

CZU: 159.922.8

DOI: 10.36120/2587-3636.v28i2.87-97

**DESFĂȘURAREA TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE
ÎN AMELIORAREA SIMPTOMELOR DEPRESIEI, ANXIETĂȚII
GENERALIZATE ȘI ANXIETĂȚII SOCIALE LA ADOLESCENȚI.
STUDIU DE CAZ**

Angela CALANCEA, dr., conf. univ.

<https://orcid.org/0000-0003-2869-0157>

Catedra Psihologie și Științe ale Educației

Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău

Rezumat. Adolescenții se caracterizează prin particularități distincte ale sferei afective, iar condițiile bio-sociale declanșează defavorizări afective relevate printr-un nivel avansat al depresiei și anxietății. Aceasta se agravează, la etapa actuală, ca urmare a faptului că orientările valorice și de conținut au devenit mai difuze, iar personalitatea adolescentului, este din ce în ce mai predispusă către dereglări ale sferei afective, psihice, cognitive și comportamentale. În acest articol au fost elucidate mecanismele ce determină apariția tulburărilor emoționale la adolescenți, a fost demonstrată posibilitatea diminuării tulburărilor emoționale la adolescenți, a fost utilizat modelul terapiei cognitiv comportamentale pentru ameliorarea simptomelor depresiei, anxietății generalizate și anxietății sociale. la adolescenți

Cuvinte cheie: adolescenți, anxietatea generalizată, anxietate socială, depresie, emoții, sfera afectivă.

**DEVELOPING COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN RELIEVING
THE SYMPTOMS OF DEPRESSION, GENERALIZED ANXIETY
AND SOCIAL ANXIETY IN ADOLESCENTS. CASE STUDY**

Abstract. Adolescents are characterized by distinct features of the affective sphere, and bio-social conditions trigger affective disadvantages revealed by an advanced level of depression and anxiety. This is exacerbated at this stage by the fact that value and content orientations have become more diffuse, and the adolescent's personality is increasingly prone to disorders of the emotional, mental, cognitive and behavioral spheres. elucidation of the mechanisms that determine the occurrence of emotional disorders in adolescents, the possibility of reducing emotional disorders in adolescents has been demonstrated, the model of cognitive behavioral therapy has been used to alleviate the symptoms of depression, generalized anxiety and social anxiety. in adolescents

Keywords: adolescents, generalized anxiety, social anxiety, depression, emotions, affective sphere.

Introducere

În terapia cognitiv-comportamentală dezvoltată de către psihiatrul american Aaron Beck [1], se disting două forme de gândire care reprezintă obiectul intervenției psihologice: 1. gânduri și imagini obișnuite (gânduri negative automate) care se declanșează spontan și au un caracter involuntar, neconștientizat; 2. convingeri și supoziții disfuncționale (credințe iraționale) care stau la baza celor anterioare, având conținut evaluativ, caracter nociv întrucât cei care le nutresc devin atât de perturbați când comit o greșală, încât evită să acționeze în anumite situații [3]. Aceste convingeri se formează în ontogeneză, reflectă paternul educațional, sunt foarte bine fixate și au un grad mare de stabilitate. Ellis și

