

Psihocorecția stărilor depresive la adolescenți

Zinaida Bolea, Universitatea de Stat din Moldova, Catedra de Psihologie

Timp de un secol un șir de presupuneri și discuții teoretice au contribuit la retardarea identificării clinice a tulburărilor depresive la adolescenți. Pe parcursul mai multor ani s-a considerat că acestea nu ar exista la copil și că ele sînt rare la adolescenți, fiind preferată altă terminologie: „criza de originalitate juvenilă” sau „criza adolescentului”. Cercetările începute în anii 70 ai sec. XX schimbă radical atitudinea mediului științific față de acest subiect demonstrînd că problemele psihologice în adolescență evoluează frecvent în serioase tulburări psihologice la maturitate. Autori precum Brooks-Gunn J., Petersen A.C., (1991), în urma investigațiilor efectuate au scos în evidență importanța evaluării, diagnosticării, oportunitatea măsurilor preventive și a tratamentului psihologic la această vîrstă [1].

Petersen A.C, Bruce E. Compas, Brooks-Gunn (1993) în studiul “Depresia în adolescență” susțin că 20% - 35% dintre băieți și 25%-40% dintre fete prezintă simptomatică depresivă. Autorii menționați relatează despre puseul adolescenței mijlocii (*midadolescence peak*), concluzionînd că adolescența prezintă o rată mai mare a dispoziției depresive decît vîrsta adultă sau copilăria și că dispoziția depresivă se manifestă la 1/3 din adolescenți [12].

Richard F. (1994) semnalează că aproximativ 20% dintre adolescenți depășesc un episod depresiv semnifiant pînă la vîrsta de 18 ani și 65 % prezintă simptome depresive ușoare [apud. 7, pag.125].

Compas B.E., Hinden B. R., Gerhardt C. A (1993) au propus un model secvențional și ierarhic pentru descrierea nivelelor depresiei la adolescenți: 30-40% dintre adolescenți trăiesc experiența dispoziției depresive, un număr mai mic (5-6%) prezintă caracteristici ale simptomului depresiv și un segment mic (2-3%) raportează tulburări depresive [2].

O problemă care se înscrie în contextul depresiei la adolescenți este *comorbiditatea* acesteia cu alte tulburări. Conform constatărilor lui Kovacs M. (1984), Birmaher B. (1996), 40% -70% dintre adolescenții depresivi mai dezvoltă o tulburare adițională, comorbidă, iar 20% - 50% dintre adolescenții depresivi prezintă încă două sau mai multe diagnosticuri comorbide. Cele mai frecvente diagnosticuri comorbide includ tulburări anxioase, tulburări de comportament,,abuzul de substanțe, simptomele psihosomatice [apud.7, pag. 71].

În studiile pe populația generală juvenilă s-a constatat ca între 40% și 70% dintre tulburările depresive ale adolescentului sînt asociate cu tulburări anxioase [apud. 10, pag. 72]. La fel, studiile în domeniu denotă că în cazul adolescenților există o relație puternică între acuzele somatice și tulburările depresive. Tulburările somatice, cum ar fi durerea, tahicardia, insomnia, sînt deseori prezente în antecedentele perioadelor depresive și persistă în majoritatea cazurilor după apariția episodului depresiv [7].

Actualmente cercetătorii în acest domeniu sînt unanimi în concluzia că urmările depresiei în adolescență nu pot fi minimizezate, iar prezența depresiei în adolescență împiedică achiziționarea deprinderilor de viață, acest impediment în dezvoltarea individului avînd consecințe de lungă durată.

Referitor la tratamentul stărilor depresive la adolescenți, terapiile cognitiv-comportamentale sînt pe larg folosite în cazul adolescenților depresivi. Conform teoriei cognitive, depresia este condiționată de structuri și de procese cognitive care antrenează distorsiuni mai mult sau mai puțin importante ale realității. Schemele cognitive, sistematizate de A. Beck în așa-numita „triadă cognitivă”, se caracterizează printr-o viziune negativă despre sine, despre lumea înconjurătoare și despre viitor [apud. 8, pag. 54]. La aceste scheme de gîndire negative se adaugă erorile de gîndire tipice care explică persistența triadei cognitive negative în ciuda evidenței contrare: generalizările abuzive, inferența arbitrară, abstracția selectivă, maximizarea, minimalizarea, gîndirea absolutizantă și dihotomizantă, personalizarea.

