



SECȚIUNEA I / SECTION I
MILENIUL III ȘI NECESITATEA UNEI RECONFIGURĂRI TEORETICE/
EPISTEMOLOGICE A ȘTIINȚEI PSIHOLOGICE

CZU [159.9: 616.89]

STRATEGII DE INDIVIDUALIZARE A DEMERSULUI CONSILIERII
PSIHOLOGICE ÎN TULBURAREA AFECTIVĂ

Silvia BRICEAG, conferențiar universitar, doctor,
Universitatea de Stat „Alecru Russo” din Bălți, Moldova

Abstract. *The affective disorders (mood disorders) have attracted a very special attention of the researchers, theorists and practitioners of the psychiatry over the past 40 years. This finding is based on at least three sets of the arguments: the biological psychiatry researches have had a much more consistent success in the field of affective pathology than in other sequences of the mental pathology; the epidemiological researches have revealed the trend of continuous increase in prevalence rates, so today it is estimated that depression has become a global public health problem; the psychopharmacology researches have promoted four generations of antidepressant products and led to a significant improvement in the prognosis of this pathology. The affective life of the human being comprises a wide range of the mood experiences that extend between two poles, one of which is represented by the tears of pain and the other – by the tears of joy. We are facing a mood disorder, when the limits of physiological euthymia are exceeded. This article presents, in a structured way, another perspective of psychotherapeutic approach to adult anxiety-depressive disorders, centered on an adlerian methodology. The adlerian view of psychopathology is deceptively simple. It considers that the psychopathological disorders generally occur in the presence of 2 conditions: an exaggerated sense of inferiority and an insufficiently developed sense of adherence. In these conditions a person can live or anticipate the feeling of "discouragement" in the face of a seemingly impossible task. Adler tended to use this term in opposition to "pathology" or "sickness".*

Keywords: *counselling, adlerian concept, depression, individual psychology, affective disorders.*

Dispoziția este o stare complexă a vieții psihice a individului. Psihologia insistă asupra faptului că dispoziția este starea bazală, fundal pe care pot apărea diverse stări emoționale. Pe acest fundal pot apărea și tulburări afective, clasicele stări de afect, reacții emoționale intense, cea mai dramatică fiind depresia.

Prezența stărilor depresive a fost semnalată încă din scrierile biblice: „Pentru ce ești mâhnit, suflete al meu, și pentru ce te tulburi?” (Psalmi, 41, 6). În paginile marilor poeme ale lui Homer, (secolele X-IX î.e.n.), *Iliada* și *Odiseea*, în tragediile lui Eschil și ale lui Sofocle se vorbește, de asemenea, de prezența stărilor depresive. Dintre toate patologiiile psihiatrice, depresia rămâne printre cele mai frecvente și invalidante manifestându-se ca sindrom primar sau comorbid al altor tulburări de pe Axa I sau axa a II-a așa cum sunt definite DSM- IV- TR (5).

Studiile descriu o prevalență pe viață de 11% pentru bărbați, 22% – pentru femei, cu un deces prin sinucidere la 2,2% dintre subiecți.

Depresia este o boală cronică și recidivantă. Sunt descrise 20% de cazuri cu evoluție cronică (mai mult de 2 ani), 50% de recăderi după 2 ani și 85% pe întreaga durată a vieții,

cu o medie de 5 până la 6 episoade pentru un subiect. În plus față de suferința individuală, această patologie reprezintă un cost social considerabil: 20% din costul bolilor mentale și 4% din costul global pentru sănătate (3). Aceste câteva date statistice explică interesul considerabil pe care comunitatea științifică îl are pentru studiul și tratamentul acestei tulburări. Printre modelele studiate cel mai insistent, regăsim terapiile comportamentală și cognitivă. Aceasta din urmă este terapia a căreia i-au fost consacrate cele mai multe experimente empirice, în aceste ultime două decenii (4, p. 494). În acest sens, se consideră că modelarea și adecvarea metodologică, pe de o parte, și aprecierea oportunității aplicării strategiilor consilierii adleriane, pe de altă parte, se impun, deoarece eficiența lor, deși recunoscută ca incontestabilă, rămâne să fie neexplorată în simptomatologia depresiei. Cercetarea de față prezintă într-o modalitate structurată, o altă perspectivă de abordare psihoterapeutică a tulburărilor anxios-depresive ale adultului, centrată pe o metodologie adleriană.

