



Universitatea de Studii Europene din
Moldova

CULEGERE DE LUCRĂRI
Conferința științifică Națională

**PSIHOLOGIA VIITORULUI: TEHNOLOGIE ȘI
INOVAȚIE**

22 octombrie 2024

Chișinău 2025

Anual, pe 22 octombrie, este celebrată Ziua Profesională a Psihologului în Republica Moldova. La Universitatea de Studii Europene din Moldova - USEM această zi a fost marcată prin desfășurarea **Conferinței Naționale “ Psihologia Viitorului: tehnologie și inovație ”**, organizată de **Facultatea de Psihologie și Asistență Socială, USEM.**

Conferința s-a desfășurat în aud 202B USEM, marți 22 octombrie 2024, ora 10:00

Moderatori:

- **COJOCARU Aurelia**, dr. psihologie, decan Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
- **DIȚA Maria** dr. psihologie, conf.universitar.

Comitetul organizatoric :

1. **CATAN Petru**, dr.hab, prof. universitar, prorector USEM.
2. **COJOCARU Aurelia**, dr psihologie, decan Facultatea de Psihologie și Asistență Socială USEM.
3. **CREANGĂ Elena**, dr. , conf. universitar, șef catedră, USEM
4. **CERNEAVSCHI Viorica**, dr. științe ale educației, conf.universitar, UPSC Ion Creangă
5. **DIȚA Maria**, dr. psihologie, conf.universitar, UPSC Ion Creangă
6. **STURZA Violina**, drd asistent universitar USEM
7. **SANDULEAC Lidia**, drd asistent universitar USEM
8. **BRAȘOVEANU Rodion**, studentă an.1 Psihologie Clinică

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

"Psihologia viitorului: tehnologie și inovație", conferință științifică națională (2024 ; Chișinău). Psihologia viitorului: tehnologie și inovație : Conferința științifică Națională : Culegere de lucrări, 22 octombrie 2024, Chișinău / comitetul organizatoric: Catan Petru [et al.]. – Chișinău : USEM, 2025 (Pulsul Pieței). – 101 p. : fig., tab. color.

Antetit.: Universitatea de Studii Europene din Moldova. – Rez.: lb. rom., engl., rusă. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – 100 ex.

ISBN 978-9975-3611-5-6.

159.9:316.6:613.8(082)

P 97

© USEM

Toată responsabilitatea privind originea manuscriselor aparține exclusiv autorilor

CUPRINS

BUZENCO Aurica, VLADICESCU Adelina. TIPURI MANAGERIALE.....	4
BUZENCO Valeria, FILIMON Maria. DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA CLINICĂ.....	8
CEBAN Veronica, COTOROBAI Iulia. RELAXAREA APLICATĂ CA METODĂ ÎN DIMINUAREA ANXIETĂȚII.....	16
CERNEAVSCHI Viorica, BRUMĂ Elena, TOMA Tamara. PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ.....	21
COJOCARU Aurelia, BRAȘOVEANU Rodion BRUMĂ Elena. TIPURI DE ANXIETATE.....	29
COJOCARU Aurelia, RUSU Beatrice. TERAPIA COGNITIV COMPORTAMENTALĂ ÎN TRATAREA ANXIETĂȚII.....	36
COJOCARU Aurelia, GOREA Virginia, BRAȘOVEANU Rodion. TERAPII COMPLEMENTARE PENTRU TRATAREA ANXIETĂȚII.....	44
CREANGĂ Elena, CARANFIL Milena. TRAININGUL AUTOGENIC ÎN AMELIORAREA ANXIETĂȚII.....	55
CREANGĂ Elena, BUZA Elena. SIMPTOMATICA TULBURĂRIILOR DE ANXIETATE...	59
DIȚA Maria, MEGHEA Gabriela. TULBURAREA DE CONDUITĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI.....	64
DIȚA Maria, HUȘMAN Claudia Elena. PSIHOTERAPIA ANXIETĂȚII.....	69
MICLEUȘANU Zinaida, UNGUREAN Mariana. LEGITĂȚI PSIHOLOGICE GENERALE APLICATE ÎN MANAGMENT.....	78
PATRAȘCU Dumitru, COTOROBAI Iulia. PSIHOZE ENDOGENE- SCHIZOFRENIA....	82
PATRAȘCU Dumitru, Sidorenco Anghelina. АЛТЕРНАТИВНЫЕ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАСТРОЙСТВ.....	86
SANDULEAC Sergiu, BUZA Elena. SINDROMUL ASPERGER.....	90
STURZA Violina, ȚÎCU Mădălina. PROIECTAREA ACTIVITĂȚII DE CONSILIERE.....	96

TIPURI MANAGERIALE

BUZENCO Aurica,

Dr. pedagogie, conf.univ.,

Universitatea de Studii Europene din Moldova

Email buzenco.aurica21@gmail.com

VLADICESCU Adelina,

student ciclul II PMO, Facultatea de Psihologie și Asistență Socială,

Universitatea de Studii Europene din Moldova

Email vladicescuadelina@gmail.com

REZUMAT

Prezentul articol are ca scop studierea tipurilor manageriale și importanța consecințelor acestor tipajuri, pentru obținerea unui climat profesional cât mai favorabil, atât pe pentru angajații simpli, cât și pentru cadrele de conducere.

De asemenea, prin acest articol se pune în prim plan studierea consecințelor aplicării sau folosirii metodelor tipurilor manageriale, clasificate în articol. Cercetarea a fost elaborată pentru a fi atins subiectul principal și anume cum și de ce se folosesc aceste metode manageriale greșite, care nu facilitează un mediu de dezvoltare profesională pozitivă.

Clasificările menționate în articol, pot fi folosite pentru a determina tipul managerial dorit în a fi aplicat personal.

Cuvinte-cheie: manager, teoria tridimensională, rezultate, autocreați, democrați, neutralitate.

SUMMARY

The purpose of this article is to study managerial types and the importance of the consequences of these types, in order to obtain a professional climate as favorable as possible, both for ordinary employees and for management personnel.

Also, this article focuses on studying the consequences of applying or using the methods of managerial types, classified in the article. The research was designed to get to the main topic of how and why these wrong managerial methods are used, which do not facilitate an environment of positive professional development.

The classifications mentioned in the article can be used to determine the desired managerial type to be applied personally.

Key words: manager, three-dimensional theory, results, self-created, democrats, neutrality.

Termenul tipuri manageriale se referă la ansamblul de caracteristici ale unei conduceri, dintr-o instituție/companie anumită.

Persoana dată este obligată să posede calități desăvârșite și aptitudini competente, care vor facilita progresul echipei și a companiei din care fac parte membrii.

După cum am menționat, sunt importante calități desăvârșite din partea managerială, iar cercetarea în domeniul dat, ne permite în a-i diviza în mai multe categorii, și a le determina tacticile, caracterul și în anumite cazuri, predicția rezultatelor, în baza clasificării.

Pentru o precizie a subiectului, com aduce în prim plan, "Teoria tridimensională" (după Reddin), care se bazează pe 3 caracteristici:

- preocuparea pentru sarcini;
- preocuparea pentru contacte;
- preocuparea pentru randament. [1]

Astfel, se aduce în discuție idea de anturaj convenabil pentru angajați, care sporește procesul de lucru, și îmbunătățește calitatea și cantitatea rezultatelor dorite.

Teoria dată favorizează (cum a fost menționat) un anturaj plăcut pentru lucru în instituție, însă în același timp, se aduce în discuție și necesitatea unui subsistem de tehnici. Care ar fi responsabil pentru ținerea în frâu a libertății oferite în acel anturaj prielnic dezvoltării, cu alte cuvinte, niște bariere sociale în timpul activității de lucru, care vor despărți profesionalismul de familia job.

Pentru o aplicare eficientă, această teorie, necesită și are la bază utilizarea anumitor metode și tehnici, care odată aplicate, permit trecerea la următoarea treaptă a teoriei, și anume partea tehnică, care rezultă în scopuri și rezultate stabilite.

Kelada pune în discuție, în baza teoriei managementului, patru elemente spre a fi analizate:

- **Recunoașterea rolului clientului** (însăși termenul client ne sugerează ideea că clientul este defapt sursa existenței. Din păcate, sau fericire pentru fiecare instituție, indiferent cât de recunoscută sau nu este, toate se supun publicului, societății, și în cele din urmă clientului, care este cel care dictează calitatea serviciilor oferite de companie, iar aceste păreri, la rândul lor determină eficaciența managerului și echipei din care face parte);

- **Lucrătorul se află în centrul tuturor** (al doilea pe loc de frunte în succesul unei companii, îl reprezintă cel mai simplu lucrător, dat fiindcă produsul oferit, depinde de calitatea cu care este confecționat);

- **Preocuparea pentru rentabilitate** (ținutul pasului cu solicitarea pieții sociale este un lucru crucial în destinul și viitorul unei companii, responsabilitatea rentabilității fiind pusă pe umerii managerilor.);

- **Parteneri externi participă la realizarea calității** (cel mai mare compliment a unei companii, este de a fi recunoscută de partenerii externi, care îi pot facilita popularitatea numelui și a serviciilor oferite, însă acest lucru e ca o sabie cu două capete, dat fiindcă calitatea este estimată de însăși partenerii externi, care pot, fie promova, sau sabota serviciile curente și proiectele de viitor). [2]

Cadrele de conducere au fost clasificate (după Vendrov):

- ❖ care fac totul singuri;
- ❖ care nu fac nimic;
- ❖ care fac numai ceea ce trebuie.

Cadrele de conducere care fac totul singuri, de multe ori își i-au prea multe îndatoriri și responsabilități, motiv ar fi:

1. Lipsa de membri într-o echipă
2. Neîncrederea în membrii echipei
3. Ideea că eu fac cel mai bine

În același timp, poate fi vorba și de afirmare ca autoritate în fața angajatorilor, nu pentru a-i intimida, însă cu scopul de a spori încredere, stabilitate și putere în companie.

Cadrele de conducere care nu fac nimic, se axează foarte mult pe munca coechipierilor, uneori fiind vorba și de abuz personal la locul de muncă, prin suprasolicitare, și indiferență din partea conducerii, fapt care poate duce la demoralizare în cadrul companiei și poate la arderea profesională a angajaților.

Cadrele de conducere care fac numai ceea ce trebuie, este un mod normal și sănătos pentru o companie, care optează pentru un succes constant. Membrii echipei, ceilalți angajați și conducerea, își respectă cu strictețe îndatoririle la locul de muncă. Prin acest fapt, este un flux ușor de dobândire a rezultatelor dorite și a furnizării de noi idei, care pot deveni proiecte cu succes remarcabil. [3]

Dacă e să ne axăm pe cercetarea lui Vendrov, și anume rezultatele obținute, observăm:

- ❖ Există mai multe tipuri de manageri (în baza cadrelor de conducere);
- ❖ Fiecare tipaj are un efect asupra companiei, și asupra rezultatelor finale.

De data aceasta ne axăm pe cadrele de conducere care hotărăsc totul singure. Aceștia, la rândul lor se împart în două categorii, total diferite:

Conducători care hotărăsc totul singuri, apoi comunică deciziile luate. Tipajul dat este cel mai sănătos din cele două, dat fiindcă, în ciuda luării unor decizii pe cont propriu, conducerea

este dispusă să-și împartă ideile și deciziile cu subalternii săi, și să ceară sfaturi și părere asupra acelor decizii.

Faptul dat sporește încrederea în colectivul companiei, motivează conlucrarea, exprimarea opiniilor fără a fi judecați sau oprit din a vă da cu părerea.

Conducători care hotărăsc totul singuri, fără a se consulta cu ceilalți. Această metodă o putem defini ca tiranie, la locul de muncă. În special când persoană aflată la conducere, face parte din echipa de promovare, implementare și creare a proiectelor companiei. Neconsultarea cu colegii și subalternii, creează o ruptură în colectiv, care după un timp, ar putea crea neîncredere, trădări și plecări din partea angajaților. [4]

Alte tipuri de conducători ar fi:

Birocrați (aceștia se axează pe legi și încearcă în a le aplica în metodele lor manageriale, pentru a crea o reușită satisfăcătoare a rezultatelor dorite. Nu o putem defini ca fiind rea sau bună, însă din punct de vedere managerial, spre un succes remarcabil în obținerea rezultatelor propuse. Nu este birocrăția partea rea a existenței acestora, ci extinderea sferelor de utilizare și aplicare);

Experți (bineînțele că experiența este un atu beneficierii companiei, care este în căutare de dezvoltare permanentă, iar calitățile unui conducător care își cunoaște domeniul este necesar. Experții sunt cei care pot facilita extensia companiei în orice stadiu (fie el de dezvoltare sau stagnare) prin aplicarea metodelor care deja au o vechime în rezultate formidabile);

Tehnocrați (sunt cei care se bazează foarte mult pe cercetări științifice, logic aplicate, pentru a evita eșecurile banale în urma neglijenței, sau neatenției. La urma acestor cercetări, aplicate prin metode științifice, se pun în aplicare în baza unor tehnologii, care le garantează câștig de cauză);

Realizatori (sunt cei care optează direct spre obținerea unor rezultate, făcând tot posibilul pentru a fi realizate cât mai curând posibil și cât mai eficient posibil). [5, pag. 124]

O altă clasificare a conducătorilor ar fi după atribuții:

▶ de planificare (cei care știu a se organiza și motiva în obținerea rezultatelor satisfăcătoare);

▶ de conducere a tratativelor;

▶ de programare (sunt acei care nu întârzie cu obținerea rezultatelor);

▶ de coordonare (acei care-și știu domeniul și pot fi de ajutor în ordonarea și coordonarea echipei);

▶ de interpretare (sunt capabili să interpreteze anumite rezultate care vor fi obținute în urma analizei ideilor spre un anumit proiect);

▶ de inspectare (foarte precoce, și este mereu cointerestat de succes, de aceea este mereu strict cu fiecare detaliu);

▶ de recrutare (să nu uităm că la cât de bun e managerul, fără o echipă cu membrii care emană aceeași aură, acel talent managerial este irosit, de aceea a conducătorului, care recrutează membri pentru echipă);

▶ de efectuare a expertizei;

▶ de publicitate;

▶ de conducere a cercetărilor;

▶ de dirijare a domeniului tehnic (menționat mai sus la tipajul tehnocrați);

▶ de acordare a perfecționării profesionale. [6, pag.5-7]

Deși avem atâtea clasificări și tipajuri manageriale, cele mai răspândite sunt:

I. Autocrații:

• este deseori vorba de un comportament care se mai manifestă printr-un mod violent, brutal;

• subalternii sunt de cele mai multe ori subestimați;

• este vorba de tiranie, și ideea că autoritatea în cadrul colectivului se impune printr-o atitudine autoritară;

• aruncarea ordinilor în toate direcțiile și expectarea de a fi realizate instantaneu;

• conducătorul duce lipsă de autoritate profesională și experiență în domeniu;

- tendința de a imita imaginea persoanelor profesional ierarhic-superior.

Consecințe:

- Subalternii au tendința de a-și minți conducătorul, pentru a menține "pacea" în companie;
- Crearea unui climat profesional, bazat pe tensiune, și prin manifestarea fricii. [7, pag.5]

II. Democrat:

- este vorba de lipsa de rigiditate într-o echipă, unde conducătorul ar trebui să-și afirme poziția, acest fapt deseori lipsește
- subalternii pot privi această democrație din partea conducătorului, ca un punct slab, iar eficiența eforturilor echipei scade drastic.

III. Neutru:

- este vorba de evitarea anumitor responsabilități profesionale manageriale
- lipsa sau ezitarea în luarea unor decizii
- tendința de a lăsa lucrurile să-și urmeze propriul curs, acest fapt remarcându-se prin ignorarea acestor problem și așteptarea naturală a rezolvării acestora. [8, pag.7]

Concluzii

Axându-ne pe ultimele trei categorii, putem spune cu certitudine că primele două sunt mai convenabile, în deosebi când este implicat un parteneriat extern, unde este nevoie de luarea unor decizii, care ar putea determina soarta întregii companii.

Ultima, adică **Neutralitatea**, este ieșită din discuție, acest tip managerial aduce doar confuzie și nu rezolvă nici o problemă în particular, din start desemnând soarta companiei și proiectele acesteia.

Însă tipurile manageriale sunt esențiale de studiat, din punct de vedere social și profesional, pentru a putea determina:

- ▶ baza unei companii;
- ▶ manifestarea ideilor;
- ▶ atașamentul față de companie;
- ▶ conlucrarea între angajați și conducători;
- ▶ rezultatele dorite în urma unor proiecte;
- ▶ viziunea de viitor a companiei.

Recomandări

1. Crearea de manageri competenți prin asigurarea de experiență necesară în orice companie;
2. Studiarea în amănunte a informației elaborate;
3. Evaluarea competențelor manageriale în afara echipei sau a proiectelor;
4. Este necesară abordarea unui tipaj managerial care să furnizeze încredere între membrii companiei;
5. Discutarea cu ceilalți (manager cu subalterni) este prioritară pentru un succes garantat;
6. Autoritatea pe plan profesional, ar putea fi manifestată și determinată într-un mod diferit, decât tiranic.

Astfel, pot spune că tipurile manageriale sunt foarte diverse și complexe, fiecare manifestându-se în moduri diferite, folosind metode de aplicare, de orice natură, fie tiranică, democratică sau indiferență totală.

De aceea este necesară elaborarea unei norme care va servi ca exemplu și pilon în viața managerială.

Referințe bibliografice:

1. Tipuri de Manageri <https://www.scribd.com/doc/46749735/Tipuri-de-Manageri>
2. Teoria tridimensională domenii-management <https://administrare.info/domenii/management/14239-teoria-tridimensional%C4%83-%E2%80%9494-tqm>

3. Management: Cadre de conducere
<https://administrare.info/domenii/management/8206-cadrele-de-conducere>
4. Management birocratic <https://mises.ro/capitole/2-managementul-birocratic/>
5. "Management strategic" de I. Ciobanu, editura Polirom, anul 1998, 308 pagini
6. "Managementul. Teorie și practică" de G.A.Cole, editura Știința, anul 2010
7. "Management sistemic științific" de M. Constantin, editura CREATESPACE SUA, anul 2016, 158 pagini
8. "Managementul resurselor umane" de I.-O. Panisoara/ G.Panisoara, editura Polirom, anul 2016

DIAGNOSTICUL ȘI EVALUAREA CLINICĂ

BUZENCO Valeria

Doctor științe ale educației, Lector universitar
Universitatea de Studii Europene din Moldova
Email buzencovaleria@gmail.com

FILIMON Maria,

medic rezident psihiatru, student ciclu II PC
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova.
Email marifilimon0@gmail.com

REZUMAT

Psihodiagnosticul medical este una dintre principalele forme de activitate ale psihologilor din medicina clinică și preventivă. Scopul diagnosticului medical și psihologic poate fi definit ca obținerea de informații obiective despre totalitatea caracteristicilor psihologice ale pacienților, mecanismele formării acestora și dinamica așteptată, inclusiv sub influența bolii, precum și prezentarea acestor informații într-o formă sistematizată. - sub forma unei concluzii psihologice (diagnostic psihologic).

În prezent, diagnosticul psihologic în clinică precede și evaluează rezultatul măsurilor socio-psihologice active (psihoterapie, psihocorecție, pregătire socio-psihologică) și psihofarmacoterapie. Tulburările identificate în cercetarea psihologică sunt supuse înțelegerii clinice și servesc drept obiect („țintă”) măsurilor terapeutice și social-restaurative. Dimpotrivă, aspectele conservate identificate ale personalității sunt considerate resurse, „suport” de psihocorecție, psihoterapie și readaptare.

Studiul a fost efectuat în urma totalizării review-ului literaturii de specialitate, utilizându-se articole publicate în sursele electronice recunoscute de societatea medicală psihiatrică internațională ca: PubMed, NEJM, NCBI, precum și manuale de psihologie și psihiatrie (Oxford Medicine, Kaplan), ghiduri și protocoale naționale (MSMPS) și internaționale (OMS).

Cuvinte-cheie: diagnosticul clinic, evaluare clinică, psihiatrie, diagnostic diferențial, calitatea vieții.

SUMMARY

Medical psychodiagnostics is one of the main forms of activity of psychologists in clinical and preventive medicine. The purpose of medical and psychological diagnostics can be defined as obtaining objective information about the totality of psychological characteristics of patients, the mechanisms of their formation and expected dynamics, including under the influence of the disease, as well as presenting this information in a systematized form - in the form of a

psychological conclusion (psychological diagnosis).

Currently, psychological diagnostics in the clinic precedes and evaluates the result of active socio-psychological measures (psychotherapy, psychocorrection, socio-psychological training) and psychopharmacotherapy. The disorders identified in psychological research are subject to clinical comprehension and serve as the object ("targets") of therapeutic and social-restorative measures. On the contrary, the identified preserved aspects of the personality are considered as resources, "support" of psychocorrection, psychotherapy and readaptation.

The study was carried out following the totalization of the specialized literature review, using articles published in the electronic sources recognized by the society

international psychiatric medicine as: PubMed, NEJM, NCBI, as well as textbooks of psychology and psychiatry (OxfordMedicine, Kaplan), national (MSMPS) and international (WHO) guidelines and protocols.

Key words: clinical diagnosis, clinical evaluation, psychiatry, differential diagnosis, quality of life.

Unul dintre cele mai importante tipuri de activitate profesională a psihologilor clinicieni este diagnosticul psihologic. Scopul principal al diagnosticului psihologic este de a înțelege psihicul uman, starea lui actuală, funcționarea inter și intrapsihică în sistemul de conexiuni și relații sociale. Ideea ferm stabilită a organizării sistemice a vieții mentale a unei persoane presupune că un studiu de psihodiagnostic organizat adecvat, care vizează identificarea caracteristicilor individuale și a disfuncțiilor mentale, trebuie să fie adecvat, adică de natură sistemică[1,7,12,9].

În domeniile aplicate ale psihologiei, care includ psihologia medicală, psihodiagnostica servește ca un instrument care conectează știința și practica, dezvăluind mecanismul de aplicare a cunoștințelor psihologice pentru a rezolva problemele din viața reală. Aceste două caracteristici cele mai importante ale diagnosticului psihologic - natura sa sistematică și orientarea aplicată pronunțată - ar trebui, în opinia noastră, să servească drept bază pentru dezvoltarea programelor educaționale pentru studenții specializați în domeniul psihologiei clinice și recalificarea profesională și programe de perfecționare la această disciplină pentru specialiștii cu studii superioare. [2,17,10].

În clinică, astfel de sarcini includ: identificarea, utilizarea tehnicilor de psihodiagnostic specializate, a tulburărilor subtile și latente ale activității psihice în scopul obiectivizării tulburărilor existente și diagnosticului diferențial; evaluarea structurii și severității tulburărilor neuropsihiatrice pentru a obține date privind calificarea clinică a stării psihice a pacientului în timpul diferitelor tipuri de examen psihologic și psihiatric; studierea dinamicii componentelor intacte și alterate patologic ale activității mentale, caracteristicile personalității individuale, mecanismele de adaptare și compensare mentală, sistemul de relații semnificative și comportamentul de rol al pacientului pentru a selecta tactici de influență psihoterapeutică, a construi un diagnostic funcțional și a efectua măsuri de reabilitare socială; evaluarea dinamicii tulburărilor neuropsihice și a pozițiilor socio-psihologice ale personalității pacientului în timpul tratamentului pentru a obiectiva eficacitatea terapiei farmacologice, a psihoterapiei și a activității de reabilitare socială. [11,17,12,9].

Specificul diagnosticului psihologic în clinica tulburărilor somatice și psihosomatice, care vizează identificarea atât a factorilor de risc de dezvoltare, cât și a mecanismelor de adaptare a personalității la boală, determină următoarele sarcini care trebuie învățate în procesul de învățare: studierea caracteristicilor structurii personalității premorbide. în vederea identificării factorilor psihologici, care joacă un rol în patogeneza tulburărilor psihosomatice (psihodiagnostica caracteristicilor alexitimice, tipuri comportamentale, conflicte intrapsihice, stilul relațiilor familiale etc.); studiul imaginii bolii, „scalei experienței bolii” și semnificația personală a bolii în sistemul de semnificații și valori personale ale pacientului, studiul dinamicii atitudinii subiective față de boală în timpul procesului de tratament; evaluarea relației pacientului cu medicul și personalul medical; psihodiagnostica stărilor afective (anxietate și depresie) cu scopul obiectivizării depresiei ascunse și somatizate; analiza psihodiagnostică a resurselor adaptative și compensatorii

ale pacientului (strategii de coping și resurse de coping) pentru construirea unor programe adecvate de reabilitare socială, orientare vocatională și reorientare a pacientului. [3,5,12,14].

Un loc important în sistemul de diagnosticare psihologică îl ocupă metodele de cercetare standardizate - teste care pot rezolva în mod obiectiv și economic problema evaluării gradului de exprimare a unei anumite caracteristici mentale a unei persoane. Aceste sarcini sunt modelate de cerințele practicii medico-psihologice și sociale mai largi: necesitatea de a efectua studii de screening și prospective pe populație pentru a preveni bolile legate de stres și a exprima diagnosticul de condiții extreme, necesitatea de a lua în considerare procesele patodinamice în timpul tratamentului de restaurare și reabilitare a pacienților, evaluarea structurii și nivelul defectelor de dezvoltare la copii și adolescenți, practicarea selecției profesionale, sarcini socio-psihologice și alte sarcini. Testele și-au dovedit semnificația în rezolvarea problemelor teoretice, fundamentale de psihologie generală, psihologia diferențelor individuale și psihologia medicală. Acest lucru ne oferă o oportunitate de a explora unele dintre problemele fundamentale din teoria testelor și de a arăta că „măsurarea” care stă la baza testelor este înțeleasă mai larg decât simpla analiză cantitativă a variabilelor. În psihodiagnostic, este întotdeauna necesar să se țină cont de unitatea abordărilor cantitative și calitative atât la dezvoltarea metodelor, cât și la analiza rezultatelor unui studiu de psihodiagnostic - un act holistic de evaluare a proceselor mentale și a trăsăturilor de personalitate, în care sunt luate în considerare caracteristicile calitative și cantitative. în unitate internă, completându-se reciproc, alături de date de anamneză, observație, experiment natural. [1,7,16,9].

Examenul clinic și psihologic stabilește starea de sănătate mintală, respectiv boala psihică a unei persoane (copil sau adult). Se deosebește de alte tipuri de examinări prin impactul social, obligând deci psihologul clinician la responsabilitate maximă. Adesea, un examen clinic oferă primul diagnostic al unei persoane. Acesta este motivul pentru care sunt necesare aptitudini și profesionalism atât în examinarea, cât și în comunicarea diagnosticului. Un psiholog clinician trebuie să aibă experiență și cunoștințe cuprinzătoare. Uneori este necesar un diagnostic de subtilitate în colaborare cu alți medici specialiști. O competență deosebită dobândită după mulți ani de pregătire și experiență profesională este capacitatea excelentă de diagnosticare a celor mai buni clinicieni, care pot distinge între multe caracteristici ale mai multor boli/tulburări mintale.

Definirea psihologiei clinice este o provocare majoră în zilele noastre, deoarece domeniul a cunoscut o creștere semnificativă în multe direcții diferite. [13,15,12,].

Domeniul psihologiei clinice integrează știința, teoria și practica pentru a înțelege, anticipa și ameliora disconfortul și pentru a promova adaptarea umană și dezvoltarea personală. Psihologia clinică se concentrează pe aspectele intelectuale, emoționale, biologice, psihologice, sociale și comportamentale ale funcționării umane de-a lungul vieții, la toate nivelurile socioeconomice și între culturi. [1,7,12,9].

Practica bazată pe dovezi este un subiect de interes tot mai mare în domeniul psihologiei. În 2006, Asociația Americană de Psihologie (APA) a dezvoltat o declarație oficială de politică privind practica bazată pe dovezi în psihologie (EBPP). Acum este important ca profesia să înțeleagă mai bine ce este (și nu este) EBPP și să dezvolte un set de abilități asociate cu EBPP. Istoricul și semnificația practicii bazate pe dovezi (EBP) în disciplinele de sănătate au fost descrise în cadrul programelor de formare ale Consiliului Directorilor Universității de Psihologie Clinică (CUDCP). Practica bazată pe dovezi desemnează un proces de luare a deciziilor clinice care integrează dovezile cercetării, expertiza clinică și preferințele și caracteristicile pacientului. Practica bazată pe dovezi este o abordare transdisciplinară, idiografică, care promovează învățarea pe tot parcursul vieții. Tratamentele susținute empiric (EST) sunt o componentă importantă a EBP, dar EBP nu poate fi redusă la EST. Psihologii au nevoie de abilități suplimentare pentru a acționa ca creatori, sintetizatori și consumatori de dovezi de cercetare, care acționează în sfera lor de expertiză clinică și implică pacienții în luarea deciziilor în comun. [4,6,8,9].

Nevoile de instruire sunt identificate în domeniile metodologiei și raportării studiilor clinice, revizuirii sistematice, strategii de căutare, măsurarea preferințelor pacienților și dobândirea abilităților clinice pentru a efectua EST.

Diagnosticul joacă un rol central în tratamentul unei probleme psihologice. Atribuirea unui diagnostic din manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mintale (DSM; Asociația Americană de Psihiatrie 2000) este adesea cerută de clinici și plătitori terți pentru a autoriza tratamentul. Diagnosticile pot ajuta, de asemenea, la planificarea tratamentului, deoarece multe intervenții sunt concepute pentru grupuri specifice de diagnosticare. Acest rol special al diagnosticului devine din ce în ce mai important pe măsură ce multe organizații de sănătate mintală apelează la tratamente bazate pe dovezi (EBT) specifice diagnosticului pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor (de exemplu, Chorpita și Donkervoet 2005; Jensen-Doss et al. 2009). În cele din urmă, există unele dovezi că un diagnostic precis este un precursor important pentru succesul tratamentului (de exemplu, Jensen-Doss și Weisz 2008; Pogge et al. 2001). [17,5,11,9].

În parte datorită acestor date, au fost generate linii directe pentru evaluarea bazată pe dovezi (EBA) a psihopatologiei adulților (Hunsley și Mash 2005) și a copiilor (Mash și Hunsley 2005), oferind de obicei sugestii pentru domeniile care trebuie evaluate, informatorii să implicați și metodele de culegere a datelor. În mod tradițional, metoda de diagnostic predominantă a fost interviul de diagnostic nestructurat (UDI), în care judecata clinică este folosită pentru a ghida formularea întrebărilor și interpretarea informațiilor. Din păcate, cercetările au documentat mai multe prejudecăți în colectarea de informații care ar putea avea un impact negativ asupra validității acestei abordări (Angold și Fisher 1999; Garb 1998, 2005). Prin urmare, nu este surprinzător că niciunul dintre liniile directe ale EBA pentru psihopatologia copilului nu identifică în mod specific UDI ca metodă de diagnostic esențială. Alte două metode sunt recomandate în mod constant.

În primul rând, scalele de evaluare standardizate sunt recomandate pentru screeningul diagnostic (Klein și colab. 2005; McMahon și Frick 2005; Silverman și Ollendick 2005; Youngstrom și colab. 2005) sau uneori ca metodă de evaluare directă a criteriilor de diagnostic (Pelham și colab. 2005). În al doilea rând, SDI-urile sunt adesea recomandate pentru utilizare în a doua etapă a evaluării aprofundate, după screening-ul inițial (Klein și colab.; McMahon și Frick; Silverman și Ollendick), deși au fost ridicate întrebări cu privire la utilitatea SDI-urilor disponibile în prezent pentru tulburări precum tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (Pelham și colab. 2005) și tulburarea bipolară pediatrică (Youngstrom și colab. 2005). [1,7,12,9].

Studiul actual a fost conceput pentru a extinde ariea de cunoștințe cu privire la diagnosticul și evaluarea clinică de către terapeuți din medii profesionale diverse la copii și adulți.

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat în urma totalizării reviziei literaturii de specialitate, utilizându-se articole publicate în sursele electronice recunoscute de societatea medicală psihiatrică internațională ca: PubMed, NEJM, NCBI, precum și manuale de psihologie și psihiatrie (OxfordMedicine, Kaplan), ghiduri, protocoale naționale (MSMPS) și internaționale (OMS).

Metodele lucrării retrospective date, sunt:

- ☐ Istorică – analiza evoluării conceptului și terapiei;
- ☐ Comparativă – compararea lucrărilor științifice bazate pe subiect;
- ☐ Analiza cauzală – în perceperea expunerii teoriei psihanalitice freudiene, folosului hipnozei și antrenamentelor autogene;
- ☐ Sistemică – pentru sistematizarea tipurilor de tratamente, medicației, dozajului și etapelor antrenamentelor autogene și sesiunii de hipnoză;
- ☐ Monografică – pentru revizuirea continuă a literaturii de domeniu.

Rezultate și discuții

Evaluarea clinică se referă la o serie de metode și instrumente (măsuri) utilizate de practicienii în sănătate mintală – în principal psihologi – pentru a evalua funcționarea unui individ în mai multe domenii și pentru a informa și facilita deciziile sau recomandările menite să îmbunătățească funcționarea într-unul sau mai multe domenii. Termenul de evaluare clinică nu este specific domeniului sănătății mintale, deoarece este un termen semnificativ în diverse alte domenii de îngrijire a sănătății, cum ar fi medicina și stomatologia. În contextul sănătății mintale, termenul poate fi folosit și înțeles de către practicienii clinici în moduri oarecum variate, în funcție

de mediile în care sunt aplicate practicile de evaluare și de obiectivele corespunzătoare atinse. [12,10,6,8].

Evaluarea clinică a fost mult timp un pilon al practicii psihologice clinice, pe locul al doilea după psihoterapie ca importanță (Meyer et al., 2001). Metodele utilizate în evaluarea clinică implică colectarea, evaluarea și interpretarea datelor din mai multe surse. Cel mai adesea, deciziile și recomandările de tratament derivate din evaluarea clinică sunt aplicate unui pacient sau client individual care este în centrul eforturilor de intervenție terapeutică. [12,3,4].

Evaluarea clinică are loc în contextul unei relații ajutor-client. Natura acestei relații (alianța) este considerată importantă în toate cadrele de practică, inclusiv oferirea de noi conceptualizări și sprijin care scad demoralizarea și evitarea reacțiilor negative care dăunează acestei relații, cum ar fi negativitatea excesivă (de exemplu, critica). Influența clinicianului asupra clientului a fost găsită chiar și în abordări foarte nedirective. Abilitățile interpersonale ale clinicianului sunt considerate esențiale pentru facilitarea unei relații de lucru de colaborare, validarea și sprijinirea clientului și încurajarea clienților să participe la programe de intervenție. O mare atenție este acordată valorii diagnostice a transferului și a efectelor contratransferului în terapiile psihodinamice, iar relația în sine este privită ca vehiculul principal al schimbării. În mod tradițional, transferul a fost văzut ca o reconstituire între client și consilier a relației clientului cu alții semnificativi în trecut, în special cu părinții. Efectele de contratransfer se referă la sentimentele ajutoarelor față de clienții lor. Transferurile se disting de alianțele terapeutice sau de lucru în perspective psihodinamice. [1,7,12,9].

O evaluare psihologică clinică este utilizată pentru a înțelege problemele de sănătate mintală și comportamentală ale unui individ și cum pot fi ajutate. Trei scopuri principale ale evaluării includ diagnosticul, prognosticul și planificarea tratamentului. Pentru evaluare sunt folosite interviuri clinice, evaluări comportamentale, liste de verificare și scale de evaluare, observații ale comportamentului și teste psihologice standardizate. Unele teste care sunt utilizate în mod obișnuit pentru evaluare includ: examinarea stării mentale, teste psihometrice, teste de inteligență, teste de personalitate și teste neuropsihologice. [6,7,8].

Există o nevoie continuă pe parcursul evaluării de a explica rolurile și cerințele clientului și consilierului, procesul care va avea loc și rațiunea pentru aceasta. Explicațiile introductive includ o privire de ansamblu asupra responsabilităților reciproce și a cadrului care va fi folosit. Deoarece pot fi necesare diferite comportamente ale clienților în timpul diferitelor faze de evaluare și intervenție, această „socializare” este o sarcină continuă. Clinicienii comportamentali tind să fie mai directivi decât clinicienii orientați psihanalitic. Ei dau mai des instrucțiuni, oferă informații și conduc conversația. Clinicienii pot greși fiind prea directivi sau prea nedirectivi. Este posibil ca clinicienii prea instructivi să nu recunoască nevoia de a ajuta clienții să exploreze și să-și înțeleagă comportamentul. În schimb, consilierii non-directivi pot greși presupunând că auto-înțelegerea este suficientă pentru a obține rezultatele dorite (când nu este). [3,12].

Evaluările clinice se desfășoară de obicei pe două până la patru sesiuni de 50 de minute, în funcție de complexitate. Sesiunile includ un interviu clinic structurat, observație, testare psihologică, diagnostic, planificare a tratamentului și un raport de pregătire care prezintă toate constatările cu recomandări.[14,16]

Importante pentru procesul de evaluare sunt trei concepte critice – fiabilitate, validitate și standardizare. De fapt, aceste trei sunt importante pentru știință în general. În primul rând, dorim ca evaluarea să fie fiabilă sau consecventă. În afara evaluării clinice, atunci când mașina noastră are o problemă și o ducem la mecanic, vrem să ne asigurăm că ceea ce spune un mecanic este în neregulă cu mașina noastră este același cu ceea ce spune altul sau chiar alte două. Dacă nu, instrumentele de măsurare pe care le folosesc pentru a evalua mașinile sunt defecte. Același lucru este valabil și pentru un pacient care se confruntă cu o tulburare mintală. Dacă un specialist în sănătate mintală spune că persoana are o tulburare depresivă majoră și un altul spune că problema este tulburarea de personalitate limită, atunci există o problemă cu instrumentul de evaluare utilizat. [1,7,12,9].

Asigurarea faptului că doi evaluatori diferiți (de exemplu, mecanici, profesioniști în

domeniul sănătății mintale) sunt consecvenți în evaluările lor se numește fiabilitate între evaluatori. Un alt tip de fiabilitate apare atunci când o persoană face un test într-o zi și apoi același test în altă zi. Ne-am aștepta ca răspunsurile persoanei să fie consecvente unele cu altele, ceea ce se numește fiabilitate test-retest. Un exemplu este dacă o persoană ia Inventarul de personalitate multifazic din Minnesota (MMPI) marți și apoi același test vineri, atunci dacă nu s-a întâmplat ceva miraculos sau tragic în cele două zile dintre teste, scorurile de pe MMPI ar trebui să fie aproape identice cu unul pe altul. Cu alte cuvinte, cele două scoruri (test și retest) ar trebui să fie corelate unul cu celălalt. Dacă testul este de încredere, corelația ar trebui să fie foarte mare (rețineți că o corelație merge de la -1,00 la +1,00 și pozitiv înseamnă că pe măsură ce un scor crește, la fel crește și celălalt, astfel încât corelația pentru cele două teste ar trebui să fie ridicată pe Partea pozitivă). [3,5,8].

Pe lângă fiabilitate, vrem să ne asigurăm că testul măsoară ceea ce spune că măsoară. Aceasta se numește valabilitate. Să presupunem că este dezvoltat un nou test pentru a măsura simptomele depresiei. Este comparat cu un test existent și dovedit, cum ar fi Beck Depression Inventory (BDI). Dacă noul test măsoară depresia, atunci scorurile de pe acesta ar trebui să fie foarte corelate cu cele obținute de BDI. Aceasta se numește validitate concomitentă sau descriptivă. Ne-am putea întreba chiar dacă un instrument de evaluare pare valid. Dacă răspundem da, atunci are validitate facială, deși trebuie menționat că aceasta nu se bazează pe vreo metodă statistică sau bazată pe dovezi de evaluare a validității. Un exemplu ar fi un test de personalitate care întreabă despre cum se comportă oamenii în anumite situații. Prin urmare, pare să măsoare personalitatea sau avem un sentiment general că măsoară ceea ce ne așteptăm să măsoare. [1,7,12,9].

De asemenea, un instrument ar trebui să fie capabil să prezică cu exactitate ce se va întâmpla în viitor, numit validitate predictivă. Să presupunem că vrem să spunem dacă un elev de liceu se va descurca bine la facultate. Am putea crea un examen național pentru a testa abilitățile necesare și să-l numim așa cum ar fi Testul de aptitudine școlară (SAT). Am pune elevii de liceu să o ia până în ultimul an și apoi să aștepte până vor fi la facultate pentru câțiva ani și să vedem cum se descurcă. Dacă s-au descurcat bine la SAT, ne-am aștepta ca în acel moment, să se descurce bine la facultate. Dacă da, atunci SAT prezice cu exactitate succesul la facultate. Același lucru ar fi valabil și pentru un test precum examenul pentru înregistrarea absolvenților (GRE) și capacitatea sa de a prezice performanța școlii postuniversitare. [12,14,16].

În cele din urmă, dorim să ne asigurăm că experiența pe care o are un pacient atunci când face un test sau este evaluat este aceeași cu a altui pacient care face testul în aceeași zi sau într-o zi diferită și fie cu același tester, fie cu alt tester. Acest lucru se realizează prin utilizarea unor reguli, norme și/sau proceduri clar stabilite și se numește standardizare. La fel de important este ca profesioniștii din domeniul sănătății mintale să interpreteze rezultatele testării în același mod sau altfel nu va fi clar care este semnificația unui anumit scor. [6,7,11,17]

Interviul clinic Un interviu clinic este o întâlnire față în față între un profesionist în domeniul sănătății mintale și un pacient în care primul îl observă pe cel din urmă și adună date despre comportamentul persoanei, atitudinile, situația actuală, personalitatea și istoria de viață. Interviul poate fi nestructurat în care sunt puse întrebări deschise, structurat în care sunt puse un set specific de întrebări conform unui program de interviu sau semistrukturat, în care există o listă prestabilită de întrebări, dar clinicienii sunt capabili pentru a urmări probleme specifice care le atrag atenția. O examinare a stării mentale este utilizată pentru a organiza informațiile colectate în timpul interviului și pentru a evalua sistematic clientul printr-o serie de observații și întrebări care evaluează aspectul și comportamentul (de exemplu, îngrijirea și limbajul corpului), procesele gândirii și conținutul (de exemplu, vorbirea dezorganizată sau gânduri și convingeri false), starea de spirit și afectul (de exemplu, lipsa de speranță sau euforia), funcționarea intelectuală (de exemplu, vorbirea și memoria) și conștientizarea mediului înconjurător (de exemplu, clientul știe unde este, când este și cine). el ea este?). Examenul acoperă domenii care în mod normal nu fac parte din interviu și permite profesionistului în sănătate mintală să determine care domenii trebuie examinate în continuare. Limitarea interviului este că îi lipsește fiabilitatea, mai ales în cazul

interviului nestructurat. [8,9,12].

Teste psihologice și inventare. Testele psihologice sunt folosite pentru a evalua personalitatea clientului, abilitățile sociale, abilitățile cognitive, emoțiile, răspunsurile comportamentale sau interesele și pot fi administrate fie individual, fie în grup. Testele proiective constau în stimuli simpli ambigui care pot genera un număr nelimitat de răspunsuri. Acestea includ testul Rorschach sau testul pete de cerneală și testul tematic de percepție, care solicită individului să scrie o poveste completă despre fiecare dintre cele 20 de cărți care i-au fost arătate și să ofere detalii despre ceea ce a condus la scena descrisă, ce gândesc personajele, ce au făcut și care va fi rezultatul. Din aceste răspunsuri, clinicianul capătă perspectivă asupra grijilor, nevoilor, emoțiilor, conflictelor pacientului. Un alt test proiectiv este testul de completare a propoziției și le cere persoanelor să termine o propoziție incompletă. Exemplele includ „Mama mea” sau „Sper.” Inventarele de personalitate le cer clienților să precizeze dacă fiecare element dintr-o listă lungă de afirmații li se aplică și ar putea întreba despre sentimente, comportamente sau convingeri. Exemplele includ MMPI sau Minnesota Multiphasic Personality Inventory și NEO-PI-R, care este o măsură concisă a celor cinci domenii majore ale personalității - nevrotism, extroversie, deschidere, agreabilitate și conștiință. Șase fațete definesc fiecare dintre cele cinci domenii, iar măsura evaluează stilurile emoționale, interpersonale, experimentale, atitudinale și motivaționale (Costa & McCrae, 1992). Aceste inventare au avantajul de a fi ușor de administrat fie de către un profesionist, fie de persoana care le preia, sunt standardizate, punctate obiectiv și sunt completate fie pe computer, fie prin hârtie și creion. Acestea fiind spuse, personalitatea nu poate fi evaluată direct și, prin urmare, nu puteți cunoaște niciodată complet individul pe baza acestor inventare. [10,12,17].

În domeniul modificării comportamentului și al analizei comportamentale aplicate, este evaluarea comportamentală care este pur și simplu măsurarea unui comportament țintă. Comportamentul țintă este orice comportament pe care vrem să îl schimbăm și poate fi în exces (trebuie să fie redus) sau într-o stare deficitară (trebuie crescut). În timpul evaluării comportamentale evaluăm ABC-ul comportamentului:

Antecedentele sunt evenimentele sau stimulii din mediu care declanșează un comportament
Comportamentele sunt ceea ce persoana face, spune, gândește/simte; și

Consecințele sunt rezultatul unui comportament care fie încurajează să fie repetat în viitor, fie descurajează apariția lui în viitor.

Deși am putea încerca să schimbăm comportamentul altei persoane folosind modificarea comportamentului, ne putem schimba și propriul comportament folosind auto-monitorizarea, care se referă la măsurarea și înregistrarea propriilor ABC. În contextul psihopatologiei, modificarea comportamentului poate fi utilă în tratarea fobiilor, reducerea tulburărilor de obicei și scăparea persoanei de cogniții dezadaptative. [5,7,10].

O limitare a acestei metode este că procesul de observare și/sau înregistrare a unui comportament poate determina schimbarea comportamentului, numită reactivitate. Ai observat vreodată pe cineva care se uită la tine în timp ce stătea și îți mânca prânzul? Dacă ai, ce ai făcut? Ți-ai schimbat comportamentul? Ai devenit conștient de tine? Probabil că da și acesta este un exemplu de reactivitate. O altă problemă este că comportamentul care este făcut într-o situație poate să nu fie făcut în alte situații, cum ar fi celălalt semnificativ care acționează doar la meciul de fotbal al echipei preferate și nu acasă. Această formă de validitate care este afectată de variația situațională se numește validitate transversală. [5,11,12].

