

**Psihologie**

**Daniel David**

# **TRATAT DE PSIHOTERAPII cognitive și comportamentale**



**Collegium**

**POLIROM**

COLLEGIUM  
Psihologie

Seria *Collegium. Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

**Daniel David** este profesor „Aaron T. Beck” univ. dr., șeful Catedrei de Psihologie Clinică și Psihoterapie a Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, președintele Colegiului Psihologilor din România, Filiala Cluj, și psiholog principal în psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie. A obținut licența în psihologie (1996) la Universitatea „Babeș-Bolyai” și doctoratul în psihologie (1999) la aceeași universitate. A urmat studii postuniversitare (1999-2002) în psihologie clinică și psihopatologie (incluzând hipnoză și hipnoterapie) la Mount Sinai School of Medicine, New York, SUA, și a parcurs un program de formare (1998-2002) în psihoterapii cognitive și comportamentale la Albert Ellis Institute, SUA, și Academy of Cognitive Therapy, SUA, unde este și acum supervizor-formator, fiind singurul psiholog din România atestat de fondatorii psihoterapiilor cognitive și comportamentale, dr. Aaron Beck și dr. Albert Ellis. Complementar, a urmat un stagiu de pregătire în terapii dinamic-psihoanalitice și umanist-existențiale la Tennessee University-Psychological Clinic, SUA (1998-1999). Este director al Centrului Român de Psihoterapie Cognitivă și Rațional-Emotivă și Comportamentală, președinte al Asociației de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România și al International Institute for the Advanced Studios of Psychotherapy and Applied Mental Health (<http://www.psychotherapy.ro>), editor al revistei *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, indexată PsycInfo, EBSCO, ProQuest și IBSS, și membru al mai multor asociații internaționale de profil. Are numeroase premii și granturi internaționale (a implementat în țară primele studii clinice controlate și primul program postdoctoral în domeniul psihoterapiei), desfășoară activități didactice, de cercetare și practică clinică și psihoterapeutică în țară și în străinătate (la Mount Sinai Hospital, SUA). Până în prezent a publicat cinci cărți și peste cincizeci de articole, majoritatea în reviste de prestigiu din străinătate.

De același autor, la Editura Polirom au mai apărut: *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente* (2006) și *Metodologia cercetării clinice. Fundamente* (2006).

© 2006 by Editura POLIROM

[www.polirom.ro](http://www.polirom.ro)

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:**

**DAVID, DANIEL**

**Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale** / Daniel David. - Iași: Polirom, 2006

ISBN (10) 973-46-0491-0; ISBN (13) 978-973-46-0491-3

159.9

Printed in ROMÂNIA

**Daniel David**

# **TRATAT DE PSIHOTERAPII**

**cognitive și comportamentale**

POLIROM 2006

Lui Aaron Beck și Albert Ellis, mentorii mei în acest domeniu.  
Lui John Watson și Frederick Skinner, care, deși nu am avut șansa să-i  
cunosc, m-au marcat prin actul intelectual prin care au împins, poate  
prea devreme pentru a fi înțeleși, gândirea umană la limitele ei.  
†

nu.  
să-i  
)ate  
ei.

*Motto*

..oamenii nu sunt afectați de ceea ce li se  
întâmplă, ci de cum înțeleg/interpretează  
ei ceea ce li se întâmplă..."

Epictet

*Introducere .*

*Mulțumiri . .*

Capitolul 1 **Terapia cogn**

**1.1.** Delir

1.2. Istori 1.2.1

1.2.:

1.3. Teraj

Capitolul 2 **Sănătate și 1**

2.1. Aspi

2.2. Para 2.2. 2.2.

**2.2,**

**2.2 2.2**

# Cuprins

|  |     |
|--|-----|
| <i>Introducere</i> .....   | 13  |
| <i>Mulțumiri</i> .....   | 19  |
| Capitolul 1  |     |
| <b>Terapia cognitiv-comportamentală. Delimitări conceptuale și evoluție</b> .....      | 21  |
| 1.1. Delimitări conceptuale .....  | 21  |
| 1.2. Istoric și evoluție.....  | 24  |
| 1.2.1. Evoluția terapiei cognitiv-comportamentale.....                                 | 24  |
| 1.2.1.1. Terapia comportamentală - prima paradigmă științifică în psihoterapie .....   | 25  |
| 1.2.1.2. Noua cale: terapia cognitivă (anii '60) .....                                 | 42  |
| 1.2.1.3. Sinteza: apariția terapiei cognitiv-comportamentale (anii '70-) .....         | 44  |
| 1.2.2. Istoricul terapiei cognitiv-comportamentale din perspectivă epistemologică..... | 50  |
| 1.3. Terapia cognitiv-comportamentală în România.....                                  | 54  |
| Capitolul 2  |     |
| <b>Sănătate și boală</b> .....   | 60  |
| 2.1. Aspecte generale .....  | 60  |
| 2.2. Paradigma cognitiv-comportamentală.....   | 69  |
| 2.2.1. Fundamente .....  | 69  |
| 2.2.2. Modelul ABC cognitiv .....  | 70  |
| 2.2.2.1. Evenimentul activator (A).....  | 71  |
| 2.2.2.2. Prelucrările informaționale/cognițiile (B).....                               | 72  |
| 2.2.2.3. Prelucrări informaționale inconștiente.....                                   | 89  |
| 2.2.2.4. Funcțiile prelucrărilor informaționale .....                                  | 90  |
| 2.2.2.5. Consecințe (C).....   | 93  |
| 2.2.3. Modelul ABC comportamental.....   | 105 |
| 2.2.3.1. Antecedente (A) .....   | 105 |
| 2.2.3.2. Comportament ( <i>behavior</i> ) (B) .....                                    | 106 |
| 2.2.3.3. Consecințe (C) .....  | 106 |
| 2.2.4. Implicații ale modelelor ABC cognitiv și ABC comportamental .....               | 107 |
| 2.2.5. Frontiere în abordarea cognitiv-comportamentală a sănătății și bolii.....       | 113 |
| 2.2.5.1. Limite ale terapiei cognitiv-comportamentale.....                             | 113 |
| 2.2.5.2. Mituri referitoare la terapia cognitiv-comportamentală . .                    | 114 |



Fundamente .....

gniti'

4.1.

Capitolul 5 **Utilizarea clinică cognitiv Conceptuala** <sup>generale</sup>

mentală

comportame

"**Modele eWf** <sup>°S</sup> « <sup>'^</sup>nerabiUtate.....■\*»;

**"SSo** <sup>^</sup> **st** <sub>copil,</sub> **»c** <sup>«</sup> **SW**

5.3

5.3.1-5.3.2.

5.3.3.

5.3.4.

, i î «tres - vulnera Modetal meean. <sup>s</sup> «W J <sup>^</sup>,wi ,,,,,,, x\*<sup>^</sup>Mul tnarluc ai «

oneciftce și g<sup>ent</sup>

5.4. implicautcltmcea!

ip**euticăcogniti**

enerale

v.com

portamentala

Capitolul 6 **Relația terai**

6 i. Aspecte ge

6.2. Empatia <sup>^</sup> <sup>^</sup>onată ..... •••.....

6.3. Acceptarea ne ..... \_\_\_\_\_

6.4. Congruența ..••\*" ..... \_\_\_\_\_

6.5. Colaborarea • ■ ■ . transferului

în terapia cv&

**,-comportamentală**

122

**7.3.**

**.comportamentala** •• \_\_\_\_.. 122

133

133

135

137

137

139

140

141

144

146

**7.4**

148 **148 148 150 150** . 152

152

154 154 **156** 158

Capitolul 6 **Relația terai**

proceduri <sup>^</sup> \*

**EST\*** **rs** <sup>^</sup> **"** **%** **U'** <sup>«</sup> <sup>^</sup> **<** **opili,e**

7.1-

Se (gândurj au si/sau iraționale •

<sup>^</sup>,<sup>^</sup>,<sup>^</sup> 1: tehnici de m <sup>s;</sup> <fimeuonale

**7.2**

<sup>^</sup>f<sup>^</sup>ideoomrol

r;<sup>\*</sup>orv.» 1. ici"" .....<>

! 3. Etapa 3-

al cont.

<sup>^</sup>ăriiPttSSicare edificare

721.4.Etapa4:tehnKi- <sup>enerale</sup> <sup>7,2,</sup> a structurile cognfe disfuncționale și'sa [J-<sup>^^</sup>

165  
18"  
1°

^^-TSSiit.-

»«—".'^SS\*»!-.\*'

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| 7.2.2.   | Procedura rezolvării de probleme și a antrenamentului asertiv . . .                                    | 192 |
| 7.2.3.   | Proceduri de inoculare a stresului<br>{ <i>Stress Inoculation Training</i> - SIT) .....                | 196 |
| 3.       | Proceduri de intervenție la nivel comportamental.....  | 197 |
| 7.3.1.   | Tehnici de accelerare a comportamentului .....   | 199 |
| 7.3.1.1. | Prin modificarea consecințelor.....  | 199 |
| 7.3.1.2. | Prin modificarea antecedentelor.....   | 206 |
| 7.3.2.   | Tehnici de decelerare a comportamentului .....   | 208 |
| 7.3.2.1. | Prin modificarea antecedentelor.....   | 208 |
| 7.3.2.2. | Prin modificarea consecințelor.....  | 208 |
| 4.       | Proceduri de intervenție la nivel biologic.....  | 213 |
| 7.4.1.   | Proceduri de relaxare .....  | 214 |
| 7.4.1.1. | Antrenamentul autogen.....   | 214 |
| 7.4.1.2. | Relaxarea progresivă Jacobson.....   | 217 |
| 7.4.1.3. | Tehnica biofeedback.....   | 219 |
| 7.4.1.4. | Tehnica de control al respirației.....   | 222 |
| 7.4.2.   | Proceduri de activare fiziologică.....   | 223 |
| 7.4.2.1. | Tehnica expunerii interoceptive/hiperventilației.....  | 223 |
| 7.4.2.2. | Tehnica aplicării tensiunii { <i>applied tensiori</i> } .....  | 223 |
| 7.4.3.   | Tehnici de modificare a comportamentelor respondente .....   | 223 |
| 7.4.3.1. | Tehnica expunerii ( <i>flooding</i> ) .....  | 224 |
| 7.4.3.2. | Tehnica implozivă .....  | 224 |
| 7.4.3.3. | Tehnica desensibilizării progresive .....  | 225 |
| 7.4.3.4. | Tehnica expunerii gradate .....  | 226 |
| 5.       | Proceduri cognitiv-comportamentale multimodale .....   | 226 |
| 7.5.1.   | Sugestia, hipnoza și hipnoterapia .....  | 227 |
| 7.5.2.   | Proceduri meditative (concentrative <i>versus mindfulness</i> ) .....                                  | 233 |
| 6.       | Proceduri eclectic.....  | 236 |
| 7.6.1.   | Tehnica interpretării viselor<br>(din tradiția dinamic-psihanalitică) .....                            | 236 |
| 7.6.2.   | Tehnica jocului de rol în condiții ecologice<br>(din tradiția umanist-existențial-experiențială) ..... | 237 |
| 7.       | Prescripțiile cognitiv-comportamentale („temele pentru acasă”).....                                    | 238 |
| 8.       | Particularități ale procedurilor cognitiv-comportamentale .....  | 240 |
| 7.8.1.   | Tehnici cognitiv-comportamentale de grup/în grup.....  | 240 |
| 7.8.2.   | Tehnici cognitiv-comportamentale autoadministrare<br>( <i>self-help</i> ).....                         | 241 |
| 7.8.3.   | Prescripții/sfaturi pentru viață .....   | 242 |
| 7.8.4.   | Adaptări la sugar, copil, adolescent și vârsta a treia.....  | 243 |
| 7.8.5.   | Variații culturale .....   | 244 |
| 7.8.6.   | Promovarea sănătății.....  | 245 |
| 7.8.7.   | Intervenții în situații de criză.....  | 247 |
| 9.       | Noi dezvoltări în procedurile cognitiv-comportamentale .....   | 248 |
| 7.9.1.   | Bombardamentul subliminal.....   | 248 |
| 7.9.2.   | Proceduri de realitate virtuală și aplicații <i>on-line</i> .....                                      | 254 |
| 7.9.3.   | Proceduri de abordare a prelucrărilor inconștiente<br>de informație.....                               | 255 |

|   |            |
|---|------------|
| 7.9.4. Consiliere genetică și psihologie evoluționistă.....   | 256        |
| 7.9.5. Științe cognitive.....   | 256        |
| 7.10. Concluzii și discuții .....   | 257        |
| Capitolul 8   |            |
| <b>Prototipul unui demers terapeutic cognitiv-comportamental .....</b>  | <b>259</b> |
| 8.1. Fundamente .....   | 259        |
| 8.2. Secvențele de derulare a terapiei cognitiv-comportamentale.....  | 260        |
| 8.3. Exemplificarea unei ședințe terapeutice<br>cu focalizare pe modelul ABC cognitiv .....                             | 263        |
| 8.4. Studiu de caz (cazul Dana) - exemplificarea<br>unui demers cognitiv-comportamental .....                           | 270        |
| 8.4.1. Conceptualizarea cazului. O abordare<br>din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale .....                  | 274        |
| 8.4.2. Tratatament/planul de intervenție. O abordare<br>din perspectiva terapiei cognitive .....                        | 276        |
| 8.5. Blocaje și erori în terapia cognitiv-comportamentală .....   | 278        |
| Capitolul 9   |            |
| <b>Cercetare și eficiență în terapia cognitiv-comportamentală.....</b>  | <b>281</b> |
| 9.1. Aspecte generale .....   | 281        |
| 9.2. Suport științific și psihoterapie.....   | 282        |
| 9.3. Suportul teoretico-experimental și clinic<br>al terapiei cognitiv-comportamentale.....                             | 287        |
| 9.3.1. Eficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale<br>în tratamentul bolilor și promovarea sănătății ..... | 288        |
| 9.3.2. Eficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale<br>față de alte forme de terapie.....                   | 289        |
| 9.4. Factori comuni <i>versus</i> factori specifici în eficiența psihoterapiei.....                                     | 291        |
| 9.5. Psihoterapie <i>versus</i> farmacoterapie .....  | 293        |
| 9.6. Noi dezvoltări în cercetarea<br>din terapia cognitiv-comportamentală .....   | 295        |
| Capitolul 10  |            |
| <b>Educație și formare în terapia cognitiv-comportamentală .....</b>  | <b>301</b> |
| 10.1. Aspecte generale .....  | 301        |
| 10.2. Aspecte specifice.....  | 303        |
| 10.2.1. Psihologia pozitivă.....  | 303        |
| 10.2.2. Provocarea paraprofesiștilor.....   | 305        |
| 10.2.3. Provocarea terapierilor autoadministrate și <i>on-line</i> .....  | 307        |
| 10.2.4. Rolul factorilor comuni în procesul de formare .....  | 308        |
| 10.3. Noi dezvoltări și tendințe în formarea<br>în terapia cognitiv-comportamentală .....                               | 308        |
| Capitolul 11  |            |
| <b>Noi direcții și frontiere în terapia cognitiv-comportamentală.....</b>   | <b>311</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Remarci finale</b> .....  | <b>315</b> |
| <b>Resurse clinice, de formare și de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală</b> .....   | <b>317</b> |
| <b>Glosar</b> .....  | <b>323</b> |
| <i>Bibliografie</i> .....  | <b>331</b> |
| <b>ANEXE</b>   |            |
| <b>Anexa 1</b>   |            |
| <b>Scale/teste clinice utilizate în terapia cognitiv-comportamentală</b> .....   | <b>343</b> |
| 1.1. Profilul distresului emoțional (PDE; autori: David Opriș, MA, și Bianca Macavei, MA) .....  | <b>343</b> |
| 1.2. Chestionarul gândurilor automate (ATQ - <i>Automatic Thoughts Questionnaire</i> ; autori: dr. Steve Hollon și dr. Phillip Kendall)  |            |
| adaptat de Ramona Moldovan, MA .....   | <b>346</b> |
| 1.2.A. Chestionarul Young de scheme cognitive (YSQ - <i>Young Schema Questionnaire</i> ; autor: dr. Jeffrey Young)   |            |
| adaptat de Simona Trip, MA .....   | <b>348</b> |
| 1.2.B. Scala de atitudini disfuncționale, formele A și B (DAS - <i>Disfunctional Attitudes Scale, Versions A and B</i> ;   |            |
| autori: dr. Aaron Beck <i>et al.</i> ) adaptată de Bianca Macavei, MA .....  | <b>356</b> |
| 1.3. Scala de cogniții raționale și iraționale (GABS-SF - <i>General Attitude and Beliefs Scale-Short Form</i> ; autori: dr. Raymond DiGiuseppe <i>et al.</i> ) adaptată de Bianca Macavei, MA ..... | <b>362</b> |
| 1.4. Scala de evaluare a intervenției în terapia cognitivă (CTRS - <i>Cognitive Therapy Rating Scale</i> , Academy of Cognitive Therapy; autori: dr. Jeffrey Young și dr. Aaron Beck)                |            |
| adaptată de Bianca Macavei, MA .....   | <b>366</b> |
| <b>Anexa 2</b>   |            |
| 2.1. Fișa sintetică pentru modelul ABC cognitiv .....  | <b>372</b> |
| 2.2. Decalogul iraționalității.....  | <b>374</b> |
| 2.3. Decalogul raționalității .....  | <b>375</b> |
| 2.4. Sfaturi pentru o viață rațională și fericită.....   | <b>377</b> |
| 2.5. Automonitorizarea demersului terapeutic.....  | <b>378</b> |
| 2.6. Prescripții psihologice - pastile psihologice .....   | <b>379</b> |

## Introducere

Psihoterapia este arena unde valoarea se întâlnește frecvent cu impostura. Așa cum în medicină, alături de o medicină științifică, există și una non-științifică (de exemplu, bioenergetică), și în psihoterapie, alături de o psihoterapie științifică, există și o psihoterapie non-științifică. Din păcate, spre deosebire de medicină, deseori psihoterapia nu are curajul să fie tranșantă și să spună ferm: „asta merge”, „asta nu merge” și „asta este istorie”, acest lucru ducând la coexistența pașnică a valorii cu impostura și la contaminarea abordării științifice cu abordări non-științifice. Este important să conștientizăm însă că numai o abordare tranșantă poate asigura dezvoltarea, deoarece ea ne permite să investim resursele existente în lucrurile care contează și să nu risipim aceste resurse, timpul nostru, al pacienților și al studenților noștri în abordări depășite de vremuri; este un semn de respect față de profesioniști, față de domeniu și de beneficiarii lui (pacienții) și față de studenți. Până nu demult, din cauza accesului dificil la informație, furnizorii de psihoterapie din țară puteau face aproape absolut orice. Unii utilizează și astăzi metode de psihoterapie care amintesc de ritualuri barbare (de exemplu, proiecția în foc) sau de practicile unei babe cu o bogată experiență de viață. Modelul „guru” este dominant și mulți studenți, privați informațional din cauza stilului propriu (pentru unii, cursul este încă mai important decât sursa bibliografică) sau a unui blocaj informațional obiectiv, au fost racolați în „culte psihoterapeutice”. Examinați, vă rog, lista școlilor de psihoterapie recunoscute de European Association for Psychotherapy (<http://www.europsyche.org>) și verificați apoi câte dintre ele apar în tratatele științifice de psihologie (Gleitman *et al.*, 2000) sau medicină (Kaplan și Sadock, 1998). Veți fi surprinși să observați că puține ! Restul sunt „culte” organizate nu pe baza datelor științifice, ci pe ceea ce spune „guru” (fondatorul școlii). Odată cu accesul la informație, lucrurile se schimbă. Beneficiarii serviciilor de psihoterapie sunt mai educați și nu mai acceptă orice. Mi-am încurajat mereu pacienții și studenții să-și dezvolte simțul rațional-critic, iar atunci când li se oferă un serviciu, înainte de a-l cumpăra, să întrebe ce dovezi sunt că acesta funcționează. Acestea fiind spuse, nu vreau ca lucrarea să se transforme într-o luptă cu alte școli de psihoterapie. Ea nu este împotriva a ceva, ci este pentru ceva. Ea reliefează fundamentele psihoterapiilor cognitive și comportamentale, într-o

sintagmă general acceptată, utilizată și de noi pe parcursul lucrării: terapie îndrăgi cognitiv-comportamentală. Terapia cognitiv-comportamentală, înțeleasă ca pro- științif totip al psihoterapiei științifice, este acea formă de psihoterapie care se întere- terapis meiază, asemenea medicinei, pe cercetări științifice serioase. terapie

Este aproape paradoxal că trebuie să te lupți pentru a impune psihoterapia se dez științifică și pentru a o exorciza de abordările non-științifice ; pentru unii, aceasta Astfel pare o strategie *à la Don Quijote* ! La urma urmei, nu toată lumea face psiho- cum a terapie științifică, odată ce se înscrie într-o școală clasică de psihoterapie ? Deși tratan toți cei care practică o astfel de psihoterapie cred cu siguranță că fac psihoterapie ceea ( științifică, adevărul este altul. Faptul că există și se practică de sute de ani, că a paciei rezistat de-a lungul timpului, că sunt institute în Europa sau SUA care o pro- terapi movează, că este bine organizată etc, nu e un argument sau o garanție că închi; demersul unei școli de psihoterapie este științific și eficient. Și astrologia sau în se< vrăjitoria se practică de mii de ani (au rezistat de-a lungul timpului), există Teraț institute de astrologie (vrăjitorie) și se oferă servicii și formare în domeniu, bine anii' organizate! Psihoterapia științifică este acel demers psihoterapeutic care: (1) evofi are o teorie bine testată și susținută științific prin studii experimentale ; (2) are R eficiența (cum funcționează în condiții de laborator)/eficacitatea (cum funcțio- obic< nează în practica clinică) stabilită prin studii clinice controlate (de exemplu, nive! studii clinice experimentale/randomizate) și/sau, fără a fi un criteriu absolut totuș necesar, (3) are analize de eficiență a costurilor atunci când este implementată, fost Așa se testează un serviciu medical științific, așa se testează și un serviciu de i psihologic/psihoterapeutic științific. Restul psihoterapiilor, care își întemeiază refl< teoriile și eficiența pe (1) intuițiile fondatorului de școală; (2) analize de caz; care (3) analize calitative etc., sunt demersuri nevalidate încă. Aceasta nu înseamnă că cog ele nu sunt valide sau că nu pot fi validate, ci că trebuie privity cu suspiciune ace; până vor trece de proba testării; într-adevăr, merită să avem un semn de întrebare în condițiile în care unele nu au fost în stare să se valideze științific după aproape pre un secol de la apariție! Analizele de caz și cele calitative, spre exemplu, ace contribuie la generarea și/sau exemplificarea unei teorii și/sau proceduri, nu la un< validarea și testarea lor! Așadar, mesajul acestei lucrări pentru toate școlile de luc psihoterapie este de a ne întâlni integrativ pe terenul serviciilor validate științific coj și de a arăta ce înseamnă acestea, utilizând terapia cognitiv-comportamentală ca ist' model.

și

La o analiză atentă, se poate spune că opțiunea primordială a omului a fost să ste fie „cognitiv”, optând pentru cunoaștere în detrimentul confortului și vieții veșnice st; din Paradis! Angajamentul meu față de terapia cognitiv-comportamentală nu și este însă unul născut din credință, ci unul născut din știință și din responsabilitate iii pentru domeniul meu de studiu, pentru pacienți și studenți. Dacă cercetarea ci științifică va scoate în evidență alte abordări psihoterapeutice mai eficiente, li atunci, din respect pentru profesia pe care o am pentru pacienții pe care îi văd și te pentru studenții pe care îi educ, mă voi angaja într-un nou demers. Eu nu sunt si

îndrăgostit de terapia cognitiv-comportamentală, ci de o abordare serioasă și științifică în psihoterapie. În acest moment, ea este cel mai bine reflectată de terapia cognitiv-comportamentală. Și este foarte probabil să rămână așa, căci terapia cognitiv-comportamentală are structura unui demers științific. Așadar, ea se dezvoltă continuu, asumându-și propriile limitări și încercând să le depășească. Astfel, în timp ce este posibil să auziți un terapeut cognitiv-comportamental, așa cum auziți un medic, spunând că nu știe clar ce are pacientul sau că nu există încă tratament pentru problema acestuia, un „terapeut tradițional” știe tot, iar dacă ceea ce știe nu funcționează, nu este de vină el sau limitele tehnicii utilizate, ci pacientul, pentru că este rezistent! Așadar, dacă veți analiza școlile de psihoterapie, veți constata că cele mai multe vă prezintă o perspectivă „holistă”, închisă, pietrificată în timp; modelul prezentat astăzi este cel angajat de „guru” în secolele trecute, ca și cum știința nu ar fi progresat de atunci. Este uimitor! Terapia cognitiv-comportamentală este însă altfel. Dacă examinăm lucrările din anii '70 și pe cele de după anul 2000, vom vedea că sunt diferite, reflectând clar evoluția cercetării în domeniu.

România pare mereu o țară defazată. La noi, tendințele internaționale apar de obicei cu o întârziere de decenii. Spre exemplu, dacă modernismul a apărut, la nivel european, în jurul anului 1453, la noi a apărut în jurul anului 1600! Este totuși bine că apar... Mai rău este când ele apar în mod distorsionat. Aceasta a fost și soarta terapiei cognitiv-comportamentale. Fiind adesea promovată în țară de autodidacți care nu au parcurs un riguros program de formare, aceștia au reflectat eronat anumite aspecte ale terapiei cognitiv-comportamentale, erori care au apărut din modul în care autodidactul a încercat să înțeleagă perspectiva

; cognitiv-comportamentală; ținând cont de faptul că ea este o formă de tratament, aceste erori pot avea implicații deontologice.

Volumul de față, intitulat *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, prezintă bazele psihoterapiilor cognitive și comportamentale. Ideile cuprinse în acest volum sunt atât o sinteză a literaturii de specialitate, cât și o reevaluare a

; unor publicații proprii, naționale și internaționale. Integrarea lor în această lucrare oferă o perspectivă comprehensivă și coerentă asupra domeniului terapiei cognitiv-comportamentale. După această secțiune de introducere sunt prezentate istoricul și dezvoltarea terapiei cognitiv-comportamentale la nivel internațional și național (Capitolul 1), mecanismele de sanogeneză și patogeneză implicate în starea de sănătate, respectiv de boală (Capitolele 2, 3, 4 și 5), modul în care se stabilește relația psihoterapeutică (Capitolul 6) și principalele proceduri/pachete și tehnici de terapie cognitiv-comportamentală (Capitolul 7). În Capitolul 8 se ilustrează clinic demersul cognitiv-comportamental, iar în Capitolul 9 se discută critic eficiența terapiei cognitiv-comportamentale, după care se prezintă modalitatea de a deveni terapeut cognitiv-comportamental (Capitolul 10) și noile tendințe și frontiere în domeniu (Capitolul 11). După secțiunea „Remarci finale” sunt prezentate „Resursele clinice”, de formare și cercetare în domeniu, la nivel



internațional și național. Anexele oferă materiale de lucru (de exemplu, scale clinice) cu impact pentru practica și cercetarea în domeniu. Glosarul din final are rolul de a ajuta cititorul să se orienteze în volumul mare de informații prezentate în lucrare, fără a fi nevoit să penduleze mereu între diverse secțiuni ale acesteia pentru a-și reaminti definițiile unor constructe ; în plus, el urmărește consacrarea unor termeni și constructe, pentru a asigura un demers coerent în literatura de specialitate din țară, evitând pseudoprobleme generate de suprapuneri și confuzii terminologice. Așadar, lucrarea insistă asupra aspectelor procedurale ale terapiei cognitiv-comportamentale, cu implicații clinice, teoriile fiind prezentate doar succint, atât cât este necesar pentru a înțelege procedurile utilizate. Ea se constituie ca o platformă de resurse și de *know-how* în terapia cognitiv-comportamentală. Urmărim, astfel, ca lucrarea să poată fi folosită ca un „Manual și/sau Ghid Clinic de Terapie Cognitiv-Comportamentală”, care poate fi simplu transformat în „Protocoale Specifice de Intervenție” (de exemplu, pentru tulburări de anxietate, prevenție primară etc), utilizate apoi în studii clinice (de exemplu, studii clinice *controlate/randomized clinical trial* etc.) și/sau în practica clinică, utile și pentru casele de asigurări de sănătate pentru a promova servicii psihologice validate științific.

Te avertizez însă, cititorule, că lucrarea nu este una ușoară, de citit ca lectură de seară. Ea nu este o lucrare de interfață, ci una profesională, pretențioasă. Se presupune că ai cel puțin constructele de bază de psihologie generală (de exemplu, „figuri duble”, „prelucrări de informație”, „stări afective” etc.) și clinică (de exemplu, „depresie” „placebo” etc).

Psihoterapiile cognitive și comportamentale, spre deosebire de restul psihoterapiilor, se bazează pe teorii și proceduri sofisticate, fundamentate pe date complexe de laborator, a căror înțelegere nu se poate face pe baza constructelor de simț comun, cu care intră adesea chiar în contradicție. Lectura acestei lucrări necesită efort, cu pixul în mână, dar te asigur că, odată înțeleasă, se va schimba definitiv modul în care vezi omul, sănătatea și boala. Parafrazându-l pe Niels Bohr, dacă această lucrare nu te șochează și nu schimbă ceva în tine și în modul în care faci terapie, atunci nu ai înțeles-o încă. Probabil, dacă aș încerca să ofer o analogie mai ușor de înțeles a mesajului acestei lucrări, aș spune că filmul „Matrix” este cel care transpune cinematic cel mai bine principiile terapiei cognitiv-comportamentale ; dacă ai dificultăți în a înțelege lucrarea, vizionează mai întâi filmul.

Modelul de prezentare a lucrării este unul modern. În lucrările clasice și mai vechi, autorii prezentau adesea fiecare „școală” de terapie cognitiv-comportamentală (de exemplu, terapia rațional-emoțională și comportamentală, terapia cognitivă, modificările cognitiv-comportamentale), urmând ca apoi să analizeze suprapunerile, similaritățile și diferențele dintre ele. Acest model era unul contaminat, atunci, la începuturi, de modelul „guru”, în etapele primitive ale apariției terapiei cognitiv-comportamentale încercându-se să se păstreze factorul personal al fondatorului de școală. Dar, așa cum spunea Donald Meichenbaum (2003), terapia

cognitiv-comportamentală nu a fost gândită să se constituie pe termen lung în „școli”. Fiind o terapie fundamentată de și asimilată curentului științific, ea a evoluat în ultimii ani spre un alt model. Mai precis, lucrările moderne (vezi Kaplan și Sadock, 1998) depășesc izolaționalismul intelectual al „școlilor” inițiale, focalizându-se pe asumțiile lor comune, care constituie cadrul paradigmatic al terapiei cognitiv-comportamentale. Perspectivele particulare ale diverselor „școli” devin teorii și modele care susțin strategii terapeutice diferite în cadrul paradigmatic comun, urmând a fi analizate, integrate și interpretate prin cercetare științifică. Acesta este modelul (vezi și integrarea făcută de European Association for Behavioral and Cognitive Therapies la [http : //www.eabct.com](http://www.eabct.com) și National Association of Cognitive-Behavior Therapists la [http : //www.nacbt.org](http://www.nacbt.org)) care ne permite să vorbim astăzi despre terapia cognitiv-comportamentală ca despre o terapie științifică, model angajat și de noi în această lucrare. De dragul istoriei, vom menționa însă pe parcursul ei cum variatele teorii, modele și strategii terapeutice au derivat din diverse „școli” cognitiv-comportamentale promovate în trecut. Nivelul de analiză al lucrării va fi unul mediu, după modelul tratatelor de referință (*handbook-urilor*) în domeniu, fără prezentări foarte generale, dar nici foarte detaliate. Detaliile, cu implicații ale terapiei cognitiv-comportamentale pentru aspecte specifice (ca, de exemplu, tulburări depresive, optimizare personală) pot fi găsite în cărți de specialitate dedicate acestora, nici un volum în domeniu neputând aborda simultan și foarte detaliat atât fundamentele, cât și aplicațiile specifice (despre fiecare se poate scrie o carte separată). Acest nivel de analiză va fi accesibil și util studenților și profesioniștilor, pentru detalii putându-se consulta lucrările indicate la bibliografie (vezi și secțiunea „Resurse”).

Sub aspect expozițional, acest volum va introduce pentru prima dată în limba română anumite constructe proprii terapiei cognitiv-comportamentale ; în aceste cazuri, pe lângă termenii propuși de mine în limba română, voi prezenta și varianta lor în limba engleză, pentru a lăsa cititorul să evalueze dacă termenul ales este cel mai indicat și pentru a-l ajuta să ajungă mai ușor la sensul și semnificația constructelor prezentate. Mai mult, unii termeni nu sunt traduși în limba română (de exemplu, *mindfulness*) deoarece ei sunt termeni preluați *pass partout (sic /)* și sunt utilizați ca atare în activitatea profesioniștilor din domeniu ; o traducere a lor fără un acord mai general al grupului de experți ar putea crea confuzii și ar putea afecta coerența discursului teoretico-metodologic existent în domeniu. Pentru alți termeni, voi oferi mai multe variante (de exemplu, adaptativ/ funcțional/rațional), propunând spre utilizare una sau mai multe dintre acestea în contexte diferite, bine precizate. Uneori voi utiliza alternativ termeni apropiați și/sau sinonimi (pacient - subiect), deși în contexte diferite voi folosi predominant unul sau altul (pacient - cu referire la patologie - și subiect - cu referire la sănătate). Toate aceste artefacte lingvistice, absolut necesare însă pentru lucrări atât de complexe și în premieră în limba română, pot duce la un text mai dificil

de citit, dar te-am avertizat, cititorule, că lucrarea trebuie citită cu pixul în mână. Limba română este puternic polisemantică, astfel că adaptarea unor constructe clar definite în alte limbi (de exemplu, engleza) este un act dificil în sine, darămite să mai și prezinți funcția și rolul constructului; spre exemplu, con-structul *hope*, clar definit, în limba română poate fi tradus cu „speranță”, „așteptare”, „dorință” etc, fiecare având o mulțime de nuanțe, ceea ce complică discursul științific. În fine, ținând cont de volumul mare de informații prezentate în această lucrare, anumite idei vor fi reluate în diverse părți ale lucrării pentru a asigura coerența discursului și receptarea lui ușoară de către cititor, acesta nefiind nevoit să penduleze între secțiuni diferite pentru a-și reaminti anumite definiții și idei necesare în înțelegerea textului la un moment dat.

Sper că acest volum va oferi cititorilor fundamentele care să le permită abordarea, înțelegerea și practicarea corectă a terapiei cognitiv-comportamentale, una din cele mai influente și utilizate forme de psihoterapie la nivel internațional, în fine, ca o notă aparte, acesta este primul volum de terapie cognitiv-comportamentală din țară scris de un autor care a fost atestat și a colaborat în acest domeniu cu înșiși fondatorii lui (dr. Aaron Beck, dr. Albert Ellis și dr. Donald Meichenbaum) și care este supervisor format, clinician și cercetător la institutele și în echipele conduse de aceștia.

*Autorul*

## **Mulțumiri**

Mulțumesc Editurilor A.S.C.R. (Cluj-Napoca), Polirom (Iași, București), Tritonic (București, Cluj-Napoca), care mi-au permis să utilizez fragmente din lucrările pe care mi le-au publicat de-a lungul timpului. Lucrarea nu ar fi putut apărea în această formă fără ajutorul științific și administrativ al lectorului univ. dr. Aurora Szentagotai (de la Universitatea „Babeș-Bolyai”), căreia îi mulțumesc. Nu în ultimul rând, îi mulțumesc profesorului univ. dr. Mircea Miclea (de la Universitatea „Babeș-Bolyai”), care, prin primele cursuri introduse la Cluj--Napoca, a creat contextul în care am putut să abordez și să dezvolt acest domeniu fascinant.



## Capitolul 1

# Terapia cognitiv-comportamentală. Delimitări conceptuale și evoluție

### 1.1. Delimitări conceptuale

Psihoterapia este intervenție psihologică în sănătate și boală. Prima componentă, sănătatea, se referă la abordarea mecanismelor psihologice de sanogeneză implicate în (a) promovarea și optimizarea sănătății și (b) prevenirea patologiei. A doua componentă, boala, se referă la abordarea mecanismelor psihologice de patogeneză implicate în patologie (clinică și/sau subclinică). Psihoterapia poate fi individuală (obiectul intervenției este individul), în grup (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) și de grup (obiectul intervenției este grupul, spre exemplu, cuplul, familia etc). Pentru simplificarea limbajului, sintagma „de grup” se utilizează adesea și cu referire la psihoterapia „în grup”, lucru pe care îl vom face și noi pe parcursul acestei lucrări, acolo unde nu se nasc ambiguități. *Psihoterapia* mai este numită și „tratament psihologic” și/sau „intervenție psihologică”, sintagma *psihopatologie subclinică* înlocuindu-se uneori cu cea de *probleme psihologice* (psihonoemoționale și de comportament), iar cea de *psihopatologie* sau de *tulburări psihice/mentale*, cu *tulburări psihologice*; aceste sintagme sunt mai noi și urmăresc reliefa componentelor psihologice validate științific în psihoterapie și patologie.

Consilierea psihologică este intervenție psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale și/sau (b) în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament. Așa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală, medicului etc, consilierea psihologică este specifică psihologului; psihoterapia este mai eterogenă, putând fi practică de diverși profesioniști (psihologi, psihiatri), după un program riguros de pregătire (vezi Capitolul 10). Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie prin faptul că, în timp ce psihoterapeutul poate face intervenție psihologică în psihopatologie, consilierul psihologic nu are această competență, el focalizându-se pe optimizare și dezvoltare personală și/sau probleme psihologice sau de patologie somatică în care sunt implicați factori psihologici. Altfel spus, în timp ce psihoterapeutul psiholog (nu și psihiatrul) poate face tot ceea ce face

consilierul psihologic, reciproca nu este valabilă. Consilierea psihologică se deosebește și de consilierea educațională/școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară este focalizată pe probleme de educație și carieră, consilierea psihologică implică intervenția specialistului psiholog în optimizare personală (sănătate) și în ameliorarea problemelor psihoemoționale și de comportament.

Deși diferite sub aspectul conținutului (tipul de probleme abordate), consilierea psihologică și psihoterapia sunt similare sub aspectul procesului și al mecanismelor implicate, fiind tributare unui demers specific în domeniu (de exemplu, cognitiv-comportamental, dinamic-psihanalitic, umanist-existențial--experiențial). Așadar, în cele ce urmează ne vom referi doar la psihoterapie, menționând consilierea psihologică doar acolo unde ea se comportă net diferit de psihoterapie.

Orice sistem psihoterapeutic are două componente majore. Prima componentă este cea teoretică; aceasta angajează mecanismele etiopatogenetice implicate în sănătate și boală. Din ea este derivată a doua componentă, cea procedurală, care oferă pachete de intervenție psihoterapeutică. Deși uneori este posibil ca, istoric vorbind, teoria să se dezvolte pentru a conceptualiza o procedură de intervenție descoperită întâmplător, funcția ei în cadrul sistemului terapeutic rămâne aceeași. Așadar, este evident faptul că intervenția psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în starea de sănătate și boală. În funcție de mecanismele considerate a fi implicate în starea de sănătate și boală, avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice (pentru detalii, vezi David, 2006a; 2006b): (1) abordarea cognitiv-comportamentală (asumpția filosofică principală, fără a fi exclusivă, este determinismul); (2) abordarea dinamic-psihanalitică (asumpția filosofică principală, fără a fi exclusivă, este indeterminismul) și (3) abordarea umanist-existențial-experiențială (asumpția filosofică principală, fără a fi exclusivă, este non-determinismul). În cadrul acestor orientări, există diverse școli, fiecare cu particularități teoretico-procedurale specifice, iar în cadrul fiecărei școli avem teorii și modele de strategii terapeutice care implică tehnici de intervenție diverse. Se estimează (Bergin și Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de școli de psihoterapie bine definite și peste 600 de tehnici de intervenție clar delimitate. Acesta este un arsenal impresionant care permite abordarea psihologică a sănătății și bolii în mod riguros. În afara domeniului clinic, în literatura de specialitate și în practica psihologică sunt utilizați adesea o serie de termeni alternativi celor de psihoterapie și consiliere psihologică pentru a reliefa intervențiile în sănătate și boală. Aceasta se face pentru a reduce conotația încă negativă a tulburărilor psihice, cu care sunt asociate conceptele de „psihoterapie” și „consiliere psihologică”. Astfel, pentru a exprima focalizarea pe normal și pe promovarea sănătății prin optimizare personală, se utilizează și termenul *coaching*. În alte domenii decât cele clinice (de exemplu, educațional, industrial-organizațional, sportiv etc.) se preferă folosirea termenilor „intervenție psihologică”, „modificare”, „asistență”, „consultanță”

etc. Indiferent de termenul utilizat, demersul teoretico-aplicativ și formativ este același, fundamentat pe abordările psihoterapeutice și/sau pe consiliere psihologică.

*Ce este terapia cognitiv-comportamentală ?* Scurt și simplu spus, terapia cognitiv-comportamentală este o combinație teoretico-metodologică fundamentată științific a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicații în patologie și sănătate; așadar, ea are, pe lângă un caracter clinic (tratarea bolilor), și un profund caracter educațional și preventiv (optimizare, promovare a sănătății).

• *Terapia comportamentală.* Ideea de bază (Skinner, 1953 ; 1974; Watson, 1913) este că toate reacțiile/răspunsurile organismului uman, ca întreg (ceea ce facem), pot fi conceptualizate ca fiind comportamente deschise/exteriorizate (*overt behavior; public behavior*) sau închise/interiorizate (*covert behavior; private behavior*). *Comportamentele exteriorizate* se referă la acele răspunsuri ale organismului uman ca întreg care pot fi observate și măsurate, direct sau cu ajutorul unor aparate, independent de subiectivitatea celui care le produce.

Atunci când sunt generate utilizând mai ales musculatura striată și pot fi, în principiu, dublate de experiența faptului că au fost produse voluntar, intenționat, ele se numesc *comportamente operante*, în sensul că operează asupra mediului (ca atunci când mă deplasez de la un loc la altul în spațiu). Atunci când sunt produse automat de stimuli, implicând mai ales răspunsurile înnăscute/neconștiente ale organismului, ele se mai numesc *comportamente respondente* (de exemplu, clipitul, modificările în conductanța electrică a pielii). *Comportamentele interiorizate* se referă la acele reacții/răspunsuri ale organismului uman ca întreg care nu pot fi măsurate și observate independent de subiectivitatea celui care le produce. Spre exemplu, gândul „mi-e frică” este un comportament interiorizat. Ele pot fi însă măsurate și observate riguros, în mod indirect, dependent de organismul care le produce. Spre exemplu, subiectul poate verbaliza gândul respectiv, care, apoi, poate fi măsurat. A măsura un comportament înseamnă a atribui numere unor caracteristici ale acestuia (vezi David, 2006a; 2006b).