Viziunea adleriană asupra psihopatologiei este decepționant de simplă. Psihiatru austriac A. Adler consideră că tulburările psihopatologice, în general, apar în prezența a 2 condiții: un sentiment de inferioritate exagerat și un sentiment de aderență insuficient dezvoltat. În aceste condiții, o persoană poate trăi sau poate anticipa sentimentul de „descurajare” în fața unei sarcini aparent imposibile. Adler avea tendința de a utiliza acest termen în opoziție cu „patologic” sau „bolnav”. Când indivizii sunt descurajați, ei, adesea, apelează la mijloace ficționale pentru a se elibera sau pentru a-și masca sentimentele de inferioritate, în loc să le înfrunte. Ei încearcă să își stăpânească trăirile apelând la „trucuri”, în loc să înfrunte dificultățile ce le par insurmontabile. Aceste păcăleli sunt cele care le creează un soi de sentiment de superioritate fragil, dar reconfortant. Indivizii descurajați pot trăi relativ în regulă pentru câțiva timp. Dar modul lor de funcționare este bazat pe valori sau semnificații distorsionate, ce răzbat din ideile lor particulare, care nu au susținere în realitate. Eventual, punctul lor de vedere se ciocnește cu realitatea și conduce la un șoc – apar dificultăți la muncă, în relațiile de prietenie, de dragoste sau în familie – ceea ce poate genera dezvoltarea unor simptome.

Totuși, înțelegerea dificultăților psihologice, din punct de vedere adlerian, nu se concentrează asupra acestor simptome. Ceea ce este important, este modul în care individul se folosește de aceste simptome, care sunt ca un fel de fum care acoperă focul sentimentelor de inferioritate, protejând falsitatea acestei logici particulare. Diferențierea între tulburările psihologice ușoare și cele severe se bazează pe 3 factori: intensitatea sentimentelor de inferioritate, gradul sentimentului de apartenență, înălțimea țelului final.

Concentrându-ne prea mult asupra simptomelor, ne supunem riscului de a neglija substratul acestora – sentimentele de inferioritate. Dacă nu este diminuată severitatea sentimentelor de inferioritate, clientul va continua să le utilizeze în sprijinul său, ca pe o cârjă pentru un picior bolnav, nevindecat. Până ce acest proces nu va ieși la iveală și va fi rezolvat, persoana va substitui, doar, un simptom cu altul.

În această cercetare, am avut drept obiectiv studierea cazurilor individuale, cu scopul înțelegerii și explicării modului în care tulburarea afectivă apare și se dezvoltă în scenariul de viață al clienților, precum și al identificării modalităților concrete de individualizare a demersului consilierii adleriene, prin care se deschide posibilitatea de a atinge mai mult decât planul simptomatologic al tulburării.

Conturarea sindromului depresiv se leagă de numele lui Hipocrat și Areteu, în a căror operă întâlnim termenul de „melancolie”, al cărui contur a fost descris elocvent. Abia la sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea s-au delimitat mai precis sindroamele și entitățile psihopatologice. Kraepelin (1899) și Weigant (1902) au caracterizat sindromul depresiv printr-o triadă simptomatică constituită din: tristețe și încetinirea proceselor gândirii și lentoare psihomotorie (3, p. 53).

Sindromul depresiv poate fi considerat ca o prăbușire a trăirilor afective bazale și pierderea sentimentelor de autostimă, pesimism, întunecare a orizonturilor, disperare. Aceste fenomene pot fi trăite de client uneori sub forma unei „tristeți vitale” sau „anestezie psihică dureroasă”.

Încetinirea activității ideative se manifestă prin monoideism, rumații, dificultăți decizionale, care pot merge până la incapacitatea efectuării unei acțiuni autentice, pe acest fundal dominat de o dispoziție tristă, cu sentimentul devalorizării propriei persoane, pe care și-o trăiește la dimensiuni restrânse, fără posibilități de proiectare în viitor, forțându-și memoria pentru a descoperi unele evenimente pe care le deformează, transformându-se în idei delirante de autoacuzare, culpabilitate, nevrednicie, inutilitate, uneori aceste idei delirante pot merge până la negare, imortalitate, enormitate (2, p. 97).

Aceste idei delirante micromanice, dublate de o dispoziție trist-dureroasă, pot favoriza și genera conduitele autolitice. Depresivul percepe timpul intim ca fiind „încrăcit”, desincronizat de timpul real, ceea ce marchează ansamblul trăirilor depresive. Componenta fizico-somatică a sindromului depresiv se caracterizează prin activitate redusă, gesturi limitate și puține, mimică precară, cu aspect trist. Clientul este inert, inexpressiv, cu privirea în gol. Apar fenomene de ordin neurovegetativ, cum sunt: scăderea ponderală, inapetență, stare saburală, bradipnee, hipotensiune arterială (2, p. 108).