Concluzii

Există două obiective ale evaluării. Primul este acela de a furniza un profil psihologic plecând de la evaluarea următoarelor dimensiuni: nivel cognitiv (QI), semne și simptome ale principalelor tulburări psihice (depresie, anxietate, ADHD - deficit de atenție/hiperactivitate, tendințe obsesiv-compulsive, probleme de conduită, comportament disruptive etc.), patternuri emergente de personalitate, competențe sociale și academice, strategii de coping. Al doilea este acela de a furniza asistența de specialitate pentru a înțelege cât mai bine modul de funcționare a pacientului în plan psihologic și comportamental.

În procesul de evaluare sunt folosite instrumente psihologice standardizate și validate științific adaptate cultural și normativ pe populația din regiunea respectivă care oferă o cunoaștere validă a factorilor psihologici care contribuie la starea de sănătate mintală și funcționarea adaptativă. În urma evaluării se formulează un psihodiagnostic în cazul problemelor de sănătate mintală, se identifică ariile problematice, vulnerabilități și factorii de risc, se pun bazele privind pregătirea unor programe particularizate de intervenție (psihoterapie). Rezultatele se comunică într-un raport psihologic numit „Raport de evaluare clinică și psihodiagnostic”. Psihologul este și cel care stabilește un plan de intervenție particularizat.

Pentru ca un profesionist în domeniul sănătății mintale să poată ajuta în mod eficient să trateze un client și să știe că tratamentul selectat a funcționat (sau funcționează), trebuie mai întâi să se angajeze în evaluarea clinică a clientului sau să colecteze informații și să tragă concluzii prin utilizarea observației, teste psihologice, teste neurologice și interviuri pentru a determina problema persoanei și simptomele prezente. Această colecție de informații implică învățarea despre abilitățile, caracteristicile personalității, funcționarea cognitivă și emoțională ale clientului, contextul social în ceea ce privește factorii de stres de mediu cu care se confruntă și factorii culturali specifici acestuia, cum ar fi limba sau etnia. Evaluarea clinică nu este efectuată doar la începutul procesului de căutare a ajutorului, ci pe tot parcursul procesului.

Chiar dacă mai multe pot funcționa bine, nu înseamnă că o anumită terapie va funcționa bine pentru acel client specific. Evaluarea poate ajuta la stabilirea acestui lucru. În cele din urmă, trebuie să știm dacă tratamentul pe care l-am folosit a funcționat. Aceasta va implica măsurarea înainte de utilizarea oricărui tratament și apoi măsurarea comportamentului în timp ce tratamentul este în vigoare. Vom dori chiar să măsurăm după terminarea tratamentului pentru a ne asigura că simptomele tulburării nu revin. Cunoașterea care sunt directivele de bază ale persoanei pentru diferite aspecte ale funcționării psihologice ne va ajuta să vedem când apare ameliorarea stării. Obținerea directivelor de bază se întâmplă la început, implementarea planului de tratament care este convenit se întâmplă mai mult la mijloc, iar apoi asigurarea că tratamentul produce rezultatul dorit are loc la sfârșit. Ar trebui să fie clar din această discuție că evaluarea clinică este un proces continuu.

Referințe bibliografice:

1. American Psychological Association (APA), Division 30: <http://psychologicalhypnosis.com/info/>.
2. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;**204**:335–340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227.
3. Anirudh Kumar Satsangi¹, Maria Paola Brugnoli. Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. <https://apm.amegroups.com/article/view/16016/18514#B183>
4. Cook JM, Biyanova T, Elhai J, Schnurr PP, Coyne JC. What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2010;**47**(2):260. doi: 10.1037/a0019788.
5. Deacon BJ, Lickel JJ, Farrell NR, Kemp JJ, Hipol LJ. Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *J Anxiety Disord*. 2013;**27**(2):259–264. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.02.004.
6. Jensen-Doss A, & Hawley KM (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 885–896.
7. MANUAL DE BUZUNAR KAPLAN & SADOCK PSIHIATRIE CLINICĂ Ediția a treia <https://dgaspctr.ro/wp-content/uploads/2015/07/Kaplan.pdf>

8. Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale DSM – IV
<file:///C:/Users/acer%20pc/Downloads/10.1176@appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr.pdf>
9. Goldstein, G., Allen, D. N., & Deluca, J. (2019). Historical perspective. In G. Goldstein, D. N. Allen, D. N., & J. Deluca (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). Elsevier.
10. Hariri, A. G., Gulec, M. Y., Orenkul, F. F. C., Sumbul, E. A., Elbay, R. Y., & Gulec, H. (2015). Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 184, 104–110
11. Mancebo MC, Eisen JL, Sibrava NJ, Dyck IR, Rasmussen SA. Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behav Ther.* 2011;42(3):399–412. doi: 10.1016/j.beth.2010.10.002.
12. Rogers, R., Robinson, E. V., & Jackson, R. L. (2016). Forensic psychiatry and forensic psychology: Malingering and related response styles. In J. Payne-James & R. W. Byard (Eds.), *Encyclopedia of forensic and legal medicine* (2nd ed.) (pp. 627–633). Elsevier.
13. Schröder, A., Vulink, N., & Denys, S. (2013). Misophonia: Diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS ONE*, 8(1)
14. Spek, V., P. Cuijpers, I. Nyklíček, H. Riper, J. Keyzer, V. Pop. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine* 2007 Mar; 37(3): 319-328.
15. Barnett JH, Salmond CH, Jones PB, Sahakian BJ. Cognitive reserve in neuropsychiatry. *Psychol Med.* 2006;36:1053–1064. .
16. Batty GD, Mortensen EL, Osler M. Childhood IQ in relation to later psychiatric disorder: evidence from a Danish birth cohort study. *Br J Psychiatry.* 2005;187:180–181. .
17. Zammit S, Allebeck P, David AS, Dalman C, Hemmingsson T, Lundberg I, Lewis G. A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:354–360.

RELAXAREA APLICATĂ CA METODĂ ÎN DIMINUAREA ANXIETĂȚII

CEBAN Veronica,

Doctor științe ale educației, Lector universitar
Universitatea de Studii Europene din Moldova
Email veronica.ceban91@mail.ru

COTOROBAI Iulia,

masterand ciclul II PC,
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova,
e-mail iuliacotorobai90@gmail.com

REZUMAT

Relaxarea aplicată a fost descoperită de către Lars-Goran Ost, ca un tratament eficient a tulburărilor de anxietate generalizate. În timp ce tratamentele mai noi și-au dovedit eficacitatea, relaxarea aplicată este cea mai eficientă metodă de tratament a tulburărilor de anxietate generalizată. Mecanismele de acțiune a relaxării aplicate se dovedesc a fi cele mai eficiente. Strategiile de tratament în relaxarea aplicată include: apariția primelor semne a anxietății, învățarea capacității de relaxare, aplicarea relaxării la primele semne de anxietate.

Cuvinte-cheie: Relaxarea aplicată (RA), anxietate, tulburare, tratament, metode.

SUMMARY

Applied relaxation was discovered by Lars-Goran Ost as an effective treatment for general anxiety disorders. While newer treatments have developed their effectiveness, applied relaxation is the most effective method of treating general anxiety disorders. The applied relaxation action mechanisms prove to be the most effective. Treatment strategies in applied relaxation include: the appearance of the first signs of anxiety, learning the ability to relax, applying relaxation to the first signs of anxiety.

Key words: applied relaxation (RA), anxiety, disorders, treatment, methods.

Introducere

Relaxarea aplicată (RA) apărută în 1970, dezvoltată de către Lars-Goran Ost [1], a fost cea mai buna metodă de tratament asupra fobiilor și atacurilor de panică, ulterior utilizată în tulburarea de anxietate generalizată. Această lucrare reprezintă o detaliere a metodei de relaxare aplicată, istoricul dezvoltării și cum metoda este în continuă adaptare. V-or fi prezentate metode de tratament ce include: detectarea primelor semne de anxietate, învățarea abilităților de relaxare și aplicarea relaxării la primele semne de anxietate. În multe studii asupra eficacității relaxării aplicate sunt foarte ambigue. Sunt erori în elaborarea unei concluzii clare a eficienței relaxării aplicate. Motivul principal sunt că multe studii nu se bazează strict pe relaxarea aplicată ci pe componente de relaxare sau descrie tratamentul asupra anxietății. Totuși a fost făcut un studiu clinic randomizat pentru tulburarea anxioasă generalizată [2], unde a fost demonstrat profunzimea schimbărilor care au avut clienții având ca metodă relaxarea aplicată.

Pe parcursul a multor decenii tratamentul tulburărilor de anxietate generalizate, relaxarea aplicată rămâne a fi standardul de aur. Multitudinea studiilor examinate asupra eficacității RA, [3] au aratat rolul principal de tratament.

Materiale și metode

În 1938 a fost dezvoltată relaxarea progresivă de către Jacobs,[4] ulterior de către Wolpe [5] au fost copiate și dezvoltate numeroase tehnici, astfel în 1970 au apărut bazele tehnicilor de relaxare. În asemenea condiții Ost a început să lucreze asupra relaxării aplicate și a tratamentului strategic în fobii și atacuri de panică.[6]

După cum descrie Borkovec și Costello [7], relaxarea aplicată (RA) se bazează pe premisa că anxietatea amplifică interacțiunea la nivel cognitiv, fiziologic, afectiv și comportamental. Răspunsurile acestor segmente pot amplifica pe toate celelalte, crescând intensitatea răspunsului anxios. Deci, prin educarea clienților de a diminua activitatea unui sistem (în acest caz, sistemul muscular) ar trebui să se reducă și activarea în alte sisteme. Prin urmare, relaxarea aplicată urmărește să-i învețe pe clienți să răspundă la anxietate cu un răspuns diferit, prin scăderea tensiunii musculare prin relaxare, înainte ca ciclul de anxietate să aibă șansa să se întărească și să crească.

Ost [1]vine cu explicații despre relaxarea aplicată descriind ca dezvoltarea unei bune conceptualizări de caz/analize comportamentale cu integrarea cunoștințelor asupra teoriei anxietății și relaxare cu înțelegerea specifică a preocupărilor clienților toate acompaniate de o relație terapeutică autentică. Conceptul este simplu, terapeutul începe prin a prezenta clientului o rațiune a modului în care va fi utilizată relaxarea aplicată și de ce ar trebui să funcționeze în el. Modelul de tratament în relaxarea aplicată este introdus ca o abilitate de coping care poate fi aplicată rapid în orice situație pentru a slăbi răspunsul la anxietate și să dezvolte obiceiuri noi, non-anxioase. Scopul RA este să se poată relaxa clientul într-un timp scurt (20-30s) și să folosească această abilitate în momentul necesar pentru a reduce reacțiile fiziologice și, prin urmare, ciclul de anxietate.

În timpul sesiunilor terapeutice îi ajută pe clienți să-și recunoască semnele timpurii de anxietate. În RA, acest lucru se realizează în primul rând prin activități de auto-monitorizare. Clienții sunt rugați să acorde atenție și să memoreze situațiile în care experimentează anxietate, precum și reacțiile lor la aceste situații pe parcursul săptămânii. Ei învață să distingă între indicii

cognitivi, afectivi, fiziologici și comportamentali în timpul acestui proces de monitorizare. În fiecare sesiune cu terapeutul, dezvoltarea abilităților de relaxare începe prin a preda relaxarea musculară progresivă, astfel încât clienții să poată atinge o stare de relaxare. Tehnicile de relaxare progresivă a mușchilor se bazează pe teoria, că anxietatea și relaxarea sunt asociate cu sisteme opuse (sistemul nervos autonom simpatic versus parasimpatic), relaxarea este incompatibilă cu tensiunea și anxietatea. Prin urmare, aplicarea relaxării ar trebui să scadă anxietatea și tensiunea. Antrenamentul de relaxare evoluează de la metode mai lungi practicate într-un cadru minim, la exerciții mai scurte ce pot fi făcute ușor în public. Clienții observă senzațiile de tensiune din fiecare grupă musculară și, de asemenea, creează un fel de efect de „pendul” astfel încât eliberarea tensiunii produce o stare de relaxare musculară mai pronunțată decât autorelaxarea. Aceste metode de relaxare sunt indicate de două ori pe zi. Pentru clienții cu tulburare anxioasă generalizată, această practică aprofundată este prima experiență de relaxare, ce oferă o motivație puternică pentru a continua practica îndelungată. Unii clienți raportează mai multă anxietate atunci când încep o practică de relaxare, totuși, această anxietate crescută este de obicei de scurtă durată. Clienților se explică despre această anxietate. Ei sunt capabili să producă în mod fiabil relaxare cu practici mai lungi, apoi lungimea este redusă prin combinarea grupelor de mușchi. Pe măsură ce se învață obiceiul de relaxare, tehnicile de relaxare sunt scurtate din nou, astfel clienții eliberează numai relaxare. Următoarea etapă este relaxarea mușchilor fără a produce mai întâi tensiune. Aceasta se apropie de o metodă de coping care poate fi aplicată mai ușor ca răspuns la indicii de anxietate ca parte a vieții de zi cu zi.

Terapeuții mai fac asociere condiționată între cuvântul „relaxare” și starea de a fi relaxat. Clientul folosește relaxarea doar de eliberare pentru a se relaxa complet, iar apoi clientului i se cere să rămână relaxat, inspirând și expirând, astfel cuvântul „relaxare” devine asociat cu senzația de relaxare. În așa mod cuvântul relaxare va induce o stare de relaxare.

Pentru a promova în continuare adaptarea practicii de relaxare la situațiile din viața reală, terapeuții predau relaxarea diferențială pentru relaxarea în situații care implică mișcare și alte activități. Aici, clienții învață să relaxeze tensiunea inutilă în mușchii necesari pentru o anumită activitate și să relaxeze complet părțile corpului care nu sunt necesare pentru acea activitate (exemplu relaxând mușchii umerilor în timpul mersului). Aceste practici se exersează până devin abilități între sesiuni.

Strategia finală a relaxării aplicate este relaxarea rapidă, o practică care combină abilitățile de relaxare învățate anterior. Scopul relaxării rapide este de a avea o abilitate scurtă de a obține relaxarea (20-30 de secunde) care poate fi folosită într-o varietate de situații. Aici terapeuții roagă clienții să respire adânc, să se gândească la cuvântul „relaxare” în timp ce expiră (relaxare controlată de semnal), în timp ce clientul își auto-scansează corpul pentru puncte de tensiune și eliberează această tensiune (relaxare diferențială) în timp ce se angajează în activitățile vieții de zi cu zi. La început, clienților li se cere să exerseze această abilitate de mai multe (15-20) ori pe zi în situații nestresante, adesea legate de un anumit indiciu, cum ar fi observarea telefonului cuiva. Odată ce clientul a exersat abilitatea ca răspuns la semnalele de anxietate timpurii, permite clienților să învețe să reducă anxietatea în situații care provoacă anxietate, împiedicând anxietatea să interfereze cu activitatea. [3]

Evoluții ulterioare ale relaxării aplicate

Pe baza lucrărilor lui Ost, Borkovec și Castello [7], Bernstein [8] a adaptat în continuare modelul RA pentru tulburarea de anxietate generalizată în mai multe moduri: punând accentul pe identificarea lanțurilor de gânduri îngrijorătoare, cu accent pe importanța detectării indicilor timpurii de anxietate, aplicând sistematic relaxarea și folosind repetiția imaginată a relaxării aplicate prin desensibilizare de autocontrol. Natura ciclică a anxietății, lanțul de gânduri îngrijorătoare, senzații fizice, îndemnuri și comportamente se construiește în timp (deși intervalul poate fi destul de scurt). Aplicarea relaxării e mai ușoară atunci când anxietatea este mai mică. Cu toate acestea, este mai dificil de a fi recunoscută anxietatea la etape inițiale până când aceasta ajunge la un nivel înalt. Prin urmare, Bernstein, Borkovec a adăugat tehnici specifice la RA pentru a ajuta clienții să-și crească conștientizarea semnelor de anxietate la etape incipiente.

Aceste tehnici îi fac pe clienți să reia în mod repetat situațiile care provoacă anxietate în imaginația lor, să recreeze ciclul de anxietate înapoi în timp. Pe măsură ce aceste prezentări imaginare sunt efectuate în sesiune, clienții sunt rugați apoi să aplice relaxare pe măsură ce observă semnele timpurii de anxietate. Pe lângă aplicarea relaxării la răspunsul indicilor timpurii în timpul prezentărilor imaginare, relaxarea poate (și ar trebui) să fie aplicată oricând clientul observă un semnal precoce de anxietate în timpul sesiunii. În mod ideal, clienții ar trebui să aplice relaxare de cel puțin 3-5 ori în fiecare sesiune. Clienții pot să informeze terapeutul de îndată ce sunt conștienți de orice semne timpurii de anxietate. Deoarece acest lucru este foarte dificil de făcut pentru clienți în primele sesiuni de terapie, terapeutul poate, de asemenea, să verifice întrebând periodic dacă au apărut semne de anxietate. În acest fel, clienții pot practica frecvent relaxarea aplicată în viața de zi cu zi din cauza concentrării sporite asupra semnelor timpurii în timpul ședințelor. Această practică probabil permite clientului să-și îmbunătățească auto-eficacitatea cu practicile de relaxare aplicate.

Bazându-se pe procedurile de desensibilizare a autocontrolului ale lui Goldfried [9], clienților li se poate cere să-și imagineze o situație stresantă până când se simt anxioși, apoi își imaginează că rămân în situație, până când se simt relaxați. Aceste situații imaginare pot fi introduse într-o manieră graduală, astfel încât, pe parcursul terapiei, clienții să câștige practică, aplicând relaxarea în situații din ce în ce mai provocatoare. Aceste proceduri de desensibilizare cu autocontrol sunt combinate cu situații de practică în afara sesiunii. Astfel relaxarea aplicată, poate duce la o abilitate sporită de a utiliza în mod eficient relaxarea ca răspuns de adaptare în viața cotidiană.

Rezultate si strategii

Deși cercetările inițiale despre RA s-au concentrat pe tulburarea de panică [1] fobia socială [6] și fobia specifică [10], o cercetare amplă arată că RA este un tratament eficient în tulburarea anxioasă generalizată. Deoarece tulburarea anxioasă generalizată este caracterizată de anxietate, tensiune și îngrijorare cronică și persistentă [11], concentrarea RA pe răspunsul fiziologic de reducere a tensiunii prin relaxare este o potrivire naturală. Ost[12] a publicat un studiu de caz care arată o îmbunătățire în tulburarea de anxietate generalizată după RA. Curând după aceea, Tarrier și Main [13] au arătat că componentele RA au fost mai eficiente în tratarea excitației anxioase generale și a atacurilor de panică. De atunci, mai multe studii riguroase metodologic au examinat eficacitatea decât o terapie de ascultare reflexivă nedirectivă [7], terapie cognitivă [3] terapie cognitiv-comportamentală [14] și expunerea la îngrijorare în tratarea tulburării anxioase generalizate. Cu toate acestea, atât în Borkovov, Castello[7] și studiile Dugas [15] terapia cognitiv-comportamentală a condus la o schimbare mai semnificativă a mai multor rezultate din punct de vedere clinic printr-o urmărire de un an, comparativ cu RA. Ca urmare a studiului Dugas [15], Donegan 2012 [16] a comparat schimbările în îngrijorare, simptomele somatice în terapia cognitiv-comportamentală și RA. Au descoperit că, modificările mediate de îngrijorare ale simptomelor somatice într-un grad mai mare în terapia cognitive-comportamentală decât AR. Sprijinind în continuare eficacitatea AR, o meta-analiză realizată de Siev și Chambless [17] a constatat că terapia cognitivă și terapia de relaxare erau tratamente echivalente pentru tulburările de anxietate. RA în aceste studii empirice, a fost recunoscut ca un tratament susținut empiric pentru tulburarea de anxietate generalizată [14]

Concluzii:

Într-o lume în care stresul și anxietatea par să fie tot mai omniprezente, găsirea unor tehnici eficiente de gestionare a acestora este foarte importantă pentru menținerea sănătății mentale și a bunăstării generale. Una dintre aceste tehnici este relaxarea aplicată (RA) ce a devenit o metodă empirică în a reduce nivelul de anxietate mai ales în tulburarea de anxietate generalizată, promovând starea de calm și relaxare. Relaxarea aplicată se bazează pe premisa că anxietatea amplifică interacțiunea la nivel cognitiv, fiziologic, afectiv și comportamental. Răspunsurile acestor segmente pot amplifica pe toate celelalte, crescând intensitatea răspunsul anxios. Deci, prin educarea clienților de a diminua activitatea unui sistem, ar trebui să reducă și activarea în alte sisteme. Prin urmare, relaxarea aplicată urmărește să-i învețe pe clienți să răspundă la anxietate cu

un răspuns diferit, prin relaxare, înainte ca ciclul de anxietate să aibă șansa să se întărească și să crească.

Referințe bibliografice:

- 1.Ost L.G (1987)Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies.Behaviour Research and Therapy
- 2.Hayes-Skelton,S.A.Roemer,L.,&Orsillo,S.M.(2013) A randomized clinical trial comparing an acceptance based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder.Under Review
- 3.Ost.L.G & Breitholtz, E.(2000).Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder.Behaviour Research and Therapy,
- 4.Jacobson,E.(1938).Progressive relaxation.Oxford: University of Chicago Press.
- 5.Wolpe,J.(1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition.Palo Alto, CA: Stanford University Press
- 6.Ost.L.G (1988) Applied relaxation vs. Progressive relaxation in the treatment of panic disorder. Behaviour Research and Therapy
- 7.Borkovec T.D.,& Costello, E. (1993) Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder.Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 8.Bernstein D.A., Borkovec, T.D.(1973) Progressive relaxation training: *A manual for the helping professions*.Champaign, IL: Research Press.
9. Goldfried,M.R.(1971).Systematic desensitization as training in self-control.Journal of Consulting and Clinical Psychology
- 10.Ost.L.G. Johansson, J.,&Jerremalm A.(1982) *Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia*.
11. American Psychiatric Association(2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th ed., text rev.) Washington,DC: *American Psychiatric Association*.
12. Ost L.G. (1985) Coping techniques in the treatment of anxiety disorders: Two controlled case studies. *Behavioural Psychotherapy*.
- 13.Tarrier N.,&Main,C.J.(1986) Applied relaxation training for generalized anxiety and panic attacks: The efficacy of a learnt coping strategy on subjective reports. *The British Journal of Psychiatry*.
14. Roemer,L.& Orsillo,S.M.(2002).Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models (featured article). *Clinical Psychology: Science and Practice*
- 15.Dugas,M.J.,Brillon,P.,Savard,P., Turcotte,J., Gaudet,A., Ladouceur,R.,&Gervais,N.J.(2010).A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*
- 16.Donegan,E.,& Dugas,M.J.(2012).Generalized anxiety disorder: A comparison of symptom change in adults receiving cognitive-behavioral therapy or applied relaxation.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- 17.Siev,J.,& Chambless,D.L.(2007).Specificity of treatment effects:Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*

PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ

CERNEAVSCHI Viorica,

doctor în psihologie, conferențiar universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova
Email vioricacerneavschi@gmail.com

BRUMĂ, Elena,

Studentă Ciclul II, Master Psihologie Clinică,
Facultatea de Psihologie și
Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,
Email ps.bruma.elena2019@gmail.com

TOMA Tamara,

Studentă Ciclul II, Master Psihologia Muncii și Organizațională,
Facultatea de Psihologie și
Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,
Email mertom@mail.ru

REZUMAT

Articolul de față reflectă conotații teoretice privind psihodiagnosticul și evaluarea clinică. Ele reprezintă un rol colosal în tratarea și ameliorarea simptomelor pacienților care se adresează după ajutor la un psihoterapeut, psiholog sau psihiatru. Întrucât rata patologiilor de ordin psihic în secolul nostru a început să crească considerabil, evidențiem importanța corectitudinii efectuării unui psihodiagnostic de către specialiști, dar și cercetarea, dezvoltarea acestei ramuri în continuare, pentru a deține metodele și instrumentele de cea mai înaltă calitate în timpul unei evaluări clinice.

Cuvinte-cheie: psihodiagnostic, evaluare clinică, interviu clinic, observarea, convorbirea, anamneza, metoda biografică, raport psihologic.

SUMMARY

The article reflects theoretical connotations regarding psychodiagnosis and clinical assessment. They represent a colossal role in treating and alleviating the symptoms of patients who seek help from a psychotherapist, psychologist or psychiatrist. Since the rate of mental pathologies in our century began to increase considerably, we highlight the importance of the correctness of a psychodiagnosis by specialists, but also the research, development of this branch further, in order to have the highest quality methods and tools during an evaluation clinics.

Key words: psychodiagnosis, clinical evaluation, clinical interview, observation, conversation, anamnesis, biographical method, psychological report.

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate.

Psihodiagnosticul și evaluarea clinică reprezintă elementele de bază în activitatea unui psiholog clinician. Deși diagnosticul propriu-zis al pacientului este stabilit doar de psihiatru sau de un psihodiagnostician calificat cu formările necesare, un psiholog este obligat să cunoască care sunt metodele principale de diagnosticare și evaluare clinică pentru a-și crea o viziune exhaustivă asupra problemei clientului care se adresează după ajutor. Etimologia termenului *diagnoză* își are originea din limba greacă „diagnosticus” – ceea ce înseamnă „capacitatea de a recunoaște”, Dicționarul Larousse definește diagnoza ca fiind „concluzie logică la o serie de investigații destinate înțelegerii comportamentului unei persoane, a funcționării unui grup sau a situației unei întreprinderi”. Fiecare diagnostic trebuie să cuprindă: informație bogată și variată ce privește

necondiționat subiectul, o anamneză întocmită bine și pusă la punct în care să se reflecte relația pacientului cu mediul înconjurător, precum și câteva ipoteze înaintate de către specialist reieșind din cele studiate. Aici accentuăm importanța și corectitudinea diagnosticului efectuat, întrucât el este cel ce definește problemele cu care se confruntă clientul și determină mai departe schema tratamentului. Din acest motiv psihologul este obligat să cunoască la perfecțiune tehnicile de diagnostic și evaluare clinică, dar să dețină și o intuiție puternică, acumulată odată cu experiența și formările realizate [7].

Un exemplu relevant, de ce este importantă studierea și dezvoltarea metodelor psihologice de diagnostic îl găsim prin faptul că odată ce specialistul selectează corect metodele clinice de evaluare se face posibilă ca rezultatul întăririi autocontrolului pacientului asupra anxietății, precum și contribuirea la stăpânirea cu succes a unei situații dificile, ceea ce determină mai apoi apelarea la un ajutor psihoterapeutic calitativ.

Psihodiagnosticul include, de asemenea, domeniul practicii psihologice, munca unui psiholog pentru a identifica diferite calități, caracteristici mentale, psihofiziologice și trăsături de personalitate. Deci psihodiagnosticul ca disciplină servește ca o legătură între cercetarea psihologică generală și practica specialistului.

Importanța psihodiagnosticului și evaluării clinice în psihoterapie se reflectă de asemenea prin obiectivele acestora, care sunt:

- Înregistrarea și descrierea în mod ordonat a diferențelor psihologice dintre oameni și grupuri de oameni unite prin anumite caracteristici. Explorarea modului în care legile psihologice influențează diferențele individuale.
- Construirea tehnicilor de psihodiagnostic. Nu numai dezvoltarea, ci și clarificarea *cerințelor* pe care metodele trebuie să le satisfacă, aceasta este definirea limitelor concluziilor și îmbunătățirea interpretării rezultatelor metodelor de diagnostic.

Psihodiagnosticul la fel se folosește în scopul optimizării proceselor de educație și creștere precum sarcinile de la școală:

- performanțe insuficiente, probleme educaționale și personale,
- pregătirea psihologică a copiilor pentru a învăța la școală;
- monitorizarea dezvoltării copiilor sub influența școlarizării;
- identificarea cauzelor eșecului și dificultăților în activități educaționale;
- selecție la clase speciale și școli speciale;
- evaluarea programelor și metodelor de predare în școli;
- evaluarea succesului profesorilor;
- evaluarea activității diferitelor instituții de învățământ;
- rezolvarea problemelor copiilor dificili;
- rezolvarea problemelor personale ale școlarilor;
- orientarea în carieră;
- diagnosticare socio-psihologică (relații în echipă: profesori, elevi între ei, părinți etc.);
- identificarea cauzelor dominante ale performanțelor slabe și încălcărilor în sfera personală, diferențierea formării, implementarea unei abordări individuale etc.) [8].

Scopul principal al evaluării clinice este înțelegerea cauzei de ce persoana s-a adresat după ajutor la un psiholog/psihoterapeut/psihiatru, care ar fi tipul de terapie potrivită de aplicat dar și pentru a monitoriza starea pacientului în timpul (pentru a verifica cât de eficient este tratamentul) și la finele terapiei. Evaluarea clinică pe lângă faptul că ajută la stabilirea diagnosticului clientului, îmbunătățește calitățile unui specialist, și formările acestuia, dar și poate să înainteze noi teme sau probleme de cercetare psihologilor din domeniu, astfel contribuind la dezvoltarea științei și sănătății în ansamblu.

La fel psihodiagnosticul și evaluarea clinică sunt eficiente pentru înțelegerea cazului cu care s-a prezentat clientul la specialist. Astfel, în diferite departamente clinice, se construiesc protocoale de evaluare și de tratamente formale. Psihologii clinicieni, și ceilalți ce se ocupă cu psihodiagnosticul sunt obligați să opereze doar cu informații, metode, tehnici validate empiric pentru ca clienții să poată fi deserviți în cel mai calitativ mod.

Reieșind din cele discutate mai sus putem cert să afirmăm că studiul psihodiagnosticului și evaluării clinice sunt importante din mai multe considerente, precum:

- diagnoza și evaluarea motivului pentru care clientul caută tratament;
- conceptualizarea cazului;
- planificarea tratamentului;
- monitorizarea răspunsului clientului la tratament, schimbări comportamentale sau schimbări la nivelul capacităților prin creșterea nivelului de conștiință;
- evaluarea programului sau evaluarea individuală a clinicianului din perspectiva eficienței [6].

Scopul cercetării: constă în analiza și studierea literaturii de specialitate cu privire la psihodiagnostic și evaluare clinică.

Materiale și metode:

Metode teoretice – documentarea științifică, analiza, sinteza, sistematizarea și generalizarea literaturii de specialitate privind problema de cercetare; metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare;

Rezultate și discuții. Psihodiagnosticul este una dintre disciplinele de bază în formarea unui psiholog. În acesta se include: măsurarea, analiza, evaluarea și prognoza dezvoltării și a caracteristicilor psihofiziologice și psihologice individuale ale unei persoane identificarea diferențelor între grupuri de oameni unite pe orice bază, elaborarea de recomandări pentru dezvoltarea anumitor abilități individuale. Evaluarea psihologică reprezintă identificarea și măsurarea proprietăților psihologice individuale ale unei persoane în scopul acordării asistenței psihologice necesare în corectarea și dezvoltarea anumitor proprietăți și calități ale personalității, precum și schimbarea situației sociale. Psihodiagnostica încearcă să răspundă la trei întrebări:

- Ce se întâmplă?
- Ce a cauzat acest lucru?
- Ce se va întâmpla în continuare?

L.S. Vygotsky a identificat trei niveluri de diagnostic:

1. Diagnosticul simptomatic (empiric). Limitat la enunțarea anumitor trăsături sau simptome pe baza cărora se trag concluzii practice, cercetătorul este lipsit de posibilitatea de a indica cauzele și locul lor în structura personalității.

2. Diagnosticul etiologic. Se ia în considerare nu numai prezența anumitor caracteristici (simptome), ci și motivele apariției lor.

3. Cel mai înalt nivel este un diagnostic tipologic. Constă în determinarea locului și semnificației datelor obținute într-o imagine holistică, dinamică a personalității, ținând cont de structura complexă a acesteia [3].

Modul în care se realizează psihodiagnosticul și evaluarea clinică depinde de selecțiile terapeutului și metodelor sale de lucru. De exemplu pentru a stabili un diagnostic, este necesar să ne conducem măcar după unul din manualele:

❖ Manualul de diagnostic al tulburărilor mentale și de comportament (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM);

❖ Clasificarea internațională a bolilor, secțiunea „Boli mentale”, (International Classification of Diseases - ICD);

❖ Interviu clinic structurat pentru DSM-IV-TR (SCID) (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR; First et al., 2002)]

Manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (DSM) este unul dintre cele două sisteme de clasificare de top. De la prima sa publicare în 1952 până la cea mai recentă revizuire (DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)), DSM a suferit cinci revizuii majore. DSM III (Asociația Americană de Psihiatrie, 1980) este considerat revoluționar deoarece a îmbunătățit (a introdus) criteriile de diagnostic și, ca urmare, a crescut fiabilitatea diagnosticelor psihiatrice. Publicat 14 ani mai târziu, DSM-IV (Asociația Americană de Psihiatrie, 2000) a încercat, pe de o parte, să armonizeze DSM cu Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD) și, pe de altă parte, să pună un accent mai clar pe valabilitate. a diagnosticelor psihiatrice bazate pe revizuii sistematice

și studii pe teren, Mai târziu în 2013 a fost publicată o nouă variantă DSM-V, unde s-au reorganizat multe capitole și s-au introdus schimbări noi [5]. În tabelul următor puteți urmări compartimentele DSM-V:

Tabelul 1.1. Organizarea capitolelor în DSM-V

Tulburări de neurodezvoltare
Tulburări ale spectrului schizofreniei și alte tulburări psihotice
Tulburări bipolare și alte tulburări înrudite
Tulburări depresive
Tulburări anxioase
Tulburări obsesiv-compulsive
Tulburări traumatice și legate de stres
Tulburări disociative
Simptome somatice și tulburări conexe
Tulburări de alimentație
Tulburări de somn de ritm circadian
Disfuncții sexuale
Disforie de gen
Comportamente perturbatoare, tulburări de control al impulsurilor, tulburări de conduită
Consumul de substanțe și tulburări de dependență
Tulburări neurocognitive
Tulburări de personalitate
Parafilii
Alte tulburări psihice
Tulburări de mișcare sau alte reacții adverse cauzate de medicamente
Alte afecțiuni care atrag atenție clinică
Tulburări de eliminare

ICD - Clasificarea statistică internațională a bolilor și a problemelor de sănătate conexe (numită adesea Clasificarea statistică internațională a bolilor) este clasificarea standard mondială a statisticilor privind mortalitatea și morbiditatea. Datele privind mortalitatea în funcție de vârstă, sex și cauza de deces sunt baza pentru sănătatea publică, în timp ce ratele de mortalitate specifice cauzei au fost incluse în Obiectivele de dezvoltare durabilă. Structura ICD-11 (publicată în 2022)

facilitează încorporarea noilor cunoștințe științifice în componenta sa principală, menținând în același timp comparabilitatea statisticilor de mortalitate și morbiditate. În prezent, multe secțiuni ale ICD-11, în special cele dedicate bolilor sistemului imunitar și bolilor infecțioase, au fost îmbunătățite pentru a ține cont de noile cunoștințe, dar păstrând integritatea statisticilor. Informațiile actualizate reflectă progresul și abordează problemele de clasificare întâlnite în ICD-10, în special în secțiunile despre diabet, hipertensiune arterială, afecțiuni materne și leziuni. Clasificarea bolilor oncologice și a tumorilor benigne reflectă datele cercetării moderne în domeniul oncologiei și este în concordanță cu alte sisteme de clasificare a cancerului (clinice și utilizate în înregistrarea bolilor oncologice) [2].

Există însă și alte modele de psihodiagnostic și evaluare clinică, de exemplu, psihodiagnostic și evaluare clinică funcțională, în care nu se urmăresc criteriile nosologice, ce identificarea unor factori psihologici, cognitivi-comportamentali, care să explice tabloul clinic și problemele de viață ale pacientului, precum în cazul pacienților cu TSA - unde se utilizează Analiza Funcțională Aplicată.

Deci în evaluarea clinică, sunt mai multe tipuri de stabilire a unui diagnostic, prin utilizarea manualelor de specialitate DSM, ICD, interviul clinic, testele psihologice dar și observația de ansamblu a pacientului, iar un psiholog clinician mereu trebuie să aplice o abordare complexă asupra pacientului.

Testarea (*test de engleză - testare, verificare*) este o metodă folosită în cercetarea empirică, precum și o metodă de măsurare și evaluare a diferitelor calități și stări psihologice ale unui individ.

În Tabelul 1.2 vom prezenta un exemplu schematizat de teste psihologice utilizate cel mai des:

Tabelul 1.2. Teste psihologice utilizate în timpul evaluării clinice

Componenta psihică investigată	Test psihologic
Factorul perceptiv	Bender-Santucci Benton
Memorie	Rey - figură complexă; Rey - verbal; Wechsler - <u>Scala de memorie a cifrelor</u>
Dispoziție afectivă	Chestionarele de distres, anxietate, depresie etc.
Personalitate	MMPI
Atenție	<u>Toulouse-Pieron</u> , Praga
Gândire și inteligență	Matrici progresive Raven; Scalele de inteligență Wechsler; Probele piagetiene, probe de diagnostic formativ

Bineînțeles aplicarea doar anumitor teste nu va fi suficientă pentru stabilirea unui diagnostic, din acest motiv psihologul va apela și la alte metode de evaluare [1].

În ceea ce privește interviul clinic, terapeutul trebuie să întrețină contactul cu acesta cât mai delicat și sensibil, pentru a nu-l frustra sau crea rezistențe. Mulți clienți care se adresează după ajutor la psiholog se pot confrunta cu teama de a nu fi stigmatizați sau diagnosticați cu o tulburare ce va putea să le schimbe viața radical, din acest motiv noi, specialiștii din domeniu suntem cei

ce trebuie să-i susținem neconștient și le comunicăm despre diagnostic într-un mod cât mai discret, empatic și cu maximă atenție.

În următoarea schemă v-am prezenta câteva exemple de întrebări ce pot fi adresate clientului în timpul interviului clinic:

Tipuri de întrebări ce pot fi adresate clientului în timpul interviului clinic

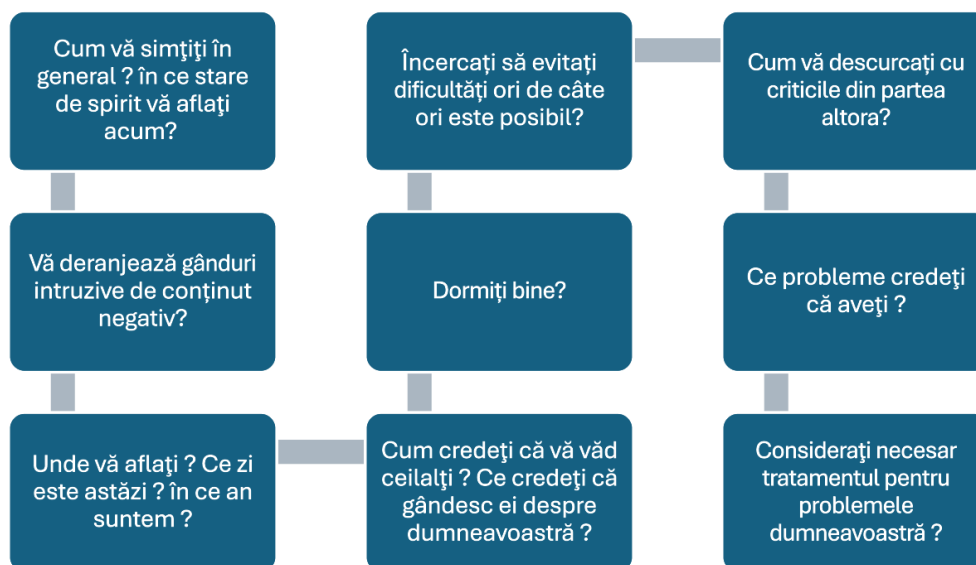


Fig 1.1 Exemple de întrebări utilizate în interviul clinic

Psihodiagnosticul și evaluarea clinică trebuie să urmeze o anumită structură, pentru ca diagnosticul final să fie veridic și bine determinat. Prima etapă începe cu interviul clinic, acomodarea persoanei cu terapeutul, formarea unei atmosfere sigure, interogarea cu privire la acuzele pe care le posedă, motivul pentru care s-a adresat după ajutor. Interviul trebuie să vizeze și anumite aspecte:

- descrierea tabloului clinic,
- prezența altor boli somatice sau psihice, dacă pacientul a avut internări anterioare,
- condițiile social-economice, informații despre familie, situații stresante,
- o perspectivă generală asupra stării pacientului.

În a doua etapă, se investighează comportamentul și funcțiile psihice, unde și putem aplica testele psihologice. În etapa a treia se cercetează anumite aspecte sociale, psihofiziologice, psihosomatice, precum:

- starea prezentă a pacientului și cum se acomodează la viața cotidiană,
- probleme de comportament ce sunt vizibile prin simptome specifice,
- situației somatice a pacientului;
- dinamica și structura personalității;
- comportamentul pacientului în raport cu ceilalți,
- principiilor morale și atitudinile sociale,
- mecanismelor defensive și de coping, precum și a conflictelor,
- identitatea și imaginea de sine;
- dacă persistă probleme sociale și familiale;
- controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor etc.

După evaluarea pacientului, psihodiagnosticianul își poate face o viziune complexă asupra problemei și tulburării (dacă aceasta există de fapt), după care se decide ce mod de tratament ar fi cel mai eficient și benefic de urmat (de exemplu consilierea, psihoterapia cu un terapeut, consultarea unui psihiatru pentru a urma preparate medicamentoase, dar și anumite recomandări cu privire la modul de viață etc.) [1].

De asemenea în psihodiagnostic și evaluarea clinică există și metode cu un grad scăzut de

formalizare, precum observația, anamneza, tehnica biografică, convorbirea.

Observația - presupune analiza metodică și intențională a comportamentului, reprezintă un proces de colectare și înregistrare selectivă de informații. Este o metodă de bază foarte importantă. Cu ajutorul acesteia se pot obține informații care nu pot fi obținute în alte moduri. Deține o serie de avantaje și dezavantaje:

- Face posibil să se vadă comportamentul uman în întreaga sa amplitudine de manifestări, din diferite laturi (se poate realiza într-un cadru natural). Acesta este principalul avantaj.

- În procesul de observare în sine, în comportamentul uman, se pot identifica aspectele semnificative și secundare ale comportamentului, și le pot observa pe cele semnificative.

- Pentru a efectua observarea, nu este necesar să obținem consimțământul subiectului și să stabilim contact cu acesta (spre deosebire de toate celelalte metode).

Dar desigur prezintă o serie de dezavantaje, precum:

- La mult timp

- Rezultatele observației sunt greu de formalizat, ceea ce înseamnă că este dificil să le comparăm între ele.

- Subiectivitatea extremă a rezultatelor (psihodiagnosticianul este în acest caz un instrument de măsurare).

Anamneza este un ansamblu de informații despre o persoană obținute prin diverse metode în scopul organizării eficiente a muncii cu acesta. Conceptul de dată a fost folosit inițial în psihologia medicală. Reprezentanții acestei ramuri a științei psihologice au distins chiar anamneza ca fiind obiectivă și subiectivă, adică obținerea de informații de la oamenii din jurul pacientului și de la pacientul însuși. În general, datele de anamneză sunt colectate în timpul unei conversații. Această modalitate de a obține informații despre client are puncte slabe, deoarece este subiectivă și nu întotdeauna de încredere. Nu ar trebui să fie surprinzător faptul că doi sau mai mulți consilieri discutând cu același client, își pot forma idei diferite despre el și pot face concluzii diferite.

Metoda biografică include câteva abordări principale care definesc modalități de colectare, analiză și interpretare a datelor biografice:

- Prima abordare este utilizarea materialelor autobiografice precum jurnale, scrisori, memorii și autobiografii, care oferă o oportunitate unică de a explora experiențele de viață și dezvoltarea personală prin autoexprimare și introspecție.

- A doua abordare este analiza biografiilor scrise de alți autori, ceea ce ne permite să studiem influența circumstanțelor externe, a contextului sociocultural și a evenimentelor de viață asupra dezvoltării psihologice a subiectului.

- A treia abordare cuprinde interviuri individuale și de grup folosind întrebări structurate, semi-structurate sau deschise pentru a aduna informații despre istoria vieții, experiențele, atitudinile și credințele respondenților.

- A patra abordare este de a observa și analiza comportamentul, acțiunile și interacțiunile cu ceilalți, ceea ce ne permite să identificăm modele și caracteristici ale comportamentului și dezvoltării personalității în situații din viața reală.

Convorbirea. Este imposibil să se efectueze un examen psihodiagnostic fără metoda conversației, deoarece conversația este folosită în mai multe scopuri diferite:

- pentru stabilirea contactului și cooperării,
- pentru a crea o motivație pozitivă pentru examinare și pentru a o întări. Aceasta este pregătirea pentru un examen psihodiagnostic.

- pentru a obține informații de diagnostic de la subiect,

- pentru a reduce anxietatea și pentru a oferi asistență psihologică.[4]

Raportul psihologic. Un raport psihologic este un document care rezumă datele unui examen de psihodiagnostic. Există trei tipuri de concluzii psihologice:

1. Concluzie descriptivă care conține o descriere a personalității fără a determina o direcție anumită.

2. Atunci când se face o concluzie evaluativă în conformitate cu criteriile specificate, psihologul își exprimă atitudinea profesională față de personalitatea subiectului.

3. **Aviz consultativ.** Pe baza unei analize a personalității subiectului, sunt oferite recomandări care vizează corectarea sau dezvoltarea personalității acestuia.

Un model aproximativ de raport psihologic în urma evaluării clinice arată astfel:

1. Descrierea problemei, plângerilor individului (de exemplu, despre starea performanței mentale, memorie, atenție, oboseală).

2. Descrierea planului și programului de diagnosticare.

3. Scurtă descriere a specificului muncii subiectului (nivelul de rezistență la stres, reacții defensive, interes pentru studiu, imaginea stimei de sine). Cu cât personalitatea este mai intactă, cu atât este mai profund exprimată reacția emoțională la diagnostic în ansamblu. O atitudine indiferentă față de faptul testării se observă în cazurile de depresie profundă și abateri semnificative de la normă.

4. Răspunsul la o anumită întrebare a clientului. Această parte a concluziei este prezentată sub forma unor prevederi separate care demonstrează sau infirmă ipoteza originală și este ilustrată prin date de testare.

5. La finalul concluziei sunt rezumate cele mai importante date obținute în timpul testării. În niciun caz rezumatul nu trebuie să conțină o judecată cu privire la diagnostic, deoarece un diagnostic psihoterapeutic nu poate fi decât rezultatul unui studiu clinic general al subiectului [3].

CONCLUZII:

1. Psihodiagnosticul și evaluarea clinică reprezintă o etapă de bază în tratarea clientului care s-a adresat după ajutor la un psiholog. Odată ce diagnosticul a fost stabilit corect, se poate de întocmit și schema după care persoana va parcurge tratamentul, într-o manieră cât mai eficientă și benefică pentru sine.

