (1) validitatea de criteriu și ușurința administrării chestionarului (validitatea de aspect), (2) validitatea de construct; sensibilitatea, specificitatea și valorile prag optime pentru a discrimina între populația clinică și cea non-clinică în ceea ce privește depresia majoră.

3.3.5.1. Metodă

3.3.5.1.1. Participanți

În studiu a fost incluse date colectate de la un grup de 172 de adulți vârstnici din mediul urban și rural din România (județele Hunedoara și Alba), format din 103 femei (60%) și 69 bărbați (40%) cu vârsta cuprinsă între 60 și 89 de ani ($M = 74.49$, $SD = 6.71$). Participanții au fost recrutați atât din comunitate ($N = 85$; 49%) cât și din instituțiile rezidențiale pentru vârstnici ($N = 87$; 51%). Eșantionul a fost unul de conveniență și participanții au fost selectați având în vedere următoarele criterii de includere: participanți cu vârsta peste 60 de ani care nu au avut un diagnostic de demență sau altă afecțiune asociată cu degradarea cognitivă. Absența degradării cognitive a fost verificată prin analizarea documentelor medicale existente și prin interviurile clinice. În ceea ce privește starea civilă, 63 (36.60%) dintre participanți erau căsătoriți și trăiau împreună cu soția, doi dintre participanți (1.20%) nu au fost niciodată căsătoriți, 70 (40.70%) erau văduvi și 37 (21.50%) divorțați sau separați. Majoritatea participanților erau pensionari ($N = 158$; 91.90%). Eșantionul a fost heterogen în ceea ce privește venitul mediu lunar și nivelul educațional (de la învățământul primar la cel superior, cu o medie de zece ani de școală parcurși).

3.3.5.1.2. Procedura

În cadrul celei de-a doua etape a studiului de validare s-a continuat colectarea de date pentru realizarea unor analize suplimentare, mai extinse, legate de caracteristicile psihometrice ale scalei, în studiul final fiind utilizat un eșantion de 172 de persoane cu vârsta peste 60 de ani.

Pentru a analiza proprietățile psihometrice, GDS a fost administrată împreună cu un chestionar care conținea elemente referitoare la date socio-demografice, probleme medicale, un interviu clinic individual după criteriile DSM IV TR și o serie de alte scale: scalele pentru

depresie BDI-II și CES-D, subscala de depresie a PDSQ și SWLS care evaluează starea de bine psihologică (*wellbeing*). BDI-II și CES-D au fost administrate la 50 dintre participanți, SWLS pe 122 participanți, iar PDSQ a fost completat de toți participanții din cadrul studiului.

3.3.5.1.3. Măsurători

Alături de GDS (Yesavage, 1982) au fost utilizate o serie de scale pentru studiul de validare extins: (1) *Scala de depresie a Centrului de Studii Epidemiologice (CES-D; Radloff, 1977)*, (2) *Inventarul depresiei Beck II (BDI-II; Beck, Steer & Brown)*, (3) *scala pentru depresie din Chestionarul de screening și diagnostic psihiatric (PDSQ; Zimmerman, 2001)*. Aceste scale au fost utilizate și în studiul pilot, unde se pot consulta și mai multe detalii legate de acestea. Adicional, au mai fost utilizate:

(4) *Scala satisfacției cu viața (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)*, adaptată în limba română de Cazan (2014). Este compusă din cinci itemi și este una dintre cele mai utilizate scale pentru măsurarea bunăstării subiective. Rezultatele studiilor de validare efectuate asupra populației românești au arătat faptul că este un instrument cu proprietăți psihometrice bune (Cazan, 2014).

(5) *Interviul clinic*. A fost utilizat un interviu clinic semistructurat după criteriile DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pentru a determina prezența sau absența depresiei de nivel clinic. Interviul a fost realizat de către un psiholog clinician atestat.

3.3.5.2. Rezultate

3.3.5.2.1. Validitatea de construct

Așa cum este prezentat în Tabelul 5 au fost obținuți coeficienți de corelație Pearson cu valori pozitive semnificative statistic, între ambele variante ale GDS și toate celelalte scalei de depresie incluse în studiu, precum și corelații negative semnificative statistic între cele două versiuni ale scalei și SWLS.

Tabelul 5. Validitatea convergentă și discriminatorie pentru versiunile GDS. Coeficienți de corelație Pearson cu PDSQ, BDI-II, CES-D și SWLS

Versiunea GDS	PDSQ N = 172	BDI-II N = 50	CES-D N = 50	SWLS N = 122
GDS LF(30 itemi)	.80**	.83**	.84**	-.68**
GDS SF (15 itemi)	.55**	.76**	.75**	-.70**

** $p < .01$

3.3.5.2.2. Validitatea de criteriu

Validitatea de criteriu a GDS a fost analizată prin verificarea capacității scalei de a discrimina între participanții cu depresie de nivel clinic și cei non-clinici. Cei 172 de participanți au fost împărțiți în două grupuri – un grup de depresie clinică și un grup de control – în funcție de rezultatele interviurilor clinice realizate după criteriile de diagnostic DSM IV TR pentru depresie majoră. Un număr de 24 din 172 de participanți (13.95%) au fost incluși în eșantionul clinic pe baza acestui interviu. Mediile scorurilor GDS au fost apoi comparate cu ajutorul testului t pentru eșantioane independente. S-a pornit de la asumția că participanții din eșantionul clinic vor avea scoruri semnificativ mai ridicate la scara GDS decât participanții din grupul de control. Tabelul 6 prezintă rezultatele obținute atunci când sunt comparate mediile obținute în cazul grupului clinic cu cele obținute în grupul de control. Rezultatele arată faptul că în cazul participanților din grupul clinic a fost obținută o valoare semnificativ mai mare atât pentru GDS FL ($t(53.11) = 16.78, p < .001$), cât și pentru GDS SF ($t(49.36) = 15.88, p < .001$). Aceste rezultate sugerează faptul că versiunile în limba română a

GDS au capacitatea de a face diferența între vârstnicii deprimați clinic și cei care nu au depresie de nivel clinic.

Tabelul 6. Compararea scorurilor GDS din grupul clinic față de grupul de control

Versiuni	Grup clinic			Grup de control		Test t pentru eșantioane independente		
	N	M	SD	M	SD	T	df	p
GDS FL	24	21.58	3.05	8.55	5.65	16.78	53.11	.001
GDS FS	24	11.45	1.87	4.07	3.25	15.88	49.36	.001

3.3.5.2.3. Sensibilitatea și specificitatea

Analiza ROC (Receiver Operating Characteristics) a fost de asemenea utilizată pentru a determina eficacitatea instrumentelor în ceea ce privește diferențierea între participanții deprimați clinic și cei care nu aveau depresie de nivel clinic, precum și pentru stabilirea valorilor prag optime pentru identificarea cazurilor de depresie majoră atunci când sunt luate în calcul criteriile de diagnostic DSM IV TR fiind "standardul de aur" (episod depresiv major). Tabelul 7 prezintă date corespunzătoare sensibilității și specificității pentru diferite valori prag ale versiunilor în limba română GDS FL și GDS FS.

Tabelul 7. Indici de sensibilitate și specificitate. Valori predictive pozitive și negative și rate false pozitive ale GDS LF și GDS SF pe diferite puncte limită (95% limite de încredere)

Valori prag	GDS FL				
	Sensibilitate (%)	Specificitate (%)	Valoare predictivă (%)		Falși pozitivi (%)
			Pozitivă	Negativă	
17	100	89	0.60	1	0.00
18	88	91	0.60	0.98	9.50
19	83	92	0.63	0.97	8.10

Valori prag	GDS FS				
	Sensibilitate (%)	Specificitate (%)	Valoare predictivă (%)		Falși pozitivi (%)
			Pozitivă	Negativă	
9	96	89	0.58	0.99	11.50
10	79	92	0.63	0.96	7.40

Rezultatele arată faptul că, pentru eșantionul utilizat în cadrul prezentei cercetări, la o valoare prag de 17 la GDS FL avem o rată de sensibilitate de 100%, ceea ce înseamnă că toate cazurile de depresie de nivel clinic au fost identificate corect și o rată a specificității de 89% sugerând faptul că un procent mare din participanții fără depresie de nivel clinic au fost identificați corect ca fiind nedepriși clinic. La o valoare prag de 18 la GDS FL s-a obținut o rată de sensibilitate de 88% a cazurilor de depresie clinică identificate corect și o rată de specificitate de 91% pentru cazurile fără depresie clinică identificate corect ca neavând simptome care să întrunească criteriile pentru această tulburare. De asemenea, o valoare prag de 19 pentru GDS FL a determinat o rată de sensibilitate de 83% cazuri de depresie clinică corect diagnosticate și o rată de specificitate de 92% cazuri identificate corect ca neavând depresie clinică. În schimb, pentru GDS FS, la o valoare prag de 9 avem o rată de sensibilitate de 96% și o rată de specificitate de 89%, în timp ce la o valoare prag de 10 avem o rată de sensibilitate de 79% și o rată de specificitate de 93%.

3.3.6. Discuții și concluzii

Analiza datelor obținute a demonstrat că atât GDS FL, cât și GDS FS au avut o consistență internă ridicată. Rezultatele obținute din studiul prezent sunt astfel congruente cu rezultatele prezentate în alte cercetări publicate pe această temă (Yesavage et al., 1983; Sheikh & Yesavage, 1986; Stiles & McGarrahan, 1998; Montorio & Izal, 1996).

Când scorurile GDS au fost comparate cu rezultatele obținute pentru scalele de depresie BDI II, CES-D, subscala pentru depresie a PDSQ și scala de stare de bine psihologică SWLS, coeficienții de corelație pozitivi, cu valori semnificative statistic dintre GDS și scala de depresie și corelația negativă cu SWLS au arătat că ambele variante au o validitate de construct acceptabilă. Studiile anterioare au raportat, de asemenea, corelații semnificative între GDS și alte instrumente care măsoară depresia, cu coeficienți care variază de la .58 la .89 (Stiles & McGarrahan, 1998).