Principalele caracteristici ale comportamentului luate în calcul atunci când îl măsurăm, fără a fi exclusive, sunt: (1) frecvența, (2) intensitatea/aplitudinea, (3) durata, (4) latența. Nivelul de detaliere în definirea unui comportament-țintă și a caracteristicilor sale măsurate este stabilit de cel care conduce analiza. Uneori, el se poate referi la un comportament foarte simplu (de exemplu, de câte ori ating un anumit obiect, de câte ori clipesc), alteori, la unul foarte complex (de exemplu, frecvența căsătoriei, durata secvenței cognitive în rezolvarea unei probleme); este important de reținut că comportamentele nu se referă la orice reacții (ale celulei, ale stomacului), ci doar la cele conceptualizate de cel care face analiza ca fiind ale organismului ca întreg. Comportamentele, fie ele exteriorizate sau interiorizate, sunt guvernate de două principii fundamentale ale învățării: (1) principiul condiționării clasice și (2) principiul condiționării operante, ambele discutate în secțiunile următoare ale lucrării.



• *Terapia (rațională) cognitivă*. Ideea fundamentală (Beck, 1976; Ellis, 1958; 1962) este că prelucrările informaționale (cognițiile), fie ele conștiente sau inconștiente, generează răspunsurile afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și unele reacții psihofiziologice/biologice ale subiectului uman. Schimbarea acestor răspunsuri se face modificând prelucrările informaționale care le-au generat.

În raport cu psihologia și medicina/psihiatria, terapia cognitiv-comportamentală este o specializare în cadrul acestora, fiind fundamentată de dezvoltările teoretico--experimentale care aparțin psihologiei și medicinei/psihiatriei. Trebuie însă menționat faptul că terapia cognitiv-comportamentală nu este un receptor pasiv, care doar aplică descoperirile din cercetarea fundamentală din psihologie și/sau medicină/psihiatrie. Ea are propria cercetare fundamentală și aplicată, impulsionând prin aceasta dezvoltarea unor metode cu caracter general, care au fost asimilate în psihologie și medicină/psihiatrie. Spre exemplu, constructul *cogniții iraționale* a pătruns nu doar în tratatele de psihologie generală (Gleitman, 1990 ; Gleitman *et al.*, 2000), ci și în lucrările de psihologie educațională (cum ar fi educația rațional-emoțională și comportamentală), psihologia muncii (de exemplu, eficiență rațională), psihologie pastorală (consiliere pastorală) etc. În psihiatrie (vezi Kaplan și Sadock, 1998), abordarea cognitiv-comportamentală a generat noi modele de etiopatogeneză pentru tulburările psihice (de exemplu, tulburarea depresivă majoră).

Terapeutul cognitiv-comportamental este, de obicei, psiholog sau psihiatru. Se acceptă în programele de formare și asistenți sociali sau medici cu altă specialitate decât psihiatria, dar după completarea cursurilor universitare cu un pachet de discipline psihologice (pentru detalii, vezi Colegiul Psihologilor din România la [http : //www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)). Terapeutul cognitiv-comportamental îndeplinește mai multe funcții: (1) *psihodiagnostic și evaluare clinică - circumscrise* intervenției cognitiv-comportamentale ; (2) *intervenție de specialitate - cognitiv-comportamentală* - în sănătate și boală; (3) *cercetare* - vizează *investigarea* rolului factorilor psihologici în sănătate și boală; (4) *educație și formare* -vizează *implicarea* celor deja formați în acest domeniu în pregătirea noilor generații de profesioniști pentru de a deveni (psiho)terapeuți cognitiv--comportamentali.

## 1.2. Istoric și evoluție

### 1.2.1. *Evoluția terapiei cognitiv-comportamentale*

Perspectiva asupra evoluției terapiei cognitiv-comportamentale prezentată în continuare este una asumată la nivelul comunității științifice (vezi și National Association of Cognitive-Behavioral Therapists la [http: //www.nabct.org](http://www.nabct.org)) și a

mai fost exprimată în lucrările noastre internaționale (David, 2003b; David *et al.* 2002).

#### 1.2.1.1. *Terapia comportamentală - prima paradigmă științifică în psihoterapie*

Rădăcinile terapiei comportamentale se află în behaviorism (psihologia comportamentului). Behaviorismul nu este o abordare unitară, sub acest nume fiind reunite diversele sale variații. Articolul lui John Broadus Watson (1878-1958) „Psycho-logy as the behaviorist views it” (1913) este considerat manifestul mișcării behavioriste, în care psihologia a fost definită clar, pentru prima dată, ca știință a comportamentului, deși, după cum vom vedea în continuare, comportamentul a fost descris diferit în mișcări behavioriste diferite. Elementul fundamental din perspectiva behaviorismului era „exorcizarea” psihologiei de termeni „menta-liști”, subiectivi, și explicarea comportamentului uman prin mecanisme obiective ; așa cum chimia a renunțat la „flogiston”, biologia la „forța vieții” și fizica la „cauzele aristoteliene” devenind științe, și psihologia trebuia să renunțe la „construcțiile mentaliste”, preluate din simțul comun (de exemplu, la conștiință, voință), pentru a deveni o știință. Mentalismul este contradictoriu. Spre exemplu, el nu poate explica cum o realitate non-fizică (psihicul) afectează o realitate fizică (comportamentul). În plus, el include o serie de construcții și formulări antropomorfe (cum ar fi „conștiința selectează...”; „anxietatea ne face să evităm situații...”, „voința ne determină comportamentul...” etc.) care duc în final la ipoteza „omulețului” (*homunculus*) din mintea noastră, asemănător nouă, care coordonează toate procesele mentale, așa cum noi am conduce o mașină; însă întrebarea-cheie devine atunci: cine coordonează „omulețul” ? Și revenim astfel de unde am pornit... Adesea „omulețul” este exprimat metaforic prin construcțiile de „voință” și/sau „liber-arbitru”, care nu adaugă însă nimic la varianta explicată din comportamentul nostru, fiind așadar important să fim „exorcizați” de ele și de „omuleț”. Recent, studiile de psihologie cognitivă au reîntărit, prin dovezi neurocerebrale, această idee (vezi Wegner, 2002; 2003), anume că voința este o iluzie, un epifenomen, fără rol cauzal în determinarea comportamentului.

Înainte de a discuta concret apariția și evoluția terapiei comportamentale, să analizăm succint behaviorismul și variațiile sale (vezi și Baum, 1994), care au fundamentat apariția ei.

##### 1.2.1.1.1. Behaviorismul: fundamente și variații

I. Behaviorismul filosofic. Acesta este influențat de pozitivismul logic (Carnap, 1937).

Asumpția fundamentală este că ceea ce este observabil și măsurabil sunt doar stimulii care acționează asupra organismului uman și răspunsurile sale comportamentale (*overt behavior*). Fenomenele mentale nu există ontologic, ele

fiind doar fenomene de limbaj, reductibile la stimuli și comportament. Spre exemplu, în acest cadru, -gândirea nu există! Pentru o minte simplă acest lucru este evident eronat și fără sens, poate chiar o insultă! La urma urmei, toți simțim și știm că gândim (unii chiar în acest moment!). Să analizăm însă mai atent această idee. Gândirea, prin prisma behaviorismului filosofic, este un termen care descrie anumite situații-stimuli și anumite răspunsuri (comportamente exteriorizate) ale subiectului uman. De pildă, gândurile de tipul „mi-e frică” sunt, de fapt, niște etichete lingvistice care descriu anumite răspunsuri ale organismului (de exemplu, tremur) într-o situație-țintă (de exemplu, văd un urs). Gilbert Ryle (1900-1976), prin analiza bazată pe „eroarea categoriei” (*category mistake*) argumentează genial această idee (Ryle, 1949). De exemplu, ce ușor ne vine să explicăm un anumit pattern comportamental (roșește, se bâlbâie, tremură) prin caracteristici individuale (este anxios). Evident că, dacă vă întreb de unde știți că subiectul este anxios, îmi veți spune că acest lucru se vede din patternul comportamental (roșește, se bâlbâie, tremură). Oricine a studiat logica vă va spune însă că acest demers este unul tautologic, circular, fără valoare explicativă. „Anxios” este un termen care descrie patternul comportamental, nu îl explică; așadar, între termenul „anxios” și patternul comportamental este un mecanism semiotic, nu unul cauzal, similar, de exemplu, relației dintre termenul „jaguar” și ființele vii care sunt denumite astfel. Nu este absurd să spunem că termenul „jaguar”, care definește în fapt o categorie, cauzează ființele vii denumite astfel și incluse în categoria jaguar? Ei bine, atunci de ce nu ne pare la fel de absurd să spunem că anxietatea, ca fenomen psihic, generează patternurile comportamentale descrise mai sus? Răspunsul este simplu: nu ni se pare absurd deoarece această tautologie, la care se ajunge adesea prin eroarea categoriei, ne dă iluzia cunoașterii. Iar noi avem nevoie de aceste iluzii ale cunoașterii pentru că ne dau sens, semnificație și predictibilitate, deși adesea ne îndepărtează de adevăr; or, noi știm că, din punct de vedere psihologic, ceva nu trebuie să fie adevărat pentru a fi util! Zeii olimpici au dat sens și semnificație vechilor greci; unde sunt ei astăzi? Dacă în anumite cazuri (cazul jaguarului) eroarea categoriei nu generează nici măcar cunoaștere iluzorie, dându-ne seama de absurdul explicației, în alte cazuri (cazul anxietății), ea produce ușor cunoaștere iluzorie. Aceasta se întâmplă mai ales în situațiile în care eroarea categoriei implică comportamentul uman și la așa-numitele fenomene psihice, unde, având puține cunoștințe riguroase, există loc de astfel de greșeli, perpetuate și întărite de-a lungul a sute de ani de psihologia de simț comun.

**II. Behaviorismul metodologic.** Behaviorismul metodologic își are rădăcinile în realism (Greenwood, 1989). Realismul face o distincție clară între „ceea ce există” (copaci, munți etc.) și „ceea ce experiențiem” noi (percepția copacilor, a munților etc). Acesta distincție generează o alta, cea dintre descriere (la nivelul

experiențierii) și explicație (la nivelul a ceea ce este). Spre exemplu, noi am experiențiat mereu faptul că noaptea vine după zi sau răsăritul după apus, dar abia prin studiu științific am găsit explicația acestei experiențe (mișcările relative ale pământului și soarelui). Cu referire la psihologie, behaviorismul metodologic recunoaște existența fenomenelor mentale, dar nu le atribuie un rol causal în generarea comportamentului. Ele sunt epifenomene experiențiate, care nu pot fi investigate obiectiv; chiar dacă ar putea fi investigate obiectiv, efortul ar fi doar unul epistemic, fără valoare pragmatică, în măsura în care avem de-a face cu epifenomene, fără valoare causală și/sau explicativă. Așa cum osul are culoare albă din cauza calciului (selectat în evoluția speciei pentru că asigură rezistență osului), și creierul nostru (dezvoltat în evoluția speciei pentru a rezolva probleme complexe) are ca epifenomene procesele mentale. Așa cum culoarea albă există, dar nu determină tăria osului, și fenomenele mentale există, dar nu au rol causal asupra comportamentului rezolutiv și/sau proceselor fiziologice ale creierului. Așadar, metodologic ele sunt ignorate, focalizarea făcându-se pe stimuli și relațiile acestora cu comportamentul exteriorizat, observabil și măsurabil independent de organismul care îl produce (*overt behavior*). Asocierile complexe între stimuli și răspuns (comportament), guvernate de legile contiguității (de exemplu, stimuli și răspunsurile care apar împreună tind să se asocieze), frecvenței (de exemplu, cu cât stimuli și răspunsurile apar mai frecvent împreună, cu atât asocierea lor este mai puternică) și recentei (de exemplu, într-o situație--stimul tinde să se manifeste ultimul răspuns generat în situația respectivă), explică complexitatea comportamentului uman. Reprezentantul acestui demers este Watson, o personalitate extraordinară, fost președinte al American Psycho-logical Association/Asociația Americană de Psihologie (APA), al cărui articol, „Psychology as the behaviorist views it” (1913) este considerat, așa cum am spus mai sus, manifestul mișcării behavioriste, în care psihologia a fost definită clar și pentru prima dată ca știință a comportamentului.

**III. Behaviorismul radical.** Behaviorismul radical își are originile în pragmatism. Ideile fundamentale ale pragmatismului sunt (Pierce, 1935):

- viața este temeiul cunoașterii;
- cunoașterea este activitate;
- adevărul unei judecăți este conferit de reușita acțiunii pe care o orientează;
- realitatea este, în ultimă instanță, rezultatul unor inferențe ipotetice operate de o comunitate nelimitată de oameni (de știință); comunitatea nelimitată este întruchiparea rațiunii în pragmatism. Așadar, diferența dintre „ceea ce este” și „ceea ce experiențiem” nu mai are relevanță.

Pragmatismul elimină, se pare, distincția dintre discursul teoretic și cel practic, ambele reducându-se la reușita acțiunii pe care o orientează. Din această perspectivă, nu există diferență între descriere și explicație ; explicația nu înseamnă decât

descrierea unui fenomen în termeni familiari. Cu referire la psihologie, behaviorismul radical consideră fenomenele mentale (cum ar fi gândirea) ca fiind comportamente interiorizate (*covert behaviors*), care se supun acelorași principii de condiționare clasică și/sau operantă ca și cele exteriorizate (*overt behaviors*). Mai mult, spre deosebire de behaviorismul filosofic și metodologic, aici comportamentele nu sunt condiționate de acțiunea prealabilă a stimulilor, ci pot fi emise spontan de organismul uman, putându-se apoi asocia cu diverse situații--stimul, fără ca acest lucru să însemne că sunt cauzate de acestea. Re prezentatul acestui demers este Frederick Burhus Skinner (1904-1990), care, într-o anchetă a APA (Haggbloom, 2002), a fost desemnat drept cel mai influent psiholog al secolului XX.

După aceste precizări de nuanță, putem spune că behaviorismul, în diversele sale forme, are o constantă: focalizarea trebuie făcută doar asupra răspunsurilor organismului uman care sunt observabile și măsurabile în mod riguros, indirect și dependent de organismul care le produce sau direct și independent de organismul care le produce, cu influențe directe din evoluționism - Charles Darwin (1802-1889).

1.2.1.1.2. Behaviorismul în acțiune (sfârșitul secolului al XIX-lea-începutul secolului XX)

Această secțiune se bazează pe analiza făcută de Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989; 1991), la care se adaugă contribuțiile noastre (David, 2003; 2003a; 2003b; David *et al.*, 2002) asupra modului în care behaviorismul (psihologia comportamentală) s-a transformat în terapie comportamentală (vezi și Hergenhahn, 1986).

**I. Principiul condiționării clasice.** Originile behaviorismului cu implicații în psihologie datează de la începutul secolului XX, când fiziologul rus Ivan Pavlov (1849-1937) și-a început studiile asupra învățării (*condiționării clasice*, numită de unii și *pavloviană*), lucrând cu animale. Deși acestea sunt cercetările prin care a devenit mai cunoscut, el a obținut premiul Nobel (1904) pentru studiile asupra fiziologiei sistemului digestiv. În experimentele sale, Pavlov (1927) a observat că, asociind un *stimul neutru* (care nu declanșează nici un răspuns) cu un *stimul necondiționat* (care produce în mod automat un anumit răspuns necondiționat - comportament respondent), la un moment dat, stimulul neutru va declanșa și el respectivul răspuns (*răspuns condiționat*); trebuie însă menționat că, deși similare, răspunsurile necondiționate și cele condiționate nu sunt identice. Stimulul necondiționat este numit și *întărire primară*, funcția acestuia de a declanșa răspunsul necondiționat fiind determinată genetic, ca urmare a evoluției speciei noastre. Un stimul condiționat poate, la rândul său, întări ulterior un alt stimul neutru, devenind astfel *întărire secundară*; stimulul anterior neutru devine astfel stimul condiționat care declanșează apoi un alt răspuns condiționat; acesta ești

fenomenul de *condiționare clasică de gradul doi (higher-order conditioning)*. Astfel, spre exemplu, într-o serie de experimente pe câini, Pavlov a arătat cum expunerea repetată la un stimul neutru (de exemplu, sunetul), urmat de un stimul necondiționat (de exemplu, hrana), duce la declanșarea reflexului de salivă prin simpla expunere ulterioară a subiectului la acel sunet, devenit *stimul condiționat* (existau însă diferențe în concentrația enzimelor din salivă între răspunsul condiționat și cel necondiționat). Ulterior, prin *condiționare clasică de gradul doi*, sunetul poate întări un alt stimul (de exemplu, mirosul specific) pentru a genera un răspuns condiționat similar.

Legile contiguității și frecvenței, descrise anterior, explică, în concepția lui Pavlov, fenomenul condiționării clasice. Repetarea stimulului condiționat în lipsa celui necondiționat duce, în timp, la *extincție* (dispariția răspunsului condiționat). După extincție însă, pot să apară fenomene de *recuperare spontană*, în care se restabilește legătura stimul condiționat - răspuns condiționat.

În primele faze ale învățării, se manifestă adesea fenomenul de *generalizare a stimulului*; el se referă la faptul că stimuli similari celui condiționat pot declanșa, la rândul lor, un răspuns similar celui condiționat. Ulterior, ca urmare a întăririi stimulului condiționat prin stimulul necondiționat, apare fenomenul de *discriminare*, în care se elimină efectul de generalizare a stimulului.

Studiile experimentale ulterioare au deschis drumul aplicațiilor în psihologie, demonstrând că și răspunsurile emoționale pot fi condiționate. Astfel, asocierea repetată a unui stimul care produce frică (de exemplu, un stimul dureros) cu unul neutru (de exemplu, un stimul vizual) duce la posibilitatea declanșării fricii prin expunere la stimulul vizual. În plus, Pavlov introduce distincția dintre *primul sistem de semnalizare (first-signal system)* - stimulii fizici la care răspundem prin răspunsuri condiționate și/sau necondiționate - și *al doilea sistem de semnalizare (second-signal system)* - simbolurile stimulilor fizici, exprimate, bunăoară, lingvistic (de exemplu, cuvântul „hrană”), la care răspundem prin răspunsuri condiționate. Trebuie spus foarte clar că procesul de condiționare clasică poate include nu doar comportamente respondente simple, ci și complexe, precum patternurile acționale (Baum, 1994). De exemplu, câinii reacționează adesea la prezența hranei (stimul necondiționat) cu patternuri acționale complexe (latră, dau din coadă, salivează). Pavlov era convins că întreaga diversitate a comportamentului uman se poate explica folosind constructele descrise mai sus. Rezultatele experimentelor obținute de el stau, așadar, la baza unuia dintre cele mai importante principii, înglobat și în paradigmele de studiu ale psihologiei comportamentale - *condiționarea clasică (pavloviană)*. Acestea fiind spuse, din considerație pentru corectitudinea istorică, trebuie menționate trei lucruri.

*În primul rând*, cercetările psihologice ale lui Pavlov au fost stimulate de cadrul creat de Ivan Sechenov (1829-1905), care a introdus în Rusia psihologia obiectivă, el argumentând primul că nu gândirea, ci stimulii determină comportamentul uman; recunoscând procesele mentale, dar fără a le atribui un impact

asupra comportamentului, Secenov (1935) încearcă să le explice prin fiziologie. *În al doilea rând*, Pavlov nu era interesat de psihologie, văzând-o ca o abordare primitivă, subordonată fiziologiei, rezistând astfel multă vreme studierii condiționării clasice și aplicațiilor acesteia în psihologia umană; atunci când s-a implicat în aceste cercetări, de la vârsta de 50 de ani până la moartea sa, era deja celebru în fiziologia digestivă, așa că rezultatele sale în psihologie au fost diseminate și acceptate rapid. *În fine, în al treilea rând*, Vladimir Bechterev (1857-1927) este creditat cu descoperirea reflexului (răspunsului) condiționat simultan cu Pavlov; el a fost interesat mai ales de comportamente respondente motorii (de exemplu, ale extremităților, respirația). Neavând însă notorietatea lui Pavlov, nu a fost receptat în mod adecvat de literatura de specialitate, deși cercetările sale, comparativ cu ale lui Pavlov, sunt mai apropiate de psihologie. Dacă Watson (1933) ar fi descoperit mai întâi cercetările lui Bechterev, probabil că psihologia americană l-ar fi asimilat și promovat pe acesta, studiile sale fiind mai apropiate de psihologie și de concepția lui Watson asupra comportamentului (și am fi vorbit probabil de condiționare bechtereviană, nu pavloviană!).

**II. Principiul condiționării operante.** Urmând o linie de studiu asemănătoare, câțiva cercetători americani au pus bazele definirii următorului principiu fundamental al psihologiei comportamentale - *condiționarea operantă/instrumentală*, numită de unii și *skinneriană*. Spre deosebire de Pavlov, ei se focalizează asupra comportamentului operant.

Watson a fost acela care a orientat serios preocupările psihologiei americane în această direcție, articolul său „Psychology as the behaviorist views it” (1913) fiind manifestul orientării. El a elaborat o psihologie stimul (S)-răspuns (R), tributară behaviorismului metodologic. Stimulul putea fi orice influența activitatea unui analizator - mai simplu (spot luminos) sau mai complex (o situație de examen) -, iar comportamentele studiate erau cele exteriorizate. Cum ajungem să asociem un comportament cu anumite situații-stimul? Așa cum am mai arătat, asocierile complexe între stimuli și răspuns (comportament) sunt guvernate de legile contiguității (de exemplu, stimulii și răspunsurile care apar împreună tind să se asocieze), frecvenței (de exemplu, cu cât stimulii și răspunsurile apar mai frecvent împreună, cu atât asocierea lor este mai puternică) și recentei (de exemplu, într-o situație-stimul tinde să se manifeste ultimul răspuns generat în situația respectivă), ele explicând complexitatea comportamentului uman.

William McDougall (1871-1938) este un caz mai aparte în familia behavioriștilor. Deși se focalizează asupra comportamentului operant, el insistă pe comportamentele complexe, cărora le găsește o explicație instinctuală (cu rădăcini evoluționiste). În marea dispută cu Watson, „The Battle of Behaviorism” (Watson și McDougall, 1929), care a avut loc la „Psychological Club” din Washington, în anul 1924, se pare că Watson a reușit să convingă psihologii americani că explicațiile pentru comportamentele umane, fie ele simple sau complexe, trebuie

căutate în relația S-R, nu în instincte. Capitalizând pe câștigarea disputei cu McDougall, Watson merge mai departe și, în 1926, afirmă explicit „...dați-mi 12 nou-născuți sănătoși și, utilizând principiile behavioriste, vă garantez că pe oricare dintre ei, luat la întâmplare, pot să-l pregătesc pentru a deveni medic, avocat, artist, comerciant și, da, chiar hoț, indiferent de talentul, tendințele, abilitățile și rasa strămoșilor săi...”. Deși la acea vreme această afirmație a împărțit comunitatea științifică în două (unii care o considerau genială și alții care o considerau o exagerare), ea a întărit mesajul behaviorist și a redus influența grupului lui McDougall. La o analiză atentă, ea este perfect valabilă și astăzi. Astfel, știm că (Gleitman *et al.*, 2000): (1) rolul factorului genetic în performanță este mai redus la oameni decât la animale și (2) aptitudinile complexe, necesare pentru exercitarea unei profesii, nu sunt înăscute. Factorul genetic stabilește doar limita lor superioară și inferioară, poziționarea între limite fiind determinată de mediu; efectul factorului genetic este mai mare la nivelurile de excepție ale unor aptitudini simple (de exemplu, auzul muzical). Așadar, chiar dacă la acea vreme, în care se considera că efectul factorului genetic se poate exprima în aptitudini complexe (de exemplu, familiile de medici aveau copii medici, fapt care, în loc să fie interpretat prin prisma educației/modelării, era interpretat genetic !), afirmația lui Watson le-a părut exagerată unora, astăzi ea pare rezonabilă. Cel puțin putem spune cu certitudine că: „Dacă aș avea 12 nou-născuți sănătoși, utilizând principiile psihologice, oricare dintre ei, luat la întâmplare, poate fi pregătit să devină un bun medic, avocat, artist, comerciant și, da, chiar hoț, indiferent de talentul, tendințele, abilitățile și rasa strămoșilor săi...”. Nu am spus „foarte bun artist”, ci „bun artist”, căci nivelurile excepționale ale aptitudinilor ar putea avea o componentă genetică în cazul unor profesii (cum ar fi unele profesii artistice).

În aceeași perioadă, Edwin Guthrie (1886-1952), urmând linia S-R a lui Watson, explică comportamentul operant pe baza legii contiguității și a recentei S-R; spre deosebire de Watson, el renunță însă la legea frecvenței. Astfel, după Guthrie (1930; 1934), o simplă asociere între stimul (SI) și răspuns (RI) este suficientă pentru învățare; consecințele comportamentului nu fac altceva decât să schimbe situația-stimul inițială (din SI în S2), astfel că, la o nouă expunere la stimulul inițial (SI), se va declanșa, pe baza legii recente, comportamentul operant-țintă (RI); această perspectivă a devenit influentă în teoriile matematice ale învățării (Estes, 1950).

În anii '20, se dezvoltă o altă variantă a psihologiei behavioriste : răspuns (R)-stimul (S), tributară mai ales behaviorismului radical. Altfel spus, comportamentele noastre nu sunt condiționate de stimulii care le preced, ci de stimulii care le urmează (consecințe), stimuli definiți mai târziu ca întăriri și pedepse. Astfel, pe baza unei suite de experimente efectuate pe animale, Edward Thorndike (1874-1949) a formulat *legea efectului* (Thorndike, 1916), care arată că acele comportamente operante care sunt urmate de consecințe pozitive (*satisfying state of affairs; reward*) au tendința să își crească ocurența (de exemplu, frecvența, intensitatea, durata



etc), în timp ce comportamentele operante care nu sunt urmate de consecințe pozitive și/sau sunt urmate de consecințe negative (*annoying state of affairs; punishment*) tind să-și reducă ocurența. Problema cu această conceptualizare este că definiția consecințelor este una circulară: o consecință este pozitivă dacă ea crește ocurența unui comportament, și crește ocurența unui comportament deoarece este pozitivă. În plus, ea includea ca explicație termeni „mentaliști”, subiectivi, precum „consecință pozitivă”, „satisfacție” etc.

Înscriindu-se în aceeași psihologie R-S, în anii '30, Clark Huli (1884-1952) detaliază această lege, soluționând și problema definiției circulare, arătând că toate consecințele pozitive se referă, de fapt, la reducerea unei „tensiuni” (*drive*). Altfel spus, o nevoie biologică (*biological need*) - de exemplu, nevoia de hrană - crează o stare de tensiune (*drive*) - de exemplu, foamea - despre care, dacă este redusă printr-un comportament operant (a mânca), spunem că întărește acel comportament în situații specifice; așadar, deși se elimină circularitatea, rămâne totuși un element mentalist de „reducere a tensiunii”, lucru inacceptabil pentru „behavioriștii adevărați”, cum vom vedea la Skinner. Astfel, după Huli (1943), probabilitatea unui comportament (PC) este dată de „tensiune” (D) și de „tăria asocierii stimul - răspuns” (*habit strength; sHr*), după formula:  $PC = sHr \times D$ . Observăm în această formulă că dacă tensiunea este 0 sau tăria asocierii este 0, comportamentul nu va apărea. Merită amintit faptul că Huli a fost primul și ultimul din istoria psihologiei care a încercat construirea acesteia pe un sistem ipotetico-deductiv, pornind de la principii stabilite pe baza datelor experimentale, din care a dezvoltat teoreme care urmau apoi să genereze predicții testabile, susținând astfel o dezvoltare cumulativă a psihologiei. Rigoarea și inflexibilitatea unui astfel de demers (dacă s-ar fi acceptat acest demers, toate cercetările din psihologie ar fi trebuit focalizate și coordonate astfel încât să testeze teoremele avansate) nu au fost însă pe gustul psihologilor, astfel că el a fost abandonat și niciodată reluat (deși ideea este interesantă!).

Pornind de la constatările colegilor săi (mai ales ale lui Thorndike), Skinner (1953 ; 1974) ridică psihologia R-S la un nivel de sofisticare neatins anterior și o transformă apoi în psihologie S-R-S. Să analizăm contribuțiile sale. El a început prin a detalia și rafina legea efectului, arătând că „întărirea” (care, așa cum am văzut, este, de fapt, un stimul care urmează, nu care precede un comportament) se definește întotdeauna prin consecințele pe care le are asupra comportamentului operant și a articularat cea de-a doua paradigmă experimentală esențială în psihologia comportamentală (a *condiționării operante/instrumentale*), prin definirea conceptelor *întărire* și *pedeapsă*. Astfel, comportamentul operant este urmat de diverse consecințe (stimuli). Ca urmare a evoluției speciei, două tipuri de consecințe (primare) ale comportamentului operant sunt fundamentele în influențarea acestuia: (1) întărirea (*reinforcer* sau *positive reinforcer*) - de exemplu, hrană, sex - și (2) pedeapsa (*punisher* sau *negative reinforcer*) - de exemplu, frig, arsură, lipsa hranei. Procesul prin care o întărire (*positive*

*reinforcer*) crește ocurența comportamentului care o produce se numește *proces de întărire pozitivă (positive reinforcement)*. Procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) crește ocurența comportamentului care o elimină se numește *proces de întărire negativă (negative reinforcement)*; dacă ea crește ocurența comportamentului care o previne, atunci procesul se numește *proces de evitare (avoidance)*. În fine, procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) reduce ocurența comportamentului care o produce se numește *proces de pedepsire (punishment)*. Altfel spus, orice comportament are o consecință. Dacă acea consecință se referă la apariția a ceva (de exemplu, hrană) și acel ceva crește ocurența comportamentului (un șoarece apasă pe o pedală pentru a primi hrană), vorbim despre procesul de întărire pozitivă. Dacă acea consecință se referă la apariția a ceva (cum ar fi frigul) și acel ceva scade ocurența comportamentului, vorbim despre procesul de pedepsire. Dacă acea consecință se referă la dispariția a ceva (frigul, de exemplu) și acea dispariție duce la creșterea ocurenței comportamentului, vorbim despre procesul de întărire negativă (cu varianta procesului de evitare). În fine, dacă acea consecință se referă la dispariția a ceva (hrană) și acea dispariție duce la scăderea ocurenței comportamentului, atunci vorbim despre procesul de pedepsire. Se observă, așadar, că întărirea pozitivă (*positive reinforcer*) și pedeapsa (*punisher/negative reinforcer*) sunt definite doar de efectul lor asupra comportamentului, nu în termeni circulari și/sau mentaliști de consecințe (subiective) pozitive sau negative, ca în legea efectului a lui Thorndike.

Așa cum spuneam, relația dintre întărirea primară (*primary reinforcer*), respectiv pedeapsa primară (*primary punisher*) și comportamentul operant este determinată genetic, pe linia evoluției speciei; așadar, ele au și funcția de stimuli necondiționați, putând declanșa răspunsuri necondiționate; spre exemplu, atunci când șoarecele apasă pe pedală pentru a primi hrană, el și salivează. O întărire primară (hrană), prin asociere (condiționată) cu un stimul neutru (sunet), poate transforma stimulul respectiv într-o *întărire secundară* (de exemplu, sunetul devine întărire). Eliminarea întăririlor duce adesea la fenomenul de *extincție*, adică se reduce ocurența unui comportament operant; acesta este un fenomen care se subsumează, așadar, celui de pedepsire.

Apariția unui comportament operant, spre deosebire de cel respondent, nu este condiționată de prezența unor stimuli. Comportamentele operante pot fi emise de organism în mod spontan, ulterior ele fiind controlate de stimuli care le urmează, stimuli numiți consecințe (întăriri și pedepse). Așadar, mediul selectează comportamente prin consecințele pe care le conține. Altfel spus, mediul, prin întăririle și pedepsele pe care le presupune, ne impune o anumită deschidere operațională (ce comportamente este probabil să fac). Comportamentele mai complexe sunt învățate prin *aproximări succesive (shaping)* și/sau prin *combinarea* unor comportamente mai simple din repertoriul subiectului (*chaining*), prin jocul consecințelor.

Acestea fiind spuse, trebuie însă înțeles faptul că stimulii pot altera jocul comportament operant - consecințe (întăriri și pedepse; R-S). Astfel, dacă întărirea unui comportament operant are loc doar în prezența unui anumit stimul (*fenomenul de prompting*), atunci acel comportament operant devine un *comportament operant discriminat*, care va apărea doar în prezența acelui stimul, iar stimulul devine un *stimul discriminativ sau discriminant (discriminative stimulus)*; iată, așadar, că am ajuns la psihologia S-R-S. În aceste condiții, similar condiționării clasice, apar efectele de *generalizare a stimulului* (în primele faze ale învățării), iar ulterior, de *discriminare*.

Pe baza principiilor condiționării operante descrise de Skinner, au fost create mai târziu programe complexe de oferire a întăririlor și pedepselor în cazul subiecților umani, Skinner considerând că aceste mecanisme pot explica pe deplin răspunsurile omului. Într-adevăr, chiar în cazul animalelor, acest principiu poate genera comportamente complexe. Spre exemplu, un șoarece este învățat să apese pe o pedală pentru a primi hrană. Apoi învață să facă acest lucru doar dacă se aprinde un bec; ulterior, poate învăța să înlăture o perdea, ceea ce duce la aprinderea becului, după care apasă pe pedală pentru a obține hrana. Pe baza aceluiași principii, porumbeii au fost învățați să joace tenis de masă și baschet constituind atracții turistice, iar în armată, să ghideze bombe inteligente către inamic (vezi Herrnstein, 1986). Toate acestea sunt secvențe complexe de comportament! Skinner a expus în două lucrări fascinante, indicate oricui studiază comportamentul uman, modul în care aceste principii pot deveni tehnologii psihologice de organizare socială: „Walden Two” (1948) - o nuvelă remarcabilă - și „Beyond Freedom and Dignity” (1971).

**III. Integrarea condiționării clasice (pavloviene) cu cea operantă/instrumentală (skinneriană).** În concluzie, diferența fundamentală dintre condiționarea clasică și cea operantă constă în tipul comportamentului la care se referă (responds vs. operant) și în factorii determinanți ai acestuia (stimuli-antecedenti vs. stimuli-consecințe). Să ne amintim însă că stimulii-consecință (hrana) pot avea și funcții de stimuli-antecedenti (hrana), determinanți ai unor răspunsuri necondiționate (salivație); așadar, deși factorii determinanți pot să fie uneori aceiași (hrana contează momentul intervenției lor (înainte de comportamentul respond\* respectiv după comportamentul operant). Ambele constituie principii de bază pentru modelarea comportamentelor umane și animale.

Integrarea lor a fost elegant efectuată mai târziu prin cercetările lui Solomon (1943) și Hobart Mowrer (1960). Astfel, într-un model bifactorial, s-a arătat că frica față de un stimul specific, dobândită, de exemplu, prin condiționare clasică este apoi menținută prin condiționare operantă, prin apariția unui comportament operant de evitare a stimulului specific, care este întărit negativ. În plus, Ric Solomon (1918-1995) și Lyman Wynne (1969-2000) au arătat (Solomon & Wynne, 1969)

Wynne, 1953) că acele condiționări care presupun asocierea unui stimul neutru cu un stimul extrem de aversiv duc la comportamente evitative foarte rezistente la extincție. În fapt, efectul pedepsei (șoc electric) asupra unui comportament (consumul de alcool) poate fi explicat prin condiționare clasică și întărire negativă. Altfel spus, comportamentul-țintă (de exemplu, consumul de alcool) devine stimul condiționat pentru un răspuns condiționat (frică), care este înlocuit apoi cu comportamentul de evitare a alcoolului, prin întărire negativă.

#### 1.2.1.1.3. De la behaviorism la terapia comportamentală (aprox. anii '20-'50)

Skinner a emis doar speculații asupra aplicațiilor clinice ale principiilor condiționării clasice și operante, fără a-și transpune ideile în practica clinică. Anii '20-'50 au adus însă o generație de specialiști în sănătate mentală interesați de impactul acestor idei asupra intervenției pentru prevenirea și corectarea unor probleme psihice.

Una dintre primele aplicații ale principiilor psihologiei comportamentale (behavioriste) la starea/problemele de anxietate este experimentul derulat de Watson și Rosalie Rayner (1899-1935) în 1920, la Johns Hopkins University, cunoscut sub numele de „cazul micului Albert” (Watson și Rayner, 1920). Albert era un băiețel de 11 luni cărui i s-a indus o reacție fobică la contactul cu un șobolan alb, prin asocierea acestui stimul, inițial neutru, cu un zgomot puternic. Răspunsul condiționat a putut fi ulterior generalizat (extins la stimuli albi asemănători). „Cazul micului Albert” este o replică behavioristă la „cazul micului Hans”, descris în literatura psihanalitică. Hans era un băiețel de 5 ani care a dezvoltat o fobie față de cai (extinsă ulterior și la alte animale), probabil în urma unui accident în care a văzut, printre altele, un cal prăbușindu-se. Explicația psihanalitică spunea că teama apare ca urmare a „fricii de castrare”, în cadrul complexului Oedip. Atracția copilului față de mamă este pusă în pericol de prezența tatălui, care induce copilului o frică de castrare și dorința inconștientă de a-și vedea tatăl (competitorul) mort. Acest conflict bazai se rezolvă, de obicei, prin identificarea copilului cu tatăl, scăpând astfel de amenințarea acestuia. Nerezolvat, conflictul bazai poate sta la originea unor probleme psihologice. Frica față de cai este, de fapt, o expresie a conflictului bazai nerezolvat. Caii simbolizează forță, masculinitate, elemente asociate tatălui; așadar, *conflictul bazai* se transpune simbolic în *conflict actual*, exprimat prin frica față de cai!

Deși interesantă din punct de vedere literar și cultural, abordarea psihanalitică nu are nici un suport științific; „cazul micului Albert” sugerează un alt mecanism al fobiilor, verificat științific: condiționarea clasică! Micul Albert a devenit astfel unul din vârful de lance în promovarea terapiei comportamentale, într-un moment când comunitatea psihoterapeutică era dominată de psihanaliză. Să remarcăm însă că acest caz este o ilustrare a unor principii deja verificate în laborator, pornind de la care se vor elabora ulterior teorii și proceduri noi, testate

în studii clinice controlate. Prin contrast, „cazul micului Hans” este o ilustrarea a unor principii care nu au fost niciodată verificate și/sau testate în mod riguros. Mai mult, pornind de la el, teoria psihanalitică va fi îmbogățită, dar în loc să fie testată serios, ea va fi argumentată adesea tot prin „cazul micului Hans” (demers circular, invalid logic); „cazul micului Hans” poate ilustra o teorie sau poate contribui la construcția unei teorii, dar nu la testarea ei! Așadar, revenind la „cazul micului Albert”, pentru ca efectul să fie complet, nu ajunge să arătăm că se poate induce experimental o fobie, ci este nevoie să arătăm și că ea poate fi eliminată, controlând mecanismul prin care a fost produsă. În „cazul micului Albert”, acest lucru nu s-a putut realiza deoarece el a fost externat și a părăsit localitatea; astăzi, un astfel de studiu ar fi interzis prin deontologia profesională.

Mai târziu însă, în 1924, Mary Cover Jones (1897-1987), elevă a lui Watson, a folosit rezultatele obținute de profesorul său pentru a elabora o intervenție de tip comportamental în cazul unui băiețel de trei ani, care se temea de șobolani și iepuri - „cazul micului Peter” - (vezi Spiegler și Guevremont, 1993). După mai multe încercări, Jones a constatat că sunt două metode mai eficiente. Prima constă în expunerea copilului la stimulul fobie în prezența altor copii care nu se temeau de șobolan și se jucau cu el; în consecință, este posibil ca băiețelul să fi înțeles că șobolanul nu este periculos. Această procedură a fost utilă în ameliorarea fobiei, dar, din păcate, Peter a fost externat înainte de se încheia tratamentul și ja de a se remite complet fobia. Ulterior, a revenit la spital cu fobia accentuată. m Intervenția lui Jones s-a bazat atunci pe expunerea copilului la stimulul fobie în timp c j ce era recompensat cu hrana preferată, pentru ca acesta să învețe o nouă asociere a iepurașului cu un răspuns plăcut (alimentarea). Cele două proceduri identificate de Jones au fost mai târziu completate și rafinate, devenind metode de intervenție terapeutică: „modelarea participativă” - Albert Bandura (1925-) -, prima, și „desensibilizarea progresivă” - descrisă și detaliată de Joseph Wolpe (1915-1997) -, cea de-a doua.

În încercarea de a integra principiile psihologiei comportamentale în tratamentele psihoterapeutice adresate copiilor, Mowrer a elaborat, începând cu 1935, un program de intervenție pentru enurezisul nocturn, bazat pe condiționarea clasică, program care s-a desfășurat la New Haven Children's Center, SUA (Mowrer și Mowrer, 1938). Enurezisul a fost conceptualizat ca incapacitatea subiectului de a se trezi atunci când are loc dilatarea vezicii urinare (senzația de £ vezică plină). Dilatarea vezicii urinare (începutul urinării) a fost asociată cu , trezirea, produsă de un mecanism format dintr-o sonerie care se activa, trezind ( subiectul, atunci când acesta începea să urineze. Trezirea duce la contracția ( sfîcterului și la oprirea urinării. După câteva asocieri de acest tip, enurezisul ' era remis. Ceea ce a avut impact la acea vreme a fost nu doar eficiența procedurii (utilizată și astăzi), ci și conceptualizarea comportamentală a tulburării.

În anii '50, în Africa de Sud, Wolpe și colaboratorul său Arnold Lazarus (1932-) au continuat experimentele predecesorilor lor asupra anxietății induse

experimental, lucrând cu pisici. Wolpe a observat că dacă un animal primea un șoc electric atunci când era pe punctul de a mânca, ulterior și alte situații similare cu cea de alimentare declanșau frica. Wolpe a propus o explicație neurofiziologică pentru acest fenomen: deoarece hrănirea a fost inhibată de situațiile care declanșau frică, cele două răspunsuri, de hrănire și de frică, sunt reciproc inhibitorii (*reciprocally inhibiting*). Aceasta a condus la idee că hrănirea poate anula frica. Treptat, hrănind animalul în condiții tot mai apropiate de cele care declanșau frică, el a observat că se elimina starea de frică. Important este ca răspunsul alternativ celui de frică să fie mai puternic decât cel pe care dorim să-l inhibăm (frica); acest lucru se poate face prin expunerea la stimulul fobie (gradat în funcție de intensitate, începând cu intensitate mică) concomitent cu prezența unui stimul care produce un răspuns necondiționat de hrănire. Cercetările sale ulterioare l-au determinat pe Wolpe să concluzioneze că și alte comportamente (nu doar hrănirea) - ca răspunsurile asertive, răspunsurile sexuale sau relaxarea musculară - pot fi utilizate în remiterea fobiilor, fiind reciproc inhibitorii cu răspunsul de frică. Lucrarea sa *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (1958), în care sintetizează aceste idei, este una clasică în domeniul psihoterapiei. Una dintre cele mai eficiente și utilizate metode de relaxare musculară în tulburările de anxietate a fost elaborată, în 1938, de Edmond Jacobson (1888-1983), procedură de relaxare (Jacobson, 1938) care îi poartă numele și care rămâne probabil până astăzi cea mai des utilizată în practica clinică.