Bernard sunt de părere că ele conduc la gânduri perturbatoare de tipul „Sunt lipsit de valoare pentru că”; „Este îngrozitor să”; „Nu pot suporta asta pentru că ...”. În demararea procesului terapeutic un rol deosebit îl are interviul de evaluare, care este semi structurat și implică din partea terapeutului atitudini și comportamente specifice abordării clinice. În terapia cognitiv-comportamentală, tratamentul se fundamentează pe formularea cognitivă a cazului, convingerile și strategiile comportamentale specifice tulburărilor psihice de anumit tip [1]. O etapă de importanță crucială pentru succesul tratamentului o constituie conceptualizarea de caz. Potrivit J. S. Beck elaborarea diagramei de conceptualizare a cazului servește terapeutului drept călăuză în selectarea strategiei de tratament optime pentru cazul particular [2]. Diagrama de conceptualizare a cazului (DCC) oferă o imagine per ansamblu a manifestărilor tulburării în plan emoțional și comportamental, declanșate de gândurile automate. Completarea DCC este un proces de durată, terapeutul fixează gândurile automate, emoțiile și comportamentele obișnuite ale pacientului [6]. În terapia cognitiv-comportamentală utilizăm următoarele metode de evaluare: autoobservarea (completarea de chestionare și rapoarte, scale de evaluare, obținerea de informații de la persoanele apropiate pacientului), observarea directă a comportamentului în mediul clinic (jocuri de rol, teste comportamentale), auto-monitorizarea (se referă la notarea frecvenței, duratei și intensității stărilor afective negative pe o scală gradată de la 0-100 sau 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. În încheierea terapiei obiectivul principal este dirijarea clientului spre a obține autonomie, autocontrol, independentă, el trebuie să poată fi apt de a transpune în practică noile convingeri mai realiste care au fost prelucrate în timpul terapiei.

Metodele de cercetare aplicate

Am utilizat următoarele metode de colectare a materialului empiric: convorbirea, observarea, anchetarea, testarea, experimentul de constatare, formativ și de control, discuții cu părinții, studiu de caz, algoritmul de completare a DCC, recomandat de experții din cadrul Institutului Beck de Terapie Cognitiv-Comportamentală (Pennsylvania, SUA) [6].

Rezultate și interpretări

Nume și prenume: Ana; Vârsta: 18 ani; Genul: feminin; Apartenența Culturală: moldoveanca; Orientarea Religioasă/Spirituală: creștin-ortodoxă; Condiții (mediul) de trai: locuiește împreună cu părinții în Chișinău; Statut profesional: elevă în clasa a XI-a; Statut socio-economic: Clasa de mijloc. Familia are locuință, părinții sunt angajați oficial.

Diagnosticul (din DSM-V): inventarele de anxietate și depresie relevă următoarele ipoteze clinice: *Tulburare depresivă majoră, episod unic, specificatori de severitate ușor, cu disconfort anxios. 296.21 (F32.0), Tulburare Anxioasă Generalizată 300.02 (F41.1), Tulburare Anxioasă Socială (Fobie socială) 300.23 (F40.10), Fără tulburare de personalitate, care întrunesc următoarele criterii de diagnostic:*

Tulburare depresivă majoră, episod unic, specificatori de severitate ușor, cu disconfort anxios. 296.21 (F32.0): Diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile cea mai mare parte a zilei, Agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi, Lipsa de energie aproape în fiecare zi, Diminuarea capacității de gândire, indecizie aproape în fiecare zi.

Tulburare Anxioasă Generalizată 300.02 (F41.1): Anxietate și îngrijorare excesivă prezente majoritatea zilelor, timp de cel puțin 6 luni cu privire la unele evenimente sau activități, cum ar fi performanțele la școală, Anei î-i este dificil să-și controleze îngrijorarea, Anxietatea și îngrijorarea se asociază cu 3 sau mai multe din următoarele 6 simptome (dintre care cel puțin câteva simptome au fost prezente majoritatea zilelor în ultimele 6 luni): Neliniște sau senzație de nerăbdare sau de a fi la limită, Dificultăți de concentrare sau senzație de golire a minții, Iritabilitate, Tensiune musculară, Perturbări ale somnului (dificultăți de a adormi sau de a menține somnul, neliniște, somn nesatisfăcător), Anxietatea, îngrijorarea sau simptomele somatice cauzează disconfort semnificativ clinic sau defect în domeniul social, școlar sau în alte arii importante de funcționare, Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau altei afecțiuni medicale.

Tulburare Anxioasă Socială (Fobie socială) 300.23 (F40.10): *Frică sau anxietate marcată privind una sau mai multe situații sociale în care individul ar putea fi expus evaluării de către ceilalți.* Astfel de exemple sunt interacțiunile sociale (să susțină o conversație, să întâlnească persoane necunoscute), să fie observată (în timp ce bea apa din sticlă sau pahar) sau să apară în fața unui public (discurs public, să povestească tema în fața colegilor). Situațiile sociale provoacă aproape întotdeauna frică sau anxietate. Situațiile sociale sunt evitate sau suportate cu frică sau anxietate intensă. Frica, anxietatea sau evitarea este persistentă, și durează de regulă 6 luni.