Observațiile făcute în timpul aplicării scalei au confirmat faptul că GDS este mai ușor de aplicat la această grupă de vârstă decât alte scale utilizate în mod obișnuit pentru depresie, în primul rând datorită complexității scăzute a variantelor de răspuns la itemi. Deși există studii care arată o eficacitate similară a scalei CES-D pentru măsurarea depresiei la vârstnici (de exemplu, Wancata et al., 2006), variantele de răspuns multiple au dus la dificultăți de aplicare în eșantionul utilizat în studiile de validare prezentate în această lucrare. În ceea ce privește BDI II, această problemă pare să fie și mai pronunțată. Ușurința de aplicare este un aspect important din mai multe motive. Scala poate fi aplicată și de alți profesioniști din domeniul sănătății sau de asistenți sociali, care pot ajuta la identificarea precoce a depresiei la această vârstă, în special având în vedere că mulți dintre vârstnici par să se adreseze mai întâi altor profesioniști decât practicieni din domeniul sănătății mintale atunci când resimt simptome specifice depresiei. Un alt punct forte pentru cercetare este faptul că ușurința aplicării nu supraîncarcă procedurile de măsurare, ceea ce este deosebit de important atunci când depresia trebuie măsurată alături de un număr mare de alte variabile la această categorie din populație.

Rezultatele arată faptul că GDS diferențiază eficient între subiecții cu depresie majoră și subiecții care nu au această tulburare. Versiunile în limba română ale GDS au demonstrat, de asemenea, o bună precizie de diagnostic. Pot fi luate în considerare diferite valori prag pentru cele două variante ale scalei, în funcție de scopul utilizării. Dat fiind faptul că GDS este un instrument de screening pentru depresie utilizat în scop clinic, am putea considera sensibilitatea ca fiind mai importantă decât specificitatea și prin urmare să selectăm o valoare prag mai mică, astfel încât să nu avem o rată ridicată de falși negativi și să obținem un procentaj maxim de cazuri de depresie majoră identificate. Luând în considerare, de asemenea, o valoare predictivă acceptabilă sau rate optime a probabilității (*likelihood ratio*) de a obține un rezultat negativ sau pozitiv al testului, am putea selecta o valoare prag de 9 pentru GDS FS și 17 pentru GDS FL în situații clinice, astfel încât schimbarea în rata probabilităților să rămână ridicată și scala să poată fi considerată ca fiind un instrument util de screening. Atunci când se utilizează GDS pentru scopuri de cercetare am putea selecta o valoare prag mai mică de 10 pentru GDS FS și o valoare prag de 19 sau chiar 18 pentru GDS FL, astfel încât să avem cea mai mică rată acceptabilă de falși pozitivi, în funcție de scopul și designul cercetării.

Așa cum a fost descris mai sus, cel puțin pentru eșantionul utilizat în cercetarea de față, punctele limită, specificitatea și sensibilitatea GDS diferă față de cele prezentate în alte studii (vezi și Wancata et al., 2006). După cum notează și autorii, diferitele "standarde de aur" externe utilizate în studiile privind validitatea GDS identifică diferite persoane ca fiind deprimare, iar acest aspect are un anume efect asupra validității de criteriu. În studiul extins prezentat în acest subcapitol, doar criteriile pentru episodul depresiv major (DSM IV TR) au fost considerate ca fiind "standardul de aur", iar acesta poate constitui principalul motiv pentru faptul că valorile prag ce au putut fi considerate optime sunt mai ridicate. Bae și Cho (2004), de exemplu, au constatat în studiul lor privind versiunile coreene ale GDS, valori prag mai ridicate. Autorii discută diferențele culturale ca fiind una dintre posibilele explicații (de exemplu modul de exprimare a afectivității în diferite culturi) sau diferențele în alte

caracteristici ale eșantionului sau ale populației (de exemplu, participanți mai deprimați) care ar putea interfera în valorile obținute pentru validitatea de criteriu (Bae & Cho, 2004). Aceste explicații posibile pot fi valabile și în cazul cercetării prezentate aici.

Există anumite limite ale studiului care trebuie luate în considerare. Una dintre limite este dimensiunea relativ mică a eșantionului utilizat în studiul extins pentru nevoile unui studiu de validare. O altă limită este faptul că eșantionul este unul de conveniență. Incluziunea în studiu a unui eșantion mai mare și mai reprezentativ ar putea fi utilă pentru a confirma rezultatele obținute în studiul prezent. Studiul de validare al variantelor în limba română a GDS pe un eșantion mai mare, eventual utilizând un lot clinic reprezentativ, poate aduce, de asemenea, date suplimentare relevante cu privire la valorile prag optime, precum și în ceea ce privește structura factorială a chestionarului. Cu toate acestea, rezultatele obținute arată că versiunile în limba română ale GDS (forma lungă și forma scurtă) pot fi considerate instrumente fidele și valide pentru identificarea și evaluarea depresiei în rândul populației în vârstă din România.

Studiul 4. Dezvoltarea și proprietățile psihometrice ale Elderly Attitudes and Beliefs Scale (EABS)⁴

3.4.1. Introducere

Studiile pe tema depresiei arată faptul că vulnerabilitatea cognitivă înțeleasă în termeni de cogniții disfuncționale/iraționale – constructele centrale ale modelelor teoretice și terapeutice cognitive pentru depresie – au un rol foarte important pentru explicarea depresiei în populația generală (Haaga et al., 1991).

Cu toate că există dovezi empirice în ceea ce privește eficacitatea terapiilor cognitive și comportamentale la vârstnici (Knight & Satre, 1999; Laidlaw et al., 2004), puțină atenție a fost acordată modelului lui Ellis pentru psihopatologie (Ellis & Dryden, 1997) la vârsta a treia. Într-un articol publicat de Ellis (1999) la persoanele vârstnice apar aceleași cogniții iraționale de bază ce apar și la persoanele mai tinere (*trebuie cu necesitate* sau *“demandingness”* - DEM, *depreciere/evaluare globală* – *“self-downing/global evaluation”* – SD/GE, *toleranță scăzută la frustrare* sau *“low frustration tolerance”* – LFT și *catastrofare* sau *“awfulizing”* - AWF), însă vârstnicii au de asemenea anumite concepții dezadaptative specifice, iar evaluarea acestor iraționalități specifice este o parte importantă a procesului terapeutic.

În articolul său dedicat adaptării REBT pentru această categorie din populație (Ellis, 1999), autorul prezintă trei tipuri de credințe iraționale specifice la persoanele vârstnice: credințe iraționale autodepreciative (*“self-downing irrational beliefs”*, de exemplu “Trebuie să fac lucrurile la fel de bine cum le făceam atunci când eram tânăr(ă), altfel sunt o persoană inadecvată”), credințe ce creează frustrare (*„frustration creating irrational beliefs”*, de exemplu “Ceilalți trebuie să se poarte bine cu mine în special pentru faptul că sunt o persoană vârstnică. Dacă nu fac acest lucru asta înseamnă că sunt niște persoane lipsite de valoare.”) și credințe iraționale ce creează ostilitate (*“hostility creating irrational beliefs”*, de exemplu “Problemele și dificultățile bătrâneții nu ar trebui să existe și este prea greu să trăiești cu ele”).

⁴ Studiu publicat (text revizuit): Ștefan, A. M., Băban, A., Pinte, S. (2017), Development and psychometric properties of Elderly Attitudes and Beliefs Scale (EABS). *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, 8, 1-7 – studiu prezentat la Conferința PSIWORLD 2016 și ulterior publicată în volumul RJEAP dedicat conferinței. Autorii au contribuit la manuscris astfel: Ștefan, A. M. – design, culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului; Băban, A. – interpretarea datelor, structura manuscrisului, Pinte, S. – prelucrarea datelor și interpretarea rezultatelor.

Autorul argumentează faptul că a aborda gândurile iraționale “speciale” ale vârstnicilor în cadrul procesului psihoterapeutic putem augmenta eficacitatea intervenției și crea o relație terapeutică mai puternică. O parte importantă în adaptarea REBT pentru populația vârstnică este prin urmare evaluarea acestor cogniții iraționale specifice.

Obiectivele studiului prezentat în acest capitol au fost crearea și validarea unui instrument psihometric (EABS - Elderly Attitudes and Beliefs Scale) care evaluează vulnerabilitatea cognitivă specifică persoanelor vârstnice în termeni de cogniții iraționale specifice, în congruență cu modelul lui Ellis pentru psihopatologie (Ellis & Dryden, 1997).

3.4.2. Metodă

3.4.2.1. Dezvoltarea scalei

Dezvoltarea Elderly Attitudes and Beliefs Scale s-a bazat în primul rând pe o analiză sistematică a literaturii (vezi *Studiul 1*). În cadrul procesului de dezvoltare a itemilor au fost analizate instrumente psihometrice validate și utilizate anterior în studiile publicate pentru măsurarea vulnerabilității cognitive și alte scale similare: Scala de atitudini și credințe 2 (ABS2; DiGiuseppe et al., 1988), Scala de atitudini disfuncționale (DAS; Weissman & Beck, 1978), Scala de atitudini disfuncționale pentru vârstnicii cu probleme medicale (DASMIE, Koenig et al., 1995), Scala de atitudini față de îmbătrânire (AAQ; Laidlaw et al., 2007).

O altă parte importantă în procesul de dezvoltare a itemilor a fost realizarea unor interviuri pe un grup de 50 de persoane vârstnice cu și fără simptome depresive (din comunitate și instituționalizate). Interviurile au fost realizate de un psiholog atestat în specializarea psihologie clinică. Conținuturile cognitive relevante au fost notate și utilizate apoi pentru generarea de itemi.

În urma acestor pași a fost întocmită o listă preliminară de 34 de itemi. Modul de frazare a fost ales cu atenție pentru a face posibilă înțelegerea conținutului itemilor de către populația țintă indiferent de nivelul educațional. Lista a fost apoi analizată în cadrul unui grup de patru experți (practicieni atestați și cercetători în psihologie). În urma analizei o parte din itemi au fost modificați sau eliminați din scală.