Unii autori, precum Gotlib, I.H., Lewinsohn, P. M. (1993), Curry J.F. (2001) menționează că la adolescenții depresivi, la fel ca și la adulții depresivi, ar exista distorsiuni cognitive: în autoevaluare, în percepția situațiilor din trecut și prezent, în atribuirea evenimentelor pozitive cauzelor externe [4, 3]. Totuși, mai mulți autori subliniază o dimensiune proprie adolescenților depresivi și suplimentară celor enunțate mai sus, și anume: *capacitățile de învățare și dezvoltarea cognitivă proprie adolescentului*. Din aceste considerente, Kendall P.C. (1993) afirmă că un terapeut cognitiv-comportamentalist care va lucra cu adolescenții depresivi va fi în ipostaza de terapeut, dar și de educator [9]. Principalele axe terapeutice ale psihoterapiilor cognitiv-comportamentale la adolescenții depresivi sînt prezentate în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Principiile terapeutice și exemplele de intervenție în cadrul terapiilor cognitiv-comportamentale la adolescenții depresivi (după Kendall P.C.)

Principii	Exemple
-----------	---------

<p><i>Dezvoltarea autocontrolului și limitarea culpabilității</i></p> <p><i>Pozitivarea și facilitarea procedurilor de autoevaluare</i></p> <p><i>Ameliorarea capacităților de interacțiune socială</i></p> <p><i>Restructurarea cognitivă</i></p>	<p><i>Întărirea comportamentului de încurajare</i> <i>Diminuarea atitudinii de autoreproș</i></p> <p><i>Valorificarea lucrurilor pozitive realizate și a evenimentelor pozitive</i> <i>Stabilirea unor standarde de reușită mai puțin ideale</i></p> <p><i>Exerciții de inițiere în interacțiunea socială</i> <i>Învățarea modalităților de gestionare a conflictelor; Relaxarea</i></p> <p><i>Identificarea distorsiunilor cognitive</i> <i>Dezvoltarea gândirii alternative</i></p>
--	---

În cadrul programului de psihocorecție realizat cu adolescenții depresivi tehnicile cognitiv-comportamentale au fost asociate cu elemente ale psihoterapiei afirmării de sine. Psihoterapia afirmării de sine constituie un ansamblu de strategii terapeutice care au drept scop *dezvoltarea competențelor sociale* la indivizii care prezintă reacții anxiodepresive în relaționarea interpersonală [6]. Competențele sociale sînt asociate cu capacitate de a interacționa cu alții într-un context social clar definit, după o modalitate acceptată ori valorizată socialmente, care în același timp ar fi benefică pentru individ în plan relațional.

Astfel, luînd în considerație specificul depresiei adolescente, programul de psihocorecție a vizat următoarele strategii terapeutice:

- Focusarea pe simptomele cognitive de bază specifice depresiei adolescente: ideeația negativă, distorsiunile cognitive, schemele cognitive.
- Focusarea pe simptomele comportamentului nonasertiv (carența strategiilor afirmative și carența competențelor sociale) și, respectiv, dezvoltarea comportamentului autoafirmativ.
- Focusarea pe comorbiditatea anxiodepresivă și psihosomatică, ceea ce include conștientizarea psihofiziologiei stărilor afective, învățarea tehnicilor de relaxare, învățarea și utilizarea tehnicilor cognitiv-comportamentale de contracarare a anxietății.

Obiectivele și metodologia

În cadrul programului de psihocorecție au participat 20 de adolescenți care au obținut cote semnificative la Inventarul de Depresie Beck, Scala de Depresie și Anxietate „Hads” (Zigmond A. S., și Snait P. R., 1983), Scala de somatizare (Dorogatis, 1988), adolescenții incluși în cadrul programului fiind selectați dintr-un eșantion de 533 de adolescenți.

Intervenția de psihocorecție s-a desfășurat pe parcursul a 24 de ședințe. Din subiecții care au obținut cote semnificative la Inventarul de Depresie Beck au fost formate grupul experimental (20 de subiecți) și grupul de control (20 de subiecți).