Ca urmare a maturizării sale, anii '50 au adus și primele tentative de integrare în abordarea comportamentală a unor elemente specifice altor forme de terapie. Astfel, John Dollard (1900-1980) și Neal Miller (1909-2002), în lucrarea clasică *Personality and Psychotherapy* (1950), au reinterpretat unele dintre aspectele teoriei analitice în termenii teoriei învățării, care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud (1856-1939). Spre exemplu (vezi și Udolf, 1981) : (1) transferul poate fi interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a stimulului (a învățării) ; (2) represia poate fi un comportament învățat, deoarece este întărită negativ prin reducerea anxietății; (3) tehnica asociațiilor libere este folosită pentru obținerea de material inconștient, deoarece pacientul interpretează acceptarea de către psihoterapeut a verbalizărilor sale ca iertare și, prin urmare, teama asociată cu aceste idei se reduce; (4) pe baza unor dezvoltări și mai complexe (Stein și Young, 1992), putem spune astăzi că interpretarea psihanalitică este utilă chiar dacă nu este adevărată, deoarece oferă pacientului o istorie coerentă de viață. Să oferim un astfel de exemplu de asimilare în terapia comportamentală. În laborator este clasic fenomenul în care dacă un porumbel învață să lovească cu ciocul o bulină de culoare albastru-închis, ulterior el va lovi și o bulină de culoare albastru-deschis. Altfel spus, apare fenomenul de generalizare a stimulului. Transferul psihanalitic este definit ca un răspuns psihoemoțional și comportamental față de terapeut, răspuns pe care pacientul l-a învățat față de persoanele

semnificative din copilărie și care reflectă o generalizare a stimulului. Într-adevăr în psihanaliză relația terapeutică este astfel construită încât să aproximeze relațiile de autoritate dintre pacient (ca fost copil) și persoanele semnificative din copilărie sa, ceea ce duce, prin mecanismul de generalizare a stimulului, la fenomenul de transfer. Explicația psihanalitică pentru fenomenul de transfer susținea că „libidoul pacientului se „defixează” de pe persoana semnificativă din prima copilărie și se „fixează” asupra terapeutului. Evident că aceste constructe („libido”, „defixare”, „fixare” etc.) nu sunt măsurabile, ceea ce face ca explicația psihanalitică să fi una caraghioasă și neștiințifică. În schimb, recunoscând fenomenul de transfer la nivel descriptiv, abordarea behavioristă l-a explicat pe baza unui principiu clinic demonstrabil în laborator - generalizarea stimulului.

Treptat, noile principii și metode de intervenție au început să capteze interese tot mai multor psihologi și psihiatri, care s-au implicat din ce în ce mai mult în studierea și dezvoltarea abordării comportamentale a problemelor psihice. Specii liștii în sănătate mentală din Marea Britanie (mai ales cei de la Maudsley Hospital) și-au adus și ei contribuția, prin studiile și intervențiile lui Hans Eysenck (1916-1997), la eficiența psihoterapiei (metaanaliza sa *The effects of psychotherapy: An evaluation*, 1952, atrăgând atenția asupra limitelor psihanalizei nevoii unei alternative la aceasta), iar prin studiile lui Stanley Rachman (Rachman și Teasdale, 1970), la terapia aversivă (de exemplu, utilizarea pedepselor pentru controlul comportamentului) și ale lui Marc Shapiro asupra experimentului cu un singur subiect (Shapiro, 1961). Astfel, în anii '60, studiile care utilizau metodologie experimentale cu un singur subiect au permis investigarea eficienței tehnicilor bazate pe principiile învățării pentru un număr mare de probleme psihice, reducând breșa existentă la acea dată între cercetarea fundamentală și practica clinică.

#### 1.2.1.1.4. Apogeul terapiei comportamentale (anii '50-'60)

La începutul anilor '50, Ogden Lindzey (1922-2004), care colaborase cu Skinner la Harvard University, va încerca să utilizeze condiționarea operantă în tratamentul pacienților cu probleme psihiatrice (Lindzey, 1956). Deși încă nu existau metode sistematice și riguroase de intervenție comportamentală în cazul acestor pacienți, meritul lui Lindzey este de a fi arătat că și comportamentul lor poate fi influențat prin administrarea de recompense. Totodată, el se numără printre primele persoane (alături de Hans Eysenck și Arnold Lazarus) care au deservit utilizarea sistematică a principiilor învățării în tratamentul problemelor psihice și care au folosit sintagma „terapie comportamentală” (*behavior therapy*). Aici termenul „terapie” cu cel de „comportamental” a fost un mare câștig behavioriștii ortodocși încercând să promoveze sintagma „modificare comportamentală” (*behavior modification*), pentru a evita orice legătură cu termenii psihiatrii ca „terapie” (utilizarea sintagmei „psihoterapie comportamentală” nici nu era de conceput). În aceeași perioadă, Teodoro Ayllon (Ayllon, 1963)

explora utilitatea modelării comportamentale prin utilizarea recompenselor, ajungând să elaboreze în 1961, împreună cu Nathan Azrin, tehnica economiei de jetoane (*token economy*), larg folosită în prezent în cazul pacienților din secțiile de psihiatrie, pentru declanșarea și menținerea comportamentelor de autoîngrijire și a celor prosociale (Ayllon și Azrin, 1968). Utilizată pentru prima dată la Anna State Hospital (Illinois, SUA), această metodă inovativă presupune restructurarea mediului spitalicesc, astfel încât schimbarea comportamentului pacienților să fie susținută în mod sistematic. Ea se bazează pe acordarea de recompense sub forma unor jetoane, care pot fi schimbate ulterior pe obiecte dorite de pacienți sau pe activități recompensante. Metoda punctează, pe de o parte, faptul că modelarea comportamentală este posibilă chiar și în cazul unor pacienți cu psihoze grave sau cu deficit intelectual. Pe de altă parte, ea permite calibrarea recompensei în funcție de specificul pacientului, de accentuarea rolului recompenselor sociale, de generalizarea unor răspunsuri dezirabile, precum și de responsabilizarea pacienților pentru propriile comportamente (pozitive sau negative), pregătindu-i astfel pentru reintegrarea în viața familială și socială.

În anii '60, terapia comportamentală va atinge un nou nivel de dezvoltare prin rezultatele activității lui Albert Bandura, care dezvoltă teoria învățării sociale (Bandura, 1974 ; 1977), înglobând atât principiile condiționării clasice și operante, cât și pe cele ale *învățării prin modelare* (învățare observațională/vicariantă; *vicarious learning*), care stipulează faptul că, uneori, oamenii își schimbă comportamentul observând comportamentele și reacțiile celor din jur. Așadar, noi învățăm fie din propriul nostru comportament și consecințele sale (cum sugera behaviorismul), fie observând comportamentul altora și consecințele acestuia. Ceea ce se învață sunt expectanțe (*expectancies*; predicții) - la ce să ne așteptăm că se va întâmpla dacă adoptăm un anumit comportament. Autoeficacitatea (*self-efficacy*) - cât de eficient cred că voi fi în a adopta un anumit comportament - este expectanța fundamentală în apariția comportamentului operant. Similar, Iulian Rotter (1916-) arătase deja că comportamentul operant poate fi descris prin formula  $BP = f(E \text{ și } RV)$ , unde BP (*behavior potențial*) este potențialul de a adopta un comportament operant, care este funcție (f) de expectanța (E), învățată pe baza asocierilor anterioare, că acel comportament va produce o anumită consecință (întărire), care are o anumită valoare subiectivă, RV -*reinforcement value* - (Rotter, 1960). Această formulă este tructibilă în și similară cu cea a lui Huli. Punctând rolul trăirilor subiective (să ne reamintim de legea efectului a lui Thorndike!) și procesărilor cognitive în modelarea comportamentului, Bandura și Rotter sunt printre primii cercetători care depășesc limitele behaviorismului, deschizând etapa restructurărilor și a integrării noilor idei ale cognitivismului, aflat în faza sa de debut. Demersurile lor au fost deja anticipate (anii '40-'50) de Edward Tolman (1886-1959) care, behaviorist fiind, a introdus constructele „hartă cognitivă” și „expectanțe” pentru a explica comportamentul operant, dezvoltând astfel o psihologie stimul (S)-stimul (S)



(Tolman, 1948). Astfel, dacă trebuie, de exemplu, să parcurgem un labirint, în prima fază dezvoltăm ipoteze (de exemplu, dacă o iau la dreapta, găsesc mâi P° care); ulterior, ca urmare a confirmării ipotezei, aceasta devine expectanță (de exemplu, mă aștept ca, dacă o iau la dreapta, să găsesc mâncare), iar dacă s ^ menține confirmarea, ea ajunge credință (*belief*) - de exemplu, știu că, dacă o iau la dreapta, găsesc mâncare. Prin aceste procese se dezvoltă o hartă cognitivă a situației (un amestec de stimuli și relațiile dintre ei: harta cognitivă ne spune că după stimulul S1 urmează stimulul S2 etc), care explică comportamentul nostru operant! Tolman face o diferență fundamentală între învățare și performanță (transformarea învățării în comportament operant); învățarea are loc mereu, dar traducerea ei în performanță depinde de starea motivațională. În acest model, întărirea nu se referă la altceva decât la procesul de confirmare, prin P comportamentul nostru operant, a ipotezelor, expectanțelor și credințelor pe care le avem, adică a hărții cognitive, ea nefiind așadar importantă pentru învățare, ci pentru performanță. Ținând cont că Tolman a făcut studii mai ales pe animale în behaviorism (de exemplu, Huli) i-au reproșat, pe drept cuvânt, că „a îneca șoarecii în gânduri”. Bandura, Rotter și Tolman au inițiat, prin contribuțiile lor o variantă mai complexă de behaviorism, numită neobehaviorism, care anticipa pe deplin abordarea cognitivă. Așadar, în anii '60, ca urmare a fundamentării sale științifice prin studii clinice controlate, și nu prin studii de caz, clasice (ca de exemplu, „micul Albert”, „micul Peter”) sau mai puțin clasice, terapia comportamentală dobândise deja notorietate, literatura de specialitate cuprinzând un număr în continuă creștere de studii care îi dovedeau eficiența pentru un număr mare de probleme clinice și subclinice. În acea perioadă, terapiile de tip comportamental devin tratamentul de elecție pentru majoritatea tulburărilor mentale și de comportament: anxietate, probleme de ordin sexual - vezi activitățile influente ale lui William Masters (1915-2001) și Virginia Johnson (1925-) (Masters și Johnson, 1979) -, optimizarea performanței atletice, creșterea complianței la tratamentele medicamentoase, ameliorarea calității vieții persoanelor imobilizate sau în vârstă. De asemenea, principiile abordării comportamentale au stat la baza a numeroase programe de intervenție pentru optimizarea educării copiilor, prevenția comportamentului infracțional, prevenția unor comportamente cu risc crescut pentru sănătatea populației. O aplicație extrem de importantă! abordării comportamentale este utilizarea tehnicii biofeedback în ameliorarea tulburărilor somatice, aplicație denumită de Lee Birk, în 1973, *medicină comportamentală* (Lee, 1973). Această ramură interdisciplinară, care aparține în egală măsură medicinei și psihologiei, implică astăzi mai multe lucruri: aplicarea principiilor fiziologiei în tratamentul bolilor somatice, a bolilor cu etiologie psihologică, precum și intervențiile în modificarea factorilor de risc pentru bolile somatice. În anii '60, studiile științifice aduseseră deja suficiente argumente în favoarea eficienței terapiei comportamentale, astfel că atenția comunității științifice

internaționale a început să se îndrepte spre eșecurile acesteia și spre alternativele posibile. Întrebarea care se ridică în acel moment viza limitele intervenției comportamentale și posibilele direcții de dezvoltare pentru viitor. O serie de semne de îndoială veneau, spre exemplu, dinspre insuccesele în cazul tulburărilor depresive. Mai mulți teoreticieni și practicieni ai terapiei comportamentale abordaseră această categorie nosologică. Astfel, în 1974, Peter Lewinsohn arătase că trăirea depresivă, precum și comportamentele asociate, au drept cauză o reducere drastică în rata întăririlor (Lewinsohn, 1975). În consecință, tratamentul depresiei se baza preponderent pe reintroducerea activităților recompensante (Hammen și Glass, 1975). Rezultatele concrete arătau însă că, deși depresivii își schimbă uneori comportamentul, ajungând să primească mai multe recompense pentru acesta, ei persistă în tendința de a-și minimaliza reușitele și de a se autoevalua în mod negativ. Martin Seligman (1942-) introduce conceptul *neaju-torare învățată* (*learned helplessness*) (Seligman, 1975). Expunerea repetată la evenimente incontrolabile (mai ales negative) ne „învață” că nu există legătură între ceea ce facem și ceea ce se întâmplă, fenomenul produs numindu-se *neajutorare învățată*. Dacă un animal este supus la șocuri electrice de care nu poate scăpa, după un timp învață că ceea ce i se întâmplă nu depinde de ce face și că nu poate controla ceea ce i se întâmplă; dacă după ce învață acest lucru este supus din nou la șocuri electrice, de care poate însă scăpa dacă adoptă un comportament-țintă, spre deosebire de animalele cărora nu li s-a indus anterior *neajutorare învățată*, nu învață acest comportament-țintă. Neajutorarea învățată este similară depresiei deoarece presupune comportament pasiv, expectanțe negative și lipsă de speranță (*hopelessness*). Seligman (1975; 1998) a sugerat că neajutorarea învățată este un mecanism al depresiei. Cercetările ulterioare au arătat că, în cazul subiecților umani, neajutorarea învățată este un fenomen mai complex, implicând prelucrări informaționale. Astfel, ea depinde de atribuirile pe care le facem evenimentelor incontrolabile (vezi Baum *et al.*, 1997); numai dacă facem atribuiri globale (de exemplu, incontrolabilitatea apare în situații diverse), stabile (de exemplu, incontrolabilitatea este stabilă) și interne (de exemplu, eu sunt responsabil pentru incontrolabilitate), evenimentele incontrolabile, generează neajutorare învățată. Dacă atribuirile sunt specifice (incontrolabilitatea este punctuală), instabile (incontrolabilitatea este temporară) și externe (incontrolabilitatea se datorează altora sau vieții), neajutorarea învățată nu apare. Mai mult, în cazul subiecților umani, evenimentele incontrolabile generează inițial reactanță (de exemplu, efortul intenționat de a redobândi controlul; vezi Brehm, 1966) și doar dacă nu reușim să le aducem sub control ajungem la neajutorare învățată, prin atribuirile globale, stabile și interne (Baum *et al.*, 1997).

### 1.2.1.2. *Noua cale: terapia cognitivă (anii '60)*

Cu toate că în domeniul clinic au existat autori influenți care au reliefat rol factorilor cognitivi în generarea răspunsurilor subiecților umani - de exemplu Alfred Adler (1870-1937), Karen Horney (1885-1952), George Kelly (1905-1967) ei nu conceptualizau acest lucru ca demers de sine stătător și/sau centr: Primul profesionist care a promovat acest demers cognitiv ca pe unul de sine stătător și central pentru abordarea clinică a fost psihologul american Albert Ellis (1913-). Prin articolul său „Rational Therapy” din *Journal of General Psychology* (1958) și apoi prin lucrarea sa, devenită clasică în istoria psihoterapiei, *Reason and Emotion in Psychotherapy* (1962), Albert Ellis pune bazele paradigmei cognitive în domeniul clinic (și dobândește între colegii săi și în literatura popularizată apelativul „prinț al rațiunii” - *prince of reason*). Sigur că reușita a fost favorizată de schimbarea fundamentală care a avut loc în psihologie anume „revoluția cognitivă”, inițiată și promovată de Noam Chomsky (1928-), George Miller (1920-), Alan Newell (1927-1992) și Herbert Simon (1916-2000) (schimbare statuată ca paradigmă de sine stătătoare prin lucrarea fundamentală a lui Ulrich Neisser (1928-) *Cognitive Psychology* (1967)).

Prima formă de terapie cognitivă a fost, așadar, psihoterapia rațională (*rational therapy*) - dezvoltată apoi în terapie rațional-emoțională (*rational-emotive therapy*) și, mai recent, în terapie rațional-emoțională și comportamentală (*rational-emo behavioral therapy*) -, inițiată de Albert Ellis (fost psihanalist) sub influența filosofiei, mai ales a celei stoice, epicureice și kantiene și a semanticii genei. Primele două demersuri vor fi prezentate succint în Capitolul 2, așa că prezentăm sintetic ideile kantiene și ale semanticii generale.

*Immanuel Kant* (1724-1804). Se spune despre Kant că a reprezentat cîmpul Luminilor (Hersch, 1981). Lucrările sale sunt complexe și a fost acuzat adesea de cei care nu-l înțelegeau sau care nu erau de acord cu el, că scrie foarte complicat. Sistemul său a reprezentat însă o cotitură în filosofie; nimeni din urmă nu a mai putut filosofa așa cum se făcea înainte. Integrînd empirismul și raționalismul, Kant arată că lumea experienței noastre (fenomenul - ceea ce apare) este o interacțiune între lumea „noumenelor” (ceea ce este/lucrul în sine și categoriile apriorice ale minții noastre; cele mai importante categorii apriorice ale minții sunt „timpul”, „spațiul” și „cauzalitatea”). Așadar, noi nu avem; la lucrul în sine (la noumen), ci doar la ceea ce rezultă din interacțiunea acestuia cu categoriile apriorice ale minții noastre. Orice experiență a noastră nu este rezultatul lucrului în sine, ci al filtrării lui prin mintea noastră; este o idee care va influența decisiv pe Albert Ellis.

*Semantica generală*. Bazele ei au fost puse de Alfred Korzybski (1879-1953) - lucrarea sa *Science and Sanity* (1933) este una fundamentală în istoria științei. Ideea principală este că mintea umană conține în sine mecanismele care generează probleme psihologice. Reacțiile semantice constituie un astfel de mecanism

reacționăm nu la evenimente, ci la semnificația acestora, semnificație construită cu ajutorul limbajului. Spre exemplu, dacă venind acasă aducem un buchet de flori soției, este posibil ca ea să se înfurie. Reacția ei este dată de semnificația pe care o folosește (de exemplu, i-am adus flori deoarece mă simt vinovat că am înșelat-o); semnificația mea este că am vrut să fiu drăguț și să-i arăt că o iubesc. Semantica generală este un fel de „igienă mentală”, care îi ajută pe cei interesați să se elibereze de capcanele limbajului și ale psihologiei de simț comun. Limbajul și constructele promovate de psihologia de simț comun induc o diferență între teritoriu (cum este lumea) și hartă (cum o vedem noi). Conștientizarea acestei diferențe (*consciousness of abstracting*) ne permite să nu mai avem reacții semantice determinate de hartă, ci reacții congruente cu teritoriul; de aici a rezultat sintagma „știință și sănătate” în lucrarea lui Korzybski, cu impact major asupra lui Albert Ellis. Pornind de la aceste dezvoltări (adaptate mai bine psihologiei umane), conform *terapii rațional-emotive și comportamentale*, cognițiile sunt prerechizite esențiale în declanșarea oricărui răspuns psihoemoțional și comportamental, iar evaluarea cognitivă (desprinderea semnificației stimulului) stă la baza trăirii emoționale și este cea care mediază între individ și mediul său. Constructele fundamentale implicate ca mecanisme etiopatogenetice în starea de sănătate și de boală sunt cele de *cogniții raționale*, respectiv *cogniții iraționale*. În limbajul și tradiția psihoterapiei, Albert Ellis este considerat „bunicul” (*grandfather*) psihoterapiilor cognitive și comportamentale și „părintele/tatăl” (*father*) terapiei rațional-emotive și comportamentale, fiind evaluat într-o anchetă din SUA și Canada (APA, 1982 ; *Psychology Today*), ca cel mai influent psihoterapeut în viață, depășindu-l pe Sigmund Freud în notorietate și influență; terapia sa este cea mai influentă la nivel clinic, fiind practică de un mare număr de profesioniști, și are cea mai mare anvergură non-clinică cu implicații filosofice și culturale (David, 2003a; 2003b), educaționale, industrial-organizatorice, spirituale (David *et al.*, 2005c).

Ulterior, psihiatrul american Aaron Beck (1921-) - fost psihanalist - a dezvoltat *terapia cognitivă* (*cognitive therapy*) - este cunoscut ca „părintele” terapiei cognitive - pornind de la cercetările sale asupra depresiei, postulând ca mecanisme etiopatogenetice centrale *gândurile automate și schemele cognitive*; această formă de psihoterapie este cel mai bine investigată științific și cel mai bine reprezentată la nivel academic din familia psihoterapiilor cognitive și comportamentale.

Pornind de la Albert Ellis și Aaron Beck, psihologul Donald Meichenbaum (1977) a dezvoltat *modificările cognitiv-comportamentale* - el este „părintele” modificărilor cognitiv-comportamentale -, focalizate pe *tehnicele de inoculare a stresului* (*stress inoculation training*) și de *autodialog* (*self-instructional training*), în scopul modificării *mecanismelor de coping*, considerate ca factori etiopatogenetici importanți. Ca o anecdotă, într-un interviu pe care i l-am luat lui Donald Meichenbaum (David, 2002) - a cărui bunică, apropo, a locuit la București -, acesta povestește cum i-a venit ideea sistemului său. Fiind în New

York (în anii '60), a văzut că pacienții cu schizofrenie vorbeau singuri pe strad spunându-și diverse lucruri (la acea vreme ei nu erau spitalizați pe perioadă lungă de timp și nici nu beneficiau de servicii de specialitate stabile în regim ambulator); la fel a observat că fac și copii, care adesea vorbesc singuri sau personaje imaginare. Atunci a realizat că, decât să-l lase să spună ce vor ei, e mai bine să-l învețe el să-și spună, în limbaj intern sau extern, lucruri raționale folositoare pentru controlul comportamentului. Așa s-au născut modificările cognitive-comportamentale!

Revenind, asumțiile generale ale terapiilor cognitive sunt cele care au evoluat de către Albert Ellis încă din anii '50-'60, și anume :

- (1) Problemele psihice sunt răspunsuri dezadaptative/disfuncționale învățate; susținute de cogniții disfuncționale/iraționale (nesănătoase/dezadaptate conștiente și/sau inconștiente; mare parte din psihopatologie este rezultatul gândirii disfuncționale/iraționale.
- (2) Factorii generatori ai gândirii disfuncționale/iraționale sunt influențele genetice și de mediu.
- (3) Modalitatea optimă de a reduce distresul și comportamentele dezadaptate este modificarea cognițiilor disfuncționale/iraționale.
- (4) Cognițiile disfuncționale/iraționale care generează psihopatologia pot fi modificate și schimbate prin tehnici cognitive.

#### 1.2.1.3. Sinteza: apariția terapiei cognitive-comportamentale (anii '70-)

Integrarea terapiilor comportamentale cu cele cognitive a venit rapid. Elementul fundamental care a permis acest lucru a fost faptul că ambele se bazează pe cercetări teoretico-metodologice riguroase, nefiind construite ca „școli” încă fundamentate de intuițiile fondatorului, discrepanțele dintre ele clarificam prin cercetare, nu prin lupte „inter-guru”. Spre exemplu, deși Albert Ellis considerat „bunicul” terapiei cognitive-comportamentale, unele dintre teoriile modelele propuse de el nu au fost asimilate, deoarece au fost invalidate experimental!

Primele lucrări clinice integrative în domeniu au fost promovate de către Kazdin, *History of behavioral modification : Experimental foundation of contemporary research* (1978), Philip Kendall și Steven Hollon, *Cognitive-behavioral intervention : Theory, research, and procedures* (1979), Arnold Lazarus, *Behavior therapy and Beyond* (1971), Michael Mahoney, *Cognition and behavior modification* (1974) și Donald Meichenbaum, *Cognitive-behavior modification An integrative approach* (1977). La nivel teoretico-experimental, cercetările lui Richard Lazarus (1922-2002) asupra stresului (Lazarus, 1966) și dezvoltarea teoriei neajutorării învățate a lui Martin Seligman (Seligman, 1975) au contribuit

un cadru integrativ în care se reliefa clar rolul cognițiilor în producțiile noastre emoționale și comportamentale. De asemenea Lang (1968) și Rachman (Rachman și Hodgson, 1974) au propus faimosul model al celor „trei sisteme” (*the three systems*), care integra și procedural cele două perspective și arăta că problemele psihologice pot fi conceptualizate prin trei sisteme, mai mult sau mai puțin interrelaționate : (1) comportamental; (2) fiziologic/biologic și (3) cognitiv/afectiv. Cele trei sisteme, deși relaționate, pot să nu se schimbe simultan, în același fel sau chiar în aceeași direcție; aceasta înseamnă că procedurile cognitive și comportamentale (incluzând tehnicile de relaxare) sunt complementare.

Trebuie spus că abordarea lui Donald Meichenbaum (1977) a fost un mediator important între terapia cognitivă și cea comportamentală. Ideea sa, anume că limbajul intern poate fi utilizat pentru a controla răspunsurile subiectului uman, era acceptată atât de cognitiști (pentru care limbajul exprimă cognițiile subiectului), cât și de behavioriști (care interpretau limbajul intern ca un comportament interiorizat); în plus, autorul ei avea un „trecut” comportamental, spre deosebire de Aaron Beck și Albert Ellis care erau psihanalisti.

Se observă că în această integrare au existat de la început reticențe ale părții comportamentale în a utiliza cuvântul „terapie” sau „psihoterapie”, datorită conotațiilor lor „mentaliste” ; se preferau termeni precum „modificări”, „intervenții”, „tehnici”, „asistență”. În plus, la începutul acestei integrări, termenul de cogniție se utiliza și cu referire la prelucrarea informațională (tradiția terapiei cognitive) și cu referire la comportamentul interiorizat (tradiția terapiei comportamentale) ! A fost nevoie ca acest domeniu să se maturizeze pentru a se ajunge la utilizarea sintagmei „terapie (psihoterapie) cognitiv-comportamentală” sila conceptualizarea cogniției în primul rând ca prelucrare informațională. Așa cum spuneam anterior, termeni ca „modificări”, „intervenții”, „tehnici”, „asistență” se utilizează astăzi pentru aplicațiile non-patologice ale terapiei cognitiv--comportamentale, fără a mai purta însă influența și reticența behavioristă. Într-adevăr, o analiză de conținut pe baza de date internațională Psyclnfo arată un regres în utilizarea termenilor „behavior-” și/sau „cognitive-behavior modi-fications” în comparație cu „behavior-” și/sau „cognitive behavior therapy”, începând cu anii '70.

Încorporând principiile terapiei comportamentale, terapia rațională a devenit astăzi terapie rațional-emoțională și comportamentală. Terapia cognitivă a asimilat procedurile comportamentale ca mecanisme de schimbare a cognițiilor. Mai recent, au apărut și alte forme („școli”) - pentru detalii, vezi Dobson, 2001 -, precum terapia metacognitivă (*metacognitive therapy*) - Adrian Wells în Wells, 1999; 2000 -, terapia comportamentală dialectică (*dialectic behavior therapy*) -Marsha Linehan în Linehan, 1993 -, terapia comportamental-rațională (*rațional khavior therapy*) - Maxie Maultsby în Maultsby, 1984 -, terapia multimodală [*multimodal therapy*] - Arnold Lazarus în Lazarus, 1981 -, terapia focalizată pe scheme (*schema-focused therapy*) - Jeffrey Young în Young *et al.*, 2003 -,

terapia prin acceptare și angajament (*acceptance and commitment therapy*) Steven Hayes în Hayes, 2002; 2004 -, terapia focalizată pe rezolvarea probleme (*problem solving therapy*) - Thomas D'Zurilla și Arthur Nezu D'Zurilla *et al.*, 2006 -, terapia cognitiv-comportamentală constructivistă (*constructivist cognitive-behavior therapy*) - Vittorio Guidano, Giovanni Liotti Michael Mahoney, Robert Neimeyer în Guidano și Liotti, 1983 ; Mahom 1995; Neimeyer *et al.*, 1995 -, terapia prin evaluare (*appraisal therapy*) Richard Wessler în Wessler *et al.*, 2001 -, restructurarea rațională sistematică (*systematic rational restructuring*) - Marvin Goldfried în Goldfried *et al.*, 19 -, terapia cognitivă bazată pe *mindfulness* (*mindfulness-based cognitive therapy*) Zindel Segal, John Teasdale, Mark Williams în Segal, Williams, și Teasdale 2002 -, terapia cognitiv afectivă și comportamentală (*cognitive-affective behavior therapy*) - Marvin Goldfried în Goldfried, 1985 -, toate reflectând acea integrare.

Integrarea principiilor cognitive cu cele comportamentale a dus la un corp de cunoștințe cu valențe teoretico-aplicative uriașe. Spre exemplu, tehnic comportamentale permit abordarea unor forme de patologie extrem de severe inaccesibile altor forme de psihoterapie (de exemplu, debilitatea mentală, tulburările psihotice), și/sau aplicații la vârste foarte mici, iar cele cognitive abordarea unor tulburări standard pentru psihoterapie (de exemplu, de tip „nev tic”), a unor probleme mai sofisticate, de analiză existențială și/sau a unor probleme inabordabile pentru celelalte psihoterapii (de exemplu, delirium, demer tulburări amnestice și alte tulburări cognitive).

Mai precis, integrarea principiilor comportamentale cu cele cognitive realizat astfel (vezi și David, 2003):

- Principiul condiționării clasice. Robert Rescorla (1940-) a arătat experimei (Rescorla, 1988) ceea ce se știa deja teoretic : că, de fapt, ceea ce se învață este valoarea anticipativă a stimulului condiționat pentru stimulul necondiționat (o prelucrare informațională). Așadar, dacă stimulul condiționat nu prea stimulul necondiționat (ci apare simultan, după el sau la întâmplare în rap cu stimulul necondiționat), atunci condiționarea nu se realizează sau realizează foarte greu. Altfel spus, ceea ce se învață este o predicție (exp tanță), și anume că stimulul condiționat are funcția de a anticipa apar stimulului necondiționat. Legile contiguității, frecvenței și recentei anga anterior de Pavlov nu sunt suficiente și/sau adecvate pentru a explica fenomenul condiționării clasice.

- Principiul condiționării operante. Adesea, efectul întăririlor este mediat prelucrare informațională. Spre exemplu, aceeași întărire are o forță mare dacă este percepută de subiect ca o consecință a propriului comportament decât dacă este percepută ca un determinant al comportamentului (pentru detalii, vezi David, 2006a ; 2006b). Similar, eliminarea unei întăriți pozitive nu duce imediat la extincția comportamentului, după cum administr;

pedepselor nu duce mereu la scăderea ocurenței comportamentului. Uneori, în aceste procese intervine mecanismul cognitiv al reactanței (Brehm, 1966), prin care organismul încearcă să mențină controlul, ocurența comportamentului putând, așadar, să crească la începutul administrării acestor consecințe ; ulterior, dacă nu se redobândește controlul asupra consecințelor, ocurența comportamentului se reduce. Acestea fiind spuse, este clar faptul că întărirea poate afecta uneori un comportament fără ca subiectul să conștientizeze asocierea comportament - consecință (Lieberman *et al.*, 1998). Principiul învățării operante a fost extins apoi prin mecanismul învățării vicariante descris de Bandura, care arată că se poate achiziționa un comportament nou, prin modelare, fără a experiența în prealabil direct efectul consecințelor sale.

- în cazul subiectului uman, principiile condiționării clasice și operante dobândesc valențe noi prin utilizarea limbajului (element cognitiv). Astfel, contingențele (relațiile) dintre antecedent/stimul - comportament - consecință/stimul pot fi descrise verbal, sub forma unor reguli. În acest fel, se poate genera un comportament, chiar dacă el nu a fost efectuat și/sau întărit niciodată. Regula existentă descrie comportamentul și întărirea care va urma (uneori și antecedentele) : „Dacă la ora trei (antecedent/stimul) te apuci să faci curat în cameră (comportamentul operant) îți voi da banii de minge (consecință/stimul: întărire pozitivă)". Aceste reguli, definite ca stimuli discriminați vi, au impact semnificativ asupra comportamentului uman, o mare parte a acestuia fiind guvernat de reguli (*rule-governed behavior*).

- Tehnicile comportamentale sunt fundamentale pentru a schimba nu doar comportamente operante și/sau respondente, ci și cognițiile (indiferent că le conceptualizăm ca prelucrări informaționale sau ca și comportamente interiorizate) ; în plus, nu doar schimbarea cognițiilor, prin tehnici specifice, duce la schimbarea comportamentelor, ci și schimbarea comportamentelor duce la schimbarea cognițiilor (Ellis, 1994).

Prima revistă de specialitate dedicată susținerii acestei integrări a fost *Cognitive Therapy and Research* - primul ei editor fiind Michael Mahoney (1946-2006). Ulterior, au apărut o pleiadă de reviste în acest domeniu, confirmându-i astfel robustețea. Cele mai cunoscute (pentru o listă completă, vezi Mașter Journal List la <http://www.isinet.com>) sunt: *Behavioral Interventions* (John Wiley and Sons Ltd), *Behavior Therapy* (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* (Cambridge University Press), *Behavior Modification* (Sage Publication, Inc), *Cognitive and Behavioral Practice* (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* (International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health), *Journal of Cognitive Psychotherapy; An international Quarterly* (International Association of Cognitive Psychotherapy), *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* (Albert Ellis Institute).



în timp, asociațiile internaționale de specialitate și-au schimbat numele a reflecta schimbările în domeniu. Astfel, European Association of Beh Therapies a devenit European Association of Behavioral and Cognitive Therapies iar Association for the Advancement of Behavior Therapy a devenit Asso for Behavior and Cognitive Therapies. Cele care nu și-au schimbat i (International Association for Cognitive Psychotherapy) și-au modificat statutul a arăta că atât elementele de prelucrare informațională, cât și tehnicile con mentale sunt factori fundamentali în demersul terapeutic. Nimeni nu m astăzi, la nivel internațional, formare în terapie comportamentală sau co pură, așa cum au fost ele înțelese la apariția lor. Deși numele se mai pă uneori (de exemplu, se mai utilizează numele *behavior therapy* pentru demc care, deși presupun o mediere cognitivă, se focalizează asupra outputului cor mental și mai puțin asupra outputului de tip cogniție și/sau emoție), prog de formare sunt, sub aspect teoretico-metodologic, cognitiv-comportame

Acestea fiind spuse, trebuie recunoscut că există totuși grupuri restrân sunt încă ancorate în abordări behavioriste ortodoxe (filosofice, metodolo; sau radicale) și care consideră că behaviorismul nu este parte a psihologi știință aparte. Ele acuză maniera distorsionată în care a fost primit și carie; behaviorismul și faptul că nu a fost înțeles și exploatat la nivelul ma potențialului său. Criticile nu sunt complet nefondate. O analiză a literal specialitate arată că aceste lucruri s-au întâmplat și se întâmplă încii exemplu, în lucrările lui Hawton *et al.* (1989 ; 1991) se spune că „...proc întărire pozitivă se referă la situația în care frecvența comportamentului ci urmare a consecințelor sale pozitive (de exemplu, laudă)...” ; această d nu este congruentă cu cea oferită de Skinner, ea potrivit-se mai degi legea efectului, formulată de Thorndike! Corect ar fi fost, păstrând st definiției, să spunem că „procesul de întărire pozitivă se referă la situația frecvența comportamentului crește ca urmare a consecinței (întăririi pozii care o produce”. Implicațiile sunt mari. În prima variantă se asumă rolul al mentalului: pentru ca o consecință să fie pozitivă, ea trebuie experien atare ; în plus, ea este o definiție circulară, fără valoare epistemică. În a caz, mentalul nu este implicat deloc : întărirea pozitivă este definită prin ir acesteia asupra comportamentului, influență stabilită în evoluția speci deci de ce este fundamental, atunci când ne ocupăm serios de un dome mergem la lucrările originale, nu să ne bazăm pe traduceri și interpretări în alte lucrări. În plus, înțelegerea aplicării behaviorismului la ființa unu extrem de dificilă, mulți căutând modalități mai simple de abordare psih a omului (deși, frecvent, acestea nu sunt mai eficiente sau la fel de efici cele mai dificile). Așadar, aceste grupuri evită fii doar utilizarea ten „cognitiv”, căruia nu-i recunosc rolul de mediator al răspunsurilor sub uman, ci și folosirea sintagmei *behavior therapy*, pe care o înlocuiesc cu *b analysis* și/sau *behavioral modification*. De obicei, acestea sunt grupuri re mai elitiste, fără penetrantă pe scară largă în comunitatea științifică și aa

(urmând filosofia lui Skinner, exprimată în articolul „Why I am not a cognitive psychologist” din *Behaviorism*, 1977). Totuși, asociația profesională Association for Behavior Analysis și revistele proprii (*The Behavior Analyst*, *Journal of the Experimental Analysis of Behaviors* și *Journal of Applied Behavior Analysis*) le dau identitate profesională. Rămâne să vedem dacă și cum vor reuși să influențeze evoluțiile din psihologie.

În fine, încercând să evite insularizarea domeniului prin apariția a prea multe „școli”, așa cum s-a întâmplat cu majoritatea formelor tradiționale de psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală s-a organizat după o structură științifică în care vorbim astăzi despre (1) asumții, (2) teorii și (3) modele, nu despre școli diferite ! Astfel, terapia cognitiv-comportamentală consideră problemele psihologice ca fiind răspunsuri dezadaptative/disfuncționale învățate, susținute de cogniții disfuncționale/iraționale. Mai clar spus, orice răspuns este considerat ca fiind determinat de prelucrări informaționale, potențial amorțate de diverși stimuli care persistă ca urmare a întăririlor. Se observă foarte clar aici integrarea principiilor comportamentale cu cele cognitive. Cu alte cuvinte, orice răspuns al subiectului uman este mediat cognitiv, adică este generat de prelucrări informaționale, potențial amorțate de diverse situații-stimul. Însă odată generate aceste răspunsuri, intervin puternic principiile comportamentale, care, prin jocul întăririlor și pedepselor, mențin sau elimină răspunsurile respective. Pentru a trata eficient problemele psihologice, este necesar să modificăm cognițiile disfuncționale/iraționale prin tehnici specifice de modificare cognitiv-comportamentală. Există câteva principii ce fundamentează această abordare, ele reflectându-se și în intervenția terapeutică (Beck, 1976 ; Ellis, 1962) :

(1) cogniția, conștientă și/sau inconștientă, este cel mai important determinant al răspunsurilor psihocomportamentale și emoționale; așadar, medierea cognitivă este fundamentală pentru a clasifica o terapie drept cognitiv-comportamentală. Utilizarea procedurilor cognitive-comportamentale fără a angaja în conceptualizarea cazului o mediere cognitivă nu este terapie cognitiv-comportamentală sau intervenție cognitiv-comportamentală corect condusă (Beck și Ellis, comunicare personală; vezi și Dobson *et al.*, 2001). Mediarea cognitivă poate fi înțeleasă fie în sensul că cogniția, ca prelucrare informațională, determină răspunsurile subiectului uman, fie în sensul că cogniția, ca și comportament interiorizat, influențează răspunsurile subiectului uman;

(2) mare parte din psihopatologie este rezultatul cognițiilor disfuncționale/iraționale ;

(3) cognițiile disfuncționale/iraționale pot fi identificate și schimbate;

(4) schimbarea lor se face prin tehnici cognitive și/sau comportamentale ;

(5) în abordarea cognitiv-comportamentală, atât teoriile, cât și procedurile/pachetele de intervenție trebuie validate științific.

Diversele teorii și modele cognitive-comportamentale sunt reprezentate de ceea ce anterior era numit „școală” (vezi enumerarea de mai sus), aplicarea lor

la situații și tulburări specifice făcându-se prin strategii terapeutice-țintă, care bazează pe diverse tehnici de intervenție, reunite în pachete/proceduri de intervenție validate științific.

Rezumând, începând cu anii '70 asistăm, prin asimilarea reciprocă a terapiei comportamentale cu cea cognitivă, la nașterea terapiei cognitiv-comportamentale care a ajuns astăzi (vezi APA - Anexa 4):

- terapia cu cea mai solidă bază teoretico-metodologică și aplicată, fundamentată de mii de studii experimentale și clinice ;
- cea mai răspândită formă de psihoterapie în rândul practicienilor;
- cea mai răspândită formă de psihoterapie la nivel academic.

Toate acestea, coroborate, au făcut ca terapia cognitiv-comportamentală să susținută financiar în mod preferențial de către casele de asigurări de sănătate să devină o platformă de integrare în psihoterapie.

### **1.2.2. Istoricul terapiei cognitiv-comportamentale din perspectivă epistemologică**

În 1962, Thomas Kuhn (1922-1996) a publicat cartea intitulată *Structura revoluțiilor științifice*, în care afirmă că istoria unui domeniu științific parcur de obicei, următoarele etape :

- (1) perioada preparadigmatică;
- (2) știință normală - în care este explorată și elaborată paradigma științifică
- (3) faza de criză;
- (4) apariția unei noi paradigme științifice ;
- (5) faza de luptă între vechea și noua paradigmă;
- (6) victoria uneia dintre cele două paradigme și reîntoarcerea la etapa de știință normală.

Nu toate domeniile științifice au parcurs aceste etape, științele diferite aflându-se în etape diferite. Această descriere a științei și a evoluției științifice a exercitat puternică atracție asupra oamenilor de știință, cartea lui Thomas Kuhn devenind mai citată carte de filosofia științei în revistele de specialitate (McConnell, 1991)

(1). *Perioada preparadigmatică*. Această etapă a evoluției științifice < caracterizată prin faptul că :

- datele obținute sunt întâmplătoare, aleatorii și superficiale;
- cercetarea se bazează pe observație (adesea nesistematică), pe studii de caz nu pe experiment;
- majoritatea datelor combină simplul cu complexul, adevărul cu falsul, răi năd numeroase „breșe” din perspectiva asupra fenomenului investigat;

- se dezvoltă școli care sunt în competiție unele cu altele, adesea fiecare considerând că posedă adevărul și că este mai bună decât celelalte;
- fenomenele sunt abordate mai ales prin experiențe de simț comun, filosofic sau teologic.