Din acest demers a rezultat o scală de 25 de itemi (din care 7 itemi au cotare inversă) cu răspunsuri pe o scală de la 1 la 4 (1 – “Nu sunt deloc de acord”, 2 – “Nu sunt de acord”, 3 – “Sunt de acord”, 4 – “Sunt foarte de acord”) care reflectă principalele concepții iraționale ale vârstnicilor cu simptome depresive și care sunt frazate în concordanță cu modelul cognitiv al lui Ellis privind psihopatologia (itemii reflectă conceptele DEM, GE/SD, AWF și LFT) și cu opiniile autorului cu privire la cognițiile iraționale specifice cel mai des întâlnite la clienții vârstnici (Ellis, 1999).

3.4.2.2. Studiul de validare

În cadrul studiului de validare au participat 122 de persoane recrutate atât din comunitate (49%) cât și din centre rezidențiale pentru vârstnici (51%), din medii urbane și rurale din județele Alba și Hunedoara, România. Au fost selectate doar persoane cu vârsta peste 60 de ani. Respondenții din eșantionul final au avut vârste cuprinse între 60 și 88 de ani (media = 74.08; SD = 0.627), 47 au fost bărbați (39%) și 75 femei (61%).

Pentru măsurarea depresiei a fost utilizată subscala pentru depresie din Chestionarul de screening și diagnostic psihiatric (PDSQ; Zimmerman adapt. Ciucă & Albu, 2010). Scala a fost utilizată împreună cu un scurt interviu clinic de clarificare a răspunsurilor date de către persoanele evaluate cu scopul de a împărți eșantionul în vârstnici cu depresie clinică și vârstnici fără depresie de nivel clinic. În urma aplicării PDSQ – subscala pentru depresie, 15 persoane din cele 122 cuprinse în studiu (12.3%) aveau depresie de nivel clinic. Scala de

satisfacție cu viața – versiunea în limba română (SWLS; Diener et al., adapt. Cazan, 2014) a fost utilizată pentru analiza validității divergente.

Pentru măsurarea cognițiilor generale a fost utilizată Scala de atitudini și credințe iraționale – forma scurtă (ABSs; David, 2002). Scala cuprinde 8 itemi care descriu cogniții iraționale și raționale congruente cu principalele constructe prezentate în modelul lui Ellis pentru psihopatologie (Ellis & Dryden, 1997).

Procedura utilizată în cadrul studiului de validare a constat în aplicarea de către un psiholog clinician atestat a EABS alături de PDSQ – subscala pentru depresie, SWLS și ABSs eșantionului de 122 de persoane vârstnice descris mai sus. După o perioadă medie de două săptămâni EABS a fost aplicată din nou în scopul analizării ulterioare a fidelității test-retest. S-a realizat apoi analiza datelor obținute utilizând SPSS. Au fost analizate structura factorială a scalei, fidelitatea acesteia (consistența internă și fidelitatea test-retest) și validitatea de construct. A fost de asemenea utilizat testul t pentru eșantioane independente pentru a determina dacă persoanele deprimare (după rezultatele obținute la PDSQ – scala pentru depresie și interviu) au un scor semnificativ mai ridicat în ceea ce privește vulnerabilitatea cognitivă specifică (EABS) față de vârstnicii fără depresie.

3.4.3. Rezultate și discuții

3.4.3.1. Analiza factorială

A fost realizată o analiză factorială exploratorie utilizând metoda Direct Oblimin de rotație cu extracție bazată pe *eigenvalues* mai mari decât 1. Rezultatele au arătat o structură de șapte factori a scalei. După explorarea încărcării pe factori a itemilor și realizarea unei analize paralele s-a decis păstrarea unei structuri bifactoriale a scalei. Cei doi factori au explicat 40.25% din varianța datelor.

Primul factor obținut din analiza factorială a explicat 30.38% din varianța totală și reprezintă o dimensiune a scalei legată de “cogniții de autodeprecieri” (SD - *self-downing cognitions*), iar itemii ce aparțin acestei componente sunt congruenți cu prima categorie descrisă de către Ellis (1999) în ceea ce privește vulnerabilitatea cognitivă specifică la vârstnici. Cel de-al doilea factor a explicat 9.87% din varianța totală a datelor și denotă o dimensiune legată de “cogniții ce creează frustrare sau ostilitate”. Acestui factor îi aparțin itemi (cogniții) referitori la ambele categorii descrise de Ellis (1999) “cogniții ce creează frustrare” și “cogniții ce creează ostilitate”.

Subscala de cogniții autodepreciative (SD) este compusă din 12 itemi, cinci dintre aceștia având cotare inversă (media = 29.33; SD = 8.34). Câteva exemple de itemi ar fi: “*Faptul că sunt bătrân(ă) mă face să fiu o persoană fără valoare*”, “*La vârsta mea nu mai pot să fac nimic pentru ca situația mea să fie mai bună*”, “*Pot încă să am bucurii în viață chiar dacă sunt o persoană vârstnică*”.

Subscala de cogniții ce creează ostilitate sau frustrare (FH) are 13 itemi dintre care doi au cotare inversă (media = 34,3; SD = 8.34). Printre itemii incluși se numără: “*Ceialți ar trebui să mă respecte mai mult deoarece sunt o persoană vârstnică*”, “*Nu suport ideea că am îmbătrânit.*”, “*Ceialți nu trebuie neapărat să mă ajute sau să mă respecte doar pentru faptul că sunt o persoană vârstnică.*”

3.4.3.2. Fidelitatea și validitatea de construct

Rezultatele indică faptul că EABS are o bună consistență internă atât în ceea ce privește întreaga scală (α Cronbach = .89) cât și în ceea ce privește cele două subscale: α Cronbach = .90 pentru subscala SD și α Cronbach = .76 pentru subscala FH.

Valoarea coeficientului Pearson de corelație dintre scorurile obținute la prima aplicare a EABS și a doua aplicare a scalei (N = 30) arată o fidelitate test-retest acceptabilă ($r = .78$, $p < 0.01$).

Validitatea de construct a scalei a fost testată prin realizarea unei analize corelaționale între scorurile obținute prin aplicarea EABS și cele obținute prin măsurători ale depresiei (PDSQ – subscala pentru depresie), satisfacției cu viața (SWLS) și cogniții generale (ABSs) iar datele sunt prezentate în Tabelul 8.

Tabelul 8. Matricea corelațiilor dintre variabile (MODEL)

Variabile	M	SD	1.	2.	3.	4.
1. Atitudini și credințe specifice vârstnicilor (EABS)	54.37	12.94		.682**	.710**	-.521**
2. Atitudini și credințe generale (ABSs)	17.50	5.22	.682**		.612**	-.460**
3. Simptome depresive (PDSQ – depresie)	3.72	4.03	.710**	.612**		-.642**
4. Satisfacția cu viața (SWLS)	25.27	6.34	-.521**	-.460**	-.642**	

** $p < 0.01$

O legătură pozitivă puternică ($r = .71$, $p < 0.01$) a fost observată între vulnerabilitatea cognitivă specifică a vârstnicilor (EABS) și simptomele depresive (PDSQ – subscala pentru depresie), iar între vulnerabilitatea cognitivă specifică și satisfacția cu viața o legătură negativă semnificativă ($r = -.52$, $p < 0.01$). Aceste rezultate sugerează faptul că vârstnicii cu un nivel ridicat al cognițiilor iraționale specifice este mai probabil să fie deprimați și să aibă o satisfacție cu viața scăzută. Datele arată de asemenea o corelație pozitivă semnificativă ($r = .68$, $p < 0.01$), între scorurile la EABS și cele obținute la Scala de credințe și atitudini (ABSs), acest aspect fiind o dovadă în plus în ceea ce privește validitatea de construct a instrumentului.

3.4.4. Concluzii

Analiza factorială realizată a adus suport pentru o structură bifactorială a scalei: cogniții autodepreciative și cogniții ce creează ostilitate sau frustrare. Deși datele nu au susținut o structură pe trei factori corespunzătoare celor trei categorii de cogniții specifice vârstnicilor așa cum au fost ele descrise de Ellis (1999), cele două componente evidențiate se suprapun parțial în ceea ce privește temele cognitive incluse: primul factor (SD) corespunde primei categorii prezentate de Ellis (1999), și anume credințe autodepreciative (*self-downing irrational beliefs*), iar cel de-al doilea factor (FH) corespunde ambelor categorii descrise de autor drept credințe ce creează frustrare (*frustration creating irrational beliefs*) și cogniții ce creează ostilitate (*hostility creating irrational beliefs*). Prin urmare cei doi factori obținuți prin analiza factorială a scalei și itemii ce încarcă pe acești factori sunt foarte similari categoriilor propuse de autor.

Rezultatele arată de asemenea o fidelitate și o validitate crescute ale EABS. Cu toate că scala are bune proprietăți psihometrice, studiul realizat are anumite limite. Este important să notăm faptul că în studiu a fost utilizat un eșantion relativ mic de subiecți, mai ales în ceea ce privește necesitățile unei analize factoriale cu o relevanță crescută, iar grupul inclus în studiu a fost constituit dintr-un eșantion de conveniență. Ar fi utile studiile de validare suplimentare pentru rafinarea scalei, eventual utilizând un număr mai mare de subiecți și o selecție randomizată a eșantionului. Trebuie notat de asemenea faptul că procesul de dezvoltare a scalei și crearea itemilor a luat în considerare îndeosebi populația din România și ar putea exista diferențe în ceea ce privește temele cognitive relevante în alte culturi.

Elderly Attitudes and Beliefs Scale (EABS) este, cu toate acestea, un instrument promițător, util atât în practica psihoterapeutică cât și în cercetare, iar rezultatele justifică aprofundarea investigării vulnerabilității cognitive specifice la vârsta înaintată pe baza modelului cognitiv al lui Ellis (Ellis & Dryden, 1997).

Studiul 5. Stresori și vulnerabilitate cognitivă în depresia la vârstnici⁵

3.5.1. Introducere

Printre cele mai populare modele teoretice și pentru psihoterapie sunt cele de tip stres – vulnerabilitate, care conceptualizează vulnerabilitatea psihologică în termeni legați de conținut și procese cognitive (vulnerabilitate cognitivă). Spre exemplu, modelele pentru psihopatologie propuse de Ellis (1997) și Beck (1987) privesc tulburările emoționale cum este și depresia ca un rezultat al interacțiunii dintre evenimente stresante și cogniții iraționale (credețe, atitudini, gânduri automate) asociate cu stresorii cărora le facem față. În cazul în care interpretarea noastră legată de un anumit eveniment adversiv este funcțională, rațională, emoțiile pe care le vom simți vor fi de asemenea funcționale, dar în momentul în care avem o interpretare deformată, irațională, emoțiile vor fi și ele disfuncționale și astfel apar probleme psihologice cum este depresia de nivel clinic (vezi și Ellis & Dryden, 1977; Beck, 1987).

