

<https://doi.org/10.52387/1811-5470.2023.4.06>  
CZU: 159.98:616-009

## APLICAREA UNUI PROGRAM DE TERAPII COGNITIVE A DEPRESIEI PERSOANELOR CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

**Aurelia GLAVAN,**

*doctor habilitat, profesor universitar,*

Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău

ORCID iD: 0000-0002-2549-5367

**Tatiana BĂLĂNUȚĂ,**

*doctorandă,*

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

ORCID: 0000-0003-3945-6876

**Rezumat:** în acest articol este descrisă eficiența aplicării unui program de terapii cognitive a depresiei persoanelor cu accident vascular cerebral, de la momentul contactului inițial cu psihologul în perioada acută, precum și la următoarele etape de reabilitare, pentru formarea deprinderilor de reglare afectiv – comportamentală. Intervenția prin acest program a contribuit la optimizarea procesului de reabilitare psihosocială, prin valorificarea unor principii, direcții, metode, tehnici de abordare integrată a persoanelor post accident vascular cerebral din diferite orientări psihologice bine organizate și dezvoltate benefic pentru acest grup de persoane.

**Cuvinte-cheie:** *accident vascular cerebral, depresie, program, intervenție, terapii cognitive.*

### APPLICATION OF A COGNITIVE THERAPY PROGRAM FOR DEPRESSION IN PEOPLE WITH STROKE

**Abstract:** *this article describes the effectiveness of the application of a program of cognitive therapies for the depression of people with stroke, from the moment of initial contact with the psychologist during the acute period, as well as at the following stages of rehabilitation, for the formation of affective-behavioral regulation skills. The intervention through this program contributed to the optimization of the psychosocial rehabilitation process, by capitalizing on some principles, directions, methods, techniques of an integrated approach to post-stroke people from different well-organized psychological orientations and beneficial development for this group of people.*

**Keywords:** *stroke, depression, program, intervention, cognitive therapies.*

**Introducere.** Complexitatea și dinamica reabilitării psihosociale este în creștere continuă prin apariția permanentă a unor noi modele de intervenție terapeutică, sondând noi arii de îngrijire a persoanelor în dificultate. Reușita reabilitării după un accident vascular cerebral depinde întotdeauna de factorul psihic al persoanei, de modul de cooperare psihică, de participarea cât mai plenară a acestuia în actul de reabilitare, deosebit de importantă fiind intervenția prin modele psihologice individualizate, care facilitează susținerea personalității individului [9].

Acest proces complex necesită aptitudini în mai multe domenii – medicină, psihologie, pedagogie, asistență socială ș.a., abordarea biopsihosocială a reabilitării fiind de prioritate exclusivă și de o actualitate investițională [4; 10].

Reabilitarea psihosocială reprezintă astăzi principalul generator de îngrijorare în politicile de sănătate și cele sociale din întreaga lume, cercetarea științifică fiind într-un perpetuu asediu al provocărilor. În acest context preocupările cercetătorilor sunt axate pe scheme terapeutice moderne și eficiente ce vizează recuperarea persoanelor și îmbunătățirea substanțială a calității vieții acestora, asigurându-le dreptul la sănătate și bunăstare, reabilitarea psihosocială devenind strategia de sănătate a secolului XXI [2;4; 6].

Deși în literatura internațională, reabilitarea psihosocială este în atenția cercetătorilor încă de la începutul secolului trecut, în preocupările cercetătorilor din țara noastră a pătruns relativ recent. Studiul lucrărilor de specialitate ale savanților consacrați în domeniu, bazându-ne pe modele de evaluare și

de intervenție psihologică și socială, ne-a deschis calea spre elaborarea unor Programe de reabilitare psihologică și socială, unul dintre ele propus spre validare în lucrarea prezentă. Literatura de specialitate nu dispune de informații sistematice cu privire la efectul programelor de intervenție psihologică la persoanele care au suferit un atac cerebral și la predictibilitatea succesului unei asemenea terapii ca parte a unei intervenții de lungă durată. În ciuda importanței acestei probleme, până în prezent i s-a acordat o atenție științifică foarte redusă [1;3;7].