În fizică spre exemplu, fizica de simț comun sau chiar cea aristotelică reflectă aceste caracteristici. Multă vreme s-a crezut că, din cauză că cele mai importante lucruri pentru oameni se întâmplă pe pământ, pământul trebuie să fie centrul universului; că, deoarece cercul este forma perfectă, soarele se mișcă în jurul pământului pe o orbită circulară, iar stelele sunt distribuite în jurul pământului pe o sferă (forma tridimensională perfectă) etc. Cauzele din filosofia aristotelică, materială (materia - lemn), formală (forma pe care o ia materia - statuia X), eficientă (acțiunea sculptorului) și finală (scopul pentru care se sculptează o statuie), au marcat multă vreme negativ evoluția teoriilor din fizică; spre exemplu, conform fizicii aristotelice, un obiect cade pe pământ pentru că aceea este starea lui naturală, locul care i se cuvine, spre care tinde (cauza finală). Abordările tradiționale (ierburi de leac, bioenergie) din medicină sunt un alt exemplu elocvent pentru această perioadă. Legat de domeniul biologiei, filosofia spunea că dacă există o diferență între ființele vii și cele nevii, ea se datorează, probabil, unui lucru special pe care Dumnezeu l-a dat ființelor vii. Acel ceva a fost numit, de unii, „suflet” și „forță a vieții”, de alții. În chimie, în faza preparadigmatică, se credea că materialele care ard conțin o substanță specială numită „flogiston”. În psihoterapie această fază este reprezentată de mișcările psihoterapeutice existente înaintea apariției terapiei comportamentale (anii '50), toate bazându-se pe experiențe și intuiții personale ale fondatorului, pe studii de caz, fără susținere experimentală riguroasă. În plus, istoria lor este marcată de lupte între școli și excomunicări, fiecare „excomunicat” creându-și apoi propria școală, pe baza aceluiași principii.

(2). *Faza de știință normală*. Aceasta se caracterizează prin :

- descoperirea unor aspecte științifice semnificative;
- elaborarea unei paradigme științifice ;
- elaborarea teoriilor și modelelor - cercetarea se bazează în special pe date empirice culese prin observație sistematică și experiment;
- apariția ipotezelor științifice testabile (de exemplu, verificabile și falsifi-cabile);
- cercetătorii rezolvă probleme de tip „puzzle”.

Paradigma constă dintr-un set de idei elaborate de teoreticienii aparținând unei anumite discipline. Ea este reprezentată de asumții fundamentale care nu pot fi testate în mod direct; o paradigmă științifică generează însă teorii și modele testabile. După cum afirmă Kuhn (1962), orice cercetare științifică este realizată și încadrată într-o paradigmă științifică. O paradigmă reprezintă o colecție de

proceduri și idei prin care cercetătorii sunt instruiți implicit „ce să crea „cum să realizeze studiile” și „care sunt rezultatele pe care ar trebui : accepte”. Deși în cadrul unei paradigme se pot dezvolta teorii și modele te empiric, cercetătorii preferă adesea să rezolve probleme de tip „puzzle” problemă de tip „puzzle” este o problemă (după cum arată și numele joc despre care știm dinainte că se poate rezolva și, mai ales, că avem toate piesele necesare rezolvării ei; trebuie doar să combinăm adecvat aceste piese după model din paradigmă. Problema de tip „puzzle” este congruentă cu paradigma rezultatul este bine anticipat și soluția ei întărește respectiva paradigmă anumit fenomen devine o problemă de tip „puzzle” atunci când : (1) un număr mare de cercetători dintr-un domeniu sunt implicați în rezolvarea lui; (2) acesta nu este neglijat, ci devine obiectul principal al cercetării.

Cercetările lui Galileo Galilei (1546-1642) și Isaac Newton (1643-1727) schimbă din temelii modul în care înțelegeam lumea și locul nostru în uni dând naștere fizicii ca știință; explicațiile aristotelice antropomorfice au fost înlocuite cu legi obiective (de exemplu, forța gravitațională este cea care < un obiect pe pământ, nu cauza finală). Biologia s-a separat de filosofie, teorie și simț comun tot prin apariția unei paradigme științifice. Atunci când William Harvey (1578-1657) a arătat că organismul uman funcționează mai degrabă ca o mașină decât ca ceva pus în mișcare de suflet și când Charles Darwin și-a < teoria (fără a-l implica pe Dumnezeu sau acel „ceva special” pentru constituirea biologiei ca știință a devenit un fapt. În chimie, Antoine Lavoisier evidențiază rolul oxigenului în procesul de ardere. Metalul ars și transformat în oxid într-un vas închis este mai greu decât metalul care a fost ars, dar întregul închis are aceeași greutate. Altfel spus, oxigenul din vas este responsabil pentru ardere (combinându-se cu metalul, a generat oxidul), și nu greutatea componentă metalului. Așa s-a născut chimia ca știință. Urmând modelul din medicina, chimie, biologie, și în psihoterapie a apărut prima mișcare științifică și anume terapia comportamentală (anii '50), capitalizând pe principiile de de behaviorism; mentalismul exprimat prin homunculus nu mai era accept având rol causal asupra comportamentului; comportamentul este determinat de mecanisme obiective, organizate sub formă de legi/principii. Aceasta < paradigmă integrativă care și-a validat ideile nu prin forța de convingere exemplificarea a unui „guru”, ci, așa cum am arătat anterior, prin date de laborator și clinice riguroase.

Paradigma științifică reinterpretază și integrează aspectele valide ale teoriilor și modelelor anterioare și ale abordărilor din perioada preparadigmatică în < sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. Medicina, de exemplu, a primit multe din intuiții de simț comun care, după ce au fost validate experimental transformate în tratamente standard. Similar, în psihoterapie, terapia cognitivă a reinterpretat multe tehnici dinamice-psihanalitice în termenii învățării, bine validată științific, validare care lipsea abordării lui Freud. Lu

clasică a lui Dollard și Miller, menționată anterior, este fascinantă în acest sens (Dollard și Miller, 1950). În această etapă, paradigma științifică poate coexista cu alte abordări, expresii ale perioadei preparadigmatică sau ale dezvoltării din etapa preparadigmatică. Așa cum alături de medicina științifică există și abordări alternative (bioenergia este încă o prezență constantă), iar alături de fizică există și astrologie, și în psihoterapie au continuat să existe, alături de terapia comportamentală, abordări din etapa preparadigmatică sau au apărut în continuare terapii non-științifice noi.

(3). *Etapa de criză*. Paradigma științifică este acceptată de către oamenii de știință, chiar dacă ea nu explică toate datele obținute empiric și experimental. În orice caz, perioada de criză survine atunci când vechea paradigmă este confruntată cu numeroase predicții eronate și când apar breșe ale teoriilor și modelelor sale explicative. Pentru a reveni la exemplul de mai sus, în fizică, mecanica newtoniană nu reușea să acomodeze bine mișcările corpurilor mari cu viteze foarte ridicate (apropriate de viteza luminii). În anii '60, terapia comportamentală s-a confruntat cu imposibilitatea de a asimila și de a explica rolul prelucrărilor informaționale în demersul propriu (conceptul „comportament interiorizat” angajat în acest sens nu părea să satisfacă comunitatea științifică, nereflexând suficient, după unii, complexitatea prelucrării informaționale). Ideea de prelucrare informațională a devenit fundamentală la nivel internațional prin presiunile făcute, în anii '60, de lingvistică, psihologia cognitivă și inteligența artificială, în plus, etologia a arătat rolul predispozițiilor în fenomenele de condiționare clasică și operantă, reliefând astfel marcant rolul organismului în ecuația stimul -răspuns.

(4). *Apariția unei noi paradigme științifice*. Atunci când vechea paradigmă nu poate explica numeroase fenomene relevante pentru știință și se acumulează predicții eronate, apare o nouă paradigmă. Acesta este momentul începerii revoluției științifice. În fizică, dificultățile mecanicii clasice au dus la apariția fizicii relativiste. În psihoterapie, incapacitatea terapiei comportamentale de a asimila satisfacător constructul de prelucrare informațională a dus la apariția unei noi paradigme, și anume paradigma cognitivă (anii '60).

(5). *Revoluția științifică*. Această etapă este caracterizată prin:

- adâncirea aspectului de inutilitate a instituțiilor existente și incapacitatea de comunicare între paradigmele aflate în conflict;
- rescrierea cărților de știință în spiritul noii paradigme;
- considerarea vechilor idei ca fiind false.

În anii '60, lupta dintre terapia comportamentală și cea cognitivă a fost acerbă. Într-un articol din *Cognitive Therapy and Research*, Donald Meichenbaum (2003) descrie cum lucrările care utilizau termeni „mentalști” (cogniție, gândire etc.) erau excluse din conferințele științifice internaționale, iar cei care promovau aceste demersuri nu erau ușor acceptați în sistemul de

învățământ superior. Așa cum am arătat, chiar cuvântul „terapie” (*thera* \ văzut cu suspiciune, mulți preferând termenul „modificare” (*modification*) sintagma „terapie comportamentală” era cumva tolerată, cea de „(psih) comportamentală” era văzută ca un non-sens.

(6) *Reîntoarcerea la faza de știință normală.* Când una dintre abordări explicând tot ceea ce explica vechea paradigmă, dar și majoritatea aspecte științifice neexplicate de aceasta, abordarea anterioară va fi reinterpretată integrată în noul sistem teoretic. În fizică spre exemplu, mecanica newtoniană este acceptată ca un caz particular al fizicii relativiste, valabil pentru situațiile care avem de-a face cu corpuri mari, care se deplasează cu viteze mult mai mici decât viteza luminii. În disputa științifică din psihoterapie, paradigma cognitiv-comportamentală a reușit să se impună, încorporând însă aspectele validate ale terapiei comportamentale (anii '70). Din această combinație a rezultat o formă de terapie potențial fantastică, arsenalul de tehnici și proceduri (cognitive și comportamentale) aflat la dispoziție permițându-i să aibă impact semnificativ în fiecare răspuns al subiectului uman. În paralel cu această evoluție științifică în psihoterapie, ca și în fizică (vezi astrofizică) și medicină (vezi bioenergetică) apar noi abordări non-științifice. Depinde de noi cum reușim să marginalizăm pentru a menține vizibil filonul științific din psihoterapie.

### 1.3. Terapia cognitiv-comportamentală în România

Această secțiune se bazează pe o analiză comprehensivă a literaturii de specialitate din țară și pe discuții personale cu cei care au pus temeliiile abordării cognitiv-comportamentale în România; considerațiile de specialitate reflectă punctul de vedere al unui supervisor-formator care este singurul din România care a fost fondatorul terapiei cognitiv-comportamentale. Aceste idei au fost publicate și la nivel internațional (David *et al.*, 2002).

Românii excelează în a fi autodidacți! Acest lucru este important atunci când nu există posibilitatea de a învăța ceva într-un cadru formal, riguros organizat. Prin autodidacți, ideile terapiei comportamentale, cognitive : cognitiv-comportamentale au pătruns relativ repede în țară. Acesta a fost un lucru bun. Din păcate, acest mod de diseminare are și consecințe negative

(1) Multe informații au pătruns în mod denaturat și numeroase aspecte ale terapiei cognitive-comportamentale au fost fals prezentate. Spre exemplu, se vorbește despre prelucrare informațională inconștientă sau varietatea strategiilor de terapie cognitiv-comportamentală. În fapt, se promovează adesea imaginea piei cognitive-comportamentale din anii '70, fără a se lua în calcul evoluția teoretico-metodologică și aplicativă din ultimii 30 de ani!

(2) S-a ajuns la o insularizare a terapiei cognitive-comportamentale, j autodidact dorind să aibă propria sa „școală”, în care să promoveze

cognitiv-comportamentală așa cum a înțeles-o el. Am ajuns astfel să avem, într-o țară cu 22 de milioane de locuitori, patru asociații naționale de terapii cognitiv--comportamentale, dintre care 3 la București și una la Cluj-Napoca; asta în condițiile în care, în țări cu tradiție și mai mari decât România, există, de obicei, o singură asociație puternică de profil! Pot exista mai multe asociații dacă : (a) ele reflectă tradiții diferite - comportamental *versus* cognitiv; (b) denotă apropierea de o „școală” sau alta sau (c) sunt în zone diferite ale țării și au nume diferite.

(3) Se pune la risc imaginea terapiei cognitiv-comportamentale. Eficiența acesteia este dependentă de buna pregătire a celor care o practică. Dacă însă pregătirea nu este adecvată, ci se bazează doar pe intuiții, autoeducație și experiență, pot apărea erori majore în actul utilizării terapiei cognitiv-comportamentale. Acest lucru, dublat de faptul că mulți profesioniști declară că practică terapie cognitiv-comportamentală fără a avea un program de formare adecvat în domeniu, devine și un risc pentru pacient.

„Bunicii” (*grandparents*) terapiei cognitiv-comportamentale, ca să utilizăm metafora din limbajul psihoterapeutic, care au introdus într-o manieră mai riguroasă această terapie în România, au făcut parte fie din mediul academic, fie din cel clinic. La nivel clinic merită să amintim contribuțiile lui Teofil Andriescu, psiholog (terapie comportamental-cognitivă), Virgil Enătescu, psihiatru (biofeedback și relaxare), Irina Holdevici, psiholog (terapie cognitiv-comportamentală), și Oltea Joja, psiholog (terapie cognitiv-comportamentală). La nivel academic, primele cursuri în domeniu au fost promovate de Irina Holdevici, psiholog (București), și Mircea Miclea, psiholog (Cluj-Napoca). Deși aceste preocupări existau, ele nefiind sistematizate și recunoscute în cadrul mișcărilor internaționale de terapie cognitiv-comportamentală, impactul lor a fost mai redus la nivel național și internațional. Primele programe clinice și academice din țară recunoscute în exterior, organizate sistematic și riguros după standarde internaționale, au fost introduse de Daniel David, psiholog (Cluj-Napoca), și Radu Teodorescu, psihiatru (București), ambele fiind recunoscute de European Association of Behavioral and Cognitive Therapies și ambii profesioniști fiind considerați de forurile internaționale reprezentanți naționali - „fondatori/părinți” (*fathers*) în limbajul metaforic al psiho-terapiei - ai psihoterapiilor cognitive și comportamentale din România.

Trebuie însă menționat că singurul program acreditat de cei care au pus bazele terapiei cognitiv-comportamentale (Aaron Beck și Albert Ellis) este cel de la Cluj-Napoca, prin Asociația Română de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale (președinte fiind Daniel David). Centrul de la Cluj-Napoca, prin International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (al cărui director este Daniel David), este un jucător important și un reper la nivel național și internațional. Acest Institut reunește „bunicii” și „părinții” terapiei cognitiv-comportamentale la nivel internațional (Aaron Beck,



Albert Ellis, Donald Meichenbaum) și pe cei mai influenți terapeuți cognitiv-comportamentali de astăzi (Frank Dattillio, Thomas Dowd, Raymond DiGiuse Windy Dryden, Arthur Freeman, Philip Kendal, Jeffrey Young) de la universități și clinici de prestigiu din străinătate (Columbia University, Harvard Medical School, Mount Sinai School of Medicine, Pennsylvania University, Albert Einstein College of Medicine, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research). În timp, s-a introdus și racordarea terapiei cognitiv-comportamentale din România: mișcarea internațională, la Cluj-Napoca s-a dezvoltat o „școală” (în sens de coeziune, nu de orientare !) de terapie cognitiv-comportamentală care, prin conștientizările aduse (vezi secțiunea „Resurse...”), influențează mișcarea internațională psihoterapie. „Școala” de la Cluj-Napoca s-a diversificat, devenind cea mai importantă și mai reprezentativă din România, integrând preocupările diverse ale principilor formatori-supervizori, pregătiți după rigorile internaționale: dr. Oana B (aplicații clinice: sugar, copil și adolescent); dr. Irina Holdevici (aplicații clinice); dr. Bogdan Ion și dr. Andreea Ion (aplicații clinice); dr. Bianca Mai (aplicații clinice ; optimizare personală); dr. Mircea Miclea (aplicații clinice tulburări ale adultului; aplicații organizaționale); dr. Adrian Opre (aplicații educaționale : educație rațional-emoțională și comportamentală; consiliere parentală); dr. Aurora Szentagotai (aplicații clinice, incluzând tulburări somatice psihosomatice); dr. Simona Trip (aplicații clinice : sugar, copil și adolescent aplicații educaționale). Pe de altă parte, „școala” de la Cluj-Napoca a deveni mai mare și mai reprezentativă din România în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale : (1) oferind programe de formare inițială/de bază și continuă, recunoștite pe plan național și internațional; (2) acordând două distincții internaționale prestigiu pentru cei care fac cercetare în domeniu : „Aaron T. Beck Award” și „Albert Ellis Award” ; (3) fiind implicată în introducerea în România a prin studii clinice controlate care compară, pe scară largă, eficiența psihoterapiei față de medicație (și/sau a combinației lor) pentru diverse forme de patologii exemplu, tulburare depresivă majoră, tulburări de anxietate, ADHD etc.) dezvoltând, în colaborare cu International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health, primul program post-doctoral în România în domeniu, cu participare internațională și (5) publicând singura revistă de specialitate din țară cu anvergură internațională *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies*.

Prima lucrare de tip monografic dedicată psihoterapiilor cognitive și comportamentale a fost scrisă sub coordonarea lui Daniel David (Cluj-Napoca anul 1998: *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală*). Lucrul actuală la timpul său, dar depășită astăzi de noile evoluții în domeniu - din cauza faptului că terapia cognitiv-comportamentală se dezvoltă continuu, cu o rapiditate uimitoare - a fost vândută în peste 3000 de exemplare și reluată în două ediții contribuind la introducerea și structurarea acestui domeniu în România pe riguroase. Volumul a reunit un grup de autori de la Cluj-Napoca și s-a

mare parte pe seminariile/lucrările de „Modificări cognitiv-comportamentale” pe care Daniel David le susținea în cadrul Universității „Babeș-Bolyai” (cursul fiind ținut de Mircea Miclea). Ulterior, au fost publicate și alte lucrări de profil, dar ele apăreau adesea ca și capitole în volume cu caracter mai general în psihoterapie și/sau ca terapie cognitiv-comportamentală dedicată unor aspecte specifice (de exemplu, anxietate). Câteva traduceri importante au fost publicate la Polirom, după lucrările lui Jean Cottraux, și la alte edituri, precum ASCR (serii de traduceri coordonate de Daniel David și Adrian Opre). Lucrarea de față este primul tratat comprehensiv de psihoterapii cognitive și comportamentale din România, racordat la tendințele actuale din domeniu.

Prima și, deocamdată, singura revistă de profil din țară este *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, apărută la Cluj-Napoca. Revista, editată de Daniel David, a apărut în anul 2001 și a devenit rapid cunoscută în țară (acreditată de CNCSIS - categoria B) și la nivel internațional (indexată de PsycInfo, EBSCO, ProQuest, IBSS), dând legitimitate, impact și vizibilitate națională și internațională terapiei cognitiv-comportamentale din România.

Din păcate, în România, terapia cognitiv-comportamentală a fost receptată adesea extrem de denaturat. Acest lucru se datorează faptului că în cultura și filosofia românească nu a existat un filon pozitivist (cu diversele sale variante neo- și postpozitivistice; pentru detalii, vezi David, 2006a; 2006b) puternic. Probabil că singurele contribuții mai clare au fost cele ale lui Vasile Conta (1845-1882) - vezi *Introducere în metafizică*, 1929 - care a fost inspirat și de August Comte (1798-1857) (vezi și Ianoși, 1996). În acest context, contribuțiile „bunicilor” terapiei cognitiv-comportamentale din România sunt cu atât mai mult de apreciate. Neexistând acest filon pozitivist, nu au existat prerechizitele pentru o corectă înțelegere a principiilor behavioriste și, mai apoi, cognitiv --comportamentale, ceea ce a dus la reprezentări caricaturale. În plus, filosofia marxist-leninistă și ideologia comunistă au blocat receptarea abordărilor behavioriste americane. Psihologul sovietic A. Smirnov, la întâlnirea psihologilor din URSS (1952), arăta că:

...psihologia sovietică trebuie să ducă o luptă neîmpăcată împotriva științei psihologice din țările burgheze, care se descompune și care se pune tot mai mult în slujba celei mai nerușinate reacțiuni și a obscurantismului...

Psihologia sovietică trebuie să dezvăluie baza de clasă a născocirilor antiștiințifice ale psihologilor burghezi, să arate esența lor reacționară, încercările lor de a justifica orânduirea capitalistă în întregime putredă...

Din păcate, o minte luminată ca aceea a academicianului Mihail Ralea (1896-1964) a preluat acest manifest și l-a impus și în țară, cu concursul unor psihologi influenți. Ca urmare a influenței URSS asupra României, coroborată cu prestigiul lui Ralea și al psihologilor din jurul său, acest demers a afectat grav știința psihologică românească, efectele simțindu-se și astăzi. Astfel, într-o lucrare programatică pentru timpurile comuniste, *Caracterul antiuman și antiștiințific al*

*psihologiei burgheze americane* (1954), Mihail Ralea, cu consultarea grupului de psihologi menționat mai sus, definea behaviorismul ca fiind „psihologia abrutizării maselor muncitorești” (este drept că nici psihanaliza nu a scăpat, fiind numită „faza putrefacției capitaliste”). Iată câteva fragmente din lucrarea lui Ralea (1954):

...(behaviorismul) satisface nevoia capitaliștilor care urmăresc să-i abrutizeze pe muncitori și să-i înrobească, să-i transforme în unelte automate, oarbe, „auxiliare” ale benzii rulante, în manechine care se mișcă, lucrează, acceptă ordine fără să știe de fac... (p. 66).

...aproape toți behavioriștii au plecat de la faimoasele labirinte cu șobolani și ai trecut de aici cu ușurință la identificarea omului cu șobolanul... (p. 68).

...motivul real care sta îndărătul acestui impuls „revoluționar” de a transforma psihologia era nevoia imperialiștilor de a găsi o teorie cu ajutorul căreia să stoarcă în mod „științific” vîlga muncitorului... (p. 85).

Dincolo de ideologie, teoriile behavioriste erau prezentate simplist și caricatural, pentru a justifica ideologia (Ralea, 1954):

...limbajul pentru behavioriști nu e altceva decât o asociație laringo-musculară.. (p. 68).

...gîndirea nu ar fi decât numele inventat de introspecționiști pentru a desemna mișcările laringelui, după cum sentimentul nu ar reprezenta altceva decât reacții funcțiilor de secreție... (p. 70).

După aceste prezentări caricaturale, urma soluția interacționist-sistemică, j exemplu fiind (Ralea, 1954):

...Limbajul și gîndirea sunt inseparabile, așa cum a demonstrat în chip genial I. Stalin (p. 72).

Nu este de mirare că în aceste condiții abordarea comportamentală nu a fost receptată sau a fost receptată greșit (și acum se utilizează eronat definiții conceptelor de întărire, pedeapsă, atribuindu-se lui Skinner definițiile lui Thornd din legea efectului etc). Din nou, iată de ce este fundamental, atunci când ocupăm serios de un domeniu, să mergem la lucrările originale, nu să ne ba? pe traduceri și interpretări ale lor în alte lucrări. Singura filieră prin care behaviorismul a pătruns corect în România a fost pe linie pavloviană, aceasta fiind asimilată mai mult în medicină decât în psihologie; componenta psihologică (linia americană a condiționării operante) nu a fost asumată cu forță în România fie din teamă, fie din ignoranță. O excepție notabilă este profesorul Ioan Rad la Cluj-Napoca; acesta a fost printre puținii oameni de știință care au preluat clar și riguros linia americană de behaviorism (Skinner, Watson) în lucrarea referință la noi, *Psihologie școlară* (1974).

Ca urmare a acestui fond cultural și ideologic, aproape toate lucrările de psihologie și psihiatrie din România prezentau perspectiva behavioristă (cu excepția condiționării clasice - *sic!*) ca pe ceva care ține de istorie, o abordare mecanicistă, simplistă și limitată în comparație cu abordările interacționist-sistemice (uneori enervant de interacționiste și de sistemice !). Este adevărat că behaviorismul aplicat ființei umane nu este ușor de înțeles, el adresându-se, sub aspect epistemic și cognitiv, mediei plus o abatere standard; complexitatea sa este similară cu cea a mecanicii relativiste și cuantice, în cazul căroră, așa cum spunea Niels Bohr cu referire la mecanica cuantică, cine spune că a înțeles-o complet, cu siguranță nu a înțeles încă nimic! Așadar, acesta complexitate și dificultate în a-l înțelege, a amplificat marginalizarea și caricaturizarea lui. Studenții ajungeau astfel să creadă că behaviorismul și terapia comportamentală sunt istorie. Personal, am fost debusolat când, în 1998, ajungând în SUA pentru prima dată, am înțeles că există programe de „behaviorism” și *behavior therapy* puternice și de impact, în cadrul unor universități de prestigiu; behaviorismul era departe de a fi mort. Această stare de fapt marchează și astăzi evoluția terapiei cognitiv-comportamentale în România, prin efectul implicit al vechiului fond cultural. Unii profesioniști în domeniu, marcați de lipsa fondului cultural pozitivist și contaminați de fondul cultural românesc antibehaviorist (incluzând dezvoltările neopozitivistice și postpozitivistice), pur și simplu nu pot asimila principiile științifice în psihoterapie (de exemplu, validitate științifică, suport empiric, studiu clinic controlat etc.) promovate de terapia cognitiv-comportamentală, dezvoltând fie o concepție greșită asupra acesteia (vezi miturile discutate în Capitolul 2), fie o ignoranță care îi separă de comunitatea științifică internațională și îi împinge spre abordări la limita științei. Spre exemplu, și acum în România există programe de formare în școli de psihoterapie care sunt interzise în alte părți ale lumii (cum ar fi terapia renașterii/*rebirth therapy*, în SUA) și/sau în regres evident, izolate de comunitatea științifică. La nivel teoretic se poate exemplifica acest lucru prin analiza construc-tului „voință”. Deși tratatele de psihologie generală nu includ capitole de „voință” (*mit*), lucrările românești au capitole speciale dedicate „voinței”, cu toate că, față de constructele „motivație” și „cunoștințe”, incluzând intenția (Wegner, 2002; 2003), aceasta nu aduce nimic în plus la explicarea comportamentului uman; ea este pentru noi un reflex al trecutului ideologic și al unei psihologii de simț comun (complexă și interacționist-sistemică față de behaviorismul care robotizează oamenii - *sic!*), de care nu putem scăpa.

## Capitolul 2

# Sănătate și boală

### 2.1. Aspecte generale

*Starea de sănătate* este definită în Constituția WHO/OMS (World Health Organization/Organizația Mondială a Sănătății la <http://www.who.int>) ca o stare bine fizic, psihic și social. *Boala*, pe de altă parte, este definită ca o serie *modificări* biologice și/sau psiho-comportamentale (afectiv-emoționale/subotiv, cognitive și comportamentale), care generează o stare de distress și/s dizabilitate sau un risc crescut spre distress și/sau dizabilitate (American Psychiatric Association/Asociația Americană de Psihiatrie - APsA -, 2000; U.S. Department of Health and Human Services - USDHHS -, 1999). *Prevenția primară* se referă la intervenția care previne instalarea bolii; ea se realizează asupra populației sănătoase, dar cu risc spre boală (de exemplu, sunt prezenți anumiți factori etiologici), și se face adesea la nivel de grup (selecționat, comunitar). *Prevenția secundară* se referă la intervenția care are loc imediat după apariția bolii și a ca scop prevenirea complicațiilor și evoluției acesteia (de exemplu, reducerea riscului de suicid la pacienții cu depresie). *Prevenția terțiară* se face în cazul bolilor cronice și urmărește reducerea problemelor induse de complicațiile bolii (creșterea calității vieții pacienților depresivi cu risc suicidar). Două construcții strâns asociate celei de boală și care permit analize matematice sunt cele de „incidență” și „prevalență”. *Incidența* se referă la numărul de cazuri noi de boală anume care apar într-o unitate de timp specificată; unitatea de timp tipică este de 1 an de zile. *Prevalența* se referă la numărul de cazuri de o boală anumită existente la un moment dat; prin „moment dat” înțelegem fie o evaluare punctuală (de exemplu, 23 noiembrie 2006), fie un interval (de exemplu, între 23 noiembrie 2005 și 23 noiembrie 2006) - pentru detalii privind aceste construcții și modalitățile lor de calcul, vezi Kaplan și Sadock, 1998.

În cazul bolii se pune întrebarea : Cât de *modificată* trebuie să fie *modificarea* pentru a ieși din sfera normalității ? Când discutăm despre modificări la nivel biologic, lucrurile sunt mai clare. Aici se pot stabili statistic anumite limite în care un parametru poate varia, rămânând totuși în limitele normalității (deși aici pot să apară unele excepții). În ceea ce privește aspectele psihologice

comportamentale, lucrurile sunt mai complicate. *Un prim criteriu* care a fost propus pentru a se delimita între *normal* și patologic a fost cel statistic (Pichot, 1967). Conform acestui criteriu, normal înseamnă ceea ce aproximează media populației (ceea ce fac cei mai mulți oameni). Deși un criteriu util, acest criteriu nu este satisfăcător. Probabil că el nu ar funcționa eficient nici măcar în domeniul biologic. Caria, spre exemplu, este frecventă la majoritatea populației, fără ca aceasta să o facă stare de normalitate. Aplicat în domeniul psiho-comportamental, acest criteriu ridică probleme serioase; spre exemplu, probabil că în Evul Mediu un stil de gândire normal și non-patologic era acela care considera că Pământul este în centrul universului, iar un stil de gândire patologic, delirant, era acela care susținea că Pământul se învârtește în jurul soarelui! *Al doilea criteriu* propus pentru a delimita normalitatea de anormalitate este criteriul cultural-ideal (Pichot, 1967). Conform acestui criteriu, normal este ceea ce se așteaptă a fi normal într-o societate, idealul pe care grupul social respectiv îl stabilește pentru starea de sănătate. Așadar, ceea ce este considerat normal într-un context socio-cultural, poate fi considerat patologic în alt context socio-cultural. *Al treilea criteriu* este cel funcțional (Pichot, 1967). El arată că normalul înseamnă capacitatea de a-ți atinge scopurile importante în viață, fără a interfera cu funcționalitatea celuilalt. Astăzi, normalitatea este definită în psihopatologie într-un cadru delimitat aproximativ de cele trei criterii menționate, cu un accent mai puternic pe criteriul funcțional.

Boala, așa cum este definită mai sus, are mai multe componente, pe care le discutăm succint în continuare.

(1) *Manifestări* (pentru detalii, vezi Boloșiu, 1990). Fiecare boală presupune anumite modalități de manifestare, un anumit tablou clinic, format adesea (vezi și figura 5.1.) din elemente afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și psihofiziologice/biologice, interrelaționate; în unele situații, boala poate să nu aibă un tablou clinic identificabil sau ușor identificabil. Tabloul clinic - numit și simptomatologia pacientului - conține semne și simptome. Semiologia (gr. *semeion* - semn, marcă după care ceva poate fi cunoscut; *logos* - discurs, știință) este știința care se ocupă cu studiul acestora. *Semnele* (lat. *signum* - însemnare, marcă) sunt forme de manifestare a bolii care pot fi identificate de clinician sau de altă persoană, inclusiv de către pacient, pe baza simțurilor proprii (prelungite cu ajutorul aparatelor dacă este cazul - stetoscop), independent de ceea ce declară pacientul, (de exemplu, modificări ale culorii pielii; modificări în comportament). *Simptomele* (gr. *symptoma* - ceea ce se produce, apare, de la *syn*, „împreună”, *șipiptein*, „a cădea”) sunt acele manifestări ale bolii care apar în primul rând în sfera de percepție a bolnavului și sunt experiențiate de acesta la nivel subiectiv. Ele pot fi cunoscute de clinician doar indirect, prin intermediul declarațiilor pacientului (de exemplu, starea de frică); cu scop didactic, să ne reamintim aici conceptul behaviorist de comportament interiorizat. Unele semne și simptome tind să apară împreună, constituind sindroame (gr. *syn* - împreună);

*dromos* - cale, cursă), numite și tulburări. Spre exemplu, concepțiile negai legate de propria persoană, prezent și viitor tind să apară împreună, constitu un sindrom depresiv (Beck *et al.*, 1979). Un sindrom poate să aibă o etiologie multiplă. Dacă mecanismele etiopatogenetice (mai ales factorii determinanți) unui sindrom sunt cunoscute, atunci, în principiu, putem vorbi despre bc (pentru detalii privind relațiile existente între conceptul de sindrom și cel boală, vezi Boloșiu, 1990).

În tabloul clinic, componenta afectiv-emoțională/subiectivă (simptom) este fundamentală; în domeniul psihoterapiei, pacienții se prezintă la tratament mai ales din cauza acestor manifestări (egodistonice); dacă ele nu există, adesea, ei ajung la psihoterapie doar constrânși legal și/sau de grupul de apărare (egosintonic).

Tratamentele care vizează direct remiterea/ameliorarea acestor manifestări fără a schimba cauzele și mecanismele care le-au generat, se numesc tratamente simptomatice. Spre exemplu, deși factorul cognitiv este un mecanism etiologic fundamental în apariția atacului de panică, medicația anxiolitică poate ameliora tabloul clinic blocând efectele psihofiziologice/biologice ale acestui mecanism (care însă rămâne activ).

(2) *Boala presupune anumiți agenți cauzali/factori etiologici* (pentru det. vezi Price și Lynn, 1981).

Două criterii sunt mai importante în clasificarea acestor agenți/factori etiologici. După natura lor, ei se clasifică în agenți exo și agenți endogeni. La rândul lor, agenții exogeni pot să fie fizici (mecanici, termici, electrici, prin energie radiantă etc), chimici (acizi, baze, săruri biologice (microbi, virusuri, paraziți, ciuperci, diferite macromoleculi org. etc.) și psiho-sociali (stresori, stil de viață nesănătos). Agenții endogeni (mai genetici) pot fi considerați primari, producând diverse tipuri de anomalii ditare; în ultimă instanță, ei sunt însă agenți exogeni care au acționat fie asupra aparatului genetic al strămoșilor noștri, fie asupra aparatului nostru genetic cursul existenței noastre. După funcția lor, agenții etiologici se împart în: (1) factori declanșatori; (2) factori determinanți; (3) factori favorizanți; (4) factori predispozanți/de risc și (5) factori de menținere.

*Factorii declanșatori* reprezintă acei factori care produc în mod direct simptomele; ei sunt necesari declanșării tabloului clinic, dar adesea nu sunt suficienți. Unul dintre factorii declanșatori cei mai importanți în psihopatologie referă la *discrepanța cognitivă* dintre motivația pacientului (de exemplu, dorințe exprimate în așteptări - *hopes* - și expectanțe - *expectancies* et evenimentele activatoare. Cu cât această discrepanță este mai mare, cu problemele psihologice sunt mai severe. Studiile arată că discrepanța este cu atât mai severă cu cât motivația noastră este mai imperativă, extrema fiind formularea scopurilor/dorințelor în termeni absolutiști de „trebuie cu necesitate...” (Ellis, 1962) Trebuie făcută o diferență clară între factorii declanșatori și cei determinanți.

*Factorii determinanți* au aceleași caracteristici ca cei declanșatori - produc în mod direct simptomele - dar ei sunt legați specific de un anumit tip de simptomatologie;

clinic (de exemplu, bacilul Koch pentru tuberculoză), în timp ce factorii declanșatori nu sunt specific legați de un tablou clinic (de exemplu, stresorii, ca factori declanșatori, pot fi asociați cu tulburări depresive sau anxioase). Atunci când tabloul clinic este prezent, și ei sunt prezenți; atunci când ei nu sunt prezenți, nici tabloul clinic nu este prezent. Până acum, în psihopatologie au fost identificați clar puțini factori determinanți, mai ales de natură psihosocială (vezi tabelul 2.4.).

*Factorii favorizanți* joacă în psihopatologie rolul pe care catalizatorii îl joacă în reacțiile chimice. O serie de reacții chimice se pot desfășura cu și fără catalizatori, dar prezența acestora eficientizează întregul proces. Similar, factorii favorizanți eficientizează acțiunea factorilor declanșatori și determinanți în apariția tabloului clinic. Spre exemplu, condițiile economice (ca resursele financiare scăzute) pot favoriza instalarea unui tablou clinic.

*Factorii predispozanți* (de vulnerabilitate) sunt acei factori care au un caracter local sau general, aparțin pacientului, au fost prezenți înainte de instalarea tabloului clinic și care, prin interacțiune cu factorii declanșatori, determinanți și/sau favorizanți, duc la apariția tabloului clinic. De exemplu, schemele cognitive disfuncționale constituie factori de vulnerabilitate generală pentru o categorie largă de tulburări psihice, iar gândurile automate sunt factori de vulnerabilitate locală pentru reinstalarea tabloului clinic. Unii factori predispozanți pot face parte din tabloul clinic. Aceasta se întâmplă mai ales dacă sunt locali (de exemplu, gândurile automate). Atenție ! Uneori însă, și unii factori predispozanți generali pot face parte din tabloul clinic (de exemplu, tulburările de personalitate de pe Axa II din DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, APsyA: American Psychiatric Association/Asociația Americană de Psihiatrie - DSM-IV, APsyA, 2000). Acest rol dublu este stabilit de tradiție ; astfel, dacă tradiția clinică i-a inclus în tabloul clinic, dar cercetările ulterioare i-au identificat ca având rol de vulnerabilitate, atunci sunt considerați factori de vulnerabilitate ca parte a tabloului clinic. În plus, unii factori de vulnerabilitate locală pot fi considerați adesea și ca reacții de răspuns ale organismului, atunci când sunt consecința interacțiunii dintre factorii declanșatori sau determinanți și o stare de vulnerabilitate generală și nu determină, ei înșiși, reacții semnificative sub aspect clinic.

*Factorii de menținere* au rolul de a susține simptomatologia odată apărută. Acest rol poate fi jucat de factorii declanșatori, determinanți, favorizanți sau predispozanți care au produs tabloul clinic, dar și de alți factori - încadrabili în aceleași categorii - care au apărut după generarea tabloului clinic. Unii factori de menținere au caracter general și nespecific (de exemplu, autointerpretarea negativă a tabloului clinic, reacțiile negative ale mediului social la tabloul clinic al pacientului), „colorând” în mod similar tablouri clinice diferite; adesea, în DSM, acest lucru este exprimat în sintagma de „răspuns fiziologic în legătură cu stresul” (DSM-IV, APsyA, 2000).

Toți factorii etiologici descriși aici interacționează pentru a genera un anumit tablou clinic, dar aceasta nu înseamnă că de fiecare dată când apare un tablou



ca clinic trebuie să fie prezenți factori din fiecare categorie menționată (în anumite ac situații factorii favorizanți pot să nu fie prezenți, iar în psihopatologie este adesea de dificil să se identifice factorii determinanți).

Tratamentele care urmăresc modificarea acestor factori și, prin aceasta, remi-rea terea tabloului clinic se numesc tratamente etiologice, ele vizând cauza mani-Ti festărilor bolilor.

în

(3) *Reacții de răspuns ale organismului la acțiunea agenților etiologici* (pentru<sup>et</sup> detalii, vezi Price și Lynn, 1981; Selye, 1976). Aceste reacții pot să fie specifice<sup>e1</sup> sau nespecifice, fiecare dintre ele, la rândul lor, putând fi locale sau cu caracter<sup>^</sup> general. Toate aceste reacții se pot manifesta la nivel biologic (de exemplu, \*<sup>1</sup> modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (de exemplu, deficiențe la<sup>r<</sup> nivelul memoriei implicite). Aceste reacții sunt identificabile prin analize de>' laborator (de exemplu, teste medicale și psihologice).

Uneori, distincția dintre *factori predispozanți locali*, *reacții de răspuns și semn* este una dificilă și doar didactică; spre exemplu, distorsiunea prelucrării infor-, mației la anxioși (focalizarea pe pericol) poate să fie considerată atât un semn,; cât și o reacție de răspuns ; pentru a complica situația, distorsiunea prelucrării' informației poate fi considerată și factor de vulnerabilitate (locală sau generală), care, în interacțiunea cu o situație de pericol, declanșează un tablou clinic. O facem în aceste situații ? Adesea, tradiția stabilește dacă, spre exemplu, o mani festare înregistrabilă independent de pacient este o reacție la boală sau semn; strategie cu valoare euristică este aceea că, dacă înregistrarea presupune metod complexe (cum ar fi analizele de laborator), atunci manifestarea poate fi cons derată *reacție de răspuns*, iar dacă se face pe baza simțurilor proprii (sau < instrumente care prelungesc la minimum simțurile proprii - stetoscopul), atur poate fi considerat *semn*. Similar, dacă modificarea este locală și rezultă d interacțiunea dintre factori declanșatori sau determinanți și vulnerabilital generală, este adesea considerată ca reacție de răspuns ; dacă însă determină, rândul său, reacții de răspuns semnificative clinic și/sau nu este rezultatul u vulnerabilități generale, atunci este *factor predispozant local*. Spre exemp gândurile automate constituie componente ale tabloului clinic; ele sunt însi factori predispozanți - de vulnerabilitate locală -, căci, deși rezultă din intei țiuinea dintre factori declanșatori/determinanți și o vulnerabilitate generală generează, la rândul lor, reacții puternice afectiv-emoționale/subiective, compc mentale și/sau psihofiziologice/biologice.

Atunci când modificările nespecifice și generale sunt dominante (sindrc de adaptare generală/genera/ *adaptation syndrome*), discutăm despre tulbv de adaptare (Selye, 1976); ele sunt determinate mai ales de activarea a; hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian cu efecte hormonale importante p( organism. Interrelațiile dintre aceste reacții de răspuns sunt complexe, exemplu, modificările locale specifice și nespecifice (cum ar fi sindrom adaptare locală//oca/ *adaptation syndome*) pot uneori declanșa modifică

caracter general, specific și/sau nespecific. Cu privire la modul în care apar aceste reacții ca răspuns al organismului la acțiunea unor factori etiologici, s-a dezvoltat o întreagă știință: patogenia (gr. *pathos* - „suferință” ; *gennao* - „a genera”). Tratamentele care vizează modificarea lor și, prin aceasta, ameliorarea/remiterea tabloului clinic al pacientului se numesc tratamente patogenetice. Tratamentele etiologice și cele patogenetice (etiopatogenetice) sunt un deziderat în intervenția medicală și psihologică, deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) și proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic ; aplicate corect, ele previn recăderile - *relapse* - (reapariția tabloului clinic) și/sau recurența -*recurrence* - (reapariția tulburării). Tratamentele simptomatice, deși pot ameliora și remite tabloul clinic, nu sunt cauzale și deci nu împiedică recăderile și/sau recurența tulburării; de aceea, rolul lor este de a acționa (1) în situații de criză și/sau (2) până când este posibilă administrarea unor tratamente etiopatogenetice și/sau (3) până când tabloul clinic se ameliorează ca urmare a evoluției naturale a bolii.

În baza celor discutate mai sus, o clasificare cu rol euristic a bolilor este prezentată în tabelul 2.1. (pentru detalii, vezi David, 2003). Această clasificare consideră simultan criteriul etiopatogenetic și cel semiologic și arată clar rolul tratamentelor psihologice și al celor biomedicale în diverse categorii de tulburări, categorii care nu sunt mutual exclusive și fără interacțiune între ele.