2. În timpul evaluării clinice psihologul clinician trebuie să aibă o abordare cât mai complexă, folosind metode și instrumente diferite de diagnostic, din acestea fac parte precum: Manualul de diagnostic al tulburărilor mentale și de comportament, Clasificarea internațională a bolilor, secțiunea „Boli mentale”, Interviu Clinic, Testarea, Convorbirea, Observația, Anamneza etc.

3. La sfârșitul psihodiagnosticului se întocmește un raport psihologic unde este reprezentat tabloul holistic al pacientului cu informații relevante, precum: problema în ansamblu cu care s-a adresat clientul, modul său de viață, acuzele, tipul de activitate desfășurat, cum este interacțiunea sa cu cei din jur etc.

Referințe bibliografice:

1. DAVID, D.I, Psihologie clinică și psihoterapie, Ed. Polirom, Iași, 2006, ISBN: 973-681-917-5

2. Доклад Секретариата. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: обновленная информация по одиннадцатому пересмотру. Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет. Сто тридцать девятая сессия EB139/7 Пункт 6.5 предварительной повестки дня. EB139/7 Пункт 6.5 предварительной повестки дня 15 апреля 2016 г.

3. ИГНАТОВА, Е., С., Психодиагностика. Министерство образования и науки российской федерации. пермский Государственный Национальный Исследовательский Университет. Пермь 2018, 93 с. ISBN 978-5-7944-3218-3

4. LUNGU, Viorelia. Psihodiagnostic. Ghid pentru studenți. Universitatea de Stat din Tirasapol. Facultatea de Pedagogie. Catedra Psihopedagogie și Educație Preșcolară. Chișinău, 2014, 193 p., ISBN 978-9985-76-130-7.

5. MACHADO, Julia D., CAYE Arthur, FRICK, Paul J, Luis A Rohde. Основные изменения, касающиеся расстройств детского и подросткового возраста. Введение в детскую и подростковую психиатрию, 2017, p. 231-256

6. MINULESCU, Mihaela. Introducere în Psihologia clinică. Condiția psihologului clinician în evaluarea și intervenția psihologică acordată persoanelor în suferință. Școala națională de studii politice și administrative București, 2009, 253 p.

- 7.SILLAMY, N., LAROUSSE Dicționar de psihologie. Editura Univers Enciclopedic. București, 1998, 347 p., ISBN: 973-9243-25-8.
- 8.www.psyworld.ru (accesat la 29.02.2024)

TIPURI DE ANXIETATE

COJOCARU Aurelia,

Doctor în psihologie, decan, lector universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: psiholog.abc@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7001-1907>

BRUMĂ, Elena

Studentă Ciclul II, Master Psihologie Clinică,
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,

E-mail: ps.bruma.elena2019@gmail.com

BRAȘOVEANU Rodion,

Student Ciclul II, Master Psihologie Clinică,
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,

E-mail: brasoveanuonufrie@gmail.com

REZUMAT

Articolul reflectă conotații teoretice privind manifestarea diferitor tipuri de anxietate. Se cunoaște că anxietate în zilele noastre a devenit o tulburare frecvent întâlnită. Ea variază de la un individ la altul și se află în strânsă legătură cu particularitățile psihice, afective dar și genetice ale omului, un rol colosal, jucând modalitatea de interpretare a problemelor dar și experiența de viață proprie a omului. În acest context subliniem importanța informării populației cu privire la tulburările anxioase cu scopul de prevenire a simptomelor specifice dar și conștientizarea momentului când persoana necesită neapărat consultarea unui specialist pentru a preveni consecințele severe și de lungă durată.

Cuvinte-cheie: anxietatea de separare; mutismul selectiv; fobia specifică; fobia socială; atac de panică; agorofobie; anxietatea generalizată; tulburarea obsesiv compulsivă, tulburarea de stres post-traumatică.

SUMMARY

The article reflects theoretical connotations regarding the manifestation of different types of anxiety. It is known that anxiety nowadays has become a common disorder. It varies from one individual to another and is closely related to the psychic, affective and genetic peculiarities of man, a colossal role, playing the way of interpreting problems but also man's own life experience. In this context, we emphasize the importance of informing the population about anxiety disorders in order to prevent specific symptoms, but also to be aware of the moment when the person absolutely needs to consult a specialist to prevent severe and long-lasting consequences.

Keywords: separation anxiety; selective mutism; specific phobia; social phobia; panic attack; agorophobia; generalized anxiety, obsessive compulsive disorder, post-traumatic stress disorder.

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. În epoca contemporană noțiunile de “anxietate” și “depresie” au devenit foarte populare în utilizarea de zi cu zi, mai ales dacă ne referim la diferite articole și mesaje de pe social-media, unde pentru unii adolescenți dar și tineri “ar fi la modă” să manifeste unul sau mai multe simptome din termenii menționați mai sus. Astfel, este datoria noastră, în calitate de tineri specialiști, să promovăm informații valide, cu conținut științific ce reprezintă anxietatea de fapt, de ce mulți o confundă cu depresia, câte tipuri există, cum conștientizăm dacă emoția de neliniște pe care o manifestăm, dispoziția joasă reprezintă ceva normal în viața noastră, și când ar fi cazul să ne adresăm după ajutor. În primul rând nu putem să trecem cu vederea cifrele impunătoare din statistica internațională dar și națională cu privire la creșterea anxietății și a stărilor depresive, declanșate de evenimentele ce s-au răsfrâns în ultimii ani la nivel global și care reprezintă un pericol direct pentru întreaga populație, printre cei mai importanți fiind COVID-19 și atacul Federației Ruse asupra Ucrainei la 24 februarie 2022. Problemele legate de sănătate, stare financiară instabilă, economia slabă a țării, necunoscutul cu privire la viitor, despărțirea de baștina natală, cu scopul de a căuta securitate, desigur declanșează în fiecare dintre noi o multitudine de emoții negative, în special frică și neliniște. Un studiu recent realizat de Departamentul de Sănătate Mintală, Psihologie Medicală și Psihoterapie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie. Nicolae Testemitanu a arătat că 12 din 100 de pacienți care vin la medicul de familie cu diverse probleme suferă de fapt de tulburare de anxietate generalizată [11]. Cercetătorii au demonstrat că prevalența tulburărilor de anxietate este relativ înaltă, de aproximativ 18%, iar pe tot parcursul vieții este de până la 31%. Cu atât mai mult, femeile sunt mai predispuse la anxietate decât bărbații. Medicii de familie, la rândul lor, spun că pacienții refuză adesea să caute ajutor psihologic, căutând mai degrabă o cauză de ordin fiziologic decât psihic la stările negative pe care le simt, în așa sens, tratând simptomele, dar nu și patologia în sine. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, 10% din populația lumii suferă de tulburare de anxietate generalizată, lucrul care ne îndeamnă să studiem și cu mai multă amplitudine termenul de față [6].

Cercetătoarea Margaret Wehrenberg evidențiază faptul că pe site-ul Asociației Americane statistice cu privire la tulburările anxioase au crescut considerabil în ultimile decenii - 48 milioane de cetățeni, suferind de anxietate. Cu părere de rău ei apelează mai frecvent la medicamentația psihotropă, decât la sprijinul unui psihoterapeut sau consilier cu experiență, însă faptul dat nu aduce întotdeauna rezultate favorabile, ba din contră, pot declanșa numeroase reacții adverse în urma administrării pastilelor prescrie ce pot deranja semnificativ pacientul. Diferite tipuri de anxietate ne pot provoca un șir de probleme și mai neplăcute, pe lângă cele existente deja la moment.

Pe lângă faptul că la momentul de față lumea se confruntă cu probleme la nivel global, ce reprezintă un pericol pentru absolut toți dintre noi, neliniștea și angoasa pot apărea și din alte probleme, din viața noastră cotidiană de zi cu zi. De exemplu din simpla nesatisfacere a nevoilor noastre de bază: nevoile fiziologice (hrană, apă, somn, sex), securitate (adăpost), nevoia de afiliere (relații de prietenie, dragoste), nevoia de stimă de sine (statut, respect), dar și nevoia de autorealizare, de dezvoltare profesională și personală, obținerea jobului dorit etc. La acestea se mai pot adăuga diferite tulburări legate de sănătate, despărțirea de persoana dragă, eșuarea în carieră, pierderea prietenilor. În acest sens, noi, ca specialiști psihologi, este obligatoriu să ne implicăm în cercetarea, descrierea și promovarea diferitor tehnici de recuperare în tratamentul anxietății, dar și să informăm într-un mod sănătos și corect societatea cu privire la descoperirile noastre [4].

Scopul cercetării: constă în analiza și studierea literaturii de specialitate cu privire la tipurile de anxietate.

Materiale și metode:

Metode teoretice – documentarea științifică, analiza, sinteza, sistematizarea și generalizarea literaturii de specialitate privind problema de cercetare; metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare;

Rezultate și discuții. În literatura de specialitate, anxietatea poate fi definită în multe moduri. Noțiunea cea mai frecvent întâlnită o auzim ca fiind: “teama fără obiect.” Dicționarul

Larousse aseamăna anxietatea cu angoasa, deși cea din urmă nu are simptome pe plan fiziologic ca prima (ca de exemplu transpirația excesivă, bătăi ale inimii accelerate, amețeli, sufocare etc.) Anxietatea mai concret reprezintă o stare afectivă caracterizată printr-un sentiment de insecuritate, de tulburare, frică. Teoreticienii din terapia comportamentală definesc anxietatea ca fiind o reacție de teamă condiționată, o tendință dobândită. Pentru psihanaliști, dimpotrivă, anxietatea s-ar explica prin frustrările libidoului și interdicțiile dictate de Supraeu; anxietatea ar fi semnalul de pericol adresat Eului - adică părții conștiente din psihic - care, astfel prevenit, poate reacționa prin măsuri adecvate sau prin activarea mecanismelor de apărare [9].

Conform Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-V) tulburările de anxietate se clasifică în următoarele tipuri:

- Anxietatea de separare;
- Mutismul selectiv;
- Fobia specifică;
- Fobia socială;
- Tulburări de panică (cu și fără agorafobie);
- Agorafobie;
- Anxietatea generalizată;
- Tulburarea de anxietate indusă de substanțe/medicație;
- Tulburarea anxioasă datorită unei condiții medicale generale [1].

Anxietatea de separare se caracterizează prin frică și neliniște exagerată a subiectului în legătură cu separarea de figura de atașament, refuzul de a se îndepărta de aceasta, simptome somatice, agitație și coșmaruri. Reieșind din cercetările savanților psihanaliști, precum Sigmund Freud și Melanie Klein J. Bowlby, urmând mai apoi și alte studii, a reușit să stabilească care de fapt sunt fazele prin care pacientul trece, în procesul de separare:

– *Prima fază* este cea de amortire, atunci când copilul sau adultul nu sesizează încă separarea, poate dura de la câteva ore până la o săptămână. Iar la conștientizarea faptului că figura de atașament lipsește, subiectul cade în stări de afect puternice, precum durerea, spaimă, furia sau chiar euforie.

– *A doua fază*, este faza de dor și de căutare a figurii de atașament. Persoana care a suferit pierderea începe să conștientizeze problema, atunci începe să restabilească contactul cu realitatea și să caute persoana dragă. Faptul dat îi provoacă multă neliniște, suferință, teama de a suferi eșec, își crează speranțe false că figura sa de atașament se va întoarce înapoi neapărat.

– *A treia fază* - faza de dezorganizare și de disperare, aici subiectul deja își pierde toate speranțele și simte o durere profundă la nivel de psihic.

– *A patra fază* - faza de reorganizare, mai mult sau mai puțin utilizată. Urmează o fază lungă de readaptare la noile schimbări în realitatea pacientului. Cu ajutorul psihoterapeutului poate recupera rana sa de abandon și să-și restabilească echilibrul emoțional. Un moment extrem de important aici este *acceptarea* [3].

În continuare vom prezenta câteva simptome specifice clientului care manifestă anxietate de separare, conform DSM-V:

- Supărare excesivă atunci când individul se confruntă cu separarea de casă sau de persoana dragă,
- Îngrijorare persistentă și excesivă în a experimenta un eveniment nefavorabil (de exemplu, pierderea, răpirea, accidentul, îmbolnăvirea) a figurii de atașament,
- Refuz persistent de a ieși, departe de casă, la școală, la serviciu sau în altă parte din cauza fricii de separare.
- Refuz de a dormi departe de casă sau de a merge la culcare fără a fi lângă persoana dragă,
- Coșmaruri repetate care implică tema despărțirii,
- Plângeri repetate de simptome fizice (de exemplu, dureri de cap, dureri de stomac, greață, vărsături) când apare sau este anticipată separarea de figurile majore de atașament.

Pentru ca clientul să fie diagnosticat cu acest tip de anxietate, el trebuie să manifeste cel

puțin trei dintre primele simptome enumerate anterior [1].

Mutismul selectiv reprezintă o tulburare de anxietate care se caracterizează prin refuzul (de cele mai multe ori la copii) de a vorbi în anumite contexte sau situații. De obicei, mutismul selectiv se poate dezvolta la copiii cu o stimă de sine scăzută, sentiment de stânjenală față de propria persoană, și poate apărea împreună cu alte tulburări de vorbire, însă mulți copii cu mutism selectiv, când se simt într-un mediu cu securitate crescută, prezintă o vorbire normală, cum ar fi acasă sau cu prietenii apropiați. De cele mai multe ori, mutismul selectiv, apare la copii până la 9 ani în mediul social când trebuie să interacționeze cu străinii din jur.

Printre cei mai importanți factori care pot declanșa această tulburare, sunt:

- O legătură prea afectuoasă și strânsă cu mama, în urma căreia copilul nu mai interacționează cu cei din jur și astfel se inhibă dezvoltarea socială și emoțională a copilului;
- Dificultăți în exprimarea agresivității, metode nesanogene și primitive de a face față sentimentelor lor agresive,
- În timpul stadiilor dezvoltării psihosexuale - amestecarea simbolică a “anusului” și a “gurii” atunci când copilul nu a reușit să treacă cu succes peste etapa precedentă de dezvoltare și începe deja pe următoarea (încearcă să stăpânească vorbirica, cât și să obțină controlul asupra sfincterului), în urma acestui conflict rezultă așa numita „reținerie” a cuvintelor [10, 1].

Fobia specifică - este acel tip de anxietate anormală, irațională și persistentă declanșată de prezența unui obiect sau situații specifice (de exemplu, înălțimi mari, prezența sângelui, prezența unui anumit animal, precum câinele, șopârlele, păianjenii, bolile infecțioase etc). În mod obișnuit persoanele cu anumite fobii încearcă să evite factorii trigger care le-ar declanșa sentimentul de spaimă îngrozitoare, în caz contrar, ei pot experimenta următoarele simptome, precum:

- ❖ Dificultăți de respirație,
- ❖ Tremurici,
- ❖ Senzație de “rece” în urechi,
- ❖ Stări febrile,
- ❖ Transpirație excesivă.
- ❖ Greață, amețeli,
- ❖ Senzație de disconfort în abdomen.
- ❖ Sentimentul maxim de neajutorare
- ❖ Dorința coplesitoare de a evita situația.
- ❖ Frica de a pierde controlul.

De fapt, nu există un motiv specific pentru apariția unei fobii specifice. Dar, s-a demonstrat că ele pot proveni dintr-un mediu familial, pot fi inspirate cultural sau pot fi rezultatul unor evenimente traumatice din viață. Persoanele cu antecedente familiale de fobie sunt mai expuse riscului de a dezvolta o fobie decât alții (adică persoanele fără o astfel de „moștenire”) familială. Unele temeri pot începe încă din copilăria timpurie, iar cele mai multe se dezvoltă în timpul adolescenței sau la vârsta adultă [7, 6].

Fobia socială - numită și *tulburarea anxietății sociale*, este teama persistentă a unui individ de a se găsi în orice formă sau situație de interacțiune socială, fie că trebuie să discute cu colegii, profesorii la școală, să țină un discurs în fața la multă lume, să fie văzut cum mănâncă sau bea ceva în public, fiind deteriorat de sentimentul de frică cu privire la ce vor crede ceilalți despre el. Această fobie de asemenea este însoțită de simptome somatice, mai frecvent transpirarea mâinilor, înroșirea feței și bătăi accelerate ale inimii. Ele pot fi ușor observate în public de către alții, și prin urmare pune subiectul într-o stare și mai profund stânjenitoare pentru el, astfel formându-se un cerc vicios de neliniște din care persoana nu poate scăpa, doar dacă nu se retrage și se izolează iar într-un loc liniștit și sigur, unde nu este obligat să interacționeze cu ceilalți. Gradul de severitate al tulburării anxietății sociale variază de la un pacient la altul, și se tratează individual de către un specialist calificat, dar ce este comun pentru toate cazurile, e că încurcă buna și normala funcționare a individului în societate, fie că se află la muncă, la școală, la odihnă sau la o simplă zi de naștere. Din motivul respectiv, odată ce persoana observă primele simptome, este obligat să se adreseze după ajutor, pentru ca tulburarea să nu se agraveze și să aducă mai multe dificultăți

pe viitor [8].

Tulburările de panică (cu și fără agorafobie) - reprezintă atacuri spontane asupra întregului organism, de frică, teamă intensă cu privire la a pierde controlul, înnebuni sau muri. Important de subliniat este că individul manifestă un șir foarte bogat de simptome de ordin fiziologic, precum: palpitații, amețeli îngrozitoare, vomă, leșin, sufocare, senzația de insuficiență de oxigen în plămâi, incapacitatea de a se ține pe picioare stabil, creșterea sau scăderea bruscă a temperaturii din tot corpul. Odată ce pacientul va trece pentru prima dată printr-un astfel de episod, pe viitor va dezvolta teama obsesivă să nu trăiască iarăși o astfel de experiență negativă, ceea ce din contră îi va înrăutăți starea lui psiho-emoțională. Există mai multe teorii cu privire la faptul de ce apar atacurile de panică, printre cele mai evidențiate fiind stresul major, un temperament sensibil, moștenirea genetică, expunerea la un factor cu risc major, sau este un simptom al întregului corp care încearcă să transmită un mesaj proprietarului său, spre exemplu nesatisfacerea propriilor nevoi bazale, neglijarea de sine, oboseala cronică etc. În timpul unui atac de panică, la fel se mai poate întâlni și conduite de evitare, tensiunea psihică, îngrijorarea excesivă cu privire la propriile reacții ale corpului în timpul șocului suferit, dar și *agorafobia* - frica de spații largi, aglomerate, din care pacientului îi va fi mult mai greu să se retragă și să găsească un spațiu sigur pentru el [4].

Agorafobia este teama intensă a persoanei de a se găsi singură în locuri aglomerate, deschise, în afara locuinței sale, cât și evitarea persistentă a situațiilor în care ar trebui să se deplaseze la distanțe semnificative, în care se găsește multă lume. Tulburarea respectivă de multe ori apare concomitent cu atacurile de panică, însă se poate dezvolta și independent. Pacientul simte un sentiment puternic de stânjenală în timpul atacului cât și un amalgam de simptome somatice cărora le este dificil să le facă față. Agorafobia se dezvoltă adesea în perioada adolescenței și a vârstei adulte tinere, dar se poate dezvolta și la adulții în vârstă, mai ales în contextul preocupărilor legate de siguranță [2].

Anxietatea generalizată este tipul de anxietate la pacient ce implică multă suferință și neliniște din partea acestuia, de obicei motivele angoasei nu sunt bine justificate, pot fi de diferite tipuri și durează nu mai puțin de 6 luni, astfel tulburarea de față devine cronică și afectează la maxim calitatea vieții bolnavului. Cercetătorii din domeniu au demonstrat că anxietatea generalizată se întâlnește mai des la persoanele adulte, și în special la femei. Există anumiți factori de risc ce predispune persoanele la îmbolnăvire, precum starea financiară precară, văduvia, separarea, divorțul. Un lucru curios este că se întâlnește deseori și la studenți, chiar în cifre mult mai mari decât tulburările depresive. GAD (*generalized anxiety disorder*) practic poate fi prezentă la fiecare al treilea pacient care cere ajutor medical primar, întrucât problema cu care se adresează îi trezește multă neliniște și gânduri legate de siguranța sa pe viitor. În acest sens încurajăm specialiștii din domeniul medical să aibă mereu o colaborare strânsă cu terapeuții din domeniul sănătății mintale, pentru ca bolnavul să primească un tratament eficient și de calitate. Bineînțeles printre simptomele ce deranjează subiecții se enumeră: supraîncordări musculare, tahicardie, transpirații frecvente, amețeli, vâreț, schimbarea temperaturii corpului, teama fără obiect bine determinat, îngrijorări cronice și uneori idei lipsite de o logică bine structurată [8, 4].

Tulburarea de anxietate indusă de substanțe/medicație apare după ce individul a fost expus la anumite substanțe toxice, medicamente sau diferite tipuri de droguri cu risc mare pentru sănătate. Pe lângă faptul că chimia din preparatele administrate aduc daune semnificative corpului pe plan fizic (de exemplu lezarea organelor interioare, țesuturilor, uscarea pielii, căderea părului, tuse etc.), declanșează și simptome negative pe plan psihic - precum starea de sevraj, când substanța nu este la îndemână subiectului, paranoia, halucinațiile, și nu în ultimul rând un nivel crescut de anxietate. Această anxietate se află în strânsă legătură cu gândurile pacientului și cu chimia din corpul său care îi provoacă bătaii rapide ale inimii, transpirație, senzație de sufocare, euforie etc. Stările neplăcute pot dispărea atunci când o nouă doză de medicație este administrată, în cazul în care bolnavul va lua o doză mai mică decât de obicei, sau una mult mai mare, sentimentul de anxietate poate crește la un nivel maxim și poate provoca șoc puternic sau chiar atacuri de panică.

Tulburarea anxioasă datorită unei condiții medicale generale se întâlnește la acele persoane care manifestă anumite probleme în legătură cu sănătatea lor, de cele mai frecvente ori tulburarea fiind una destul de complexă, greu tratabilă sau chiar incurabilă. DSM-V ne vorbește despre faptul că există dovezi din anamneză, examen fizic sau constatări de laborator că tulburarea este consecința fiziopatologică directă a unei alte afecțiuni medicale, adică acest tip de anxietate rezultă strict în urma conștientizării unei boli de către pacient, ea fiind cauza principală a suferinței profunde pe care o trăiește practic permanent de la aflarea diagnosticului clinic. Deși se întâmplă că pacientul este apt de muncă fizică sau intelectuală, anxietatea pe care o resimte îi afectează considerabil multe domenii din viața sa, împiedicându-l să ducă o viață funcțională și de calitate. În cazul dat este neapărat ca pacientul să se adreseze la ajutorul unui psiholog calificat pentru a nu permite dezvoltarea tulburării la un nivel mai mare, precum depresia majoră, care apoi este mult mai greu de recuperat [1].

În ediția DSM-IV cercetătorii de asemenea includ și alte două tipuri de tulburări anxioase:

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) - este reprezentată de compulsiile și obsesiile iraționale. Obsesiile fiind gândurile, ideile intruzive în mintea subiectului de conotație negativă pentru el, de obicei nu sunt raționale, nici explicabile, dar pot aduce un val mare de neliniște și angoasă pacientului. Compulsiile intervin cu sensul de ritualuri pe care le va face individul, fiind convins, că după executarea lor, gândurile fobice din mintea sa nu se vor întâmpla în realitate. Cu cât pacientul suferă un timp mai îndelungat de tulburarea dată, cu atât va decurge mai greu procesul terapeutic de recuperare (aici, fiind recomandată terapia cognitiv-comportamentală). Anxietatea apare atât în momentul apariției gândurilor intruzive, cât și atunci când clientul dorește să efectueze un anumit tip de ritual pentru a se liniști, dar nu are posibilitatea la momentul de față. Astfel în psihoterapia cu pacientul care are TOC, va trebui să se implice și psihiatrul sau neurologul pentru a prescrie preparate specifice de liniștire ca procesul terapeutic să decurgă mai ușor și calitativ, persoana, având o posibilitate măcar cât de mică, de a se relaxa.

Tulburarea post-traumatică de stres (TSPT) - este o tulburare care apare de regulă în viața omului după suportarea unui anumit tip de eveniment traumatic, fie că persoana a fost implicată direct sau indirect în cele întâmplate, fie că a fost vătămată, moral, fizic, sexual, emoțional sau în alt mod dezastruos. Se descrie prin următoarele simptome: nivel de stres și neliniște constantă, coșmaruri, flashback-uri în legătură cu cele întâmplate, evitarea excesivă a situațiilor sau obiectelor ce pot declanșa vre-o amintire dureroasă pacientului, sentimentul cronic de oboseală și că bolnavul se află la capătul puterilor sale, dorința de a evada din realitate, fapt ce de multe ori poate duce la consumul vicios de droguri, alcool sau alte substanțe toxice, retragerea de societate și de către cei apropiați, iar în cazurile mai rele chiar gânduri de autovătămare sau suicid [5].

Comparativ cu Manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mintale, Ediția-V, publicat de către Asociația Americană de Psihiatrie, în Clasificatorul internațional al maladiilor, ediția a 10-a, O.M.S. avem următoarea reprezentare a tulburărilor de anxioase:

- *Tulburare de panică (anxietate episodică paroxistică),*
- *Agorafobie cu tulburare de panică,*
- *Agorafobie,*
- *Fobie specifică,*
- *Fobie socială,*
- *Tulburarea obsesiv-compulsivă,*
- *Tulburare de stres posttraumatic,*
- *Reacție acută la stres mixtă, anxioasă și depresivă,*
- *Tulburarea de anxietate generalizată,*
- *Tulburare anxioasă organic,*
- *Tulburare anxioasă și depresivă mixtă,*
- *Alte tulburări anxioase mixte,*
- *Alte tulburări anxioase precizate,*
- *Tulburare anxioasă, fără precizare,*

- Tulburarea hipocondriacă,
- Tulburarea dismorfică corporală.

În figura ce urmează (Fig. 1.1) prezentăm în mod ilustrativ prevalența a mai multor tulburări de anxietate la momentul actual în întreaga lume [6]. Din câte putem observa cele mai înalte procentaje le depistăm în cazul tulburării de anxietate socială (numită și fobia socială), care este mai frecvent întâlnită la preadolescenți adolescenți și tineri (13%). Pe locul doi urmează fobiile specifice (12%) ce apar încă din perioada copilăriei sau adolescenței. Ele sunt de două ori mai frecvente la femei, comparativ cu bărbații. Dintre fobiile specifice cele mai des întâlnite sunt fobiile legate de animale. Un procentaj semnificativ îi detectăm și în cazul PTSD (9%), unde femeile iarăși suferă mai frecvent decât bărbații. 6% din populație este afectată de anxietatea generalizată, 4% de tulburarea de panică și doar 3% de tulburarea obsesiv compulsivă.

Informația epidemiologică privind tipurile de anxietate la nivel mondial

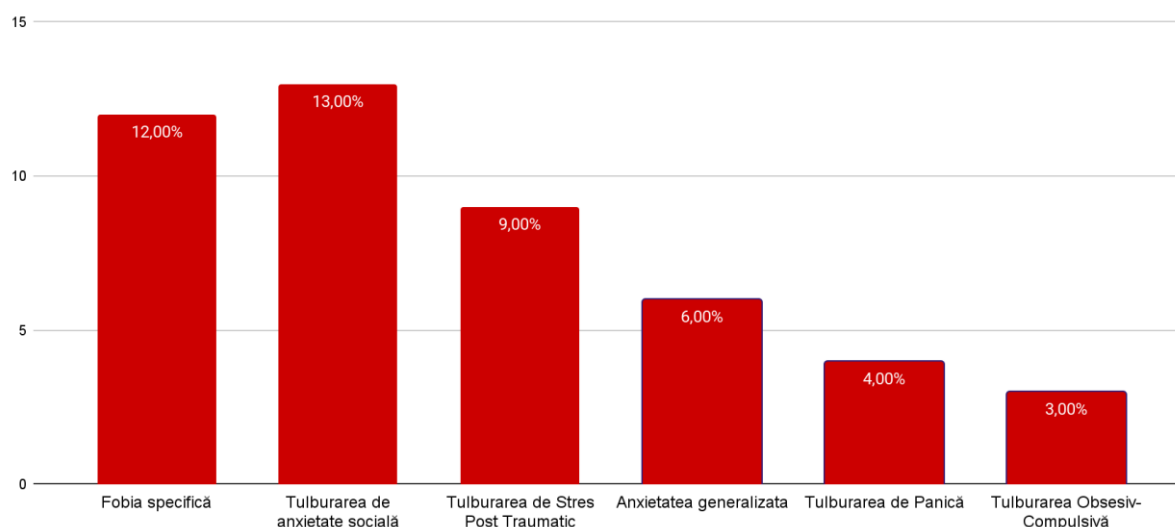


Fig 1.1 Distribuția procentuală privind tipurile de anxietate la nivel mondial

CONCLUZII:

1. La momentul actual, tulburările de anxietate în societatea noastră au devenit un fenomen foarte des întâlnit, lucrul respectiv din păcate afectează considerabil calitatea vieții noastre și contribuie treptat la înrăutățirea sănătății psiho-emoționale. În acest sens, noi, specialiștii de profesie încurajăm pe fiecare în parte, care odată ce observă simptomele specifice a unui tip concret de anxietate, să se adreseze imediat după ajutor.

2. Conform Manualului de diagnostic și statistică al tulburărilor mintale, Ediția-V, publicat de Asociația Americană de Psihiatrie, tulburările anxioase se împart în următoarele tipuri: anxietatea de separare; mutismul selectiv; fobia specifică; fobia socială; tulburări de panică (cu și fără agorafobie); agorofobia; anxietatea generalizată; tulburarea de anxietate indusă de substanțe/medicație și tulburarea anxioasă datorită unei condiții medicale generale.

3. Luând în considerare evenimentele care se petrec la nivel global în etapa contemporană, este mai important ca niciodată pentru noi să manifestăm grijă, iubire și înțelegere în raport cu sine, dar și în raport cu ceilalți, pentru a evita stările de neliniște și angoasă, emoțiile negative dar și un posibil disbalans somato-vegetativ care va lăsa efecte secundare pe termen lung.

Referințe bibliografice:

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association Publishing. Washington, DC London, England. 2013. 917 p., ISBN 978-0-89042-554-1.

2. BARNHILL, John W. Агорафобия. MD, New York-Presbyterian Hospital, Reviewed/Revised Aug 2023. Copyright © 2023 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved. [disponibil pe: www.msdmanuals.com].
3. BOWLBY, J. Crearea și ruperea legăturilor afective. București: Trei, 2016., 256 p. ISBN:978-606-719-763-1.
4. HOLDEVICI, I., CRĂCIUN, B., Psihoterapia tulburărilor emoționale. Editura Trei, București, 2015, 337 p., ISBN: 978-606-719-195-0.
5. NACU, A., CĂRĂUȘU, G., NASTAS, I., OPREA V., DELIV, I., CHIHAI, J., EȘANU, A., ADEOLA, C., COȘCIUG, I., CARP, L., GARAZ, G., REVENCO, M., BOLOGAN, A., MANEA, M., COBÎLEANSCHI, O., BORONIN, L., BABIN, C., LACUSTA, V., Manual de psihiatrie. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Republica Moldova Chișinău, 2013, 664 p., ISBN 978-9975-166-38-6.
6. NACU, A., REVENCO, M., CUROCICHIN, G., CHIHAI, J., DELIV, I. Tulburările de anxietate Protocol clinic național. PCN-278. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Chișinău, 2017, [disponibil pe: www.ms.gov.md].
7. ПРИМОВА К. О., Фобии человека и методы преодоления страха. Сумы. — 2013. — Ч.3. — С. 74-76.
8. SCHAFFER, Jack, B., RODOLFA Emil. ICD-10-CM Studii de caz pentru viitorii psihologi clinicieni. Probleme psihologice și comportamentale. Editura Trei. București, 2019, 410 p., ISBN 978-606-40-0602-8.
9. SILLAMY, N., LAROUSSE Dicționar de psihologie. Editura Univers Enciclopedic. București, 1998, 347 p., ISBN: 973-9243-25-8.
10. ВАСИЛЬЕВА, Н.Л., ЭЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ: ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ. Консультативная психология и психотерапия, 2013, № 4 [disponibil pe: www.psyjournals.ru].
11. www.bloknnot-moldova.ru/news/vse-bolshe-lyudey-v-moldove-stradayut-gtr-1583641

TERAPIA COGNITIV COMPORTAMENTALĂ ÎN TRATAREA ANXIETĂȚII

COJOCARU Aurelia,

Doctor în psihologie, decan, lector universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: psiholog.abc@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7001-1907>

RUSU Beatrice, RO

student ciclu II PC,

Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova

email rusubeatricedragos@yahoo.com

REZUMAT

Terapia cognitiv-comportamentală se concentrează pe studierea relației dintre gânduri, emoții și comportamente, combină două terapii: cea cognitivă și cea comportamentală. Conceptul care sta la baza terapiei cognitiv comportamentale este că gândurile noastre despre o anumită situație ne afectează felul în care ne simțim emoțional și fizic.

Cuvinte-cheie: terapia cognitiv-comportamentală, demers terapeutic, anxietate, teme pentru acasă, gânduri negative

SUMMARY

Cognitive-behavioral therapy focuses on studying the relationship between thoughts, emotions and behaviors, it combines two therapies: cognitive and behavioral. The concept behind cognitive behavioral therapy is that our thoughts about a certain situation affect how we feel emotionally and physically.

Key words: cognitive-behavioral therapy, therapeutic approach, anxiety, homework, negative thoughts

Ce este anxietatea?

Zilnic suntem expuși la diverse evenimente negative ce ne afectează starea de spirit și întotdeauna răspundem prin emoții ce pot fi considerate negative, precum supărarea, stresul sau anxietatea. Privita sub aceasta perspectivă, anxietatea reprezintă o reacție normală în cadrul unei situații neplăcute.

Totuși, sunt unele persoane care au un răspuns anormal de ridicat în fața situațiilor neplăcute sau chiar în situații considerate de o mare parte a populației ca banale. Nu sunt cunoscute pe deplin mecanismele ce duc la apariția acestor răspunsuri exagerate, dar se cunosc câteva trăsături comune, cum ar fi: tendința la evitarea împrejurărilor stresante, agitația, depresia și o stima de sine scăzută. Cele mai întâlnite forme ale tulburărilor de anxietate sunt fobiile, sindromul de stres post-traumatic (PTSD) și tulburarea obsesiv compulsivă (OCD).

Tulburările de anxietate reprezintă o patologie în continuă creștere, atât în cabinetele de psihiatrie, cât și în cele ale psihoterapeuților. Statisticile arată că, la nivel mondial, peste trei sute de milioane de oameni au anxietate. Însă, numărul real al persoanelor anxioase este cu mult mai mare decât arată cifrele, pentru că foarte mulți oameni suferă în tăcere și nu caută tratament pentru anxietate.

Să vedem când este anxietatea normală, cum se manifestă când este exagerată și ce tehnici de relaxare pot fi utilizate pentru a o gestiona.

Tulburările de anxietate sunt cele mai frecvente tulburări psihice, cu o preponderență de 28.8% (Kessler RC, 2005). Mai exact *1 din 3 oameni va avea o formă de tulburare de anxietate pe parcursul vieții*. Când vine vorba de tratamentul anxietății, trebuie să luăm în calcul mai multe aspecte.

Aproximativ 25% dintre oamenii care suferă de anxietate ar necesita tratament într-o anumită perioadă a vieții. Alți 25% au o anxietate mai puțin severă, iar femeile prezintă un risc aproape de două ori mai mare decât bărbații de a se confrunta cu această tulburare.

Anxietatea poate afecta pe oricine indiferent de statutul social, nivelul de salarizare, gradul academic, profesie și dacă are sau nu o familie sau grup de prieteni. În prezent numeroase persoane suferă în tăcere deoarece le e rușine să recunoască în fața celorlalți că suferă de anxietate. Ei se tem că prietenii sau familia să nu îi judece sau să îi considere anormali, nebuni sau să creadă că ar fi ceva în neregulă cu ei lasă suferința să devină parte din viața lor și acceptă ideea că așa i-a fost scris și că nu se mai poate face nimic, astfel ajung la o suferință cronică care e mult mai greu de tratat decât una instalată recent.

În ceea ce privește tratamentul în cazul tulburărilor anxioase, există dovezi că atât conduitele farmacologice, cât și cele non-farmacologice (psihoterapia), sau o combinație a acestor strategii sunt eficiente în maniera cum tratăm anxietatea.

Ce este terapia cognitiv comportamentală?

Terapia cognitiv-comportamentală reprezintă un ansamblu de tehnici bazate pe teoriile învățării și pe descoperirile psihopatologiei cognitive. Ea este o terapie de scurtă durată, focalizată pe rezolvarea problemelor, cu rezultate evidente, centrate pe ameliorarea sau vindecarea unor simptome neuropsihice sau psihosomatice (Holdevici, I., 2005, p. 10). În acest domeniu există mai

multe orientări și cadre teoretice care împărtășesc câteva afirmații esențiale ce justifică gruparea lor sub aceeași denumire. În concepția specialiștilor în domeniu terapiilor cognitiv comportamentale toate comportamentele rezultă din prelucrarea informațiilor, de cele mai multe ori la nivel inconștient, prin sisteme înglobate în structurile cognitive.

Termenul de cogniție se referă la ansamblul de idei, semnificații, credințe, gânduri, interferențe, expectații, afirmații, atribuiri, toate acestea afectând în mod direct comportamentul și toate manifestările emoționale și reprezentând obiectivul major al schimbării terapeutice.

Terapia comportamentală sau behavioristă a apărut la mijlocul secolului trecut datorită contribuțiilor teoretice majore aduse de Skinner (1953), Wolpe (1958) și Eysenck (1962) care au dezvoltat strategii terapeutice ce au valorificat rezultatele cercetărilor (I. Pavlov, J. B. Watson, E. L. Thorndike, E. C. Tolman, C. L. Hull, J. Dollard, N. E. Miller) privind condiționarea și învățarea. Behavioriștii consideră că la naștere, omul nu are nici un fel de idei sau principii înăscute, iar tot ceea ce înregistrează este determinat îndeosebi de condițiile de mediu și prin urmare întreaga personalitatea este doar o funcție a stimulilor din mediul extern, a interacțiunilor și rolurilor sociale, întreaga ființă umană este văzută ca un produs al proceselor de cooperare și condiționare în care aceasta s-a angajat.

Terapia cognitiv-comportamentală este de asemenea versatilă, multe subtipuri de terapii bazându-se pe principiile fundamentale ale terapiei cognitiv comportamentale: terapia prin expunere și terapia dialectic comportamentală și prezintă următoarele concepte principale: automonitorizarea anxietății, tehnicile clasice de relaxare, terapia cognitivă propriu-zisă și repetarea acestor aptitudini pentru a fi mai ușor de pus în practică.

Există o serie de abordări terapeutice specifice care implică terapia cognitiv-comportamentală:

Terapia cognitivă

Se concentrează pe identificarea și schimbarea modelelor de gândire distorsionate, a răspunsurilor emoționale și a comportamentelor.

Terapia dialectic-comportamentală (DBT)

Își propune să regleze emoțiile și este utilizată pentru tratarea dependențelor, a tulburării de stres post-traumatic, depresiei, tulburărilor alimentare, precum și tulburării borderline.

Terapia multimodală

Se bazează pe principiul conform căruia problemele de ordin psihologic trebuie tratate prin abordarea a șapte dimensiuni diferite ale personalității, dar care sunt interconectate, cum ar fi: comportamentul, afectul, senzațiile, imagistica, cogniția, relațiile interpersonale și considerațiile de ordin biologic. Acest tip de terapie se bazează pe ideea că terapeutul trebuie să abordeze aceste multiple modalități ale unei persoane pentru a identifica și trata o tulburare mentală.

Terapia rațional-emoțională și comportamentală

Se referă la identificarea convingerilor iraționale, aducerea acestora la suprafață și schimbarea acestor modele de gândire.

Premisa de la care pleacă aceste terapii este că propriile noastre gânduri ne influențează modul în care simțim, iar nu evenimentele exterioare. Cu alte cuvinte situația în care ne găsim nu determină ceea ce simțim; sentimentele noastre sunt determinate de propria percepție a situației.

Chiar dacă fiecare tip de terapie cognitiv-comportamentală are o abordare diferită, toate acestea sunt utilizate pentru a aborda tiparele de gândire care duc la suferință de ordin psihologic

Demersul terapeutic în terapia cognitiv-comportamentală

În demararea procesului terapeutic un rol deosebit de important îl are interviul de evaluare care este semistructurat și implică din partea terapeutului atitudini și comportamente specifice abordării clinice. Deseori clientul prezintă o arie problematică nediferențiată, terapeutul ajutând la clarificarea și diferențierea problemelor, reducând astfel dificultățile la proporții abordabile, fapt ce are consecințe importante asupra implicării acestuia în procesul terapeutic, începând să creadă că schimbarea este posibilă.

Evaluarea se concentrează pe ceea ce poate fi schimbat și pe formarea unor așteptări rezonabile în legătură cu terapia. În timpul evaluării clientul ajunge la o imagine diferită despre problemele

sale, unele modificări putând fi anticipate, în consecință acestea putând fi controlate. Un rol important al evaluării îl constituie impunerea unei măsuri de urgență (comportament suicidal) atunci când este cazul.

Joan Kirk (1991) a propus următorul **ghid de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală** care are ca puncte principale următoarele:

Scurtă descriere a problemei.

În momentul în care clientul vine la terapeut, acesta își selectează din timp ceea ce crede că îl deranjează și are de gând să spună, de aceea este foarte important ca terapeutul să-l asculte activ pentru a favoriza o bună relație terapeutică. Relatările lui informează despre cadrele de referință interne ce dau sens problemelor lui și despre motivele care l-au determinat să apeleze la terapie.

Terapeutul rezumă și reformulează ceea ce-i spune clientul demonstrându-i că a înțeles corect problema; în cazul în care clientul are dificultăți în descrierea ei, i se pot adresa întrebări precise despre momentul apariției problemei, împrejurări, simptome, schimbări în viața lui de când a apărut problema, soluții încercate până în prezent. Când sunt prezentate mai multe probleme, terapeutul și clientul vor colabora pentru a stabili asupra căreia se va centra inițial intervenția;

Dezvoltarea problemei

Se realizează pe dimensiunile relevante pentru problema abordată, urmărindu-se debutul problemei, evoluția sa și factorii predispozanți. Debutul poate fi ușor determinat și presupune trecerea în revistă a factorilor precipitanți ce au cauzat apariția problemei. În ceea ce privește evoluția problemei trebuie evidențiat motivul pentru care clientul a solicitat ajutor. De asemenea trebuie să se stabilească o relație cronologică între momentele principale ale evoluției problemei și principalele evenimente din viața individului. Factorii predispozanți trebuie căutați în istoria familială, în caracteristicile de personalitate, atitudinile unor persoane semnificative din jurul clientului.

Descrierea problemei sau analiza funcțională.

Scopul acesteia este de a găsi motivul pentru care se menține problema, locul acesteia în viața clientului și care este utilitatea problemei pentru client. Fiecare problemă poate fi descrisă în termenii ABC (Antecedents/Antecedente, Behaviors/Comportamente și and Beliefs/Credințe, Consequences/Consecințe). Dacă clientul întâmpină greutăți în descrierea detaliată a problemei sale, terapeutul îl invită să descrie cel mai recent eveniment-problemă sau poate apela la tehnica imageriei mintale (strategiile care utilizează imaginația pentru a crește motivația de atingere a scopurilor - clientul închide ochii, își imaginează scena trăită și descrie evenimentul, inclusiv ce a simțit și a gândit). Pentru fiecare problemă terapeutul trebuie să ajungă la o imagine cât mai clară privind: natura problemei (când, unde, cât de des și cu cine se manifestă), cât de stresantă este, cât de brusc se instalează.

Variabile de context și modulatorii.

Evaluarea variabilelor de context este necesară pentru că tratamentul include deseori influențarea contextelor în care apare problema. Uneori clientul nu este conștient de aceste variabile, în acest caz terapeutul recomandându-i realizarea unui jurnal pe baza autoobservării zilnice. În această etapă terapeutul trebuie să identifice situațiile și comportamentele ce pot declanșa comportamentul-simptom. Trebuie identificați factorii cognitivi (gândurile disfuncționale), factorii externi (situaționali, comportamentali), stările afective care favorizează apariție simptomelor, relațiile interpersonale (comportamentul membrilor familiei pot avea un efect notabil asupra problemei), factorii fiziologici.

Factori de menținere.

Interviul trebuie să se centreze asupra consecințelor imediate ale problemei comportamentale: orice comportament urmat de consecințe neplăcute are o mai mică probabilitate de a se repeta, în timp ce comportamentele urmate de evenimente plăcute au o mai mare probabilitate de a se manifesta în viitor. Aceste consecințe care mențin problema trebuie identificate în domeniul situațional, comportamental, cognitiv, afectiv, interpersonal și fiziologic.

Evitarea

Este un factor important de menținere a problemei comportamentale, de aceea în majoritatea tipurilor de tratament sunt incluse etape de depășire a evitării, terapeutul solicitând o descriere detaliată a ceea ce este evitat. În cazul unei probleme cronice clientul poate să nu mai conștientizeze evitarea iar terapeutul poate folosi întrebări ca: *cum altfel ar fi viața dumneavoastră dacă nu ar exista problema?*;

Resurse de adaptare și control.

Fiecare persoană își rezolvă problemele în felul său apelând la resursele proprii sau ale persoanelor apropiate. Terapeutul trebuie să identifice cum anume s-a descurcat clientul în situații similare, care sunt resursele din mediul socio-profesional, familial și personal ce pot favoriza schimbarea;

Istoria medicală și psihiatrică anterioară.

Pentru stabilirea strategiei terapeutice este necesară descrierea unor episoade similare, atitudinea clientului cu privire la felul în care s-a adaptat la acestea, tratamentele urmate, gradul de complianță la tratament și efectele acestuia;

Credințe despre problemă și tratament.

Este important ca demersul pe care îl propune terapeutul să fie congruent cu credințele clientului despre natura problemei lui. Pentru aceasta terapeutul trebuie să afle cum a ajuns clientul la el: credințele celui care a orientat clientul spre psihoterapie pot influența atitudinile, motivația și credințele acestuia;

Angajarea în tratament.

Terapiile cognitiv-comportamentale necesită un nivel crescut de implicare din partea clientului deoarece sarcinile privind automonitorizarea și completarea unui jurnal zilnic, aplicarea sistematică a unor tehnici ce nu pot fi duse la bun sfârșit necesită o motivație deosebită. Terapeutul trebuie să exploreze dorința de schimbare a clientului, să corecteze orice idee greșită despre terapie care ar putea influența ulterior implicarea acestora în relația terapeutică;

Situația psiho-socială a clientului.