*Originalitatea acestei lucrări* constă în dezvoltarea unei strategii de lucru specifică pentru intervenția de eficientizare a procesului de reabilitare în cazul persoanelor ce au suferit un accident vascular cerebral și sunt supuse unui Program de reabilitare psihosocială, de la momentul contactului inițial cu psihologul (perioada acută de reabilitare precoce), precum și la alte etape de reabilitare (postacută și tardivă). *Am presupus* că aplicarea unui Program de reabilitare formativ, special conceput pentru remiterea depresiei, va contribui pozitiv la eficientizarea procesului de reabilitare post accident vascular cerebral, prin ameliorarea variabilelor psihologice, adaptarea socială și creșterea calității vieții acestor persoane, printr-o abordare complexă – reuniunea părții teoretice cu cea empirică.

*Primul pas în acest demers* a fost crearea Programului de reabilitare psihologică post accident vascular cerebral, dedicat subiecților cu depresie aflați în proces de reabilitare. *Scopul* acestui Program este de a răspunde necesităților specifice persoanelor afectate la diferite etape ale procesului recuperator, ce conferă accesibilitate și concizie, cu evidențierea tuturor aspectelor importante pentru proiectarea și monitorizarea persoanei pe durata reabilitării, atât din partea psihologului clinician, care va implementa intervenția, cât și din partea medicului specialist în reabilitare, care este managerul de caz pentru fiecare dintre aceste persoane.

Întrucât persoanele după un accident vascular cerebral sunt însoțite frecvent de o serie de tulburări psihologice din sfera dispozițional - emoțională, utilizarea tehnicilor psihologice de terapie cognitivă a anxietății, depresiei, a tulburărilor de personalitate, etc., în reabilitarea lor am considerat potrivită efectuarea unei cercetări privind, posibilitatea de reducere a depresiei la acest grup de persoane, deoarece din complicațiile post accident vascular cerebral, una din cele mai invalidante este depresia, care poate fi moderată sau severă. Conform au-

torilor, depresia este cea mai importantă tulburare psihică asociată accidentului vascular cerebral, iar studiile sugerează că depresia după un atac cerebral afectează negativ recuperarea pacienților deoarece influențează nu doar motivația pacientului, ci și funcția cognitivă și contribuie la creșterea poverii bolii asupra familiei pacientului [4]. Pacienții la care depresia se remite prezintă și un nivel mai bun de recuperare în domeniul funcționării cognitive. Depresia după accident vascular cerebral se asociază cu un risc crescut de deces și de suicid [4;10]. Literatura de specialitate nu ajunge la un consens în ceea ce privește prevalența depresiei după un atac cerebral. Prevalența variază între 20-65% în primii doi ani după accidentul vascular cerebral. Totuși se consideră că în primul an după atacul cerebral aproximativ un sfert din pacienți vor dezvolta o depresie, riscul cel mai ridicat pentru apariția depresiei fiind în primele luni. Conform altor autori, prevalența depresie post accident vascular cerebral la 6-24 luni după evenimentul vascular variază de la 60% la 79%. Dacă depresia apare în decurs de câteva zile după eveniment, aceasta este posibil uneori să se remită de la sine, în timp ce episodul depresiv diagnosticat mai târziu, adică la cel puțin trei luni, de obicei rămâne și este nevoie de a fi recunoscut și tratat ulterior [3;4;9].

Astfel, intervenția psihologică a fost ajustată *persoanelor cu depresie* și reprezintă un sistem de *mijloace, metode, procedee și tehnici psihologice*, care urmărește diminuarea tulburărilor neuropsihologice la persoanele post accident vascular cerebral. Având drept bază științifică studiile sus amintite despre tabloul psihologic al persoanelor post accident vascular cerebral și modul de tratare al lor, ne-am propus să ameliorăm printr-un Program de terapii cognitive a depresiei, componentele cognitive, afective, de personalitate și de calitate a vieții. Aceste premise ale cercetării sunt completate de *ipoteza* că: prin instituirea intervenției printr-un *Program de terapii cognitive a depresiei post accident vascular cerebral*, va apărea o diminuare a intensității variabilelor psihologice negative, intervenția fiind asociată cu creșterea indicilor de calitate a vieții [3; 5; 8].