Planul de intervenție (tratament)

Scopul general al intervenției: Reducerea simptomelor depresiei, anxietății generalizate și anxietății sociale.

Lista de probleme /scopurile clientului și intervențiile bazate pe dovezi

Deficite: Perturbarea somnului de noapte, pregătirea pentru examenul de capacitate BAC, dificultate de concentrare, iritabilitate, dureri de spate, miopia, relații complicate cu mama, incapacitatea de a comunica cu persoane necunoscute, puțini prieteni, frica de a vorbi în

public, de a ieși singură în oraș, de a face singură cumpărături, de a cere ajutor, dificultăți la învățatură;

Excese: somn ziua, neglijare, stat degeaba, ruminații, anxietatea excesivă.

Obiectivele de intervenție

Etapa întâi: Angajamentul; Formarea alianței cu clienta; Evaluarea; Familiarizarea cu rezultatele evaluării, cu limitele și beneficiile terapiei; Analiza rezultatelor evaluării; Formarea listei de probleme și ierarhizarea problemelor de pe listă: simptomele și scopurile în viață; Psihoeducatia și normalizarea simptomelor (rolul stresului, aspectele bio-psiho-sociale ale bolii, reducerea stigmatizării); *Ce este depresia; Ce este anxietatea generalizată; Ce este Fobia socială;* Dezvoltarea conceptualizării cognitive: Identificarea legăturii dintre gânduri, emoții, comportamente; Formularea de caz.

Etapa a doua: Prezentarea planului de intervenție pentru reducerea simptomelor depresiei, anxietății generalizate și anxietății sociale; Îmbunătățirea rutinelor biologice: somn, hrană, mișcare; Înțelegerea stărilor de neliniște și anxietate; Diminuarea tendinței de a se neliniști, în special înainte de culcare; Reducerea frecvenței Gândurilor Automate Negative, GAN; Lucrul cu schemele cognitive; Îmbunătățirea relației cu mama; Activare comportamentală și experimente comportamentale; Restructurare cognitivă; Intervenții cognitive pentru reducerea îngrijorării și ruminației; Dezvoltarea abilităților de interacțiune socială; Reducerea anxietății resimțite în situații sociale; Eliminarea evitării situațiilor sociale; Training în vederea reducerii stresului și a optimizării abilităților necesare rezolvării de probleme; Angajarea în activități sociale care ar putea aduce starea de plăcere; Intervenții la nivel biologic. Dezvoltăm abilitățile de mindfulness și de relaxare; Îmbunătățirea nivelului de încredere în sine [7]; Training asertiv. Îmbunătățirea abilităților de comunicare asertivă; Dezvoltarea abilităților necesare pentru prevenirea recăderilor.

Întâlnirile se desfășoară urmându-se un program constant:

1. Stabilirea stării actuale cu un punctaj de la 0-10;
2. Verificarea temei de casă – trecerea în revistă a sarcinilor efectuate în timpul săptămânii și a observațiilor în legătură cu aceasta;
3. Fixarea agendei întâlnirii;
4. Informare, îi înmânez uneori documente informative și jocuri de rol;
5. Fixarea sarcinilor pentru săptămâna următoare, care să aibă legătură cu conținutul abordat;
6. Feedback.