Faptul că depresia la vârsta înaintată are unele diferențe în ceea ce privește prezentarea în comparație cu depresia regăsită la alte categorii de vârstă duce la ideea ca este posibil ca mecanisme etiologice diferite sau cel puțin specific să fie implicate (vezi și Munk, 2007a; Sözeri-Varma, 2012). Există studii care argumentează implicarea anumitor factori biologici în depresia ce apare pentru prima dată la această vârstă. Acest lucru poate determina diferențe în prezentare și ar putea explica de ce unii indivizi se confruntă cu depresie doar la vârsta a treia (vezi Munk, 2007a). De asemenea, este adevărat că majoritatea factorilor de risc par să apară mai frecvent la vârste înaintate, iar pierderile sunt mai frecvente. Pierderea unei persoane apropiate este mai frecventă, putem regăsi afectarea interacțiunilor sociale și niveluri de activitate reduse, probleme medicale și disfuncții fizice asociate, dureri și complicații legate de medicație (Hughes et al., 1988; Sözeri-Varma, 2012). Acest lucru poate duce la concluzia că depresia este o stare normală la vârste înaintate. Însă, așa cum notează și alți autori (Blazer, 2003; Munk, 2007a; Fiske et al., 2009), nu toți vârstnicii sunt deprimați, nici chiar dintre cei care se confruntă cu mari dificultăți specifice acestei vârste. Astfel, un model de tip stres-vulnerabilitate cognitivă pare să fie mai potrivit pentru explicarea mecanismelor care stau la baza depresiei la vârstnici.

Din păcate, majoritatea studiilor pe depresia la vârstnici s-au axat pe alți factori decât vulnerabilitatea cognitivă (vezi, de asemenea, Blazer, 2003; Fiske et al., 2009) atunci când au analizat depresia la această vârstă. Unele studii susțin faptul că există o asociere între un nivel mai ridicat al evenimentelor stresante și simptomele depresive în cazul vârstnicilor (Linn et al., 1980, Kraaij et al., 2002, Blazer & Hybels, 2005, Magnil et al., 2013). Există, de asemenea, studii care nu au găsit un efect direct al evenimentelor stresante asupra depresiei atunci când este testat un model multivariat, ci au concluzionat mai degrabă că efectul

⁵ Studiu trimis pentru publicare la *Journal of Affective Disorders* (text revizuit), acceptat pentru *peer-review*; în prezent se așteaptă decizia finală pentru varianta revizuită (*minor revisions*): Ștefan, A. M., Băban, A., Pinteș, S. (2019). Depression in elderly, adverse life situations and the mediating role of irrational cognitions. Autorii au contribuit la manuscris astfel: Ștefan, A. M. – design și management al studiului, culegerea și analiza datelor, scrierea manuscrisului; Băban, A. – coordonare și management general al studiului, cadru teoretic, interpretarea datelor, structura manuscrisului, Pinteș, S. – prelucrarea datelor și interpretarea rezultatelor.

evenimentelor stresante este modificat de anumiți factori psihologici, cum ar fi stilul cognitiv sau de personalitate (Mazure et al., 2002).

Alte studii arată, de asemenea, o asociere între o serie de probleme medicale și depresia la vârsta înaintată (vezi Blazer & Hybels, 2005). Starea de sănătate în general, nivelul funcționalității și durerea par să aibă un impact semnificativ asupra simptomelor depresive la vârstnici (Hale, 1982; Magni et al., 1985; Glass et al., 1997; Mazure et al., 2002; Kraaij et al., 2002; Street et al., 2007). Există însă și dovezi pentru un efect mediat de către anumiți factori de vulnerabilitate de tip stil cognitive sau personalitate (Steunenbergh et al., 2006; Street et al., 2007).

Chui et al. (2015) subliniază importanța evaluării simptomelor de tip depresiv cu luarea în calcul a unor corelate importante pentru tulburările de acest tip printre care și starea fizică de sănătate și funcționalitatea pentru a releva diferențele individuale în traiectoria simptomelor depresive la vârste înaintate. O excludere a problemelor de tip medical din studiile realizate ar putea duce la o subestimare a depresiei la vârstele înaintate (Chui et al. 2015).

Într-adevăr, dacă privim mai atent teoriile cognitive pentru depresie, rolul causal al cognițiilor în depresie nu a fost suficient susținut sau validat (Haaga et al., 1991). De fapt, chiar și Beck (1987) a susținut faptul că gândurile iraționale acționează ca "markeri de vulnerabilitate pentru depresie prin sensibilizarea individului la un anumit tip de experiență negativă de viață" (Beck, 1987). Este astfel important ca, atunci când se testează un model pentru explicarea depresiei la vârste înaintate, să se ia în considerare atât factorii care acționează ca stresori, cât și factorii de vulnerabilitate cognitivă.

Așa cum precizam mai sus, puțină atenție a fost acordată în studiile publicate modelului lui Ellis pentru psihopatologie în depresia la vârstnici. În articolul său despre adaptarea REBT pentru clienții vârstnici (Ellis, 1999), autorul susține că putem identifica în cazul vârstnicilor aceleași convingeri iraționale de bază pe care le găsim în populația generală (*trebuie absolutist, auto-depreciere /evaluarea globală a propriei persoane, toleranță scăzută la frustrare și catastrofare*), dar găsim, de asemenea, cogniții nesănătoase specifice acestei perioade din viață, iar abordarea acestora este importantă pentru succesul intervenției terapeutice (Ellis, 1999; Ștefan et al., 2017). De asemenea, studierea influenței factorilor de tip vulnerabilitate cognitivă specifică are potențialul de a oferi o perspectivă valoroasă asupra particularităților depresiei la vârstnici.

Scopul studiului prezentat în acest subcapitol a fost de a analiza rolul pe care vulnerabilitatea cognitivă specifică și generală - conceptualizate ca cogniții iraționale (Ellis, 1999) - îl joacă în mecanismele care stau la baza depresiei în cazul vârstnicilor. Unul dintre obiectivele principale a fost analiza modului în care aceste două variabile (vulnerabilitate cognitivă specifică și vulnerabilitate cognitivă generală) sunt relaționate cu simptomele depresiei, luând în considerare factori de stres pe care literatura i-a identificat drept factori de risc importanți pentru depresia la vârstnici: evenimente stresante, probleme medicale, dizabilități și durere percepută. Un alt obiectiv a fost acela de a testa un model care este în concordanță cu teoria pentru psihopatologie a lui Ellis (Ellis & Dryden, 1997) și cu perspectiva de tip stres-vulnerabilitate pentru depresie, în care vulnerabilitatea cognitivă generală și specifică acționează ca mediatori în relația dintre stresorii menționați mai sus (adesea întâlniți la vârsta înaintată) și simptomele depresive. Un al treilea obiectiv a fost de a analiza dacă vulnerabilitatea specifică are un efect de mediere mai puternic în relația descrisă mai sus decât vulnerabilitatea generală și, prin urmare, poate explica mai bine depresia la vârstnici.

3.5.2. Metodă

3.5.2.1. Participanți

În studiul de față a fost utilizat un eșantion de 120 de persoane vârstnice din zonele urbane și rurale din România. Participanții au avut vârsta cuprinsă între 60 și 88 de ani (media = 74.05; SD = 0.693) și au fost selectați atât din comunitate (50%), cât și din centre rezidențiale pentru vârstnici (50%). În afara vârstei, un criteriu important de selecție a fost absența demenței sau a oricărei alte tulburări care implică degradarea cognitivă. Acest aspect a fost verificat prin interviul clinic și prin analiza documentelor medicale. Eșantionul a inclus 47 de bărbați (39%) și 73 de femei (61%), dintre care 41 erau căsătoriți (34%), 22 necăsătoriți sau separați (22%) și 53 văduvi (44%). Eșantionul a fost heterogen în ceea ce privește nivelul de educație și venitul mediu lunar, iar majoritatea participanților erau pensionați (95%).

3.5.2.2. Procedură

A fost utilizat un design transversal. Participanții au fost intervievați și evaluați individual de un psiholog clinician atestat în psihologie clinică. În interviul preliminar au fost colectate informații privind datele demografice (inclusiv vârsta, starea civilă, ocupația și venitul mediu lunar). Fiecare participant a fost apoi evaluat utilizând o serie de scale care măsoară simptomele depresive, atitudinile și credințele generale și specifice, problemele medicale, funcționalitatea și evenimentele stresante din ultimul an. S-a obținut consimțământul informat de la toate persoanele incluse în studiu.

3.5.2.3. Măsurători

(1) *Geriatric Depression Scale* (GDS; Yesavage et al., 1983) a fost utilizată pentru măsurarea depresiei la vârstnici. În studiul de față s-a utilizat versiunea românească cu 30 de itemi a scalei (Ștefan & Băban, 2017). În acest studiu, coeficientul alfa Cronbach pentru GDS a fost de .90.

(2) *Scala atitudinilor și convingerilor - forma scurtă* (ABS; David, 2002) a fost utilizată aici pentru a măsura vulnerabilitatea cognitivă generală la vârstnici. În studiul prezent, coeficientul alfa Cronbach pentru ABSs a fost de .63.

(3) *Elderly Attitudes and Beliefs Scale* (EABS; Ștefan et al., 2017) este o scală compusă din 25 de itemi, construită special pentru măsurarea vulnerabilității cognitive specifice la vârstnici (vezi *Studiul 4*). Itemii reflectă principalele convingeri disfuncționale regăsite în cazul vârstnicilor deprimați, iar formularea este în concordanță cu teoria lui Ellis (vezi Ellis & Dryden, 1997) și conceptele de bază ale acesteia (Ellis, 1999; Ștefan et al., 2017). Alfa coeficientul Cronbach pentru EABS în acest studiu a fost .89.