Terapeutul fiind centrat pe situația prezentă, descurajează subtil clienții care încep să vorbească prea mult despre trecutul lor, utilizează chestionare standardizate pentru obținerea rapidă a unor date precise privind aspectele socio-demografice ale clientului, informații referitoare la religie, sexualitate, sănătate, educație;

Formularea preliminară.

Terapeutul trebuie să furnizeze clientului o formulare preliminară a problemei sale care cuprinde: o scurtă descriere a problemei, o explicație privind evoluția acesteia și o prezentare a factorilor ce favorizează menținerea acesteia, printr-un vocabular accesibil. Clientul trebuie să dea un feed-back privind corectitudinea formulării.

În afara interviului, terapia cognitiv-comportamentală utilizează și alte **metode de evaluare**: autoobservarea (completarea de chestionare și rapoarte, scale de evaluare, obținerea de informații de la persoanele apropiate clientului), observarea directă a comportamentului în mediul clinic (jocuri de rol, teste comportamentale, înregistrări psiho-fiziologice), auto-monitorizarea (se referă la notarea frecvenței, duratei și intensității stărilor afective negative pe o scală gradată de la 0-10).

Evaluarea și măsurarea modificării în sfera comportamentală, fiziologică, cognitivă și emoțională au o serie de avantaje cum ar fi: facilitează cunoașterea precisă a frecvenței și intensității comportamentului, îi permite terapeutului să realizeze modificări în ceea ce privește strategia terapeutică, evaluările au un rol psihoterapeutic pentru că oferă clientului informații exacte cu privire la progresele obținute.

În funcție de informațiile obținute în urma interviului de evaluare, terapeutul elaborează o strategie terapeutică ce include diverse tehnici și metode cognitiv-comportamentale. [1]

Tehnici și metode cognitiv-comportamentale

Una din cele mai utilizate tehnici de către terapeuții cognitiv-comportamentaliști este *identificarea și modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente*. Burns prezintă zece forme de gândire distorsionată:

a) *stilul de gândire tot sau nimic*: reprezintă tendința clientului de a aprecia lucrurile în culori extreme, iar dacă un lucru nu a fost realizat perfect, va fi considerat un eșec;

b) *supra generalizarea*: clienții care folosesc termeni ca totdeauna, niciodată consideră că un eveniment negativ singular reprezintă un model care se va repeta la nesfârșit;

c) *filtrarea mentală cu concentrare asupra negativului*: clientul se concentrează puternic asupra unui eveniment negativ, încât întreaga realitate devine deformată;

d) *desconsiderarea pozitivului*: clientul respinge toate experiențele pozitive, afirmând că acestea nu contează;

e) *desprinderea de concluzii pripite*: constă în interpretarea negativă a unor situații atunci când nu există suficiente date care să stea la baza formulării concluziilor (clientul conchide că o persoană îi este ostilă fără să verifice acest lucru sau prezice faptul că situația va lua o întorsătură negativă);

f) *amplificarea*: clientul exagerează problemele sau defectele sale, minimalizându-și calitățile;

g) *judecata afectivă*: clientul presupune că stările sale afective negative reflectă realitatea (mi-e frică să, e periculos să);

h) *imperativele categorice*: clientul gândește că lucrurile trebuie să corespundă neapărat dorințelor sau expectațiilor sale, ei folosesc des afirmația trebuie neapărat care generează culpabilitate și frustrare;

i) *etichetarea*: reprezintă o formă extremă a tipului de gândire tot sau nimic, o modalitate irațională de a gândi pentru că oamenii nu pot fi identificați în totalitate cu faptele lor;

j) *personalizarea și blamarea*: apare ori în situațiile în care clientul se simte responsabil pentru lucruri pe care nu le poate controla pe deplin, ori când îi blamează pe ceilalți pentru lucruri pe care aceștia nu le pot controla pe deplin.

Identificarea se realizează prin intermediul mai multor strategii, cum ar fi:

- *discutarea unei experiențe emoționale recente*: clientul trebuie să-și reamintească un eveniment sau o situație care a fost asociat cu un disconfort, să-l descrie în detaliu, urmărindu-se prin aceasta exemplificarea legăturii pe care o realizează clientul între diverse senzații și gânduri aferente;

- *utilizarea tehnicii imaginației dirijate sau a jocului dramatic* pentru a re trăi o experiență dramatică; această tehnică se utilizează atunci când întrebările directe ale terapeutului nu reușesc să-l determine pe client să evoce gândurile negative ce se declanșează spontan;

- *utilizarea modificărilor de dispoziție*, în cursul unei ședințe de psihoterapie gândurile automate se pot declanșa datorită fluctuațiilor de dispoziție ale clientului, psihoterapeutul întrebându-l ce i-a trecut prin minte în acel moment;

- *determinarea semnificației unui eveniment*: deoarece uneori declanșarea automată a gândurilor negative nu se realizează, terapeutul trebuie să caute prin intermediul unor întrebări specifice care este semnificația evenimentului respectiv pentru client.

Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente presupune următoarele etape:

- *raționalizarea*: clientului trebuie să i se explice rațiunile tratamentului prin demonstrarea relației dintre gândire, sentiment și comportament;

- *furnizare unor informații cu privire la comportamentul dezadaptativ*: simptomele trebuie descrise în detaliu precizându-se evoluția lor probabilă, cât și prezentarea clientului a faptului că nu are o boală psihică severă doar pentru că are simptomatologia respectivă;

- *distragerea* este folosită pentru a avea un control direct și imediat asupra simptomului, astfel clientul concentrându-se asupra conținutului unei conversații și nu asupra stării proprii;

- *programarea activităților*: se cere clienților să noteze, oră de oră, activitățile pe care le desfășoară, evaluându-le după o scală de la 0 - 10 sub aspectul unor stări afective cum ar fi anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situației. Clienților care sunt presați de timp le este recomandată o identificare riguroasă a activităților pentru a nu avea tentația să facă mai multe lucruri deodată, fapt ce le-ar spori tensiunea și supraîncordarea.

- *verificarea veridicității gândurilor negative automate*: terapeutul colaborând cu clientul în scopul de a găsi soluții raționale pentru a înlocui gândurile negative automate, îi adresează acestuia o serie de întrebări pentru a-l ajuta să evalueze gândurile negative și să le înlocuiască cu unele mai realiste. Aceste întrebări care au menirea să verifice realitatea gândurilor disfuncționale sunt puse în practică de pacienți și între ședințe, acest lucru fiind mai ușor de realizat prin notarea zilnică a gândurilor negative producătoare de disfuncții.

- *experimentarea în sfera comportamentului*: terapeutul îi cere clientului să verifice în viața reală dacă gândurile negative sunt adevărate.

- *înlăturarea comportamentelor de evitare*: acest lucru este necesar deoarece modalitățile de evitare tind să mențină gândurile negative ale clienților, iar terapeutul trebuie să încurajeze clientul să intre în situații sau să se angajeze în activitățile pe care au tendința să le evite pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr. Este important să se modifice și modelele de comportament cu care clienții s-au obișnuit să le pună în acțiune atunci când simptomele se declanșează.

- *învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor*: terapeutul trebuie să antreneze abilitățile clientului pentru ca acesta să poată să se integreze social. [2]

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în anxietate

Anxietatea afectează viață și activitatea individului provocându-i un disconfort puternic, el se simte în majoritatea timpului tensionat, încordat, incapabil să se relaxeze și apreciază orice activitate ca fiind incomodă, are sentimente difuze de îngrijorare care pot ajunge la episoade caracterizate prin ruminații anxioase (I. Holdevici, 2005).

Teama este o reacție emoțională cu caracter adaptativ deoarece atunci când individul se simte amenințat se mobilizează luându-și măsuri de protecție. Așadar frica, în doze moderate, este constructivă, pe când temerile iraționale sunt distructive și apar atunci când clientul se comportă inadecvat în fața unor situații care nu prezintă pericol. În momentul în care teama capătă o intensitate mare și predomină o perioadă lungă de timp ea devine o problemă care, pentru a fi rezolvată, necesită intervenție terapeutică. Clientul care solicită psihoterapie este rugat să se prezinte sumar și să relateze pe scurt probleme care îl afectează.

După realizarea acestui scurt *interviu clinic*, clientul este invitat să se oprească asupra unei singure probleme despre care a vorbit. Se presupune că cel intervievat este toxicoman (heroinoman) aflat în prima cură de dezintoxicare într-un centru de specialitate. Frica sa principală este faptul că atunci când va fi externat se va reapuca de consumul de droguri și va recidiva.

În această situație terapeutul formalizează problema în termenii *modelului ABC* în care, spre exemplu, clientul este anxios (C) gândindu-se la externare (A) pentru că el crede că se va reapuca de consum, că va fi marginalizat (B).

Terapeutul insistă asupra faptului că anxietatea este generată de interpretarea greșită a reacțiilor celorlalți față de el, dar și de faptul că se autoevaluează negativ. Se stabilesc și se negociază obiectivele terapiei, se cade de acord și asupra sarcinilor (temele pentru acasă) care pot consta în completarea unui jurnal, strângerea de dovezi, monitorizarea emoțiilor, a comportamentelor, a gândurilor negative.[3]

Se negociază și numărul de ședințe, durata unei ședințe, frecvența și conținutul lor. Relația terapeutică trebuie să fie empatică, dar trebuie să se țină seama de faptul că fiind o terapie cognitiv-comportamentală, psihoterapeutul are un rol activ în desfășurarea terapiei. Urmează o evaluare mai aprofundată, se analizează consecințele emoționale și comportamentale care apar în urma evenimentului activator extern, se identifică clar starea afectivă și reacțiile fiziologice trăite de client precizându-se și intensitatea lor pe o scală gradată de la 0-10. Cu cât reacțiile emoționale sunt mai ample, cu atât consecințele în comportamental sunt și ele mai mari și durează mai mult.

În continuare trebuie realizată distincția între un eveniment activator (A) care poate fi o situație externă, o convingere pe care clientul o consideră un adevăr de necontestat și unul cu caracter anticipativ. De asemenea trebuie să se detalieze gândurile și convingerile iraționale (B) care pot fi de două feluri: inferențe și evaluări.

Inferențele reprezintă ipoteze referitoare la consecințele unor evenimente și sunt sub forma dacă, atunci. Evaluările sunt elemente ce contribuie la apariție consecințelor negative (C). Evaluările negative sau nerealiste reprezintă și dramatizări ale unor evenimente de viață și se pot referi la propria persoană, la comportamentul altora, la situații externe sau la faptul că ceilalți îl vor evalua pe clientul în cauză.

Terapeutul evită să dea sfaturi clientului, căutând să-l ghideze pe acesta să-și rezolve singur problemele. Se utilizează tehnicile specifice terapiei cognitiv-comportamentale în vindecarea anxietății, tehnica dialogului socratic și contraargumentarea, prin intermediul lor clientul va testa veridicitatea gândurilor și convingerilor negative pe care le va înlocui ulterior cu altele mai realiste. Pentru a crește forța contraargumentării, terapeutul va folosi următoarele strategii de intervenție:

- identificarea unor dovezi care să infirme faptul că aceste gânduri și convingeri negative sunt adevărate; trebuie să găsească o alternativă la concluzia pe care a tras-o și apoi să aleagă între ele cele care vin în sprijinul primei concluzii și pe cele care vin în sprijinul concluziei alternative;
- găsirea unui număr cât mai mare de dovezi posibile pentru un eveniment, demonstrând astfel că oricare dintre explicațiile respective poate fi adevărată;
- monitorizarea acelor situații când lucrurile au mers bine, pentru a combate tendința clientului de a se concentra exagerat asupra negativului.

Pentru combaterea evaluărilor negative terapeutul se folosește în continuare de modelul ABC, convingându-l pe client că afirmațiile din coloana A au un caracter discutabil, determinându-l să adopte convingeri mai realiste. Uneori, clientului i se cere să memoreze o listă de convingeri realiste alternative rezultate în urma discuțiilor terapeutice. Se dau teme pentru acasă care de cele mai multe ori reprezintă sarcini de expunere în cadrul cărora se exersează confruntarea cu situația anxioasă, în imaginar și/sau în real.

În încheierea terapiei obiectivul final se referă la dirijarea clientului spre a obține autonomie, autocontrol, independență; el trebuie să poată fi apt de a transpune în practică noile convingeri mai realiste care au fost lucrate în timpul terapiei. Terapeutul îl orientează pe client să identifice convingerile autoblocante, el trebuind să depășească rezistența scăzută la frustrare.

În cele din urmă, clientul și terapeutul discută despre convingerile negative legate de anxietatea care apare la ideea încheierii terapiei. Pentru înlăturarea și modificarea acestora se folosește desensibilizarea în imaginativ sau în real, modelul ABC, dialogul socratic.

Terapia nu trebuie să se termine brusc deoarece clientul se poate simți abandonat sau chiar trădat. Cu ajutorul metodelor terapiei cognitiv-comportamentale clientul va înțelege faptul că nu mai este o persoană dependentă și că și-a dezvoltat abilități de dezvoltare de probleme. Teama cea mai frecventă a clienților este aceea că ei nu vor fi în stare să aplice în mod independent ceea ce au învățat și de asemenea, sunt îngrijorați de pierderea suportului emoțional dobândit în urma relației cu terapeutul.

O altă modalitate prin care terapeutul îl poate convinge pe client că se poate descurca singur este evidențierea succeselor trecute obținute de client pe parcursul vieții.

Încheierea terapiei se poate face prin stabilirea unei date precise sau prin reducerea frecvenței ședințelor. Terapeutul are sarcina de a pregăti clientul pentru viitor lucrând cu acesta asupra unor potențiale dificultăți.

Pe parcursul terapiei, terapeutul se folosește de strategii verbale, de tip imaginativ sau de strategii comportamentale. Strategiile verbale cele mai frecvent utilizate sunt:

- *întrebări cu caracter terapeutic*, cu ajutorul cărora clientul este ghidat să descopere singur variante alternative realiste la gândurile negative;
- *utilizarea analogiilor* îl ajută pe client să vadă lucrurile într-o manieră mai realistă;
- *umorul terapeutului* exagerează cele spuse de client astfel încât să-l aducă de limita ridicolului, însă fără a-l ironiza pe client ca persoană;
- *observarea comportamentului altor persoane* îl ajută pe client să vadă că și alte persoane trec prin situații similare, însă nu trăiesc același sentiment de disconfort;
- *inversarea rolurilor* terapeutul joacă rolul clientului, iar clientul rolul terapeutului, astfel încât clientul realizează care sunt disfuncționalitățile gândirii sale, aducând în același timp și soluții

realiste;

- *utilizarea autosugestiilor pozitive* acestea învățate în cadrul jocului de rol și al antrenamentului mental.[4]

Strategiile de tip imaginativ îl ajută pe client să se confrunte cu situațiile generatoare de anxietate și să găsească soluții alternative la gândurile și convingerile disfuncționale apărute în acele situații. Există trei tehnici specifice acestei strategii: generarea unor soluții alternative la gândurile și convingerile negative, antrenarea mentală a gândurilor și convingerilor alternative raționale și tehnica distragerii.

Strategiile comportamentale constau în punerea în practică a anumitor modele de comportament care să contracareze stilul de gândire negativă. Acestea se realizează prin intermediul sarcinilor de expunere în cadrul temelor pentru acasă.

Referințe bibliografice:

- 1.American Psychiatric Association, „DSM-5, Manual de Diagnostic si Clasificare Statistica a Tulburarilor Mintale” Editura: Medicala CALLISTO, 2016
- 2.BURNS David, „Feeling Good: The New Mood Therapy”, 1980
- 3.HOLDEVICI, I. - Psihoterapia cognitiv-comportamentala. Managementul stresului pentru un stil de viața optim, Ed. Științelor Medicale, București, 2005;
- 4.WESTBROOK, David; Kennerlez, Helen; Kirk, Joan. Introducere în terapia cognitiv-comportamentală. - Editura Polirom, Iași, 2010.

TERAPII COMPLEMENTARE PENTRU TRATAREA ANXIETĂȚII

COJOCARU Aurelia,

Doctor în psihologie,decan, lector universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: psiholog.abc@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7001-1907>

GOREA Virginia,

Masterand, anul II PC,

Facultatea Psihologie si Asistenta Sociala,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

virginia111177@gmail.com

BRAȘOVEANU Rodion,

Student Ciclul II, Master Psihologie Clinică,

Facultatea de Psihologie și Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,

E-mail: brasoveanuonufrie@gmail.com

REZUMAT

Articolul constituie o analiză științifică a metodelor complementare/alternative a managementului anxietății. Eficiență si siguranță, analizată si demonstrată de o multitudine de cercetări, a pus punct ezitărilor etice si a devenit o veriga practica convingătoare in tratamentul antianxios. Mai multe considerente contribuie la alegerea metodei complementare sau alternative.

Cuvinte-cheie: *anxietate, MCA (medicina complementara si alternativa), sisteme medicale alternative, medicina netradițională, Meditație, Yoga, Intervenții MB, neurofeedback.*

SUMMARY

This article is a scientific review of complementary and alternative methods of anxiety management. Considerable efficiency and relative safety of these methods put to an end the ethical dilemma and traced a convincing adjuvant practice in the anti-anxiety treatment options. Variable factors influence the choice of CAM.

Key words: CAM (complementary and alternative medicine), anxiety, non-traditional medicine, cognitive interventions, Meditation, Yoga, MBI, neurofeedback.

Introducere. La nivel global, cele mai frecvente probleme de sănătate mintală devin tulburările de anxietate. Viața cu o tulburare de anxietate poate fi o provocare. Persoanele cu aceste tulburări pot experimenta un sentiment persistent și excesiv de îngrijorare care poate interfera cu activitățile și relațiile zilnice. Anxietatea poate fi izolantă și, uneori, copleșitoare. Atunci când nu este abordată prin intervenții eficiente, poate deveni excesivă și poate provoca daune irecuperabile organismului, contribuind, de exemplu, la somatizarea anxietății, apariția ideății suicidale și scăderea calității vieții.

Deși cauzele exacte ale tulburărilor de anxietate sunt încă în cercetare, se insistă la un mecanism multifactorial care favorizează dezvoltarea acestora. Acești factori includ genetica, factorii de stres de mediu și modificări ale chimiei creierului.

Tulburările legate de anxietate includ afecțiuni legate de procesarea dezadaptativă a frustrărilor și modificările comportamentale asociate. Anxietatea este un concept clinic larg și apare cu trăsături particulare în fiecare tulburare și individ, cum ar fi anticiparea viitorului, accese de frică intensă cu senzații somatice sau grija de a fi judecat. Cele mai răspândite forme de tulburări anxioase la adulți sunt tulburarea de anxietate generalizată (GAD), tulburarea de panică (TP), agorafobia, fobia specifică (SP) și tulburarea de anxietate socială. (Bandelow & Michaelis, 2015).

Scenariul de tratament al anxietății include antidepresanții triciclici (TCA), inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRI), inhibitorii selectivi de recaptare serotonin-norepinefrin (SNRI), etc. Medicina convențională a avut succes în tratamentul tulburărilor de anxietate pentru majoritatea pacienților. Totuși, pacienții, dar și unii specialiști în domeniu, simt nevoia utilizării medicinei complementare și alternative (MCA) pentru ameliorarea suplimentară.

Centrul Național pentru Medicină Complementară și Alternativă din SUA definește MCA ca un grup de diverse sisteme, tehnici și practici medicale, care nu sunt considerate parte componentă a medicinei convenționale. *Medicina complementară* (MC) este considerată o verigă a medicinei convenționale, iar medicina alternativă (MA) se referă la utilizarea MCA în locul medicinei convenționale [1,12].

Categoriile de MCA includ: *sisteme medicale alternative* (Ayurveda, homeopatie, acupunctură, medicină chineză/orientală), *terapii naturiste* (vitamine, plante medicinale, suplimente alimentare), *medicina Mind-Body* (intervenții cognitive și spirituale: meditație, yoga, hipnoză, imaginația dirijată), *terapia energetică* (Reiki, terapii bazate pe stimulare electromagnetică, neurofeedback) și *terapii manipulative somatice, centrate pe corp* (chiropractică, masaj, relaxare musculară progresivă)[1,2,12].

Studiile epidemiologice sugerează că aproape 40% dintre pacienții cu anxietate folosesc tehnici adjuvante sau alternative cel puțin ca parte a tratamentului de bază [3,4].

Implementarea tehnicilor complementare și alternative ar fi putut fi determinată de încrederea scăzută în agenții farmacologici tipici, precum și de posibila convingere a pacienților că medicina naturista este mai sigură și mai eficientă. Prevalența MCA a crescut considerabil în ultimele decenii, în mare parte datorită combinării a mai multor factori, cum ar fi: creșterea gradului de conștientizare, schimbarea practicilor de sănătate, frica de dependența de medicația convențională și o eventuală nemulțumire față de metodele convenționale.

O creștere maximă a utilizării MCA a fost determinată în anii 1990-1997. O scădere modestă între 2002 și 2007 ar putea fi rezultatul studiilor din acea perioadă a sănătoarei (St. John's wort) și a mai multor rapoarte de toxicitate a anumitor agenți, toate instigând un element de frică. Oricum, utilizarea MCA a rămas în intervalul 25%–50%.[4-7]. O constatare, făcută de CDC din SUA, a stabilit că peste 50% dintre adulții cu vârsta peste 18 ani au folosit un anumit tip de MCA,

cu un raport femei/bărbați în favoarea primului contingent.[6]. În 2007 s-a raportat o scădere până la 38% între aceleași cohorte examinate, păstrându-se raportul între sexe[8].

O predispoziție deosebită pentru utilizarea CAM o au persoanele cu tulburări psihice, mai ales anxioși cu o afectare marcată a funcționării zilnice, care epuizează resurse ocrotirii sănătății și, totuși, nu dau dovada de o remisiune completă a stării lor [2,9-12].

Faptul care a încurajat intenția pacienților cu simptome și tulburări de anxietate de a se implica în aceste activități este inofensivitatea acestor metode prin aspectul complicațiilor și reacțiilor adverse.

Sisteme medicale alternative

În **Ayurveda**, stresul și anxietatea sunt legate de dezechilibre ale dosha-urilor, în special dosha-urile Vata și Pitta, care pot perturba echilibrul minte-corp. Aceste dezechilibre pot fi declanșate de diverși factori, cum ar fi alimentația proastă, rutinele perturbate, stimularea excesivă și tulburările emoționale.

Tratamentul Ayurveda pentru anxietate se concentrează pe restabilirea echilibrului printr-o combinație de abordări, inclusiv modificări ale dietei, remedii pe bază de plante (cum ar fi Ashwagandha și Brahmi), tehnici de relaxare, yoga și meditație, ajustările stilului de viață care promovează un sentiment de calm și rutină. Ayurveda caută nu numai să atenueze simptomele imediate ale stresului și anxietății, ci și să abordeze cauzele lor fundamentale prin alimentarea bunăstării mentale și emoționale generale.

Shri Chyawan Ayurveda a formulat o serie de medicamente ayurvedice pentru a oferi ameliorarea stresului, anxietății, depresiei și insomniei. Colecția conține pastile Kamini Vidrawan Ras și Ashwagandha.

În viața unei persoane, stresul, anxietatea, depresia și insomnia sunt tulburări foarte frecvente și mereu căutăm remedii pentru aceasta. Ayurveda are o mulțime de produse pentru a oferi o ușurare fără efecte secundare.

Stilulul de viață stabilizator pentru simptomatologia anxioasă presupune o *dieta caldă* și hrănitoare (legume aburite, supe de casă și dovlecei copti), până când se obține o ameliorare semnificativă a anxietății. Uneori, dacă simptomatologia anxioasă este rebela, este nevoie de o continuitate în această dietă pe termen lung.

O tactică excelentă este crearea unei rutine strict structurate a diurnei. Rutină, cu evitarea provocărilor spontane poate face minuni. Aceasta implică munca cu mese la ore regulate, exerciții sistematizate, ore regulate de odihnă și petrecerea timpului la aer liber în fiecare dimineață și seară. Rutina ajută la calmarea minții haotice.

Sunt încurajate incursiunile în natura sălbatică cel puțin o dată pe săptămână pentru o plimbare, o drumeție sau un picnic dacă anxietatea este severă. Rolul restaurator al naturii face parte din Ayurveda antică și este susținut și de știință.

Atitudinea holistică încurajează utilizarea **plantelor medicinale**. Una din ierburile ayurvedice pentru stabilizarea simptomatologiei anxioase este *Busuiocul Sfânt (Ocimum sanctum)*, probabil cea mai eficientă plantă, cu numeroase beneficii, inclusiv efecte anti-depresive ușoare, antioxidante, anti-stres/ protectoare suprarenale, proprietăți antivirale, antinociceptive, stabilizatoare de glicemiei etc. Este disponibil sub formă de ceai, tinctură, gel lichid, capsulă și pulbere. O doză medie recomandată este de 500-1000 mg de până la trei ori pe zi, dacă este necesar. Busuiocul Sfânt este o alternativă minunată al alcoolului pentru relaxarea și calmarea sistemului nervos și endocrin la sfârșitul zilei..

Ashwagandha (Withania somnifera) este una dintre cele mai echilibrante remedii. Este un tranchilizant și adaptogen cu efect minor tireotrop, care s-a dovedit a fi utilă și pentru cei cu o hipotiroidie subclinică. Din cauza proprietății „de încălzire”, ashwagandha nu este chiar potrivită utilizării îndelungate, deoarece în timp poate induce o iritabilitate. Cu toate acestea, nu este, de obicei, o problemă de a fi administrată câteva săptămâni în anxietatea epuizantă.

Homeopatia este bazată pe principiul „*similia similibus curantur*” fiind cunoscut încă de pe vremea lui Hipocrate. Homeopații cred că doze mai mici din același ingredient ar putea inversa simptomele. Nu există dovezi științifice concludente care să sugereze că aceste remedii

funcționează.

Următoarele remedii se găsesc pe lista homeopaților dedicați subiectului anxietate:

Arsenicum album - remediu pe bază de plante, poate fi efectiv în anxietatea cronică, depresie și simptomele gastrointestinale; *Ignatia* - poate ameliora depresia sau anxietatea posttraumatică; *Natrum muriaticum* - poate contribui la combaterea stresului cronic și depresia ușoară; *Sepia* - poate ameliora simptomatologia epuizantă a anxietății, în deosebi a celei post-partum; *Aconit* – utilizat în accesele acute de anxietate; *Argentum nitricum* - anxietate provocată de claustrofobie, acrofobie (frica de înălțime), geophyrofobie (frica de poduri și tuneluri); *Licopodium* – în atychifobii (frica de eșec); *Siliciul* – unii autori cred că siliciul ameliora anxietatea în cei cu o lipsă de încredere în sine și glossofobie (frica de a ține discursuri publice); *Stramonium* - în oneirofobii (frica de coșmaruri).

Cercetările recente neconcluzive asupra acestor remedii au fost efectuate în mare parte pe animale. De exemplu, un studiu din 2012 a constatat că *ignatia* ar putea ameliora anxietatea la șoareci. Șoarecii care au primit acest remediu au prezentat semne fizice reduse de anxietate.

Cu toate acestea, autorii unei revizuirii sistematice și a unei meta-analize din 2017 au analizat 75 de studii ale remediilor homeopate, fără, însă, a obține rezultate concludente [13].

Acupunctura clasică, cu ac și moxă, și formele sale derivate: electro-acupunctură, laser-acupunctură a devenit un tratament complementar popular pentru anxietate. Există unele dovezi științifice că acupunctura ameliorează simptomele de anxietate. Cu toate acestea, cercetătorii încă încearcă să determine efectul acupuncturii asupra unor tipuri specifice de anxietate, cum ar fi atacurile de panică, tulburarea de stres post-traumatic și tulburarea obsesiv-compulsivă.

Un studiu promițător din 2015, a constatat că acupunctura a îmbunătățit simptomele la persoanele cu anxietate rezistentă la alte tratamente, inclusiv psihoterapie și medicamente. Participanții au primit zece sesiuni de acupunctură de 30 de minute pe parcursul a 12 săptămâni. Ei au experimentat o reducere semnificativă a anxietății, chiar și la 10 săptămâni după tratament [14].

Cu toate acestea, două recenzii ale cercetărilor existente, una din 2007 și alta din 2013, confirmă că multe studii pe acest subiect nu sunt sigure. Unele cercetări au avut cohorte reduse de participanți – inclusiv cel menționat mai sus – în timp ce altele au fost prost proiectate. Partea bună este că aceste recenzii confirmă inofensivitatea acupuncturii, și pare să nu agraveze anxietatea.

Într-un studiu mai recent din 2016 pe șobolani, acupunctura s-a dovedit a fi eficientă. Cercetătorii au sugerat că acupunctura influențează modul în care organismul declanșează răspunsul fight-or-flight.

Cercetările arată că acupunctura este o opțiune viabilă și sigură, deși trebuie înțeles mai bine efectul acupuncturii asupra anxietății, atacurilor de panică și fobiilor. Dacă anxietate este rezistentă la tratament, sau persoana este tentată să încerce ceva nou, este suficientă convingerea că acupunctura nu agravează simptomele.

Terapiile naturiste

Modele umane, cât și cele animale au stabilit cu siguranță că tulburările de anxietate au cauză fiziopatologice intercalate cu cele ale mecanismelor proinflamatorii [15,16]. În ultimii ani, vitaminele, care de fapt sunt niște co-enzime ale proceselor biochimice și constituenți ale căilor antiinflamatorii, cum ar fi IL-1β, IL-6 și IL-18, au fost identificate drept agenți promițători în reducerea anxietății. Studiile asupra căilor antioxidante au postulat, de asemenea, că, atunci când stresul provoacă modificări biochimice, antioxidanții sunt capabili să neutralizeze radicalii liberi și să reprime calea stresului oxidativ, eliminând formele reactive de oxigen (ROS) și de azot (RNS) care pot dăuna neuronilor cerebrali. În consecință, acest proces poate duce la o reducere a simptomelor de anxietate.

De rând cu de antioxidanții enzimatici, cum ar fi glutathionperoxidaza și superoxid dismutaza, **Vitamina E** este un antioxidant ne-enzimatic cu un rol secundar în reducerea modificărilor oxidante rezultate din stres. Atât în depresie, cât și în anxietate, au fost implicate nivelurile serice scăzute de antioxidanți, cum ar fi vitamina E. Sursele naturale comune de vitamina E includ nucile și uleiurile vegetale. Mai multe studii au demonstrat eficiența terapiei cu

suplimente antioxidante la pacienții cu anxietate și depresie, prin mecanisme de sporire a rezervei antioxidante a sistemului biologic. În plus, suplimentarea cu vitamina E are puține efecte adverse asociate [17].

Plantele medicinale si-au găsit și ele locul în tratamentul antianxios. Dovezile eficacității plantelor medicinale și a suplimentelor ca anxiolitice sunt mixte. Reprezentanții acestei clase botanice sunt *Kava or kava kava* (*Piper methysticum*), *Floarea-pasiunii* (*Passiflora incarnata* Linnaeus), *Valeriana* (*Valeriana officinalis*), *Mușetelul* (*Matricaria recutita*), *Levănțica* (*Lavandula angustifolia*), *Balsam de lamaie* (*Melissa officinalis*), și desigur *sunătoarea* (*St. John's wort*). Două meta-analize bazate pe mai multe studii clinice randomizate (RCT) au constatat că *kava* pare a fi eficientă în tratarea simptomelor de anxietate. Cu toate acestea, potențialul de hepatotoxicitate al *Kava* a limitat recomandarea sa de către practicieni și chiar a determinat retragerea sa din schemele de tratament sin Uniune Europeană și Canada. *Kava* și rădăcina de valeriană pot potența efectul sedativ al benzodiazepinelor. În timp ce oferă o ameliorare temporară rapidă a anxietății, aceste suplimente ar putea duce la o interpretare eronată a eficacității terapiei cognitiv-comportamentale în același mod în care benzodiazepinele voalează procesul cognitiv și atribuirea efectelor tratamentului. În plus, utilizarea ilicită a acestor plante, ar putea deveni o strategie de coping, care ar antagoniza cu componenta esențială a terapiei clasice.

Am menționat mai sus efectul antianxios al sunătoarei. Acest efect este infim în comparație cu complicațiile potențiale. Sunătoarea interacționează medicamentos cu tratamentele farmacologice pentru anxietate, deoarece induce enzimele citocromului P450 CYP3A4, unicul substrat de metabolizare pentru multe benzodiazepine. În plus, este un inhibitor puternic al CYP2D6, substrat pentru majoritatea preparatelor serotonin-selective, antivirale și o serie de medicamente cardiovasculare.

O utilizare tot mai largă o au canabinoizii. Aspectul legal al acestei terapii rămâne la discreția autorităților. Zecile de studii efectuate pe animale de laborator în ultimele 3 decenii, au arătat că, în funcție de doză, canabinoizii ar putea reduce comportamentul similar anxietății umane. Chiar și câteva studii pe oameni au avut rezultate similare. Canabidiolii și canabigerolii, de rând cu THC (tetrahydrocanabinoizii derivați), au o afinitate sporită față de receptorii opioizi (CBN-receptori). Oficial aceste suplimente sunt indicate doar în sindroamele convulsive.

Intervențiile Mind-Body (Minte-corp) sunt o zonă de interes sporit al populației generale. Mai multe studii științifice au dovedit utilitatea lor pentru anxietate.

Mecanismele de bază pentru intervențiile minte-corp nu au fost clar stabilite. Cu toate acestea, au fost propuse diverse posibilități pentru meditația mindfulness, care poate fi, de asemenea, combinată cu alte tratamente mind-body. De exemplu, unii autori au sugerat că aceste practici minte-corp cresc „reperceperea”, „decentrarea” și „reevaluarea”, ceea ce permite unui individ să-și experimenteze gândurile în mod diferit. Această practică le permite o perspectivă mai largă de a nu fi la fel de rigizi cu experiența proprie, creând o cale alternativă, mai flexibilă de reacționare la eșecuri și o reglare optimă a emoțiilor. Un alt mecanism propus este *expunerea*, prin care o persoană se lasă „expusă” la stimuli evitați anterior (cum ar fi amintirile sau gândurile) în timp ce practică *non reactivitatea*; această practică duce la o mai mare acceptare, ceea ce, la rândul său, face ca stimulii să fie mai puțin provocatori în timp. Este nevoie de o cercetare mai aprofundată a mecanismelor de bază pentru intervențiile mind-body.

Meditația este un instrument minunat pentru vindecarea anxietății. Este o tehnologie străveche pentru a dobândi stăpânire asupra minții. Meditația implică o practică diligentă, renunțarea la gânduri, reglarea respirației și predarea în spațiul deschis al momentului curent. Meditația ar putea fi considerată o practică pentru tot restul vieții. Dacă pacientul reușește să-și controleze mintea în timp ce meditează, își poate gestiona mai ușor mintea și în restul zilei. În meditație, pacientul devine umilit de puterea gândurilor sale. Învăță să fie plin de compasiune, să riposteze – luptă pentru a avea un moment de liniște, pentru a avea pace în restul vieții sale. Darul luptei este „retragerea”, care este antidotul suprem împotriva rezistenței și este, de asemenea, cheia vindecării anxietății.

Retragerea contribuie la întreruperea atașării de trecut sau de ce s-ar putea întâmpla în

viitor, si ajută la concentrarea asupra mecanismelor de soluționare a conflictelor interne la moment. Pentru a vindeca anxietatea definitiv, trebuie găsită modalitate de a recunoaște fobiile.

Este important ca pacientul să învețe compasiune pentru el însuși și față de vulnerabilitățile eventuale. Acest moment este greu de controlat. Pentru pacienți este terifiantă confruntarea cu ideea sucombării sau perpetua conștientizare a posibilei injurii. Acesta este motivul pentru care anxietatea este atât de contagioasă. Cauza unei anxietăți epuizante este o atașare puternică, o încercare de a controla, sperând la un anumit rezultat și imposibilitatea de a se retrage din acest cerc vicios în favoarea unei strategii mai favorabile a soluționării problemei.

Cele mai bine studiate intervenții mind-body includ MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) și MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*). Ambele tehnici sunt programe standardizate și ghidate, care includ sesiuni de grup și antrenamente individuale la domiciliu. Cursurile sunt de 2-2,5 ore pe săptămână și sunt conduse de un instructor instruit; acestea includ o „retragere” de 1 zi, precum și o practică individuală zilnică audio-ghidată, timp de aproximativ 45 de minute pe zi. MBSR a fost creat de Jon Kabat-Zinn în 1979 pentru a ajuta pacienții cu durere cronică, dar de atunci a fost aplicat la multe alte probleme fizice și emoționale [18]. MBSR învață tehnici de meditație a atenției, inclusiv conștientizarea respirației, scanarea corpului și mișcarea conștientă, care ajuta pacienții să realizeze stimulii interni și externi, să observe procesele de gândire obișnuite și să recunoască factorii de stres, să aleagă mai ușor un feedback pozitiv.

MBCT a fost dezvoltat în 2002 de către Teasdale și colab. [19] cu scopul de a preveni recidivele depresiei majore. Metoda combină concepte și elemente din MBSR și adaugă principii de terapie cognitiv-comportamentală (TCC). La fel ca în TCC, pacienții sunt învățați să recunoască, fără multă raționalizare, gândurile automate și stările emoționale asociate. Scopul este de a-și schimba relația cu acele gânduri, mai degrabă decât să schimbe neapărat gândurile în sine. „Spațiul de respirație de 3 minute” este o tehnică cheie în MBCT. Ea ajuta la atragerea atenției asupra respirației și corpului după ce ai devenit conștient de gânduri și sentimente. Ambele programe încurajează incorporarea mindfulness în activitățile zilnice, precum și discuțiile de grup despre experiența individuală cu intervențiile minte-corp.

Yoga își are originea în India cu mii de ani în urmă, dar forma modernă practică în țările occidentale este o inovație a secolului al XIX-lea. Yoga modernă este eterogenă, incluzând multe subtipuri concepute pentru a lega mintea și corpul și poate include elemente de posturi statice (*asane*), mișcări de curgere (*vinyasas*), modele de respirație (*pranayama*) și atenție. Beneficiile sale pentru starea de spirit și simptomele de anxietate au fost documentate în literatură încă din anii 1970. Prin creșterea glutatoniului, un antioxidant natural, yoga este liniștitoare pentru sistemul nervos agitat și dezechilibrat.

O mare parte de cercetări au investigat impactul yoga asupra simptomelor de stres și anxietate în rândul unei varietăți de populații, inclusiv adulți sănătoși, precum și pacienți cu obezitate, artrită, cancer de sân și migrene. Cu toate acestea, relativ puține studii de yoga au investigat populațiile clinice psihiatrice cu tulburări de anxietate diagnosticate oficial.

Pe scurt, unele constatări promițătoare sugerează că yoga poate fi eficientă în reducerea anxietății în rândul populațiilor clinice, cu cele mai puternice dovezi pentru tulburarea de anxietate generalizată, dar, totuși, este dificil să se stabilească o legătură cauzală fermă între yoga și anxietate îmbunătățită.

Relaxare Musculară Progresivă (RMP) sau relaxarea aplicată a fost studiată pe scară largă în tulburările de anxietate în timpul anilor 1980, în special pentru tulburarea de anxietate generalizată, pentru care este considerată acum un tratament țintit. În RMP, pacienții sunt instruiți în sesiuni de psihoterapie pentru a utiliza tehnici de relaxare pentru a întrerupe sau a preveni simptomele de anxietate. Pacienții sunt învățați mai întâi să recunoască apariția simptomelor de anxietate; ei aplică apoi abilități specifice, cum ar fi antrenamentul de relaxare progresivă, care implică o respirație diafragmatică lentă, ritmată sau tehnici de imagine.

O revizuire recentă și o meta-analiză [19] au examinat 16 studii clinice care utilizează terapia de relaxare pentru tulburările de anxietate. Deși majoritatea studiilor au fost pentru tulburarea de anxietate generalizată, au fost reprezentate și tulburarea de panică și tulburarea de

anxietate socială; în plus, patru studii au fost pentru tulburări de anxietate mixte. Autorii au concluzionat un efect mediu-înalt; această constatare indică faptul că există un bun sprijin al cercetării pentru eficacitatea antrenamentului de relaxare pentru tulburările de anxietate.

Masajul suedez (MS) este una dintre formele cele mai frecvent utilizate de tratamente de masaj în comunitate. Se compune din mișcări lungi ritmice, frământare și atingere percutantă. De asemenea, MS s-a dovedit eficient pentru tratamentul tulburărilor de anxietate, așa cum a demonstrat într-un studiu realizat de Rapaport și colab. [20].

Tai-chi-ul a fost folosit de secole în China ca instrument terapeutic pentru mai multe afecțiuni. Deși a fost dezvoltat inițial ca o artă marțială, tai chi-ul a evoluat într-o formă de exercițiu minte-corp care implică o serie de mișcări sinergice și deliberate în timp ce schimbă centrul de greutate, însoțită de relaxare profundă și concentrare vizuală.

Deși datele sunt limitate, o Cercetare Clinica Randomizata (CCR) sugerează că la pacienții mai în vârstă (cu vârste cuprinse între 60 și 75 de ani) cu tulburare de anxietate, combinația de tai-chi cu paroxetină, după 45 de zile de tratament, a avut un efect antianxios mai evident în comparație cu paroxetină în monoterapie, cu rate mai scăzute de recidivă după întreruperea tratamentului cu paroxetină (9% vs. 43%) [21].

Mai multe recenzii sistematice au evaluat efectele tai-chi-ului asupra simptomelor de anxietate, dar fără tulburări de anxietate clar definite sau limite pentru scalele de anxietate. Concluziile acestor studii sunt consistente; tai chi a fost asociat pozitiv cu reducerea anxietății, dar calitatea studiilor publicate în literatură este modestă.

Qigong-ul este un exercițiu tradițional chinezesc minte-corp care ar putea fi folosit ca o tehnică de intervenție de gestionare a stresului care oferă abilități de relaxare, reducerea factorilor de stres și de a face față stresului. Qigong-ul implică exerciții minte-corp care integrează corpul, respirația și ajustările minții într-una singură, abordând atât aspectele psihologice, cât și fiziologice ale sănătății prin integrarea atât a formelor dinamice (de mișcare), cât și a formelor statice (nemișcată); ambele forme încorporează de obicei starea meditativă, în care trupul, respirația și mintea sunt un tot întreg. Tipurile de practică Qigong sunt Qigong auto-vindecare și „Baduanjin” [22-23].

Sunt necesare mai multe studii randomizate cu proiecte riguroase de cercetare pentru a stabili eficacitatea Qigong-ului ca intervenție pentru populațiile cu o anxietate diagnosticată clinic. Cu toate acestea, deoarece dovezile pentru Qigong continuă să se dezvolte, rezultatele promițătoare din mai multe CCR sunt încurajatoare [22].

Imaginația dirijată este o tehnică străveche de relaxare care se concentrează pe interacțiunea dintre creier, minte, corp și comportament folosind imaginația și procesarea mentală a pacientului pentru a forma o reprezentare mentală plăcută a unui obiect, loc, eveniment sau situație care să înlocuiască negativul sau senzațiile stresant [23,24]. Imaginația poate fi auto-dirijată sau condusă de un profesionist sau de o înregistrare tehnică.

Găsim un număr tot mai mare de literatură care ar putea susține această intervenție, confirmate de o serie de CCR-uri care evaluează efectele imaginației dirijate asupra simptomelor de anxietate în rândul populațiilor asimptomatice. Aceste studii au evaluat efectele imaginației dirijate în rândul populațiilor de adulți asimptomatici, non-clinici care încearcă să amelioreze stresul general și anxietatea, a părinților copiilor internați în spitale cu afecțiuni maligne, a adulților cu stres legat de muncă, pacienților care primesc hemodializă, cu sindrom de colon iritabil, adulților și copiilor cu anxietate preoperatorie și pacienților cu acrofobie (frică de înălțime)[24]. În fiecare dintre aceste studii, rezultatele anxietății au fost reduse semnificativ în urma intervenției cu imaginației dirijate în comparație cu grupurile de control.

Hipnoza în tratarea anxietății. Au fost studiate model mixte în care, pentru atenuarea simptomelor de anxietate, o intervenție de hipnoză a fost comparată cu o afecțiune de control. Din 399 de înregistrări examinate, 15 cercetări au încorporat 17 studii. La sfârșitul tratamentului activ, aceste studii au produs o medie ponderată a efectului de 0,79 ($p \leq 0,001$), indicând o reducere a anxietății cu aproximativ 79% în cohorta hipnotizată față de participanții de control. La cea mai lungă monitorizare, șapte studii au dat o mărime medie ponderată a efectului de 0,99 ($p \leq 0,001$),

demonstrând că hipnoza a ameliorat simptomatologia anxioasă în > 84% dintre participanții de control. Când a fost combinată cu alte intervenții psihologice, hipnoza a fost mai eficientă în reducerea anxietății, decât în cazul monoterapiei [25].

Terapia prin răs sau Yoga răsului (Hasyayoga) este un domeniu de cercetare relativ nou. Terapia combină răsul cu exercițiile de respirație (Pranayama). Oricine poate participa, oricine poate râde, yoga răsului neavând legătură cu glumele, poantele sau comediile. Recenziile au demonstrat un sprijin tot mai mare pentru terapia prin răs ca intervenție pentru simptomele de anxietate [26]. Mai multe studii randomizate au evaluat efectele terapiei prin răs în rândul pacienților cu mastectomie, cu fertilizare in vitro și a celor supuși dializei și au determinat că simptomele de anxietate au fost semnificativ reduse în comparație cu grupurile de control care au primit tratament clasic [27-29]. Un studiu a constatat că în rândul adulților diagnosticați cu depresie cu simptome de stres sau anxietate, reducerea simptomelor de anxietate nu a fost semnificativă. Din păcate, nici alte studii nu au fost mai convingătoare.

Terapii energetice

Dezvoltat în Japonia la mijlocul secolului al XIX-lea, **terapia Reiki** a fost folosită ca tratament pentru o varietate de afecțiuni. Conform definiției, Reiki este o formă de terapie energetică care implică punerea mâinilor „pe sau chiar deasupra unei persoane, cu scopul de a direcționa energia pentru a ajuta la facilitarea propriului răspuns de vindecare al persoanei” (Reiki).

Un studiu, care a evaluat efectul Reiki asupra durerii și anxietății la pacienții care erau bolnavi cronici, a constatat o reducere semnificativă a simptomelor de anxietate în grupul Reiki, în comparație cu grupul de control simulat [30].

Un alt studiu a repartizat bărbații cu cancer de prostată într-unul din trei grupuri: Reiki, relaxare și control. În urma intervenției, persoanele cu anxietate din grupul Reiki au avut anxietate redusă, dar diferențele dintre Reiki și celelalte două grupuri nu au fost statistic semnificative [30]. Un alt studiu a fost atribuit adulților în vârstă. Aceștia au fost subdivizați în două cohorte: unul de control Reiki și celălalt grupa de control în așteptare; nu s-au găsit diferențe semnificative statistic în scorurile schimbărilor de anxietate între grupuri [31].