Tabelul 2.1. *O clasificare euristică a bolilor în funcție de tabloul clinic și de mecanismele etiopatogenetice*

Semne și simptome.

Mecanisme

etiopatogenetice

Predominant psihologice

Predominant somatice

Tulburările psihice „clasice” (pentru detalii, vezi DSM-IV, APsyA, 2000)

Predominant psihologice

Tulburări psihosomatice (pentru detalii, vezi Kaplan și Sadock, 1998)

Tulburări somatoforme (pentru detalii, vezi DSM-IV, APsyA, 2000)

Predominant somatice

Tulburări psihice datorate unor condiții medicale sau consumului de substanțe (pentru detalii, vezi DSM-IV, APsyA, 2000)

Tulburările somatice „clasice” (pentru detalii, vezi ICD-10, WHO/OMS, 1992)

*îqendă*: ICD-10 - International Classification of Diseases and Related Health Problems/Clasificarea Internațională a Maladiilor și a Problemelor în Legătură cu Sănătatea,

liția a X-a; APsyA - American Psychiatric Association/Asociația Psihiatrilor Americani;

SM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manualul de Diagnostic și Statistică a

Tulburărilor Mentale, ediția a IV-a; WHO/OMS - World Health Organization/Organizația Mondială a

Sănătății.

Tulburările care au un tablou clinic format din semne și simptome predominat psihologice și care implică mecanisme etiopatogenetice predominant psiholi necesită tratamente psihologice. În acest caz, tratamentele medicamentoase doar simptomatice și nu vizează cauza tabloului clinic. Tulburările care l tablou clinic dominat de semne și simptome psihologice, dar au mecai etiopatogenetice somatice, necesită în primul rând un tratament medical; diagnosticului diferențial este foarte important și psihologii trebuie să fie la această categorie care poate induce în eroare, sugerând că este neces primul rând un tratament psihologic (în această situație, tratamentul psitu este simptomatic sau parțial patogenetic, dar nu unul etiologic). Tulburările au un tablou clinic dominat de semne și simptome somatice și ale căror j nisme etiopatogenetice sunt predominant somatice, formează nucleul ti medicinei tradiționale ; în acest caz, tratamentele psihologice sunt doar si matice, adjuvante celor medicale, vizând reacția psihologică la boală. Tulbi al căror tablou clinic implică semne și simptome somatice, dar mecan: etiopatogenetice sunt predominant psihologice, reprezintă o provocare psihologi și medici. Ele necesită, în mai mare măsură decât celelalte kateg tulburări, muncă în echipă și, eventual, un tratament psihologic și ir combinat. Pentru psiholog este adesea o provocare a face psihoterapie cu i categorie de bolnavi deoarece, având simptomatologie somatică, ei nu clar și nu acceptă ușor rolul factorilor psihologici în generarea ei; aces reflectă lipsa culturii psihologice și prezența unui model biomedical ortt puternic, nu doar la nivelul unui segment larg de profesioniști din do sănătății, dar și la nivelul simțului comun.

Relația dintre componenta biologică (B) și cea psihologică (P) es insuficient înțeleasă de către unii profesioniști. Din păcate, cei mai m gândirea marcată încă de dualismul cartezian; dacă sunt medici, co adesea că biologicul cauzează psihologicul (de exemplu, serotonina a starea stresantă/depresivă), iar dacă sunt psihologi, consideră adesea că logicul cauzează modificările biologice (de exemplu, starea stresantă/de și/sau un stresor puternic alterează metabolismul serotoninei). Dezvoltă neuroștiințele cognitive au depășit demult dualismul cartezian. Figura 2. că discursul psihologic și cel medical sunt adesea descrieri diferite ale a realității/fenomen (Kirsch, 1990). Altfel spus, așa cum Muhammad Aii și Clay sunt nume diferite pentru aceeași persoană, limbajul psihologii biomedical sunt descrieri diferite ale aceluiași fenomen. După cum este să spunem că Muhammad Aii este cauza lui Cassius Clay sau Cassi cauzează pe Muhammad Aii, nu are sens să ne punem mereu problemei biologicul cauzează psihologicul sau, invers, dacă factorii psihologici c modificări biologice. în figura 2.1., P<sub>1</sub> se poate referi, spre exemplu, la s cognitive disfuncționale. Desigur ele nu există în aer, corespunzându-le o anumită realitate neurobiologică (B<sub>j</sub>); ipotetic, ea s-ar putea referi la u

domina de serotonină. Schema cognitivă disfuncțională este cauză pentru o trăire deprimată și psihologică (P<sub>2</sub>). Acestei trăiri îi corespunde, desigur, o realitate neurobiologică (B<sub>2</sub>) (o ipoteză: o amplitudine scăzută a potențialului postsinaptic excitator). Așadar, între teoria psihologică și cea biologică a depresiei nu sunt în opoziție sau alternative, ele sunt descrieri diferite ale aceluiași fenomen; în acest context, discursul are rol „causal” trebuie menținut în cadrul aceluiași limbaj. Afirmatia „schemele cognitive afective cauzează trăirea depresivă” ar putea corespunde în limbaj biomedical, evitând ipoteza noastră anterioară, afirmației „deficitul de serotonină determină o amplitudine redusă a potențialului postsinaptic excitator”. Deficitul de serotonină nu ne face să avem scheme cognitive disfuncționale, ci reprezintă descrierea mecanismului biologic al schemelor cognitive disfuncționale! Similar, factorii psihologici nu cauzează modificări ale indicatorilor neurobiologici, ci corespund (descriu) simptomele unor astfel de modificări! Într-adevăr, studiile existente (vezi, pentru sinteză, ilburări David, 2003) arată că intervenția psihoterapeutică nu modifică doar factorii psihologici, ci modificarea acestor factori este asociată cu modificări neuro-repentine biologice (de exemplu, în metabolismul serotoninei); așadar, orice psihoterapie terapeutică este farmacoterapie. La fel, intervenția medicamentoasă afectează nu doar componenta biologică, ci și factorii psihologici.

Pe lângă acestea, urmare, dacă asupra unui fenomen avem atât teorii psihologice, cât și teorii medicale, care este teoria pe care o preferăm? Depinde de situație. De exemplu, este luciferiană, am putea să facem o analiză neurocerebrală asociată deficitului de serotonină - ortodoxă. În schimb, am putea să facem și o analiză psihologică a acestui deficit. Care dintre cele două abordări este mai utilă în această situație? Analiza psihologică mă ajută să elaborez programe de intervenție pentru dezvoltarea scrisului și cititului. În schimb, există încă „pastile” care, odată înghițite, mă învețe să scriu! În schimb, mulți în alte situații, o analiză în termeni biologici este mai utilă decât una în termeni psihologici. De exemplu, prezența halucinațiilor poate fi explicată și psihologic (vezi Capitolul 7), dar o teorie din perspectiva psihiatriei biologice este mai utilă că psihic deoarece ea s-a exprimat în tratamente medicamentoase care pot reduce intensitatea și frecvența acestora mai eficient decât intervențiile psihocomportamentale.

2.1. Diferențele de eficiență dintre un tratament psihologic și unul medical țin de: nivelul de sofisticare la care s-a ajuns în cadrul teoriilor și tehnicilor asociate lor, și a teoriilor psihologice sau biologice. Spre exemplu, în cazul tulburării depresive majore, atât psihoterapia, cât și medicația au aceeași eficiență la sfârșitul tratamentului, dar psihoterapia este mai eficientă pe termen lung, prevenind recăderile (Beck, 1976). În cazul tulburărilor de tip psihotic, intervenția medicamentoasă este mai eficientă, astfel că nu are sens să utilizăm tehnici psihoterapeutice (de exemplu, pentru cauzele comportamentale) pentru a controla halucinațiile în timpul episodului psihotic. În schimb, deși există astfel de tehnici; în acest caz, tehnicile terapeutice intervin după și împreună cu tratamentul medicamentos, pentru a-i potența efectul și/sau vizează un defn simptomele reziduale.

Rezumând, realitatea este complexă și multinivelară, limbajul psi cel biologic fiind adesea descrieri diferite ale aceluiași fenomen (pentru implicații, vezi Kirsch, 1990); preferăm acea descriere care este mai; permite intervenții mai potente. Acestea fiind spuse, este clar că anumiți procese biologice nu sunt descriibile psihologic (probabil că modificarea concentrației de en/ime din pancreas nu are corespondență psihologică directă, așa cum astronomul vorbește despre „răsărit și apus”, deși, sub aspect științific, știm că nu există aceste lucruri (există doar mișcările relative ale suprafeței pământului), și noi utilizăm expresii care se referă la modul în care cognitiv influențează nivelul biologic sau invers; este în regulă atât înțelegem că nivelul psihologic nu afectează direct nivelul biologic concomitentele sale neurobiologice, și, invers, nivelul biologic nu afectează direct nivelul psihologic, ci prin concomitentele sale psihologice.

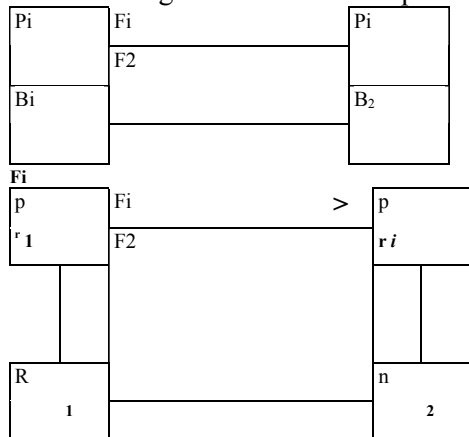


Figura 2.1. Relația dintre psihic (P) și biologic (B) în cazul a două fenomene și  $F_2$ , prezentată în două modalități grafice (A și B)

Mecanismele biologice implicate în starea de sănătate și boală sunt în lucrări de psihiatrie și medicină. În continuare, prezentăm echiva psihologice - mecanismele psihologice implicate în sănătate și boală sunt ele descrise în abordarea cognitiv-comportamentală.

alogic și detalii și ansată și ite fenole con Evident t tehnic irelui și  
 nivelul imp căl  
 ci prin fectează

f: *F*,

îentate ele lor ia cum

## 2.2. Paradigma cognitiv-comportamentaiă

### 2.2.1. Fundamente

Așa cum am mai arătat, paradigma cognitiv-comportamentaiă este fundamentată de câteva principii, prezentate în continuare (Beck, 1976; Ellis, 1962; 1994). (1) *Cogniția* (numită și convingere/credință/gând), conștientă și/sau inconștientă, este cel mai important determinant al răspunsurilor afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și a unor răspunsuri psihofiziolo-gice/biologice, toate interrelaționate; răspunsurile afectiv-emoționale/subiective sunt un efect al interacțiunilor celorlalte modificări: cognitive, comportamentale și psiho-liziologice/biologice. Aceste răspunsuri sunt, așadar, cognitiv-penetrabile. Răspunsurile care nu sunt cognitiv-penetrabile (de exemplu, sunt determinate genetic și/ nu au o componentă computațională) nu fac obiectul abordării cognitiv-comportamentale. *Cogniția* este un termen care *vizează prelucrarea informațională (computație)*; sintagma *comportament interiorizat* din tradiția behavioristă nu mai este utilizată pe scară largă pentru a reflecta conceptul de cogniție, deși ea poate fi considerată ca echivalentă cu aceea de *prelucrări informaționale*. *Cognițiile* sunt structuri informaționale (prelucrări informaționale) care implică *conținuturi informaționale și procesele informaționale* care generează aceste conținuturi. Conținuturile informaționale se referă la motivații (de exemplu, scopuri/dorințe), percepții, imagini, gânduri (de exemplu, reprezentări, evaluări) etc. și au caracter specific (se referă la ceva anume), local (situațional) sau general (transsitua(-ional)). Procesele informaționale vizează transformarea guvernată de reguli a conținuturilor informaționale și au un caracter nespecific (pot acomoda orice conținut informațional), local (situațional) sau general (transsituațional); aceste reguli pot fi adesea modelate și formalizate prin dubletul „dacă - atunci”.

#### ◆ EXEMPLU

|                            |  |
|----------------------------|--|
| Conținuturi informaționale | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toată lumea mă evită.</li> <li>• Sunt cel mai bun.</li> </ul>   |
| Procese informaționale     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dacă toată lumea mă evită, atunci nu merit să trăiesc.</li> <li>• Ca să fiu cel mai bun, trebuie să dau tot ce pot (formalizat prin dubletul „dacă - atunci” : Dacă vreau să fiu cel mai bun, atunci trebuie să dau tot ce pot).</li> </ul> |

Conținuturile și procesele care le generează sunt strâns relaționale, formând structuri cognitive. Unele au caracter local - sunt asociate cu evenimente activatoare specifice/situații specifice de viață -, altele au caracter general, în sensul că sunt transsituaționale. În cadrul fiecăreia, așa cum am spus mai sus, conținuturile

au caracter specific (se referă la ceva anume), iar procesele, caracterizate (ele putând acomoda orice conținut în dubletul „dacă - atunci”).

- (2) Mare parte din psihopatologie este rezultatul cognițiilor disfuncționale iraționale, fiind așadar penetrabilă cognitiv.
- (3) Cognițiile disfuncționale și/sau iraționale pot fi identificate și s<
- (4) Schimbarea se face prin tehnici cognitive și/sau comportament;
- (5) în abordarea cognitiv-comportamentală, atât teoriile, cât și procedurile de intervenție trebuie validate științific.

Pornind de la aceste principii, în abordările cognitiv-comportamentale dezvoltat un model terapeutic riguros și elegant, modelul ABC cognitiv (1976; Ellis, 1962), din care a fost apoi derivat, atunci când focalizai este asupra unor comportamente operante, modelul ABC comportamental (analiza funcțională a comportamentului de la modelul behaviorist original (Skinner, 1974), fiind îmbogățit, în zilele noastre, cu elemente de prelucrare informațională, de exemplu (vezi contribuția lui Albert Bandura și Julian Rotter). Să analizăm urmează aceste modele, care constituie pilonii terapiei cognitiv-comportamentale.

### **2.2.2. Modelul ABC cognitiv**

Modelul ABC cognitiv (vezi și figura 2.2.), inițiat de Ellis (1962) și apoi de Beck (1976), are următoarele componente (pentru detalii și noi vezi și David și Szentagotai, 2006):

**A** (*activating events*) = evenimentul activator poate fi de tip „situat (evenimente de viață) sau de tip „situație internă/subiectivă” (emol psihofiziologice/biologice, comportamente). A-ul antrenează înțelegerea și reacția a individului.

**B** (*beliefs*) — cognițiile persoanei (elementul de prelucrare informațională). Acestea se interpun între evenimentul activator și consecințele afective/subiective, comportamentale și/sau psihofiziologice/biologice. persoanei nu sunt doar declanșate de evenimentul activator, ci ele med de percepere și reprezentare a acestuia în mintea noastră.

**C** (*consequences*) — consecințele procesării cognitive a evenimentelor, și anume: răspunsuri afectiv-emoționale/subiective, comportate psihofiziologice/biologice. Consecințele cognitive nu le menționăm ele sunt incluse la categoria de cogniții (B), iar răspunsurile afective/subiective sunt un efect al interacțiunilor modificărilor cognitive mentale și psihofiziologice/biologice.

Trebuie precizat faptul că distincția între A, B și C este una făcută în scopul clarității explicației; în realitate, cele trei componente se bazează, ele coexistând. La aceste componente de bază se mai adau

rol major în intervenția psihoterapeutică, transformând modelul ABC în modelul ABCDE (Ellis, 1994):

D (*disputing*) — restructurarea cognițiilor disfuncționale și/sau iraționale.

E (*effective*) = asimilarea unor noi cogniții eficiente, funcționale și/sau raționale în locul celor disfuncționale și/sau iraționale.

Arhitectura sistemului cognitiv uman este prezentată din perspectiva paradigmei cognitiv-comportamentale (modelul ABC cognitiv) în figura 2.2.

**a**

**C**

---

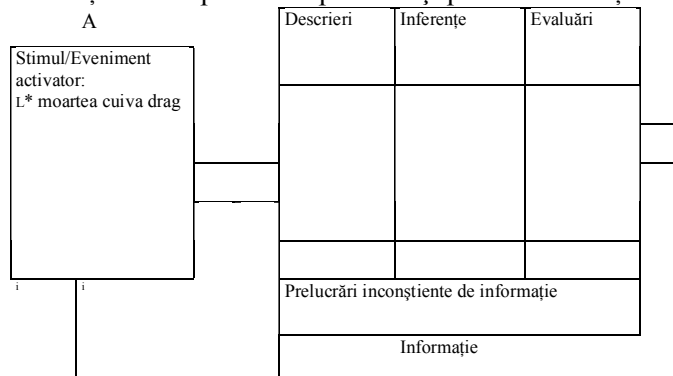
Consecințe:  
 L\* arectiv-emoționale/subiective;  
 — comportamentale;  
 L\* psihoriziologice/ninlogice

Figura 2.2. Arhitectura sistemului cognitiv uman din perspectiva paradigmei cognitiv-comportamentale

### 122A. Evenimentul activator (A)

Stimulul este orice eveniment activator de tip „situație externă” și/sau „situație internă” care poate afecta activitatea analizatorilor noștri. În funcție de nivelul de analiză ales, stimulul poate să fie foarte simplu (un spot luminos) sau foarte complex (un eveniment de viață precum moartea unei persoane apropiate). Stimulul poate fi subliminal (nu poate fi perceput conștient) sau supraliminal (poate fi perceput conștient). Odată perceput, el declanșează o serie de prelucrări informaționale, cu caracter local și/sau general, fiecare cu caracter specific și nespecific. Unele dintre ele au un dublaj lingvistic și, în consecință, pot fi conștientizate, în timp ce altele nu au un dublaj lingvistic, neputând fi conștientizate (David, 2000). Prelucrările informaționale care au un dublaj lingvistic pot funcționa conștient (raționament deductiv) sau inconștient (automatizarea unor deprinderi învățate conștient).

Evenimentul activator (A) nu este direct implicat în determinarea consecințelor (C), ci cognițiile (B) care se interpun între A și C sunt cele care produc C-urile. Așadar, descrierea A-ului trebuie să fie doar atât de detaliată cât să avem o imagine generală despre ceea ce se întâmplă, fără a intra în detalii, și numai atât cât pacientul simte nevoia să vorbească (de exemplu, A - probleme cu soția). Eventual, putem cere o exemplificare a A-ului (de exemplu, A - ultima ceartă) de la care să demarăm mai specific procesul de identificare a B-ului și a C-ului; acest proces poate începe însă și de la un A mai general. Vom reveni detaliat asupra A-ului atunci când vom aborda problema practică (vezi mai jos distincția dintre problema practică și problema emoțională).





### 2.2.2.2. Prelucrările informaționale/cognițiile (B)

Prelucrările informaționale se pot clasifica, cu referire la sursa lor, în de tipuri: descendente și ascendente. *Prelucrările informaționale descendente* influențate de baza de cunoștințe a subiectului; adică ele pot fi modific tehnici de intervenție psihoterapeutică. *Prelucrările informaționale ascende* sunt implicate în formarea reprezentării senzoriale a realității interne și sunt influențate și declanșate de caracteristicile fizice ale stimulilor ex interni; cel mai adesea ele sunt modulare și nu sunt modificabile prin te intervenție cognitiv-comportamentală, cel puțin la nivelul actual de *dez* terapiei cognitiv-comportamentale. Așadar, în interacțiunea sa cu n subiectul uman nu este un participant pasiv, el contribuind activ la repre ei. Această participare activă se realizează prin intermediul prelucrărilor ționale descendente.

Prelucrările informaționale pot fi analizate, în principiu, printr-o infii criterii. Din punct de vedere clinic, cele mai importante structuri cogn: următoarele: (1) cogniții descriptive și inferențiale (descrieri și infere cogniții evaluative (evaluări); (3) prelucrări inconștiente de informat analizăm în continuare.

#### 2.2.2.2.1. Cogniții descriptive și inferențiale (gânduri automate și scheme cognitive)

Procesările informaționale descendente influențează prelucrarea realității sau externe în două moduri. În primul rând, prin *cognițiile dese inferențiale* ele contribuie, împreună cu procesările informaționale asce *reprezentarea* realității în mintea noastră pentru a ne putea raporta la doilea rând, prin *cognițiile evaluative*, procesările descendente „r formele finale, nuanțând aceste reprezentări; astfel, pe baza așteptări tanțelor pe „care le generează asupra acestei realități, pornind de la < anterioară, cognițiile evaluative influențează modul în care ea este re] (vezi efectul expectanțelor asupra „figurilor duble" - *seeing is belief* direct, cât și prin intermediul cognițiilor descriptive și inferențiale reprezentarea perceptuală este prima modalitate de proiecție a știr sistemul nostru cognitiv. Ea generează, la rândul său, un lanț de informaționale. *Cognițiile descriptive* sunt acele structuri cognitive c dublaj lingvistic și care descriu/reflectă stimulii în sistemul cognitiv poziții de observație (protocolare). Spre exemplu, aserțiunea „Este < soția nu a ajuns încă acasă" este o descriere. Uneori, descrierea pi distorsionată; de pildă, într-o situație problematică, pacienții anxio; tendința să remarce în primul rând aspectele negative și amenințătoare< și să ignore aspectele pozitive de siguranță (vezi, de asemenea, și căzu

duble"). *Cognițiile inferențiale* au dublaj lingvistic, pornesc de la descrieri, dar trec dincolo de actul perceptiv (de exemplu, „Faptul că soția nu este acasă la ora 10 arată că mă înșală și că nu mă iubeste”). Dacă *cognițiile descriptive și inferențiale* au un caracter local, fiind asociate (adesea automat și inconștient) cu evenimente activatoare (A) specifice (de exemplu, un eveniment de viață), și pot fi accesate conștient prin proceduri specifice, atunci ele sunt numite *gânduri automate*; *gândurile automate* includ orice tip de prelucrare informațională, inclusiv imaginile mentale. *Gândurile automate* sunt *structuri cognitive locale* care derivă din *structuri cognitive generale de tip descriptiv și inferențial* (din structura de personalitate), numite *cogniții centrale și intermediare*, codate în sistemul cognitiv sub formă de *scheme cognitive*. Aceste *cogniții centrale și intermediare*, codate în mintea noastră sub forma unor *scheme cognitive*, au fost învățate în cursul dezvoltării ontogenetice, cu accent (neexclusiv însă) pe prima copilărie, și fac parte din structurile noastre de personalitate.

*Cognițiile descriptive și inferențiale*, numite în literatura de specialitate și „*cogniții reci*” (*cold cognitions*), deoarece nu pot genera direct reacții afective (dar pot produce comportamente operante !), independent de *cognițiile evaluative*, numite și „*cogniții calde*” (*hot cognitions*) (vezi David, 2006a), pot fi funcționale sau disfuncționale. Disfuncționalitatea se referă la faptul că nu sunt susținute logic (nu respectă principiile și regulile logicii), empiric (nu sunt dovezi care să le susțină) și/sau pragmatic (nu ne ajută). Funcționalitatea se referă la faptul că ele sunt susținute logic (respectă principiile și regulile logicii), empiric (sunt dovezi care să le susțină) și/sau pragmatic (ne ajută). Dacă *gândurile automate disfuncționale* (structurile cognitive locale) sunt parte a tabloului clinic (și factori de vulnerabilitate locală), *schemele cognitive disfuncționale* (structurile cognitive generale) sunt factori de vulnerabilitate generală (vezi și David și Szentagotai, 2006). *Gândurile automate și schemele cognitive funcționale* sunt factori de reziliență locală, respectiv generală, la boală și de promovare a sănătății și a comportamentelor adaptative.

Pe baza a zeci de studii, Aaron Beck (Beck, 1976) a descris cele mai importante structuri cognitive disfuncționale locale - *gânduri automate* - și structuri cognitive disfuncționale generale - *cogniții centrale și intermediare* -(definite logic și empiric), implicate ca mecanisme etiopatogenetice în patologie (prin această asociere sunt definite și pragmatic ca disfuncționale). Uneori, *cognițiile descriptive și inferențiale* (de exemplu, „Copiii nu mă iubesc”), deși corecte logic și empiric, sunt totuși disfuncționale, generând distres; în acest caz, ele fac obiectul intervenției psihoterapeutice prin tehnici pragmatice (vezi Capitolul 7, pentru detalii).

*Gândurile automate disfuncționale* pot fi grupate, sub aspectul conținutului informațional, în triada cognitivă: (1) *gânduri automate disfuncționale* cu referire la propria persoană (de exemplu, „Sunt slab”); (2) *gânduri automate dis-iinționale* cu referire la viitor (de exemplu, „Viitorul meu este fără speranță”);

(3) gânduri automate disfuncționale cu referire la experiențele proprii (de („Am ratat totul”).

Procesele informaționale care determină conținuturile informaționale care acestea apar împreună, formând structuri cognitive locale (gânduri au sunt descrise în continuare (Beck, 1976):

(1) Gândirea dihotomică - plasarea experiențelor de viață și a persoanelor din două categorii distincte, diametral opuse (bun - rău, inteligent frumos - urât etc). Varianta funcțională este gândirea nuanțată (de  $t$  este bun la X, mai puțin bun la Y etc.)

(2) Inferența arbitrară - extragerea unei concluzii specifice în lipsa celor care să o susțină sau în prezența dovezilor care să o infirme, funcțională este inferența susținută logic de dovezile existente.

(3) Abstracțiunea selectivă - centrarea pe un detaliu scos din context, totodată aspectele mai relevante ale situației și conceptualizarea experienței pe baza segmentului respectiv. Varianta funcțională este inferența susținută logic.

(4) Minimalizarea și maximizarea - evaluarea eronată a semnificației sau a importanței unui eveniment, într-o măsură suficient de mare pentru a crea distorsiune. Varianta funcțională este evaluarea adecvată a semnificației magnitudinii unui eveniment.

(5) Suprăgeneralizarea (generalizarea excesivă) - extragerea unei reguli sau concluzii pe baza unui sau mai multor incidente izolate și aplicarea acestei reguli în alte situații asociate sau nu cu incidentul respectiv, funcțională este generalizarea susținută logic.

(6) Gândirea emoțională - oamenii cred că ceva trebuie să fie adevărat așa „simt” ei, ignorând dovezile. Varianta funcțională este evaluarea de adevăr prin dovezi.

(7) Etichetarea - se atașează o etichetă globală propriei persoane și/sau fără a ține seama de dovezi care sunt incompatibile cu această etichetă. Varianta funcțională este evitarea etichetării și focalizarea pe conținut.

(8) Vederea „în tunel” - se notează doar aspectele negative sau doar cele pozitive. Varianta funcțională este înregistrarea tuturor dovezilor și a celor existente.

(9) Personalizarea - tendința de a asocia nejustificat evenimente cu propria persoană. Varianta funcțională este asumarea responsabilității când este cazul.

Toate aceste structuri cognitive locale sunt, la rândul lor, derivate din cognitive generale (cogniții centrale și intermediare). La nivelul C (centrale, două cogniții centrale disfuncționale de bază sunt relevante patologice (scheme cognitive disfuncționale): (1) ideea subiectului c

persoană rară valoare și neajutorată - autodeprecieri/neajutorare (*worthless/help-less*): „Indiferent ce fac, sunt fără valoare”, și (2) ideea că este o persoană neacceptată și apreciată de ceilalți - autoexcludere/neacceptare (*unlovable*): „Indiferent ce fac, sunt de neîubit”. Trebuie amintit aici că alți autori au identificat un număr mai mare de cogniții centrale disfuncționale (vezi Chestionarul de Scheme Cognitive Young în Anexa 1). Beck (1995) consideră însă că toate pot fi reduse la acestea două, principale. Din cognițiile centrale se dezvoltă cognițiile intermediare, clasificabile în trei categorii relaționate secvențial: atitudini, asumptii și reguli. Dacă cogniția centrală este disfuncțională (autodeprecieri), atunci cognițiile intermediare vor fi relaționate cu aceasta într-un mecanism etiopatogenetic complex: (1) atitudini (de exemplu, „Este rău să nu fii apreciat”); (2) asumptii pozitive cu rol compensator (de exemplu, „Dacă lucrez de două ori mai mult decât ceilalți, atunci ei mă vor aprecia și nu vor vedea că sunt prost”) și negative (de exemplu, „Dacă nu lucrez de două ori mai mult decât ceilalți, atunci ei nu mă vor aprecia și vor vedea că sunt prost”); (3) reguli cu rol compensator (de exemplu, „Trebuie să lucrez mult și să nu fac greșeli” - stil de personalitate perfecționist). Interacțiunea acestor elemente de vulnerabilitate cognitivă generală (cogniții centrale și intermediare disfuncționale), dobândită în cursul dezvoltării ontogenetice, cu evenimente activatoare concrete de viață (cum ar fi pregătirea pentru un examen dificil) duce la apariția unor gânduri automate disfuncționale (de exemplu, „Nu voi reuși”) care apoi generează : (1) răspunsuri afectiv-emoționale/subiective (anxietate), răspunsuri comportamentale (evitarea situației de examen) și psihofiziologice/biologice (tensiune) patologice sau (2) răspunsuri compensatorii, prin angajarea asumptiilor pozitive (de exemplu, individul se izolează și învață în plus).

Rezumând (vezi figura 2.3.), structurile cognitive generale (cognițiile centrale carele influențează pe cele intermediare - atitudini, asumptii, reguli), în interacțiune cu evenimentele activatoare specifice, generează structuri cognitive locale exprimate în gândurile automate care, la rândul lor, produc răspunsuri afectiv-emoționale/subiective, comportamentale și psihofiziologice/biologice; genei/ea răspunsurilor afectiv-emoționale/subiective este condiționată de prezența jgnițiilor evaluative (vezi mai jos). Dacă aceste mecanisme sunt disfuncționale, unei răspunsurile se vor exprima într-un tablou clinic; gândurile automate snincționale fac parte din tabloul clinic și constituie și factori de vulnerabilitate ala pentru celelalte componente ale tabloului clinic. Dacă aceste mecanisme M funcționale (de exemplu, cogniția centrală este „Indiferent de ceea ce fac, îit iubit de cei apropiați mie”), atunci răspunsurile se înscriu în sfera nor-lului.

**1**

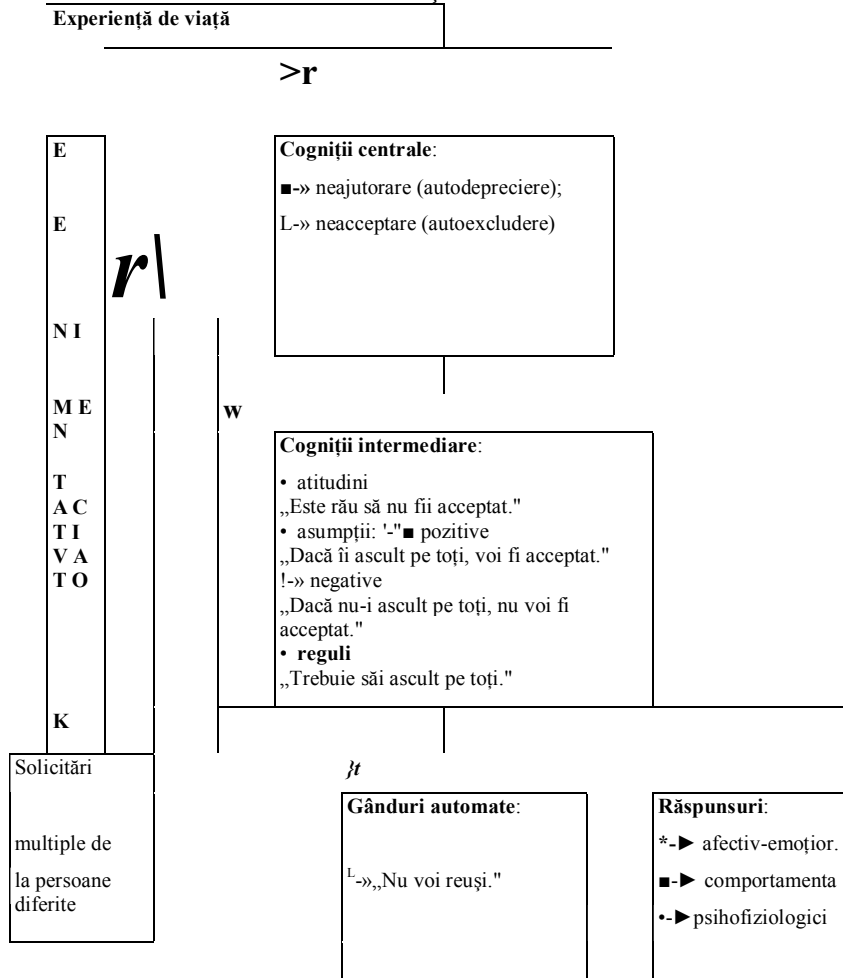


Figura 2.3. Relațiile dintre structurile cognitive locale și generale de tip și inferențial

În Anexa 1 (1.2 și 1.3) prezentăm principalele scale utilizate pentru gândurile automate disfuncționale (ATQ) și schemele cognitive (cognii și intermediare), funcționale și disfuncționale, (YSQ și DAS, foni Ambele pot fi folosite în scop educațional și de cercetare, anunțând International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies i Mental Health (<http://www.psychotherapy.ro>). Utilizarea lor în i servicii psihologice și/sau clinice necesită însă acordul International the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Hes [www.psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro)), care deține dreptul de Copyright, a cărui i are implicații penale.

#### 2.2.2.2.2. Cogniții evaluative (cogniții raționale și cogniții iraționale)

Cognițiile evaluative sunt structuri cognitive relaționate cu descrii rentele, au dublaj lingvistic, ele putând fi raționale sau iraționale ; în specialitate se mai numesc și „cogniții calde” (*hot cognitions*), < apariția reacțiilor afective. În acest context, termenul „rațional”

suportul logic, empiric și/sau pragmatic. „Irațional” înseamnă că ceva nu are suport logic, empiric și/sau pragmatic.

Cognițiile evaluative generale sunt structuri cognitive generale considerate surse de vulnerabilitate generală, fiind implicate în structurile de personalitate ale subiectului uman și în filosofiele lui de viață. În relație cu evenimentele activatoare specifice, ele pot genera structuri cognitive locale care iau forma cognițiilor evaluative locale (gânduri automate).

Albert Ellis (Ellis, 1962 ; 1994), pe baza a zeci de studii, a descris cele mai importante structuri cognitive evaluative generale (definite logic și empiric), implicate ca mecanisme etiopatogenetice în patologie - prin această asociere sunt și disfuncționale - (cogniții iraționale) și/sau în promovarea sănătății și a unui comportament adaptativ (cogniții raționale). Cogniția irațională generală centrală este gândirea inflexibilă, absolutistă (*demandingness*), din care derivă alte trei cogniții iraționale generale intermediare: catastrofarea (*awfulizing*), lipsa de toleranță la frustrare (*low frustration tolerance/frustration intolerance*) și evaluarea globală (*global evaluation*). Cogniția rațională-generală centrală este gândirea flexibilă, non-absolutistă (*preferential and accepting*), din care derivă apoi celelalte trei cogniții raționale generale intermediare : non-catastrofarea (*badness*), toleranța la frustrare (*frustration tolerance*) și evaluare contextuală (*antiglobal evaluation*). Atunci când sunt asociate cu evenimente activatoare specifice, aceste structuri cognitive evaluative generale generează structuri cognitive evaluative locale în forma gândurilor automate. Să analizăm în continuare procesele cogni-evaluative iraționale și raționale care, aplicate diverselor conținuturi, pot genera structuri cognitive evaluative generale, respectiv locale.

ua

rali

B) abilități noi : fobi : tan

inf și "ad( năni) ă

*Trebuie absolutist (gândire absolutistă) versus stilul preferențial (gândire teribilă)*

Specia umană are caracteristica de a avea scopuri/dorințe. Ele sunt exprimate iprelucrări

informaționale de tip așteptări ideale (*hopes*) (de exemplu, „Mi-aș

și să reușesc primul la acest examen, cu nota maximă, dar este puțin probabil să se întâmple”) și/sau de

tip expectanță (*expectancies*) (de exemplu, „îmi doresc să reușesc la aceste examene, dar nu cred să fie așa”). Ele marchează diferența între „eul real” (*expectmtdexpectancies*) și „eul ideal” (*așteptări/hopes*).

Din păcate însă, realitatea nu ne satisface mereu aceste scopuri/dorințe. Discrepanța

tre ceea ce ne dorim (mai ales la nivelul eului real!) și ceea ce se întâmplă

una dintre cauzele fundamentale implicate în psihopatologie (Beck, 1976;

Ellis, 1994). Rezolvarea acestei discrepante poate lua diverse forme :

*Budismul*: cele patru adevăruri nobile ale budismului ne învață că : (1) viața este suferință; (2)

suferința rezultă din dorință; (3) pentru a elimina suferința trebuie eliminată dorința; (4) eliminând

dorința, prin mijloace specifice, se ajunge la starea de nimicire și eliberare (Nirvana). Mijloacele specifice

reprezintă Marga - calea spre Nirvana - : (1) înțelegere corectă, (2) corectă, (3) vorbire corectă, (4) acțiune corectă, (5) trăire corectă, corect, (7) conștientizare corectă/*right mindfulness*, (8) concentrare Așadar, rezolvarea acestei discrepante cognitive s-ar putea face dorința prin cele opt căi. Un astfel de demers ar fi însă nerealist și acceptat pentru cultura europeană și nord-americană, în care doriri adesea cultivate.

(b) *Școala epicurică* sugera nu eliminarea dorințelor, ca în varianta bi reducerea lor drastică la un set care să asigure satisfacerea nevoilor biologice și sociale. În acest fel, având mai puține dorințe, probabi ele să fie nesatisfăcute scade și oamenii vor putea trăi într-o stare ps: de pace sufletească (ataraxie).

(c) *Școala stoică* rezolvă problema discrepantei arătând că aceasta este Stoicii erau pantești, considerând că Dumnezeu este prezent în to există. Dacă Dumnezeu este peste tot, atunci cum poate exista răul; există spuneau stoicii. Răul este corelativul binelui. Binele, așadar, există fără rău și, în consecință, răul este bine! Această etică stoicilor poate merge până la a afirma că un stoic înlănit și tor liber, căci nimeni nu îi poate lua libertatea de a simți durere și de cum să se raporteze la ea. Oricât de interesante sunt aceste abordări filosofice, ele ar putea fi doar de un segment îngust de populație. Pornind de la analiza mecanic; bază ale funcționării cognitive, psihologia (Beck, 1976; Ellis, 1962) { perspectivă care acoperă un segment larg al populației (încorporând și anterioare). Astfel, în principiu, putem avea un număr nelimitat de scopuri dar ceea ce contează este modul în care le formulăm! Unii dintre noi u că nu sunt dumnezei (și că scopul/dorința noastră, exprimată prin c devine automat realitate) și, pornind de la scopuri/dorințe, fac un salt: ajungând să considere că, dacă își doresc ceva, acel ceva trebuie cu ne< se întâmple. Raționalul poate acomoda faptul că ne dorim cât mai muli dar să nu uităm că simplul fapt că ne dorim ceva, oricât de mult, nu în: acel lucru trebuie să se întâmple. Așadar, în timp ce formularea abs rigidă a scopurilor/dorințelor în termeni de „trebuie” este un proces irațional, formularea lor *preferențială* și flexibilă, dublată de *acceptări* că ceea ce dorim s-ar putea să nu se întâmple, este un proces cognitr Aceste procese se pot aplica la diverse conținuturi asociate cu (1) persoană, (2) ceilalți și (3) viață, formând structuri cognitive evaluative dacă sunt asociate și cu evenimente activatoare specifice, ele formeaz cognitive evaluative locale în forma gândurilor automate. Așa cum aceste structuri cognitive raționale sau iraționale sunt predicții în foi țărilor (*hopes*) - cum sperăm/vrem să fie - și/sau a expectanțelor (*expe*



cura ne așteptăm să fie; după cum vom vedea în secțiunea dedicată consecințelor afectiv-emoționale/subiective, această distincție poate să fie una importantă. Prin urmare, alternativa la formularea absolutistă („trebuie cu necesitate”) nu este nepăsarea (indiferența), ci formularea intensă a unor scopuri/dorințe în termeni preferențiali (prefer), dublată de acceptarea faptului că, uneori, aceste scopuri/dorințe, cu referire la noi, lume și la ceilalți, nu se îndeplinesc (trebuie să acceptăm că, uneori, lucrurile nu se întâmplă cum ne propunem/dorim noi).

Este adevărat însă că, atunci când scopurile/dorințele sunt, ele însele, nerezonabile, se poate încerca terapeutic și restrângerea lor (număr, intensitate) - vezi epicurienii - și/sau modificarea lor (de exemplu, în alte scopuri/dorințe rezonabile, eliminarea unora) - vezi stoicii și budiștii. Acest demers este unul sensibil, cu implicații etice, în măsura în care fiecare om este liber să dorească orice; acesta este și motivul pentru care, dacă fac obiectul restructurării cognitive, adesea se utilizează tehnici pragmatice, mai puțin normative, de analiză a costurilor și beneficiilor lor. Utilizarea unor tehnici mai normative (de exemplu, cele logice) se poate face însă dacă dorințele sunt clar non-normative, patologice (de exemplu, în pedofilie).

Un analist fin, dar încă novice în abordările cognitiv-comportamentale, ar putea întreba „Cum rămâne atunci cu codurile etice și morale?”. Dumnezeu nu a spus că „...ar fi de dorit să nu furi”, ci formularea este în sens imperativ. O analiză atentă a demersului cognitiv-comportamental arată că aceasta este o pseudoproblemă. Dacă „trebuie” apare ca o condiție într-un proces cognitiv de tipul „Dacă ... atunci”, el este considerat rațional. Spre exemplu, „Dacă vrei să fii un bun creștin, atunci trebuie să nu furi” sau „Dacă vrei să intri la școala militară atunci trebuie să treci testul psihologic”. Deși, în aceste exemple, „trebuie” este imperativ, el nu este absolutist și rigid, deoarece noi optăm liber dacă vrem să fim sau nu buni creștini sau dacă vrem sau nu să mergem la școala militară. Într-adevăr, creștinismul nu te constrânge, ci îți arată o cale pe care apoi decizi, pe baza liberului-arbitru, dacă o urmezi sau nu! Odată ce avem aceste opțiuni, „trebuie” devine imperativ. Așadar, dacă „trebuie” apare într-o formulare condițională, el este rațional. Evident, este important ca însăși condiționarea să fie una rațională, acceptată social. Mulți pacienți dezvoltă condiționări iraționale: „Dacă vreau să fiu iubită de soț, trebuie să-i accept toate toanele”; în acest caz, deși „trebuie” este condițional, el este irațional deoarece condiționarea însăși este una irațională. Plastic spus, „Sfânta Treime” a nebuniei este formată din triada cognitivă: (1) eu trebuie cu necesitate... (de exemplu, să reușesc, să fiu primul); (2) ceilalți trebuie cu necesitate... (de exemplu, să mă respecte); (3) viața trebuie cu necesitate... (de exemplu, să fie dreaptă). Dacă am flexibiliza și transforma acest stil absolutist în unul preferențial - (1) eu prefer și fac tot ceea ce depinde de mine... (de exemplu, să reușesc, să fiu primul); (2) mi-ar plăcea și fac tot ea ce depinde de mine ca ceilalți... (de exemplu, să mă respecte); (3) mi-ar

plăcea și fac tot ceea ce depinde de mine ca viața... (de exemplu, să fie dre mare parte din psihopatologie ar fi eliminată.