(4) *Chestionarul de evaluare a sănătății* (HAQ-DI și scala vizuală pentru evaluarea durerii HAQ; James F. Fries, 1978) a fost utilizat pentru măsurarea funcționalității fizice (vezi și Fries et al., 1980; Ramey et al., 1996; Bruce & Fries, 2005). Scala constă în 20 de întrebări legate de următoarele 8 secțiuni: îmbrăcat, ridicare, hrănire, deplasare, igienă, a ajunge la obiecte, manevrarea lucrurilor și activități. Fiecare element are un set de răspunsuri pe patru nivele cu scoruri cuprinse între 0 și 3, scorurile mai mari indicând o mai mare dizabilitate (0 = fără dificultate, 1 = cu dificultate, 2 = cu multă dificultate, 3 = imposibil de făcut). Scorurile categoriei sunt apoi însumate într-un indice general de dizabilitate de la zero la trei (Bruce & Fries, 2005). Scala vizuală pentru evaluarea durerii a HAQ a fost inclusă, de asemenea, în procedurile de evaluare. Coeficientul alfa Cronbach pentru HAQ a fost de .95.

(5) *Scala cumulativă de evaluare a sănătății pentru vârstnici* (CIRS-G; Miller et al., 1992) a fost utilizată pentru cuantificarea problemelor medicale la vârstnici (Anexa 5). Aceasta constă într-o listă cu 14 categorii care descriu problemele medicale întâlnite frecvent la vârstnici. Fiecare categorie trebuie evaluată cu un scor de la zero la patru, în funcție de

severitatea afecțiunii medicale. Scorul rezultat este format din cinci indicatori: numărul total de categorii selectate, scorul total, raportul dintre scorul total și numărul de categorii selectate (rezultând un indice de severitate pe categorii) și numărul categoriilor la nivelul trei și patru pentru un pacient dat (Miller et al., 1992; Miller & Towers, 1991). În studiul de față, coeficientul alfa Cronbach pentru CIRS-G a fost de .66.

(6) *Inventarul evenimentelor de viață stresante pentru vârstnici- modificat* (ELSI-M; Aldwin, 1990) a fost utilizat pentru măsurarea evenimentelor stresante (Anexa 6). Acesta conține 30 de itemi cu răspunsuri "da / nu" care descriu evenimente negative iar participantul este întrebat dacă evenimentul a avut loc sau nu în ultimul an. În acest studiu, coeficientul alfa Cronbach pentru ELSI-M a fost de .55.

Scalele HAQ, CIRS-G și ELSI-M au fost adaptat pentru utilizare pe populația României cu respectarea recomandărilor generale privind traducerile și procedurile de adaptare a instrumentelor psihometrice.

3.5.2.4. Analiza statistică

Din perspectiva stres-vulnerabilitate cognitivă, variabilele măsurate pot fi integrate într-un model explicativ pentru depresia la vârstnici în care problemele medicale, durerea percepută, dizabilitatea și evenimentele negative sunt stresorii și atitudinile și credințele iraționale sunt factori de vulnerabilitate. Având în vedere faptul că variabilele de interes nu sunt privite ca factori independenți care duc la depresie, ci mai degrabă ca parte a mecanismelor de bază ale tulburării, un model de mediere a fost considerat ca fiind unul adecvat.

Urmând metoda propusă de Baron și Kenny (1986), s-au folosit opt modele de mediere pentru a testa efectul de mediere al vulnerabilității cognitive specifice și apoi generale în relația dintre fiecare stresor luat în considerare și depresie. Stresorii mășurați (evenimente negative, probleme de sănătate, durerea percepută și dizabilitate) au constituit variabilele independente, vulnerabilitatea cognitivă specifică și generală (luate în considerare una câte una, în două modele diferite pentru fiecare stresor) au fost variabilele mediator, iar nivelul simptomelor depresive variabila dependentă. Semnificația statistică a efectului indirect/mediat a fost testată cu ajutorul testului Sobel Z. De asemenea a fost realizată calcularea mărimii efectului de mediere (ME) ca procentaj al efectului total exprimat prin intermediul mediatorului ($ME = [(c-c') / c] * 100$), în concordanță cu MacKinnon (2008).

3.5.3. Rezultate

Statisticile descriptive și rezultatele analizei corelaționale sunt prezentate în Tabelul 9.

Tabelul 9. Medii, abateri standard și valori de corelație Pearson pentru variabilele de interes.

Variabile	M	SD	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Simptome depresive (GDS)	9.87	7.01							
2. Atitudini și credințe generale (ABSs)	17.39	5.18	.544**						
3. Atitudini și credințe specifice (EABS)	54.12	12.86	.722**	.675**					
4. Probleme medicale (CIRS-G)	7.95	4.57	.234*	.181*	.214*				
5. Dizabilitate (HAQ)	0.52	0.70	.315**	.288**	.353**	.310**			
6. Durere percepută (scala vizuală a HAQ)	1.18	0.93	.373**	.218*	.197*	.261**	.487**		
7. Evenimente stresante la vârstnici (ELSI)	4.17	2.04	.386**	.221*	.263**	.356**	.174	.168	

*p <0.05; **p <0.01

Rezultatele demonstrează că ambele variabile care descriu vulnerabilitatea cognitivă sunt corelate pozitiv cu simptomele depresive la vârstnici. Atitudinile și credințe specifice arată o corelație mai mare cu depresia decât vulnerabilitatea generală (corelație moderată). S-au constatat corelații pozitive slabe, dar semnificative statistic între variabilele de tip stresor (probleme medicale, dizabilități, dureri percepute și evenimente stresante) și simptome depresive și, de asemenea, între factorii de stres și variabilele de vulnerabilitate cognitivă.

A fost constatat un efect semnificativ statistic de mediere atât pentru vulnerabilitatea cognitivă generală ($a * b = .11$, Sobel $Z = 2.28$, $p < .05$), cât și pentru vulnerabilitatea cognitivă specifică ($a * b = .18$, Sobel $Z = 2.88$, $p < .01$) în **relația dintre evenimentele stresante și depresie**. Deși cele două variabile demonstrează doar o mediere parțială, efectul evenimentelor stresante asupra depresiei scade semnificativ când vulnerabilitatea cognitivă este introdusă în model. De asemenea, rezultatele arată o dimensiune a efectului de mediere aproape dublă a atitudinilor și convingerilor specifice ale vârstnicilor ($ME = 45.86\%$) comparativ cu vulnerabilitatea cognitivă generală ($ME = 25.56\%$), ceea ce înseamnă că aproape jumătate din efectul global asupra simptomelor depresive este explicat de efectul de mediere al vulnerabilității cognitive specifice, în timp ce cognițiile generale explică doar un sfert din efectul total.

În pasul următor a fost analizat efectul de mediere al vulnerabilității cognitive generale și specifice în **relația dintre problemele de sănătate și depresie**. După cum arată rezultatele, efectul de mediere este semnificativ statistic doar atunci când vulnerabilitatea cognitivă specifică este considerată ca mediator ($a * b = .15$, Sobel $Z = 2.33$, $p < .05$). Când se adaugă variabila atitudinii și credințe specifice în model, efectul problemelor de sănătate asupra depresiei devine nesemnificativ din punct de vedere statistic, demonstrând prezența unui efect de mediere ridicat ($ME = 63.89\%$). Este de remarcat faptul că rezultatele arată o corelație semnificativă statistic, însă slabă între problemele de sănătate și simptomele depresive ($c = 0.23$, $p < .01$). Vulnerabilitatea cognitivă generală nu a demonstrat un efect de mediere semnificativ statistic în relația dintre cele două variabile.

Rezultatele arată un efect parțial de mediere atât al vulnerabilității cognitive generale ($a * b = .11$, Sobel $Z = 2.89$, $p < .001$) cât și a vulnerabilității cognitive specifice ($a * b = .14$, Sobel $Z = 2.15$, $p < .05$) în **relația dintre nivelul durerii percepute și depresie**. Efectul durerii percepute asupra depresiei scade atunci când una dintre variabilele care descriu vulnerabilitatea cognitivă este introdusă în model. Mărimea efectului de mediere este mai mare în cazul vulnerabilității cognitive specifice ($ME = 36.17\%$) comparativ cu vulnerabilitatea cognitivă generală ($ME = 28,37\%$).

Atunci când indicele de **dizabilitate** al HAQ a fost luat în considerare ca variabilă independentă, s-a constatat un efect de mediere semnificativ statistic în cazul vulnerabilității cognitive specifice **în ceea ce privește relația cu depresia** ($a * b = 0.25$, Sobel $Z = 3.78$, $p < .001$). Efectul dizabilității asupra depresiei a scăzut semnificativ și a devenit nesemnificativ statistic atunci când a fost introdusă în model variabila atitudinii și convingeri specifice vârstnicilor, demonstrând o mărime crescută a efectului de mediere ($ME = 79.37\%$). Variabila vulnerabilitate cognitivă generală a avut de asemenea un efect de mediere semnificativ statistic în relația dintre dizabilitate și depresie ($a * b = .14$, Sobel $Z = 2.89$, $p < .01$), dar mult mai mic comparativ cu variabila atitudinii și credințe specifice ($ME = 45.08\%$).

3.5.4. Discuții și concluzii

Rezultatele obținute arată faptul că vulnerabilitatea cognitivă specifică și generală corelează pozitiv, semnificativ statistic cu simptomele depresive la vârstnici, iar atitudinile și credințele specifice prezintă o corelație mai mare decât vulnerabilitatea generală. De

asemenea, corelațiile dintre factorii de vulnerabilitate cognitivă și simptomele depresive au fost considerabil mai mari decât cele dintre factorii de stres (evenimente stresante, dizabilități, dureri percepute și probleme cumulative de sănătate actuale) și depresia la vârstnici. Este important de remarcat că, deși problemele de sănătate au fost corelate în mod semnificativ cu simptomele depresive, a fost identificată o valoare mică a coeficientului de corelație. Aceste rezultate sugerează că factorii de vulnerabilitate cognitivă, în special atitudinile și convingerile specifice, joacă un rol semnificativ în depresia la vârstnici, poate un rol mai importantă decât problemele de sănătate. Rezultatele obținute sunt în concordanță cu alte studii care au constatat un efect mai mare al factorilor de stil cognitiv / personalitate asupra depresiei decât factorii de stres, cum ar fi problemele medicale sau evenimentele de viață stresante (Beekman et al., 2001; Mazure et al., 2002; Steunenbergh et al., 2006).