*Selectarea beneficiarilor* a reieșit din faptul, că terapia cognitivă este eficientă în depresiile de intensitate ușoară sau medie post accident vascular cerebral. De asemenea, fiind necesar ca pacientul să aibă o memorie și un nivel de concentrare satisfăcătoare, pentru a putea face legătura între dispoziție, evenimente exterioare și gânduri. Nivelul social sau o mai bună formarea școlară nu au nici o influență semnificativă în ceea ce privește rezultatele.

### Descrierea Programului de terapii cognitive a depresiei post accident vascular cerebral.

*Contradicții și limite* – programul este contraindicat în cazul depresiei cu stări delirante sau maniacodepresive. Pentru a putea modifica gândurile depresive, trebuie să fie conservat sensul realului. În cazul incapacității unor pacienți de a face legătura între emoții, gânduri și comportamente nu este indicată terapia cognitivă, fiind de preferat ca acești pacienți să fie tratați cu antidepresive.

*Antidepressivelle* - terapiile cognitive pot constitui o alternativă la antidepresive în măsura în care unii pacienți refuză medicamentele sau dacă este vorba despre o serie de contraindicații fizice ori de o toleranță defectuoasă. Combinația dintre antidepresive și terapia cognitivă este posibilă și, în general, mai eficientă decât medicamentele antidepresive unică formă de tratament.

*Unde se desfășoară terapia? Cine o face?* - cadrul obișnuit în care se desfășoară tratamentul este salonul de spital sau cabinetul psihologului. De fapt, cea mai mare parte a celor consultați suferă de o depresie de intensitate moderată, care reprezintă forma cea mai frecventă a maladiei depresive. Pacienții sunt conștienți de depresie lor și sunt capabili să vorbească despre ea.

*Aplicarea terapiei cognitive în cazul depresiei* - terapia cognitivă folosește tehnici pentru modificarea gândurilor negative, învățându-ne să diferențiem realitatea faptelor de aprecierea lor subiectivă, atât în timpul ședințelor de terapie, cât și în viața de zi cu zi.

*Contractul terapeutic* - este o terapie de scurtă durată care se derulează în aproximativ 20 de ședințe, de câte 45 de minute fiecare. În general, terapiile cognitive se desfășoară pe o perioadă de la 3 la 6 luni, câte una sau două ședințe pe săptămână. Pentru început, se recomandă câte două ședințe, săptămânal. Durata scurtă prezintă un avantaj evident: atât pacientul, cât și terapeutul vor fi determinați astfel să colaboreze activ în ceea ce privește problemele cotidiene.

*Organizarea ședințelor* - terapia prezintă o anumită structură. Terapeutul și pacientul se pun de acord asupra unei „agende” care precizează de la începutul ședinței temele ce urmează a fi abordate. „Asupra cărui lucru vreți să lucrăm astăzi?” este propoziția introductivă tip, care invită pacientul să ia inițiativa. O dată aleasă, tema trebuie ilustrată. Pacientului îi vor fi solicitate exemple de situații problematice, pentru a percepe mai bine dificultățile din momentul respectiv. Frecvent, terapeutul va rezuma punctele importante care apar în timpul șe-