Componenta psihoafectivă se caracterizează printr-o scădere generală a tonusului psihic, și anume: astenie fizică, scăderea randamentului intelectual, slăbirea atenției, dificultăți de evocare mnezică, restrângerea sferei intereselor, a comunicării. Comunicarea cu clienții cu sindroame depresive de intensitate medie sau majoră este destul de dificilă, tocmai din cauza acestor aspecte: ritmul vorbirii lor este lent, de tonalitate joasă, cu propoziții scurte, comunicându-se gândurile sau angoasele lor penibile. Dispoziția scăzută variază puțin de la o zi la alta și este adesea neresponsivă la circumstanțe, putând totuși manifesta o variație diurnă caracteristică. În unele cazuri, anxietatea, suferința, agitația psihomotorie pot fi mai vizibile decât dispoziția depresivă, modificarea dispoziției putând fi mascată și de elemente vizibile cum ar fi iritabilitatea, consumul excesiv de alcool, comportamentul histrionic și exacerbarea unor simptome fobice sau obsesive preexistente, sau de preocupările hipocondriace. În cazurile grave, depresivii se desprind din ce în ce mai mult de lume, toate încercările de a comunica cu ei îi deranjează și le adâncește sentimentul neputinței și al autodevalorizării, în timp ce gândurile lor se concentrează tot mai mult asupra sferei lor interioare. Clienții însă se simt de multe ori mult mai bine după ce au reușit să vorbească despre cauzele depresiei, despre anxietate, despre disperare și impulsurile lor autolitice.

Psihologul care cunoaște și înțelege starea în care se află clientul depresiv este, de multe ori, unica ființă căreia i se poate confesa, dar, pentru a ajunge în această postură, depresivul trebuie să simtă că consilierul cunoaște exact starea lui psihosomatică, transpunându-se în situația lui (empatia).

Faciesul depresiv prezintă culoare teroasă, trăsături hipomobile, surpate, privire fixă, fără speranță, sprâncene și o frunte încruntată, ale cărei riduri desenează la rădăcina nasului un „veraguth” și un „omega”, ce exprimă o tristețe profundă și dureroasă. Această imagine dă impresia că clientul nu mai acordă nicio atenție lumii exterioare și că nu reține decât elementele care alimentează preocupările depresive.

Hipomimia, obrajii moleșiți, ridurile lungi și adânci (veraguth), buzele strânse cu comisurile căzute, privirea fixă, ațintită în jos, sobră, tristă, dureroasă, cu ochii uscați, ce dau impresia că ar tăinui un secret greu și penibil de suportat, sunt toate caracteristici ale faciesului depresiv, care împreună cu poziția gârbovită de anestezia psihică dureroasă, fac ca clientul depresiv să pară mai bătrân decât este în realitate (1, p. 67).

Tristețea, anxietatea, durerea morală se pot observa în ținuta, atitudinea și, în special în fizionomia bolnavilor depresivi. Privirea este lipsită de strălucire și speranță, exprimând o tristețe și o tensiune psihică dureroasă și profundă. Când sindromul depresiv este dominat de anxietate sau angoasă, mimica clienților depresivi este dominată de crispare, secundară unui tonus muscular crescut, și o privire cu ochii larg deschiși, dublată de o reducere a clipitului.

Frecvent, sindromul depresiv este acompaniat, pe lângă dispoziția tristă, și de anxietate, caracterizată printr-o stare de disconfort, tensiune și teamă difuză nemotivată, nedefinită precis, dar profundă, care uneori poate să conducă la anestezie psihică dureroasă, care-l face pe client să nu se mai poată bucura de nimic, simțindu-se incapabil de a avea sentimente, în timp ce veseliea celor din jur îi accentuează și mai mult tristețea, anxietatea, disconfortul, durerea morală. Există o fizionomie tipică a depresivului, pentru că depresia poate fi la fel de bine dominată de anxietate, disconfort, iritabilitate, revoltă împotriva destinului, fenomene ce se pot manifesta prin neliniște psiho-motorie, neliniște mimico-gestuală, rigiditate și altele.