Pentru a analiza contribuția complexă pe care stresorii specifici și vulnerabilitatea cognitivă ar putea să-l aibă asupra depresiei la vârsta înaintată, am testat un model de tip stres - vulnerabilitate cognitivă folosind ca procedură analiza de mediere. Vulnerabilitatea cognitivă a fost luată în considerare ca mediator în relația dintre factorii de stres menționați mai sus și simptomele depresive la vârstnici. S-a constatat un efect de mediere semnificativ statistic atât în ceea ce privește vulnerabilitatea cognitivă specifică cât și vulnerabilitatea cognitivă generală în relația dintre factorii de tip stresor evenimente stresante, durere percepută, dizabilitate și depresie. Cognațiile specifice iraționale au avut o mărime a efectului de mediere mai mare, aproape dublă în unele cazuri. În ceea ce privește problemele de sănătate, nu s-a constatat un efect de mediere semnificativ statistic al vulnerabilității cognitive generale, doar atitudinile și credințele specifice demonstrând un efect semnificativ de mediere.

Studiul discutat aici are și unele limite. În primul rând, trebuie luate în considerare caracteristicile eșantionului. Eșantionul a fost unul de conveniență și rezultatele obținute din analiza unui grup relativ mic dintr-o anumită zonă sau cultură ar putea să nu fie reprezentative pentru populația generală, în special având în vedere faptul că accentul în studiul de față a fost pus pe atitudini și credințe care pot fi diferite în culturi diferite. De asemenea, în studiu s-a folosit un design transversal. O abordare longitudinală ar putea oferi o viziune mai clară asupra relațiilor dintre factorii de stres, vulnerabilitatea cognitivă și depresia la vârstnici.

Rezultatele obținute sugerează faptul că efectul situațiilor negative de viață, cum ar fi boala sau evenimentele stresante asupra simptomelor depresive la vârstnici sunt mediate de vulnerabilitatea cognitivă. Aceste rezultate sunt în concordanță cu alte studii publicate în trecut care prezintă factori de stil cognitiv / personalitate precum neuroticismul (Lyness et al., 1998, Ormel et al., 2001), pesimism (Isaacowitz & Seligman, 2001), sociotropia și autonomia (Mazure et al., 2002), stilul atribuțional (Meyer et al., 2010) ca factori care modifică modul în care stresorii sunt asociați cu depresia la vârstnici. Cu alte cuvinte, evenimentele adverse pot duce la depresie la vârsta înaintată doar atunci când sunt însoțite de o gândire irațională, nesănătoasă.

CAPITOL IV. CONCLUZII GENERALE ȘI DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE

4.1. Contribuții pentru cercetare, metodologie și practica clinică

Studiile cuprinse în această lucrare aduc importante **contribuții teoretice în ceea ce privește cercetarea**. În primul rând, analiza sistematică din *Studiul 1* este printre puținele cercetări care sintetizează într-un mod mai amplu și exclusiv factorii psihologici implicați în depresia la vârstnici. Este probabil singura analiză sistematică a literaturii (până în prezent)

care se focalizează exclusiv pe acest tip de factori în cazul depresiei la vârsta înaintată. *Studiul 2* aduce și el contribuții similare, fiind printre puținele care analizează diferența de magnitudine dintre factori ce țin de vulnerabilitatea cognitivă și factori de tip stresori interni și externi în ceea ce privește efectul asupra depresiei la vârstnici. Cele două studii aduc de asemenea dovezi empirice în ceea ce privește teoriile cognitive pentru depresie și în cazul vârstnicilor. Cu toate că există păreri conform cărora, spre deosebire de depresia la alte vârste, în depresia la vârstnici ar fi implicați mai mult alți factori decât cei psihologici, studiile cuprinse în această lucrare aduc argumente în favoarea unui model teoretic explicativ de tip stres-vulnerabilitate psihologică unde factorii psihologici sunt considerați cel puțin la fel de importanți în mecanismele etiopatogenetice ale depresiei.

De asemenea, prin crearea sau adaptarea și validarea scalelor GDS și EABS (*Studiul 3* și *Studiul 4*) – scale special construite pentru măsurarea depresiei și a vulnerabilității cognitive la vârstnici – s-au adus **contribuții metodologice importante** atât pentru cercetare cât și pentru practica clinică. Au fost puse astfel la dispoziția cercetărilor ulterioare două scale ce pot fi foarte utile în testarea unor modele care includ aceste constructe, cu focus pe problemele psihologice ale vârstnicilor. Așa cum am precizat și anterior în lucrare, cele două scale sunt de asemenea construite în așa fel încât să poată fi aplicate cu ușurință pe această categorie de populație, datorită exprimării simple și pe înțeles în formularea itemilor și variantelor de răspuns reduse în complexitate. Această calitate este importantă deoarece nu încarcă prea mult procedura de evaluare, mai ales în situația în care se dorește măsurarea mai multor constructe prin măsurători concomitente.

O altă contribuție importantă, adusă de *Studiul 5* de această dată, este conceptualizarea apariției depresiei la vârsta a treia prin intermediul unor mecanisme etiopatogenetice fundamentate teoretic. *Studiul 5* este printre puținele studii, dacă nu chiar singurul, care analizează depresia la vârstnici prin prisma teoriei cognitive a lui Ellis (1997) legată de psihopatologie și a constructelor avansate de aceasta. De asemenea, față de alte studii care analizează simpla asociere dintre anumiți factori, *Studiul 5* testează un model complex care se referă mai degrabă la anumite procese din spatele apariției acestei tulburări, a mecanismelor prin care iraționalitatea mediază relația dintre un anumit context nefavorabil și depresia la vârstnici.

În ceea ce privește **practica clinică**, studiile realizate în cadrul acestui proiect de cercetare susțin empiric, odată cu teoriile cognitive ale depresiei și asumțiile care stau la baza mecanismelor schimbării din terapiile de tip cognitiv comportamental (vezi Ellis & Dryden, 1977; Beck, 1987). Rezultatele aduc dovezi pentru faptul că factorii de tip cogniții iraționale au un rol important și în depresia la vârstnici. Se pare că vulnerabilitatea cognitivă are un rol cel puțin la fel de important cum îl au alți factori non-psihologici, iar “vestea bună” pentru terapia depresiei la vârstnici este faptul că, în timp ce greutățile vârstei a treia sunt într-o mare măsură inevitabile pentru fiecare dintre noi, gândurile nesănătoase sunt – așa cum apare într-una dintre asumțiile de bază ale terapiei cognitiv comportamentale – modificabile prin tehnici psihoterapeutice specifice. Prin urmare vârsta înaintată cu problemele ei nu este sinonimă cu depresia, nici chiar atunci când acompaniată de disfuncționalitate, durerea sau număr crescut de boli.

Așa cum subliniază și Ellis (1999) precum și alți autori (Munk, 2007b) persoanele vârstnice sunt o categorie aparte de clienți în terapie, iar tehnicile utilizate e nevoie să fie adaptate caracteristicilor acestora pentru ca tratamentul psihologic să fie eficient. În ceea ce privește adaptarea, este nevoie să se acționeze la nivelul fiecărei etape din terapie, una dintre etapele importante fiind cea de evaluare a depresiei și a cognițiilor nesănătoase ca parte a conceptualizării acesteia. Scalele specializate pe vârstnici dezvoltate în cadrul *studiilor 3* și *4* vin în întâmpinarea acestor nevoi. GDS oferă o evaluare acurată a nivelului simptomelor

depressive și este ușor de aplicat. Este utilă, de asemenea, pentru a evalua progresul și eficiența terapiei prin realizarea unor măsurători repetate. Aceeași utilitate o are și EABS pentru măsurarea nivelului cognițiilor iraționale specifice și, în plus, poate oferi – prin răspunsurile punctuale ale vârstnicului la itemii incluși – material valoros pentru restructurarea cognitivă și alte tehnici psihoterapeutice de tip cognitiv. Apoi, conceptualizarea însăși prin prisma modelului de tip stres – vulnerabilitate cognitivă (*Studiile 2 și 5*) poate favoriza instituirea sentimentului de speranță pentru vindecare în prima parte a terapiei.

GDS constituie de asemenea un instrument cu ajutorul căruia se poate face ușor un screening al depresiei la vârstnici și poate fi aplicat cu ușurință și de alți angajați din instituțiile dedicate oferirii serviciilor medicale, sociale, rezidențiale sau de alt tip. Așa cum arată unele studii (Chui et al., 2015), depresia la vârstnici este posibil să fie subdiagnosticată și este mai probabil ca un vârstnic să se adreseze la apariția simptomelor personalului din alte domenii de servicii decât cel dedicat sănătății mentale. Prin urmare instrumentul poate fi util și pe partea de identificare a depresiei pe scară largă.

4.2. Limite și direcții viitoare de cercetare

O parte din direcțiile viitoare de dezvoltare a studiilor prezentate în această lucrare vin din posibilitățile de îmbunătățire a designului sau eșantionării. Cercetările viitoare ar putea utiliza eșantioane mai reprezentative, randomizate și eventual utilizând procedee de stratificare pentru a obține rezultate și mai convingătoare. Ar fi util ca studiile viitoare să ia în calcul mecanismele depresiei la vârstnici și factorii implicați și utilizând eșantioane cu stratificare pe categorii de vârstă, deoarece, așa cum am menționat și mai sus, în unele dintre cercetările realizate se evidențiază diferențe între vârstnicii mai tineri față de vârstnicii cu vârste foarte înaintate (ex. Chui et al., 2015).