În cadrul psihotrainingului s-au utilizat următoarele strategii:

Conștientizarea și expresia emoțiilor. *Tehnici utilizate:* autoevaluarea stărilor psihoemoționale, exercițiile “Eu simt...”, “Construirea mesajului la persoana întâi”, „Cere ajutor”, „Eliberarea de vechile programări”.

Restructurarea cognitivă. *Exemplu de tehnici utilizate:* tehnica metodei socratice, tehnica verificării ipotezelor, identificarea distorsiunilor cognitive și a efectelor de telepatie și de creomanție, fișa de autoînregistrare a gândurilor automate.

Antrenamentul pentru rezolvarea problemelor. *Exemple de tehnici folosite:* “procesul de rezolvare a problemelor în 7 etape”, tehnica brainstormingului, tehnica “proba realității”.

Antrenamentul pentru învățarea comportamentului autoafirmativ. *Exemple de exerciții și tehnici utilizate:* exerciții de exprimare a sentimentelor, a opiniilor contrare, exerciții de adresare/acceptare a criticii, exerciții de adresare/primire de complimente, tehnica “discului zgâriat”, tehnica chestionării pozitive, tehnica chestionării negative, tehnica “perdeaua de fum”.

Obiectivul major al programului de psihocorecție constă în schimbarea (îmbunătățirea) stării psihoemoționale a adolescenților depresivi prin intermediul programului de psihocorecție.

Obiectivele specifice: a) obiective referitoare la modificarea stărilor depresive: b) obiective referitoare la diminuarea anxietății și a simptomelor psihosomatice: c) obiective referitoare la dezvoltarea comportamentului asertiv și dezvoltarea competențelor sociale.

Rezultatele cercetării

Stările depresive. Rezultatele obținute la variabila depresie relevă o schimbare semnificativă concretizată într-o îmbunătățire considerabilă a stării afective ($t = 7,076$, $p = 0,001$) (fig. 1). Considerăm că unii dintre factorii care au condiționat această ameliorare au fost motivația adolescenților de a participa în psihotraining, implicarea lor voluntară și atitudinea cooperantă pe parcursul ședințelor.

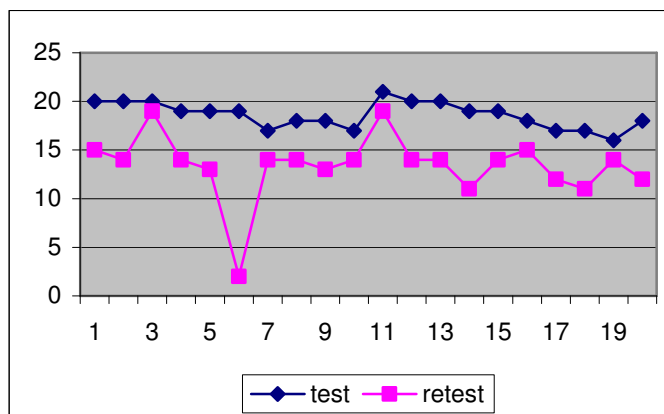


Fig. 1. Graficul modificărilor la variabila depresie la etapa test și retest la grupul experimental

Din reprezentarea grafică putem observa eficacitatea programului de psihocorecție pentru participanți. Este evident faptul că avem subiecți care au realizat o ameliorare a stării afective și un procentaj redus de subiecți în cazul cărora psihotrainingul nu a realizat o îmbunătățire semnificativă a stării psihoemoționale. Discuțiile individuale au relevat că în cazul adolescenților mai refractari la programul de psihocorecție sînt prezente trăsături de personalitate care nu le-au permis implicarea totală în psihotraining sau sînt prezente evenimente de viață traumatizante, ale căror efect nu putea fi atenuat doar în cadrul intervenției noastre, refacerea acestor subiecți solicitînd psihoterapie individuală și terapie de întreținere pe o perioadă mai îndelungată. În cazul subiecților care au prezentat o diminuare considerabilă a simptomelor depresive, starea depresivă se datora în mare parte factorilor condiționați de specificitatea vârstei (timiditate, anxietate socială, probleme de comunicare, probleme sentimentale, carențe în abilitățile assertive, toate aceste probleme fiind generate de specificul vârstei și avînd un caracter relativ pasager). În cazul acestei categorii de adolescenți au fost suficiente activitățile de psihocorecție care au contribuit la depășirea problematicii depresive a adolescentului, grupul în cadrul experimentului formativ fiind potrivit refacerii psihologice.