## II. *Catastrofarea versus non-catastrofarea*

În situații negative de viață, unii oameni au tendința de a aloca *t* resurse cognitive prelucrării acestor evenimente. A catastrofa înseamnă < un eveniment negativ ca fiind cel mai rău lucru care ți se poate în Iraționalitatea - așa cum este exprimată aici - se referă la faptul că, o sever ar fi un eveniment negativ, a-1 evalua ca fiind cel mai rău lucru poate întâmpla este eronat și nefuncțional. În principiu, putem găsi orii eveniment potențial care să fie mai rău decât ceea ce noi definim la un *i* dat ca fiind răul cel mai mare. Albert Ellis spunea la un moment dat, *mt* că s-a gândit că cel mai rău lucru care *i* se poate întâmpla este să moară bucațele cu lama; dar și atunci și-a dat seamă că se poate și mai rău, în de graba cu care se taie ! Procesul rațional este de a evalua un eveniment pe un continuum, ținând cont de faptul că oricât de rău este ceea ce s-a înt nu putem afirma că este cel mai rău lucru care ni se poate întâmpla. T; marea acestor cunoștințe în proceduri clinice nu este un lucru ușor și făcută cu grijă, pe fondul unei relații terapeutice adecvate.

## III. *Toleranța scăzută la frustrare versus toleranța (crescută) la frust* Ca proces cognitiv irațional, toleranța scăzută la frustrare se referă la e\

unei situații ca fiind intolerabilă, în sensul că este imposibil de acceptat cu ea. Procesul cognitiv rațional se referă la faptul că evaluăm o situație foarte dificil de tolerat, dar faptul că nu ne place nu înseamnă că este în de trăit cu ea; faptul că nu mai suntem dispuși să o tolerăm și că facem ce depinde de noi să o schimbăm, nu înseamnă că este imposibil de tolei nu putem să ne bucurăm de alte situații și să experimentăm emoții pozitive

## IV. *Evaluarea globală versus evaluarea contextuală*

Evaluarea în termeni globali este un proces cognitiv irațional, tipic noastre. Avem, în mod natural, tendința de a ne evalua pe noi înșine ( bil/valoros), pe ceilalți (buni/răi) și realitatea înconjurătoare (dreaptă/ned Aceste evaluări se fac adesea pornind doar de la câteva comportame fenomene punctuale. Din punct de vedere logic, acest proces este o deoarece nu putem trage concluzii ferme și generale într-un raționament inductiv. Altfel spus, faptul că avem eșecuri nu înseamnă că suntem inc ci doar că avem uneori comportamente insuficient de performante. Noi tn ne acceptăm necondiționat ca persoane, pentru simplul fapt că există învățăm să ne evaluăm comportamentele, care, dacă sunt neperformante, îmbunătățite.

Acest lucru este valabil și în cazul evenimentelor pozitive. A spune, în urma unor succese, că suntem buni este tot o structură cognitivă irațională de evaluare globală. Implicațiile sunt uriașe! Programele de dezvoltare a stimei de sine sunt un medicament psihologic (o „pastilă psihologică”) care face mai mult rău decât bine. Dezvoltând stima de sine, noi nu îl învățăm pe client decât să promoveze evaluarea globală. Așa cum, pornind de la succese, se va evalua pozitiv (și va avea o stimă de sine pozitivă), în urma unui eșec va fi antrenat să se evalueze negativ. Alternativa este ca el să învețe să se accepte necondiționat ca persoană, să evalueze comportamentele și performanțele pe care le are, iar atunci când este cazul, să nu le accepte, ci să încerce să le modifice. Acest demers este similar cu textul biblic, care spune că nu trebuie să pedepsim păcătosul, ci păcatul. Și noi, ca terapeuți, acceptăm necondiționat pacientul, însă nu și comportamentele sale; lucrăm împreună cu el (cel acceptat) ca să și le schimbe. În acest sens, nu avem nici o problemă în a accepta în terapie criminali, violatori etc, deoarece, deși îi acceptăm ca persoane, nu suntem de acord cu comportamentele lor și lucrăm împreună pentru a le schimba. În cadrul intervenției terapeutice pacienții sunt învățați în mod activ și didactic să conștientizeze și să accepte faptul că fac parte dintr-o structură socială în cadrul căreia trebuie să manifeste grijă și înțelegere pentru cei din jur; acest lucru presupune acceptarea celorlalți ca ființe umane valoroase, indiferent dacă se comportă moral, competent sau corect, fără însă a le accepta comportamentele sau gândurile negative sau greșite. Totodată, având în vedere că oamenii sunt înclinați să caute mereu gratificarea imediată și împlinirea rapidă a dorințelor lor, unul dintre obiectivele intervenției noastre este ca pacienții să învețe să își urmărească cu realism scopurile, fără a emite expectanțe iluzorii asupra condițiilor de viață.

Rezumând (vezi figura 2.4.), structurile cognitive evaluative generale - cognițiile evaluative centrale (trebuie/preferință), care le influențează pe cele intermediare (catastrofare/non-catastrofare, toleranță scăzută la frustrare/toleranță la frustrare, evaluare globală/evaluare contextuală) - în interacțiune cu evenimente activatoare specifice generează structuri cognitive evaluative locale - cogniții evaluative centrale (trebuie/preferință), care le influențează pe cele intermediare (catastrofare/non-catastrofare, toleranță scăzută la frustrare/toleranță la frustrare, evaluare globală/evaluare contextuală) -, exprimate în gândurile automate care, la rândul lor, produc răspunsuri afectiv-emoționale/subiective, comportamentale și psihofiziologice/biologice. Dacă aceste mecanisme sunt iraționale, atunci răspunsurile se vor exprima într-un tablou clinic; gândurile automate iraționale fac parte din tabloul clinic și constituie factori de vulnerabilitate locală pentru celelalte componente ale tabloului clinic. Dacă aceste mecanisme sunt raționale (de exemplu, cogniția evaluativă centrală este formulată preferențial), atunci răspunsurile se înscriu în sfera normalului. Cognițiile evaluative generale sunt factori de vulnerabilitate generală (patogeneză) pentru patologie (vezi Anexa 2 : m. Decalogul iraționalității) și de reziliență generală (sanogeneză) pentru

promovarea sănătății (vezi Anexa 2: 2.2. Decalogul raționalității), devenii repere pentru un stil de viață sănătos (vezi Anexa 2: 2.4.; 2.6.).

Experiență de viață

E

V E N I  
M E N T

A C T I V A T O R

*r*

Cogniții evaluative generale centrale:

■—trebuie; \*-\* preferință

Cogniții evaluative generale intermediare:

- catastrofare/non-catastrofare și/sau
- torelanță scăzută la frustrare/ toleranță la frustrare și/sau

- evaluare globală/evaluare contextuală

Ceartă cu soția

Gânduri automate:

irațional: „Soția trebuie să mă iubească, altfel este groaznic” ;

rațional: „îmi doresc să fiu iubit de soție și e rău dacă nu se întâmplă asta.”

Răspunsuri:

l— afectiv-emoționale/subiei

■—comportamentale;

•— psihofiziologice/biologic

Figura 2.4. *Relațiile dintre structurile cognitive locale și generale de tip evaluativ*

V. *Cogniții evaluative : nuanțări.* Analizele de psihologie evoluționistă și David, 2003a; Ellis, 1994) arată că cognițiile iraționale sunt rezultatul proces adaptativ. Aceasta nu înseamnă însă că ele sunt adaptative și astăzi, de zeci de mii de ani, specia noastră s-a adaptat la un mediu și la sarcini simple și bine definite (a găsi hrană, adăpost și a procrea). În acest mediu, irațional era adaptativ : (a) sarcinile fiind simple, o hipermotivare în termi „trebuie” nu afecta performanța; (b) un stil catastrofic de gândire te prote măsura în care erai mereu vigilent și gata să reacționezi la pericol, fie că era sau nu real; (c) toleranța scăzută la frustrare te ajută să schimbi situai exemplu, să ucizi masculul dominant pentru a-i lua locul), iar (d) eva globală îți permitea categorizarea rapidă a ființelor sau lucrurilor utile sau din jurul tău. Deși mintea noastră s-a adaptat zeci de mii de ani prin sti cognitive pentru un astfel de mediu, ea este forțată de câteva mii de funcționeze într-un mediu modern, pentru care nu a fost pregătită. In : modern, hipercomplex, sarcinile sunt complicate și deschise. Ceea ce c

într-un mediu simplu și bine definit devine vulnerabilitate la boală într-un mediu complex. O hipermotivare în sarcini dificile duce la scăderea performanței. O anticipare a pericolului în situații sociale controlate (de exemplu, în fața unei clase) duce la ceea ce numim „anxietate de performanță”. O toleranță scăzută la frustrare care se exprimă în acte violente este drastic pedepsită. Evaluarea globală manifestată prin dispreț față de ceilalți sau față de propria persoană debilitază individul în interacțiunile sale sociale.

Plastic spus, noi suntem urmașii celor care au supraviețuit în mediul primitiv printr-un stil irațional. Iată de ce Ellis (Ellis, 1994) argumentează că este probabil să avem o predispoziție genetică de a gândi irațional; predispoziția nu înseamnă însă determinism genetic. Spre exemplu, faptul că (1) cognițiile iraționale apar la toți oamenii, indiferent de cultură, educație sau distribuție geografică, (2) sunt rezistente la schimbare, (3) se învață simplu, automat etc. sugerează această predispoziție genetică. Șansa noastră este că avem și predispoziția genetică de a putea încerca să gândim alternativ, rațional. Nimeni nu este perfect rațional sau perfect irațional; este vorba despre un raport între cele două stiluri cognitive, de dorit fiind, desigur, promovarea unui stil cognitiv cât mai rațional. Ținând cont de aceste predispoziții genetice potențiale, Albert Ellis Institute din SUA a dezvoltat programe de educație rațional-emoțională și comportamentală (*rational-emotive behavior education*) care să fie implementate de la vârste mici și prin care să se promoveze un stil cognitiv rațional, împiedicându-se dezvoltarea unui stil irațional (programe de prevenție primară); programele sunt adaptate însă dezvoltării ontogenetice, știut fiind faptul că anumite procese cognitive (de exemplu, evaluarea globală) sunt componente de normalitate în anumite stadii ale dezvoltării ontogenetice. Prima grădiniță cu acest profil a fost deschisă la New York în anii '60, astăzi un număr mare de școli din Australia și SUA implementând astfel de programe. Studiile existente sugerează că, în timp ce iraționalitatea crescută enerează emoții care implică supraactivare sau subactivare fiziologică, nivelurile azute de iraționalitate se asociază cu o activare fiziologică medie spre ridicată avid *et al.*, 2005). Conform legii optimului motivațional (Yerkes și Dodson, 8), până la un punct, cu cât crește intensitatea motivației crește și performanța sarcină, după care, o creștere a motivației duce la o scădere a performanței. t fel spus, o activare fiziologică medie spre ridicată, dată de prezența unor opuri/dorințe formulate în termeni preferențiali și asociată cu emoții funcționale, ar susține performanța optimă în sarcini complexe. în timp ce stilul eferențial se asociază cu emoții funcționale și ne menține în zona optimului otivațional, stilul absolutist se asociază cu emoții disfuncționale și poate duce o motivare excesivă, însoțită de o scădere a performanței. Așadar, un stil ațional într-un mediu complex constituie un factor de vulnerabilitate spre psihopatologie. Deși în sarcini simple și bine structurate cei care au un pattern minant irațional pot să fie la fel de performanți ca și cei cu un pattern cognitiv minant rațional, ei sunt serios afectați în ceea ce privește starea de sănătate.

Iraționalitatea este un factor de vulnerabilitate. Altfel spus, dacă există patol există iraționalitate, iar dacă nu există iraționalitate, nu există patologie poate exista iraționalitate fără a exista (deocamdată) patologie. Apariția tabl clinic este condiționată de apariția evenimentelor care pun în mișcare ac vulnerabilitate. Dacă evenimentele de viață confirmă iraționalitatea, nu va a tabloul clinic. Spre exemplu, un proces irațional de genul „Trebuie să fiu ap de toți colegii, altfel este groaznic” nu va genera psihopatologie dacă se înt; ca în prezent toți colegii să mă aprecieze. Acest proces irațional este în factor de vulnerabilitate, căci dacă în viitor anumiți colegi nu mă vo aprecia, aş putea ajunge să experiențiez o serie de emoții negative. Așac observă din nou că elementul necesar (nu și suficient) pentru patologi discrepanța dintre ceea ce se întâmplă și ceea ce dorim noi! Dacă nu această discrepanță, este puțin probabil să apară stări afective negative. In Anexa 1 (1.2.; 1.4.) prezentăm principalele scale utilizate pentru a cognițiile raționale și iraționale: ATQ - pentru cogniții evaluative ira locale - și GABS - pentru cogniții evaluative cu caracter general. Ele folosite în scop educațional și de cercetare, anunțând în prealabil Intern Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental (<http://www.psychotherapy.ro>). Utilizarea lor în cadrul unor servicii psih și/sau clinice necesită însă acordul International Institute for the Advance< of Psychotherapies and Applied Mental Health (<http://www.psychothei> care deține dreptul de copyright, a cărui nerespectare are implicații pen asemenea, Anexa 2 (2.2.; 2.3.; 2.4.) prezintă într-o manieră concret clinic, atât pentru pacient, cât și pentru terapeut, principalele cogniții r; și/sau iraționale descrise în această secțiune a lucrării. Privind implicațiile sănătatea și patologia organică poate fi utilizată Scala de Cogniții Ir Referitoare la Sănătate/Irrational Health Beliefs Scale (Christensen *et al* care nu a fost încă adaptată pentru populația din România.

#### 2.2.2.2.3. Cogniții descriptive și inferențiale *versus* cogniții evaluati nuanțări

Cele de mai sus fiind spuse, există câteva nuanțe care trebuie evidențiate cognițiile descriptive, inferențiale și evaluative care fac parte din tablo sunt cele locale (situaționale). Cognițiile descriptive, inferențiale cu general (cognițiile centrale și intermediare) sunt factori de vulnerabilit dispozanți), alături de cognițiile evaluative generale (vezi și figura 5.1. și Szentagotai, 2006). Cercetările vor trebui să clarifice mai bine modi ele interacționează pentru a genera gândurile automate. Spre exemplu Sz (Szentagotai *et al.*, 2005) arată că, în timp ce cognițiile evaluative gener „trebuie” și „evaluare globală” sunt codate ca scheme cognitive, „catas și „toleranța scăzută la frustrare” sunt codate mai degrabă ca rețele prop< (vezi, pentru detalii, Anderson, 1990 ; 2000). în plus, există o similar

cognițiile evaluative generale și cognițiile intermediare în forma atitudinilor și regulilor. Acestea sunt teme de cercetare actuale în terapia cognitiv-comportamentală. Studiile recente (Dryden, 2003) sugerează (vezi și figura 2.5) că cognițiile evaluative sunt, la rândul lor, factori de vulnerabilitate pentru apariția cognițiilor descriptive și inferențiale pe care apoi le evaluează.

Altfel spus (vezi figura 2.5.), în interacțiune cu evenimentele activatoare, structurile cognitive generale (factori de vulnerabilitate generală) - cognițiile centrale și intermediare și cognițiile evaluative generale (centrale și intermediare) - produc structuri cognitive locale (factori de vulnerabilitate locală, parte a tabloului clinic) - gânduri automate - în forma (a) cognițiilor descriptive și inferențiale locale și (b) a cognițiilor evaluative locale (centrale și intermediare). Ulterior, acestea generează, la rândul lor, răspunsuri afectiv-emoționale/subiective, comportamentale și psihofiziologice/biologice; răspunsurile comportamentale operante pot fi generate și direct de cognițiile descriptive și inferențiale locale, dar răspunsurile afective sunt mediate obligatoriu de cognițiile evaluative locale (Lazarus, 1991). Relația dintre descrieri și inferențe locale și evaluări locale este similară celei dintre cognițiile generale, centrale și intermediare și evaluările generale, și anume, cognițiile evaluative influențează apariția celor descriptive și inferențiale, iar apoi le evaluează.

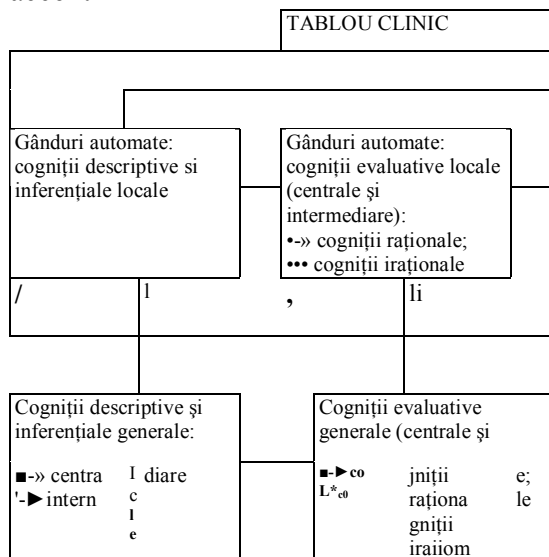
Răspunsuri:

comportamentale; \*

afectiv-emoționale/subiective; psihofiziologice/biologice

Figura 2.5. *Interrelaționarea cognițiilor descriptive, inferențiale și evaluative, generale și locale, în generarea tabloului clinic*

Accesul la structurile cognitive descrise în figura 2.5. nu este ușor. De obicei, primele care se conștientizează sunt gândurile automate în forma descrierilor și inferențelor locale. Apoi, pornind de la ele, vom încerca să găsim gândurile automate în forma evaluărilor locale. Structurile cognitive generale sunt și mai greu de identificat, mai ales în cazuri de patologie. Ele sunt învățate în cursul dezvoltării ontogenetice, în relațiile cu persoanele semnificative, cu accent



neexclusiv pe prima copilărie, făcând parte din structura noastră de per (de exemplu: stil funcțional/rațional - optimism; stil disfuncțional/i pesimism). Dacă sunt disfuncționale, ele vor fi protejate de o serie de intermediare, pacientul fiind extrem de defensiv în abordarea lor, iar uneori conștient de natura lor, ca urmare a unei compensări cronice. În principiu identificarea acestora se pornește de la gânduri automate mai ușor accesibile\* (descrieri și inferențe locale), după care se aplică două strategii combinate *interviul inferențial (inferențe chianing)* ne ajută să ajungem de la „cogniții calde”, mergând pe firul ideii pacientului. Pentru a evidenția ev; cerem pacientului să presupună că descrierile și inferențele sale sunt corecte chiar se întâmplă să fie corecte, dar asta nu înseamnă că, sub aspect psihic nu sunt disfuncționale!). Acesta este un demers pe orizontală (vezi figura 2.5.)

#### EXEMPLUL 1

*Pacient:* Nu voi reuși să fac proiectul (gând automat: inferență locală, sursă *Terapeut:* Hai să presupunem deocamdată, de dragul discuției, că se va întâmpla; Ce înseamnă asta pentru tine ?

*Pacient:* Este groaznic să nu reușesc, trebuie să reușesc să-l termin (gând evaluare locală, situațională).

Pentru a ajunge la structurile profunde, utilizăm *tehnica analizei coborâtoare (downward arrow technique)*. Altfel spus, pornim de la gândurile identificate anterior și ajungem treptat la structurile profunde de psihologie de viață (cognițiile descriptive, inferențiale și evaluative). Acesta este un demers pe verticală (vezi figura 2.5.).

#### EXEMPLUL 2

Grupând gândurile automate (de preferință pe cele referitoare la cognițiile descriptive și inferențiale, pentru că sunt mai puțin încărcate emoțional și nu amorsează puternic ca și cognițiile evaluative mecanismele de compensare și protecție; sugerează structurile cognitive profunde. Gândurile automate de tip inferențiale de felul „Nu voi reuși”, „Voi greși”, „Nu e pentru mine”, „Alții sunt etc.”, ne duc cu mintea la o cogniție centrală de genul autodeprecierii: „Su fără valoare”. Se cere pacientului să facă această sinteză, iar noi îl ajutăm numai dacă subiectul acceptă structurile cognitive generale identificate, cu procesul încheiat (el rămânând însă deschis la adaptări, în funcție de noi ir

*Terapeut:* Din analizele noastre de până acum am notat gândurile automate-am identificat împreună : „Nu voi reuși”, „Voi greși”, „Nu e pentru mine sunt mai buni”. Adunate laolaltă, ce crezi că spun ele despre tine ?

*Pacient:* Că nu am încredere în mine.

*Terapeut:* Nu ai încredere în tine deoarece te vezi cum ?

*Pacient:* Inferior celorlalți (cogniție centrală).

Pornind de aici, putem găsi apoi și cognițiile evaluative generale, prin *inferențial*:



*Terapeut:* Hai să presupunem deocamdată că ceea ce crezi este corect. Și anume, ești inferior și prost în comparație cu ceilalți. Ce înseamnă asta pentru tine? *Pacient:* Nu pot tolera acest lucru! Trebuie să reușesc, altfel este groaznic (cogniție evaluativă generală).

Uneori, aceste structuri cognitive (vezi figura 2.5.) devin atât de rigide și activate, încât prezența unui eveniment activator nu mai este importantă pentru menținerea simptomatologiei; clinicienii se referă la acest fenomen cu sintagma „tulburări endogene”. Altfel spus, aceste structuri cognitive, locale și/sau generale, dobândesc autonomie funcțională față de evenimentul activator care le-a declanșat, iar apoi se autoîntrețin, determinând selecția din mediu numai a elementelor congruente cu ele (de exemplu, un pacient depresiv tinde să selecteze în mediu doar aspectele negative, care îi susțin structurile cognitive disfuncțio-

le/iraționale, ignorând aspectele pozitive). În plus, unele sunt atât de activate, ~ât sunt declanșate de evenimente activatoare care nu au, statistic vorbind, loarea unui stresor puternic.

Aceste structuri cognitive pot explica atât comorbiditatea mare a tulburărilor psihice și faptul că evaluările psihologice care stau la baza lor par să încarce un factor comun (de exemplu, neuroticismul), cât și diferențele fine dintre ele. Altfel spus, structurile cognitive generale explică suprapunerile lor, iar cele locale, diferențele dintre ele. Spre exemplu, aceeași structură cognitivă generală („Trebuie să fiu apreciat”) poate determina, prin structurile cognitive locale (gândurile automate), o stare depresivă (de exemplu, un gând automat: „Faptul că nu am fost apreciat arată că sunt un prost”) sau una de anxietate (de exemplu, gândul automat: „Este groaznic că nu am fost apreciat”); datorită structurii cognitive generale va exista adesea o comorbidiată și suprapunere între anxietate și depresie, dar și diferențe specifice, determinate de gândurile automate. Această imagine etiopatogenetică este mai complexă decât poate oferi astăzi abordarea psihiatriei biologice, care este nevoită să reducă sutele de categorii nosologice ale DSM la jocul și interacțiunile unui număr limitat de neurotransmițători (serotonină, adrenalina etc). Aceiași transmițători par să fie implicați într-o mulțime de tulburări mentale, fiind greu ca, pe baza lor, să se explice diferențele specifice dintre tulburări; probabil ei ar corespunde psihologic unor structuri generale de tip cogniții centrale, intermediare sau evaluative (scheme cognitive).

#### 2.2.2.2.4. Cogniții: clarificări avansate

În acest context, trebuie discutate câteva constructe care pot induce confuzie. Astfel, se vorbește uneori despre cogniții negative și pozitive sau, la nivelul simțului comun, de „gândire pozitivă” și „gândire negativă”. Este „gândirea pozitivă” bună, iar cea „negativă” rea, așa cum pare să o sugereze numele? Răspunsul este nu, lucrurile fiind mai nuanțate. Cognițiile negative sunt cogniții /cu valență negativă; în cazul unui eveniment negativ (de exemplu, moartea

soției) ele pot să fie funcționale sau raționale (de exemplu, „Va fi greu s fără soție”), respectiv disfuncționale sau iraționale (de exemplu, „Nu fără soție”). La rândul lor, cognițiile pozitive sunt cogniții cu valență (ele sunt promovate de psihologia și terapia pozitivă); ele pot să fie fii sau raționale (de exemplu, „Cred că pot reuși”), respectiv disfuncțio iraționale (de exemplu, „Trebuie cu necesitate să reușesc și voi reuși; n altfel! ”). A se observa că, așa cum cognițiile negative sunt uneori fu sau raționale, și cele pozitive sunt uneori disfuncționale sau iraționale, probleme psiho-comportamentale și emoționale (de exemplu, sănătate iluzorie). Așadar, „gândirea pozitivă”, în forma iluziilor pozitive și mismului, este un factor de reziliență util în promovarea sănătății și în p patologiei numai dacă are o componentă de „funcționalitate/raționalitate spus, dacă nu ne separă de realitatea în care trăim și cu care ne confrunți sunt prea accentuate, iluziile pozitive și/sau optimismul nerealist sui implicate în tulburări psihice (de exemplu, hipomanie). Dacă ele li desăvârșire, de asemenea nu este bine, ca în cazul tulburărilor de tip (Taylor, 1993). Situația de dorit este aceea în care avem iluzii pozitive și un optimism realist. Ea corespunde prezenței cognițiilor funcțional\* nale, definite nu atât logic și/sau empiric, cât mai ales pragmatic și aspectul valenței lor, se traduc în „gândire pozitivă” sau în „gândire n ambele cu influențe benefice pentru promovarea sănătății și remiterea clinic. Așadar, cognițiile pozitive și negative nu sunt altceva decât funcționale sau disfuncționale, respectiv raționale sau iraționale, vă prisma valenței lor. Nu întotdeauna pozitivul este bun (funcțional/rațioi optimismul nerealist -, iar negativul rău (disfuncțional/irațional) - vezi p< realist. Uneori o gândire pozitivă excesivă ( „Sunt cel mai bun și m< tratat în consecință”) poate să fie disfuncțională (îmi crează dificultăți ( nare interpersonală), iar una negativă ( „Nu sunt bine pregătit astăzi și să nu reușesc”) poate să fie funcțională (mă mobilizează și mă face n Acestea fiind spuse, evident că în literatura de specialitate exist constructe cognitive (probabil sute), asociate cu răspunsurile subiectu Care este statutul lor și/sau relația cu cele discutate mai sus ? Cercetări (vezi Beck, 1995 ; David și Szentagotai, 2006; Ellis, 1994): (1) ele si superpozabile peste cele de cogniții descriptive, inferențiale și evaluai (2) efectul lor este mediat de acestea și/sau (3) ele nu aduc un plus de c față de cognițiile descriptive, inferențiale și evaluative (în diversele lor descrierea, explicarea, predicția și organizarea răspunsurilor subiectu Spre exemplu, constructele *hardiness* (Kobassa, 1979), „pessimism și < (Chang, 2000) se suprapun, în fapt, peste cele de cogniții funcționale și Impactul constructului „suport social perceput” asupra răspunsurilor s uman poate fi mediat de cognițiile funcționale/disfuncționale și raț ționale (Baum *et al.*, 1997). Alte constructe, precum cel de „iluzii po;

aduc nimic în plus față de cele de cogniții funcționale/disfuncționale și raționale/iraționale în descrierea, explicarea, predicția și organizarea răspunsurilor subiectului uman, atunci când sunt evaluate simultan (de exemplu, în ecuație de regresie). Ele aduc, desigur, alte perspective teoretice, dar impactul lor pragmatic și clinic *este ne semnificativ* față de intervențiile cognitiv-comportamentale existente.

În plus, prin analiză detaliată (moleculară), constructele cognitive prezentate în acest capitol reinterpretează și oferă o mai bună înțelegere unor fenomene care, anterior, au fost conceptualizate în termeni generali (molari) și/sau non-cognitivi. Spre exemplu, constructul „perfectionism” a fost clarificat (vezi mai jos) prin analize multinivelare (cogniții centrale-intermediare - gânduri automate), cu implicații pentru modificarea acestei caracteristici.

Acestea fiind spuse, nu înseamnă că nu pot fi elaborate alte constructe cognitive (prin dezvoltarea celor prezentate sau apariția altora noi) și/sau non-cognitive care să aibă o contribuție epistemică dincolo de a celor descrise aici; spunem doar că, în acest moment, factorii cognitivi discutați au cea mai mare contribuție epistemică, fără a fi completă, în conceptualizarea (explicarea, predicția, descrierea și/sau organizarea) răspunsurilor subiectului uman.

#### 2.2.2.3. Prelucrări informaționale inconștiente

Uneori între evenimentul activator (A) și consecințe (C) se interpun prelucrări informaționale inconștiente (B) (vezi figura 2.2.). Aceste prelucrări informaționale nu pot fi conștientizate, ele bazându-se pe structuri subcortice - de exemplu, amigdala - (LeDoux, 2000). Consecințele lor devin însă un nou eveniment activator (A2) care poate amorsa prelucrări informaționale conștiente (B2). Unii autori (Beck, 1976; Ellis, 1994) sugerează că efectele acestor prelucrări informaționale în cazul speciei umane nu sunt suficient de puternice pentru a deveni clinice. Ele sunt însă suficient de puternice pentru a deveni un eveniment activator (A2) care declanșează prelucrările informaționale (B2) ce pot avea consecințe clinice (C2) (David, 2003a).

<\$> EXEMPLU A - B (cogniții inconștiente) - C/A2 - B2 - C2

Așadar, indiferent dacă consecințele lor directe sunt sau nu de intensitate clinică, aceste prelucrări informaționale sunt mecanisme importante în lanțul etiopatogenetic. Caracterul lor funcțional/rațional sau disfuncțional/irațional este dat de natura adaptativă sau dezadaptativă a comportamentului și/sau de caracterul funcțional și/sau disfuncțional al reacțiilor afectiv-emoționale/subiective pe care le generează.

Modificarea lor se poate face prin tehnici comportamentale (vezi Capitolul tehnicile cognitive existente nefiind încă suficient de avansate pentru identific și modificarea lor.

#### 2.2.2.4. *Funcțiile prelucrărilor informaționale*

Unele prelucrări informaționale pot avea funcție de mecanism de coping. Ac se întâmplă atunci când ele urmează unui eveniment activator (A) de tip subiectivă (emoție) și prin ele încercăm să modulăm trăirea respectivă. . spus, un mecanism de coping nu este o structură cognitivă aparte, cLe funcție pe care o dobândește o structură cognitivă atunci când are rolul modula o stare afectivă (Cramer, 1998). Așadar, o cogniție descriptivă, rențială sau evaluativă disfuncțională/irațională sau funcțională/rațională avea funcție de mecanism de coping dezadaptativ, respectiv adaptativ, urmează și se referă la un eveniment activator (A) de tip afectiv-emoțional/s tiv; este vorba de o metacogniție în raport cu cogniția care a generat afectiv-emoțională/subiectivă și va produce o metaconsecință (de exem metaemoție) cu referire la starea afectiv-emoțională/subiectivă pe care o lează.

#### <\$> EXEMPLUL 1

A (ceartă cu soția) - B (cogniție irațională: „Sunt fără valoare ca om”) - < depresivă)/A2 - B2 (metacogniție/mechanism de coping: „Este groaznic deprimat”) - C2 (metaconsecință/metaemoție : panică).

#### <\$> EXEMPLUL 2

Prezența unei stări afective disfuncționale determinată de o cogniție centrală țională (de exemplu, autodeprecieri : „Sunt incapabil”) poate fi redusă con autodeprecieri prin procese informaționale (cogniții intermediare) de genul lucrez serios și de două ori mai mult decât ceilalți, atunci voi avea și eu o per bună" (asumpții pozitive); „Totul trebuie să fie perfect! " (regulă). O persoană va avea un comportament perfecționist, fiind evaluată adesea ca se de încredere. Evident că un stil perfecționist poate rezulta și fără pre compensare, dintr-un mod de gândire rațional și/sau cogniție centrală fum „Fac tot ceea ce depinde de mine ca să fiu bun, dar accept faptul că, uneori eșecuri". Deși în situații obișnuite cele două persoane din acest exemplu deosebi sub aspectul performanței comportamentale, în situații de criză și merare a sarcinilor, cea care utilizează un mecanism de compensare po; apărând simptome nevrotice. Constructele care pot fi utilizate pentru a dese situații sunt cele de sănătate mentală iluzorie, respectiv de sănătate mentală, mentală iluzoriile se referă la faptul că există o vulnerabilitate generală m; psihopatologie, care este însă compensată cu cogniții intermediare, compe poate ceda la solicitări mari și neprevăzute. Sănătatea mentală se referă la

bine fizic, psihic și social, în condițiile unei vulnerabilități generale scăzute pentru psihopatologie. Constructul „mecanisme de coping (adaptare)” include (a) atât constructul de „mecanisme de apărare (defensive)”, angajate automat și/sau inconștient, descris de tradiția dinamic-psihoanalitică, cât și pe cel de (b) „mecanisme de adaptare”, angajate intenționat și conștient (dar care, cu timpul, se pot automatiza), focalizate pe problemă (A2) sau pe emoție (B2 - C2). Mecanismele de coping sunt complexe, putând fi cognitive, comportamentale și/sau psihofiziologice/biologice. Evident că toate trei implică prelucrare informațională; atunci, de ce le-am separat? Separarea este una didactică pentru a înțelege mai bine diversitatea acestora. Mecanismele de coping cognitiv se referă la acele prelucrări informaționale care pot fi conștientizate și care pot, la rândul lor, avea outputuri cognitive, comportamentale și psihofiziologice/biologice. Atunci când se face referire la funcția lor de coping, mecanismele cognitive sunt descrise în literatură (vezi tabelul 2.2.) nu doar în formă cognitivă, ci și în unitate cu consecințele lor afectiv-emoționale/subiective, comportamentale și psihofiziologice/biologice. Mecanismele de coping comportamental se referă la acele comportamente la care elementul cognitiv este minim și adesea inconștient (de exemplu, comportamentul operant întărit negativ); similar, unele mecanisme psihofiziologice/biologice pot implica la minimum prelucrările informaționale (de exemplu, răspunsul de stres la un stresor fizic intens - arsuri). În general, mecanismele de coping (vezi tabelul 2.2.) nu sunt adaptative și utile sau dezadaptative și inutile în sine. Eficiența lor este dată de momentul și durata folosirii. Astfel, negarea defensivă poate ajuta persoana care tocmai a suferit o traumă să își țină sub control emoțiile negative extrem de intense; utilizarea ei prelungită duce însă la incapacitatea integrării evenimentului traumatic în viața persoanei, cu impact negativ asupra adaptării viitoare a acesteia.

Tabelul 2.2. *Mecanisme de coping cognitiv (incluzând mecanisme de apărare/defensive și de adaptare) implicate în sănătate și patologie*

| Mecanismul de coping | Descriere   | Exemple  |
|----------------------|---|--|
| Negarea defensivă    | Credința că stimulul care duce la apariția anxietății nu există.<br>Refuzul de a crede și accepta ceea ce s-a întâmplat (realitatea). | O persoană căreia i-a murit cineva apropiat refuză să creadă și continuă să se comporte ca și cum celălalt ar fi încă în viață. O persoană căreia i s-a diagnosticat o boală gravă neagă diagnosticul și pretinde că medicul a greșit. |

| <b>Mecanismul de coping</b>     | <b>Descriere</b>   | <b>Exemple</b>   |
|---------------------------------|--|--|
| Regresia                        | Reîntoarcerea la o etapă anterioară de dezvoltare.   | Un adult care tocmai a aflu nu a promovat examenul c licență se așază pe jos și îi să plângă.<br>O soție enervată aruncă di soț cu vaza cu flori.  |
| Reacția inversă                 | Adoptarea unei convingeri/reacții opuse celei inițiale, deoarece aceasta este indezirabilă și ar genera anxietate. | O persoană care are preju față de o anumită etnie se festă extrem de prietenos reprezentanții respectivei Mama unui copil nedorit! comportă cu acesta extren protectiv și de tandru.                                 |
| Proiecția                       | Atribuirea propriilor dorințe sau trăsături negative unei alte persoane.   | O persoană care nu a reuș își argumenteze punctul d vedere, susține că interloc său este prost. O femeie care tocmai s-a despărțit de partenerul săi susține că vina pentru eșe cuplului este în întregime acestuia. |
| Sublimarea                      | Manifestarea dorințelor inacceptabile într-o manieră acceptabilă social.   | O persoană care își manii impulsurile agresive prac sporturi violente.<br>Un bărbat care își manife impulsurile sexuale devei dansator sau pictând nudi feminine.  |
| Deplasarea                      | Redirecționarea dorințelor către o țintă mai puțin amenințătoare.  | O persoană trânteste ușa a nu-1 lovi pe cel care l-a rat.<br>Un soț iritat de o discuție șeful își descarcă nervii c tându-se cu soția.  |
| Intellectualizarea/<br>Izolarea | Evitarea emoțiilor inacceptabile prin centrarea pe aspectele intelectuale.   | O persoană aflată în dolii centreză pe detaliile de organizare a înmormânta pentru a evita tristețea și deprimarea.  |
| Represia                        | Înlăturarea din conștiință, în mod neintenționat, a unor dorințe, idei sau evenimente.                             | O persoană abuzată sexu copilărie dezvoltă amnez pentru episodul respecth  |

| Mecanismul de coping                   | Descriere   | Exemple   |
|--|---|---|
| Raționalizarea                         | Oferirea unei justificări raționale, logice și plauzibile în locul adevăratului motiv, pentru a apărea într-o lumină favorabilă.                                | Un angajat concediat datorită incompetenței susține că, de fapt, șeful său nu l-a plăcut. Un student care a picat la examen deoarece nu a învățat suficient pretinde că profesorul nu le-a dat destul timp pentru rezolvarea subiectelor. |
| Identificarea                          | Alierea cu o altă persoană (sau grup de persoane) și adoptarea comportamentelor și a reacțiilor acesteia.   | Un elev agresat frecvent de un grup de colegi mai mari începe să se îmbrace și să se comporte asemenea lor.   |
| Disocierea                             | Separarea în memorie a diverselor aspecte ale unui eveniment traumatic sau neplăcut.  | O femeie care a fost agresată sexual își poate aminti cum a decurs evenimentul, dar nu și cum s-a simțit în acel moment.  |
| Supresia/Suprimarea                    | Evitarea intenționată a reamintirii problemelor, dorințelor, emoțiilor perturbatoare.   | O persoană care a trecut printr-un moment dificil sau jenant evită să se gândească la momentul respectiv.   |
| Anulare retroactivă ( <i>Undoing</i> ) | Anularea retroactivă a unor gânduri, cuvinte, gesturi, acte pe care persoana le regretă prin angajarea în gânduri, cuvinte, gesturi, acte opuse celor dinainte. | O persoană care a spus la un moment dat ceva exagerat de critic la adresa părinților săi, revine și spune ceva pozitiv despre aceștia.  |
| Compensarea/Substituția                | Înlocuirea unui obiect prin altul analog. Încercarea de a compensa nereușitele într-un domeniu prin rezultate superioare într-un altul.                         | Studentul mediocru muncește pentru a deveni un atlet de excepție.<br>Partenerul nefericit în căsnicie devine un părinte deosebit.   |

*Notă:* Exemplele din tabel ilustrează mecanismele de apărare, fără ca aceasta să însemne că prezența situațiilor de mai sus reflectă automat prezența mecanismelor de apărare.

#### 2.2.2.5. Consecințe (C)

Consecințele prelucrărilor informaționale (conștiente sau inconștiente) sunt adaptative/funcționale sau dezadaptative/disfuncționale. Ele se manifestă la trei niveluri: (1) afectiv-emoțional/subiectiv; (2) comportamental și (3) psihofiziologic/biologic; așa cum am mai spus, consecințele afectiv-emoționale/subiective sunt rezultatul interacțiunii dintre modificările cognitive, comportamentale și psihofiziologice/bio-logice. Interacțiunile dintre toate aceste niveluri împreună cu conținuturile

informaționale asociate (gânduri automate) formează tulburări psihice sp< (vezi DSM) sau experiențe integrative care țin de normalitate (de ext altruism). Odată generate, aceste consecințe devin un nou stimul (A2) naștere unui alt lanț de prelucrări informaționale, numite metacogniții (1 altor consecințe, numite metaconsecințe (C2), care, la rândul lor, produc lanț, și așa mai departe, după modelul de mai jos :

A----->. B-----+ C/A2-----^ B2----->. C2

unde: A - dificultăți de comunicare în cuplu; B - de exemplu, „Este groazi mă părăsește” ; C - panică; B2 - „Faptul că am aceste stări de panică arată o persoană slabă” ; C2 - metaemoție, stare depresivă : depresie legată de

#### 2.2.2.5.1. Nivelul psihofiziologic/biologic

Consecințele prelucrărilor informaționale la acest nivel sunt complexe. Le < ficăm în continuare prin răspunsul de stres (Selye, 1976) mai clar circur literatură și în relație directă cu patologia.

Hans Selye (1907-1982) a descris cele trei faze care au loc atunci c&acirc;n organismului acționează un stresor; el a obținut acest pattern supun&acirc;nismul direct la stresori puternici (de exemplu, extract hormonal, fri etc). *Prima fază* este cea de *alarmă*, o stare de activare fiziologică, sii faza de „luptă sau fugă” (*fight orflight/flee*) descrisă pentru prima dată < Cannon (1871-1945) în 1929. Ea pregătește organismul pentru confru stresorul și se manifestă prin activarea sistemului nervos vegetativ (cu d simpatică) și a axului hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian, ceea c eliberarea hormonilor de stres (de exemplu, adrenalină, noradrenalină și Adrenalina și noradrenalină în general prelungesc și susțin activitatea ! nervos vegetativ (pentru detalii, vezi Baum *et al.*, 1997). Astfel, creștere a ratei cardiace, a forței de contracție a inimii, dilatarea 1 dilatarea pupilei, în general vasoconstricție (dar vasodilatație la nivel laturii striate), inhibarea motilității sistemului digestiv. în această fază,: o scădere a rezistenței generale a organismului la stresori. Ca urmare crescut de cortizol, în această fază suntem mai susceptibili la infecții. 1 Selye a observat o creștere a glandelor suprarenale, o reducere a ti splinei și leziuni ulceroase ; ulterior, acestei triade clasice i s-au adă modificări (scăderea în greutate). Trebuie menționat că, la anumite activarea sistemului nervos vegetativ poate să ducă, în mod paradox\* nanță parasimpatică, ceea ce determină scăderea tensiunii, relaxare etc. Dacă stresorul continuă, organismul intră *Xnfaza a doua*, cea de în care observăm modificări în sens invers ale parametrilor alterat alarmă. Spre exemplu, în această fază se acumulează hormoni de stn glandelor suprarenale, se reduce cantitatea de cortizol din sânge, au



# r

## SĂNĂTATE ȘI BOALĂ

95

iice piu, land

), Și 1 alt

Iacă sunt ică.