Designul studiilor 3,4 și 5 este unul transversal, ceea ce aduce cu sine anumite limite. Un studiu longitudinal ar putea surprinde mai acurat mecanismele văzute dintr-o perspectivă stres-vulnerabilitate cognitivă, spre exemplu prin stabilirea unei anumite precedente temporale a unor scheme cognitive care să predisună la apariția depresiei odată cu înaintarea în vârstă. Așa cum susțin teoriile cognitive ale depresiei (vezi Ellis & Dryden, 1997; Beck, 1987) există anumite scheme cognitive disfuncționale care la apariția unor situații de viață adverse se activează, iar în consecință apar emoții disfuncționale cum ar fi cele de tipul depresiei. Într-un studiu longitudinal axat pe depresia la vârstnici acest gen de scheme (care să reprezinte o vulnerabilitate cognitivă specifică pentru bătrânețe) pot fi măsurate înaintea înaintării în vârstă și după ce persoana poate fi considerată bătrână pentru a vedea mai clar cum anume sunt asociați factorii de tip stresor și cei de tip vulnerabilitate cognitivă în apariția depresiei.

De asemenea pot fi făcute studii suplimentare, mai ample pentru a analiza proprietățile psihometrice ale scalelor GDS și EABS în scopul confirmării validității acestora. În ceea ce privește scalele utilizate pentru măsurarea anumitor factori cum ar fi dizabilitatea (HAQ), sănătatea (CIRS-G) și evenimentele stresante (ELSI-M) pot fi demarate studii de validare pe populația din România.

Având în vedere ușurința aplicării GDS, în viitor poate fi demarat un program de screening mai amplu pentru depresie, iar vârstnicii identificați ca fiind deprimați să fie incluși într-un program de terapie de tip CBT, adaptat populației de vârstnici utilizând concluziile studiilor prezentate în această lucrare. În acest mod poate fi evaluată și eficiența unei terapii de tip CBT sau REBT adaptate pentru vârstnici.

De asemenea, selectarea factorilor analizați și incluși în modelele testate nu se pretinde nici pe departe exhaustivă, iar studii viitoare ar putea lua în calcul și alți factori considerați

importanți în literatura publicată pe tema depresiei la vârstnici, cum ar fi spre exemplu factorii de tip social (Murphy, 1982; vezi și Blazer, 2003; Munk, 2007a; Fiske et al., 2009), pentru a putea avea o perspectivă mai amplă prin prisma unui model bio-psiho-social.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Abrams, R. C., Rosendahl, E., Card, C., & Alexopoulos, G. S. (1994). Personality disorder correlates of late and early onset depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 727–731.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Allen, J., & Annells, M. (2009). A literature review of the application of the Geriatric Depression Scale, Depression Anxiety Stress Scales and Post-traumatic Stress Disorder Checklist to community nursing cohorts. *Journal of clinical nursing*, 18(7), 949-959.
- Alden, D., Austin, C., & Sturgeon, R. (1989). A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *Journal of gerontology*, 44(4), 124–125.
- Aldwin, C. M. (1990). The elders life stress inventory: Egocentric and nonegocentric stress. In M. A. P. Stephens, J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, & D. L. Tennenbaum (Eds.), *Series in applied psychology. Stress and coping in later-life families*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corp, 49–69.
- Alexopoulos, G.S. (2003). Role of executive function in late-life depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 18–23.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... & Grassi, L. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 210(2), 125-131.
- Bae, J. N., & Cho, M. J. (2004). Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 297–305.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122–136.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *The Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5–37.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- Beck, A., Steer, A. R., & Brown, G. K. (2012). Inventarul de depresie Beck – Ediția a doua (adaptat David, D. & Dobrean, A.). Editura RTS, Cluj-Napoca.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(1), 89-95.
- Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Geerlings, S. W., Schoevers, R. A., Smit, J. H., & van Tilburg, W. (2001). Emergence and persistence of late life depression: A 3-year follow-up of the longitudinal aging study amsterdam. *Journal of Affective Disorders*, *65*(2), 131-138.
- Besser, A., & Priel, B. (2005). Interpersonal relatedness and self-definition in late adulthood depression: Personality predispositions, and protective factors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, *33*(4), 351-382.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social science & medicine*, *59*(4), 721-733.
- Blazer, D., Burchett, B., Service, C. & George, L. (1991). The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. *46*, M210–215.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *58*(3), 249-265.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological medicine*, *35*(9), 1241-1252.
- Brink, T. A., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M., & Rose, T. L. (1982) Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, *17*(1), 37–44.
- Brinker, J. K. (2013). Rumination and reminiscence in older adults: implications for clinical practice. *European journal of ageing*, *10*(3), 223-227.
- Brown, P. J., Woods, C. M., & Storandt, M. (2007). Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychology and aging*, *22*(2), 372.
- Bruce, B., & Fries, J. F. (2005). The health assessment questionnaire (HAQ). *Clinical and experimental rheumatology*, *23*(5), S14.
- Butnorienė, J., Bunevicius, A., Saudargienė, A., Nemeroff, C. B., Norkus, A., Cicienienė, V., & Bunevicius, R. (2015). Metabolic syndrome, major depression, generalized anxiety disorder, and ten-year all-cause and cardiovascular mortality in middle aged and elderly patients. *International journal of cardiology*, *190*, 360-366.
- Cazan, A. M. (2014). The Romanian version of the Satisfaction with Life Scale. *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, *5*(1), 42–47.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, *48*(5), 593-602.
- Chui, H., Gerstorf, D., Hoppmann, C. A., & Luszcz, M. A. (2015). Trajectories of Depressive Symptoms in Old Age: Integrating Age-, Pathology-, and Mortality-Related Changes. *Psychology and Aging*. *30*(4): 940-951.
- Ciucă, A., Albu, M. (2010). Adaptarea și standardizarea PDSQ pe populația din România. În M. Zimmerman. *Manualul Chestionarului de screening și diagnostic psihiatric, ediția în limba română*, ASCR, Cluj-Napoca.
- Cramm, J. M., Hartgerink, J. M., de Vreede, P. L., Bakker, T. J., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). The relationship between older adults' self-

- management abilities, well-being and depression. *European Journal of Ageing*, 9(4), 353-360.
- Crane, M. K., Bogner, H. R., Brown, G. K., & Gallo, J. J. (2007). The link between depressive symptoms, negative cognitive bias and memory complaints in older adults. *Aging & mental health*, 11(6), 708-715.
- Davison, T. E., McCabe, M. P., Knight, T., & Mellor, D. (2012). Biopsychosocial factors related to depression in aged care residents. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 290-296.
- Devanand, D. P., Kim, M. K., Paykina, N., & Sackeim, H. A. (2002). Adverse events in elderly patients with major depression or dysthymic disorder and in healthy-control subjects. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 265.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- DiGiuseppe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M.V. (1988). The development of a measure of rational / irrational thinking. Paper presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburg, Scotland.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
- Eisses, A. M. H., Kluiter, H., Jongenelis, K., Pot, A. M., Beekman, A. T. F., & Ormel, J. (2004). Risk indicators of depression in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 634-640.
- Ellis, A. (1999). Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 17(1), 5-18.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer Publishing.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132-138.
- Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 23(2), 137-145.
- Garnefski, N., Pruymboom, E. & Kraaij, V. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6(3), 275-281.
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.
- Glass, TA, Kasl, SV, Berkman, LF (1997). Stressful life events and depressive symptoms among the elderly. *Journal of Aging and Health*. 9:70-89.
- Grace, J., O'Brien, J. T. (2003), Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 473-478.
- Haaga, D.A.F., Dyck, M.J. and Ernst, D. (1991) Empirical status of cognitive theory of depression, *Psychological Bulletin*, 110(2), 215-236.

- Hale, W. D. (1982). Correlates of depression in the elderly: Sex differences and similarities. *Journal of Clinical Psychology*, 38(2), 253-257.
- Harris, T., Cook, D. G., Victor, C., Rink, E., Mann, A. H., Shah, S., Dewilde, S., Beighton, C. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people - A survey of two general practice populations. *Age and Ageing*, 32(5), 510-518.
- Hayward, R. D., Taylor, W. D., Smoski, M. J., Steffens, D. C., & Payne, M. E. (2013). Association of five-factor model personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 88-96.
- Helvik, A., Engedal, K., & Selbæk, G. (2013). Change in sense of coherence (SOC) and symptoms of depression among old non-demented persons 12 months after hospitalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(2), 314-320.
- Hill, R. D., Gallagher, D., Thompson, L. W., & Ishida, T. (1988). Hopelessness as a measure of suicidal intent in the depressed elderly. *Psychology and Aging*, 3(3), 230.
- Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journals of Gerontology*, 42(1), 65-68.
- Holroyd, S., & Duryee, J. J. (1997). Differences in geriatric psychiatry outpatients with early- vs late-onset depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1100-1106.
- Horowitz, A., Reinhardt, J. P., & Kennedy, G. J. (2005). Major and subthreshold depression among older adults seeking vision rehabilitation services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 180-187.
- Hughes, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1988). Age differences in life event qualities: Multivariate controlled analyses. *Journal of Community Psychology*, 16(2), 161-174.
- Hyer, L., & Blount, J. (1984). Concurrent and discriminant validities of the Geriatric Depression Scale with older psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 54(2), 611-616.
- Isaacowitz, D. M., & Seligman, M. E. P. (2001). Is pessimism a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults? *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 255-272.
- Kendler K. S., Gatz M., Gardner C. O., Pedersen N. L. (2006). Personality and major depression: A Swedish longitudinal population-based twin study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 63:1113-20.
- Kessler, R. C., Foster, C., Webster, P. S., & House, J. S. (1992). The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and Aging*, 7, 119-126.
- Kindynis, S., Burtacu, S., Louville, P., & Limosin, F. (2013). Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly. *Encephale-Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*, 39(6), 393-400.
- Knight, T., Davison, T. E., McCabe, M. P., & Mellor, D. (2011). Environmental mastery and depression in older adults in residential care. *Ageing and Society*, 31(5), 870-884.
- Knight, B. G. & Satre, D. D. (1999): Cognitive Behavioral Psychotherapy with Older Adults. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 188-203.
- Koenig, H. G., George, L. K., Robins, C. J., Stangl, D., & Tweed, D. L. (1995). The development of a dysfunctional attitudes scale for medically ill elders (DASMIE). *Clinical Gerontologist*, 15(2), 3-22.
- Koorevaar, A. M. L., Comijs, H. C., Dhondt, A. D. F., van Marwijk, H. W. J., van der Mast, R. C., Naarding, P., Stek, M. L. (2013). Big five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 178.