dinței: „Dacă am înțeles eu bine, am observat că...”. La sfârșitul fiecărei ședințe, terapeutul îi va cere pacientului să rezume ceea ce a înțeles, făcând o comparație cu ceea ce a reținut el însuși. La sfârșit, terapeutul îl întreabă pe pacient dacă are ceva de obiectat referitor la ședință. Această anchetă este un mod de a pune în lumină gândurile negative pe care urmează să le modifice terapia. Ele sunt frecvente, mai ales la început, deoarece așteptările prea mari ale pacientului provoacă deseori decepții. Cu cât consideră mai mult că ceea ce se petrece este doar un alt tratament, cu atât riscă mai mult să eșueze. El vine la tratament pentru că i s-a spus să vină, dar nu credea în acesta. Informațiile date îi permit, de asemenea, terapeutului să își corecteze propriile erori de interpretare sau eventualele greșeli de tact față de cineva, pentru care respectul de sine poate fi lesne pus în discuție. Terapeutul trebuie să dea dovadă de o foarte bună înțelegere a problemelor cu care se confruntă pacientul și să își imagineze că necazurile acestuia sunt ale lui. El trebuie să îl trateze de la egal la egal, să păstreze în același timp o relație cu caracter profesional. Terapeutul nu poate deveni prietenul pacientului, dacă vrea să rămână un sfetnic care să îl ajute la înțelegerea și detașarea de problemele pe care le are. Stilul terapiei este directiv. Terapeutul intervine aproape la fel de des ca și pacientul și pune sarcini și exerciții practice. Accentul cade aici pe o relație de colaborare, compatibilă cu aceia dintre doi savanți ce caută același adevăr. De fapt, terapeutul joacă rolul unui expert care susține abordarea problemelor dintr-o altă lumină. În sfârșit, practicantul trebuie să încurajeze independența și autonomia pacientului în raport cu ședințele de terapie și cu persoana terapeutului. Un aspect fundamental este acela că sarcinile din viața cotidiană sunt puse în practică. Ele sunt teme care trebuie făcute în afara timpului dedicate ședințelor. De comun acord, vor fi programate experiențe care vizează înmulțirea situațiilor de plăcere și de control. Scopul programelor respective este de a mobiliza și de a pune în discuție gândurile depresive, prin confruntarea lor cu realitatea.

*Etapele terapiei* - În timpul primelor trei ședințe, după ascultarea necazurilor pe care le are pacientul, evaluarea clinică a riscului suicidar și alte estimări terapeutice care derivă de aici, terapeutul prezintă principiile terapiei cognitive. Aceasta trebuie să explice de la prima ședință faptul că gândirea este o interpretare a realității și să dea un exemplu imediat, printr-o problemă concretă expusă de pacient. De asemenea, este importantă și construirea unei realități strânse, pozitive.

*Creșterea activității* - chiar de la prima ședință, pacientului i se va da un plan de activitate săptămânal, care să îi permită înregistrarea experiențelor de plăcere și control. De asemenea, chiar de la început se va discuta cu el un program de sarcini progresive pentru desprinderea de inactivitate și accentuarea experiențelor de plăcere și control în activitățile de serviciu sau din timpul liber. Programul urmărește în egală măsură încurajarea contactelor sociale. Chiar la începerea ședinței, va fi pusă în aplicare o schemă simplă.

*Gânduri automate depressive* - punerea în evidență a gândurilor automate se poate realiza notând pe o listă cele mai frecvente gânduri automate pe care le are un om depresiv.

*Jocurile de rol* - sunt folosite pentru a reconstitui mental situațiile. Interpretând situația, ca pe scenă, pacientul va putea astfel să reconstituie sentimentele și gândurile pe care le-a avut în legătură cu mediul său profesional sau familial.

*Tehnicile de vizualizare în imaginație* - unii pacienți sunt prea slăbiți pentru a juca o scenetă. O tehnică mai simplă constă a le cere să-și închidă ochii și să își imagineze o scenă din viața curentă, în care au dificultăți de acțiune. Apoi, li se va cere să se concentreze asupra monologului interior produs în legătură cu imaginile respective.

*Întrebările directe* - subiectul poate fi parțial conștient de gândurile negative care îi întunecă spiritul. În acest caz, discuția poate permite descrierea și studierea lor. Prin descrierea gândurilor negative, subiectul se distanțează și ajunge să controleze un fenomen subconștient, pe care trebuia să îl suporte fără să își dea seama și de la care nu pricepea decât consecințele, adică tulburările de atenție și de memorie.

*Emoție și gând automat* - dacă are emoții care apar spontan, mai ales atunci când pacientul începe să plângă, terapeutul îl va întreba ce monologuri interioare și ce imagini trezește sau însoțește cel sentiment de tristețe. Tăcerile, semnele de anxietate mai mult sau mai puțin subtile trebuie să conducă la aceleași întrebări. Terapeutul se poate simți indiscret (și chiar este, în cele din urmă). El trebuie să îi explice pacientului necesitatea de a avea acces în zona problemelor ascunse, care pot ajuta la descoperirea resorturilor subtile ale depresiei.