Monitorizarea timp de 6 luni după încetarea terapiei, astfel încât să se verifice beneficiile terapeutice și să fie asistată, la nevoie, pentru formularea altor obiective

Sesiunile 1-3

1. **Stabilirea stării actuale cu un punctaj de la 0-10; (a apreciat starea sa cu 2,3,2);**
2. **Fixarea agendei întâlnirii. Obiectivele de intervenție ale etapei întâi:**

- *Angajamentul*. Formarea alianței cu clienta.
 - *Evaluarea*. Evaluarea problemele prezentate; Realizarea diagnosticul diferențial și evaluarea posibilelor tulburări comorbide; Evaluarea abuzului de substanțe, consumului de cofeină și tutun, tulburările de somn;
 - *Familiarizarea cu intervenția, psihoeducatia și normalizarea simptomelor*. Oferirea pacientului fișe cu informații despre tulburarea de anxietate generalizată și cu informații generale despre terapia cognitiv-comportamentală; Biblioterapie: recomandarea spre lectură *The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You* (Leahy, 2005, 2017); Explicarea de ce TAG se manifestă prin tensiune musculară și hiperactivare fiziologică; Explicarea faptului că îngrijorările reprezintă partea centrală a TAG, precum și modul în care îngrijorările sunt întărite tocmai de faptul că nu se adevăresc; Formarea listei cu scopuri pe termen scurt și lung ale intervenției;
 - *Dezvoltarea conceptualizării cognitive*: Identificarea legăturii dintre gânduri, emoții, comportamente; *Formulare de caz*.
3. ***Fixarea sarcinilor pentru casă, care să aibă legătură cu conținutul abordat:***
- Pentru lectură am oferit fișe cu informații generale despre anxietatea generalizată, ”informații despre tulburarea de anxietate generalizată pentru pacienți”; fișe cu informații generale privind eficiența utilizării terapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienți; Recomandați lectura volumului lui Leahy; Trecerea în revistă a sarcinilor efectuate în timpul săptămânii și a observațiilor în legătură cu aceasta: Jurnal de activități și analize funcționale tip ABC Comportamental și ABC cognitiv. Formularea așteptărilor pacientului față de terapeut și terapie.
4. ***Feedback.***
- Prima etapă a intervenției, sesiunile 1-3***, a fost focusată pe realizarea acestor obiective. Realizarea lor a fost menționată în prezentarea de mai sus. Inventarele aplicate, analiza rezultatelor evaluării, formarea listei de probleme și ierarhizarea problemelor, diagnosticul după toate DSM-5, psihoeducatia, dezvoltarea conceptualizării cognitive și formulare de caz.
- În cadrul ședințelor am negociat următoarele:***
- Dacă vom identifica unele dificultăți semnificative în implementarea planului de activare comportamentală, vom explora din nou oportunitatea unei evaluări psihologice;
 - Am oferit elemente de psiho educație în legătură cu ipotezele de diagnostic și intervenția terapeutică;
 - Am oferit fișe cu informații generale despre anxietatea generalizată, depresie și tulburarea nosofobică, am explicat care sunt avantajele utilizării psihoterapiei cognitiv comportamentale în cazul anxietății generalizate;

- Pentru lectură am oferit fișe cu informații generale privind eficiența utilizării terapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienți și cartea lui Dr. Robert L. Leahy „*Învinge grijile: 7 pași pentru a împiedica îngrijorarea să-ți pună piedici*”, 2017;
- Am explicat cum să completeze „Jurnalul de activități”
- Am discutat referitor la informația pe care clienta o deține despre gânduri, emoții (am întrebat ce emoții cunoaște, care sunt emoțiile pozitive și negative, i-am oferit o fișă cu toate emoțiile, le-am discutat pe fiecare în parte, am vorbit despre emoțiile de bază), comportamente și distincția clară dintre ele.
- Am explicat mecanismele de funcționare a comportamentului uman, regulile de modificare comportamentală (ABC comportamental). Am explicat că inițial este necesar de focusat atenția pe identificarea gândurilor, emoțiilor, reacțiilor fiziologice ale corpului, apoi, modificând strategiile cognitive și comportamentale, vom îmbunătăți calitatea vieții emoționale (Relația dintre Gând, Emoție, Comportament și despre ABC cognitiv).