Persoana poate ajunge la o tulburare afectivă dacă:

- nu are o identitate de sine suficientă și echilibrată;
- are toleranță redusă la frustrare;
- spontaneitatea și intenționalitatea în raport cu ambianța proximală este insuficientă;
- prezintă o capacitate redusă în rezolvarea problemelor;
- prezintă capacitate insuficientă de autocontrol a impulsurilor și proiectelor de acțiune, ca perseverență și finalizare, dar și o capacitate insuficientă de relaxare, de obținere a unor satisfacții de viață, a capacității de a se bucura;
- are conștiință morală neechilibrată în contextul cultural și ideologic dat.

Prin urmare, vulnerabilitatea poate fi considerată o rezultată din cumularea factorilor genetici, a influențelor din perioada intrauterină, perinatală, precum și a factorilor organici, toxici și psihosociali postnatați și, în special, a celor ce acționează în primii ani de viață, putând vorbi astfel de o vulnerabilitate directă (legată direct de subiect) și una socială (dobândită), în contextul existenței socio-familiale. Cu cât încărcătura predispoziției familiale este mai mare, cu atât e mai mare și riscul apariției și evoluției mai grave a tulburării afective, iar influența vulnerabilității devine mai evidentă și mai complexă dacă se iau în considerație în cadrul istoriei familiale, atât cazurile de boală afectivă, cât și cele din spectrul tulburării respective.

Specificul aparte al cercetării în consiliere, datorat complexității „obiectului de studiu”, a scos în evidență utilitatea aplicării metodologiei calitative. Considerăm că axarea pe general în detrimentul particularului poate conduce la consilieri foarte bine fundamentate științific, dar insuficiente pentru rezolvarea impasului persoanei care solicită integrarea într-un demers terapeutic. De aici deducem importanța individualizării demersului terapeutic (analizat în cercetare prin metoda studiului de caz), pentru că tehnica se adaptează la client și nu clientul la tehnică. Ca metode de cercetare calitativă se recomandă a fi folosite: studiul de caz, scara Beck (21 itemi), metode experiențiale cu valoare de diagnoză: chestionarul lui Adler, tehnici și strategii adleriene.

Psihologia individuală pune accent pe responsabilitatea fiecărui individ în crearea propriei sale personalități. În viața reală însă, există o infinitate de stiluri individuale, simptome și chiar posibile modele patologice. Abordând unicitatea fiecărei persoane, se poate bloca înțelegerea generală. Pentru a înțelege oamenii, trebuie să ne uităm la ceea ce au în comun; pentru a înțelege un individ, trebuie să ne uităm la individ. Vom înțelege mai multe despre oricare persoană privind-o în contextul generalităților și al similarităților pe care le știm despre oameni, în general. Astfel, problema investigației noastre a constatat în studierea cazurilor

individuale, cu scopul înțelegerii și explicării modului în care tulburarea afectivă apare și se dezvoltă în scenariul de viață al clienților, precum și al identificării modalităților concrete de individualizare a demersului consilierii adleriene, prin care se deschide posibilitatea de a atinge mai mult decât planul simptomatologic al tulburării. Înțelegerea dificultăților psihologice ale subiecților cercetării noastre nu s-a concentrat asupra depresiei, ceea ce ne-a orientat atenția a fost modul în care ei se foloseau de ea. Această tulburare avea rolul mușamalizării sentimentelor de inferioritate, a unei slabe cooperări în domeniile vieții, a lipsei de curaj și a unui grad mic de contribuție și implicare personală, protejând falsitatea logicii clienților. Diminuând severitatea acestora, subiecții cercetării noastre nu au mai continuat să utilizeze depresia în sprijinul său. Ipoteza studiului a fost confirmată și anume: dacă, în cazul depresiei unipolare nonpsihotice de intensitate ușoară, în procesul de consiliere, vom folosi strategii și tehnici adleriene, clientul de gen feminin, cât și de gen masculin generează ameliorarea, drept consecințelor: mai multă cooperare în fiecare domeniu al vieții, mai mult curaj, o creștere a gradului de contribuție și implicare personală, și o creștere a gradului de satisfacție.

Bibliografie:

1. Chiriță V., Papari. A., Roxana Chiriță. *Tratat de Psihiatrie*, vol. 1. Constanța: Ed. Fundației „Andrei Saguna”, 2009.
2. Enăchescu C. *Tratat de Psihopatologie*. București: Ed. Polirom, 2007. 272 p.
3. Gabos-Grecu I., Marieta Grecu-Gabos. *Depresia-metode de diagnostic și tratament*. Tg. Mureș: Ed. Farma Media, 2007. 312 p.
4. Fontaine, O; Fontaine, P. (coord.); trad. Dafinoiu, G. *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*. Iași: Ed. Polirom, 2008. 807 p.
5. <https://psychiatryonline.org/guidelines>