*Înregistrarea gândurilor automate în afara ședințelor* - de asemenea, pentru viața cotidiană poate fi utilizată o fișă de autoînregistrare. Pacientul va completa fișa respectivă de fiecare dată când simte o emoție puternică. Fișele vor fi studiate împreună cu terapeutul și vor constitui o bază de discuție în fixarea temelor pentru ședințele ulterioare.

*Modificarea gândurilor automate în timpul ședinței* - în primele 4 ședințe vor fi discutate, împreună cu pacientul, gândurile automate în scopul de a-l ajuta să aibă o viziune mai puțin rigidă asupra lumii, în primul rând pacientul trebuie ajutat să dobândească o anumită distanțare față de opiniile sale depressive: terapeutul va propune examinarea argumentelor pentru și împotriva gândurilor negative. El îl ajută pe subiect să nu își mai asume în mod sistematic responsabilitatea pentru tot ce nu merge bine în jur. În unele cazuri grave, când pacientul are gânduri suicidare, vor fi puse în discuție monologurile critice interioare și postulatul potrivit căruia sinuciderea a reprezentat singura soluție pentru a scăpa de sentimentul de culpabilitate.

*Schimbarea gândurilor automate în afara ședinței* - acest lucru se realizează printr-o fișă, care adaugă la evaluarea gândurilor automate punerea lor în discuție prin alte gânduri alternative, pe care subiectul le consideră mai raționale.

*Fișă de modificare a gândurilor automate* - se completează în caz de emoție neplăcută, puternică (angoasă, depresie, furie etc.)

*Modificarea postulatelor* - începând cu ședință a zecea, se poate trece la izolarea postulatelor corespunzătoare gândurilor automate. La sfârșitul ședinței apar gânduri repetitive, care se organizează în forme de credințe - adevărate viziuni personalizate asupra lumii. Chiar dacă acestea reprezintă caricatura sistemelor morale obișnuite și atrage după sine destulă suferință, subiectul va ține cont de aceste postulate. La început, el „nu vrea să audă nici măcar de modificare a unei virgule”. De altfel, postulatele reprezintă adeseori achiziții ideologice precoce, care au avut loc în timpul expresiilor emoționale întinse. De asemenea, postulatele mai pot fi urmarea unei identificări cu ideile unor persoane dragi sau influente, pot reprezenta niște imperative de familie.

*Scoaterea la lumină a postulatelor* - în general vom căuta teme comune mai multor gânduri automate. Vor fi studiate scenariile repetitive de refuz sau eșec din viața pacientului, pentru a desprinde caracteristici comune și un scenariu mai cuprinzător. De asemenea, terapeutul poate folosi tehnica „săgeții în jos” care permite să „cobori” pas cu pas (pornind de la un gând automat depresiv) până la postulatele ce reprezintă sursa depresiei. La fiecare etapă, terapeutul își va întreba pacientul: „Și care este cea mai rea consecință a lucrului pe care mi l-ați spus?”

*Rezolvarea problemei* - postulatele sunt reguli stabilite de tratare a informației. Atunci când situ-

ățiile problematice sunt rezolvate în mod nesatisfăcător, consecințele negative pot fi importante sau nesemnificative, însă ele contribuie oricum la menținere depresie. „Procesul de rezolvare a problemei” se fondează pe un model circular alcătuit din șapte etape. Modelul este circular pentru că etapa 7 continuă cu etapa 1, iar procesul trebuie reluat de câteva ori. Această metodă nu este nouă, însă aplicarea ei se face rareori cu rigurozitate. Punerea în aplicare a „procesului de rezolvare a problemei” necesită o apropiere sistematică care, o dată asumată, sporește semnificativ șansele de rezolvare pentru o mare varietate de situații. Cele 7 etape de rezolvare a problemei sunt următoarele:

1. Definirea problemei - explicitarea, aprofundarea problemei, observarea cauzelor și a consecințelor problemei respective. Aceasta va fi formulată în termeni foarte preciși și concreți. Trebuie acordată atenție situației problemei în contextul global.
2. Elaborarea soluțiilor - inventarierea tuturor soluțiilor posibile fără a le evalua și fără a le cenzura. Se impune ca subiectul să fie cât mai creativ posibil și să nu ezite să treacă pe listă o variantă bizară, neconvențională.
3. Evaluarea soluțiilor - evaluarea fiecărei soluții, subliniind avantajele și dezavantajele, consecințele pe termen scurt, mediu și lung, pentru sine și pentru ceilalți, implicațiile concrete (bani, timp) etc. Evaluarea trebuie făcută în scris. De asemenea, trebuie prevăzut un anumit interval de timp, necesar pentru a verifica dacă nu lipsesc anumite informații pertinente.
4. Luarea unei decizii - ținând cont de bilanțul rezultat din comparația soluțiilor posibile, se optează pentru o soluție sau un ansamblu de soluții. Se va insista mai mult pe căutarea unui compromis, o soluție de sinteză, parțială, și nu pe soluția „perfectă”. Amânările vor fi evitate.
5. Executarea deciziei - se precizează sarcinile legate de punerea în aplicare a deciziei și se întocmește o agendă. În această etapă, așteptările trebuie să fie realiste, în funcție de tipul necesar aplicării deciziei și observării efectelor executării deciziei respective.
6. Evaluarea rezultatelor - evaluarea rezultatelor acțiunii, în funcție de obiectivele vizate și de problemă definită în prealabil.
7. Redefinirea problemei - dacă rezultatele obținute sunt nesatisfăcătoare, se va relua procesul, cu etapa 1, redefinim și formulând problemă rezolvată. Obținerea unor rezultate nesatisfăcătoare nu trebuie privită ca un eșec, ci ca un indiciu că problema trebuie să fie reformulată, că trebuie

căutată o soluție mai bună și o strategie adecvată de aplicare, că trebuie să ne angajăm din nou într-un proces de rezolvare a problemei.

*Confruntarea cu realitatea și sarcini practice* - la sfârșitul fiecărei ședințe terapeutice pacientul este confruntat cu situații reale. Scopul lor este de a compara gândurile negative cu realitatea. Adeseori, pacientul evită bilanțul, fiindu-i teamă, în orice situație, de eșec sau de excluderea socială. Jocul de rol și prezentarea de imagini mentale în stare de relaxare facilitează confruntarea cu realitatea și favorizează contactele sociale, prestări sociale care ar putea deveni pozitive.

*Sfârșitul tratamentului* - o dată ce au fost modificate gândurile automate și postulatele, iar activitatea pacientului a crescut în mod semnificativ, se poate trece la ultima etapă a terapiei. Momentul poate avea loc după 20 de ședințe desfășurate, de obicei, pe o perioadă de 3 la 6 luni. Terapia se termină printr-o recapitulare a ceea ce s-a înțeles și realizat pe durata ședințelor. Împreună cu pacientul, se va stabili apoi un program de menținere, alcătuit din teme atât cognitive, cât și comportamentale.

*Menținerea rezultatelor* - pacientul va fi revăzut lunar (pe o perioadă de 6 luni), iar în al doilea semestru de după terapie, de două ori. De asemenea, vor fi propuse ședințe de recapitulare, care se dovedesc adesea la fel de necesare ca și repetarea unui vaccin.

**Concluzii.** Valorile științifice importante rezultate din implementarea *Programului de terapii cognitive a depresiei* post accident vascular cerebral sunt sintetizate în concluziile:

*Metodologia inovativă* din perspectivă psihosocială, elaborată și validată prin intermediul Programului de terapii cognitive a depresiei post accident vascular cerebral, a contribuit la eficientizarea reabilitării psihosociale a persoanelor și presupune valorificarea unor semnificative principii, direcții, tehnici, procedee și modalități de abordare integrată a persoanelor post AVC din diferite orientări psihologice bine organizate și dezvoltate benefice pentru acest grup de persoane.