îpli-

is în

îpra

rga-

suri

a cu

ilter

i cu

antă

e la

o)).

i/ui

: o

Tor,

;cu-

luce

ului

eci,

ii și

alte

ine,

imi-

lară

nță,

i de

elul

;teri

în greutate etc. în general, rezistența organismului la stresorul specific este crescută peste nivelul obișnuit, dar rezistența la alți stresori este scăzută. Dacă stresorul continuă, atunci organismul intră în *faza a treia*, cea de *epuizare*, în care apar din nou modificări similare celor din faza de alarmă, dar ele sunt adesea ireversibile, iar în cazuri extreme se poate ajunge chiar la moarte. Aceste modificări sunt nespecifice, în sensul că nu sunt determinate de particularitățile stimulului, apărând la orice stresor. Ele sunt însă specifice în sensul că se manifestă similar la acțiunea diverșilor stresori; altfel spus, sunt modificări specifice determinate mai ales de hormonii de stres induși non-specific de diverși stresori. Tulburările de adaptare sunt cele în care aceste modificări sunt implicate predominant în apariția bolii (pentru detalii, vezi Selye, 1976).

*Tabelul 2.3. Componentele evoluției posibile a unui răspuns de stres de la o etapă inițial normală la boală psihosomatică cu modificări organice, trecând prin faza de tulburări funcționale (după Iamandescu, 2002)*

Aparate și sisteme

Aparat cardiovascular

Componente psihofiziologice

normale ale reacției la stresor

- tahicardie

- fluctuații tensionale

Aparat lîfăpmtor

Tulburări funcționale

polipnee

palpitații lipotimii sincope hiper- sau hipotensiune

\*J—

\- s>e.wiA\ja. de opresiune toracică  
Boli psihosomatice cu leziuni organice

- tahicardie paroxistică
- COTOnâropatii
- hipertensiune arterială

astm lîrot\%vc

|                  |  |  |   |
|------------------|--|--|---|
| \paial cugesuv   | - inapetență<br>- senzație de jenă epigastrică<br>- greață | - bulimie/inapetență<br>- spasme<br>- diaree/constipație         | - boală ulceroasă<br>- sindromul intestinului iritabil<br>- rectocolită ulcero hemoragică |
| Aparat urinar    | - polakiurie<br>- poliurie                                 | - retenție urinară<br>- enurezis<br>- cistalgii cu urini clare   |   |
| Aparat locomotor | - senzația de tensiune musculară                           | - curbatură<br>- cervicalgii și lombalgii<br>- astenie musculară | - poliartrită reumatoidă  |

| <b>Aparate și sisteme</b> | <b>Componente psihofiziologice normale ale reacției la stresor</b> | <b>Tulburări funcționale</b>                                | <b>Boli psihoso cu leziuni oi</b>         |
|---------------------------|--|---|---|
| Sistem endocrin           | - reacții diencefalo-hipofizare<br>- descărcare catecolaminică     | - amenoree<br>- dismenoree<br>- hipoglicemie                | - hipertiroid<br>- tulburări d dinamică s |
| Sistem nervos             | - tremor   | - cefalee<br>- epilepsie „funcțională”<br>- hiperestezii    | - migrenă                                 |
| Aparat genital            | - secreții ale mucoaselor<br>- erecție                             | - impotență<br>- frigiditate<br>- vaginism<br>- sterilitate | - ovarită scl chistică                    |

Așa cum am arătat, reacțiile la agenții etiologici pot să fie cu carat sau general, fiecare cu caracter specific și nespecific. Atunci când tablă este determinat mai ales de reacțiile nespecifice, vorbim de tulburări de Tabelul 2.3. redă componentele evoluției posibile a unui răspuns de sti o etapă inițial normală la boală psihosomatică cu modificări organice prin faza de tulburări funcționale (după Iamandescu, 2002).

După cum am spus, Selye a utilizat ca stresori stimuli fizici (frigul etc), definiți ca atare statistic (adică cele mai multe organisme în < stresori, prin evoluția lor filogenetică și ontogenetică). Mason arată însi modificările descrise pot fi influențate serios, chiar și în cazul acestor de prelucrările informaționale. Spre exemplu, animalele care erau hrănit (cu conținut non-nutritiv) au avut un răspuns de stres mai scăzut decât: care nu au primit nimic să mănânce, deși stresorul pentru organism (lips era același (Mason, 1968). în cazul subiecților umani, apariția fazei c este și mai clar condiționată de prelucrările informaționale (Baum *et al* aceasta nu înseamnă că stresori foarte puternici (arsuri grave) nu pot < direct răspunsul de stres, ci doar că, în cazul omului, ponderea pre informaționale în apariția răspunsului de stres este foarte mare. Această activare fiziologică pare să fie implicată în răspunsurile noastre emoții poate fi declanșată nu doar de stimuli fizici aversivi, de genul celor u Selye, ci și de stimuli psihologici (de exemplu, discrepanța dintre ev< activator și scopurile/dorințele noastre).

### 2.5.2. Nivelul afectiv-emoțional/subiectiv

La acest nivel, efectele rezultă din interacțiunile modificărilor cognitive, comportamentale și psihofiziologice/biologice (Schachter și Singer, 1962 ; Wellman *et al.*, 1995). Nivelul cognitiv asigură calitatea trăirilor (pozitivă *versus* negativă; tip specific de trăire), iar cel psihofiziologic/biologic, intensitatea lor; dacă modificarea psihofiziologică/biologică (de exemplu, activarea fiziologică) este foarte intensă, atunci, adesea, indiferent de factorul cognitiv, trăirea afectivă este una negativă. La acest nivel se face o distincție clară între trăirile emoționale funcționale (pozitive și negative) și trăirile emoționale disfuncționale (pozitive și negative). Diferențele dintre aceste tipuri de trăire emoțională sunt atât calitative, cât și cantitative (Ellis, 1994; Ellis și Harper, 1975). Funcționalitatea/disfuncționalitatea emoțiilor este dată de experiența subiectivă, cognițiile asociate (convingeri raționale *versus* iraționale) și consecințele lor - de exemplu, consecințe comportamentale (Ellis și DiGiuseppe, 1993). Astfel, emoțiile negative funcționale (cum ar fi tristețea) reflectă prezența unei experiențe subiective negative, a cognițiilor raționale, precum și a unor consecințe comportamentale adaptative. Emoțiile pozitive funcționale (cum ar fi bucuria) reflectă prezența unei experiențe subiective pozitive, a cognițiilor raționale, precum și a unor consecințe comportamentale adaptative. Emoțiile negative disfuncționale (de exemplu, stare depresivă), pe de altă parte, indică prezența unei experiențe subiective negative, a cognițiilor iraționale și a consecințelor comportamentale dezadaptative. În fine, emoțiile pozitive disfuncționale (cum sunt bucuria și extazul nesănătoase) indică prezența unei experiențe subiective pozitive, a cognițiilor iraționale și a consecințelor comportamentale dezadaptative (Ellis și DiGiuseppe, 1993). Din punct de vedere clinic, emoțiile negative sunt mai relevante, în timp ce emoțiile pozitive disfuncționale sunt mai puțin studiate deocamdată (este un domeniu cu potențialități uriașe de cercetare). Definite astfel, emoțiile negative disfuncționale corespund problemelor de intensitate și natură clinică (de exemplu, anxietate, depresie, furie, vinovăție etc), iar emoțiile negative funcționale corespund reacțiilor negative firești (de exemplu, îngrijorare, tristețe, nemulțumire, părere de rău etc), asociate cu evenimente negative de viață (Bonnano, 2004 ; Ellis și DiGiuseppe, 1993). De exemplu, studii recente (David *et al.*, 2005b) arată că, într-o situație de viață stresantă (operație la sân iminentă), femeile care întrețin cogniții iraționale vor trăi emoții negative disfuncționale intense, în timp «pacientele cu niveluri scăzute de iraționalitate vor experiența emoții negative funcționale intense. Evident că o emoție disfuncțională implică și echivalența funcțională a acesteia (dacă ești deprimat, ești și trist; dacă ești anxios, ești și îngrijorat; dacă ești furios, ești și nemulțumit; dacă te simți vinovat, ai și păreri ie rău); prezența unei emoții funcționale nu implică însă și echivalența disfuncțională (poți să fii trist fără a fi deprimat; poți să fii îngrijorat fără a fi anxios ; să fii nemulțumit fără a fi agresiv; poți să ai regrete fără a te simți vinovat).

Din punct de vedere terapeutic este important să modificăm emoțiile ținionale în emoții funcționale (de exemplu, transformând „scopurile/c formulate irațional în „scopuri/dorințe” formulate rațional); uneori pu veni și în reducerea intensității unei emoții funcționale și negative (buni modificările la nivelul „scopurilor/dorințelor” : reducerea intensității 1 tarea la unele dintre ele etc).

De regulă, emoțiile funcționale și negative nu fac obiectul interve peutice ; ele sunt reacții de normalitate mediate de cogniții funcționale la evenimente activate negative. Atunci când sunt însă foarte intt durată, putându-se astfel transforma în emoții disfuncționale, ele pot fi prin modificări în intensitatea și/sau natura cognițiilor raționale (scopu țele) cu care sunt asociate și/sau prin modificări ale cognițiilor rec acestora (*reframing* - o altă interpretare/poveste), generându-se asi funcționale negative mai puțin intense - pe fondul cărora pot apărea a pozitive - sau, uneori, printr-un *reframing* adecvat, generându-se ci pozitive. Acest lucru are însă implicații etice (de exemplu, în baza a stabilim că cineva are dreptul să-și dorească sau să nu-și dorească trebuie făcut cu grijă, adesea prin tehnici pragmatice de analiză a ci beneficiilor vizavi de anumite scopuri/dorințe. însă în situația în care coj determină emoțiile, deși formulate funcțional/rațional, sunt social sar indezirabile (ca în anumite cazuri de pedofilie), ele pot face obiectul psihoterapeutice, fără a ne pune probleme etice majore ; în aceste căzui avea dificultăți, căci pacienții, fiind egosintonici, adesea vor fi nonaderenți 1

#### ◆ EXEMPLU

A - B (funcțional/rațional foarte intens) - C (funcțional/adaptativ foart A - B (funcțional/rațional) - C (funcțional/adaptativ)/A2 - B2 (disfunc nai) - C2 (disfuncțional/irațional).

în Anexa 1(1.1.) prezentăm o scală utilizată pentru a evalua emoțiile și disfuncționale negative: PDE - Profilul Distresului Emoțional. folosită în scop educațional și de cercetare, anunțând în prealabil I Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mi (<http://www.psychotherapy.ro>). Utilizarea ei în cadrul unor servicii și/sau clinice necesită acordul International Institute for the Advane Psychotherapies and Applied Mental Health (<http://www.psychothe>: deține dreptul de copyright, a cărui nerespectare are implicații pen Care este relația dintre stresul psihologic (răspunsul de stres pei logic) și emoție? Relația este complexă. în primul rând, emoțiile in răspunsul de stres, cel puțin în prima sa fază: astfel, emoțiile circumscrie la nivel fiziologic de modificările care au loc în fās (activarea fiziologică). Atunci când evenimentul activator nu cores] tanțelor noastre specifice, el poate declanșa răspunsul de stres.

emoția este pozitivă - nu corespunde expectanțelor specifice (*expectancy*), dar corespunde unor așteptări (*hope*) ideale -, răspunsul de stres se numește eustres; spre exemplu, o promovare (A) poate să nu corespundă expectanțelor specifice („Nu mă așteptam”), dar corespunde așteptărilor ideale („Doream să fiu promovat”), generând o stare de bucurie. Dacă emoția este negativă (nu corespunde nici expectanțelor specifice, nici așteptărilor ideale), răspunsul de stres se numește distres. Așadar, evenimentul activator trebuie să depășească resursele pentru care este pregătit organismul (expectanțele specifice) pentru a declanșa un răspuns de stres; în general însă, efectul eustresului este mai scurt și mai puțin intens ca cel al tasului (rareori se ajunge la fazele de rezistență și epuizare în cazul eustresului). Nu orice emoție implică însă răspunsul la stres. Atunci când evenimentul activator corespunde expectanțelor noastre specifice, el nu declanșează răspunsul de stres, ci doar o stare emoțională pozitivă („Mă așteptam să reușesc și am reușit”) și/sau negativă („Mă așteptat să nu reușesc și nu am reușit”); similar se întâmplă, probabil, și atunci când emoțiile sunt rezultatul unor prelucrări informaționale inconștiente. Odată generate însă, emoțiile pot deveni, ele însele, stresori (evenimente activatoare) în funcție de cum sunt prelucrate (B), generând apoi răspunsul de stres. Uneori, trăirea emoțională este foarte greu de exprimat verbal, dar faptul că este dificil de exprimat nu înseamnă că nu există. Pacientul trebuie ajutat să exprime trăirea emoțională în limbajul său, folosind uneori elemente ajutătoare (de exemplu, desene cu figuri umane exprimând diverse emoții; cum ar spune alții că se simt în situația dată; mijloace non-verbale, cum crede - ipotetic - că «*simte etc*). Nu eticheta pe care o folosește subiectul contează, ci ce descrie aceasta eticheta. Spune exemplul, „g.e. Tveratîa \tvtevtvet" vrtÂWxeaxa adesea jargonul pentru a-și descrie starea afectivă : „cool”, „hot”, „nașpa”, iar la nivelul simțului comun nu se utilizează constructele din cărțile noastre de psihologie (mulți spun „necăjit” în loc de „trist”). Nu are sens să-i învățăm limbajul psihologic, ci să definim foarte clar la ce se referă eticheta utilizată. Evident că, pentru a putea comunica cu colegii, noi traducem permanent în termeni profesionali ceea ce spune pacientul (de exemplu, „necăjit” în „trist”), dar în discuția cu acesta putem păstra termenii lui, odată ce i-am definit clar. Uneori pot să apară confuzii. Întrebându-l pe pacient ce simte, el ne spune la ce se gândește (de exemplu, „Mă simt inferior lor”); aceste diferențe care exprimă confuziile psihologiei de simț comun trebuie corectate, celi distincția între cogniție și emoție este fundamentală pentru demersul terapeutic.

#### Teoria evaluării

Teoria evaluării este cel mai bine susținută științific pentru înțelegerea modificărilor complexe de la nivel afectiv-emoțional/subiectiv; deși inițial a fost propusă ca o teorie a stresului (Folkman și Lazarus, 1988), ulterior, ca urmare a relațiilor strânse dintre stres și emoție (vezi și analiza de mai sus), ea a fost generalizată ca teorie a emoțiilor. Conform teoriei evaluării (Lazarus, 1991; Smith și Lazarus, 1993), apariția emoțiilor are la bază interacțiunea (tranzacția) dintre individ și mediu. Tranzacția include atât scopurile/dorințele persoanei, cât

**TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE**

și reprezentările mentale ale evenimentelor din mediul înconjurător corespunde legăturii A - B din modelul ABCDE (Beck, 1976; Ellis teoria clinică cognitiv-comportamentală. Altfel spus, evenimentele sunt mai întâi reprezentate prin cogniții descriptive și inferențiale în cognitiv. Ulterior, reprezentările sunt procesate din punctul de vedere al lor pentru scopurile/dorințele persoanei (exprimate în expectanțe și procesare definită prin termenii de „evaluare” (*appraisal*) - B-ul ev: modelul ABCDE. Deși reprezentările mentale contribuie la producerea doar evaluările determină în mod direct apariția acestora; altfel spus reci disfuncționale nu produc reacții disfuncționale decât dacă sunt iraționale. În continuare, emoțiile generate (C-ul din modelul ABCE angajarea mecanismelor de coping, care vor modifica interacțiunea ] mediului, ceea ce va duce la noi evaluări și schimbări în calitatea și intensitatea emoțiilor resimțite (vezi figura 2.6.).

**Interacțiunea persoană-mediu**

**Evaluare primară și secundară**

**Calitatea și intensitatea emoției**

**Coping**

Focalizat pe problemă    Focalizat pe emoție

Modificări în relația    Modificări în atenție persoană - mediu    sau semnificație

**(Re)evaluare**

**Evenimente aici**

**(A)**



**Cogniții (B)**

**C**

**O**

**N S E C**

**I**

**N**

**T**

**E**

**(C)**

**a**

**Cogniții**

**Calitatea și intensitatea emoției**

**A**

**Consecințe (de**

**emoții secui**

**metaemo**

Figura 2.6. O analogie între teoria evaluării și teoria clinică cognitiv-comportamentală

Pe baza acestei teorii, evaluările (*appraisal*) pot fi descrise la două niveluri: (1) procese informaționale evaluative specifice (*appraisal*) și (2) procese informaționale evaluative integrative, numite și teme relaționale centrale (*core relational themes*). Să le analizăm în continuare și să vedem cum se relaționează cu procesele informaționale descriptive, inferențiale și evaluative descrise deja în modelul ABC cognitiv.

Procesele informaționale evaluative specifice sunt de trei tipuri:

(1) Evaluarea primară (*primary appraisal*) are ca și componente *relevanța Motivațională* și *congruența motivațională*. Cele două componente reflectă, pe de o parte, măsura în care evenimentul este relevant pentru scopurile/dorințele persoanei, iar pe de altă parte, măsura în care acesta este congruent cu scopurile/dorințele persoanei. În situațiile în care un eveniment este relevant pentru scopurile/dorințele persoanei, dar nu este congruent cu acestea, formularea "opurilor/dorințelor respective în termeni *absoluțiști* - cogniție irațională :

buie (de exemplu, „Este extrem de important pentru mine să fiu apreciat de prietenii mei, însă aceștia nu mă apreciază așa cum ar trebui să o facă”) - se va solda apariția *emoțiilor negative disfuncționale* (de exemplu, deprimare). În aceleași condiții, formularea scopurilor/dorințelor în termeni *preferențiali* - cogniție rațională: prefer (de exemplu, „Este extrem de important pentru mine să fiu apreciat de prietenii mei, însă aceștia nu mă apreciază așa cum aș prefera să o facă”) - duce la trăirea unor *emoții negative, dar funcționale* (de exemplu, tristețe).

(2) Evaluarea secundară (*secondary appraisal*) : componentele acesteia vizează resursele și opțiunile de coping ale persoanei în situații negative (Smith et al., 1993). Acestea sunt: (a) *responsabilizarea celorlalți sau a propriei persoane*; (b) *expectanțele pozitive sau negative față de viitor*; (c) *potențialul de coping focalizat pe*

*problemă*; și (d) *potențialul de coping focalizat pe emoție*.

I (a) Responsabilizarea celorlalți sau a propriei persoane se referă la desemnarea persoanei sau a situației ca fiind răspunzătoare de evenimentul apărut (în teoria clinică cognitiv-comportamentală - modelul ABC cognitiv - ele sunt mai mult cogniții descriptive și inferențiale decât cogniții evaluative). În contextul formulării scopurilor/dorințelor în varianta irațională, desemnarea, în termeni [ de *evaluare globală* - cogniție irațională (de exemplu, „Eu sunt vinovat de eșecul la examen deoarece trebuia să fi învățat mai mult” sau „Profesorul f este vinovat”) - , a persoanei sau a situației ca responsabilă de evenimentul negativ, se asociază cu *emoții negative disfuncționale* (de exemplu, furie).

(b) Expectanțele pozitive sau negative față de viitor se referă la posibilitatea de a induce schimbări în situația existentă (în teoria clinică cognitiv-comportamentală - modelul ABC cognitiv - ele sunt mai mult cogniții descriptive și inferențiale decât cogniții evaluative). În asociere cu *evaluarea globală* (cogniție irațională) negativă a propriei persoane (de exemplu, „O persoană incompetentă cum sunt eu nu poate face nimic pentru ca lucrurile să se schimbe în bine în viitor”), aceste expectanțe vor înclina spre polul negativ, ducând la *emoții negative disfuncționale* (de exemplu, deprimare).



(c) Potențialul de coping focalizat pe problemă reflectă evaluarea abilității soanei de a acționa direct asupra situației (în teoria clinică cognitiv-mentală - modelul ABC cognitiv - ele sunt mai mult cogniții des inferențiale decât cogniții evaluative). În asociere cu *evaluarea global irațională* negativă a propriei persoane („Nu am abilitățile necesare față de această situație și asta înseamnă că sunt un incapabil”), are la apariția *emoțiilor negative disfuncționale* (de exemplu, deprimare)

(d) Potențialul de coping focalizat pe emoție reflectă evaluarea abilității pe a se adapta psihologic la situația apărută (în teoria clinică cognitiv-mentală - modelul ABC cognitiv - ele sunt mai mult cogniții des inferențiale decât cogniții evaluative). În asociere cu *toleranța scăzută* (cogniție irațională) și *tendința spre catastrofare* - cogniție irațională să mă controlez în situația aceasta și asta este îngrozitor și insuportabil duce la trăirea *emoțiilor negative disfuncționale* (de exemplu, stare

Aceste analize (vezi tabelul 2.4.) scot în evidență mecanisme cognitive patogenetice caracteristice unor tulburări specifice. La o analiză atentă, că aceste mecanisme cognitive (de exemplu, prin elementele comune gruență și relevanță motivațională) pot explica atât comorbiditatea tulburărilor psihice și/sau faptul că scalele care le evaluează încarcă factor comun (de exemplu, neuroticismul), cât și diferențele specifice acestora (de exemplu, prin evaluările secundare specifice). De aceeași teorie explică de ce emoțiile pozitive pot coexista cu cele negat situație-țintă subiectul poate avea scopuri/dorințe multiple, afectate situația-țintă), deși această coexistență este mai ușoară între emoțiile cele funcționale și negative; această coexistență este favorizată deoarece scopurile nefiind maximal activate (prefer *versus* trebuie), ele nu inhibă restul scopurilor în situația-țintă, unele dintre acestea putând fi așadi situația-țintă (de exemplu, deși sunt trist că nu am luat examenul, sunt am fost în sala de examen cu colega pe care o iubesc).

(3) Reevaluarea (*reappraisal*) se referă la modificarea evaluărilor unor informații noi despre situația din mediu și /sau persoană.

#### 2.2.5.3. Temele relaționale specifice (*core relational themes*)

Modalitatea particulară de combinare a proceselor informaționale evaluate și secundare se reflectă în conturarea unor teme centrale subiacent generate. De exemplu, anxietatea are ca temă centrală „pericolul - ar și este rezultatul asocierii dintre următoarele componente : relevanță ridicată, congruență motivațională scăzută și potențial de coping scăzut pe emoție, dublate de prezența următoarelor convingeri disfuncționale absolutiste, toleranță scăzută la frustrare, catastrofare. Tabelul 2.4. relația dintre cogniții și emoții prin prisma teoriei evaluării și relația teoria clinică cognitiv-comportamentală, bazată pe modelul ABC ce

„^ <\*,a-ga> si «« modrl ipo,<?,i<r asupra formarii emoțiilor bazat atât , teoria evaluării, cât și pe teoria clinica cognitiv-comportamentală (dreapta)

| Teoria evaluării (Smith et al., 1993) |  |  | Teoria clinică cognitiv-comportamentală (David et al., 2002) |  |  |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Emoția                                | Teme relaționale centrale                    | Componentele evaluării   | Emoții: disfuncționale și funcționale                        | Teme relaționale centrale                    | Componente de evaluare relevante   |
| Furie                                 | Culpabilizarea/blamarea celorlalți           | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional<br>Responsabilizarea altora (de exemplu, alte persoane, condițiile de viață) | Furie  | Culpabilizarea/blamarea celorlalți           | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu cerințe absolute<br>Responsabilizarea altora (de exemplu, ceilalți, condițiile de viață)       |
|                                       |  |  | Nemulțumire  |  | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu preferințele persoanei<br>Responsabilizarea altora (de exemplu, ceilalți, condițiile de viață) |
| Vinovăție                             | Autoculpabilizare/blamarea propriei persoane | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional<br>Responsabilizarea propriei persoane                                       | Vinovăție  | Autoculpabilizare/blamarea propriei persoane | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu cerințe absolute<br>Responsabilizarea propriei persoane (eu)                                   |
|                                       |  |  | Remușcare  |  | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu preferințele persoanei<br>Responsabilizarea propriei persoane (eu)                             |

| <i>Teoria evaluării</i> (Smith <i>et al.</i> , 1993) |  |  | <i>Teoria clinică cognitiv-comportamentală</i> (David <i>et al.</i> , 2002) |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
| <b>Emoția</b>  | <b>Teme relaționale centrale</b>                                   | <b>Componentele evaluării</b>  | <b>Emoții: disfuncționale și funcționale</b>                                | <b>Teme relaționale centrale</b>                                   | <b>Componente de evaluare relevante</b>  |
| Frică - Anxietate                                    | Pericol - Amenințare   | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional<br>Potențial de coping scăzut sau incert, focalizat pe emoție                              | Frică - Anxietate   | Pericol - Amenințare   | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional cu cerințe absolutiste<br>Potențial de coping scăzut sau incert, focalizat pe emoție (catastrofă, toleranță scăzută la frustrare)                                  |
|  |  |  | îngrijorare   |  | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional cu preferințele persoanei<br>Potențial de coping scăzut, focalizat pe emoție (evaluări negative catastrofale, toleranță la frustrare)                              |
| Tristețe - Deprimare                                 | Pierdere irevocabilă; neputință în fața pierderii sau adversității | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional<br>Potențial de coping scăzut, focalizat pe problemă<br>Expectanțe negative față de viitor | Deprimare   | Pierdere irevocabilă; neputință în fața pierderii sau adversității | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional cu cerințe absolutiste<br>Potențial de coping scăzut, focalizat pe problemă (evaluarea globală negativă a propriei persoane)<br>Expectanțe negative față de viitor |
|  |  |  |   |  | Relevant motivațional<br>Incongruent motivațional cu preferințele persoanei  |

#### 2.2.5.4. Nivelul comportamental

La acest nivel ne referim la comportamentul operant. Comportamentul respondent este inclus la nivelul psihofiziologic/biologic, iar cel interiorizat este redefinit ca prelucrare informațională (discutată anterior). Se face aici distincție între comportamentele adaptative și comportamentele dezadaptative. Comportamentele adaptative sunt acele reacții/răspunsuri observabile și măsurabile, învățate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt utile persoanei și o ajută să se adapteze eficient la mediul său. Comportamentele dezadaptative sunt acele reacții/răspunsuri observabile și măsurabile, învățate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt în detrimentul persoanei și o împiedică să se adapteze eficient la mediul său (David *et al.*, 1998 ; 2000). Un comportament nu este adaptativ sau dezadaptativ înșine; el devine adaptativ sau dezadaptativ doar raportat la un anumit context. Să analizăm în continuare modul în care comportamentul poate fi conceptualizat prin prisma modelului ABC comportamental.

##### 1.2.3. **Modelul ABC comportamental**

În analiza la nivel comportamental se utilizează frecvent modelul *ABC comportamental* (A - antecedente ; B - *comportament/bahavior*, adesea operant; consecințe), numit și analiză funcțională a comportamentului. Modelul ABC comportamental pornește de la modelul behaviorist original (Skinner, 1974), îmbogățit în dezvoltările lui moderne cu elemente de prelucrare informațională, cum ar fi expectanțele (vezi contribuția lui Albert Bandura și Julian Rotter). Astfel, așa cum am mai spus, prin prisma acestui model, comportamentele noastre sunt generate de prelucrări informaționale amorțate de stimuli și sunt menținute de consecințele lor. Să-l analizăm în cele ce urmează.

##### 2.2.3.1. *Antecedente (A)*

*Antecedentele* sunt reprezentate de stimuli și de prelucrările informaționale. *Antecedentele* pot fi externi (orice din afara organismului care influențează activitatea Kteroceptorilor) sau interni care afectează activitatea intero și proprioceptorilor (David *et al.*, 1998; 2000). Prin influența asupra comportamentului ei devin stimuli discriminativi/discriminanți.

Cele mai importante *prelucrări informaționale* implicate în generarea comportamentelor operante sunt de tip cogniții descriptive și inferențiale, și anume : (1) cunoștințe procedurale (ca să generez un comportament trebuie să știu cum să-l fac); (2) autoeficacitate (ca să generez un comportament trebuie să am încredere că pot să-l fac); (3) expectanțe pozitive (fac un comportament dacă mă aștept

să-mi aducă beneficii). În acest context, înțelegem de ce simple sfaturi (< care sunt de o importanță vitală pentru pacient (de exemplu, să nu dulciuri dacă suferă de diabet), adesea nu se exprimă în schimbări compoi Pentru o schimbare eficientă trebuie să îi spunem subiectului nu doar i ci și (1) cum să facă comportamentul prescris (cunoștințe procedura beneficii îi va aduce comportamentul (expectanțe pozitive) și (3) să-l înțeleagă faptul că este capabil să facă acest lucru (autoeficacitate). De este important să asociem aceste comportamente cu anumite evenime toare (contexte de viață) și să le întărim atunci când se produc.

#### 2.2.3.2. *Comportament (behavior) (B)*

*Comportamentele* care se pretează cel mai bine la analiza prin prisma ABC comportamental sunt cele operante, adică acelea prin care oper mediului în care trăim (de exemplu, mutarea unui obiect dintr-un loc

#### 2.2.3.3. *Consecințe (C)*

*Consecințele* (stimuli care urmează unui comportament operant) inclu (care cresc ocurența comportamentului-țintă) și pedepsele (care sca comportamentului-țintă). Ca urmare a evoluției speciei, două tipuri de (primare) ale comportamentului operant sunt fundamentale în influen tuia: (1) întărirea (*reinforcer* sau *positive reinforcer*) - de exemplu, h și (2) pedeapsa (*punisher* sau *negative reinforcer*) - de exemplu, fr lipsa hranei. Procesul prin care o întărire (*positive reinfrocer*) creșt comportamentului care o produce se numește *proces de întărire pozith reinforcement*). Procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative* crește ocurența comportamentului care o elimină se numește *proces negativă (negative reinforcement)*; dacă prin comportament se previ unei pedepse, atunci vorbim despre *proces de evitare (avoidance* procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) reduc comportamentului care o produce se numește *proces de pedepsire (pi* Trebuie să conștientizăm faptul că accelerarea sau decelerarea portament (B) este natural și automat însoțită de decelerarea, respectiv comportamentului opus (B\*). A nu face ceva, este un comportamen că, fiind vii, pentru noi este mai ușor să facem ceva decât sa nu f Reguli precum „Nu bea! ”, „Nu fuma! ” au, de obicei, un control n comportamentului; sunt convins că ați simțit-o uneori pe propria pi de reguli - *regula mortului* - funcționează perfect pentru un moi siguranță, nu va bea, nu va fuma etc. Unei ființei vii trebuie să-i spui facă, ci ce să facă; modificarea comportamentală va fi mai eficientă! în terapie urmărim, așadar, de cele mai multe ori o decelerare a unui coi

dezadaptativ (B), însoțită de accelerarea unui comportament adaptativ (B2). Comportamentul adaptativ B2 trebuie să aibă următoarele caracteristici (Catania și Brigham, 1978):

- să fie incompatibil cu comportamentul dezadaptativ B ;
- să aducă aceleași beneficii ca și comportamentul dezadaptativ B ;
- să fie adaptativ.

Se observă că, dacă am rămâne doar la tendința naturală de a accelera B\* în loc de B2, adesea nu am respecta decât prima condiție a unei schimbări de comportament eficace (să fie incompatibil cu B), ceea ce ar face ca intervenția terapeutică să fie mai puțin eficientă.

#### ♦ EXEMPLU

(1) Comportamentul B : fumează.

Acest comportament are următoarele beneficii pentru pacient: elimină anxietatea și stresul, atrage atenția și stima celorlalți etc.

(2) Comportamentul B\* : nu fumează.

Acest comportament este incompatibil cu B, este adaptativ, dar nu are aceleași beneficii (de exemplu, nu îi reduce anxietatea).

(3) Comportamentul B2 : face sport, aleargă.

Acest comportament este incompatibil cu B (este greu să alergi și să fumezi în același timp), este adaptativ și are aceleași beneficii ca și B (reduce stresul și anxietatea, atrage atenția și stima celorlalți).

#### **2.2.4. Implicații ale modelelor ABC cognitiv și ABC comportamental**

În sinteză, modelul ABC cognitiv apare ca în figura 2.7., iar modelul ABC comportamental, ca în figura 2.8. Să analizăm în continuare implicațiile clinice ale acestor modele.

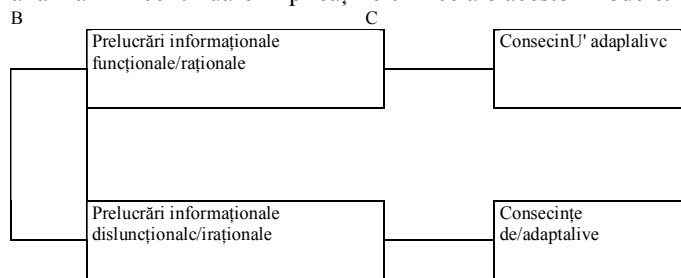


Figura 2.7. Modelul ABC cognitiv : o prezentare schematică

1

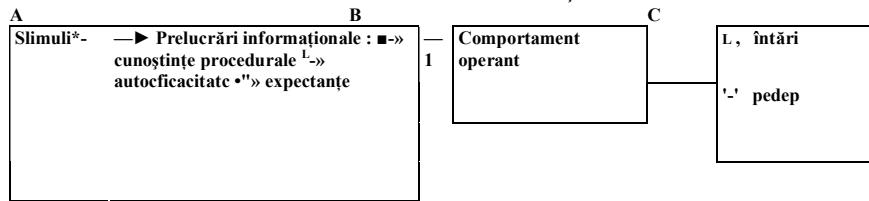


Figura 2.8. Modelul ABC comportamental: o prezentare schematică

I. *Limbaj științific versus limbaj de interfață.* În înțelegerea model cognitiv și comportamental trebuie să fim atenți la felul în care interpretăm ce spune pacientul. Limbajul acestuia este un punct important de care este necesar să verificăm semnificația lui.

Spre exemplu, în cazul modelului ABC cognitiv, un pacient poate își dorește să fie apreciat de ceilalți, ceea ce pare o evaluare rațională atentă însă, se poate observa că, de fapt, evaluarea este una făcută de pacientul crezând că ceilalți trebuie cu necesitate să-l aprecieze. Simila emoțiilor, un pacient poate menționa că este deprimat, dar la o analiză dovedește că e vorba despre o emoție funcțională, de tristețe (sau invers legarea acestor nuanțe poate duce la erori importante în psihoterapie).

În cazul modelului ABC comportamental, în cursul interviului clinic își prezintă adesea simptomatologia în termeni „mentalști”. Noi trebuie să cernem acești termeni mentalști în termeni comportamentali. Spre exemplu pacientului că „...sunt neserios...” poate însemna, în termeni comportamentali, că „...întârzi la întâlniri...” etc. „Neseriozitatea” este un termen foarte greu de conceptualizat clinic, în timp ce comportamentul de a întârzi este ușor de definit și apoi de abordat prin tehnici comportamentale.

II. *Modelul ABC cognitiv versus modelul ABC comportamental.* ABC cognitiv și ABC comportamental sunt complementare. La o analiză se observă că modelul ABC comportamental rezultă, de fapt, din modelul cognitiv dacă: (1) considerăm A (evenimentele activatoare) și B (condiții anterioare (A) ale comportamentului (B) (care era un C în modelul cognitiv) și (2) luăm în calcul explicit consecințele (C) ale comportamentului. Utilizarea modelului ABC cognitiv este indicată mai ales atunci când ne focalizăm pe probleme de ordin emoțional. Dacă ea implică comportament operant, atunci este mai util să folosim pentru construirea modelului ABC comportamental.

III. *Problemă practică versus problemă emoțională.* Se face o distincție între probleme de ordin practic (A) și probleme emoționale (C).

• Problema practică este reprezentată de un eveniment activator „situație externă”. Uneori ea nu poate fi modificată, dar poate fi schimbată prin proceduri specifice. Cele mai cunoscute modalități de intervenție terapeutică pentru modificarea problemei practice sunt (pentru David *et al.*, 2000): (1) rezolvarea de probleme, incluzând tehnicile

și (2) antrenamentul asertiv, incluzând tehnici de negociere și rezolvarea conflictelor, tehnici de dezvoltare a abilităților sociale etc. (în principiu, orice intervenție care modifică situația externă). • Problema emoțională este reprezentată de tabloul clinic, cu accent pe componenta afectiv-emoțională/subiectivă negativă a acestuia; ea se referă atât la emoția primară, cât și la cea secundară (metaemoția). Dacă nu există o problemă emoțională, atunci pacientul nu vine de bunăvoie la psihoterapie ; el poate să ajungă în psihoterapie doar constrâns social sau legal; în acest caz, se va aborda direct problema practică, proces dificil ținând cont de reticența pacientului. Atunci când vine la psihoterapie de bunăvoie (majoritatea cazurilor), există o problemă emoțională funcțională și/sau, mai tipic, disfuncțională. Dacă problema emoțională este funcțională, atunci se va aborda direct problema practică; rareori, mai ales dacă problema practică nu poate fi modificată, poate fi abordată și problema emoțională funcțională foarte intensă prin modificarea cogniției funcționale/raționale care o susține (de exemplu, moartea cuiva drag poate declanșa o reacție de tristețe foarte intensă care, deși nu îndeplinește criteriile pentru psihopatologie - căci este susținută de o cogniție rațională -, afectează pe termen scurt funcționarea eficientă a pacientului).

Dacă problema este disfuncțională, atunci strategia este mai complexă. Secvența terapeutică este ghidată de distincția dintre „a te simți mai bine” (*feeling better* -tratament simptomatic), „a te face bine” (*getting better* - tratament etiopatogenetic care previne și *recMenldrelapse*) și „a rămâne sănătos” (*staying better* -tratament etiopatogenetic care previne și *recurența/reccurence*). O rezolvare a oblei practice (A) ar duce și la ameliorarea problemei emoționale (C), însă pacientul ar rămâne cu vulnerabilitatea cognitivă, atât prin structuri locale, cât și prin structuri generale, și ar fi predispus la recăderi și recurențe ale bolii (s-ar simți mai bine, fără a se face bine). Ordinea indicată este rezolvarea problemei emoționale disfuncționale, prin modificarea prelucrărilor informaționale disfunc-rjonale (și aici se începe cu metaemoția, dacă aceasta există), iar în etapa a doua se intervine pentru a rezolva problema practică (dacă este posibil). În acest fel, pacientul ajunge nu doar să se simtă mai bine, ci și să se facă mai bine. Excepția este situația de criză când, dacă tratamentul simptomatic (rezolvarea situației practice) poate ameliora rapid criza, atunci el se implementează primul, urmând ca tratamentul etiopatogenetic să fie implementat ulterior.

Așadar, modificarea problemei practice poate ameliora tabloul clinic, dar va predispuce pacientul la recăderi și recurențe ale tulburării. Modificarea structurilor cognitive locale - gândurile automate - va preveni recăderile ; efectul va fi cu atât mai puternic cu cât se schimbă atât cognițiile descriptive și inferențiale, jefte și cele evaluative. Modificarea structurilor cognitive generale - cogniții centrale, intermediare și evaluative - va preveni recurența tulburărilor; efectul ificu atât mai puternic cu cât se schimbă atât cognițiile descriptive și inferențiale, cât și cele evaluative.



## ♦ EXEMPLU (vezi și figurile 2.5. și 5.1.)

Cearța cu soția (A), ca urmare a factorului de vulnerabilitate (B) de tipul „cogi centrale” (de exemplu, „Sunt fără valoare”) și „cogniții evaluative generale” exemplu, „Trebuie să fiu iubit, altfel sunt fără valoare”), generează un tablou c format din: (1) cogniții (B) de tipul „descrieri și inferențe locale” (de exemplu, | se uită urât la mine, mă va părăsi”) și „cogniții evaluative locale” (de exemplu, „ trebuie să mă iubească”) ; (2) stări afective (de exemplu, stări depresive); (3) r comportamentale (de exemplu, izolare) și (4) reacții psihofiziologice (de exei insomnii, probleme sexuale etc). Dacă se rezolvă mai întâi problema practic (cearta cu soția), prin terapie de cuplu și/sau de îmbunătățire a comunicării, i tabloul clinic se va remite dacă nu a apucat să dobândească autonomie funcn față de evenimentul activator; acest lucru este *feeling better*, deoarece pacientul va rămâne cu o vulnerabilitatea cognitivă locală și generală (B) (cogniții eval descriptive și inferențiale, locale și generale) prezentă, dezactivată doar. La toarea ceartă serioasă sau amenințare de divorț, întregul tablou clinic va re Similar, tratamentul medicamentos poate reduce tabloul clinic (de exemplu, re starea afectivă și/sau psihofiziologică/biologică se dezactivează și compc cognitiv-comportamentale din cadrul acesteia), dar vulnerabilitatea locală și \ (B) rămâne prezentă, gata să fie activată de un nou (A)! Așadar, dacă tablo este controlat medicamentos (de exemplu, se reduce componenta psihofiziolo; logică prin medicație), atunci și gândurile automate vor fi reduse, pe bazu reciproce care există între toate componentele tabloului clinic. în acest caz vor fi dezactivate, nu modificate! Aceasta este o diferență-cheie. Ele pot f activate (de exemplu, de situații stresante, de modificări biochimice) și pot rapid tabloul clinic. în plus, tratamentul medicamentos nu afectează fa vulnerabilitate generală, ceea ce generează o dublă vulnerabilitate : locală automate care sunt dezactivate, nu modificate - și generală - structuri generale (cogniții centrale, intermediare și evaluative generale)! Atâta tim] medicația, simptomatologia nu se va putea declanșa, deși (A) este pr întreruperea medicației și/sau la apariția unor noi A-uri, tabloul clinic se reinstala, ca urmare a prezenței vulnerabilității locale și generale (B). adecvată este să abordăm mai întâi problema emoțională (C), prin modifica a B-ului local; astfel, se poate ameliora tabloul clinic și preveni recăderile; recăderilor este cu atât mai bună cu cât se modifică ambele componente structuri cognitive locale : cognițiile descriptive și inferențiale și evaluării prevenii recurența, se modifică apoi B-ul ca stare de vulnerabilitate gen venirea recurenței este cu atât mai bună cu cât se modifică ambele com] aceste structuri cognitive generale : cognițiile descriptive și inferențiale ș Abia ulterior se va lucra asupra problemei practice (A) prin tehnici de < terapie de cuplu etc. în acest fel, obținem nu doar un *feeling better* pr simptomatic (ameliorăm tabloul clinic), ci, mai ales printr-un tratar togenetic, un *getting better* (prevenim recăderile) și *staying better* (prevenii Medicația poate fi utilizată pe parcursul psihoterapiei dacă eficientizează restructurare cognitivă.