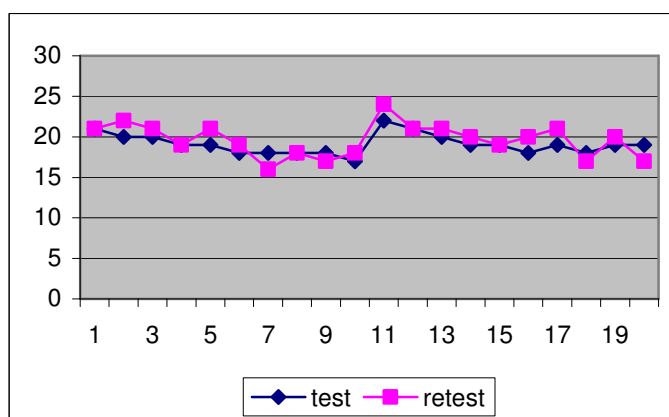


Fig. 2. Graficul modificărilor la variabila depresie la etapa test și retest la grupul de control

La grupul de control diferențele dintre valorile medii înainte și după experimentul formativ prezintă o tendință de creștere a depresiei, aceasta nefiind semnificativă din punct de vedere statistic ($t=1,751$, $p=0,096$). Faptul că nivelul depresiei rămîne constant sau se accentuează la unii subiecți în lipsa unui program de psihocorecție dovedește necesitatea și eficiența programului de psihocorecție la adolescenții depresivi.

Stările anxioase. Diferențele statistice obținute la variabila anxietate sînt redade prin $t=7,583$, $p=0,001$. Modificările survenite în urma psihotrainingului în cazul variabilei anxietate sînt prezentate în *fig. 3*.

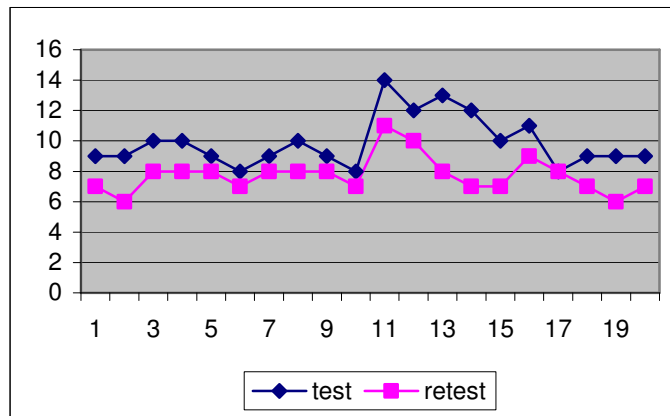


Fig. 3. Graficul modificărilor la variabila anxietate la etapa test și retest la grupul experimental

Reducerea nivelului de anxietate a fost realizată ca urmare a ameliorării generale a stării psihoemoționale prin învățarea tehnicilor de relaxare, tehnicilor de comunicare și prin înțelegerea psihofiziologiei emoțiilor. Anxietatea și depresia sînt două variabile care interrelaționează puternic. În partea teoretică am menționat despre comorbiditatea anxiodepresivă, manifestată în special, la adolescenți. Acest fapt se datorează anxietății sociale, timidității, probleme ce se manifestă mult mai intens în adolescență decît în alte perioade ale vieții, fiind condiționate de procesul de definire a adolescentului în plan social, relațional și de autodefinirea în termenii “feminității” și masculinității”.

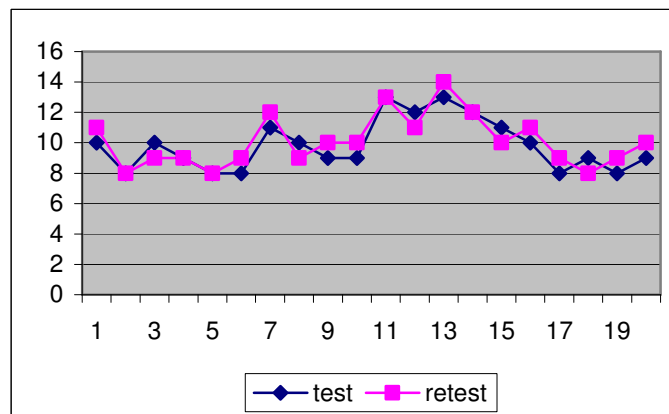


Fig. 4. Graficul modificărilor la variabila anxietate la etapa test și retest la grupul de control

La grupul de control atestăm lipsa schimbărilor pozitive, diferențele test-retest fiind redade de $t=1,314$, $p=0,204$.