*Valoarea praxiologică* a Programului a fost asigurată de orientarea demersului investigațional spre factorii psihosociali (implicarea aparținătorilor, familiei, comunității, echipei de reabilitare) și factorii individuali (dezvoltarea componentelor personalității: deprinderilor emoționale pozitive, elementelor-cheie ale conștiinței de sine, comportamentului independent, activității vitale, rezervelor personale și eliminarea inhibițiilor, dezvoltarea abilităților de comunicare, dezvoltarea capacităților de relaționare și integrare socială).

Programul a facilitat învățarea de către persoanele vizate a gestionării neliniștii, depresiei, anxietății, a temerilor și emoțiilor negative cu care se confruntă, și însușirea unor tehnici de relaxare, meditații și alte practici pe care le pot utiliza în situațiile cotidiene pentru a controla, reduce și înlătura diverse stări emoționale distructive.

Programul de terapii cognitive a depresiei post accident vascular cerebral, favorizează stabilirea relațiilor de colaborare între beneficiar și echipa de rea-

abilitare și oferă deschideri de perspectivă în studiul accidentului vascular cerebral.

Demersul de formare, desfășurat în Modelul conceptual al reabilitării psihosociale a persoanelor post accident vascular cerebral, demonstrează, că aplicarea Programului prin intervenții psihologice este recomandabil cu începere de la etapa acută a accidentului vascular cerebral și poate fi continuat la etapele de reabilitare precoce, tardivă și sechelară, inclusiv cea de intervenție comunitară.

### REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. BUCUN, N., GLAVAN, A. *Repere teoretice și metodologice ale evaluării psihologice a persoanelor post accident vascular cerebral*. În: Revista Univers Pedagogic, Nr.2 (66), 2020. pp. 76-87. ISSN1811-5470.
2. GLAVAN, A. *Consilierea psihosocială a persoanelor cu dizabilități în procesul de reabilitare complexă prin programe educaționale*. În: Materialele conferinței republicane a cadrelor didactice, Psihopedagogie și Managementul Educației, volumul V; Chișinău, UST, 1-2 martie 2019, p.38-42, ISBN 978-9975-76-266-3.
3. GLAVAN, A. *Program de reabilitare psihosocială post accident vascular cerebral*. Monografie. Chișinău: Print-Caro, 2021, 152 p. ISBN 978-9975-56-866-1.
4. GLAVAN, A. *Reabilitarea psihosocială a persoanelor post accident vascular cerebral*. Monografie. Chișinău: IȘE, 2020 (Tipogr. „Print-Caro”, 408 p. ISBN 978-9975-48-182-3.
5. GLAVAN, A. *Studiul clinico-psihologic al tulburărilor cognitive la persoanele post accident vascular cerebral*. În: Psihologie. Revista Științifico-Practică, volumul 36, nr. 1-2, 2020, ISSN P 1857-2502, ISSN E 2537-6276 pp. 40-48.
6. GLAVAN, A., GROPPA S. *Evaluarea neuropsihologica și proiectarea intervenției psihologice în reabilitarea pacienților cu accident vascular cerebral (AVC)*. În: „ Archives of the Balkan Medical Union”, volum 52, aprilie 2017, Celsius Publishing House, p.9-14. ISSN 0041 – 6940.
7. GLAVAN, A., SIRIC I. *Consilierea psihologică în procesul de recuperare medicală a pacienților*. În: Archives of the Balkan Medical Union, volum 51, aprilie 2016, Celsius Publishing House, p.188-189. ISSN 0041 – 6940.
8. HOLDEVICI, I. *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*. București, Editura Trei, 2011. 720 p.
9. LUPU, I. *Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare*. Calitatea Vieții, nr.17(1-2), pp.73-91, 2006.
10. MORARU, A., PASCAL, O., HAMIȚCHI, E., MUNTEANU, L., AGAPII, E., COJOCARI, D., CEBOTARI, A. *Reabilitarea medicală a bolnavului cu accident vascular cerebral – Protocol Clinic național PCN -181*. Aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Chișinău: 2012, Rev. 2014, p.8.