În concluzie, datele actuale referitor tehnicii Reiki pentru anxietate sunt limitate. Revizuirile sistematice ale tehnicii în reducerea simptomelor de anxietate într-o varietate de populații au demonstrat constatări inconsecvente și variază mult în metodologie, ceea ce face dificilă compararea. Deși două CCR mai recente menționate aici [30,31] au găsit dovezi ale reducerii simptomelor de anxietate, studiile nu au fost realizate în rândul pacienților diagnosticați cu o tulburare de anxietate. Astfel, nu există dovezi de înaltă calitate care să arate că Reiki este benefic pentru tratamentul tulburărilor de anxietate.

Stimularea magnetică transcraniană (SMT) a fost evaluată ca o opțiune de tratament eficientă pentru pacienții cu tulburare depresivă majoră. Cu toate acestea, există studii limitate care au confirmat eficacitatea SMT pentru tulburările neuropsihiatrice, cum ar fi anxietatea și tulburările posttraumatice. SMT este o aplicație biomedicală a principiului lui Faraday de inducție electromagnetică, care funcționează prin generarea de curent electric puternic, care alternează rapid într-o bobină circulară, plasată pe suprafața craniului. Acest curent primar generează un câmp magnetic care se deplasează nestingherit prin păr, țesut moale, craniu și lichid cefalorahidian (adică, aceste structuri sunt afectate minim de câmpul magnetic) până când ajunge la neuronii cortexului. La acest nivel, câmpul magnetic se transformă înapoi într-un curent electric (secundar) capabil să depolarizeze neuronii și să genereze un potențial de acțiune, care va fi transmis apoi de la sinapsă la sinapsă printr-un circuit închis. În dependență de parametri imputați, SMT poate induce modificări funcționale de lungă durată și poate provoca fie un efect de potențare de durată, fie un efect depresiv de durată asupra neuronilor corticali, iar acest lucru poate modula dinamica fiziologică în regiunile creierului căile conductoare (Huerta & Volpe, 2009). În acest context, SMT are potențialul de a modula terapeutic proprietățile aberante ale circuitului. Dezvoltarea tehnică recentă a introdus variante ale protocoalelor tradiționale: SMT repetitiv (SMT_r), SMT profund (SMT_d) sau stimularea theta-burst (TBS) pentru tratamentul patologiei obsesiv-compulsive și

stărilor maniacal-depresive.

Neurofeedback. O serie de studii din literatura existentă au afirmat că în tratamentul tulburărilor de anxietate, pentru a îmbunătăți neuroreglarea și stabilitatea, neurofeedback-ul se concentrează pe sistemul nervos central și pe creier (Fovet et al., 2015). Astfel, reglarea activității creierului poate afecta modificările comportamentale (Marzbani și colab., 2016; Van der Kolk și colab., 2016). Modalitățile actuale de imagistică aplicate în neurofeedback includ imagistica prin rezonanță magnetică în timp real (RT-MRI – real time magnet resonance induction), spectroscopie funcțională în aproape-infraroșu (fNIRS – functional near-infrared spectroscopy) și electroencefalografia (EEG). De exemplu, într-un studiu de provocare socială in vivo (Lori-Ann et al. (2013)), au fost explorate asimetria lobului frontal, folosind fNIRS, pentru a evalua asimetria prefrontală a studenților de sex feminin în 2 cohorte cu simptomatologia anxioasă: ridicată și scăzută. Rezultatele au arătat că grupul cu anxietate ridicată a prezentat o tendință nesemnificativă către o majorare a activității frontale drepte, și aceasta doar la o evaluare a cortexului prefrontal, neimplicând alte sectoare cerebrale.

Neurofeedback-ul poate controla în mod eficient traseele undelor cerebrale, posedă avantajele unei intervenții non-invazive, adică cu puține efecte adverse, este relativ simplă, sigură și convenabilă (Vernon și colab., 2003). Analiza semnalelor neurofiziologice demonstrează utilitatea neurofeedback-ului în ameliorarea simptomelor de anxietate.

Concluzii. Analizând datele limitate în raport cu riscul general scăzut pentru terapiile menționate, nu se poate afirma ca aceste metode pot înlocui tratamentul de bază al unei tulburări de anxietate; totuși, aceste intervenții, în special MBI și yoga, pot juca un rol important în planul de tratament general. Există dovezi impunătoare pentru eficiența MBSR și MBCT, RMP și yoga în tratamentul mai multor tulburări neuropsihiatrice, în deosebi în tulburarea de anxietate generalizată.

Când se analizează opțiuni de intervenție complementară sau alternativă, este nevoie să se ia în considerare costul, accesibilitatea, preferințele pacientului și potențiala sinergie cu tratamentele tradiționale. Diverse tipuri de yoga au devenit mai accesibile în toată țara și pot fi găsite în majoritatea orașelor în instituții de îngrijire a sănătății, săli de sport, studiouri private și centre de sănătate. În schimb intervențiile MB, tind să fie mai puțin accesibile și pot fi mai costisitoare. Tratamentele Mind-body nu sunt adesea rambursate de companiile de asigurări de sănătate, deși există și excepții.

De asemenea, trebuie luate în considerare potențialele riscuri și efecte secundare ale acestor metode. Potrivit Centrului Național de Medicină Complementară și Alternativă de la Institutul Național de Sănătate din SUA, tratamentele complementare pot aduce prejudicii pacienților din cauza „pretențiilor față de așteptări”, speranțe false, posibile efecte adverse... și posibilitatea ca pacienții vulnerabili cu boli grave să fie induși în eroare”[32]. Deși majoritatea intervențiilor sunt sigure și bine tolerate, studiile au raportat depersonalizare, anxietate, panică și recidiva amintirilor posttraumatice; în plus, în cazul întreruperii bruște a intervenției, au fost raportate psihoze și manie[32].

Aceste terapii ar putea completa fie farmacoterapia, fie psihoterapia ca parte a unui plan de tratament mai amplu; ele ar putea fi utilizate, de asemenea, în cazurile în care simptomele sunt ușoare sau când pacienții își doresc cu fermitate un tratament non-farmacologic.

Referințe bibliografice:

1. *What is Complementary and Alternative Medicine?* National Center for Complementary and Alternative Medicine. [April 27, 2011]; [updated March 24, 2011]; disponibil pe următorul link: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#definingcam>.
2. MAMTANI R, CIMINO A. *A primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems*. *Psychiatr Q.* 2002;73(4):367–381. [PubMed]
3. BYSTREETS A, HOVAV S, SHERBOURNE C, STEIN MB, ROSE RD, CAMPBELL-SILLS L, GOLINELLI D, SULLIVAN G, CRASKE MG, ROY-BYRNE PP, *Use*

- of complementary and alternative medicine in a large sample of anxiety patients; *Psychosomatics*. 2012 May;53(3):266-72. Epub 2012 Feb 1.
4. BARNES PM, BLOOM B, NAHIN RL. *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007.*, Natl Health Stat Report. 2008;
 5. GOLDBECK-WOOD S, DOROZYNSKI A, LIE L. *Complementary medicine is booming worldwide*. *BMJ*. 1996;313(7050): 131–3. [PMC articol access gratis]
 6. BARNES PM, POWELL-GRINER E, MCFANN K, NAHIN RL. *Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002*. *Adv Data*. 2004;(343):1–19. [PubMed]
 7. ZOLLMAN C, VICKERS A. *ABC of complementary medicine. Users and practitioners of complementary medicine*. *BMJ*. 1999;319(7213):836–838. [PMC articol access gratis]
 8. *Quick Stats: Percentage of Adults Aged >18 Years Who Used Complementary and Alternative Medicine (CAM), by Selected Diseases and Conditions and Sex—National Health Interview Survey, United States, 2007*. [April 27, 2011]; Centers for Disease Control and Prevention. 2008 disponibil pe linkul: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5735a5.htm>. [Ref list]
 9. HOFFMAN DL, DUKES EM, WITTCHEN HU. *Human and economic burden of generalized anxiety disorder*. *Depress Anxiety*. 2008;25(1):72–90. [PubMed]
 10. KONNOPKA A, LEICHSENDRING F, LEIBING E, KONIG HH. *Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review*. *J Affect Dis*. 2009;114(1/3):14–31. [PubMed]
 11. KESSLER RC, SOUKUP J, DAVIS RB, FOSTER DF, WILKEY SA, VAN ROMPAY MI, ET AL. *The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States*. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):289–294. [PubMed]
 12. ALEXANDER BYSTRITSKY, M.D., PH.D., SARIT HOVAV, M.D., CATHY SHERBOURNE, PH.D., MURRAY B. STEIN, M.D., M.P.H., RAPHAEL D. ROSE, PH.D., LAURA CAMPBELL-SILLS, PH.D., DANIELA GOLINELLI, PH.D., GREER SULLIVAN, M.D., M.S.P.H., MICHELLE G. CRASKE, PH.D., AND PETER P. ROY-BYRNE, M.D. *Use of Complementary and Alternative Medicine in a Large Sample of Anxiety Patients*. *Psychosomatics*. 2012 May-Jun; 53(3): 266–272.
 13. ROBERT T. MATHIE, NITISH RAMPARSAD, LYNN A. LEGG, JÜRGEN CLAUSEN, SIAN MOSS, JONATHAN R. T. DAVIDSON, CLAUDIA-MARTINA MESSOW, AND ALEX MCCONNACHIE *Randomised, double-blind, placebo-controlled trials of non-individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis*. *Syst Rev*. 2017; 6: Art. 63. Publicatie online 2017 Mar 24.
 14. ARMOUR M, SMITH CA, WANG LQ, NAIDOO D, YANG GY, MACPHERSON H, ET AL. *Acupuncture for depression: a systematic review and meta-analysis*. *J Clin Med*. (2019) 8:1140. 10.3390/jcm8081140 [PMC free article]
 15. MAYDYCH V. *The Interplay Between Stress, Inflammation, and Emotional Attention: Relevance for Depression*. *Front. Neurosci*. 2019;13:384. doi: 10.3389/fnins.2019.00384. [PMC free article]
 16. WELCOME M.O. *Cellular mechanisms and molecular signaling pathways in stress-induced anxiety, depression, and blood–brain barrier inflammation and leakage*. *Inflammopharmacology*. 2020;28:643–665. doi: 10.1007/s10787-020-00712-8. [PubMed]
 17. KABAT-ZINN J, MASSION AO, KRISTELLER J, ET AL.: *Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders*. *Am J Psychiatry* 1992.; 149: 936 – 943. 10.1176/ajp.149.7.936 [PubMed]
 18. TEASDALE JD, SEGAL ZV, WILLIAMS JMG, ET AL.: *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy*. *J Consult Clin Psychol* 2000.; 68: 615 – 623. 10.1037/0022-006X.68.4.615 [PubMed]

19. KIM HS, KIM EJ: *Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis*. Arch Psychiatr Nurs 2018.; 32: 278 – 284. 10.1016/j.apnu.2017.11.015 [PubMed]
20. RAPAPORT MH, Schettler P, Larson ER, et al.: *Acute Swedish massage monotherapy successfully remediates symptoms of generalized anxiety disorder: a proof-of-concept, randomized controlled study*. J Clin Psychiatry 2016.; 77: e883 – e891 [PubMed]
21. CALDWELL KL, BERGMAN SM, COLLIER SR, ET AL.: *Effects of tai chi chuan on anxiety and sleep quality in young adults: lessons from a randomized controlled feasibility study*. Nat Sci Sleep 2016.; 8: 305 – 314. 10.2147/ NSS. S117392 [PMC free article] .
22. YING W, MIN QW, LEI T, ET AL.: *The health effects of Baduanjin exercise (a type of Qigong exercise) in breast cancer survivors: a randomized, controlled, single-blinded trial*. Eur J Oncol Nurs 2019.; 39: 90 – 97. 10.1016/j.ejon.2019.01.007 [PubMed] [CrossRef]
23. CHEN KW, BERGER CC, MANHEIMER E, ET AL.: *Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Depress Anxiety 2012.; 29: 545 – 562. 10.1002/da.21964 [PMC free article]
24. MARQUES MMDS, FERREIRA MBG, DE OLIVEIRA LF, ET AL.: *Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial*. Rev Lat Am Enfermagem 2018; 26:e3101. Available at doi:10.1590/1518-8345.2850.3101 10.1590/1518-8345.2850.3101 [PMC free article]
25. KEARA E. VALENTINE, LEONARD S. MILLING, LAUREN J. CLARK ET CAITLIN L. MORIARTY. *The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Volume 67, 2019, Issue 3
26. TAGALIDOU N, DISTLBERGER E, LODERER V, ET AL.: *Efficacy and feasibility of a humor training for people suffering from depression, anxiety, and adjustment disorder: a randomized controlled trial*. BMC Psychiatry 2019.; 19: 93. 10.1186/s12888-019-2075-x [PMC free article] [PubMed]
27. YOU ES, CHOI YH: *The effects of laughter therapy on pain and anxiety among patients with postmastectomy*. Journal of East-West Nursing Research 2012.; 18: 47 – 52 [Google Scholar]
28. CHUNG HJ: *The effect of laughter therapy on infertility stress and anxiety of women receiving in vitro fertilization*. Fertil Steril 2011.; 96: S195 – S196. 10.1016/j.fertnstert.2011.07.758 [CrossRef] [Google Scholar]
29. BENNETT PN, PARSONS T, BEN-MOSHE R, ET AL.: *Laughter and humor therapy in dialysis*. Semin Dial 2014.; 27: 488 – 493 .10.1111/sdi.12194 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
30. DRESSEN, LJ, SINGG, S: *Effects of reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill patients*. Subtle Energies & Energy Medicine 1998.; 9: 51 – 82 [Google Scholar]
31. RICHESON NE, SPROSS JA, LUTZ K, ET AL.: *Effects of reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults*. Res Gerontol Nurs 2010.; 3: 187 – 199. 10.3928/19404921-20100601-01 [PubMed] [CrossRef]
32. BRIGGS JP, KILLEN J: *Perspectives on complementary and alternative medicine research*. JAMA 2013.; 310: 691 – 692 . 10.1001/jama.2013.6540 [PubMed] [CrossRef]

TRAININGUL AUTOGENIC ÎN AMELIORAREA ANXIETĂȚII

CREANGĂ Elena,

Doctor în pedagogie, conferențiar universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: elenacreanga77@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0777-3711>

CARANFIL Milena,

student ciclul II PC

Facultatea de Psihologie si Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova

Email golembiewskiemilia@gmail.com

REZUMAT

Antrenamentul autogen, cunoscut și sub numele de terapie autogenă, utilizează răspunsul natural de relaxare a corpului pentru a contracara simptomele mentale și fizice nedorite. Prin utilizarea tehnicilor de respirație, a stimulilor verbali specifici și a meditației conștiente, antrenamentul autogen ne poate ajuta să reducem stresul, pentru a realiza relaxarea corpului și a minții și este adesea utilizat în psihologia sportului, dar poate oferi beneficii persoanelor care se confruntă cu o gamă largă de preocupări.

Cuvinte-cheie: anxietate, tehnici de respirație, relaxarea mușchilor, meditație.

SUMMARY

Autogenic training, also known as autogenic therapy, uses the body's natural relaxation response to counteract unwanted mental and physical symptoms.

By using breathing techniques, specific verbal stimuli and mindful meditation, autogenic training can help us reduce stress to achieve relaxation of body and mind. Autogenic training is often used in sports psychology, but it can provide benefits to people dealing with a wide range of concerns.

Key words: anxiety, breathing techniques, muscle relaxation, meditation.

Introducere:

Tulburările de anxietate reprezintă o patologie în continuă creștere, atât în cabinetele de psihiatrie, cât și în cele ale psihoterapeuților. Statisticile arată că, la nivel mondial, peste trei sute de milioane de oameni au anxietate. Se pare, însă, că numărul real al persoanelor anxioase este cu mult mai mare decât arată cifrele, pentru că foarte mulți oameni suferă în tăcere și nu caută tratament pentru anxietate. Starile de anxietate au menirea biologică de a ne ține treji în fața pericolului și de a ne mobiliza resursele și eforturile fizice, emoționale și psihice. Anxietatea este o reacție normală la stres sau la situații periculoase și poate fi considerată o parte naturală a vieții. Este o emoție caracterizată de neliniște, teamă, îngrijorare și tensiune. În anumite circumstanțe, anxietatea poate să fie benefică, deoarece poate alerta individul cu privire la pericole iminente și poate stimula o reacție de auto-apărare. Cu toate acestea, atunci când anxietatea devine excesivă, persistentă și interferează semnificativ cu viața de zi cu zi, poate fi considerată un simptom al unei tulburări de anxietate. Tulburările de anxietate includ o gamă variată de condiții, cum ar fi tulburarea de anxietate generalizată, fobii specifice, tulburarea de panică și tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC), printre altele.

Simptomele anxietății includ: oboseala, îngrijorare constantă și încordare, reacții disproporționate la stimuli, episoade mai lungi sau mai scurte de depresie, tensiune musculară,

insomnie, dureri abdominale, durere în cosul pieptului, puls mărit sau neregulat, aritmii, transpirație, cefalee, etc.

Pentru **anxietate** este nevoie de tratament psihoterapeutic personalizat, dar în primul rând de constientizarea individului că este o persoană anxioasă. Apoi, că aceste semnale pe care corpul le transmite nu vin de la o afecțiune organică de cap, stomac, inimă, intestine, ci sunt reacții ale tuturor acestor organe la tulburarea nervoasă din interiorul propriului corp gândurile negative de teamă, alerta și îngrijorarea ajung să dezechilibreze sistemul nervos.

Oamenilor le sunt adesea prescrise medicamente pentru anxietate, dar acestea sunt mai puțin eficiente pe termen lung și au efecte secundare, astfel încât tehnicile de relaxare sunt de multe ori preferate. Una dintre ele este antrenamentul autogenic, care a fost dezvoltat în Germania de Johannes Schultz în anii 1920. Schultz a fost un psiholog care a studiat sub îndrumarea neurologului Oscar Vogt, fiind influențat de multe dintre ideile acestuia. Cei doi au cercetat somnul și hipnoza și au constatat că unii pacienți au experimentat senzații de greutate, căldură și alte semne de relaxare profundă în timp ce erau hipnotizați. Pe baza acestor constatări, Schultz a formulat o modalitate sistematică de a induce pacienților acest răspuns de relaxare, pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate. [1]

Procesul antrenamentului autogenic implică folosirea auto-sugestiei pentru a influența conștient și subconștient diferite funcții corporale. Persoanele care practică această tehnică învață să se concentreze asupra senzațiilor fizice și să genereze gânduri pozitive pentru a induce o stare de calm și relaxare. Antrenamentul autogenic se bazează pe ideea că stările mentale și emoționale pot afecta corpul și invers. Câteva elemente cheie ale antrenamentului autogenic includ:

- Respirație Controlată: Persoanele învață să regleze și să încetinească respirația pentru a induce o stare de relaxare.

- Auto-sugestie Pozitivă: Se utilizează fraze sau gânduri care induc stări pozitive, precum "Măinile mele sunt calde și grele" sau "Sunt calm și relaxat."

- Focalizarea Asupra Senzațiilor Fizice: Persoanele sunt îndrumate să își îndrepte atenția către senzațiile din diferite părți ale corpului, concentrându-se pe relaxarea acestora.

- Vizualizare și Imaginație: Se folosește imaginația pentru a crea scene relaxante sau sigure, contribuind astfel la reducerea anxietății.

Înșușirea fiecărei serii de exerciții permite trecerea la exercițiul următor. Regulile sunt foarte bine puse la punct, metoda fiind îndelung studiată atât în laborator, cât și experimental. Cheia succesului metodei constă în adeziunea deplină la tratament a pacientului și în stabilirea unei relații autentice de comunicare cu terapeutul său. Exercițiile individuale durează între 3-12 minute, apreciindu-se că timpul poate fi scurtat pe măsura însușirii tehnicii. Intervalul dintre ședințe este variabil [2]. Fiecare ședință se va concentra pe o senzație diferită, generată în corp, fiind necesar să luăm rând următoarele etape:

- Inducând greutate. Indiciile verbale sugerează greutate în corp.
- Inducând căldură. Indiciile verbale induc sentimente de căldură.
- Practica inimii. Indiciile verbale atrag atenția asupra bătailor inimii.
- Practica respirației. Indiciile verbale se concentrează pe respirație.
- Practica abdominală. Indiciile verbale se concentrează pe senzațiile abdominale.
- Practica capului. Indiciile verbale se concentrează pe răcoarea frunții.

Scopul fiecărei sesiuni este ca persoana să simtă un sentiment de calm la încheierea ei și să aibă un control mai bun asupra răspunsurilor emoționale, fiziologice și fizice nedorite la stimuli. Cei care practică antrenamentul autogen și îl utilizează în mod regulat îl pot găsi ca un tratament eficient pentru o gamă largă de probleme de sănătate fizică și mentală [1]

Oamenii dispun de o capacitate înăscută de a se relaxa fizic și mental. Totuși cea mai mare parte dintre ei o folosesc puțin sau incorrect. Schultz recomandă ca relaxarea să se realizeze într-o cameră lipsită de excitanți senzoriali, cu luminozitate slab și confort termică, subiectul putând adopta una din următoarele trei poziții:

1. decubitus dorsal (culcat pe spate).
2. poziția în fotoliu (capul sprijinit, membrele superioare așezate confortabil pe brațele

fotoliului, cu coapsele ușor îndepărtate și gamba în unghi drept);

3. poziția „birjarului” (așezat pe scaun, coloana ușor aplecat din talie și brațele rezemate pe coapse).

În perioada de învățare a tehnicii este indicat practicarea acesteia sub îndrumarea unui psiholog sau medic. Subiecții sunt instruiți să lucreze și acasă, de două ori pe zi, câte 7-10 minute. După însușirea temeinică a tehnicii, se poate prelungi durata relaxării individuale până la 15 minute. În absența terapeutului, este recomandabil utilizarea unor casete audio cu textul înregistrat. Antrenamentul autogen cuprinde următoarele două cicluri de exerciții:

Ciclul inferior („micapsihoterapie”):

- 1.trăirea senzației de greutate în mâini și picioare
- 2.trăirea senzației de căldură în mâini și picioare
- 3.controlul bătăilor inimii
- 4.controlul respirației
- 5.perceperea senzației de vasodilatație în zona plexului solar
- 6.perceperea senzației de vasoconstricție în zona frunții

Schultz considera că aceste exerciții se însușesc într-un interval de șase până la zece săptămâni, subiectul reușind să obțină, în urma practicării lor, un calm interior și o stare hipnotică.

După aproximativ 1 an de exersare și stăpânire a tehnicii, se poate trece la ciclul superior, a cărui însușire completă durează aproximativ 3-6 ani.

Ciclul superior („marea psihoterapie”):

- 1.concentrare pe culoarea preferată;
- 2.concentrare pe culori impuse de terapeut
- 3.concentrare pe obiecte concrete
- 4.concentrare pe idei abstracte
- 5.trăirea „sentimentului propriu” (a stării afective preferate de subiect)
- 6.interogarea propriului subconștient.

De menționat este faptul că realizarea exercițiilor din cadrul ciclului superior presupune o bună stăpânire a relaxării, precum și o îndrumare adecvată din partea psihologului/ medicului.

Experiența clinică ne atestă faptul că antrenamentul autogen se poate folosi cu succes în toate afecțiunile nevrotice, rezultate slabe fiind înregistrate în cazul tulburărilor de personalitate și al psihozelor. De asemenea, nu este indicat persoanelor cu defecte intelectuale notabile (demență sau oligofrenie) ori celor care nu au o motivație de vindecare îndeajuns de puternică.

Antrenamentul autogen poate fi utilizat atât în psihoterapie, cât și preventiv, în pregătirea psihologică a sportivilor, în amortizarea rezonanței stărilor afective negative, în creșterea capacității de concentrare și autoreglare a stărilor psihice. Kretschmer (1963) îl recomandă atât în insomnii, în tulburările de ritm cardiac și ale circulației sanguine, cât și în toate afecțiunile psihosomatice. De asemenea, algiile de origine diversă și unele cazuri de alcoolism incipient pot fi influențate favorabil. În perioadele de efort îndelungat care impun o mare mobilizare prosexică (conducerea anumitor aparate, activitate concentrată), o deconectare de 5-20 de minute poate procura o senzație de refacere și înviorare exterioară. Cu alte cuvinte, antrenamentul autogen poate constitui o bună metodă de „gimnastic a spiritului aplicat concentrării” [2]

În cadrul antrenamentului autogenic, terapeutul folosește cuvinte și fraze specifice pentru a ghida persoana în direcția relaxării și a inducerii stărilor dorite. Aceste cuvinte și sugestii sunt concepute pentru a crea o reacție de relaxare la nivel fizic și mental. Iată câteva exemple de fraze comune utilizate în antrenamentul autogenic:

- "Mâinile tale sunt calde și grele."

Aceasta este o sugestie care încurajează persoana să se concentreze asupra senzațiilor de căldură și greutate în mâini, indicând o stare de relaxare.

- "Respiri profund și lin."

Ghidarea privind respirația este frecvent utilizată pentru a încuraja respirația controlată și relaxarea.

- "Corpul tău este relaxat și liniștit."

O sugestie care vizează starea generală a corpului, încurajând relaxarea și liniștea.

- "Te simți calm și în siguranță." O afirmare care are ca scop amplificarea senzației de calm și siguranță în mintea persoanei.

- "Gândurile tale trec pe lângă tine ca norii pe cer."

Aceasta este o analogie des utilizată pentru a sugera că gândurile pot fi observate, dar nu trebuie să domine mintea sau să creeze stres.

"Urechile tale aud doar sunetele blânde din jur."

O sugestie care direcționează atenția asupra senzațiilor auditive, încurajând ascultarea calmă a mediului înconjurător.

- "Imaginează-ți un loc plăcut și relaxant."

Utilizarea imaginației pentru a crea o scenă mentală care induce relaxare și bucurie. Aceste fraze sunt adaptate în funcție de nevoile individuale ale persoanei și de obiectivele tratamentului. Importanța constă în folosirea unui limbaj care să faciliteze starea de relaxare și să contribuie la îmbunătățirea stării de bine a individului. Este important ca terapeutul să ajusteze cuvintele și sugestiile în funcție de răspunsurile și preferințele specifice ale persoanei.

Rezultate și discuții:

În timpul procesului de antrenament autogen, mai multe aspecte se întâmplă la nivel fizic și mental. Aceste schimbări sunt rezultatul concentrării conștiente asupra senzațiilor și folosirii sugestiilor pentru a induce o stare de relaxare. Iată câteva aspecte cheie ale ceea ce se întâmplă în acest proces: relaxare fizică; respirație controlată; schimbări în circulație; reducerea activității mintale agitate; creșterea conștientizării; îmbunătățirea bunăstării emoționale; creșterea relaxării generale.

Deși este cunoscut ca fiind un tratament eficient pentru stres, antrenamentul autogen poate avea multe alte efecte benefice. Cele mai multe studii confirmă că antrenamentul autogen este un tratament eficient pentru: (1) migrene, hipertensiune, astm, somatizare, anxietate, depresie, distimie, insomnie sau altele probleme de somn, (2) tratarea unor probleme de sănătate psiho-emoțională, psiho-somatică și fiziologică, cum ar fi: atacurile de panică, fobiile, durerea cronică, problemele stomacale, palpitațiile inimii etc, (3) dezvoltarea capacității de a face față stresului mai eficient atunci când acesta apare. Antrenamentul autogen ne ajută să ne simțim mai pozitivi, (4) dezvoltarea unui sentiment mai puternic de abilitare și control asupra vieții noastre. Practicarea antrenamentului autogen ne ajută să experimentăm o mai mare încredere în sine și o stimă de sine crescută", explică psihologul Laura Maria Cojocaru. [3]

Pentru a practica singuri antrenamentul autogen sunt necesari următorii pași:

1. Respirăm de câteva ori lent și uniform. Dacă nu am făcut-o deja, petrecem câteva minute practicând respirația diafragmatică. Spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

2. Ne concentrăm atenția asupra brațelor. Repetăm încet de șase ori: „Brațele mele sunt foarte grele”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

3. Reorientăm atenția asupra brațelor. Repetăm liniștit și încet de șase ori: „Brațele mele sunt foarte calde”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

4. Ne concentrăm atenția asupra picioarelor. Repetăm încet de șase ori: „Picioarele mele sunt foarte grele”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

5. Redirecționăm atenția asupra picioarelor. Repetăm încet de șase ori: „Picioarele mele sunt foarte calde”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

6. Repetăm liniștit și încet de șase ori: „Bătăile inimii mele sunt calme și regulate”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

7. Repetăm încet de șase ori: „Respirația mea este calmă și regulată”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

8. Repetăm liniștit și încet de șase ori: „Abdomenul meu este cald”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

9. Repetăm liniștit și încet de șase ori: „Fruntea mea este plăcut de răcoroasă”. Apoi spunem în liniște: „Sunt complet calm”.

10. Ne bucurăm de senzația de relaxare, căldură și greutate. Când suntem gata, spunem în

liniște: „Brațele mele sunt ferme, respir profund, cu ochii deschiși”.

Exercițiile individuale ne induc o stare de relaxare profundă – baza pentru sănătatea fizică și mentală. Corpul nostru are o reacție detectabilă la simpla imaginație a căldurii sau a greutateii: pielea se încălzește, mușchii se relaxează, pulsul încetinește. Devenim mai calmi, mai atenți și mai rezistenți. Stresul cronic, pe de altă parte, subminează funcțiile cheie ale corpului, cum ar fi sistemul imunitar.

Concluzii:

Eficacitatea antrenamentului autogenic depinde de consistența practicii. Este important să fie învățat sub supravegherea unui profesionist calificat sau a unor surse veridice și să fie practicat în mod regulat pentru a observa beneficiile pe termen lung. Prin concentrarea asupra respirației controlate, inducerii senzațiilor de calm și utilizării gândurilor pozitive, tratamentul autogenic promovează o relaxare profundă. Practicându-l, sunteți în posesia unei strategii esențiale de combatere a anxietății, de reducere a stresului și de dinamizare a dezvoltării personale.

Referințe bibliografice:

1. <https://www.garbo.ro/articol/Psihologie/27665/trainingul-autogen-schultz-ce-este-si-cum-ne-ajuta-in-pandemie.html> (vizitat 22.07.2024)
2. <https://ru.scribd.com/document/93904558/antrenamentul-autogen> (vizitat 24.07.2024).
3. <https://timispress.ro/lifestyle/psihologie/dezvoltare-personala-ce-este-si-cum-ne-poate-ajuta-antrenamentul-autogen/> (vizitat 22.07.2024).

SIMPTOMATICA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE

CREANGĂ Elena,

Doctor în pedagogie, conferențiar universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: elenacreanga77@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-0777-3711>

BUZA Elena,

masterandă,

Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova

lena.buza@mail.ru

REZUMAT

Tulburările de anxietate reprezintă afecțiuni psihologice frecvente, caracterizate prin simptome precum neliniște persistentă, teamă excesivă și reacții de evitare. Aceste tulburări au un impact semnificativ asupra calității vieții individului și pot afecta în mod negativ funcționarea socială și profesională. Scopul acestei cercetări este de a examina simptomatologia tulburărilor de anxietate, evidențiind principalele simptome și manifestări ale acestora. De asemenea, se va explora și impactul acestor tulburări asupra individului și modalitățile de diagnostic și evaluare a lor.

Cuvinte-cheie: tulburări de anxietate, simptome, manifestări, impact, diagnostic, evaluare.

SUMMARY

Anxiety disorders are common psychological conditions characterized by symptoms such as persistent restlessness, excessive fear, and avoidance reactions. These disorders have a significant impact on the individual's quality of life and can negatively affect social and professional functioning. The aim of this research is to examine the symptomatic aspects of anxiety disorders, highlighting their main symptoms and manifestations. Additionally, the impact of these disorders on the individual and methods of diagnosis and assessment will be explored.

Key words: anxiety disorders, symptoms, manifestations, impact, diagnosis, assessment.

Introducere

O îngrijorare a secolului XXI este numărul mare de persoane care manifestă tulburări de anxietate. Aceasta este una din cele mai frecvente tulburări psihice cu care se confruntă psihologii la etapa actuală reprezentând de asemenea, și principala cauză pentru care persoanele solicită ajutor în cadrul centrelor de sănătate mintală. Importanța acestei tulburări e demonstrată de sondaje în care se menționează că în timpul vieții, 29 % dintre oameni pot avea *simptomele* unei tulburări anxioase (atac de panică, fobie, anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, stres posttraumatic etc.) [1].

Simptomatica tulburărilor de anxietate poate varia în funcție de tipul și severitatea tulburării, iar înțelegerea acesteia este esențială pentru o diagnosticare diferențială corectă și intervenție adecvată. În acest articol, vom explora simptomele somatice, psihologice și cognitive ale anxietății, precum și impactul acestei tulburări în viața individului.

Starea de anxietate în viața de zi cu zi este o experiență emoțională normală, însă e și o stare afectivă patologică, caracterizată prin neliniște psihomotorie, teamă nedeslușită [2]. Dacă însă starea de anxietate evoluează în tulburări de anxietate, ce sunt asociate cu afectarea funcțională și provoacă suferință sau tulburări semnificative, aceasta devine excesivă, persistentă și perturbă activitățile zilnice sociale, profesionale ale individului, atunci devine o anxietate „anormală”. Tulburările de anxietate afectează starea de spirit și comportamentul oamenilor având repercusiuni asupra productivității la muncă, a vieții personale și de asemenea duc la dificultăți de interrelaționare cu ceilalți, performanță școlară scăzută, afectarea gândirii, a învățării și putând produce chiar distorsionarea percepțiilor, de asemenea persoanele ce suferă de tulburări anxioase au puterea de concentrare, memoria asociativă și de evocare scăzută. Astfel, o persoană anxioasă va selecta anumite lucruri sau evenimente din jur și va exagera importanța altora în încercarea de a-și justifica anxietatea ca răspuns la o situație înfricoșătoare

Analizând literatura de specialitate e semnificativ de evidențiat că aceasta e definită de către Janet P. ca fiind o „teamă fără obiect” [3], iar în Manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (DSM-5) se subliniază faptul că anxietatea este simțită de către pacienți ca o frică nejustificată, o *anticipare unei amenințări viitoare*.

Trebuie să înțelegem că anxietatea este constituită din două componente întotdeauna, **una fiziologică și alta psihologică**, persoana fiind conștientă de existența ambelor.

Anxietatea poate fi experimentată cu simptome zilnice lungi, care durează mult (cu durată de peste 6 luni) care reduc calitatea vieții, fapt cunoscut ca tulburarea de anxietate generalizată sau poate fi experimentată prin atacuri de panică imprevizibile, repetate care cresc rapid în intensitate, fiind însoțite de simptome somatice și sau/cognitive fiind cunoscută ca tulburarea de panică [4, p.189].

În cadrul tulburărilor anxioase sunt cuprinse atât tulburările care au anxietatea ca simptom central (tulburarea de panică și tulburarea de anxietate generalizată), cât și tulburări în care anxietatea este secundară unor scheme cognitive și conduite inadecvate, așa ca: tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările fobice.

Tot în cadrul tulburărilor anxioase se descriu și stările de anxietate care sunt răspunsuri anormale la diferiți stresori (tulburările de adaptare), ca și reacțiile psihologice la evenimente traumatizante (tulburarea acută de stres și tulburarea de stres posttraumatic).

Simptomele de anxietate se pot întinde ca număr, intensitate și frecvență, în funcție de persoană. În timp ce aproape toți au experimentat anxietatea la un anumit punct al vieții, cei mai

mulți nu dezvoltă probleme pe termen lung cu anxietatea [5, 6].

E important de accentuat că orice tulburare anxioasă este diagnosticată doar dacă simptomele nu pot fi atribuite efectelor fiziologice ale unui substanțe sau medicament sau a unei afecțiuni medicale [4, p.189].

Printre **simptomele psihologice** ale tulburărilor de anxietate pot fi manifestate :

- **frică și neliniște** până la **iritabilitate și hipervigilență**. Persoanele afectate de tulburările de anxietate pot avea sentimente de **nesiguranță și teamă excesivă** în fața evenimentelor sau situațiilor obișnuite. De asemenea, pot prezenta **simptome de depresie**, cum ar fi **tristețea sau lipsa de plăcere** în activități care în mod normal le-ar oferi plăcere . Aceste simptome psihologice pot cauza suferință semnificativă și pot afecta relațiile interpersonale și calitatea vieții persoanei .

Printre **simptomele somatice** ale tulburărilor de anxietate sunt incluse [6]:

- **Neurologice**, precum cefaleea, vertijul, paresteziile, amețea sau presincope, iluzii vizuale, încrețșarea vederii, hiperestezie.
- **Digestive**, precum durerea abdominală, greața, vomă, diareea, indigestia, gura uscată, accelerări ale tranzitului intestinal, colici .
- **Respiratorii**, precum dispneea(senzația de „lipsă de aer” sau „de sufocare”) ; senzația de constricție toracică; tahipnee ; senzația de „nod în gât”
- **Cardiace**, precum palpitații, tahicardia sau durerea toracică, durere precordială; sincopă
- **Musculare**, precum oboseala, tremurul, contracturi musculare, hipotonie musculară; tresăriri musculare; dureri lombare.
- **Cutanate**, precum transpirația sau mâncărimea.
- **Uro-genitale**, precum polachiuria, perseverența urinară, dispareunia sau impotența.
- **Vegetative**, precum uscăciunea gurii, paloarea feței, hiperemie la nivelul tegumentelor feței și bazei gâtului („în decolteu“), transpirații, bufeuri de căldură.

Pe lângă simptomele somatice și psihologice persoanele care suferă de tulburări anxioase pot prezenta și o gamă largă de **simptome cognitive**. Printre acestea se numără *preocuparea excesivă, gândurile negativiste și anticiparea evenimentelor negative*. Persoanele se pot confrunta cu *dificultăți de concentrare, probleme de memorie și o tendință de a exagera riscurile și pericolele din mediul lor*. Aceste simptome cognitive pot afecta capacitatea de luare a deciziilor și de a se angaja în activități cotidiene.

Simptomele diferă în funcție de *tipul de anxietate* de care pacientul suferă. Există însă **simptome pe care toate tulburările anxioase le au în comun:**

- **reații fizice** – de ex., transpirație, tremurături, bătăi de inimă rapide, dificultăți de respirație, greață, leșin.
- **gânduri disfuncționale** (constante)– de ex. „dacă o să vorbesc în fața publicului, și o să greșesc, toată lumea o să mă creadă un inept” și din aceste motive multe persoane evită situațiile de discursuri publice din convingerea că nu sunt suficienți de buni.
- **comportament de evitare** – o persoană anxioasă poate să ajungă să evite mai multe situații, de exemplu acest comportament îl întâlnim în agorafobie(când persoana evită locurile unde sunt multe persoane ca concerte, târguri ș.a) și atac de panică(din sentimentul de hipervigilență că s-ar putea din nou repeta un atac de panică, persoana evită orice situație ce i-ar putea induce un nou atac de panică) .

Deoarece persoana are gânduri negative și evaluează irațional situațiile care îi provoacă anxietate, emoții negative foarte intense, reacții fizice puternice, și eventual experiențe negative, o plasează într-un cerc vicios, din care nu poate ieși.

E benefic de subliniat că recunoașterea simptomelor tulburării de anxietate la un pacient nu se traduce adesea într-un diagnostic de tulburare de anxietate cum cred multe persoane.

Deși simptomele de anxietate sunt adesea identificate, există diferențe în ceea ce privește semnificativitatea clinică a acestor simptome. Anxietatea în contextul afecțiunilor medicale

generale poate complica și mai mult diagnosticul, în sensul că angajații din sistemul de sănătate pot stabili simptomatologia tulburărilor de anxietate (de exemplu, dificultăți de respirație), ca fiind legată de o problemă de sănătate.

Multe persoane nu acuză simptome de anxietate, ca o problemă principală. În schimb prezintă multiple simptome somatice concomitente, anxietatea nefiind recunoscută (rămânând subdiagnosticată). Semnalele posibile la care ar trebui să fie atenți personalul medical dacă suspectează prezența anxietății sunt [7]:

- Absenteism de la serviciu;
- Vizite frecvente la medicul generalist cu diverse simptome somatice incoerente;
- Simptome de stres persistente și non-specifice, de ex., iritabilitatea, dificultăți de concentrare sau tulburări de somn;
- Simptome de genul hiperventilării (amețeală, furnicături, senzație de apăsare în piept);
- Simptome somatice persistente ca amețeala, tahicardia și aritmia;
- Solicitări pentru prescrierea de medicamente somnifere sau tranchilizante;
- Abuzul de alcool sau substanțe;
- Simptomele depresive;
- Eveniment traumatizant din viață;
- Schimbări în funcționare, de ex., comportament de evitare.

Când sunt prezente astfel de simptome, personalul medical care se confruntă cu pacienți care s-ar putea afla într-o stare emoțională dificilă ar trebui să pună mai multe întrebări referitor la diagnosticul simptomelor de anxietate. Dacă simptomele sunt prezente, trebuie puse întrebări vizând, de exemplu, frecvența și severitatea stării de anxietate. Personalul medical trebuie să îi acorde pacientului timp suficient pentru a-și spune povestea vieții, simptomele, primul debut al bolii și impactul afecțiunii asupra funcționării cotidiene și suferința cauzată de aceasta. Dacă terapeutul consideră necesar, poate fi utilizată o gamă largă de instrumente de monitorizare pentru diagnostic, ca interviurile (structurate/semistructurate, chestionarele de autoevaluare) sau să redirecționeze pacientul la psihologul clinic unde acesta va fi evaluat prin utilizarea unei game largi de **instrumente de evaluare** ca :

- ✓ Scala pentru Tulburare de Anxietate Generalizată;
- ✓ Scala Hamilton de evaluare a anxietății;
- ✓ Inventarul de Anxietate Stare – Trăsătură STAI a lui Spielberger;
- ✓ Inventarul Beck de Anxietate
- ✓ Scala de autoevaluare a anxietății a lui Zung
- ✓ Chestionarul Patru Dimensional al Simptomelor ș.a

Aceste instrumente de evaluare vor permite diagnosticul severității simptomelor și identificarea tipului specific de tulburare de anxietate, în vederea stabilirii unui plan de tratament adecvat și excluderea altor tulburări sau probleme de sănătate.

E semnificativ în diagnosticarea tulburărilor anxioase de ținut cont de câteva **aspecte cheie de diagnostic diferențial din perspectiva DSM-5** ca:

- *Excluderea altor tulburări* excluzând alte condiții medicale sau psihiatrice care ar putea explica simptomele prezentate de pacient. Este important să se exploreze o gamă largă de posibilități pentru a ajunge la un diagnostic precis.
- *Durata și dezvoltarea simptomelor* (și atacurilor de panică)
- *Compararea simptomelor* profesionalii din domeniul sănătății mintale trebuie să compare simptomele pacientului cu criteriile de diagnostic specificate în DSM-5 pentru diferite tulburări mentale. Acest proces de comparare și eliminare ajută la identificarea diagnosticului corect.
- *Istoricul clinic și evoluția simptomelor* este prioritar să se ia în considerare istoricul clinic al pacientului și evoluția simptomelor în timp. Unele tulburări mentale pot avea anumite modele de debut sau evoluție, iar aceste informații pot oferi indicii semnificative pentru diagnostic.
- *Depistarea situațiilor cauzatoare de anxietate*
- *Comportamentul de evitare*

- *Utilizarea substanțelor interzise sau a medicamentelor*
- *Evenimente traumatice*
- *Simptome concomitente (amețeli, durere, probleme de somn sau concentrare)*
- *Comportament compulsiv*
- *Probleme de stres sau la serviciu*
- *Gânduri suicidale*
- *Evaluarea comorbidității* (ex. stare de depresie, halucinații) în diagnosticul diferențial trebuie să se țină cont și de posibilitatea prezenței simultane a mai multor tulburări mentale. Acest aspect este important pentru a asigura un plan de intervenție și de tratament adecvat și comprehensiv.
- *Colaborarea interdisciplinară* diagnosticul diferențial implică colaborarea cu profesioniști din diferite domenii, cum ar fi psihiatria, psihologia, neurologia și medicina generală, pentru a obține o înțelegere completă a situației clinice a pacientului.

După cum deducem din cele relatate mai sus în cercetarea noastră anxietatea poate fi determinată de o combinație complexă de *factori genetici, biochimici, neurologici și psihosociali*. Istoricul familial de tulburări de anxietate, dezechilibrele chimice din creier, expunerea la traume sau stres cronic, precum și factorii de mediu și evenimentele de viață stresante pot crește riscul dezvoltării tulburărilor de anxietate. De asemenea, personalitatea individului, reziliența și stilurile de coping pot juca un rol important în susceptibilitatea și gestionarea anxietății.

Material și metode. Pentru realizarea acestui articol, am consultat și analizat o gamă largă de surse bibliografice, literatura de specialitate din studii științifice, cărți și reviste specializate în domeniul psihologiei și al tulburărilor de anxietate. Am selectat informații relevante și actualizate pentru a prezenta o abordare comprehensivă a simptomaticii tulburărilor de anxietate.

Concluzii. Tulburările de anxietate reprezintă afecțiuni psihologice frecvente, caracterizate de simptome și manifestări variate. Înțelegerea simptomaticii acestor tulburări este esențială pentru diagnosticarea și tratamentul eficient al acestora. Identificarea precoce a simptomelor și accesul la intervenția adecvată pot contribui la ameliorarea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții persoanelor afectate. Combinația de terapie cognitiv-comportamentală, medicație și abordări de gestionare a stresului poate fi benefică în gestionarea anxietății. Cu o abordare integrată, care să cuprindă și intervenții psihologice și farmacologice, anxietatea poate fi gestionată cu succes, permițând individului să ducă o viață satisfăcătoare și echilibrată. Deopotrivă, este importantă conștientizarea publicului larg cu privire la aceste tulburări, pentru a reduce stigmatizarea și pentru a promova un mod de viață sănătos, activ și suportul social.

Referințe bibliografice:

1. CLARK D.A., BECK A.T. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press, 2010.
2. HOLDEVICI, I. *Psihoterapia anxietății*. București: Editura Dual Tech, 2002, 400 p. ISBN 973- 85535-2-4.
3. CEMORTAN, S., PALADI, O. *Repere metodologice ale socializării copiilor de vârstă timpurie*. Chișinău: IȘE, 2015. 112 p. ISBN 978-9975-48-089-5.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (ediția a V)*. Callisto, 2016. ISBN 978-606-8043-14-2.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care*. Geneva, 2016. ISBN 978-92-4-154769-7.
6. TESTA A, GIANNUZZI R, SOLLAZZO F, PETRONGOLO L, BERNARDINI L, DAINI S. „*Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms*”. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2013 Vol.17.
7. *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (3e Revisie, 2013)*. Trimbos instituut, 1-8-2013.