Simptomele psihosomatice. În fig. 5 sînt prezentate schimbările test-retest la variabila somatizare. Reducerea nivelului de somatizare este redată prin $t=5,595$, $p=0,001$. Considerăm că

diminuarea somatizării a fost determinată de modificările survenite în schimbările în cazul celorlalte variabile, în special a depresiei și anxietății. Somatizarea este un corelat fidel al depresiei și anxietății, mai ales în adolescență, când individul nu se autocunoaște suficient, nu recunoaște și nu controlează echivalentele neurofiziologice ale emoțiilor și mai păstrează patternul caracteristic copilăriei – de a reacționa la stres, de a-și manifesta stările depresive prin reacții sau simptome psihosomatice. Adolescenții care au participat în psihotraining au relatat că a fost mult mai ușor să se cunoască și să-și înțeleagă reacțiile fiziologice odată ce au înțeles relația dintre depresie, anxietate și tulburările psihosomatice, și mai ales după ce au învățat să utilizeze tehnici de relaxare.

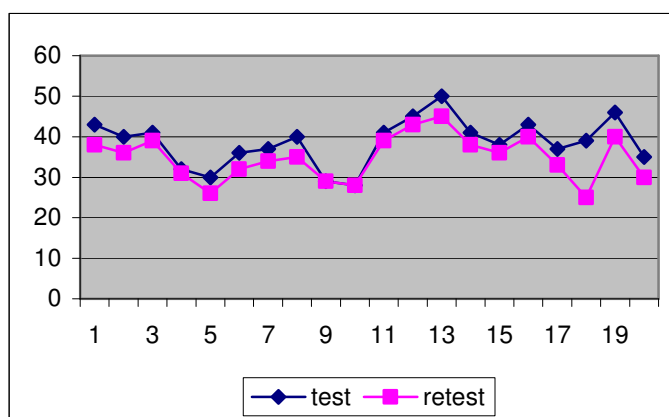


Fig. 5. Graficul modificărilor la variabila somatizare la etapa test și retest la grupul experimental

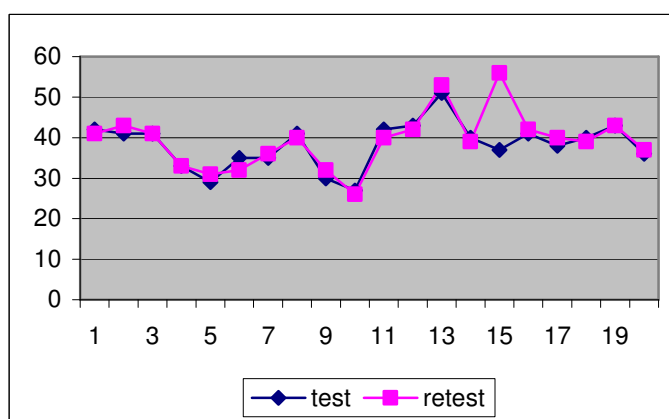


Fig. 6. Graficul modificărilor la variabila somatizare la etapa test și retest la grupul de control

Semnificația diferenței dintre mediile variabilelor depresie, anxietate, somatizare, alexitimie înainte și după psihotraining la grupul experimental și lipsa diferențelor semnificative la grupul de control confirmă necesitatea și eficiența psihotrainingului în cazul adolescenților depresivi.