- Kraaij, V., Arensman, E., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(1), P87-P94.
- Krishnan, K. R., Hays, J. C., Tupler, L. A., George, L. K., & Blazer, D. G. (1995). Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. *American Journal of Psychiatry*, 152, 785-788.
- Laidlaw, K., Power, M. J., Schmidt, S. & the WHOQOL Group (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22: 367-379.
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Dick-Siskin, L. & Gallagher-Thompson D. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Wiley & Sons, Chichester.
- Lam, D. H., Brewin, C. R., Woods, R. T., & Bebbington, P. E. (1987). Cognition and social adversity in the depressed elderly. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 23.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Leblanc, M. F., Desjardins, S., & Desgagné, A. (2015). Sleep cognitions associated with anxiety and depression in the elderly. *Clinical interventions in aging*, 10, 575.
- Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., ... & Mossey, J. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Jama Journal of the American Medical Association*, 278(14), 1186-1190.
- Lichtenberg, P. A. (1998). *Mental health practice in geriatric health care settings*. New York: Haworth Press.
- Linn, M. W., Hunter, K., & Harris, R. (1980). Symptoms of depression and recent life events in the community elderly. *Journal of Clinical Psychology*, 36(3), 675-682.
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. E. E. (1968). Cumulative illness rating scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 622-626.
- Lyness, J. M., Duberstein, P. R., King, D. A., Cox, C., & Caine, E. D. (1998). Medical illness burden, trait neuroticism, and depression in older primary care patients. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 969-971.
- MacKinnon, D. P. (2008). *Multivariate applications series. Introduction to statistical mediation analysis*. New York, NY: Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates.
- Magni, G., De Leo, D., & Schifano, F. (1985). Depression in geriatric and adult medical inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 41(3), 337-344.
- Magnil, M., Janmarker, L., Gunnarsson, R., & Björkelund, C. (2013). Course, risk factors, and prognostic factors in elderly primary care patients with mild depression: a two-year observational study. *Scandinavian journal of primary health care*, 31(1), 20-25.
- Martínez-Cengotitabengoa, M., Carrascón, L., O'Brien, J. T., Díaz-Gutiérrez, M. J., Bermúdez-Ampudia, C., Sanada, K., ... & González-Pinto, A. (2016). Peripheral inflammatory parameters in late-life depression: a systematic review. *International journal of molecular sciences*, 17(12), 2022.
- Mazure, C. M., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., & Bruce, M. L. (2002). Stressful life events interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major depression. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(3), 297-304.
- Meyer, T. D., Gudgeon, E., Thomas, A. J., & Collerton, D. (2010). Cognitive style and depressive symptoms in elderly people—Extending the empirical evidence for the cognitive vulnerability—stress hypothesis. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 1053-1057.

- Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. H, Mulsant, B. & Reynolds, C. F. (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Research*, 41(3), 237-248.
- Miller, M. D., & Towers, A. (1991). A manual of guidelines for scoring the Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G). Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- Monopoli, J., Vaccaro, F., Christmann, E., & Badgett, J. (2000). Personality as a predictor of depression among the elderly. *Clinical gerontologist*, 21(3), 49-63.
- Montorio, I., & Izal, M. (1996). The Geriatric Depression Scale: A review of it's development and utility. *International Psychogeriatrics*, 8, 103-112.
- Munk, K. (2007a). Late-life depression: Also a field for psychotherapists! Part one. *Nordic Psychology*, 59(1), 7-26.
- Munk, K. (2007b). Late-life depression: Also a field for psychotherapists! Part two. *Nordic Psychology*, 59(1), 27-44.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*. 141, 135-142.
- Nemeroff, C. B., & Goldschmidt-Clermont, P. J. (2012). Heartache and heartbreak—the link between depression and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*, 9(9), 526.
- Oldehinkel, A. J., Bouhuys, A. L., Brilman, E. I., & Ormel, J. (2001). Functional disability and neuroticism as predictors of late-life depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 241-248
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Brilman, E. I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 885-891.
- Parker, G., Roy, K., Hadzi-Pavlovic, D., Wilhelm, K., & Mitchell, P. (2001). The differential impact of age on the phenomenology of melancholia. *Psychological Medicine*, 31(7), 1231-1236.
- Philippot, P., & Agrigoroaei, S. (2017). Repetitive thinking, executive functioning, and depressive mood in the elderly. *Aging & mental health*, 21(11), 1192-1196.
- Quinn, W. H., Hazen, P. J., & Martin, P. (1996). The influence of religiosity, family-of-origin, and self-efficacy on depression in older adults. *Journal of Religious Gerontology*, 9(4), 57-77.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramey, D. R., Fries, J. F., Singh, G.(1996). The Health Assessment Questionnaire 1995-status and review. In: Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials. Second edition. Edited by B Spilker. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Reker, G. T. (1997). Personal meaning, optimism, and choice: Existential predictors of depression in community and institutional elderly. *The Gerontologist*, 37(6), 709-716.
- Reynolds, C. F., III. (1998). The challenge of treatment in 70+ year olds with recurrent major depression: Excellent short-term but brittle long-term response. *Annual meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*, San Diego, CA.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Salloway, S., Malloy, P., Kohn, R., Gillard, E., Duffy, J., Rogg, J., Tung, G., Richardson, E., Thomas, C., & Westlake, R. (1996). MRI and neuropsychological differences in early- and late-life-onset geriatric depression. *Neurology*, 46, 1567-1574.

- Saz, P., & Dewey, M. E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: A systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 622-630.
- Schulz, R., Drayer, R. A., & Rollman, B. L. (2002). Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. *Biological psychiatry*, 52(3), 205-225.
- Seligman, M. E. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. A series of books in psychology. New York, NY: WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co..
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Steunenberg, B., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kerkhof, A. J. F. M. (2006). Personality and the onset of depression in late life. *Journal of Affective Disorders*, 92(2), 243-251.
- Stevens, M. J., Uscătescu, L., Butucescu, A., Constantinescu, P., Ion, B. C., & Sandu, C. G. (2013). The romanian ces-d scale: a promising instrument for clinical and non-clinical use. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, 3(1), 7.
- Stiles, P. G., & McGarrahan, J. F. (1998). The Geriatric Depression Scale: A comprehensive review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4, 89-110.
- Street, H., O'Connor, M., & Robinson, H. (2007). Depression in older adults: Exploring the relationship between goal setting and physical health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1115-1119.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and disease*, 3(6), 465.
- Ștefan, A. M., Băban, A. (2015). Factori psihologici implicați în depresia la vârstnici - un review sistematic. *De la evaluare la intervenție: premise metodologice*, Editura Universitara București, 11-31.
- Ștefan, A. M., Băban, A. (2015). Validarea variantei în limba română a Scalei pentru Depresia la Vârstnici (GDS) - un studiu pilot, *De la evaluare la intervenție: premise metodologice*, Editura Universitara București, 32-39.
- Ștefan, A. M. & Băban, A. (2017). The Romanian Version of the Geriatric Depression Scale: Reliability and validity. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 21(3), 175-187.
- Ștefan, A. M., Baban, A. & Pinteș S. (2017). Development and Psychometric Properties of Elderly Attitudes and Beliefs Scale (EABS). *Romanian Journal of Experimental Applied Psychology*, Volume 8, Special Issue 1 (Psiworld 2016 Proceedings), 356-362.
- Ștefan, A. M., Băban, A., Pinteș, S. (2019). Depression in elderly, adverse life situations and the mediating role of irrational cognitions. Studiu trimis pentru publicare la *Journal of Affective Disorders* (text revizuit), acceptat pentru *peer-review*; în prezent se așteaptă decizia finală pentru varianta revizuită (*minor revisions*).
- Teixeira, L. F., Pereira, L. S., Silva, S. L., Dias, J., & Dias, R. C. (2016). Factors associated with attitudes and beliefs of elders with acute low back pain: data from the study Back Complaints in the Elders (BACE). *Brazilian journal of physical therapy*, (AHEAD), 0-0.
- Turner, J. A., Ersek, M., & Kemp, C. (2005). Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *Journal of Pain*, 6(7), 471-479.
- Vézina, J., Bourque, P. (1984). The relationship between cognitive structure and symptoms of depression in the elderly. *Cognitive therapy and research*, 8.1 (1984): 29-35.
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M., & Friedrich, F. (2006). The criterion validity of the geriatric depression scale: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(6), 398-410.

- Weiss, A., Sutin, A. R., Duberstein, P. R., Friedman, B., Bagby, R. M., & Costa, P. T. (2009). The personality domains and styles of the five-factor model are related to incident depression in medicare recipients aged 65 to 100. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(7), 591-601.
- Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.
- Weissman, M., Bruce, M., Leaf, P., Florio, L. & Holzer III, C. (1991). Affective Disorders. In *Psychiatric Disorders in America* (ed. D. A. Regier and L. N. Robins), pp. 53–80. The Free Press: New York.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & van Reekum, R. (2012). Social inhibition as a mediator of neuroticism and depression in the elderly. *BMC Geriatrics, 12*(1), 41-41.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*(3), 213-217.
- Wood, B. M., Nicholas, M. K., Blyth, F., Asghari, A., & Gibson, S. (2016). The mediating role of catastrophizing in the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain: A longitudinal analysis. *Scandinavian Journal of Pain, 11*, 157-162.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., & Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.
- Zarit, S. H., Femia, E. E., Gatz, M., & Johansson, B. (1999). Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Aging and Mental Health, 3*, 119-128.
- Zhang, J.-P., Kahana, B., Kahana, E., Hu, B., & Pozuelo, L. (2009). Joint modeling of longitudinal changes in depressive symptoms and mortality in a sample of community-dwelling elderly people. *Psychosomatic Medicine, 71*, 704-714.
- Zimmerman, M. (2010). *PDSQ: Chestionarul de screening și diagnostic psihiatric: manual: adaptarea și standardizarea PDSQ pe populația din România* / Zimmerman, M., Ciucă, A., Albu, M. Cluj-Napoca: Editura ASCR.