Distorsiuni cognitive: le-am evaluat după Fișa de lucru ”Categorii de gânduri automate distorsionate – Ghid pentru pacienți”. Am analizat distorsiunile, le-am evaluat pe o scală de la 0-10, am notat exemplele clientei. Le-am descris doar pe acelea care au fost apreciate cu un punctaj mai mare de 5: „Trebuie”, 9,: trebuie să fac totul bine, Catastrofizarea 8: va fi groaznic dacă se va întâmpla ceva groaznic cu fiul meu sau cu mine; dar dacă eu mor ce va fi cu rudele mele; dar dacă fiul moare ce voi face atunci; Personalizarea, 7: nu sunt o mama bună; Orientarea regretului, 9: dar dacă aveam mai multă grijă de soțul meu nu avea să moară subit; Selectarea negativă, 8: văd doar oameni bolnavi, urâți, beți, murdari în jurul meu; Comparații incorecte, 7: colegii mei de facultate au obținut mai multe în viață decât mine; Ghicește viitorul, 6: nu voi reuși să fiu fericită ca înainte nicicând; Filtru mental – generalizare – etichetare, 5: eu sunt slabă, neajutorată, vulnerabilă;

La ședința 3 ne-am pregătit de formularea de caz cu recapitularea celor mai semnificative momente din biografia clientei, cu menționarea tuturor evenimentelor din viață, cu care ea s-a confruntat și continuă să se confrunte la momentul actual, am descris momentele cheie și tabloul clinic, am analizat rezultatele obținute la chestionare, am evidențiat itemii cu cel mai înalt scor, am revizuit cunoștințele de psihoeducație din ședința anterioară, am verificat tema de casă și am negociat obiective de intervenție, i-am prezentat pacientei planului de intervenție pentru reducerea simptomelor depresiei, anxietății generalizate și anxietății sociale. Astfel, Ana s-a familiarizat cu metodele mele psihoterapeutice de lucru.

Ședința 4: Prezentarea planului de intervenție pentru reducerea simptomelor depresiei, anxietății generalizate și anxietății sociale.

1. **Îmbunătățirea rutinelor biologice:** somn, hrană, mișcare;

2. ***Diminuarea tendinței de a se neliniști, în special înainte de culcare.*** Strategii de gestionare a anxietății;
3. ***Înțelegerea stărilor de depresie, îngrijorare, tulburarea de anxietate generalizată și tulburarea de anxietate socială;***
4. ***Îmbunătățirea relației cu mama.*** Reluarea activităților cotidiene legate de casă, de a face și menține curățenie în apartamentul și odaia în care locuiește;
5. ***Tehnici experiențiale:*** a. *Imageria dirijată pentru modificarea tiparului de comportament;* b. *Scrisoare către părinți;*
6. ***Reducerea frecvenței Gândurilor Automate Negative, GAN;***
7. ***Restructurare cognitivă:*** a) Toate experimentele comportamentale au generat GNA care au fost disputate în baza noilor dovezi, cu impact pe modalitatea de interpretare a propriilor resurse/ competențe/ autonomii; b) Analizarea condițiilor de susținere a examenelor de capacitate din perspectiva controlului asupra variabilelor: 1. ce este în controlul meu: pregătirea materialului teoretic și practic, 2. ce nu este în controlul meu: percepția subiectivă a comisiei asupra rolului meu; c) Disputarea conceptelor de succes / eșec în viață – cum arată o persoană de succes / cum arată o persoană eșuată – analiza valorilor personale; analiza comparativa scenarii de viață a Anei și Surorii ei: 1. ce înseamnă succes/ eșec pentru ea? 2. ce crede Ana despre alți tineri care sunt în aceeași situație cu a ei;
8. ***Intervenții cognitive pentru reducerea îngrijorării și controlul ruminațiilor:*** asistarea pacientului în diferențierea dintre îngrijorarea productivă și cea neproductivă, abordarea neliniștii pacientului legat de efectele nocive ale îngrijorării, evidențierea tendinței pacientului de a „sări la concluzii” și de a catastrofa, asistarea pacientului pentru dobândirea unor abilități necesare distingerii dintre anxietate și fapte reale. Monitorizarea îngrijorărilor și alocarea unui „timp pentru îngrijorare”; Pacientul poate fi ajutat să-și însușească activarea comportamentală (programarea activităților și planificarea recompenselor) ca modalități prin care se poate îmbunătăți starea sa emoțională și reduce durata ruminației. Dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme;
9. ***Introducerea și monitorizarea activităților:*** *Legate de stilul de viață sănătos: Ieșit din casă de 2 ori/ săptămână în primele 3 săptămâni; 3-4 ori/ săptămână în următoarea lună; zilnic ulterior; Jurnal alimentar. Jurnal de somn – respirație; exercițiu de mindfulness prescris în fiecare dimineața și în timpul zilei la necesitate. Îngrijire corporală – duș zilnic, haine feminine 1-2 ori/ săptămână, machiaj 1-2 ori/ săpt. Pentru a primi plăcere – socializare (activarea rețelei de prietene); vizionare de filme acasă. Cu responsabilitate: Plan de pregătire pentru BAC. Reducere a nivelului activării anxioase în general;*