TULBURAREA DE CONDUITĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

DIȚA Maria,

doctor în psihologie, conferențiar universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: ditamarcela83@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8951-4133>

MEGHEA Gabriela,

studenta ciclul II, PC

Facultatea de Psihologie si Asistență Socială,
Universitatea de Studii Europene din Moldova,

Email gmegeha@gmail.com

REZUMAT

Acest articol, oferă o prezentare privind factorii de risc asociați cu tulburarea de conduită la copii și adolescenți, accentuând teoriile recente cu privire la modul în care acești factori pot influența dezvoltarea unui copil, putând duce la comportamente care contravin normelor și drepturilor sociale. Observăm mai multe căi de dezvoltare, fiecare influențată de factori de risc și mecanisme cauzale distincte. Concluziile subliniază importanța reevaluării metodologiilor și interpretărilor, precum și a evaluării și diagnosticului tulburărilor de conduită. În plus, evidențiază necesitatea abordărilor de tratament personalizat și recunoașterea acestor necesități, de-a lungul diferitor etape de dezvoltare a tulburării.

Cuvinte-cheie: evaluare, trăsături lipsite de empatie, tulburare de conduită, căi de dezvoltare, tratament.

SUMMARY

This article provides an overview of research into the risk factors associated with conduct disorder, emphasizing recent theories on how these factors can impact a child's development, potentially leading to behaviors that contravene societal norms and rights. The research supports multiple developmental pathways, each influenced by distinct risk factors and causal mechanisms. The findings underscore the importance of reevaluating research methodologies and interpretations, as well as the assessment and diagnosis of conduct disorder. Furthermore, they highlight the necessity of tailored, comprehensive treatment approaches that acknowledge the diverse needs of youth along different developmental pathways.

Key words: assessment, callous-unemotional traits, conduct disorder, developmental pathways, treatment.

Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5) clasifică Tulburările de Conduită ca fiind parte a clasei de tulburări etichetate ca "*Tulburări Disruptive, de Control a Impulsului și de Conduită*", care implică probleme în autocontrolul emoțiilor și a comportamentului.

Tulburarea de conduită (TC) este definită ca un model repetitiv și persistent de comportament, care încalcă drepturile altora sau normele sociale majore sau regulile adecvate vârstei (Asociația Americană de Psihiatrie).

Simptomele TC se încadrează în patru categorii principale:

- 1) Agresiune împotriva oamenilor și animalelor;
- 2) Distrugerea proprietății;

- 3) Înșelătorie sau furt ;
- 4) Încălări serioase ale regulilor (de exemplu, absentism școlar, fugă de acasă).

Căile de dezvoltare a Tulburărilor de Conduită

Începutul adolescenței versus începutul copilăriei

Numeroase revizuiți ale cercetărilor, susțin diferențe importante între copiii care încep să prezinte probleme grave de conduită și comportament antisocial în copilărie față de cei ale căror manifestări de comportament antisocial nu apar decât în adolescență. Copiii din grupul cu debut în copilărie încep adesea să prezinte probleme ușoare de conduită (de exemplu, comportament opozițional, crize de furie) încă din preșcolaritate sau începutul școlii primare, iar problemele lor comportamentale tind să crească ca frecvență și severitate pe tot parcursul copilăriei și în adolescență . În contrast, grupul cu debut în adolescență nu prezintă probleme comportamentale semnificative în copilărie, dar încep să manifeste comportament antisocial și delincent semnificativ coincizând cu debutul adolescenței (*Moffitt, 2006*). În plus față de modelele diferite de debut, grupul cu debut în copilărie are mai multe șanse să prezinte comportamente agresive în copilărie și adolescență și are mai multe șanse să continue să prezinte comportament antisocial și criminal și în viața adultă.[1]

Astfel, subtipurile de TC cu debut în copilărie și adolescență prezintă traiectorii foarte diferite ale comportamentului antisocial, atât în ceea ce privește modelele lor de debut, cât și traiectoria lor pe parcursul vieții. În plus, există acum un corp destul de extensiv de cercetări care sugerează că cele două grupuri diferă și în ceea ce privește factorii de risc dispoziționali și contextuali care par să implice procese de dezvoltare diferite ce conduc la comportamentele disruptive ale celor două grupuri (*Frick & Viding, 2009; Moffitt, 2006*). Pentru a rezuma aceste constatări, TC cu debut în copilărie pare să fie mai strâns legată de deficite neuropsihologice (ex. deficite în funcționarea executivă) și cognitive (ex. inteligență scăzută). De asemenea, copiii care prezintă modelul de debut în copilărie par să prezinte mai mulți factori de risc de natură temperamentală și de personalitate, cum ar fi impulsivitatea, deficitele de atenție și problemele în reglarea emoțională. Acest grup prezintă, de asemenea, rate mai mari de instabilitate familială, mai mult conflict familial și părinți care utilizează strategii de disciplină mai puțin eficiente. Atunci când copiii din grupul cu debut în adolescență diferă de copiii de control fără probleme de conduită, se întâmplă adesea prin prezentarea unor nivele mai ridicate de rebeliune și prin respingerea mai mare a valorilor convenționale și a ierarhiilor de statut (*Dandreaux & Frick, 2009*).

Diferitele rezultate și factorii de risc pentru cele două subtipuri de indivizi antisociali l-au determinat pe Moffitt să propună că copiii din grupul cu debut în copilărie își dezvoltă comportamentul problematic printr-un proces tranzacțional care implică un copil dificil și vulnerabil (de exemplu, impulsiv, cu deficite verbale) care trăiește într-un mediu de creștere inadecvat (de exemplu, supraveghere parentală slabă, școli de calitate scăzută). [2]

Acest proces tranzacțional și disfuncțional perturbă socializarea copilului, ducând la relații sociale precare cu persoanele atât din interiorul (părinți și frați) cât și din afara (colegi și profesori). Aceste perturbări conduc la vulnerabilități durabile care pot afecta negativ ajustarea psihosocială a copilului pe tot parcursul vieții. În contrast, copiii din grupul cu debut în adolescență prezintă o exagerare a procesului normativ al rebeliunii adolescenței. Adică, majoritatea adolescenților manifestă un anumit nivel de rebeliune față de părinți și alte figuri de autoritate (*Brezina & Piquero, 2007*). Această rebeliune face parte dintr-un proces prin care adolescentul începe să-și dezvolte propria sa identitate autonomă și unică. Conform lui Moffitt, copilul din grupul cu debut în adolescență se implică în comportamente antisociale și delincente ca o încercare greșită de a obține o senzație subiectivă de maturitate și statut de adult într-un mod maladaptiv (de exemplu, încălcând normele sociale), dar încurajată de un grup de colegi antisociali. Având în vedere că comportamentul lor este considerat o exagerare a unui proces specific adolescenței, și nu datorită unei vulnerabilități durabile, comportamentul lor antisocial are mai puține șanse să persiste dincolo de adolescență. Cu toate acestea, ei încă pot avea deficiențe care persistă în viața adultă datorită consecințelor comportamentului lor antisocial din adolescență (de exemplu, un cazier judiciar, abandonul școlar, abuzul de substanțe).

Emoții prosoziale limitate versus dereglementare. Această distincție între comportamentul antisocial început timpuriu și cel început mai târziu a fost folosită pentru a desemna grupuri distincte de copii cu TC și pentru a desemna modele distincte de comportament criminal la tineri de mai mulți ani (*Patterson, 1986*). A fost adăugată pentru prima dată în *DSM* ca parte a criteriilor pentru TC în cea de-a patra ediție a manualului (*American Psychiatric Association, 1994*), și a fost păstrată în următoarea sa revizie (*American Psychiatric Association, 2013*). Mai exact, *DSM-5* include următorul specificator pentru diagnosticul de TC:

-Tipul cu debut în copilărie. Indivizii prezintă cel puțin un simptom caracteristic TC înainte de vârsta de 10 ani.

-Tipul cu debut în adolescență. Indivizii nu prezintă niciun simptom caracteristic TC înainte de vârsta de 10 ani (*American Psychiatric Association, 2013*).[2]

Mai recent, a existat o recunoaștere tot mai mare a unei alte distincții care ar putea fi importantă pentru desemnarea căilor de dezvoltare importante către TC. După cum s-a menționat mai sus, TC cu debut în copilărie este considerat a fi indicativ pentru o vulnerabilitate durabilă care rezultă dintr-o interacțiune între trăsăturile dispoziționale ale copilului și problemele în mediul său de creștere. Cu toate acestea, ar putea exista mai multe tipuri diferite de vulnerabilități în cadrul grupului cu debut în copilărie care reflectă consecințe dezvoltării diferite ale acestei interacțiuni. În *DSM-5*, a fost adăugat un alt specificator pentru TC. Mai exact, acest specificator, care este denumit „Cu Emoții Prosoziale Limitate”, este aplicat persoanelor care îndeplinesc criteriile pentru TC și care prezintă cel puțin două dintre următoarele simptome pe o perioadă îndelungată de timp (adică cel puțin 12 luni) și în mai multe relații și medii:

- Lipsa de remușcare sau vinovăție;
- Lipsă de empatie/calculat;
- Fără preocupare pentru performanță;
- Afect superficial sau deficitar.

Aceste simptome au fost etichetate ca fiind dimensiunea afectivă a psihopatiei (*Hare & Neumann, 2008*) sau ca trăsături insensibile-nesimțitoare TIN (*Frick, 2012*). Acești indicatori specifici și pragul diagnostic de două simptome au fost alese pe baza unor analize secundare extinse ale datelor dintr-un număr mare de eșantioane de tineri din diferite țări (*Kimonis, 2015*). Aceste analize au indicat că aceste patru criterii au fost constant cele mai bune, în diferite tipuri de eșantioane în diferite țări. În plus, pragul de două simptome pare să desemneze distincții clinic semnificative în rândul copiilor și adolescenților cu probleme severe de conduită (*Kahn, Frick, Youngstrom, Findling, & Youngstrom, 2012; Kimonis, 2014*). Este important de menționat că aceștia din grupul cu debut în copilărie sunt cei mai predispuși să prezinte aceste rate ridicate de trăsături (*Bauer, Whitman, & Kosson; Dandreaux & Frick, 2009*). Cu toate acestea, doar o minoritate din copiii cu TC cu debut în copilărie prezintă rate ridicate ale acestor trăsături, de obicei, doar 25% -30% dintre copii care îndeplinesc criteriile pentru TC îndeplinesc și criteriile pentru specificatorul „Cu Emoții Prosoziale Limitate” (*Kahn, 201*). [4]

În concluzii, cercetările recente privind copiii și adolescenții cu TC au convergat în mare măsură către indicarea faptului că există mai multe căi de dezvoltare importante și într-o anumită măsură distincte care pot duce la problemele grave de conduită care definesc această tulburare. Astfel, teoriile cauzale recente au încercat să contabilizeze aceste căi distincte de dezvoltare cu implicații importante pentru modul în care este realizată cercetarea. Adică, cercetarea nu ar trebui să se mai concentreze simplu pe documentarea factorilor de risc asociați cu TC sau pe identificarea factorilor de risc care explică cel mai mult sau cel mai unic grad de varianță în măsurile comportamentului antisocial, agresiunii sau delincvenței. Astfel de metode pot duce la rezultate inconsistente și uneori înșelătoare. În mod specific, o variabilă ar putea fi asociată cu simptomele TC sau ar putea diferenția între copiii cu și fără TC în ansamblul eșantionului.

Implicații pentru evaluarea TC

Frick și McMahon rezumă metodele pentru evaluarea dacă nivelul de probleme de conduită al unui copil este suficient de sever și încălcător pentru a îndeplini criteriile pentru TC sau altă diagnoză. Cu toate acestea, cercetarea asupra căilor de dezvoltare a TC sugerează, de

asemenea, că chiar și între copiii care prezintă comportamente suficient de severe și încălcătoare pentru a îndeplini pragul diagnostic pentru TC, poate exista o mare variație în nivelul de severitate a comportamentului copilului și cantitatea de rău pe care o provoacă altora. Ca urmare, criteriile DSM-5 pentru TC includ, de asemenea, un specificator de severitate bazat pe numărul de simptome ale TC afișate de persoana cu tulburare și cantitatea de rău pe care o provoacă altora. În mod specific, o persoană care îndeplinește criteriile pentru TC poate prezenta următoarele niveluri de severitate:

- Ușoară - cu câteva simptome dincolo de pragul diagnostic și comportament care provoacă relativ puțin rău altora (de exemplu, minciună, absenteism școlar);
- Moderată - numărul de simptome și cantitatea de rău provocată altora sunt intermediare față de cele specificate ca "ușoară" sau "severă";
- Severă - multe simptome dincolo de pragul diagnostic care provoacă un rău considerabil altora (de exemplu, viol, utilizare de armă).

Astfel, prima consecință a căilor multiple către TC pentru evaluare este necesitatea de a evalua cu atenție nivelul de severitate al comportamentului copilului sau adolescentului, având în vedere variația mare în severitate între persoanele cu tulburare.[5]

A doua consecință pentru evaluările clinice este necesitatea de a evalua numărul mare de factori de risc care pot fi asociați cu TC pe parcursul diferitelor căi de dezvoltare. Adică, în fiecare cale descrisă mai sus, există un număr mare de factori de risc care pot perturba procesele de dezvoltare importante care duc la TC. De exemplu, anumite trăsături de personalitate (de, atitudini care resping ierarhiile de statut tradiționale) și influențe contextuale (ex, supravegherea deficitară a părinților, asocierea cu un grup de colegi devianți) pot duce la rebeliunea exagerată manifestată de persoanele în calea adolescentului-onset. Similar, anumite factori dispoziționali (de exemplu, niveluri ridicate de reactivitate emoțională, inteligență verbală scăzută) și contextuali (de exemplu, disciplină aspră și inconstantă din partea părinților) pot duce la probleme în dezvoltarea reglării comportamentale și emoționale adecvate manifestate de copiii cu TC cu debut în copilărie, dar care prezintă niveluri normative ale trăsăturilor TIN. Alți factori dispoziționali (de exemplu, niveluri scăzute de reactivitate emoțională la stresul celorlalți) și contextuali (de exemplu, căldura parentală scăzută) pot juca un rol în eșecul de a dezvolta nivele adecvate de empatie și vinovăție la acei copii cu TC care prezintă niveluri crescute de trăsături TIN.

Astfel, cercetarea privind căile de dezvoltare poate ajuta la ghidarea evaluărilor clinice cu privire la tipurile de factori de risc care ar trebui evaluați și să ofere o orientare cu privire la modul în care acești factori ar fi putut contribui la dezvoltarea TC. Ca rezultat, este important să se evalueze direct comportamentele cheie care diferențiază căile de dezvoltare diferite. Aceste indicatori sunt următorii:

- Vârsta la care au apărut comportamentele grave asociate cu TC la copil;
- Nivelul de trăsături TIN- manifestat de copil.[6]

Implicații pentru tratamentul TC

Cercetarea privind diferitele căi de dezvoltare TC are, de asemenea, mai multe implicații importante pentru intervenție. O implicație cheie a acestui abordaj este **importanța prevenirii**. După cum s-a menționat anterior, grupul de copii cu TC care sunt cei mai agresivi și care au cea mai mare probabilitate de a-și continua comportamentul antisocial în viața adultă încep adesea să prezinte probleme de conduită ușoare foarte devreme în copilărie. În mod important, există mai multe intervenții care s-au dovedit eficiente în tratarea problemelor de conduită care apar în stadiul timpuriu al dezvoltării (Eyberg, Nelson și Boggs, 2008). De exemplu, există un grup de programe de tratament numite Training în Managementul Părintelui (TMP) sau "training comportamental pentru părinți" care s-au dovedit a fi destul de eficiente în reducerea problemelor de conduită la copiii mici (Kazdin, Whitley și Marciano, 2006). Aceste intervenții îi învață pe părinți cum să:

- Dezvolte și să implementeze programe structurate de management al consecințelor pentru a schimba comportamentul copilului lor acasă;
- Îmbunătățească calitatea interacțiunilor părinte-copil (de exemplu, implicându-se mai

mult în activitățile copiilor lor, îmbunătățind comunicarea părinte-copil, crescând căldura și afectivitatea părintească);

- Folosească strategii de disciplină mai eficiente (de exemplu, să fie mai consecvenți în disciplină, să folosească o varietate de abordări disciplinare).

Deși aceste programe de parenting sunt destul de eficiente în reducerea problemelor de conduită la copiii mici, eficacitatea acestor programe este semnificativ redusă în copilăria și adolescența ulterioară (Eyberge, 2008). Prin urmare, intervenția devreme în traiectoria de dezvoltare a problemelor de conduită cu debut în copilărie reprezintă un obiectiv important pentru prevenirea agresiunii și comportamentului antisocial serios ulterior. Cu toate acestea, aceste intervenții necesită ca un copil să prezinte deja probleme de conduită grave și afectante, chiar dacă la o vârstă fragedă. O tendință emergentă în studiile de tratament este de a interveni în familiile cu copii mici care prezintă anumite factori de risc (de exemplu, un temperament fără frică, o reglare emoțională slabă) pentru problemele de conduită, folosind programe care promovează dezvoltarea socială și emoțională pozitivă și previn debutul problemelor.[7]

A doua implicare asupra căilor de dezvoltare către TC este că intervențiile trebuie să fie cuprinzătoare și să vizeze multiple factori de risc. A treia implicare a modelului de dezvoltare a TC este că intervențiile nu doar trebuie să fie cuprinzătoare, ci trebuie să fie și individualizate. Adică, dat fiind că procesele cauzale care duc la comportamentul antisocial par să varieze în funcție de diferitele căi de dezvoltare către TC, nu există probabil niciun tratament "**cel mai bun**" pentru această tulburare. În schimb, intervențiile trebuie să fie adaptate la nevoile individuale ale copiilor cu TC, iar aceste nevoi vor fi probabil diferite în funcție de mecanismele specifice care stau la baza tulburării comportamentale a copilului.

După cum s-a menționat anterior, copiii și adolescenții care prezintă niveluri semnificative de trăsături de TIN reprezintă o provocare destul de mare în tratament. Acești tineri adesea nu înregistrează îmbunătățiri semnificative în urma tratamentelor tradiționale de sănătate mintală. Cu toate acestea, în ciuda reacției lor slabe la multe tratamente tradiționale, cercetările recente au sugerat, de asemenea, că copiii cu trăsături crescute de TIN nu sunt "imposibil de tratat" și pot răspunde pozitiv la unele tratamente intensive care sunt adaptate factorilor lor de risc cognitiv și emoționali unici.

Cercetările, sugerează că anumite intervenții intensive și individualizate pot reduce nivelul și severitatea problemelor de conduită la copii și adolescenți cu trăsături ridicate de TIN, deși tinerii cu aceste trăsături încep adesea tratamentul cu probleme mai severe de ajustare și încă încheie tratamentul cu niveluri ridicate de probleme de conduită. Cele mai puternice efecte asupra trăsăturilor date par să fie pentru intervențiile intensive implementate devreme în dezvoltare și care ajută părinții să învețe metode pentru a-i învăța pe copii abilitățile necesare pentru a lua perspectiva. [8]

Concluzii

TC este o afecțiune mentală prevalentă și gravă care este asociată cu un risc semnificativ atât pentru deteriorarea actuală, cât și cea viitoare. Mai mult, implică comportamente (de ex., agresiune, distrugere de proprietăți) care pot duce la daune semnificative altora. Nu este surprinzător, prin urmare, că o cantitate semnificativă de cercetare a descoperit o serie de factori de risc care au fost asociați cu această tulburare. În acest articol, am revizuit cercetările recente care investighează modul în care acești factori pot influența negativ dezvoltarea copilului în mai multe moduri care plasează copilul în pericol pentru simptomele tulburării. În mod specific, aceștia pot determina un copil să prezinte o exagerare a procesului normal de rebeliune adolescențială, ar putea duce la dificultăți în dezvoltarea abilităților de a regla corespunzător emoțiile și comportamentul, sau ar putea face dificilă dezvoltarea nivelurilor adecvate de empatie, vinovăție și alte emoții prosoziale importante. Acest mod de înțelegere a diferitelor căi către TC are implicații importante pentru cercetare, evaluare și intervenție. În mod specific, cercetarea trebuie să meargă dincolo de simpla documentare a diferiților factori de risc care sunt asociați cu simptome și să determine cum aceștia ar putea fi legați de mecanismele de dezvoltare specifice care pot determina copilul să acționeze în moduri care încalcă drepturile altora sau care încalcă normele

maiore ale societății. Mai mult, cercetarea trebuie să recunoască că aceste mecanisme de dezvoltare pot diferi între subgrupurile de tineri cu tulburare. În cele din urmă, evaluarea și tratamentul trebuie să recunoască aceste căi diferite, astfel încât nevoile specifice ale tinerilor cu TC în diferitele căi de dezvoltare să poată fi identificate și intervențiile să poată fi adaptate la aceste nevoi specifice.

Referințe bibliografice:

1. Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S., & Neeb, A. A. (2013). Terapia familială funcțională pentru problemele de comportament ale adolescenților. Washington, DC: Asociația Americană de Psihologie. doi:10.1037/14139-000.
2. Asociația Americană de Psihiatrie. (1994). Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (ediția a patra). Washington, DC: Autor. Asociația Americană de Psihiatrie. (2013). Manualul diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (ediția a cincea). Washington, DC
3. Bauer, D. L., Whitman, L. A., & Kosson, D. S. (2011). Fiabilitatea și validitatea constructului scorurilor pentru Lista de Psihopatie: Versiunea pentru Tineri printre fetele încarcerate. *Comportamentul Justiției Penale și Comportament*, 38, 965–987. doi:10.1177/0093854811418048
4. Brezina, T., & Piquero, A. R. (2007). Credințele morale, izolarea de la colegi și abținerea de la colegi. *Comportament deviant*, 28, 433–465. doi:10.1080/01639620701233324.
5. Burns, B., Howell, J. C., Wiig, J. K., Augimeri, L. K., Welsh, B. C., Loeber, R., & Petechuk, D. (2003). Tratatament, servicii și programe de intervenție pentru delincvenții minori. Biroul de Justiție pentru Minorități și Delincvență, *Serie de Buletine privind Delincvența Minorilor*, Martie, pp. 1–15.
6. Caldwell, M., Skeem, J., Salekin, R., & Van Rybroek, G. (2006). Răspunsul la tratament al infractorilor adolescenți cu trăsături de psihopatie: Un urmărire de 2 ani. *Comportamentul Justiției Penale și Comportament*, 33, 571–596.
7. Frick, P. J. (2012). Căi de dezvoltare către tulburarea de conduită: Implicații pentru direcțiile viitoare în cercetare, evaluare și tratament. *Jurnalul de Psihologie Clinică a Copilului și Adolescentului*, 41, 378–389. doi:10.1080/15374416.2012.664815.
8. Bodin, S. D., & Barry, C. T. (2000). Trăsături psihopate și probleme de conduită în eșantioanele de copii din comunitate și din clinică: Dezvoltarea ulterioară a Dispozitivului de Screening pentru Psihopatie. *Evaluarea Psihologică*, 12, 382–393. doi:10.1037/1040-3590.12.4.382.

PSIHOTERAPIA ANXIETĂȚII

DIȚA Maria,

doctor în psihologie, conferențiar universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: ditamarcela83@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8951-4133>

HUȘMAN Claudia Elena, RO,

student ciclu II PC,

Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova

E-mail: miron.claudia355@yahoo.com

REZUMAT

Anxietatea scade calitatea vieții iar tratarea ei devine un aspect important cu ajutorul

tehnicilor psihoterapeutice. Am prezentat 4 concepte cheie din psihoterapia anxietății – psihoterapia cognitiv comportamentală, restructurarea gândurilor negative, expunerea la stimulul anxiogen și desensibilizarea sistematică iar premisa de la care pleacă aceste terapii este că propriile noastre gânduri ne influențează modul în care simțim, iar sentimentele noastre sunt determinate de propria percepție a situației.

Cuvinte cheie: anxietate, terapie, expunere stimuli anxiogeni, desensibilizare sistematică, relaxare, antrenament aservit, teme pentru acasă.

SUMMARY

Anxiety decreases the quality of life and its treatment becomes an important aspect with the help of psychotherapeutic techniques. We presented 4 key concepts from anxiety psychotherapy – cognitive behavioral psychotherapy, restructuring of negative thoughts, exposure to anxiogenic stimulus and systematic desensitization and the premise of these therapies is that our own thoughts influence how we feel, and our feelings are determined by our own perception of the situation.

Key words: anxiety, therapy, exposure anxiogenic stimuli, systematic desensitization, relaxation, subservient training, homework.

Anxietatea este o reacție normală și adaptativă a organismului la situații stresante sau amenințătoare. Este o emoție pe care oamenii o pot experimenta în diverse momente ale vieții și poate juca un rol util, ajutând la vigilență și la reacționarea în fața pericolelor reale.

Toată lumea poate fi neliniștită în anumite situații, înaintea unui examen, în cazul vorbitului în public, înaintea unui interviu de angajare sau a unei consultații la dentist. Pentru aproximativ 1 din 6 persoane, acest lucru este catalogat de terapeuți ca fiind o tulburare la un moment dat în viața acestora.

Putem spune că în sine, anxietatea este o reacție perfect normală și naturală a corpului la situațiile stresante prin care trece. Fără stările de anxietate și fără frică, specia umană nu ar fi putut supraviețui. „Normalitatea” anxietății se manifestă atunci când întregul compus minte-corp se concentrează pentru a rezolva orice provocare, de orice natură și pentru a se adapta schimbărilor.

Dar dacă starea de alertă a corpului numită „luptă sau fugi” nu te părăsește nici când îți e bine și când totul e în regulă în viața ta, respectiv te agiți și dramatizezi o situație care nu ar necesita așa de multe resurse emoționale, fizice și psihice din partea ta, atunci acest aspect trimite clar către o tulburare anxioasă sau o anxietate acută, ori cronică.[2]

Anxietatea normală poate varia în intensitate de la ușoară la moderată și este adesea temporară. De asemenea, poate să genereze senzații fizice precum bătăile accelerate ale inimii, respirație rapidă sau senzația de frisoane. Problemele intervin atunci când anxietatea devine excesivă, persistentă și afectează semnificativ calitatea vieții sau capacitatea de a funcționa normal.

În tabelul 1 sunt prezentate câteva diferențe între anxietatea normală și tulburarea de anxietate.

Tabel 1. Diferențe între anxietatea normală și tulburarea de anxietate.

Anxietate normală vs Tulburare de anxietate	
Ești îngrijorat în legătură cu plata facturilor lunare, faptul că nu te mai înțelegi cu partenerul, cu găsirea unui loc de muncă sau alte evenimente importante din viața ta	Suferi de o îngrijorare constantă și nejustificată care interferează cu viața ta de zi cu zi și care îți produce o suferință semnificativă
Te simți rușinat sau stângaci într-o situație socială inconfortabilă, înconjurat de multe persoane necunoscute	Eviți situațiile sociale din teama de a te simți judecat, umilit sau de a te face de râs
Ești nervos, ți s-au umezit palmele sau hainele de	Te confrunți cu atacuri de panică ce par să se

sudoare înaintea unui examen important, a unei prezentări de afaceri, unei performanțe pe scenă sau unui alt eveniment semnificativ	ivească din senin și ești preocupat de teama de a nu avea un alt atac de panică
Resimți o teamă justificată față de un obiect, un loc sau o situație periculoasă	Resimți o teamă irațională sau eviți un obiect, loc sau situație care presupune un risc redus sau inexistent
Te simți anxios, trist sau ai dificultăți de somn imediat după un eveniment traumatic	Ai coșmaruri recurente, amintiri extrem de intense sau te afli într-o stare de „amorțeală” emoțională în legătură cu un eveniment traumatic ce a avut loc cu mai multe luni sau ani în urmă

Aceasta poate evolua în tulburări de anxietate, cum ar fi tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de panică sau fobiile. Aceste tulburări necesită adesea intervenție profesională și tratament pentru anxietate, psihologic și uneori, medicamentos. De asemenea, învățarea unor tehnici de relaxare poate fi de mare ajutor pentru persoanele cu anxietate.

Anxietatea reprezintă acea stare care se caracterizează prin frecvente momente de neliniște, cărora li se adaugă stări de nervozitate, irascibilitate, palpitații și transpirații. La o persoană cu anxietate apare și ideea de neputință în a gestiona un pericol. Anxietatea poate manifesta și o serie de simptome fizice, care pot varia de la persoană la persoană, cum ar fi: insomnie, tensiune musculară, tulburări gastrointestinale, dificultăți în respirație, dureri de cap, iritabilitate, atacuri de panică, oboseală, greață, amețală.[2,5]

Principalele tipuri de tulburări de anxietate sunt:

Atacul de panică (ADP)

Atacul de panică reprezintă un episod de frică intensă care poate apărea ca din senin. Teama de a nu se confrunta cu un alt atac poate afecta ulterior întreaga viață a persoanei respective. Aceasta poate conduce la evitarea locurilor sau situațiilor unde aceasta suspectează că există riscul să se declanșeze un alt atac de panică. Evitarea semnificativă a situațiilor care ar putea cauza un atac de panică poate duce la îngustarea drastică a gamei de activități întreprinse și izolare.

Fobia

Este o teamă puternică, irațională de ceva care implică un risc redus sau inexistent. Aceasta duce la evitarea unor obiecte, locuri sau situații și la limitarea activității unei persoane fără ca aceasta să fie necesară. Există un număr uriaș de fobii, dintre care cea de zborul cu avionul, de șerpi, de păianjeni, de ace.

Agorafobia

Teama și evitarea locurilor, evenimentelor sau situațiilor de unde poate fi dificil de fugit și în care ajutorul pare greu de obținut dacă devine necesar. Adesea, aceasta este confundată cu fobia de spații deschise. Însă poate fi vorba de teama de a pleca de acasă sau de a folosi liftul sau mijloacele de transport public.

Mutismul selectiv

Este o formă de anxietate care apare la unii copii în cazul căreia ei nu pot vorbi în anumite locuri sau contexte. De exemplu, la școală, deși e posibil să manifeste o abilitate de comunicare excelentă față de persoanele familiare. Ar putea fi considerată o formă extremă de fobie socială.

Anxietatea de separare

Un nivel ridicat de anxietate apare după separarea de o persoană sau de un loc care oferă un sentiment de securitate. Separarea poate duce uneori la simptome similare unui atac de panică.

Tulburarea de anxietate socială (sau fobia socială)

Se manifestă printr-o teamă copleșitoare de a nu te face de râs sau a nu fi umilit în unele sau în toate situațiile sociale. Aceasta poate conduce la evitarea petrecerilor, conferințelor și a altor evenimente potențial plăcute, utile sau valoroase pe plan social sau profesional. Această teamă este mult mai intensă decât obișnuita timiditate.

Tulburarea de anxietate generalizată

Persoanele cu tulburare de anxietate generalizată se confruntă cu o anxietate persistentă aproape zilnic timp de cel puțin 6 luni. Aceasta este resimțită ca fiind excesivă și incontrollabilă. Este asociată cu unele elemente precum neliniște, agitație, oboseală, nervozitate, dificultăți de concentrare și de somn.

Din fericire, există metode foarte eficiente pentru tratamentul anxietății. De obicei, metodele cel mai frecvent utilizate în zilele noastre constau fie în psihoterapie individuală sau de grup, fie în medicație, fie amândouă, combinate în funcție de caz. În cadrul clinicilor specializate toate tipurile de intervenție sunt corelate în programe dedicate. [3]

Tratamentul tulburărilor de anxietate se face în general fără internare (în ambulator). În anumite situații grave cum ar fi apariția concomitentă a altor simptome (ideație suicidară, depresie severă, uz de substanțe sau agorafobia severă) tratamentul anxietății poate necesita spitalizarea.

Numeroase studii și meta-analize (analizele unor grupuri mari de studii) în ultimii 30 de ani au demonstrat eficiența tratamentelor inițiate cu medicație sau psihoterapie, ambele fiind acum în prima linie, ca și grad de recomandare conform ghidurilor de specialitate.

Cel mai bun tratament pentru anxietate este cel care se bazează pe opiniile specialiștilor specializați în sănătate mintală. În trecut, se vorbea despre ceaiurile pe bază de plante, ceaiul de mușetel, ceaiul de tei sau ceaiul de lavandă sau se punea accentul pe valeriană sau păducel.

Alegerea tratamentului anxietății este astfel inițial ghidată de preferințele clientului, riscurile și beneficiile pentru fiecare client în parte, ce metode au avut succes în trecutul persoanei, ce alte boli fizice sau psihiatrice mai are clientul, costul tratamentului și din păcate, accesul la tratament.

Există zone unde nici evaluarea la psihiatru și cu atât mai puțin apelarea la psihoterapie, nu sunt posibile din lipsa profesioniștilor. De subliniat că nu se pune problema care din cele două direcții principale este mai eficientă în general, ci este mai degrabă o alegere particularizată pentru fiecare client în parte.

În căutarea unui tratament pentru anxietate, care să dea rezultate, este esențial să se ia în considerare mai multe opțiuni.

Anxietatea este exprimată la nivelul chimiei creierului prin modificarea unora dintre substanțele de la nivelul creierului. Între simptome și aceste modificări nu este o relație de cauzalitate, ci de echivalență. De exemplu, simptomele de agitație, neliniște sunt expresia deficitului de serotonină, una dintre substanțele care fac legătura între neuroni (celulele creierului). Lipsa de energie care poate însoți anxietatea, se exprimă prin scăderea de noradrenalină (un alt neurotransmițător), repetarea gândurilor îngrijorătoare și obsesia legată de evitarea unor noi simptome se exprimă prin creșterea de dopamină.

Psihoterapia în tratarea anxietății

Pentru tratarea anxietății, cercetările arată că psihoterapia este una dintre cele mai eficiente opțiuni. Se întâmplă așa pentru că psihoterapia pentru anxietate, spre deosebire de medicația cu anxiolitice, tratează mult mai mult decât simptomele problemei. Psihoterapia îți oferă instrumentele de care ai nevoie să învingi anxietatea și te învață cum să le folosești.

Psihoterapia se recomandă asociată tratamentului farmacologic, dar și clienților care preferă tratamentul fără medicamente. Ea este principala formă de tratament recomandată în anxietatea generalizată, în fobii și este prima linie în toate formele anxietății.

Calea psihoterapeutică încearcă să afle și să modifice cauza care a dus la apariția simptomelor. Constă în ședințe cu un psihoterapeut (psiholog sau psihiatru cu supracompetență în psihoterapie) săptămânale sau bisăptămânale (mai rar, o dată la 2 săptămâni), pe o perioadă de cel puțin 6 luni, de cele mai multe ori mai mult (în funcție de gravitatea problemelor și nivelul de profunzime a terapiei). Psihoterapia poate modifica felul profund de a gândi și simți, cu rezolvarea conflictelor psihologice inconștiente/conștiente care au stat la baza apariției simptomelor.[1,4]

Tratamentul anxietății reprezintă o formă de intervenție psihologică des întâlnită. Aceasta are adesea rezultate extrem de benefice și durabile în timp. În general, tratamentul anxietății prin psihoterapie implică:

- tehnici de restructurare cognitivă – a învăța să gândești non-alarmist, realist legat de anxietăți;
- a înțelege și modifica credințele profunde despre sine, lume și viață;
- cunoștințe legate de mecanismele psihologice ale emoțiilor;
- tehnici de relaxare;
- abilități de definire și înțelegere a propriilor emoții;
- tehnici comportamentale de control al stresului și simptomelor anxietății (prin expunere);
- analiza cauzelor posibile ale anxietății;
- construirea unei relații terapeutice profunde și sigure.

Există mai multe forme de psihoterapie, iar eficiența lor ține nu numai de tehnicile și conceptele folosite, ci mai ales de cât de bine clientul se va înțelege/va simți lângă un anumit psihoterapeut.

Avantajele tratamentului anxietății prin psihoterapie:

- modifică cauza
- reduce semnificativ/complet șansa reapariției simptomelor

Dezavantajele tratamentului anxietății prin psihoterapie:

- efecte instalate lent în timp (2-3 luni);
- efort semnificativ pentru schimbare;
- accesibilitate redusă (psihoterapia poate să nu fie accesibilă în unele zone);
- costul ridicat (numărul mare de ședințe de psihoterapie care de regulă nu au prețuri compensate).[3]

În tratamentul anxietății trebuie avut în vedere și faptul că anxietatea este adesea însoțită de depresie, pot apărea în cazul tulburărilor de anxietate și simptome fizice precum tensiune sangvină crescută sau greață. Depresia, o dependență sau alte afecțiuni asociate pot avea un efect major asupra stării mentale. De aceea, poate fi nevoie ca tratarea tulburării de anxietate să fie „pusă în așteptare” până se ajunge la ținerea sub control a acestora.

Pentru că tulburările de anxietate diferă considerabil, terapia se ajustează la simptomele și diagnoză. Astfel, dacă clientul suferă de tulburare obsesiv-compulsivă, tratamentul va fi diferit de cel al unei persoane care suferă de atacuri de panică. De asemenea, durata terapiei depinde de tipul și de severitatea anxietății. Cu toate acestea, multe terapii pentru tratarea anxietății sunt pe termen scurt.

Terapia cognitiv-comportamentală este cea mai utilizată formă de psihoterapie în tulburarea anxioasă. Cercetările au arătat că este eficientă în managementul atacurilor de panică, fobii, al anxietății sociale și ale anxietății generalizate.

În terapia cognitiv-comportamentală sunt implicate două componente principale: **terapia cognitivă** se interesează de modul în care gândurile negative sau cognițiile contribuie la stările anxioase și **terapia comportamentală** care examinează modul în care ne comportăm și reacționăm în situațiile care declanșează anxietatea.

Premisa de la care pleacă aceste terapii este că propriile noastre gânduri ne influențează modul în care simțim, iar nu evenimentele exterioare. Cu alte cuvinte situația în care ne găsim nu determină ceea ce simțim; sentimentele noastre sunt determinate de propria percepție a situației.

Același eveniment poate conduce la emoții total diferite pentru oameni diferiți. Totul depinde de valorile, de atitudinile și așteptările noastre. Pentru persoanele anxioase modul negativ de gândire atrage după sine emoții negative de anxietate și frică. Scopul acestui tip de terapie este de a identifica și de a corecta gândurile și credințele negative. Ideea este: dacă poți schimba modul în care gândești, se va schimba și modul în care simți.[2,5]

Un alt concept utilizat pentru tratarea anxietății este și **expunerea la stimulul anxigen**

Anxietatea nu e o senzație plăcută și e normal să vrei s-o eviți iar una dintre soluțiile pe care oamenii o utilizează cel mai des e să evite situațiile care le provoacă anxietate.

Dacă clientului îi este frică de înălțime, s-ar putea să facă un ocol de 3 ore de condus ca să evite traversarea unui pod aflat la înălțime sau dacă ideea de a vorbi în public îi deranjează

stomacul, s-ar putea să nu îl tenteze un post mai bine plătit în companie care implică prezentări. În afară de inconveniențele care se creează, problema e că evitarea fricii nu-i dă șansa s-o învingă iar în practică, evitarea fricilor îl face de obicei mai puternic.

Așa cum sugerează și numele, expunerea la stimulul anxiogen, îl pune pe client față în față cu situația, evenimentul sau obiectul fricii. Ideea e că, prin expunere repetată va simți un nou control asupra situației anxiogene, iar anxietatea se va diminua.

Terapia prin expunere este o formă a terapiei comportamentale ce are ca scop ajutarea individului să depășească frica sau anxietatea asociate cu o anumită activitate sau situație specifică. Practic, această terapie prin expunere ajută clientul să rupă cercul vicios al evitării, cerc ce îl menține și îi accentuează anxietatea.

Terapia prin expunere presupune a te confrunta cu obiectul sau situația care declanșează starea de frică sau de anxietate, confruntare se face repetitiv, de obicei gradual și într-o anumită perioadă de timp, până în punctul în care stresul cauzat de respectivul obiect sau situație descrește semnificativ.

Scopul principal al expunerii este acela de a reduce frica și de a scădea evitarea, iar asta se întâmplă învățând că frica, anxietatea și evitarea nu ajută în reducerea anxietății dar și că e important să conștientizăm că fricile sunt de cele mai multe ori nejustificate în raport cu realitatea.

Terapia prin expunere are diferite forme:

1 *Expunerea în vivo*: presupune expunerea la obiectul sau situația anxiogenă pe viu. De exemplu, o persoană cu fobie de înălțimi (acrofobie) poate confrunta această frică urcând direct la un etaj superior al unei clădiri înalte sau poate staționa pe un pod.

2 *Expunerea în imaginar*: presupune imaginarea stimulului anxiogen, de preferat cu cât mai multe detalii specifice. În această situație clientul își imaginează că urcă în clădirea înaltă și că admiră panorama de la ultimul nivel.

3 *Expunerea în realitate virtuală*: presupune folosirea tehnologiei pentru a facilita expunerea atunci când aceasta nu poate fi realizată în vivo. Ea ne facilitează accesul la situațiile anxiogene, rezultatele expunerii în V.R. (virtual reality) fiind similare expunerii directe.

4 *Expunerea interoceptivă*: presupune activarea senzațiilor fizice - inofensive dar temute. De exemplu, terapia prin expunere în tulburare de panică vizează provocarea senzațiilor asociate cu atacul de panică, cum ar fi hiperventilarea sau creșterea pulsului. Scopul său este de a infirma asumția conform căreia senzațiile fizice sunt urmate de evenimente precum atacul de cord sau situații umilitoare.

O altă tehnică de ameliorare a comportamentelor bazate pe anxietate este ***desensibilizarea sistematică*** termenul îi aparține lui [Joseph Wolpe \(1969\)](#). Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiționate, autorul a elaborat o metodă prin care clientul este învățat să rămână calm și relaxat în situații anxiogene.[2]

În loc să se confrunte imediat cu obiectul fricii, care poate fi traumatizant, tehnica expunerii începe de obicei cu o situație care este foarte puțin stresantă. Această abordare pas cu pas se numește desensibilizare sistematică și îi permite clientului să se confrunte gradual cu temerile și fricile, să-și construiască în același timp încrederea de sine și să stăpânească tehnicile necesare pentru a-și controla panica.

Desensibilizarea sistematică implică 3 părți:

Abilități de relaxare.

Psihoterapeutul îl va învăța pe client tehnici de relaxare, cum ar fi relaxarea musculară progresivă sau respirația profundă. Aceste exerciții se vor face atât la cabinet, cât și acasă. De exemplu, va folosi astfel de tehnici de relaxare pentru a reduce răspunsul anxios fizic (cum ar fi tremuratul și hiperventilația) și pentru a se relaxa.

Crearea unei liste de pași.

Clientul va crea apoi o listă cu 10-20 de situații care îi provoacă anxietate și care îl conduce la scopul final. De exemplu, dacă scopul este să-și învingă teama de a zbura cu avionul, ar putea începe cu poze și filme cu avioane și apoi se va îndrepta pas cu pas către zborul propriu-zis. Fiecare pas ar trebui să fie ca un obiectiv SMART – specific, clar, măsurabil.[1]

Parcurgerea pașilor.

Cu ajutorul psihoterapeutului, va începe să bifeze pașii din listă. Scopul este să se expună la fiecare situație până când frica scade. Astfel, va observa că emoțiile nu îl mai pot răni și că scad în intensitate. De fiecare dată când anxietatea e prea intensă, va apela la tehnici de relaxare, după care va reveni la confruntare. În acest mod va parcurge toți pașii fără să resimtă anxietatea și panica de odinioară.

Nu există remedii rapide pentru tratamentul anxietății ci este nevoie de timp și motivație, iar psihoterapia implică să se confrunte cu temerile în loc să le ocolească, ceea ce înseamnă că vor fi momente în care se va simți mai rău înainte să se simtă mai bine. Important este să nu abandonezi lupta și să urmeze sfaturile psihoterapeutului.

În cazul în care îl descurajează lentoarea procesului, trebuie să îi amintim că psihoterapia împotriva anxietății este extrem de eficientă pe termen lung, făcându-i o serie de recomandări:

- Citește despre anxietate.

E bine să înțeleagă problema cu care se confruntă. Să înțelegi nu înseamnă să rezolvi, dar îl va ajuta să obțină maximum din psihoterapie.

- Cultivă-ți relațiile.

Singurătatea și izolarea potențiază anxietatea și de aceea e bine să reducă acest punct sensibil. Chiar dacă nu simte nevoia sau nu are starea necesară, să apelez la prieteni și familie, să îi viziteze și să vorbească cu ei. E bine să stabilească o frecvență cu care să se vadă cu alți oameni, de exemplu cel puțin o dată pe săptămână.

- Adoptă obiceiuri sănătoase.

Sportul scade tensiunea musculară și anxietatea și crește numărul stărilor de bine. Alături de sport, o alimentație sănătoasă îl va ajuta să aibă o stare de sănătate bună care, la rândul ei, îl va ajuta să scape de anxietate; să încerce să stea departe de alcool și droguri pentru că înrăutățe orice problemă ar avea.

- Mai puțin stres.

Să identifice zonele de stres din viață și să încerce să reducă agitația zilnică. Să nu își asume responsabilități mai mari sau mai multe, să își facă timp pentru activități care îi fac plăcere.

O altă tehnică des utilizată în psihoterapia anxietății este **relaxarea** care reprezintă o modalitate de decontractie musculară și nervoasă, menită să ducă la o destindere fizică și psihică a subiectului. Mulți dintre clienții care solicită ajutor psihoterapeutic prezintă o tensiune psihică mărită a corpului. Această tensiune se exprimă în diferite feluri: teamă și încordare excesivă în situații sociale, acuze directe de tensiune musculară, impotentă și frigidity, dificultăți legate de somn, hipertensiune arterială.

Antrenarea clienților în obținerea stărilor de relaxare poate fi o cale importantă de a-i conduce spre o imagine nouă despre ei înșiși și despre ceea ce-i înconjoară. Descoperind că-și pot controla corpul, clienții pot începe să-și rezolve problemele personale mai complexe. Relaxarea este un exercițiu foarte odihnitor, dar pentru ca ea să aibă eficiență terapeutică este bine să fie combinată cu sugestii specifice care trebuie să îndeplinească câteva condiții: să fie clare, să se refere la o singură problemă, să nu aibă caracter ambiguu, să nu cuprindă negații, să fie însoțite de imagini, să fie realiste și să aibă un caracter procesual. [1,4]

Cele mai cunoscute metode de relaxare sunt antrenamentul autogen al lui Schultz, cea a lui Jacobson, hipnoza.