Analiza rezultatelor conduce spre formularea următoarelor **concluzii**:

1. Depresia adolescentină este un fenomen psihologic complex, care presupune plurifactorialitate, atât sub aspect etiologic, cât și sub aspect psihocorecțional. Rezultatele experimentului formativ relevă că intervenția psihologică în cazul depresiei adolescente necesită luarea în considerare și includerea în procesul de psihocorecție a variabilelor comorbide, cum ar fi anxietatea și somatizarea.
2. Pe parcursul programului de psihocorecție s-a manifestat o „sensibilitate” diferită la activitățile formative la subiecții și variabilele incluse în programul de psihocorecție. Diferențele în răspunsul la tratament al subiecților pot fi condiționate de trăsături de personalitate specifice sau de evenimente de viață traumatizante (divorțul părinților, plecarea părinților peste hotare), probleme psihologice care necesită intervenții psihologice de lungă durată.
3. Adolescenții incluși în programul experimental formativ au menționat condiționarea în timp a depresiei lor, invocând deficiența de comunicare cu părinții, lipsa suportului emoțional și psihologic, pubertatea și adolescența au intensificat această condiționare prin schimbările fiziologice, psihologice și sociale, în special, prin influența preceptelor sociale referitoare la feminitate și masculinitate. Astfel, considerăm că intervenția educațională corectă este necesară de la vârsta copilăriei, pentru a preveni sistematizarea unei atitudini negative față de propria persoană și față de cei din jur.
4. Eficacitatea programului de psihocorecție a fost determinată în mare măsură de faptul că adolescenții au fost informați despre mecanismele psihologice, sociale, neurofiziologice care funcționează în cazul depresiei. De aceea una dintre concluziile noastre se referă la importanța informării și ridicării nivelului de educație și cultură psihologică la adolescenți. Considerăm că această strategie ar constitui unul din principalele deziderate profilactice în cazul sănătății psihologice a adolescenților.

Summary

Many studies indicates that adolescents presents more depressive symptomatology in comparison with adults and children. Depression in adolescence is related to many psychological problems and life difficulties. The goal of this research is to provide an overview of the issues related to depression during adolescence and to elaborate and effectuate a program of psychological treatment for adolescents, taking into consideration the specificity of adolescent depression, in special, the comorbidity of depression in adolescence with anxious and somatic symptoms. 20 adolescents of 17-18 years were included in the research. In the research were used Beck Depression Inventory (Beck, 1961), The Scale of Somatization (Dorogatis, 1988), Scale of Depression and Anxiety “HADS” (Zigmond A. S., și Snait P. R., 1983). Results of the research revealed the effectiveness of the treatment program for depressive adolescents.

Bibliografie:

1. Brooks-Gunn, J., Petersen, A. Studying the emergence of depression and depressive symptoms during adolescence. // *Journal of Youth Adolescence*, n.20, 1991.
2. Compas, B. E., Hinden B. R., Gerhardt C. A. Adolescent Development: Pathways and Processes of Risk and Resilience. // *Annual Review of Psychology*, 1993, nr.46.
3. Curry, J.F. The unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents // *Biological Psychiatry*, Volume 49, Issue 12, 15 June 2001, Pages 1091-1100.
4. Gotlib, I.H., Lewinsohn, P. M. Negative cognitions and attributional style in depressed adolescents: an examination of stability and specificity. // *Abnormal Psychology*, n.4, 1993.
5. Holdevici, I., Psihoterapia cognitiv-comportamentala. Managementul stresului pentru un stil de viață optim, București, 2005.
6. Jeammet, Ph. Psychotherapie de l' adolescent. Encyclopedie Medico-Chirurgicale, nr. 5, 1989.
7. Kazdin, A. E. Adolescent Mental Health. // *American Psychologist* // . – 1993.
8. Kazdin, A.E. Psychoterapy for Children and Adolescents. Current Progress and Future Research Directions. // *American Psychologist*, june, 1993, vol. 48, n.6.
9. Kendall, P.C. Cognitive-behavioral therapies with youth: guiding theory, current status and emerging developments”. // *Consult. Clinic, Psychol.*, 1993.
10. Lemperiere, Th. La depression avant 20 ans, Paris, 1998.
11. Lewinsohn, P.M. Psychosocial treatments for adolescent depression. // *Clinical Psychology Review*, Volume 19, Issue 3, April 1999, Pag. 329-342.
12. Lewinsohn, P.M. Robert, R. M. Seeley, J.R. Gotlib, I.H. Adolescent psychopatology: psychosocial risk factors for depression. // *Journal of Abnormal Psychology*, n.103, 1994.
13. Petersen, A.C., Bruce, E., Brooks-Gunn, J. Depression in adolescence, // *American Psychologist* ,1993.

Primit la 24.05.07