10. **Activare comportamentală și experimente comportamentale.** a) Introducerea și monitorizarea activităților și identificarea valorii de întărire a fiecărei activități; b. Planificarea (reintroducerea activităților cu funcție de întărire); c. Expunerea la situații care să provoace GNA; Expunerea situațională, expunerea în imaginație, expunerea cognitivă la neliniște, desensibilizarea sistematică;
11. **Dezvoltarea abilităților de interacțiune socială:** să petreacă mai mult timp cu colegii de clasă și prieteni, să crească implicarea ei în activitățile sociale pentru a-și îmbunătăți suportul social, a forma relații apropiate importante, pentru a fi se implica în activități de grup (voluntariat, grupuri de auto ajutor, cluburi sociale) [4];
12. **Training asertiv:** Îmbunătățirea abilităților de comunicare asertivă; Reducerea anxietății resimțite în situații sociale; Eliminarea evitării situațiilor sociale; Angajarea în activități sociale care ar putea aduce starea de plăcere;
13. **Terapia schemelor cognitive. Modalități de operare cu schemele cognitive disfuncționale:** *Identificarea tiparelor de viață disfuncționale. Identificarea și declanșarea Schemelor cognitive dezadaptate. Identificarea stilurilor și a reacțiilor de coping. Lucrul cu Tehnicile cognitive din cadrul terapiei centrate pe scheme cognitive. Schimbarea schemelor disfuncționale în scheme funcționale;*
14. **Intervenții la nivel biologic.** Dezvoltăm abilitățile de mindfulness, de relaxare musculară progresivă, training-ul autogen, de relaxare prin respirație;
15. **Îmbunătățirea nivelului de încredere în sine;**
16. **Training în vederea reducerii stresului și a optimizării abilităților necesare rezolvării de probleme.** Managementul stresului (învățarea planificării unui număr realist de probleme care urmează să fie rezolvate), introducerea „pauzelor de stres”, autoadministrarea întăririlor și recompenselor (de exemplu, stabilirea auto-recompenselor pozitive), controlul furiei [5];
17. **Dezvoltarea abilităților necesare pentru prevenirea recăderilor.**

Desfășurarea procesului terapeutic și rezultatele obținute

Relația terapeutică: La începutul tratamentului Ana, însoțită de mama sa autoritară, era îngrijorată că eu ași putea de asemenea fi critică și autoritară cu ea. Ana era dispusă să accepte tratamentul pentru a putea fi ajutată. Era liniștită și dispusă să înceapă tratamentul. A demonstrat încă de la început un nivel de încredere în mine, a fost deschisă cu privire la dificultățile sale și a colaborat cu ușurință. Ana oferea în mare parte feedback pozitiv la sfârșitul sesiunilor. Am reușit să stabilim și să menținem o relație terapeutică bună. Pentru a menține o relație pozitivă cu ea, eu eram empatică, înțelegătoare, atentă la ea, la stările, emoțiile și gândurile ei.