Antrenamentul autogen al lui Schultz are două cicluri, unul inferior și altul superior ce cuprind un ansamblu de exerciții psihice și fizice pentru realizarea unei decontractii generale a organismului. Ciclul inferior nu are nici un efect secundar negativ, după învățarea lui se constată la clienți o stare de calm, liniștire psihică și fizică; contribuie la scăderea anxietății, la creșterea încrederii în sine, la ameliorarea unor tulburări psihosomatice, la creșterea capacității de concentrare a atenției, a capacităților mnemonice și cuprinde următoarele exerciții:

- exerciții pentru sistemul muscular (trăirea senzației de greutate în membre);
- exerciții pentru sistemul vascular (trăirea senzației de căldură în membre);
- exerciții pentru sistemul cardiac (calmarea bătăilor inimii);

- exerciții pentru sistemul respirator (calmarea respirației);
- exerciții pentru reglarea funcționalității organelor abdominale, prin trăirea senzației de căldură la nivelul plexului;
- destindere generală.

Relaxarea musculară progresivă a lui E. Jacobson conduce clientul la obținerea și conștientizarea relaxării prin contrast cu starea de tensiune musculară. Contrastul tensiune-relaxare evidențiază pentru începătorii în învățarea relaxării ce anume este starea de tensiune și cum poate fi ea controlată sistematic. Ea presupune ca clientul să închidă ochii, să inspire de câteva ori profund, expirând de fiecare dată treptat, profund, pentru ca mai apoi să-și încordeze-relaxeze următoarele grupe musculare: mana dominantă și antebrațul, brațul dominant, cealaltă mână și antebraț, celălalt braț, gambă și picior dominante, cealaltă gambă și celălalt picior, stomac, umeri și partea superioară a spatelui, ceafa și partea din spate a capului, gat, gură și obraji, ochi și pleoape, frunte, întregul corp.

Contracția musculară trebuie să dureze între cinci și douăsprezece secunde, iar decontractia se efectuează repede, în același timp cu o expirație lentă și cu enunțarea în gând a unui cuvânt cheie ce evocă relaxarea (relaxare, calm, destindere). Ședința de relaxare se poate termina cu un exercițiu de imagerie mintală în care clientul se lasă absorbit de imagini și experiențe mintale plăcute. [3]

Meditația clasică are atât de multe beneficii diferite și poate fi folosită în numeroase contexte, existând dovezi că aceasta poate funcționa și pentru persoanele care suferă de anxietate. Este bine de știut, însă, că meditația este destul de dificilă și că rata abandonului este ridicată, potrivit studiilor care o investighează. Acest lucru sugerează că unii oameni nu o consideră foarte acceptabilă și preferă alte tehnici de relaxare care se realizează mai ușor. Totuși, pentru persoanele care o pot gestiona, rezultatele sunt adesea mai bune decât în cazul altor tehnici.

Să observăm că această tehnică este mult mai activ legată de minte decât primele trei metode. Nu vizează doar corpul și așteaptă apoi ca mintea să-i urmeze, ci reprezintă modul în care este concentrată atenția. Acest lucru poate fi parțial motivul pentru care oamenii o găsesc mai grea.

Hipnoza este definită ca o stare indusă, de regulă în mod artificial, asemănătoare cu somnul, dar diferă de acesta din punct de vedere fiziologic, stare ce se caracterizează prin sugestibilitate crescută, ca rezultat al căreia pot fi induse subiectului modificări senzoriale, perceptive, mnezice și motorii. Relaxarea reprezintă poarta de intrare către hipnoză, între ele fiind doar o diferență cantitativă.

Gradele de profunzime ale hipnozei sunt: neperceptiv, stare hipnoidă (sinonimă cu relaxarea tip Schultz), transă ușoară caracterizată prin catalepsie, transă medie caracterizată prin amnezie parțială, modificări în sfera personalității și distorsionări perceptive, eventual iluzii și halucinații, transa profundă, de tip somnambulic (capacitatea subiectului de a deschide ochii fără a ieși din transă). Aplicațiile hipnozei sunt apropiate de cele ale relaxării, doar că hipnoza fiind mult mai profundă dă naștere la rezultate mult mai rapide și mai spectaculoase.

Antrenamentul asertiv este o tehnică de terapie cognitiv-comportamentală care îl ajută pe client să achiziționeze un comportament de tip asertiv. J. Crottaux definește comportamentul asertiv ca fiind un comportament ce îi permite unei persoane să acționeze cât mai bine în interes propriu, să își apere punctul de vedere fără o anxietate exagerată, să-și exprime sentimentele în mod sincer și să se folosească de propriile drepturi fără a le nega pe ale celuiilalt.[2,5]

Comportamentul asertiv se caracterizează prin:

- autovalorizare, credință în dreptul de a-ți exprima propriile opinii și de a acționa pentru satisfacerea propriilor nevoi;
 - capacitatea de a comunica, de a împărtăși propriile experiențe cu ceilalți, mai degrabă decât de a păstra totul în tine;
 - respectarea drepturilor și a nevoilor celorlalți;
 - capacitatea de a alege cum să răspunzi oamenilor și situațiilor;
 - sentimente confortabile în legătură cu propria persoană, cu nevoile și acțiunile personale.
- O tehnică utilă a antrenamentului asertiv este utilizarea **jocului de rol**. Salter a descris șase

exerciții stimulative pe care clienții trebuie să le practice cu regularitate: exerciții de exprimare a diverselor sentimente, exerciții de exprimare a opiniilor contrare, exerciții de exprimare a unor sentimente diferite doar pentru utilizarea mimicii, exerciții de realizare a unor afirmații la persoana întâi, exerciții de adresare/primire de complimente, exerciții de improvizare de răspunsuri verbale și nonverbale în situații interpersonale. De asemenea clientul trebuie să conștientizeze că fiecare om are dreptul de: a fi propriul judecător a ceea ce face și spune; a nu oferi motive și scuze pentru propriul comportament; a nu fi responsabil pentru descoperirea soluțiilor la problemele celorlalți; a se răzgândi; a face greșeli; a spune nu știu; a lua propriile decizii; a spune nu înțeleg; a spune nu-mi pasă; a spune nu fără sentimente de vinovăție.

Pentru a aplica aceste tehnici, terapeutul se folosește de câteva metode specifice. Una dintre ele este **dialogul socratic** care se referă la utilizarea unor întrebări dirijate de către psihoterapeut care au ca scop descoperirea semnificațiilor pe care le atribuie clientul unor simptome, precum și adresarea de provocări gândurilor negative și convingerilor disfuncționale pentru infirmarea veridicității lor. Acest fapt conduce la modificarea stimulului de gândire și apoi a stărilor afective și a comportamentului. Pentru ca aceste întrebări să-si atingă scopul trebuie să se refere la lucruri precise, să fie cat mai firești, iar clientul nu trebuie să aibă impresia că se află la un interogatoriu. Unele întrebări au caracter mai general, altele sunt mai specifice, ambele având menirea de a furniza terapeutului detalii suplimentare.

În psihoterapia anxietății un rol foarte important îl au **temele pentru acasă** deoarece terapeutul îl învață pe client să se ajute singur, să achiziționeze abilități prin care să rezolve nu numai problema prezentă, ci și eventualele probleme ce pot apărea în viitor. Aceste teme sunt și un mod de a verifica motivația clientului și dorința sa de a se implica în demersul terapeutic pentru că această orientare presupune implicarea în terapie a ambelor părți, atât a specialistului, cât și a clientului, doar așa putând fi eficientă. Acestea sunt prezente pe durata întregii terapii indiferent de problema pe care o acuză clientul, el trebuind să pună în aplicare în viață de zi cu zi tot ceea ce a învățat în timpul ședințelor.

Temele pentru acasă presupun realizarea unor jurnale zilnice, exersarea relaxării, să intre în contact cu stimulii generatori de disconfort, să încerce să-si învingă temerile, să lectureze bibliografie pe teme de psihoterapie cognitiv-comportamentală, să-si monitorizeze emoțiile, comportamentele, gândurile disfuncționale folosind modelul ABC.

Spre sfârșitul terapiei, când simptomele au dispărut, dacă terapeutul anticipează producerea vreunui eveniment negativ trebuie să lucreze cu clientul strategii de a face față unor astfel de situații prevenirea recăderii descoperind contraargumente la argumentele insuficiente găsite de client împotriva gândurilor distorsionate. Acest procedeu îi ajută pe clienți să identifice punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative, după care învață să găsească argumente mai convingătoare.[1]

Referințe bibliografice:

1. HOLDEVICI, I. - Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim, Ed. Științelor Medicale, București, 2005;
2. DAFINOIU, I. - Vargha, J.L. - Psihoterapii scurte, Editura Polirom, Iași, 2005;
3. ELLIS Albert – „Cum să vă controlați anxietatea înainte ca aceasta să vă controleze”, editura Meteor Press, 2016
4. American Psychiatric Association, „DSM-5, Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale” Editura: Medicală CALLISTO, 2016
5. COTTRAUX Jean, „Terapiile cognitive”, Editura Polirom, 2021

LEGITĂȚILE PSIHOLOGICE GENERALE APLICATE ÎN MANAGEMENT

MICLEUȘANU Zinaida,

doctor în științe pedagogice, lector universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova

<https://orcid.org/0000-0003-4345-4881>

Email micleusanu@mail.ru

UNGUREAN Mariana,

student ciclul II Psihologia Educației,
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova,

Email marry.turik@gmail.com

REZUMAT

Prezentul articol constituie o analiză științifică a legităților psihologice generale care sunt aplicate în management. Managementul se realizează prin interacțiunea oamenilor, astfel încât liderul în activitățile sale trebuie să țină cont de legile care determină dinamica proceselor mentale, relațiile interpersonale și comportamentul de grup.

Cuvinte-cheie: lege, activități de management, inadecvare, comportament, organizare, lider.

SUMMARY

This article is a scientific analysis of general psychological laws that are applied in management. Management is achieved through the interaction of people, so the leader in his activities must take into account the laws that determine the dynamics of mental processes, interpersonal relationship and group behavior.

Key words: law, management activities, inadequacy, behavior, organization, leader.

Introducere

Actualmente se accentuează necesitatea posedării de către manager a unei culturi psihologice înalte, care include câteva elemente cognitive: cunoașterea de sine, cunoașterea oamenilor din jur, abilitatea de a comunica și de a-și dirija comportamentul pentru a crea și a menține un climat psihologic favorabil în colectiv, atât de necesar unei conduceri eficiente.

Eficiența activității manageriale începe de la puțin: iscusița de a-și conștientiza propriile tendințe și de a aprecia adecvat resursele umane.

Cele mai bune rezultate obține acel conducător care dirijează conform teoriei, aplicând-o creativ în condițiile concrete. [1.p. 5]

Obiectul psihologiei manageriale constă în studierea personalității conducătorului din perspectiva realizării funcțiilor sale: prevederea, decizia, organizarea, antrenarea (comanda), coordonarea și controlul. Capacitatea conducătorului se definește prin abilitatea sa de a influența colaboratorii (subalternii) să obțină maximum de eficiență și maximum de satisfacții socio-umane. Principala funcție a conducătorului constă în coordonarea eforturilor în grup, în organizarea și îndrumarea acestuia, astfel încât să se asigure realizarea optimă a sarcinii propuse și a obiectivelor.

Activitatea managerială este procesul prin care o persoană sau un grup de persoane identifică, organizează, activează, influențează resursele umane și tehnice ale organizației, în scopul realizării obiectivelor stabilite. Cerințele epocii moderne, marcate de creșterea complexității tehnologice și informaționale, de schimbările sociale cu efecte profunde asupra personalității individuale, de criza sistemului de valori tradiționale, cer abordarea conducerii ca un aspect vital al funcționării sistemelor organizaționale și sociale. Contextul actual impune transferarea de pe problemele conducerii în general pe cele ale conducerii eficiente. [1.p. 9]

Locul psihologiei în management.

Managerul este unul din pilonii principali ai unei activități, activitatea sa trebuie să se conducă după anumite principii, să aibă un anumit comportament care să-i permită o bună organizare a activității. Anume cu studiul comportamentului managerilor se ocupă psihologia managerială.

Managementul - este știința ce presupune multiple forme de organizare, conducere sau dirijare. Primele lucrări dedicate tematicii managementului au apărut la începutul sec.al XX-lea. Procesul de conducere influențează astructura vieții psihice a managerului pe anumite coordonate specifice statutului și rolul său socio-profesional. [4]

Lumea modernă, care se schimbă constant și rapid, impune cerințe speciale unei științe precum psihologia, care nu trebuie doar să măsoare și să evalueze, ci și să prezică, să proiecteze și să formeze. Potrivit multor cercetători, psihologii sunt forțați în prezent să se angajeze în planificarea schimbărilor de personalitate. Este necesar ca liderii organizației să dea dovadă de lungă vedere și să recunoască importanța ridicată a factorului psihologic în activitatea organizației. La rândul lor, este important ca și psihologii să învețe cum să facă în mod eficient ajutor practic și construcția relațiilor de afaceri eficiente.

În prezent, în psihologia practică s-au dezvoltat forme și metode de lucru, au fost testate programe de sprijin social și psihologic ținute pentru toate grupurile de angajați. Aplicarea dezvoltărilor psihologiei practice interne în organizații, adaptarea programelor occidentale, precum și crearea de noi cicluri specializate de prelegeri, seminarii, antrenamente de afaceri și jocuri pentru specialiști vor contribui la eficiența organizației.

Practica arată că zona relațiilor interpersonale rămâne întotdeauna o zonă constantă de incertitudine pentru lider din cauza subiectivității sale, astfel liderul se simte foarte nesigur în ea.

Nu există nici o zonă de activitate umană care să nu fie realizată prin eforturile comune ale oamenilor. Aceste eforturi trebuie să fie raționalizate, organizate, de exemplu gestionează-le. Managementul foarmează o activitate specifică specială și acționează ca o funcție socială independentă. Datorită complexității, inconsecvenței și dinamismului sistemului social, apar multe probleme ale activității manageriale. Rezolvarea acestor probleme nu poate fi tratată numai de nici o știință. Diferite discipline iau în considerare, identifică diferite probleme de management. Metodele psihologice reprezintă un set de modalități specifice de influențare a relațiilor și conexiunilor personale care apar în colectivele de muncă, precum și asupra proceselor sociale care au loc în acestea. Ele se bazează pe utilizarea simulentele morale pentru muncă; influențează o persoană cu ajutorul tehnicilor psihologice pentru a transforma o sarcină administrativă într-o datorie conștientă, o nevoie internă umană. Scopul principal al aplicării acestor metode este formarea unui climat socio-psihologic pozitiv în echipă, datorită căruia, în mare măsură, problemele vor fi rezolvate. [5]

În psihologia managementului se enumeră următoarele scopuri:

- Îmbunătățirea alfabetizării psihologice a managerilor în domeniul managementului;
- Crearea bazei teoretice necesare pentru înțelegerea proceselor psihologice din domeniul managementului, în special, a caracteristicilor comportamentului angajaților, dezvoltarea relațiilor interpersonale și a modelelor care determină crearea unei forțe de muncă și schimbările interne ale acesteia;

- Formare îndrumare practică pentru șefi în vederea aplicării acestuia în sfera psihologică a managementului organizației.

Această direcție psihologică este concepută pentru a rezolva următoarele sarcini:

- Analiza și afișarea mediului psihologic și caracteristicile sale într-un anumit sistem de control;
- Sistematizarea aspectelor psihologice cauzale dintre aspectele psihologice;
- Dezvoltarea metodelor practice de utilizare a acestora în managementul organizației.

[2]

Obiectivele psihologiei manageriale sunt:

- Studierea aspectelor psihologice ale organizării societăților comerciale, unităților de cercetare, învățământ, sănătate centrate pe principalele funcții. Psihologia managerială analizează caracteristicile fundamentale ale procesului managerial și dimensiunea psihologică a acestora, precum și a mijloacelor de acțiune managerială – previziunea, decizia, organizarea, controlul – din punct de vedere psihologic.

- Analiza dimensiunilor personalității managerilor ca persoane abilitate să operaționalizeze mijloacele manageriale, precum și comportamentul, motivația, temperamentul, stilul de muncă, de conducere, sursele de pregătire, selecție și perfecționare ale acestora, abordate prin prisma științei psihologice.

- Elucidarea calităților personalității managerilor, calități necesare activității manageriale – competențe și abilități adecvate în scopul elaborării profilului psihosocioprofesional al managerului. [1.p. 17]

În management se cunosc următoarele legități psihologice generale care sunt aplicate:

Managementul se realizează prin interacțiunea oamenilor, astfel încât liderul în activităților sale trebuie să țină cont de legile care determină dinamica proceselor mentale, relațiile interpersonale, comportamentul de grup. Următoarele pot fi atribuite acestui tip de regularități.

Legea incertitudinii răspunsului.

Cealaltă formulare a acesteia este legea dependenței percepției oamenilor asupra influențelor externe asupra diferenței dintre structurile lor psihologice. Faptul este că oamenii diferiți și chiar o singură persoană în timp diferit poate reacționa diferit la aceiași stimuli. Acest lucru poate duce și duce adesea la o înțelegere greșită a nevoilor subiecților relațiilor manageriale, a așteptărilor acestora, a particularităților percepției unei anumite situații de afaceri și, ca urmare, la utilizarea unor modele de interacțiune care sunt inadecvate fie pentru particularitățile structurilor psihologice în general, sau la starea mentală a fiecăruia dintre parteneri la un anumit moment în particular.

Legea inadecvării afișării unei persoane de către o persoană.

Esența sa constă în faptul că nici o persoană nu poate înțelege o altă persoană cu un asemenea grad de fiabilitate care ar fi suficient pentru a lua decizii serioase cu privire la această persoană.

Acest lucru se datorează super-complexității naturii și esenței omului, care se schimbă constant în conformitate cu legea asincroniei legate de vîrstă. Într-adevăr, în diferite momente ale vieții sale, chiar și un adult de o anumită vîrstă calendaristică se poate afla la diferite niveluri de decizie fiziologică, intelectuală, emoțională, socială, sexuală, motivațional-volitivă. Mai mult, orice persoană se protejează conștient sau inconștient de încercările de a-și înțelege trăsăturile pentru a evita pericolul de a deveni o jucărie în mâinile unei persoane înclinată să manipuleze oamenii.

Chiar și faptul că adesea o persoană nu se cunoaște suficient de mult contează.

Astfel, orice persoană ca reprezentant privat al obiectelor realității sociale poate fi cunoscută. Și în prezent, principiile științifice ale abordării unei persoane ca obiect de cunoaștere sunt dezvoltate cu succes. Printre astfel de principii, se pot remarca, în special, precum:

- *Principiul talentului universal* - („Nu există oameni care să fie incapabili, sunt oameni care nu sunt ocupați cu propria lor afacere”);

- *Principiul dezvoltării* – („Abilitățile se dezvoltă ca urmare a schimbărilor în condițiile de viață ale individului și a pregătirii intelectuale și psihologice”);

- *Principiul inepuizabilității* – („Nici o singură evaluare a unei persoane în timpul vieții sale nu poate fi considerată finală”).

Legea inadecvării stimei de sine.

Faptul este că psihicul uman este o unitate organică, integritatea a două componente – conștient (gândirea logică) și inconștient (emoțional - senzual, intuitiv) și aceste componente (sau părți ale personalității) sunt legate între ele la fel ca și părțile de suprafață și subacvatice ale unui aisberg.

Legea împărțirii sensului informațiilor de management.

Orice informație de management (directive, regulamente, ordine, instrucțiuni) are tendința obiectivă de a-și schimba sensul în procesul de urcare pe scara ierarhică a managementului. Acest lucru se datorează, pe de o parte, capacităților alegorice ale limbajului natural al informațiilor utilizate, ceea ce duce la diferențe de interpretare a informațiilor, pe de altă parte, diferențelor de educație, de dezvoltare intelectuală, fizică și, în plus, de starea psihică a subiecților de analiză și transmitere a informațiilor de management. Schimbarea sensului informației este direct proporțională cu numărul de persoane prin care aceasta trece.

Legea autoconservării.

Înțelesul său este că motivul principal al comportamentului social al subiectului activității administrative este păstrarea statutului său social personal, solvabilitatea personală și stima de sine. Natura și direcția modelelor de comportament în sistemul activităților de management sunt direct legate de luarea în considerare sau ignorarea acestei circumstanțe.

Legea compensațiilor.

Cu un nivel ridicat de stimulente pentru această muncă sau cerințe ridicate ale mediului pentru o persoană, lipsa oricăror abilități pentru o activitate specifică de succes este compensată de alte abilități sau abilități. Acest mecanism compensator funcționează adesea inconștient, iar persoana dobândește experiență prin încercare și eroare. Cu toate acestea, trebuie avut în vedere că această lege practic nu funcționează la niveluri suficient de ridicate de complexitate a activităților de management.

Știința managementului, desigur, nu se limitează la legile psihologice de mai sus. Există multe alte modele, onoarea descoperirii cărora aparține unui număr de specialiști remarcabili în domeniul psihologiei managementului, ale căror nume sunt atribuite acestor descoperiri. Acestea sunt *legile lui Parkinson*, *principiile lui Peter*, *legile lui Murphy* și altele. [3]

Concluzii

Pregătirea psihologică ocupă un loc foarte important în activitățile de management și la fel și cunoștințele psihologice sunt de o importanță deosebită în procesul de management. Dacă este o pregătire psihologică, atunci managerul talentat va fi capabil să-și îndeplinească eficient funcțiile și să gestioneze activitatea întreprinderii. El va fi ajutat în comunicarea cu subalternii, și va putea înțelege mai bine nevoile și motivația acestora pentru activitate. Psihologia managerială este o știință interdisciplinară la confluența psihologiei cu managementul și abordează atât problematica psihologiei, a managementului, cât și cea a managerilor diferitelor organizații, întreprinderi sau societăți. Ea este structura, caracteristile și specificul, modalitățile de utilizare a aspectelor psihologice pentru a rezolva o mulțime de sarcini manageriale. Liderul se confruntă în fiecare zi cu foarte multe sarcini, probleme, cazuri. Nu există nici un sistem în apariția situațiilor neprevăzute, și cu toate acestea, dacă este stabilit un obiectiv, se poate dezvolta un algoritm de acțiuni pentru cazul în care ceva nu merge bine. Altfel spus, aceasta ar include o întocmire a unui plan de lucru, care să țină în ordine toate treburile curente, astfel încât când apare o situație nedorită să nu existe probleme care ar putea fi prevăzute și prevenite. Conducerea unei firme este foarte importantă pentru activitatea firmei sau instituției respective. Anume de managerii întreprinderii depinde buna organizare a unității în vederea creșterii productivității și formarea unui climat de muncă favorabil pentru angajați. În urma analizei acestor informații putem conchide faptul că psihologia managerială este foarte complexă. O bună cunoaștere a psihologiei manageriale permite conducătorului să aleagă anumite moduri de gestionare a unității și de organizare a acesteia, care să fie benefică creșterii economice și dezvoltării continue a unității.

Referințe bibliografice:

1. Constantin Ețco, Margareta Cărașu, Elena Davidescu-Creangă – "Psihologia Managerială", casa editorial-poligrafică Bons Offices, Chișinău 2006.
2. <https://skinfoodrussia.ru/ro/kompanii/predmetom-izucheniya-psihologii-upravleniya-yavlyaetsya-psihologiya-upravleniya-ee.html>
3. <https://skinfoodrussia.ru/ro/kompanii/predmetom-izucheniya-psihologii-upravleniya-yavlyaetsya-psihologiya-upravleniya-ee.html>

4. [https://valeriabejan.wordpress.com/2017/04/18/psihologia-manageriala/#:~:text=Psihologia%20managerial%C4%83%20\(PM\)%20studiaz%C4%83%20personalitatea,%C3%AEn%20actul%20%C5%9Fi%20procesul%20managerial.](https://valeriabejan.wordpress.com/2017/04/18/psihologia-manageriala/#:~:text=Psihologia%20managerial%C4%83%20(PM)%20studiaz%C4%83%20personalitatea,%C3%AEn%20actul%20%C5%9Fi%20procesul%20managerial.)
5. <https://fondeco.ru/ro/psihologiya-upravlencheskoi-deyatelnosti-teoreticheskoe/>

PSIHOZE ENDOGENE - SCHIZOFRENIA

PATRAȘCU Dumitru

profesor universitar, dr. hab.pedagogie
Universitatea de Studii Europene din Moldova
Email djapatrascu@gmail.com

COTOROBAI Iulia,

masterand ciclul II PC,
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova,
e-mail iuliacotorobai90@gmail.com

REZUMAT

Într-o lume în care stresul și anxietatea par să fie tot mai omniprezente, aduce cu sine și o creștere a incidenței afecțiunilor psihice, dar și o intensificare a simptomelor. Schizofrenia este cea mai severă boală din această categorie, atât din punct de vedere medical, cât și social. Schizofrenia reprezintă o tulburare mentală cronică caracterizată prin distorsiuni ale gândirii, percepției și comportamentului. Pacienții cu schizofrenie pot avea dificultăți în distingerea realității de imaginație, pot prezenta halucinații auditive sau vizuale, pot avea gândire dezorganizată și dificultăți în funcționarea socială și profesională. Debutul schizofreniei are loc, în medie, la vârsta de 20 de ani, în cazul bărbaților. Femeile pot începe să dezvolte simptome de schizofrenie chiar și mai târziu, până spre 40 de ani. Procentul general al bolnavilor de schizofrenie este de 0.3-0.7% din totalul populației globale, fiind raportate foarte puține cazuri de schizofrenie la copii.

Cuvinte-cheie: schizofrenia , tulburare, tratament, metode.

SUMMARY

Patients with schizophrenia may have difficulty distinguishing reality from imagination, may experience auditory or visual hallucinations, may have disorganized thinking, and difficulties in social and occupational functioning. The onset of schizophrenia occurs, on average, at the age of 20 years, in the case of men. Women can start developing symptoms of schizophrenia even later, up to 40 years. The general percentage of schizophrenia patients is 0.3-0.7% of the total global population, with very few cases of schizophrenia being reported in children.

Key words: schizophrenia , disorders, treatment, methods.

Introducere

Schizofrenia (din greaca schizein „a scinda”, phren „minte, suflet”): boală mintală din categoria psihozelor endogene. Caracterizată prin apariția unor manifestări psihopatologice majore, cum sunt simptomele pozitive (plus-simptome): stări delirante sau/și halucinațiile, și simptomele negative (minus-simptome): lipsa inițiativei, apatia, izolarea socială.[1]

Incidența prin Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante în Republica Moldova în cifre absolute a fost: pentru anul 2018 – 13 229, cu indicatorul 372,73 la 100 000 populație, pentru 2019 - 13 243, cu indicatorul 373,13 la 100 000 populație.[1]

Această lucrare reprezintă o sinteză a tabloului clinic, o analiză a mai multor cercetări asupra noii perspective a acestei boli. De asemenea voi analiza cercetări care au fost făcute asupra tratamentului și integrarea pacienților în societate.

Materiale și metode

Variația incidenței și prevalenței schizofreniei între populații este mai mare decât se credea cândva [2]. Până la 1% dintre populația globală îndeplinesc criteriile pentru această patologie. Schizofrenia are adesea efecte profunde asupra oamenilor și a familiilor lor. În ceea ce privește povara globală a bolii și dizabilităților, schizofrenia se află printre primele 10 tulburări la nivel mondial [3]

Prezentare clinică și diagnostic: În prezent nu există un marker biologic valid al Schizofreniei. Diagnosticul se face prin identificarea simptomelor și semnelor ce include: credințe delirante, halucinații, gândire și vorbire dezorganizate, afectare cognitivă, comportament anormal și simptome negative. Neuroimagistica și testarea cognitivă poate ajuta la diagnosticul diferențial dintre schizofrenie și alte tulburări ce afectează funcția creierului, însă diagnosticul definitiv îl pot stabili medicii doar clinic.

Deoarece debutul simptomelor psihotice este adesea precedat de o perioadă prelungită de tulburare de cogniție, afect și comportament, explorarea aprofundată a istoricului de dezvoltare și personalitate premorbidă a pacientului este foarte însemnată. Printre simptome, cele mai importante pentru diagnostic includ iluzii și halucinații persistente, afecte incongruente sau tocite și întreruperi în gânduri. Simptome caracteristice de „primul rang” (inserarea gândurilor, retragerea sau difuzarea, voci halucinatorii care comentează comportamentul și experiențele de pasivitate ale persoanei) pot fi prezente, dar nu sunt patognomonice pentru schizofrenie. Simptome depresive și anxietatea sunt comune. În diagnosticul diferențial, trebuie luate în considerare alte tulburări psihotice primare precum și o serie de afecțiuni medicale neurologice și sistemice [4,5]. Diferențierea schizofreniei de tulburările psihotice induse de substanțe poate fi deosebit de dificilă și ar trebui să se bazeze pe o analiză atentă.

Etiologia: Schizofrenia este o tulburare complexă, multifactorială. Având ca etiologie o componentă genetică majoră implicând mai multe gene cu mutații rare (variații ale numărului genelor) și patogenie moleculară care sunt cel mai probabil eterogene în cadrul populațiilor [6]. Factori de mediu, variind de la dezvoltarea neurologică [7] la adversitatea psihosocială și abuzul de substanțe ce interacționează cu susceptibilitatea genetică pentru a produce variații fenotipice pe scară largă [8].

Ipoteza „înfrângerii sociale” reunește diverși factori de risc de mediu pentru a explica modul în care aceștia ar putea duce la schizofrenie [9]. Precursori ai schizofreniei, inclusiv întârzierile de dezvoltare, anomaliile cognitive, simptomele atenuate și comportamentul ciudat pot apărea foarte devreme în viață. Cu toate acestea, astfel de precursori de dezvoltare – dacă apar – sunt de obicei subtili și nu sunt indicatori specifici ai psihozei ulterioare.

Schizofrenia poate fi clasificată în mai multe tipuri sau subtipuri în funcție de simptomele predominante și de evoluția bolii. Iată câteva dintre principalele clasificări ale schizofreniei:

Schizofrenie paranoidă: Este cea mai frecventă formă de schizofrenie și se caracterizează prin halucinații și iluzii, în special cele de persecuție sau de mare importanță personală. Persoanele cu această formă de schizofrenie pot fi adesea preocupate de idei de conspirație sau urmărire.

Schizofrenie dezorganizată (hebefrenă): este caracterizată prin gândire, comportament și emoții dezorganizate. Persoanele cu această formă de schizofrenie pot avea dificultăți în menținerea unui discurs coerent, pot prezenta comportamente bizare și pot avea schimbări bruște și imprevizibile în starea lor emoțională.

Schizofrenia catatonică: se caracterizează prin tulburări ale mișcărilor voluntare, cum ar fi rigiditatea musculară, agitația excesivă sau imobilitatea. Persoanele cu această formă de schizofrenie pot avea și ecolalie (repetarea involuntară a cuvintelor auzite) sau echopraxie (imitarea involuntară a mișcărilor altora).

Schizofrenie nediferențiată: acest termen este folosit pentru a descrie cazurile în care simptomele nu se încadrează clar în niciuna dintre categoriile de mai sus sau când simptomele de

la mai mult de un subtip sunt prezente în același timp.

Schizofrenie reziduală: se referă la o formă mai ușoară de schizofrenie în care simptomele mai severe au scăzut în intensitate, dar simptomele reziduale, cum ar fi iluziile sau halucinațiile pot fi încă prezente.[1]

Tratamentul schizofreniei implică de obicei o combinație dintre medicamente, terapie psihologică și sprijin social. Este important ca tratamentul să fie individualizat în funcție de nevoile și simptomele specifice ale fiecărei persoane. Iată câteva componente cheie ale tratamentului schizofreniei:

1. Medicamentele antipsihotice sunt adesea folosite pentru a trata simptomele principale ale schizofreniei, cum ar fi halucinații, delirurile și gândirea. Aceste medicamente pot ajuta la corectarea dezechilibrului de neurotransmițători din creier și a reducerii severității simptomelor. Există două tipuri principale de antipsihotice: tipice și atipice, fiecare cu propriile lor beneficii și efecte secundare.

2. Terapia psihologică poate fi utilă pentru a ajuta persoana să înțeleagă și să gestioneze simptomele schizofreniei, să îmbunătățească abilități sociale și de adaptare și să reducă stresul și anxietatea asociată cu boala. Terapiile care s-au dovedit eficiente includ terapia cognitiv-comportamentală (TCC), terapia de reabilitare cognitivă și terapia de sprijin social.

3. Sprijinul social și rețelele de suport pot fi extrem de importantă în gestionarea schizofreniei. Acestea pot include sprijinul din partea familiilor și prietenilor, grupurile de sprijin comunitar, serviciile de reabilitare și locuințe protejate. Accesul la resurse sociale și financiare poate ajuta la stabilirea resurselor calității vieții, la menținerea unei stabilități pe termen lung.

Educație și consiliere: Educația despre boală și consilierea pot ajuta persoana afectată și familia să înțeleagă mai bine schizofrenia, să identifice și să gestioneze simptomele și să facă față stigmatizării asociate cu tulburarea.

Este important ca tratamentul schizofreniei să fie monitorizat și ajustat în mod regulat de către un psihiatru sau un specialist în sănătate mentală. Abordarea integrată și colaborarea între diverse echipe medicale și profesioniști sunt esențiale pentru asigurarea unei îngrijiri eficiente și personalizate pentru persoanele afectate de schizofrenie.

Consilierea psihologică poate juca un rol important în gestionarea schizofreniei, complementând tratamentul medical și oferind sprijin emoțional persoanelor afectate de această tulburare mentală. O modalitate în care consilierea psihologică poate fi utilă în cazul schizofreniei este înțelegerea și acceptarea bolii. Consilierea psihologică poate ajuta persoana să înțeleagă și să accepte mai bine diagnosticul de schizofrenie și să gestioneze emoțiile asociate cu boala, precum frica, stigmatizarea și frustrarea. Terapeutul poate lucra împreună cu persoana pentru a identifica și a dezvolta strategii eficiente de gestionare a simptomelor, cum ar fi tehnici de relaxare, tehnici de gestionare a stresului și tehnici de diminuare a simptomelor de anxietate sau depresie. Schizofrenia poate afecta relațiile sociale ale unei persoane, iar terapia poate oferi sprijin pentru îmbunătățirea abilităților sociale, gestionarea relațiilor și comunicarea eficientă cu cei din jur. Terapeutul poate lucra împreună cu persoana pentru a dezvolta abilități practice și strategii de adaptare pentru a face față cerințelor zilnice, cum ar fi gestionarea banilor, întreținerea locuinței și gestionarea medicamentelor.

Consilierea psihologică poate oferi, de asemenea, sprijin și educație pentru membrii familiei și îngrijitorii persoanei afectate de schizofrenie, ajutându-i să înțeleagă mai bine boala și să facă față provocărilor asociate cu îngrijirea unei persoane cu această tulburare.

Rezultate

O meta-analiză a 320 de studii publicate între 1895 și 1992, cu un total de 51.800 subiecți [10] au arătat că aproximativ 40% dintre persoanele cu schizofrenie au fost raportate ca având o îmbunătățire a evoluției bolii, după o urmărire medie de 5,6 ani.

O îmbunătățire a tabloului clinic a schizofreniei a avut loc încă din anii 1960, probabil datorită introducerii medicamentelor antipsihotice.

Alte două studii de urmărire prospective majore, multicentrice, realizate de OMS [11] au găsit diferențe izbitoare între țările în curs de dezvoltare și cele dezvoltate asupra schizofreniei ,

dar în general, după 15 și 25 de ani de urmărire mai mult de 30% au avut rezultate relative clinice favorabile.

Un studiu de urmărire pe termen lung dintre persoanele care s-au prezentat cu primul episod de schizofrenie au arătat că aproximativ jumătate au avut rezultate bune, iar 16% dintre persoanele cu simptome precoce au atins faza târzie de recuperare [12]. Există dovezi emergente că detectarea precoce și tratamentul sunt asociate cu un rezultat mai bun pe termen lung. [13,14]

Concluzii

Persoanele cu schizofrenie pot trăi o viață relativ normală cu tratament adecvat și sprijin din partea familiei și a comunității. Este crucial să se reducă stigmatizarea și să se ofere sprijin adecvat persoanelor care suferă de această tulburare pentru a le ajuta să-și gestioneze simptomele și să ducă o viață mai bună.

Orizonturile asupra evoluției schizofreniei sunt variate și pot fi influențate de mai mulți factori, inclusiv de modul în care este gestionată boala, de accesul la tratament și de sprijinul social. Iată câteva concluzii asupra evoluției schizofreniei:

1. Evoluția schizofreniei poate varia considerabil de la o persoană la alta. În unele cazuri, simptomele pot deveni mai ușoare cu tratament adecvat și sprijin continuu, în timp ce în alte cazuri pot exista recidive și complicații pe termen lung.

2. Tratamentul timpuriu și intervențiile adecvate pot îmbunătăți semnificativ perspectivele persoanelor cu schizofrenie. Terapia medicamentoasă, consilierea psihologică, sprijinul social și terapia de reabilitare pot ajuta la gestionarea simptomelor și la îmbunătățirea calității vieții.

3. Mediul în care trăiește o persoană poate avea un impact semnificativ asupra evoluției schizofreniei. Accesul la îngrijire medicală adecvată, sprijinul social, stabilitatea locuinței și reducerea stresului pot contribui la gestionarea bolii și la prevenirea recidivelor.

4. Progresele în domeniul cercetării științifice și în dezvoltarea tratamentelor pot aduce îmbunătățiri semnificative în managementul schizofreniei în viitor. Identificarea factorilor de risc, dezvoltarea de tratamente mai eficiente și personalizate și inovațiile în terapiile psihosociale ar putea schimba peisajul gestionării acestei tulburări mentale.

5. Perspectivele asupra evoluției schizofreniei sunt complexe și pot fi influențate de o serie de factori. Cu toate acestea, o abordare integrată care include tratament medical, sprijin social și intervenții psihosociale poate îmbunătăți calitatea vieții pentru persoanele care trăiesc cu această tulburare.

Referințe bibliografice:

1. Protocol Clinic National "Schizofrenia" Chisinau 2012.
2. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, et al. (2015) An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 horizontal line 2013: A systematic literature review. BMC Psychiatry 15: 193.
3. Mathers CD and Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine 3: e442.
4. Cardinal RN and Bullmore ET (2011) The Diagnosis of Psychosis. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Freudenreich O, Schulz SC and Goff DC (2009) Initial medical work-up of first-episode psychosis: A conceptual review. Early Intervention in Psychiatry 3: 10–18.
6. Sullivan PF, Daly MJ and O'Donovan M (2012) Genetic architectures of psychiatric disorders: The emerging picture and its implications. Nature Reviews Genetics.
7. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2016, vol. 50(5) 1-117.
8. Demjaha A, MacCabe JH and Murray RM (2012) How genes and environmental factors determine the different neurodevelopmental trajectories of schizophrenia and bipolar disorder. Schizophrenia Bulletin 38: 209–214.
9. Selten J-P, van der Ven E, Rutten BP, et al. (2013) The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. Schizophrenia Bulletin 39: 1180–1186.
10. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, et al. (1994) One hundred years of

schizophrenia: A meta-analysis of the outcome literature. The American Journal of Psychiatry 151: 1409–1416.

11. Hopper K, Harrison G, Janca A, et al. (2007) Recovery from Schizophrenia: An International Perspective: A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia. Oxford: Oxford University Press.

12. Harrison G, Hopper K, Craig T, et al. (2001) Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study. The British Journal of Psychiatry 178: 506–517.

13. Craig TK, Garety P, Power P, et al. (2004) The Lambeth Early Onset (LEO) Team: Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. British Medical Journal 329: 1067.

14. Ten Velden Hegelstad W, Larsen TK, Auestad B, et al. (2012) Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: Effects on 10-year outcome. The American Journal of Psychiatry 169: 374–380.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

PATRAȘCU Dumitru

profesor universitar, dr. hab. pedagogie
Universitatea de Studii Europene din Moldova
Email djapatrascu@gmail.com

СИДОРЕНКО Ангелина,

студентка II-го цикла,
Факультет Психологии и Социальной Помощи,
Европейский Университет Республики Молдова,
anghelina.sidorenco@gmail.com

АННОТАЦИЯ

Целью данной работы является рассмотрение различных альтернативных терапий при лечении тревожных расстройств. Также в данной работе анализируются разнообразные подходы, выходящие за рамки стандартных методов лечения, таких как психотерапия и фармакологические препараты. Рассмотрение эффективности медитации, искусствовотерапии, релаксации трав, а также исследование пользы этих методов в снижении уровня тревожности.

Ключевые слова: тревожность, терапия, лечение, медитация, искусствовотерапия, травы.

SUMMARY

The purpose of this work is to examine various alternative therapies in the treatment of anxiety disorders. This article also examines a variety of approaches that go beyond standard treatments, such as psychotherapy and pharmacological drugs. Considers the effectiveness of meditation, art therapy, relaxation, herbs and explores the benefits of these methods in reducing anxiety.

Key words: anxiety, therapy, treatment, meditation, art therapy, herbs.

1. Введение.

Тревожные расстройства представляют собой группу определенных психических состояний, которые характеризуются частым и усиленным ощущением тревожности,

страха и беспокойства. Личности с тревожным расстройством часто испытывают преувеличенные переживания по поводу сравнительно небольших событий. Приступ тревоги часто сопровождается паническими атаками, для которых характерна моментальная реакция организма в виде учащенного сердцебиения, потливости, онемения конечностей, нехватки дыхания, тремора.

Также, тревожное расстройство делится на несколько типов: социальное (сопровождается фобиями и негативными реакциями в виде интенсивных переживаний в ответ на социальные ситуации), фобии (панические реакции в ответ на конкретные объекты, например: страх замкнутых пространств, боязнь определенных животных) и общее тревожное расстройство, которое является наиболее распространенным типом.

Тревожное расстройство ощутимо влияет на качество жизни человека, значительно ухудшая его.

Клинический психолог Дэвид Карбонелл, специализирующийся на лечении тревожных расстройств, подчеркивает, что “Тревожные расстройства препятствуют нашей способности ощущать, думать, воспринимать и реагировать на мир так, как мы этого хотим”.

Традиционное- классическое- лечение тревожных расстройств включает в себя психотерапию, фармакологическое лечение или их комбинацию. Основным инструментом психотерапии выступает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) , помогающая качественно изменить негативную направленность мыслей и поведенческих аспектов. Фармакологическое лечение включает в себя регулярный прием антидепрессантов и медикаментов, снижающих частоту и интенсивность тревожных эпизодов.

Классическое лечение имеет под собой научную базу и применяется более широко, нежели альтернативные методики, однако второй метод может отлично работать в симбиозе с традиционным направлением лечения.

2.Альтернативные терапии при лечении тревожных расстройств.

Альтернативные методы лечения тревожных расстройств представляют собой новые и/или дополнительные способы борьбы с повышенной тревожностью. И, хоть большинство психиатров и психотерапевтов склонны использовать классическое лечение в связи с научными стандартами, умалять достижения и исследования в сфере альтернативных методов не стоит; так, в статье на сайте Гарвардской Медицинской школы (Harvard Health Publishing) за 2014 год приводится мнение психиатра из Центра по борьбе Тревожностью и Травматическим стрессовым расстройствам. Доктор Элизабет Хоги использует в лечении своих пациентов медитацию “майндфулнес” (с англ.- осознанность), суть которой сводится к тренировке присутствия в настоящем моменте.

“Люди с тревожным расстройством сталкиваются с проблемой борьбы с отвлекающими мыслями, которым придается слишком много значения”,- объясняет доктор,- “Они не могут отличить мысль о решении проблемы от мучительного беспокойства, которое не приносит никакой пользы”.

“Если у вас есть непродуктивные переживания, вы можете научить себя проживать эти мысли совершенно по-другому”.

Благодаря данному нетрадиционному подходу, можно научиться “перехватывать” негативные мысли, но не воспроизводя прежние паттерны с прокручиванием негативных сценариев, а, напротив,- воспринимая их как часть сплошного мыслительного потока, не более.

Одно из исследований доктора Хоги обнаружило, что программа, основанная на майндфулнес, предназначенная для снижения стресса помогла подавить симптомы тревоги у людей с генерализованным тревожным расстройством, при котором характерны сложно-контролируемые переживания, проблемы со сном и раздражительность. Люди в контрольной группе также смогли подправить свои показатели, но не настолько, как люди из группы медитации,- их учили стандартным техникам по управлению стрессом. Все участники получили одинаковое количество времени, внимания и взаимодействия внутри

группы. Научные исследования показали, что процесс медитации влияет на организм человека: зарегистрированы изменения в активности мозга, артериальном давлении и даже перемены в показателях на уровне гормонов и поддержание уровня сахара в крови у диабетиков. Как известно, существует прямая связь между стрессом, и, как следствие, тревожностью с уровнем гликозилированного гемоглобина. Поэтому в качестве профилактики и снижения уровня глюкозы в крови, можно обращаться к регулярным практикам медитации.

Медитации, как альтернативные методики, помогают распознавать свои ощущения, мысли и эмоции.

При лечении тревожности также используют прогрессивную мускульную релаксацию, суть которой сводится к попеременному напряжению-расслаблению мышц в момент физического напряжения; техники медитации на дыхании, представляющие из себя упражнения по контролю дыхания для уменьшения стресса, и прочие медитативные техники.

Альтернативные методы лечения вызывали интерес задолго до их фактического включения в традиционную психотерапию.

Карл Густав Юнг, один из основоположников классического психоанализа и аналитической психологии, знаменитый швейцарский психиатр, проявлял любопытство к альтернативным методам и духовным практикам. Психиатр придавал большое значение творчеству, поскольку посредством художественных способностей человек способен выражать скрытые, вытесненные эмоции. И, хотя Юнг не определял искусствовотерапию как отдельный метод лечения, однако его идеи дали толчок для последующего развития данного направления. То, что подчас затруднительно выразить словами, можно облечь в форму искусства: посредством живописи, музыки, лепки, танца проработать болезненные воспоминания и/или эмоции, приносящие дискомфорт и тревогу, тем самым уменьшая их влияние на состояние людей, страдающих от тревожных расстройств.

Люди издавна использовали искусствовотерапию в качестве панацеи от душевных мук: Аристотель и Гиппократ использовали музыку и танец для лечения недугов, древние египтяне также прибегали к рисованию цветных рисунков на стенах и храмах для лечебных целей и в качестве способа общения с духами и божествами. И лишь в 19-м веке психиатры стали активно применять художественную терапию в больницах для общего улучшения состояния своих пациентов.

В результате исследований по искусствовотерапии показатели пациентов улучшились в самопонимании и осознании своих мыслей и эмоций, снизилась интенсивность тревоги и стресса, а также улучшилось само качество жизни. Ряд исследований в журналах “Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts”, “Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association”, “The Arts in Psychotherapy” показывают эффективность в снижении уровня тревожности у людей с тревожными расстройствами и стрессовыми состояниями.