Numărul și frecvența sesiunilor de terapie, durata terapiei: Eu și cu Ana ne-am întâlnit săptămânal timp de 16 săptămâni. Am avut 16 sesiuni de TCC de 60 de minute și 2 sesiuni de TCC, parenting cu părinții.

Măsurarea progresului: Ana a obținut la începutul terapiei: *Inventarul de depresie Beck* – 26, depresie moderată, *Chestionarul pacientului sănătos (PHQ-9)*, Scorul total: 14, depresie moderată și 16 la *TAG-7* (nivel înalt de anxietate generalizată), *starea sa de bunăstare* pe o scară de la 0 la 10 a fost 2, foarte scăzut. Am continuat să monitorizez progresul utilizând aceste evaluări la fiecare sesiune.

La sfârșitul tratamentului: *Inventarul de depresie Beck* indica 8, absența depresiei, scorul lui *PHQ-9* a fost 4, absența depresiei, scorul *TAG-7* a fost 4, absența anxietății generalizate și *scorul stării sale de bunăstare* a fost 7, nivel înalt de bunăstare. Marea parte a timpului Ana se simțea mai bine.

Concluzii

Am focalizat atenția asupra modelului terapiei cognitiv comportamentale destinat diminuării tulburărilor emoționale la adolescenți. Solicitățile care survin asupra adolescenților sunt din ce în ce mai numeroase și respectiv personalitatea lor trebuie să înfrunte piedici, să învingă frustrări, sau să depășească situații dificile. Adolescenții sunt din ce în ce mai predispuși către dereglări ale sferei afective. Toate acestea impun o nouă viziune asupra adaptării emoționale a adolescenților contemporani. În această ordine de idei ne-am axat investigația științifică asupra specificului sferei afective ale adolescenților, valorificând modelele teoretico-experimentale care vizează problematica discutată complementând-o cu date noi. Finalizarea cercetării ne-a permis să formulăm un șir de concluzii: Schimbările pozitive, revendicate de ședințele psihocorecționale, relevă oportunitatea și eficiența lor. Datele investiționale obținute confirmă pertinenta metodologiei aplicate în studiul teoretico-experimental; ipotezele lansate au fost confirmate, iar obiectivele au fost realizate.

Rezumat al desfășurării procesului terapeutic: Identificarea unor antecedente îndepărtate și imediate ale neliniștilor constituie o etapă esențială a terapiei, deoarece această acțiune îl aduce pe pacient în situația de a-și înțelege problema. Aceasta îi ajută să considere obiceiul examinării consecințelor viitoare ca fiind mai degrabă un comportament învățat decât un reflex incontrollabil. Îndrumarea în vederea conștientizării neliniștilor lor și a mecanismelor cognitiv-comportamentale asociate le permite să-și dezvolte sentimentul că-și pot controla preocupările. Ana alunga gândurile deranjante și manifesta o slabă toleranță la incertitudine, astfel am ales expunerea în imaginație la neliniști și expunerea la incertitudini. Neliniștile excesive, proastele obiceiuri precum cafeaua, nicotina și gustările de la miezul nopții influențează somnul. Tratamentul tulburării de anxietate generalizată a contribuit și la o ameliorare semnificativă a calității somnului. Procesul terapeutic s-a

desfășurat foarte bine. Am realiza obiectivele propuse: s-au modificat convingerile distructive, s-au redus procrastinarea și alte distorsiuni cognitive, a crescut independența personală a Anei, s-a îmbunătățit relația ei cu mama, a reluat activitățile cotidiene legate de casă, menține și face curățenie în apartamentul și odaia în care locuiește, a reluat activitățile cotidiene legate de școală, s-au redus simptomele de anxietate socială, petrece mai mult timp cu colegii de clasă și cu noii săi prieteni, formează relații apropiate importante, se implica în activități de grup, voluntariat, grupuri de auto ajutor, s-a redus izolarea socială și simptomele depresive. Ana a manifestat un nivel înalt de motivație pentru tratament. Intervenția terapeutică a fost ușor de efectuat după ce am obținut și suportul și implicarea mamei în tratament, după ce am stabilit o relații de colaborare eficiente cu mine.