Как известно, классическое (традиционное) лечение тревожных расстройств, помимо лекарств и психотерапии, предписывает пациенту здоровый режим, т.е. для эффективности лечения человек должен пересмотреть свой образ жизни. Здоровый режим включает в себя полноценный 7-ми или 8-ми часовой сон и физические упражнения. В качестве физической нагрузки можно обратиться к еще одному альтернативному методу лечения тревожных расстройств- йоге. Практика йоги подразумевает под собой выполнение комплекса физических упражнений и дыхательных практик. Через дыхание возможно управление эмоциями, поскольку глубокое дыхание воздействует на парасимпатическую нервную систему, что, в свою очередь, влечет за собой успокоение и нивелирование тревожного состояния. Также снижается частота панических атак: дыхательные упражнения помогают развить саморегуляцию, которая позволяет реагировать на триггерные ситуации наиболее эффективным образом. Йога же, в исследовании журнала “Journal of Clinical Psychology” продемонстрировала свою

эффективность в улучшении состояний у пациентов с тревожными расстройствами. Поскольку йогические практики включают в себя контроль ума и развитие фокусировки и сосредоточенности, регулярные занятия йогой позволяют добиться значительных успехов в уменьшении тревожных эпизодов у людей с тревожными расстройствами. Асаны же (позы и упражнения в йоге), включая растяжки, способствуют глубокому телесному расслаблению и, как следствие, психической релаксации.

Значительной психической релаксации также способствует дозированное и правильно подобранное принятие трав и натуральных добавок. Разумеется, перед использованием трав стоит заранее проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы убедиться, что они не противоречат другим лекарственным препаратам, принимаемым пациентом.

В культурах древности народы также использовали травы для лечения многих заболеваний, в том числе для снижения переживаний и тревоги. Ароматерапия повсеместно пользовалась большой популярностью. Например, древние римляне использовали лаванду для улучшения качества сна. Мелисса и шалфей принимались для успокоения ума. В аюрведической медицине ашваганда помогала справиться с излишним стрессом.

Сравнительно недавние исследования, опубликованные в журналах “Phytomedicine” и “Journal of Herbal Medicine” подтвердили анксиолитический эффект у пациентов при взаимодействии с экстрактом лаванды. Также, исследование, опубликованное в “Journal of Clinical Psychopharmacology” установило, что камомилла улучшает сон и благотворно влияет на тревожное состояние.

Что касается ашваганды (или “зимней вишни”-как ее еще называют), то в последние годы к ней возрос исследовательский интерес. Ее относят к адаптогенам, то есть к веществам, которые помогают организму повысить стрессоустойчивость, отрегулировать и сбалансировать внутренние обменные процессы.

Одно исследование было проведено на группе пациентов, у которых было диагностировано генерализованное тревожное расстройство. Пациентам давали селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, и наряду с ними одну капсулу экстракта ашваганды ежедневно в течение шести недель. Эксперимент показал, что экстракт ашваганды может быть потенциально использован с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и совместим с медикаментозной терапией у пациентов с генерализованным тревожным расстройством.

3.Выводы.

В заключении работы, вследствие проведенного анализа и рассмотрения разных исследований, я пришла к выводу, что альтернативные терапии, такие как искусствовотерапия, йога, медитации, дыхательные практики и использование натуральных добавок могут быть отличным вспомогательным инструментом и быть гармонично скомбинированы с классическим лечением (психотерапией и фармакологическим лечением). Альтернативные методики представляют собой дополнительные и новые приемы для борьбы с повышенной тревожностью, поскольку каждый человек индивидуален, современные психотерапевты и психиатры могут использовать разные подходы для нивелирования тревожных эпизодов и панических атак при тревожных расстройствах.

Библиографические сноски:

1. American Psychiatric Association (APA)- “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).”
2. Anxiety and Depression Association of America (ADAA)- “Understanding the Facts: Anxiety and Depression.”
3. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association
4. Ashwagandha (Withania Somnifera)- Current Research on the Health-Promoting Activities: A Narrative Review (<https://www.mdpi.com/1999-4923/15/4/1057>)

5. Journal of Clinical Psychology
6. Harvard Health Publishing, Harvard Health Blog, "Mindfulness meditation may ease anxiety, mental stress", by Julie Corliss, Executive Editor, Harvard Heart Letter, January 8, 2014
7. Дэвид Карбонелл, "Не попади в ловушку тревоги", 2016 г.

SINDROMUL ASPERGER

SANDULEAC Sergiu,

Doctor, conferențiar universitar,
Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău
E-mail: sanduleac.sergiu@upsc.md
<https://orcid.org/0000-0003-2040-4670>

BUZA Elena,

masterandă,
Facultatea de Psihologie și Asistență Socială
Universitatea de Studii Europene din Moldova
[lena.buza@mail.ru](mailto:lana.buza@mail.ru)

REZUMAT

Sindromul Asperger reprezintă o formă de tulburare de spectru autist care afectează modul în care copiii interacționează, comunică și se comportă. Această tulburare poate prezenta o varietate de manifestări, inclusiv dificultăți în înțelegerea regulilor sociale, utilizarea limbajului neobișnuită, interese și comportamente repetitive, precum și sensibilitate crescută la stimulii senzoriali. Înțelegerea și sprijinul adecvat sunt esențiale pentru a ajuta copiii cu sindrom Asperger să prospere și să-și maximizeze potențialul lor în dezvoltare și integrare socială. În articolul vizat se analizează sindromul Asperger la copii, oferindu-se informații relevante despre funcționarea cognitivă a copiilor cu sindromul Asperger, cauzele și factorii apariției, diagnosticul, simptomatologia generală a sindromului Asperger și metodele de remediere.

Cuvinte-cheie: tulburare de spectru autist, comportament stereotip, izolare socială, interese specifice, inteligență.

SUMMARY

Asperger's syndrome is a form of autism spectrum disorder that affects how children interact, communicate, and behave. This disorder can manifest in various ways, including difficulties in understanding social rules, unconventional language use, repetitive interests and behaviors, as well as heightened sensitivity to sensory stimuli. Understanding and appropriate support are essential to help children with Asperger's syndrome thrive and maximize their potential in development and social integration. The targeted article analyzes Asperger's syndrome in children, providing relevant information about the cognitive functioning of children with Asperger's syndrome, its causes and contributing factors, diagnosis, general symptomatology, and remedial methods.

Key words: autism spectrum disorder, stereotypical behavior, social isolation, specific interests, intelligence.

Introducere

Într-o eră în care informația este accesibilă în mod constant și presiunea pentru performanță este omniprezentă, preocupările legate de sănătatea mentală și tulburările de dezvoltare la copii

au devenit tot mai importante. Aceștia fiind mai expuși riscului de anxietate, depresie, tulburări de spectru autist și alte tulburări de sănătate mintală, în contextul unei lumi în schimbare rapidă și a unei creșteri a presiunilor sociale și tehnologice. În lumina acestor preocupări, sindromul Asperger devine un aspect deosebit de relevant.

Sindromul Asperger este o tulburare pervazivă [3, p.20] de dezvoltare inclusă în tulburările din spectrul autismului, caracterizată în principal prin dificultăți în interacțiunile sociale și în comunicare, precum și prin comportamente repetitive și interese specifice [2]. Printre termenii clinici utilizați pentru sindromul Asperger se includ și psihopatia autistă și tulburarea schizoidă a copilăriei [5].

Potrivit însă ICD-10-Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament din (1994), sindromul Asperger „este o tulburare cu validitate nosologică incertă, caracterizată de același tipuri de anomalii calitative ale interacțiunilor sociale reciproce, care sunt tipice pentru autism, precum și de un repertoriu limitat, stereotip și repetitiv de interese și activități” [7, p.310]. E prioritar de menționat că se deosebește de autism, în primul rând, prin faptul că nu există întârzieri generale sau întârzieri în dezvoltarea vorbirii sau cognitive. Această tulburare este adesea asociată cu o neîndemânare pronunțată. Există o tendință puternică ca ea să persiste în adolescență și în vârsta adultă reprezentând caracteristici individuale neinfluențate de mediu [7, p.310].

Sindromul a fost denumit în onoarea psihiatrului austriac Hans Asperger. În anul 1944, acesta a publicat un articol numind această tulburare psihiatrică „psihopatie autistă” în care a descris în detaliu comportamentul băieților cu inteligență și dezvoltarea lingvistică normală, care totuși întâmpinau dificultăți în comunicarea cu alte persoane. Acești copii nu căutau să interacționeze cu colegii lor, mimica și gesturile lor erau limitate, iar vorbirea lor era formală. Conform lui Asperger, ei acordau puțină atenție lumii din jur, dar puteau fi complet absorbiți de un subiect sau activitate îngustă. De exemplu, manifestau interes pentru cifre și puteau realiza cu ușurință calcule aritmetice complexe în minte, chiar dacă nimeni nu i-a învățat sau nu le-a cerut să facă astfel de lucruri. Asperger îi numea ”mici profesori” și considera caracteristicile comportamentului lor o formă ușoară de autism.

Deducem din cele relatate mai sus că copii cu sindromul Asperger datorită caracteristicilor fiziologice înnăscute ale neuronilor percep lumea într-un mod diferit față de ceilalți, văzând, auzind și simțind lucrurile altfel, aceștia pot avea dificultăți în interpretarea semnalelor sociale subtile ale celorlalți, cum ar fi limbajul nonverbal, și la rândul său ei înșiși întâmpină obstacole să-și exprime emoțiile, ei nu înțeleg gesturile, expresiile faciale, intonațiile vocii, le este greu să găsească subiecte de conversație, să înțeleagă când pot începe sau finisa o conversație, le este dificil să înțeleagă umorul, sarcasmul, insinuările sau tonul vocii, să manifeste compasiune, empatie, să înțeleagă sentimentele și motivele acțiunilor lor. Pentru aceștia e o sarcină complicată să se implice în conversații sau să dezvolte relații de prietenie cu semenii lor. Astfel accentuăm că dificultățile în comunicare afectează interacțiunile sociale și menținerea relațiilor amicale. În jocuri, acestor copii le este complicat să adopte un anumit rol, o atitudine cerută, să-și manifeste imaginația și creativitatea. Ei preferă mai degrabă jocurile logice sau matematice, acești copii arătând din exterior stângaci, care pot vorbi fără rost, abordând subiecte nepotrivite.

Repercursiunile unei lipse de comunicări adecvate cu societatea nu pot fi de neglijat deoarece absența ei poate duce ulterior la dezvoltarea depresiei sau a tulburărilor anxioase la copii. Prin urmare, părinților li se recomandă să consulte specialiștii și să înceapă terapia cu copilul cu sindromul Asperger cât mai devreme, cu accent pe *adaptarea socială*.

Cauzele și factorii apariției sindromului Asperger

Până în prezent, cercetătorii nu au identificat cauzele exacte pentru care copiii se nasc cu sindromul Asperger sau cu alte tulburări din spectrul autist (TSA). Există diverse ipoteze sociale, psihologice, biologice. Posibilele cauze potrivit specialiștilor ar putea consta în influența simultană a diversilor factori etiologici. Savanții din domeniu au ajuns la părerea că cel mai mare rol în dezvoltarea Aspergerului îi revine totuși geneticii. Deși genele specifice nu au fost încă identificate, se știe că sindromul Asperger apare mai frecvent în familiile în care există deja persoane cu tulburări din spectrul autist (de exemplu, cu autismul clasic).

Un alt posibil factor este mediul înconjurător, care poate perturba dezvoltarea neurologică a copilului în perioada prenatală. Acesta poate include următoarele probleme de sănătate ale mamei în timpul sarcinii și nașterii ca:

- diabet gestațional - nivel ridicat de glucoză în sânge în timpul sarcinii;
- administrarea anumitor medicamente în timpul sarcinii - de exemplu, acidul valproic care are un efect nociv asupra sistemului nervos al fătului;
- hipoxia intrauterină - o stare care duce la privarea de oxigen a creierului fătului;
- nașterea prematură între 22 și 37 de săptămâni de gestație;
- „genul masculin prezintă un risc de 3-4 ori mai mare de dezvoltare a sindromului decât la fete [2,4];
- complicațiile apărute la naștere [2];
- vârsta înaintată a părinților în momentul concepției (peste 40 de ani);
- obezitatea;
- medicația antidepresivă în timpul sarcinii;
- expunerea la poluanți din mediu;
- dezechilibru de vitamine;
- nașterea prin operația de cezariană fiind primul născut” [2].

O altă posibilă influență conform majorității experților din medicină e că disfuncțiile psihice apar din cauza perturbării proceselor de maturare a sistemului nervos central [1]. Aceste perturbări duc la formarea incorectă a conexiunilor între zonele creierului responsabile de interacțiunea socială și comunicare. Unele studii furnizează date nu numai despre perturbarea legăturilor între neuroni, ci și despre modificările în structura acestora [5]. Deopotrivă, se remarcă și un dezechilibru cantitativ al neurotransmițătorilor, responsabile de transmiterea impulsurilor nervoase, cum ar fi creșterea nivelului de serotonină. De aici derivăm că copii cu sindromul Asperger pot fi mai agresivi, iritabili, impulsivi în unele situații depășitoare pentru ei și pot avea tendință spre depresie și schimbări de dispoziție.

E semnificativ de evidențiat că toți acești factori de risc cresc doar probabilitatea dezvoltării sindromului Asperger sau a altor tulburări din spectrul autist, dar asta nu înseamnă că astfel de condiții pot apărea cu siguranță.

Simptomele sindromului Asperger

În cazul sindromului Asperger, simptomele sunt destul de ușoare, iar mulți părinți nu le acordă atenție. De exemplu, un părinte poate spune despre comportamentul copilului: „Nu îi place să se joace cu alți copii, dar este perseverent, citește enciclopedia de dimineața până seara”. Datorită intereselor limitate, acești copii învață să citească și să numere devreme, au cunoștințe enciclopedice și învață cu ușurință limbi străine. Adulții sunt încântați de abilitățile manifestate de copii la o vârstă fragedă, considerându-i copii-genii. Și abia în clasele mici ale școlii se observă că copilul nu interacționează bine cu ceilalți și nu se înțelege cu ei. Uneori, acest lucru este observat doar în clasele gimnaziale sau de liceu. La fete, simptomele sunt mai atenuate, astfel că sindromul Asperger este diagnosticat mai târziu sau deloc. În primul an de viață al copiilor cu sindromul Asperger poate fi observată o lipsă de interes în interacțiunea cu adulții, care de obicei este prezentă încă de la naștere. Când copilul începe să meargă, nu demonstrează dorința de a aduce jucării pentru a le arăta părinților sau altor membri ai familiei. În general, se observă o lipsă de năzuință de a interacționa, lipsa de gesturi, mișcări, zâmbete, râs.

Simptomele individuale pot varia între diferiți copii, dar există semne comune care sunt specifice tuturor indivizilor cu sindromul Asperger:

- **Interacțiunea socială și comunicarea.** Copiii cu sindromul Asperger întâmpină adesea dificultăți în comunicarea cu colegii lor. Ei pot avea dificultăți în înțelegerea semnalelor neformale și nonverbale: cum ar fi expresiile faciale, gesturile și tonul vocii. De asemenea, pot avea probleme în menținerea contactului vizual. De exemplu, în timpul unei conversații, el nu privește în ochii interlocutorului sau, dimpotrivă, privește prea insistent. În același timp, ei au o expresie facială puțin expresivă, ceea ce îi face să pară indiferenți în orice situație: celor din jur nu le este

clar dacă sunt fericiți sau triști. Gestică lor poate fi limitată sau, dimpotrivă, exagerată. Copiilor cu sindromul Asperger le este greu să comunice și să-și facă prieteni, ceea ce înseamnă că le este dificil să-și dezvolte **abilitățile sociale**. De aici deducem că **apare izolarea socială**. Cu toate acestea, cercetările au arătat că acești copii sunt interesați de relații –și suferă adesea de *singurătate*.

- **Interesele restrânse sau comportamentele repetitive** pot fi simptome ale sindromului Asperger. Adesea, astfel de copii manifestă un interes foarte puternic pentru anumite subiecte sau obiecte. Ei pot vorbi la nesfârșit despre aceste subiecte, uneori ignorând interesele și nevoile interlocutorului. Deseori, interesul este legat de o anumită disciplină științifică, cum ar fi matematica sau fizica. Studiile demonstrează că la fete și femei cu tulburări din spectrul autismului, interesele înguste sunt mai adesea legate de oameni decât de obiecte neînsuflețite sau științe. Prin urmare, ele sunt mai adaptate social. Acestea pot fi pasionate de personaje de desene animate, muzicieni sau actori. De asemenea, comportamentul stereotip este mai puțin frecvent la fete deoarece abilitățile sociale sunt mai bine dezvoltate. La persoanele cu cea mai tipică formă de sindromul Asperger, memoria mecanică este excelentă și sunt foarte pasionați de unul sau două subiecte, încercând să învețe orice fapt disponibil legat de tema aleasă. Datorită memoriei mecanice, ei pot juca bine jocuri de masă (dame, șah).

- **Tulburările obsesiv-compulsive.** Acestea sunt caracterizate de gânduri intruzive care duc la acțiuni compulsive (repetitive). De exemplu, respectarea unor ritualuri fără sens, spălarea frecventă a mâinilor, numărarea mașinilor care trec pe lângă ei. Copiii cu acest sindrom sunt predispuși să dezvolte atașament puternic față de anumite obiecte și se simt triști atunci când trebuie să părăsească un mediu familiar

- **Sensibilitate la stimulente.** Copiii cu sindromul Asperger pot fi hipersensibili sau hiposensibili la anumite tipuri de stimulente, inclusiv sunete, mirosuri, texturi și gusturi. Acest lucru poate duce la evitarea anumitor situații sau, dimpotrivă, căutarea lor.

- **Abilități fizice și motorii.** Unii copii cu sindromul Asperger pot fi stângaci sau să întârzie vizibil în dezvoltarea fizică. Ei pot avea dificultăți în coordonare sau în abilitățile motorii fine, ceea ce poate fi observabil în timpul scrierii sau desenului. Înțelegerea lumii în care trăiește un copil cu sindromul Asperger este extrem de importantă pentru rudele lor, educatorii și alte persoane cu care vin în contact. Trebuie să se țină cont de faptul că acești copii percep toate cuvintele în mod literal. Ei nu recunosc subtextele și sensurile ascunse, astfel că glumitul cu ei este o idee proastă.

Diagnosticul sindromului Asperger

Diagnosticarea sindromului poate și ar trebui să se facă la copii de vârstă fragedă, deoarece intervenția timpurie va avea un impact crucial asupra viitorului copilului.

Potrivit Academiei Americane de Pediatrie se recomandă screening-ul tuturor copiilor pentru TSA la vârsta de un an și jumătate până la doi ani. Diagnosticarea unui copil cu sindrom Asperger implică colaborarea a mai multor specialiști cu studii medicale și psihologice ca : psihiatru pediatric, psihologul clinic, neuropediatru, psihopedagog special. Primul ce poate suspecta prezența patologiei este medicul pediatru. De obicei, părinții în cadrul consultației medicale de rutină sunt întrebați despre dezvoltarea copilului și se efectuează teste standard (cum ar fi M-CHAT Test-CAST și ASSQ).

Părinții pot observa singuri tulburările de comunicare, dificultățile în reacțiile emoționale, lipsa empatiei și caracteristicile comportamentului nonverbal la copil. Dacă medicul pediatru suspectează o tulburare din spectrul autismului poate trimite copilul la un psihiatru, care va aduna o anamneză detaliată, va face diverse observații, cum ar fi testarea inteligenței, funcțiile psihomotorii, evaluarea punctelor forte și slabe în comunicarea verbală și nonverbală, stilul de învățare, va completa împreună cu părinții chestionare speciale (despre sarcina mamei, boli de familie, comportament, dezvoltare fizică).

După care se face și o conversație cu copilul sub formă de joc unde se bazează pe următoarele semne:

- mișcări stereotipe;

- existența acțiunilor repetate (ritualuri);
- dificultăți în înțelegerea sensului ascuns și a subtextelor;
- dificultăți în stabilirea contactului cu colegii de aceeași vârstă;
- lipsa expresiei faciale;
- mersul neîndemânatic;
- utilizarea unor termeni complicați în timpul vorbirii (chiar și la copii);
- dificultăți în respectarea normelor sociale și regulilor;
- nivelul de inteligență a copilului;
- nivelul de relaționare cu semenii și apropiații.

După acest examen complet și investigațiile necesare se va pune diagnosticul corespunzător.

E important de menționat că nu există un singur test care să poată diagnostica sindromul Asperger. Specialistul efectuează o examinare complexă din punct de vedere psihologic, observă comportamentul și interacțiunea cu cei din jur, examinează istoricul dezvoltării tulburării și simptomele actuale. Apoi, va compara datele clinice cu criteriile de diagnostic și va efectua concluzii cu privire la conformitatea sau neconformitatea.

Reiterăm necesitatea stabilirii unui diagnostic corect și la timp, deoarece acest fapt va influența calitatea terapiei, care afectează direct viața individului.

Rezultate și discuții. O tulburare din spectrul autismului nu este o sentință. Copilul cu Sindromul Asperger are cea mai mare nevoie de socializare, dorind să fie ascultat. Cu sprijinul rudelor și al celor apropiați, precum și cu ajutorul specialiștilor ca psihologi, pedagogi, logopezi și eforturilor acestora de adaptare în mediul social, caracteristicile dezvoltării pot fi remediate și acești indivizi își pot **îmbunătăți semnificativ calitatea vieții**. Cu alte cuvinte, pentru a se adapta social și pentru a-și găsi misiunea în lume, copilului îi sunt necesare eforturi din ambele părți: din partea celor apropiați și din partea specialiștilor - aceștia ajută la dezvoltarea inteligenței emoționale, la înțelegerea mediului înconjurător și la învățarea de a comunica.

Pentru tratarea sindromului Asperger, precum și a altor tulburări din spectrul autismului (TSA), nu se utilizează medicamente, nu poți vindeca o caracteristică a creierului. Cu toate acestea, există numeroase tehnici de terapie a tulburărilor, care au demonstrat eficacitate, cum ar fi terapia ABA, terapia cognitiv-comportamentală, utilizarea jocurilor de teatralizare, a jocurilor sociale etc. Scopul prioritar a acestor terapii vizează dezvoltarea abilităților sociale, remediarea comportamentelor stereotipe și a abilităților fizice.

Ideal ar fi să se implice în gestionarea sindromului Asperger mai multe terapii simultan care să abordeze simptomele de bază ale tulburării [9]. Deși majoritatea profesioniștilor susțin că intervenția timpurie este crucială, nu există o combinație de tratamente recomandată în mod special față de altele [9].

Tratamentul sindromului Asperger este similar cu cel al altor tulburări din spectrul autismului (TSA), cu excepția faptului că se concentrează pe abilitățile lingvistice, punctele forte verbale și vulnerabilitățile nonverbale ale indivizilor cu sindrom Asperger [9]. Un program obișnuit include, în general [9]:
-Procedurile de analiză a comportamentului aplicat, precum susținerea a comportamentului sau formarea și sprijinul acordat părinților și profesorilor școlari în utilizarea strategiilor de gestionare a comportamentului, sunt esențiale atât în mediul familial, cât și școlar [9]. De asemenea, instruirea în dezvoltarea abilităților sociale pentru a îmbunătăți interacțiunile interpersonale este crucială [9].

-Terapia cognitiv-comportamentală pentru a îmbunătăți gestionarea stresului legat de anxietate sau emoții explozive și pentru a ajuta la reducerea intereselor obsesive și a rutinelor repetitive

[9]. Aceasta vizează și dobândirea abilităților sociale necesare în comunicarea cu alte persoane. Copiii sunt ajutați să-și dea seama și să corecteze greșelile comportamentale, să înțeleagă contextul social și să respecte regulile, să lucreze la gestionarea emoțiilor și să reducă interesele obsesive și comportamentele repetitive.

-Tratamentul poate fi necesar pentru afecțiunile comorbide: în caz de anxietate și depresie pot fi utilizate antidepresive, cum ar fi tulburarea depresivă majoră și tulburările de anxietate [9];
-Terapie ocupațională sau fizică pentru a ajuta la procesarea senzorială și la coordonarea motorie deficitară [9]. Prin intermediul ergoterapiei are loc îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu sindrom Asperger, astfel aceștia dezvoltând deprinderi de viață și kinetoterapia pentru a ajuta la dezvoltarea abilităților fizice funcționale (echilibru, coordonare motorie, postură) și percepția senzorială.

-Crearea unui mediu potrivit și axarea educației pe domeniul în care subiectul excelează [9]. Accentuăm necesitatea abordării individualizate a copiilor cu sindromul Asperger aceștia au nevoie de curriculum planificat individualizat și de condiții de evaluare adaptate [8, p.158].

-Programe și modalități de predare și evaluare specializate, adaptate capacităților lor de înțelegere [8, p.158].

-Ajutorul psihologului, care să evalueze abilitățile intelectuale (IQ) și să participe la elaborarea Planului Educațional Individualizat[8, p.158];

Un alt moment prioritar este psihoterapia familiei care este esențială, deoarece părinții vor învăța să accepte acest copil așa cum este, în ciuda dificultăților de schimbare, acești copii pot experimenta reacții imprevizibile la schimbare, de aceea este crucial să se respecte rutinele și stereotipiile lor. În cazul în care familia se confruntă cu necesitatea de a se muta sau de a face modificări care afectează și copilul cu tulburare Asperger [3, p.43], atunci acestuia i-se va explica, se vor căuta modalități pe care acesta să le accepte [4, p.22]. Aceștia sunt ajutați să învețe să interacționeze cu copiii care au sindromul Asperger. Susținerea corectă a copilului îl va ajuta să obțină abilitățile necesare și să ofere un mediu favorabil pentru dezvoltarea sa. Deși acești copii se pot descurca la școală, au nevoie totuși de o îndrumare adecvată nevoilor și particularităților lor [3, p.43].

Material și metode. Pentru elaborarea acestui articol despre sindromul Asperger, am efectuat o cercetare exhaustivă a sursei de literatură relevantă, inclusiv studii științifice, cărți de specialitate și articole din reviste specializate în domeniul psihiatriei, psihologiei și al tulburărilor de spectru autist. Informațiile obținute au fost selectate și analizate pentru a furniza o perspectivă cuprinzătoare despre sindromul Asperger.

Concluzii. Sindromul Asperger este o tulburare din spectrul autismului care a atras atenția multor cercetători. Fiind o formă de tulburare din spectrul autismului, este o afecțiune complexă care afectează modul în care o persoană interacționează și comunică cu lumea din jurul lor.

Detectarea și diagnosticarea precoce a acestei tulburări joacă un rol-cheie în îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu această condiție. Concluzionăm că caracteristicile sindromului Asperger variază de la individ la individ, însă acesta pot include dificultăți în socializare, comunicare și exprimare emoțională, precum și interese specifice și comportamente repetitive.

Cercetarea noastră sintetizează unul dintre aspectele esențiale ale gestionării sindromului Asperger care este intervenția timpurie și individualizată. Cu cât se intervine mai devreme în viața unei persoane cu sindrom Asperger, cu atât pot fi maximizate șansele de a dezvolta abilități sociale și de adaptare. Terapia cognitiv-comportamentală și terapia logopedică sunt parte integrantă a planului de tratament, ajutând la îmbunătățirea abilităților sociale, comunicarea verbală și nonverbală, și gestionarea comportamentelor stereotipe. Cu toate acestea subliniăm și ponderea pe care o au sprijinul educațional și sprijinul acordat părinților și cadrelor didactice sunt esențiale pentru a crea un mediu favorabil în care individul cu sindrom Asperger să poată evolua și să-și atingă potențialul maxim. Prin urmare, viitorul copiilor cu Sindromul Asperger depinde de mediul familial, școlar și social în ansamblu, precum și de eforturile psihiatrilor, psihologilor și pedagogilor pentru îmbunătățirea metodelor de tratament și dezvoltare și remediere psihopedagogică.

Este important să se recunoască că fiecare persoană cu sindrom Asperger este unică, iar abordarea terapeutică trebuie adaptată la nevoile și capacitățile individuale ale fiecăruia. Acceptarea și înțelegerea sindromului Asperger în comunitatea largă sunt, de asemenea, vitale pentru a crea un mediu incluziv și acceptant pentru persoanele afectate de această condiție.

În concluzie, cu sprijin adecvat și o abordare atentă și empatică, persoanele cu sindrom Asperger pot să-și găsească locul în societate și să ducă o viață împlinită și satisfăcătoare, contribuind în mod semnificativ la comunitatea lor și aducând valoare unică în lume.

Referințe bibliografice:

1. DOBRESCU, I. *Note de curs.Medicină generală an VI*. [citat 3 martie 2024].Disponibil:<https://ro.scribd.com/document/482545435/curs-studenti-anul-VI>
2. Getvig.Health. *Sindromul Asperger și particularitățile sale*. [citat 03.03.2024]. Disponibil: <https://getvig.health/psihologie/sindrom-asperger-ghid/>.
3. HADJIU, S., CĂLCÎI, C., BENIȘ, S., REVENCO, N. *Suport de curs la ciclul de educație medicală continuă.Tulburările de dezvoltare neuropsihică la copii*. Chișinău, 2022. [citat 03.03.2024]. pp.40-43.Disponibil: <https://ro.scribd.com/document/672329103/Tulburari-de-Dezvoltare-Neuropsihica-La-Copii>.
4. HADJIU, Svetlana, CĂLCÎI, Cornelia. *Suport de curs la ciclul de educație medicală continuă:Tulburările de spectru autist și sindromul autistic la copii*. [online]. Chișinău: CEP Medicina, 2022 pp. 20-23. [citat 03.03.2024]. ISBN 978-9975-82-2534. Disponibil: <https://library.usmf.md/sites/default/files/202203/Tulburarile%20de%20spectru%20autist%20si%20sindromul%20autistic%20la%20copii.pdf>.
5. IFTENE, Felicia. *Psihiatria copilului și adolescentului*. [citat 3 martie 2024].Disponibil:<https://ro.scribd.com/document/330079160/PSIHIATRIA-COPILULUI-SI-ADOLESCENTULUI-doc>.
6. MITRAN, D., COZMA, R., STOICA, F. *Sindromul Asperger.Ghid pentru părinți și profesori*. București 2015. ©2024 [citat 03.03.2024].Disponibil:<https://www.giftedforyou.eu/>.
7. Organizația Mondială a Sănătății. *Clasificarea ICD-10 a tulburărilor mentale și de comportament.Simptomatologie și diagnostic clinic*. pp.310-311. ISBN 973-9392-73-3.Editura:All Educational. București 1998.
8. VRÂNCEANU, Maria, PELIVAN, Viorica. *Ghid incluziunea socio-educățională a copiilor cu dizabilități în grădinița de copii*. Chișinău , 2011.
9. Wikipedia. *Sindromul Asperger*. [citat 03.03.2024]. Disponibil: [https://ro.wikipedia.org/wiki/Sindromul Asperger](https://ro.wikipedia.org/wiki/Sindromul_Asperger).

PROIECTAREA ACTIVITĂȚII DE CONSILIERE

STURZA Violina,

Drd, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”

Asist.universitar, prodecan USEM

violina.paris@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9934-6401>

ȚÎCU Mădălina,

masterandă,

Facultatea de Psihologie și Asistență Socială

Universitatea de Studii Europene din Moldova

madalinabulbas1@gmail.com

REZUMAT

Proiectarea activității de consiliere reprezintă o componentă esențială a procesului de consiliere, având ca scop planificarea și implementarea unui cadru eficient și personalizat pentru

a ajuta indivizii să-și rezolve problemele și să-și atingă obiectivele personale. Acest articol are ca scop examinarea procesului de proiectare a activității de consiliere dintr-o perspectivă psihologică. Se vor explora principalele etape ale proiectării, metodele și tehnici utilizate, precum și importanța adaptării intervențiilor la nevoile și caracteristicile individuale.

Cuvinte-cheie: proiectare, activitate de consiliere, proces, metode, intervenții, adaptare.

SUMMARY

Counselling design is an essential component of the counselling process, aiming to plan and implement an effective and personalised framework to help individuals solve their problems and achieve their personal goals. This article aims to examine the process of designing counselling from a psychological perspective. It will explore the main stages of design, the methods and techniques used, and the importance of tailoring interventions to individual needs and characteristics.

Key words: design, counselling activity, process, methods, interventions, adaptation.

Introducere

Întâi de toate ne-am propus să analizăm sumar conceptul de consiliere și proiectare și importanța acestei activități psihologice în planificarea și implementarea activității de consiliere.

Termenul de „*consiliere*” are o varietate de sensuri în limba română.

Conform accepțiunilor recunoscute și definite de către „Dicționarul Explicativ”, prin *consiliere* putem înțelege că e procesul de a consilia, povățui, sfătui, îndruma, învăța și rezultatul ei.

Ion Al. Dumitru definește conceptul de consiliere psihologică „drept un tip de intervenție prin care se urmărește sugerarea unui mod de a proceda, a unui mod de comportare ce trebuie adoptat într-o situație dată sau, în general, în viața și activitatea cotidiană”. Consilierea se propune persoanelor relativ normale, sănătoase psihic, aflate uneori în dificultate. Consilierul ajută subiectul cu probleme să-și conștientizeze disponibilitățile și să le valorifice pentru rezolvarea problemelor cu care se confruntă, trăind o viață plină de sens, confortabilă psihologic [1, p.13-14].

Însă conform viziunii unui altui cercetător C. Rogers consilierea este definită ca „o serie de convorbiri directe cu individul, orientate spre a-l ajuta să-și modifice comportamentul și montajele psihice” [2, p.3-15].

O altă delimitare conceptuală ne prezintă *consilierea* ca fiind „o intervenție psihologică în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale sau în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament” [3, p.188].

Conceptul de *proiectare* este reprezentat analizând literatura de specialitate apare ca „totalitatea operațiilor de anticipare a obiectivelor, conținutului, metodelor și mijloacelor de învățare, a instrumentelor de evaluare și a relațiilor ce se stabilesc între toate aceste elemente” [4]

Sintetizând toate conceptele abordate mai sus deducem și formulăm că **consilierea** „reprezintă un proces de asistență și sprijin acordat indivizilor pentru a face față dificultăților și provocărilor din viața lor”.

Proiectarea activității de consiliere este o etapă crucială pentru a asigura eficiența și succesul intervenției. Aceasta implică planificarea și structurarea unui cadru adecvat, care să răspundă nevoilor și obiectivelor individului. Acest articol își propune să exploreze procesul de proiectare a activității de consiliere, evidențiind importanța adaptării intervențiilor pentru a se potrivi nevoilor și caracteristicilor specifice ale fiecărui individ.

Analiza surselor bibliografice consacrate ne-a permis să evidențiem mai multe tipuri de consiliere. După clasificarea lui Dumitru I. Al. [1, p. 12], observăm următoarele tipuri de consiliere, pe care cercetătorul le delimitează, după criteriul necesităților beneficiarului: *consilierea medicală*, *consilierea socială*, *consilierea religioasă*, *consilierea psihologică* [1, 7, 8].

Există mai multe tipuri de consiliere. De exemplu, consilierea educațională presupune

elemente de consiliere vocațională, suportivă, de dezvoltare personală sau informațională. Consilierea de criză reprezintă un domeniu de intervenție ce ține strict de competența psihologului. Acest domeniu implică cunoștințe, metode și tehnici de intervenție de specialitate.

Un pedagog, un psihopedagog, un asistent social sau sociolog, cu atât mai puțin un profesor, nu posedă competențele și expertiza necesară unor astfel de intervenții. Încercarea de asistare din partea profesorului-consilier în scopul remedierii unor posibile situații de criză psihologică ale unor elevi (ex. stări depresive sau de anxietate, ideatie suicidară, reacții de doliu, comportamente compulsive sau obsesive, consum de droguri sau dependența de alcool) este deosebit de riscant. În felul acesta, persoana în cauză poate fi privată de dreptul și șansa de a beneficia de un tratament psihologic și medical de specialitate. De asemenea, profesorul-consilier nu are ca obiectiv și competență evaluarea psihologică a elevului.

Considerăm prioritar că viitorii psihologi, alături de profesioniștii care deja activează în instituțiile de sănătate, preuniversitare, să posede competențe de proiectare.

Consilierul trebuie să posede competențe de valorificare a metodelor și tehnicilor în corespundere cu problema identificată a beneficiarului. Specialistul consilier are menirea de a-l ajuta pe beneficiar să se cunoască mai bine, să privească problemele obiectiv și dintr-o nouă perspectivă. O condiție importantă a consilierii este caracterizată prin faptul că specialistul nu propune rețete sau soluții prefabricate, ci orientează, apoi ghidează beneficiarul/ grupul de beneficiari consiliat spre luarea unei decizii optime pentru soluționarea de sine stătătoare a problemei.

Pentru dezvoltarea competențelor necesare consilierii, *specialistul trebuie să cunoască reperele proiectării unor activități de consiliere.*

Proiectarea este o metodă de formulare mai exactă și mai eficientă a problemei care necesită a fi abordată în cadrul ședintelor de consiliere, cât și a abilităților, atitudinilor sau cunoștințelor ce urmează a fi dezvoltate la clienți.

Proiectarea este baza planului de intervenție și se realizează **pe o problemă a grupului** identificată de consilier și participanți, pentru care există motivația de diminuare, îmbunătățire sau dezvoltare din partea beneficiarilor. De exemplu, se poate proiecta un modul de activități care să vizeze abilitățile de comunicare și rezolvare de conflicte pentru un grup de beneficiari. Spre exemplu activitățile de consiliere educațională nu implică consilierea unui singur copil sau adolescent. Consilierea educațională se realizează întotdeauna în grup, cea psihologică efectuându-se individual.

Etapele proiectării activităților de consiliere sunt:

1. **Definirea problemei.** Presupune identificarea tipului de problema cu care se confrunta cel consiliat. Exemple de probleme: abilități sociale scăzute, strategii de învățare insuficient dezvoltate, dificultăți de comunicare în situații de conflict, stil de viață nesănătos. La această etapă de asemenea se colectează informații și se evaluează problema utilizând diverse instrumente și tehnici de evaluare, cum ar fi interviurile, chestionarele și observația directă.

Pentru a descoperi și defini corect/adekvat problema majoră a persoanelor consultate este necesar să se ia în calcul o mulțime de factori sau variabile. Printre acestea, pot fi nominalizate următoarele:

a. vârsta persoanelor consultate;

- tinerii, spre exemplu, se regăsesc preponderent sub semnul, expansiunii și realizării unor scopuri palpabile, iar problemele lor țin de lipsa de voință și de angoasa lor față de diverse obstacole, ce apar, în mod obișnuit în calea acestor tendințe

- viața adulților se desfășoară sub semnul consolidării și conservării realizărilor, mare parte din problemele lor derivă din tendința de a perpetua orientările tinereții [5, p.14]. Evident, și la cei tineri și la cei în vârstă există o dispersie vastă de probleme: de la cele de ordin afectiv, și până la cele, legate de carieră, familie etc. Intensitatea acestora, prioritatea unora în raport cu altele, însă, sunt diferite de la o vârstă la altă.

b. orientări ale persoanelor consultate; în acest context urmează să fie luate în calcul orientările individuale (temperamentul, caracterul); la fel și cele sociale (spirituale, materiale);

- c. **rezistențele persoanelor consultate;** anume ele deseori se prezintă ca indicatori a unor probleme majore ale celor consultați;
- d. **aspectele iraționale ale sentimentelor, gândirii și comportamentului clienților;** în aceste cazuri pot fi destul de informative visele clienților;
- e. **nivelul de inteligență și/sau conformism al persoanelor consultate;** de regulă, persoanele cu un nivel înalt al inteligenței urmăresc să-și păstreze/promoveze propria individualitate, cele cu un nivel mai redus – de a se ralia la reprezentările și normele unor grupuri, ”de a fi în rând cu lumea”.

2. **Descrierea problemelor** - se realizează prin descrierea comportamentală, cognitivă și emoțională. Descrierea problemei se va baza pe caracteristici comportamentale, cognitive și emoționale mai prevalente și cu o frecvență mai mare în grupul analizat.

3. **Identificarea posibilor factori de formare și dezvoltare a problemei.** De cele mai multe ori problemele au mai multe surse de formare - rareori un singur factor declanșează un comportament neadecvat (de exemplu, în cazul fumatului la adolescenți pot interveni: reclama, presiunea grupului, neîncrederea în sine, aderența la normele de grup etc.). Identificarea cauzelor care au condus la dezvoltarea unei probleme este un pas indispensabil în eliminarea ei. Factorii de formare a problemei trebuie să fie identificați de grupul care se confruntă cu acea problema și nu să i se impună un punct de vedere din afară asupra cauzelor problemei.

4. **Identificarea factorilor de menținere și de activare a problemei.** Factorii de menținere a problemei (exces/deficit comportamental) împiedică formarea unor atitudini adecvate sau abilități eficiente. De exemplu, utilizarea etichetelor și a criticii în comunicarea dintre elevi reduc posibilitatea de autocunoaștere, încredere în sine și exprimare asertivă.

5. **Planul de intervenție** este etapa cea mai importantă în proiectarea și desfășurarea procesului de consiliere. Planul cuprinde totalitatea modalităților de realizare a obiectivelor de intervenție. Intervenția la sedinta de consiliere este fie numai de grup sau individuală și dacă ar fi de grup se focalizează pe dezvoltarea unor abilități comune unui grup de beneficiari/elevi. E important de menționat că dacă ar fi o consiliere individuală la această etapă s-ar dezvolta un plan de intervenție individualizat, care să includă strategii și tehnici adecvate pentru a aborda problemele identificate. Planul trebuie să fie flexibil și adaptabil la nevoile și preferințele individului.

6. **Implementarea intervenției:** Această etapă implică punerea în aplicare a planului de intervenție, utilizând tehnici și metode specifice. Consilierul lucrează în colaborare cu clientul pentru a aborda problemele și a atinge obiectivele stabilite.

Etapale formulării planului de intervenție sunt:

- a) formularea obiectivului de lungă durată - exemple: formarea unei stime de sine pozitive, dezvoltarea abilităților de management al stresului, dezvoltarea abilităților de pregătire pentru examene;
- b) formularea obiectivelor specifice se realizează în funcție de natura problemei și obiectivul de lungă durată; obiectivele specifice trebuie formulate în funcție de componentele comportamentale, cognitive sau emoționale ale descrierii problemei;
- c) strategiile de intervenție sunt formulate pentru fiecare obiectiv specific în parte și sunt realizate prin mai multe activități specifice.

7. **Evaluarea și revizuirea intervenției** vizează modificarea cunoștințelor, atitudinilor și abilităților. Se realizează prin: chestionare de cunoștințe, atitudini și abilități, grile de observare comportamentală, grile de autoevaluare comportamentală sau alte modalități de evaluare. Pe măsură ce intervenția progresează, se efectuează evaluări periodice pentru a evalua eficacitatea și a face ajustări necesare. Această etapă asigură monitorizarea și îmbunătățirea continuă a intervenției.

Orice consilier în proiectarea și implementarea intervenției de consiliere trebuie să țină cont de principiile consilierii psihologice [6] :

- Atenție și interes acordat celui alt, înțelegerea ideilor, emoțiilor, inclusiv în cazul când nu corespund cu ale tale proprii;

- Acceptarea necondiționată a celui cu care comunică;
- Autenticitatea – excluderea falsului, a prefăcătoriei, manifestarea interesului autentic față de interlocutor;
- Empatia – înțelegerea și trăirea situației din poziția celuiilalt, refuzul de la impunerea propriilor sentimente sau atitudini, tendința spre a-l înțelege pe interlocutor. Empatia influențează pozitiv dorința interlocutorului spre exprimare doar dacă, înțelegându-i emoțiile, exprimăm verbal această înțelegere, semnalizăm celuiilalt că a fost înțeles.

Materiale și metode. Metodele cercetării includ analiza surselor bibliografice și sinteza celor mai relevante paradigme și a definițiilor corespunzătoare, din domeniul consilierii psihologice și proiectării intervențiilor. Metoda de lucru a constat în selectarea temelor considerate relevante pentru practicieni, identificând noi abordări terapeutice.

Concluzie

Drept concluzie putem menționa faptul că proiectarea activităților de consiliere reprezintă o componentă esențială a procesului de consiliere, asigurând o abordare personalizată și eficientă în rezolvarea problemelor individuale. Procesul de proiectare implică etape cum ar fi evaluarea inițială, formularea cazului, planificarea intervenției, implementarea intervenției și evaluarea și revizuirea continuă. Importanța adaptării intervențiilor la nevoile și caracteristicile individuale reiese ca un aspect crucial în asigurarea succesului intervenției.

Proiectarea activităților de consiliere permite consilierului să adapteze intervenția în funcție de cerințele tuturor indivizilor. Structurarea și etapizarea activității, formarea de obiective clare și măsurabile, ne oferă în final atingerea tuturor obiectivelor propuse.

Eu consider că proiectarea activităților de consiliere ne oferă un management sănătos al timpului atât pentru consilier cât și pentru client, care în final va fi urmat de un feedback. El este foarte important în funcționarea deplină a unei activități, însă nu trebuie confundat nici cu critica, nici cu lauda. Sunt de părerea că cele mai productive consilieri sunt cele în care oamenii comunică eficient și primesc feedback permanent.

Referințe bibliografice:

1. DUMITRU, ION AL. *Consiliere psihopedagogică: baze teoretice și sugestii practice*. Iași: Polirom, 2008 336 p.
2. ROGERS C. *My philosophy of interpersonal relationship and how it grew*, *Journal of Humanistic Psychology*. 1973, №13, p. 3-15.
3. CUZNEȚOV, L. *Parteneriatul și colaborarea școală-familie-comunitate*. Educația de calitate a copiilor și părinților. Chișinău: Primex-Com SRL, 2018. 188 p. ISBN 978-9975-110-93-8.
4. CERGHIT I., VLASCEANU L. *Curs de pedagogie*. Editura: București, 1988.
5. JUNG C.G. *Психология переноса*. Статьи. Ваклер. Рефл – Бук. 1997, 298 с.
6. ШНЕЙДЕР Л. Б., ВОЛЬНОВА Г.В., ЗЫКОВА М.Н. *Психологическое консультирование*. Москва: НЖИЦП, 2002.
7. HOLDEVICI, I., NEACȘU, V. *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*. Editura Dual.Tech, București 2006.
8. BALAN, A. *Consiliere educațională*. Editura Psinet, Cluj – Napoca 2001.

Bun de tipar 26.12.2024.
Format A4 Coli de tipar 9,49. Coli editoriale 9,40.
Tipar Digital. Hârtie offset. Garnitura Times New Roman
Comanda nr. 165. Tirajul 100 ex.
Centrul editorial USEM
www.usem.md

Tipografia
Tipografia” Pulsul Pieței”,
Chișinău, str. Gh. Iablocikin, 5