Rezultatele terapiei: Depresia Anei s-a micșorat spre sfârșitul tratamentului. Dispoziția pacientei s-a îmbunătățit semnificativ, inclusiv datorită experiențelor pozitive de la agenția în care făcea voluntariat, și-a făcut prieteni noi, rezultatele academice au crescut, relaționează pozitiv cu profesorii. Tehnica de expunere în imaginar, jocul de rol și expunerea în vivo au fost folosite pentru a ajuta pacienta să învețe cum să negocieze cu părinții săi în privința permisiunii de a participa la activitățile sociale, cum să comunice asertiv cu semenii și cu profesorii, cum să soluționeze situațiile conflictuale. Conceptul de sine a continuat să crească, aceasta ne dovedesc cuvintele ei *"Câteodată mă simt chiar drăguță"* și aspectul fizic (*a crescut respectul de sine, și-a corectat postura, a început să se machieze*). A început să reacționeze mai calm. Toate aceste relatează faptul că pacienta a reușit să învețe tehnicile de identificare și transformare a gândurilor distorsionate, a ruminațiilor. Ea duce evidența activităților plăcute și are un orar, o planificare săptămânală a cursurilor și a temelor pentru acasă. Astfel există un echilibru în activitățile sale, orarul ei este ajustat. Pacienta a realizat toate sarcinile la obiectele la care a avut absențe, a susținut cu nota opt toate obiectele semestrului întâi a clasei a 11-a și a fost promovată în semestrul următor. Are 3 prietene în curtea sa și 3 prietene din clasa sa, la începutul terapiei avea o prietenă. A început să comunice și cu băieții, unii din ei fiind prietenii prietenilor sale. A creat o relație mai afectuoasă și de încredere cu mama sa. În compania prietenilor și a familia se simte mult mai bine. Ana a început să practice regulat meditația, tehnicile de relaxare musculară progresivă, de relaxare prin respirație, a introdus „pauzele de stres”, autoadministrează recompensele pozitive. Pe parcursul ultimei ședințe, am finalizat lucrul cu ea, întărind îmbunătățirile de dispoziție precum și abilitățile ei de a face față unor evenimente neplăcute: recunoașterea necesității inițierii unui tratament în caz de înrăutățire sau reapariție a simptomelor depresive; folosirea strategiilor cognitiv comportamentale pentru a face față stării de rău (transformarea gândurilor distorsionate, planificarea activităților plăcute).

Bibliografie

1. ALFORD, B. A.; BECK, A. T. *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 1997. 165 p.
2. BECK, J. S. *Cognitive behavior therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford press, 2011. 375 p.
3. CALANCEA, A. Factorul emoțional în structura personalității și a activității instructive la adolescenți. În: *Symposia professorum, seria Psihologie și pedagogie: materialele sesiunii științifice din 4-5 mai 2001*, ULIM. Chișinău, 2001. p.13-19.
4. CALANCEA, A. Problema instabilității emoționale în concepțiile psihologice. În: *Analele Științifice ale Universității de Stat din Moldova*. Ediția a 6-a, jubiliară, seria „Științe socioumanistice”, Chișinău, 2001, Volumul II. p.91-92.
5. CALANCEA, A. Simptomele emoționale ale stresului la adolescenți și eliminarea epuizării nervoase. În: *Învățământul Universitar din Moldova la 70 ani: materialele conferinței științifico-metodice 9-10 octombrie 2000*, Chișinău: UST, 2000, Volumul I. p. 83-86.
6. PERSONS, J. B. *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press, 2008. 273 p.
7. RUSNAC, S. Cercetarea stării de bine psihologic: metodologie și rezultate. The psychological well-being study: methodology and results. În materialele Colocviului „*Psihologia socială în secolul XXI: provocări, tendințe, perspective*”. Chișinău, Moldova, 4-5 mai 2017, Universitatea Liberă Internațională din Moldova CZU: 159.942:378.12, 2017. p. 101-115.