IV. *Tabloul clinic și etiopatogeneza.* Tabloul clinic este format din consecințele ) prelucrărilor informaționale din modelul ABC cognitiv, la care se adaugă sea gândurile automate (vezi figurile 2.4. și 5.1.). Cognițiile evaluative generale, alături de cognițiile centrale și intermediare, sunt considerate factori de vulnerabilitate generală (personalitate premorbidă) care, în interacțiune cu evenimente deviată, generează tabloul clinic ce include componente afectiv-emoționale/subiective, cognitive (cogniții descriptive, inferențiale și evaluative locale), comportamentale și psihofiziologice/biologice (vezi și figura 5.1.). în Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-IV; ptfyA, 2000), tabloul clinic prezintă un amestec eterogen de manifestări afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și/sau psihofiziologice/biologice, interrelaționate; el este gândit a fi neutru sub aspect etiopatogenetic. Abordarea cognitivă însă reliefează faptul că tabloul clinic poate să fie structurat astfel încât să implice mecanisme etiopatogenetice cu relevanță pentru modalitatea de intervenție. Astfel, factorii cognitivi (gândurile automate) din tabloul clinic, amorsați ie factorii de vulnerabilitate generală, sunt cei care activează, la rândul lor, telelalte componente ale acestuia: stări afectiv-emoționale/subiective, comporta-aente, manifestări psihofiziologice/biologice, componente cu care ei se găsesc k relații de influență reciprocă.

V. *Strategii de restructurare cognitivă.* Există discuții dacă restructurarea bgnitivă implică eliminarea vechilor cogniții disfuncționale și iraționale și punerea în locul lor a unor cogniții noi, funcționale și raționale, sau are loc doar 8 întărire a cognițiilor noi (funcționale și raționale) în comparație cu cele vechi (disfuncționale și iraționale) care rămân în sistemul cognitiv, cele noi preluând însă controlul răspunsurilor noastre. Noi credem (David și Szentagotai, 2006) că ibele procese pot avea loc, în funcție de reușita restructurării cognitive. Este probabil ca, utilizând tehnici logice și empirice (vezi Capitolul 7), să aibă loc o «structurare de profunzime (structurile cognitive se restructurează în forme pi), iar utilizând tehnici pragmatice, să aibă loc o restructurare de suprafață (se idaugă structuri noi care intră în competiție cu cele vechi, rămase neschimbate). us, trebuie conștientizat faptul că reducerea cognițiilor disfuncționale/ira-|onale nu înseamnă automat apariția cognițiilor funcționale/raționale (scoruri nici la disfuncționalitate/iraționalitate nu înseamnă neapărat scoruri mari la inționalitate/raționalitate); cele două sunt procese separate care trebuie promo-  
,te în intervenția clinică! Toate acestea sunt teme de cercetare actuale în terapia ignitiv-comportamentală.

Pornind de la aceste considerații, se pune următoarea întrebare: Care este itcvența terapeutică indicată în schimbarea cognițiilor? Unii autori (Albert îs) sugerează să se abordeze mai întâi gândurile automate în forma evaluărilor ble și apoi evaluările generale; făcând acest lucru, descrierile și inferențele tale și generale care au fost susținute de ele fie se vor remite, fie, dacă au

dobândit autonomie funcțională față de evaluările care le-au generat, i afectă răspunsurile subiectului prin producerea de emoții disfuncționale. Exemplu, inferența disfuncțională „Soția nu mă iubește” nu mai este irațional „Soția trebuie să mă iubească, altfel este catastrofal”, ci „Mi-aș dori să mă iubească, dar pot tolera faptul că nu o face” -, du la o emoție funcțională și negativă (tristețe), nu la o emoție disfuncțională negativă (trăire depresivă). În cazul în care inferența are autonomie și ea poate fi, eventual, restructurată ulterior, transformând o emoție funcțională negativă (tristețea datorată faptului că „Soția nu mă iubește așa cum n-într-o emoție pozitivă funcțională (mulțumirea datorată faptului că iubește așa cum îmi doresc”); dar să ne reamintim că uneori este adevărată (soția chiar nu-1 mai iubește), așa că cel mai bun lucru pe care îl poți obține este o emoție funcțională și negativă, care îți permite însăși a emoțiilor pozitive în alte situații și care poate fi chiar ea modulată prin intermediul cogniției raționale care o susține. Ulterior, se abordează aceleași structuri, dar la nivel general (de exemplu, „Soțiile trebuie să-și iubească Ordinea schimbării este, așadar, „cogniții calde” și apoi, dacă mai „cogniții reci”. Această strategie de a merge direct la cauzele proximale mult timp de tratament, dar este foarte pretențioasă și necesită un terapeut deoarece schimbarea cognițiilor evaluative, mai puternic încărcate greu de realizat.

Alți autori (Aaron Beck) sugerează să se abordeze inițial (1) gândurile (în forma descrierilor, inferențelor și apoi a evaluărilor locale), ulterior, să se modifice (2) cognițiile centrale, intermediare și evaluate: Ordinea de schimbare este, în cadrul fiecărei etape: „cogniții reci”, „cogniții calde”. Această strategie presupune mai mult timp, dar are mari șanse de reușită; riscul ei major este ca, odată ce cognițiile reci s-au modificat (de exemplu, din „Soția nu mă iubește” în „M-am înșelat - soția mă a fost foarte stresată în ultima perioadă”), pacientul să nu mai ste pentru a schimba și evaluările (de exemplu, „Trebuie să fiu iubit de soție este catastrofal”), el simțindu-se mai bine, dar rămânând cu o evaluare cognitivă care poate fi amorțită la un nou eveniment ce îi sugerează iubirea de soție. Mai mult, uneori s-ar putea ca gândul automat („iubește”) să fie corect și atunci s-a pierdut timp, deoarece se va modifica evaluarea cognitivă pentru a remedia problema pacientului cea mai indicată este ca terapeutul să încerce să înceapă cu ordinea lui Albert Ellis, iar dacă are dificultăți, să o schimbe conform strategiei lui Aaron Beck. În ceea ce privește terapia inițială, este recomandată să se utilizeze, până când se dobândește experiență, strategia sugerată de Aaron Beck.

VI. *Conceptualizarea cognitivă a cazului.* Așa cum am mai spus și din analizele efectuate, abordarea cognitiv-comportamentală se realizează prin conceptualizarea cognitivă a cazului. Dacă nu există o

cognitivă a cazului, atunci, indiferent de tehnicile utilizate, abordarea nu este una cognitiv-comportamentală. Odată făcută conceptualizarea, putem apela la o gamă variată de tehnici eficiente în a modifica prelucrările informaționale, indiferent de orientarea terapeutică din care provin. Spre exemplu, analiza viselor (de origine dinamic-psihoanalitică) este o tehnică importantă care ne poate ajuta să identificăm prelucrările informaționale disfuncționale și iraționale ale pacientului. Așadar, doar imaginația, datele științifice și deontologia ne limitează în a găsi proceduri prin care să modificăm prelucrările informaționale implicate în patologie. Este însă important să înțelegem că psihoterapia cognitiv-comportamentală utilizează un bagaj larg de tehnici, de la cele mai directive (logice, empirice, pragmatice) la cele mai puțin directive (umorul, ironia și autoironia) sau chiar non-directive (metaforice, povești, jocuri, tehnici de consiliere pastorală). Este o eroare gravă să se creadă că tehnicile sau forma de terapie se aleg în funcție de personalitatea psihoterapeutului. Un terapeut eficient trebuie să fie capabil să utilizeze orice tehnică, în funcție de nevoile pacientului; evident că personalitatea terapeutului colorează tehnicile utilizate, dar acest lucru nu înseamnă că ele sunt selectate în funcție de personalitatea sa.

### **2.2.5. Frontiere în abordarea cognitiv-comportamentală a sănătății și bolii**

#### **2.2.5.1. Limite ale terapiei cognitiv-comportamentale**

Paradigma cognitiv-comportamentală are un serios suport științific. Există sute de studii (pentru o trecere în revistă, vezi David și Szentagotai, 2006; David *et al.*, 2005c) care susțin acest model. Așadar, ea constituie prototipul pentru psihoterapia validată științific (vezi Anexa 4). Ironic, limitele ei derivă tocmai din caracterul științific. Astfel, trebuie spus clar că :

- 1) nu cunoaștem mecanismele cognitive implicate în toate tulburările psihice, terapia cognitiv-comportamentală fiind un model științific care se dezvoltă continuu, prin cercetări. Acest lucru este similar cu situația din medicină, unde se fac încă studii pentru a găsi mecanismele etiopatogenetice implicate în diverse boli (de exemplu, în diverse forme de cancer) ;
- 2) uneori, chiar atunci când cunoaștem aceste mecanisme, nu avem tehnici < destul de eficiente pentru a le schimba; cercetările aflate în derulare încearcă [ să elaboreze proceduri moderne și mai avansate de intervenție psihoterapeutică. Din nou, acest lucru este similar cu situația din medicină, unde, deși I cunoaștem uneori mecanismele etiopatogenetice implicate în diverse boli, nu I avem încă tratamente eficiente pentru a le influența;
- B) chiar când avem tehnici eficiente, ele sunt uneori prost aplicate din cauză că I nu există încă destui profesioniști bine pregătiți în domeniu; extinderea

programelor de formare este un element fundamental pentru buna adn trare a tratamentelor de tip cognitiv-comportamental. Spre exemplu, pr mele de psihiatrie și de psihologie clinică (vezi APA și APsyA) din trebuie să includă module de terapie cognitiv-comportamentală pentr acreditate.

#### 2.2.5.2. *Mituri referitoare la terapia cognitiv-comportamentală*

Există o serie de concepții eronate asupra acestui model. Uneori, distorsiu care a fost supusă terapia cognitiv-comportamentală au fost atât de *exi* încât sunt caraghioase și comice, amintind de modul în care Vlad Țepeș transformat în Dracula. Aceste distorsiuni au apărut fie din ignoranță, fie promovate intenționat, pentru a frâna dezvoltarea unui sistem atât de con de psihoterapie, de către reprezentanții unor terapii clasice, dar depăș aspect teoretico-metodologic. De asemenea, ele au fost promovate automat în de profesioniștii care nu sunt racordați la demersul științific în domeniu<sup>1</sup> Astfel de concepții, prin raportare la literatura de specialitate, devin mi continuare le prezentăm succint pe cele mai importante, pentru a le pute

*Mitul 1.* Abordarea cognitiv-comportamentală se focalizează pe c ignorând trăirea emoțională a subiectului uman. *Fals!* Scopul principal venției cognitiv-comportamentale este ameliorarea tabloului clinic al pac în cadrul căruia aspectele afectiv-emoționale/subiective sunt dominante ficarea cognițiilor este doar un mijloc de a schimba tabloul clinic, nu ui sine! Scopul este reducerea distresului, emoțiilor disfuncționale și a a mentelor dezadaptative; în baza datelor existente în literatura de spe acest lucru poate fi și trebuie făcut prin modificarea factorilor etiopat cognitivi. Chiar atunci când restructurarea cognițiilor se face în ca subiecți care nu prezintă psihopatologie, acesta nu este un scop în si mijloc de a preveni patologia (programe de prevenție primară). Așada prezență, spre exemplu, a unui stil cognitiv disfuncțional/irațional nu ti subiectul în pacient; putem spune că el este la risc pentru patologie, 1 i se poate comunica, dar decizia finală de a participa sau nu la prc intervenție îi aparține, după o informare adecvată.

*Mitul 2.* Intervenția cognitiv-comportamentală este un tratament sin superficial, neajungând în profunzimea funcționării psihicului uman; vizează mai ales cognițiile conștiente ignorând inconștientul. *Fals!* 1 cognitiv-comportamentală este printre puținele intervenții etiopatogt psihoterapie. Pornind de la cercetări riguroase de psihologie clinică exp( care investighează mecanismele etiopatogenetice implicate în starea < și boală, tehnicile utilizate vizează tocmai modificarea acestora. In pi carea este foarte profundă, ajungând la scheme cognitive și evaluări f( interacțiunea dintre predispozițiile genetice și experiențele de viață

neexclusiv asupra primei copilării), componente importante ale personalității și ale stilului de viață al pacientului. De asemenea, prin tehnicile specifice (de exemplu, cele comportamentale) ea abordează cognițiile inconștiente, considerate mecanisme fundamentale de sanogeneză și patogeneză (vezi Dowd și Courchaine, 1996).

*Mitul 3.* Terapia cognitiv-comportamentală este o formă scurtă de terapie. *Fals!* În funcție de problema cu care se prezintă pacientul/pacienții, terapia cognitiv-comportamentală poate să fie scurtă (20 de ședințe) sau foarte lungă (ani), aplicabilă individual, în grup sau de grup (de exemplu, familie) la un spectru larg de patologii somatică și psihică (de la sugar la copil și adolescent). Este drept că, implementând prescripții cognitiv-comportamentale în forma temelor între ședințele de psihoterapie, numărul ședințelor se poate reduce; asta se întâmplă însă în condițiile în care eficiența rămâne aceeași sau chiar crește! Utilizând principiul exprimat în „Briciul lui Occam” (William Occam, 1285-1347) - ce este în plus și nu este de folos trebuie eliminat -, în anumite situații terapia cognitiv-comportamentală este mai scurtă ca alte psihoterapii, renunțând la acele ședințe care nu aduc un progres terapeutic, dar în aceleași condiții de eficiență crescută !

*Mitul 4.* Dacă utilizezi tehnici cognitiv-comportamentale înseamnă că faci terapie cognitiv-comportamentală; terapia cognitiv-comportamentală este o colecție de tehnici. *Fals !* Terapia cognitiv-comportamentală nu se caracterizează prin tehnicile utilizate, ci prin conceptualizarea cognitivă a cazului (angajamentul teoretic). Simpla utilizare a unor proceduri cognitiv-comportamentale, fără o conceptualizare cognitivă, nu este terapie cognitiv-comportamentală. Invers, odată făcută o conceptualizare cognitivă, numai imaginația, datele științifice și deontologia ne limitează în a utiliza procedurile de intervenție (de exemplu, se pot include tehnici psihanalitice de analiză a visului). Din cauza acestei erori, prin faptul că nu acordă atenție conceptualizării cognitive, numeroși autodidacți nu obțin eficiența arătată în literatura de specialitate. Spre exemplu, mulți angajează rezolvarea problemei practice, fără a rezolva mai întâi problema emoțională; aceasta duce *lafeeling better*, și nu la *getting better*, apărând adesea recăderile și/sau o reducere marginală a tabloului clinic. Observând sute de terapeuți, pot spune că din numărul celor care declară că practică terapie cognitiv-comportamentală, doar un procent redus o practică adecvat și cu eficiență; iată de ce rolul programelor de formare organizate riguros este fundamental!

*Mitul 5.* Abordarea cognitivă ignoră faptul că, uneori, emoțiile apar înaintea cognițiilor și, prin urmare, că teza conform căreia emoțiile sunt postcognitive este falsă. *Fals !* Abordarea cognitivă înțelege prin teza că emoțiile sunt postcognitive faptul că orice emoție presupune, pentru apariția ei, un element cognitiv, computațional (B1). Evident, așa cum a rezultat din ceea ce am prezentat, odată apărută, ea poate avea valoare de eveniment activator (A) asupra căruia se exercită o prelucrare informațională (B2); în aceste sens, ea este precognitivă față

de (B2), dar postcognitivă față de elementul computațional care a generat, pentru schimbarea ei, ceea ce contează este cogniția generativă care modificată, duce la schimbarea emoției!

*Mitul 6.* Terapia cognitiv-comportamentală urmărește să neutralizeze și să înlăture emoțiile. *Fals !* În filmele *science-fiction* există o specie numită „vulca probabil că cel mai cunoscut personaj „vulcanian” este Spock, din film *Trek*. Aceștia urmăreau să își elimine complet emoțiile, pentru a avea un creier exclusiv logic. Oamenii nu sunt vulcanieni! În terapia cognitiv-coi mentală nu urmărim să neutralizăm emoțional pacienții, ci să-i normăm emoțional. În situații de viață negative (cum ar fi moartea cuiva apropiat mai mulți dintre noi reacționează prin emoții negative, dintre care unele patologice (de exemplu, depresia), iar altele sunt nepatologice (de exemplu, tristețea). Scopul nostru nu este să-l facem pe pacient reactiv (neutr sau să se simtă bine ! Așa ceva nu se înscrie în conceptul de normalitate reacția sa este de tip patologic, urmărim transformarea ei în una nepatologică. Dacă reacția sa este nepatologică, atunci ea (1) nu face obiectul unei intervenții terapeutice sau (2) face obiectul unei intervenții de tip suportiv, pentru a-i da dacă este posibil, intensitatea (de exemplu, să fie mai puțin trist, dar nu propune să eliminăm tristețea, care este normală o perioadă).

*Mitul 7.* Abordarea cognitiv-comportamentală este prea tehnicizată și de aceea nefiind potrivită pentru anumiți pacienți și anumite forme de patologii însăși formularea arată naivitatea și lipsa de profesionalism a celor care de credințe. Datorită gamei largi de tehnici, ea poate acoperi întregul spectru de patologii. Spre exemplu, debilitatea mentală și tulburările psihotice pot fi tratate bine dacă nu la tehnici cognitive, atunci la tehnici comportamentale. Pacienții de tip „nevrotic” pot fi abordați prin tehnici cognitive, iar în funcție de capacitatea pacientului, se pot utiliza tehnici mai simple (cum ar fi restul cognitivă pragmatică) sau mai complexe (de exemplu, restructurarea < logică, metaforică). Abordarea cognitiv-comportamentală, ca orice altă psihoterapie, are o componentă științifică (limbaj, teorii, proceduri) și o interfață (traducerea clinică a limbajului, teoriei și procedurilor în cazul pacienților). Simpla citire a unor cărți care descriu terapia cognitiv-comport (componentă științifică), fără o formare profesională în domeniu (care include și componenta de interfață), duce la un astfel de mit. Abordarea cognitiv-comportamentală este o abordare integrativă, cu un spectru larg de tehnici și metode validate științific, selectarea acestora într-un caz-țintă făcându-se în funcție de pacient și de problemele pe care acesta le are.

#### ◆ EXEMPLU

În cazul unui stres posttraumatic apărut după un viol, un autodidact cognitiv-comportamental ar putea să încerce să restructureze direct cognitive de genul „... nu meritam asta, nu trebuia să se întâmple...” (gândire a

sau „...este groaznic ce mi s-a întâmplat...” (catastrofare), care sunt, într-adevăr, mecanismele etiopatogenetice ale tulburării. Încercând să-i arate pacientului direct eroarea în gândire, el ar putea întreba: „Unde scrie că nu trebuia să se întâmple?” sau „Pe ce te bazezi când spui că a fost groaznic?”. Această strategie, corectă teoretic, este greșită sub aspect clinic. Într-un astfel de caz, o abordare cognitiv-comportamentală adecvată ar încerca, pe fondul unei relații terapeutice bune, să restructureze indirect, prin modelare, cognițiile iraționale ale pacientului. Spre exemplu, terapeutul ar putea spune : „...înțeleg că a fost teribil de rău...” (varianta rațională a catastrofării) sau „...cred că ți-ai fi dorit foarte mult să nu se întâmple asta...” (varianta rațională a gândirii absolutiste).

*Mitul 8.* Terapia cognitiv-comportamentală este prea directivă. *Fals!* Este însă adevărat că în paleta de proceduri, spre deosebire de majoritatea psihoterapiilor, terapia cognitiv-comportamentală acceptă și proceduri directive. Ea include însă un arsenal amplu de tehnici (de la metaforice la logice) care pot fi aplicate de la non-directiv (de exemplu, tehnicile metaforice - adesea) la foarte directiv (de exemplu, tehnicile logice - adesea). Tehnicile logice pot fi însă aplicate și non-directiv, explorator, în manieră socratică (vezi Capitolul 7). Stilul mai mult sau mai puțin directiv depinde de problema pacientului, care ghidează tehnica utilizată și modul de aplicare a acesteia. Acest mit derivă din celebrul caz „Gloria” - o serie de casete video cu scop didactic în care același caz a fost abordat, alternativ, de către Albert Ellis, Fritz Perls (1893-1970) - fondatorul terapiei gestaltiste - și Carl Rogers (1902-1987) - fondatorul terapiei centrate pe client. Evident că Albert Ellis a avut cea mai directivă intervenție (prea directivă chiar și pentru gustul său, a afirmat el mai târziu, pentru a reliefa mai bine această strategie în comparație cu Perls și Rogers). Ellis poate fi creditat cu introducerea în psihoterapie a intervenției foarte directive (a nu se confunda însă stilul lui Ellis cu terapia cognitiv-comportamentală și a nu se considera că stilul său se reduce la tehnici directive!). În plus, trebuie clarificat faptul că a fi foarte directiv nu înseamnă a nu fi empatic și a certa/a te certa cu pacientul - așa cum eronat interpretează unii termenul englezesc *disputing* sau, în formularea lui Ellis, *forcefully disputing*. A fi foarte directiv înseamnă a promova rapid atingerea obiectivelor, într-o manieră empatică, congruentă, colaborativă și de acceptare necondiționată a pacientului, confruntând direct mecanismele defensive ale acestuia, care pot bloca atingerea scopurilor (este un demers similar celui din terapiile dinamice de scurtă durată ; vezi Davenloo, 1980 ; Malan, 1963),

#### ◆ EXEMPLU

*Terapeut:* Până data viitoare am să te rog să notezi pe o foaie de hârtie trei gânduri disfuncționale/iraționale care apar pe parcursul săptămânii, similare celor pe care le-am discutat azi.  
*Pacient:* Nu cred că am să reușesc. Mă simt fără chef și incapabil să fac ceva.  
*Terapeut:* Înțeleg că îți este greu, dar refuz să accept că într-o săptămână nu poți scrie maximum o jumătate de pagină.



*Pacient:* Și dacă într-adevăr nu pot ? Ce înseamnă asta ?

*Terapeut:* Bun, văd că iar încerci să problematizezi, deviind de la subiect. Vo vedea dacă poți sau nu încercând și vom vedea apoi și ce înseamnă asta. Așadi aceasta este tema ta pentru ședința următoare. Ne-am înțeles?

*Pacient:* OK, voi încerca.

*Terapeut:* Nu ajunge să încerci. Va trebui să vii cu ea făcută ca să avem pe ce lucrăm.

Sigur, acest lucru a fost greu acceptat pentru că, în acea perioadă, dominau psihoterapie abordările non-directive. Dar, așa cum spunea Ellis, nu trebuie să înțeleagă faptul că stilul foarte directiv e necesar de fiecare dată: merge bine unii pacienți și duce la blocaje în cazul altor pacienți.

<\*> EXEMPLU

Aaron Beck povestește situația în care l-a invitat pe Albert Ellis să facă o demonstrație la clinica unde lucra și unde cei mai mulți colegi erau de orientare psihanalitică. Au ales pentru demonstrație unul dintre cele mai dificile cazuri clinice (un pacient care venea la tratament de ani de zile). Beck povestește că a început interviul într-o manieră foarte directivă, care a uimit audiența: „Am să vă trebui să stăpânesc o mică răscoală a colegilor mei”, a declarat mai târziu. După demonstrație, conducând pacientul spre salon, Beck l-a întrebat curios: „a fost?”. Pacientul i-a răspuns: „De când am venit eu la clinica asta, acesta primul om care m-a înțeles!”. Morala este că: (1) uneori stilul foarte directiv este o strategie terapeutică de sine stătătoare; (2) acest stil este unul mult mai accesibil în terapia cognitiv-comportamentală (de exemplu, se poate face mai puțin directiv până la non-directiv, prin utilizarea de tehnici forțate), iar să identifice terapia cognitiv-comportamentală cu una dintre strategiile este o eroare; (3) adesea perspectiva pacientului este diferită de cea a psihicologilor; într-adevăr, studiile au arătat că stilul directiv în terapie este evaluat de către profesioniști ca fiind non-empatic, în timp ce studenții și pacienții îl consideră empatic și util!

## Capitolul 3

### **Anatomia actului psihoterapeutic**

Așa cum am mai arătat, psihoterapia este intervenție psihologică în sănătate și boală. Orice sistem psihoterapeutic are două componente majore. *Prima componentă* este cea teoretică; aceasta angajează mecanismele de sanogeneză și patogeneză implicate în sănătate și boală. Din ea este derivată *a doua componentă*, cea procedurală, care oferă pachete de intervenție psihoterapeutică. Deși uneori este posibil ca, istoricește vorbind, teoria să se dezvolte mai târziu pentru a conceptualiza o procedură de intervenție descoperită deja întâmplător, funcția ei în cadrul sistemului terapeutic rămâne aceeași. Așadar, este evident faptul că intervenția psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în starea de sănătate și boală. Prin urmare, în funcție de aceste mecanisme avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice : (1) abordarea cognitiv-comportamentală, (2) abordarea dinamic-psihanalitică și (3) abordarea umanist-existențial-experiențială. În cadrul acestor orientări există diverse școli, fiecare cu particularități teoretico-procedurale specifice. Se estimează (Bergin și Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de școli de psihoterapie și peste 600 de tehnici de intervenție.

Indiferent de abordarea psihoterapeutică, anatomia ei reliefează o serie de factori comuni și nespecifici. Astfel, prima fază a intervenției psihoterapeutice presupune *(psiho)diagnosticul și evaluarea clinică* (evaluarea stării și nevoilor clientului în consilierea psihologică). Apoi, pe baza acestor informații, se trece la faza de *conceptualizare*, în care se oferă pacientului o explicație sau o interpretare pentru tabloul său clinic. Desigur, pacientul are propriul său cadru de referință și propria sa interpretare care poate opune rezistență explicației/interpretării oferite de psihoterapeut. De aceea este foarte important ca explicația oferită de terapeut să fie acceptată de pacient și să ofere acestuia o perspectivă comprehensibilă asupra tabloului clinic și asupra modalității de eliminare a acestuia. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, atunci **Ceasta** este descompusă în probleme specifice care vor fi abordate fiecare în parte prin *intervenție psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relații terapeutice* (de consiliere) adecvate, construită prin mijloace specifice în fiecare abordare psihoterapeutică.

Cercetările asupra eficienței psihoterapiei efectuate în secolul XX at sintetizate și prezentate recent de Lambert (Lambert *et al.*, 2002; 2 încercând să estimeze contribuția diverselor componente ale tratamentului și terapeutice la eficiența/eficacitatea acestuia, rezultatele arată următoarea și (vezi figura 3.1.):

- *Relația psihoterapeutică* contribuie cu aproximativ 30% la eficiența terapiei. American Psychological Association/Asociația Americană de Psihologie, prin Division of Psychotherapy/Divizia de Psihoterapie, a inițiat un program de cercetare pentru a individualiza componentele cele mai importante ale relației terapeutice. Rezultatele acestui program de cercetare sunt prezentate în Anexa 2.
- *Tehnicile de intervenție psihoterapeutică* contribuie cu 15%.
- *Efectul placebo* contribuie cu 15% ; în aceste condiții, efectul placebo referă la speranța că tratamentul urmat va duce la ameliorarea tabloului ca rezultat al unei *conceptualizări clinice eficiente*.
- *Factorul personal* al pacientului, identificat prin *psihodiagnostic și clinică*, acoperă 40%. Elementele factorului personal pot fi împărțite categorii. *Prima categorie* include factori psihologici și de educație și inteligență. *A doua categorie* include factori economici, iar *a treia* se referă la suportul social pe care îl are pacientul. Un terapeut eficient acela care, prin elementele psihoterapiei, poate mobiliza la maximum factori personali, o pondere mare în cadrul lor având factorii cognitivi.

Figura 3.1. Contribuția componentelor psihoterapiei la ameliorarea simptomatologiei

Sigur, aceste rezultate nu trebuie interpretate într-o manieră exagerată. Unii autori ar putea sugera că programele de formare pot ignora componenta de tehnică și placebo, focalizându-se pe celelalte două componente, care acoperă 70% din eficiența tratamentului. În acest context, dorim să menționăm că, indiferent de ponderea lor, toate componentele sunt necesare, ele potențându-se și constrângându-se reciproc. Imaginați-vă o intervenție psihoterapeutică în care nu se utilizează tehnici de intervenție (de tratament) și în care nu se dezvoltă și speranța de însănătoșire (efectul placebo) prin conceptualizarea clinică; în aceste condiții, nu se poate dezvolta nici o relație terapeutică adecvată și nici factorul personal nu poate fi utilizat eficient. În plus, aceste contribuții procentuale relative sunt doar potențiale, realizarea lor maximală depinzând de formele specifice pe care le îmbracă factorii comuni nespecifici. Fiind o formă de psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală are aceeași structură anatomică, implicând acești factori comuni și nespecifici; ei sunt comuni și nespecifici în sensul că apar în toate psihoterapiile nu în sensul că modul în care se manifestă este similar în toate psihoterapiile! Și oamenii au aceeași structură anatomică, dar acest lucru nu înseamnă că toți sunt la fel (de exemplu, că au brațe la fel de lungi) și/sau la fel de performanți (la fel de rapizi, spre exemplu). Faptul că toate formele de psihoterapie au aceeași structură anatomică, nu înseamnă că ele sunt la fel și/sau la fel de performante. În funcție de valorile specifice pe care le iau diferitele componente ale psihoterapiilor, ele se pot diferenția ca eficiență/eficacitate (păstrând însă ponderea relativă a acestor componente). Așadar, acești factori comuni (mecanisme comune/nespecifice) explică în mare parte un segment comun de eficiență/eficacitate, caracteristic tuturor psihoterapiilor. Modul specific (mecanisme specifice) în care se exprimă aceste componente comune (de exemplu, tehnicile de intervenție) face însă diferența relativă dintre psihoterapii sub aspectul eficienței/eficacității (vezi Capitolul 9). Prin analogie, anatomia umană permite anumite activități în care diversele componente (de exemplu, ochii, brațele, picioarele) au contribuții clare (de exemplu, văzul - 25%) și asigură o similaritate între performanțele diversilor actori; dar diferențele de performanță între diverși actori se vor datora unor valori specifice (cât de bine văd, cât de puternic este brațul etc). În capitolele următoare vom vedea cum se exprimă aceste elemente comune și valorile lor specifice în terapia cognitiv-comportamentală.

## Capitolul 4

# **Psihodiagnostic și evaluare clinică cognitiv-comportamentală**

## 4.1. Fundamente

Din punct de vedere etimologic, termenul *diagnostic* (gr. *diagnostikos* - „capacital de a distinge” ; de la *dia* - „între” ; *gnosis* - „cunoaștere”) denotă o activitate de cunoaștere. Psihodiagnosticul se referă la cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman, cu relevanță pentru diverse activități. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală. Psihodiagnosticul clinic cognitiv-comportamental vizează investigarea factorilor psihologici cu relevanță pentru intervenția cognitiv-comportamentală. Cunoașterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare (clinică cazul nostru), în care se utilizează metode diverse precum testarea psihologică, interviul clinic (liber, semistructurat, structurat) etc.

Modelul de psihodiagnostic și evaluare clinică prezentat în continuare este prototip în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale - psihodiagnostic și evaluare clinică nosologică - (gr. *nosos* - „rău”, „boală”), care se referă la încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o anumită categorie de tulburare psihică. Majoritatea formelor de psihoterapie evită utilizarea unui diagnostic nosologic ghid pentru intervenția psihoterapeutică. Ideea este că deseori problemele psihice nu sunt conceptualizate de aceste forme de psihoterapie ca „boală” tându-se utilizarea unui demers medical. Terapia cognitiv-comportamentală asumă demersul nosologic (DSM-IV) pe baza următoarelor motivații:

- este un diagnostic validat și investigat științific ;
- este un diagnostic care a creat un limbaj comun, general acceptat în domeniul psihologic și medical, ceea ce facilitează inserția profesionistului în deș și relațiile cu ceilalți profesioniști;
- utilizarea lui nu implică necesitatea unui tratament medical, ci, fi diagnostic descriptiv, permite angajarea unor mecanisme etiopatologice psihologice, pe baza cărora se fac apoi intervenții psihologice.

Secvențele unui proces de psihodiagnostic și evaluare clinică nosologică următoarele:

I - încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o anumită categorie nosologică (fazele I și a II-a se realizează prin interviu clinic și testare psihologică);

I - particularizarea, detalierea și sintetizarea datelor culese în fazele I și a II-a pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de categoria în care a fost încadrat tabloul său clinic ; de asemenea, aici se detaliază diagnosticul nosologic în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient (faza a III-a se realizează prin interviu clinic și testare psihologică).

*Faza I.* Este indicat ca interviul să înceapă cu o discuție despre situații care îl

- pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la dezanxietizarea lui și poate facilita comunicarea dintre pacient și clinician. În această fază, se înregistrează, de asemenea, numele și prenumele pacientului,
- vârsta, cetățenia, naționalitatea și domiciliul, date furnizate de pacient sau aparținători - în cazul unor tulburări grave sau în cazul copiilor. Se notează și nivelul de cunoaștere. Spre exemplu, în cazul unui student la fizică, începem interviul cu discuții despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate
- rimate. Dacă terapeutul dovedește cunoștințe în domeniul de interes al pacientului, aceasta poate contribui la dezvoltarea pozitivă și mai rapidă a relației terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedii, ci doar că o eventuală cunoștință anterioară - în cazul în care știm cu cine vom discuta - se poate dovedi utilă. Apoi, treptat, se virează spre obiectul interviului, menținând un limbaj de vorbire clar și caracteristici diferite de la pacient la pacient.

*m EXEMPLU*

*I Terapeut:* Bun, hai acum să ne întoarcem puțin la problemele noastre. Mai întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără) apoi am să te întreb cum a început. Deci, ce probleme (neplăceri) sunt ? Ce te supără (deranjează) ?

În continuare, interviul trebuie să vizeze următoarele aspecte, care aproximează, de fapt, axele de diagnostic din DSM-IV :

I descrierea acurată a tabloului clinic (Axa I - tulburările clinice - și Axa II -I tulburările de personalitate), debutul și evoluția acestuia: „De când au început problemele ? De când ai observat aceste modificări ?” (în cazul în care

pacientul are dificultăți în a-și reaminti debutul, este ajutat cu amorse:

Crăciun, ziua de naștere etc.) ; [ prezența altor boli somatice sau psihice, internări anterioare (Axa III - condițiile ! medicale);

| condițiile socio-economice, informații despre familie, situații stresante (Axa IV -| stresorii psihosociali);

o perspectivă generală asupra stării pacientului (Axa V - indicele global de funcționare).

Această fază se încheie prin realizarea unui diagnostic nosologic identificarea unor factori ipotetici declanșatori, determinanți, favori; dispozanți și de menținere a simptomatologiei. La o analiză atentă demers se observă că, deși DSM se dorește neutru sub aspectul etiopa promovează totuși o etiopatogeneză generală bazată pe modelul stre rabilitate (vezi și figura 5.1.).

### <3> EXEMPLU

Tulburare de adaptare cu elemente depresive (categorie nosologică - Axe declanșatori: moartea mamei (Axa IV); factori predispozanți: perso trăsături de tip dependent (Axa II); factori favorizanți: stresori anterio factori de menținere : condițiile economice - trăiește din banii de la ru<

*Faza a H-a.* în faza a doua a interviului urmează o investigație detaliată < meniului și funcțiilor psihice; unele (cele identificabile cu ajutorul clinicianului și/sau cu un instrumentar care prelungeste aceste simț comportamentală) sunt considerate semne ale tabloului clinic, iar altele cele identificate prin teste complexe) sunt considerate reacții ale orj Investigația prin interviu trebuie să fie dublată de o investigație obi< teste psihologice, acolo unde acest lucru este posibil. în tabelul 4.1. es un exemplu schematizat de aspecte care trebuie urmărite în cursul ir testele psihologice aferente utilizate cel mai des (pentru un model c „Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV/*Structured Clinical In DSM-IV*”, First *et al.*, 2002). Anexa 1 prezintă principalele scale i sunt utilizate în terapia cognitiv-comportamentală.

în terapia cognitiv-comportamentală este fundamentală utilizare; psihologice cu caracteristici psihometrice ridicate. Acest lucru duc riguroasă identificare a problemelor pacientului și a mecanismeli genetice implicate în apariția lor, cu impact asupra eficienței interve logice. în acest context, testele proiective pot fi utilizate doar dacă

- au fost reinterpretate prin prisma teoriilor moderne, validate știi exemplu, prin prisma teoriei învățării, răspunsurile la planșele denotă proiecția unor pulsioni refulate (a căror existență nu a fc identificată științific), ci un anumit set mental care organize nestructurată din planșele respective. Este inacceptabil să se ui proiective (de exemplu, testul Szondi), ale căror teorii sunt anac ar fi teoria pulsională a destinului din testul Szondi), în deciziili cu privire la sănătatea și boala unui pacient;
- au fost investigate și evaluate sub aspectul calităților psihometr
- se vizează facilitarea interacțiunii cu pacientul, fără însă a av epistemică. Spre exemplu, teste ca cel al copacului, familiei, Lus vehicule importante pentru a facilita interacțiunea cu un copil

tic și pre-estui îzei, iJne-  
tori sau ti;

a-)/r

lă

!s

i. 1 t

PsmoDiAGNOSTICSiPVA  
JL 51 EVALUARE rir^-

asu n\*> în stil astro/n ■

epistemica ^,astro,0^c și horosconi^  
Tă"eiul 4.1 -

CoGNmv-coMP0RTA^  
MPOR-TAMENTALA J2<  
rSSimi^r celui din

Componenta Psihica

lectorul /Perceptiv

—« ceiu ^T"^^ Psihologice inv ■

7^-----~::~^i^^^lu/ cllnic

An,0rse Pentru interviu

/Cojnpportament

/Memorie

|Dl'spozi {ic /afectivă

tonalitate

Ca^ nu există vTM^Pa-Sa-Vadã,^uri ja^odață^așaceva? 3 mtam P^

^Po^entSurir Un aspect genera/ ,, -

.ne Poate ÁZZZT^mUrd\*r d,agnostic pre^nmt , ,a Un

un aspect generala ma^^iaj țipător ne n , neaso^tă și

ichizofr^ț^de dementă sau le să vi ie amintiți.

Tes\*e psihologi<sub>cc</sub>

I Santu<sub>cci</sub>, Benton

I despr<sub>m</sub> vă aflați a<sub>f</sub><sub>u</sub><sup>n</sup> e<sub>o</sub>?In « stare

complexă i<sub>Ke</sub>-o%ură hestion<sub>ar</sub>7del^r;-----

de depresia R/<sub>invent</sub>arul c<sub>nestionare</sub>dr^r-----■



| <b>Componenta psihică investigată</b> | <b>Amorse pentru interviu</b>  | <b>Teste psiholog</b>  |
|---------------------------------------|--|--|
| Depersonalizare<br>Derealizare        | Ați simțit că unele lucruri sunt ireale ?<br>Ați simțit că parcă nu mai sunteți dvs. înșivă ?  | De exemplu,<br>Chestie de depersonalizare<br>Steinberg, Scala de experiențe disociativ   |
| Obsesii                               | Vă vin în minte gânduri, chiar dacă nu doriți acest lucru ?  | De exemplu, Invent;<br>Maudsley pentru ob:<br>compulsii, MOCI  |
| Compulsii                             | Simțiți uneori că trebuie neapărat să faceți anumite lucruri ?   | De exemplu, Invent;<br>Maudsley pentru ob;<br>compulsii, MOCI  |
| Atenție                               |  | De exemplu,<br>Toulouse-Pieron, Pi   |
| Gândire și inteligență                | Cum își motivează comportamentele și simptomele ? în cazul unui delir, novicii au tendința de a intra în detaliile delirului, stimulându-l de fapt prin întrebările puse. <i>Notă</i> : Nu este nevoie de o analiză mai detaliată decât cea necesară schemei de tratament (de exemplu, analiza necesară clasificării delirului și identificării structurii sale generale: delir de persecuție, erotic etc.). | De exemplu, Matric<br>Progresive Raven,<br>Scalele de inteligent<br>Wechsler, Probele<br>piagetiene,<br>diagnostic formativ<br>Probe de identificare<br>structurilor cognitive<br>funcționale/raționale<br>disfuncționale/iracunde<br>ATQ, DAS, GABS |
| Orientarea                            | Unde vă aflați ? Ce zi este astăzi ? în ce an suntem ?   |  |
| Conștiința bolii                      | Cum credeți că vă văd ceilalți ? Ce credeți că gândesc ei despre dumneavoastră?<br>Vă considerați o persoană sănătoasă, fără probleme ? Ce probleme credeți că aveți ? Considerați necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră ?   |  |

La sfârșitul acestei faze se clarifică și se definește diagnosticul prezumtiv și anumite mecanisme etiopatogenetice generale.

*Faza a III-a.* în această fază, în cadrul psihodiagnosticului și evaluării se poate trece la o investigație detaliată care vizează surprinderea și dinamica individuală a pacientului, în urma căreia se obțin informații și (față de cele obținute în primele două faze care au contribuit la d

osologic), prin reliefaarea modului în care categoria nosologică se particularizează la pacientul în cauză. Mai precis, se urmărește aici evaluarea psihologică detaliată a : stării prezente a pacientului și a modului în care acesta se adaptează la situațiile concrete;

problematicii comportamentelor simptomatice;

- controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor;
- situației somatice a pacientului;
- dinamicii și structurii personalității;

mecanismelor defensive și de coping, precum și a conflictelor și dinamicii lor; comportamentului interpersonal;

principiilor morale și atitudinilor sociale ;

identității și imaginii de sine ;

determinanților sociali și situațiilor curente de viață;

problemelor de ecologie socială și familială etc.

La sfârșitul fazei a treia avem atât o categorie de diagnostic nosologic, cât și ^particularizarea acesteia, prin surprinderea dinamicii individuale a pacientului. [Aceasta permite formularea unei conceptualizări generale în termenii modelului stres - vulnerabilitate (vezi figura 5.1.)

i Trecerea de la psihodiagnosticul nosologic la intervenția psihologică propriu-zisă

(de exemplu, consiliere psihologică, psihoterapie etc.) se face prin intermediul unei liste de probleme. Aici ne interesează modul în care categoria nosologică se

exprimă în probleme specifice de viață pentru fiecare pacient. în acest scop, se

face o listă cu probleme concrete de viață, unele în termeni emoționali (de

[exemplu, starea de panică), altele în termeni comportamentali (de exemplu, nu poate

îrborbi în public), iar altele în termeni mai generali (de exemplu, probleme la

lierviciu). Astfel, doi pacienți cu același diagnostic nosologic (de exemplu,

[tulburare depresivă majoră) pot avea probleme de viață diferite (de ^exemplu, în

limp ce în cazul unui pacient problemele se reflectă mai ales în relațiile de la

I focul de muncă, la celălalt ele se reflectă în relațiile familiale). Se recomandă ca

lista să nu cuprindă mai mult de 8-10 probleme. O listă prea lungă descurajează

pacientul și face dificilă organizarea procesului psihoterapeutic. Dacă numărul

*m* probleme este foarte mare, sugerăm formularea uneia/unora dintre ele în

[termeni mai generali; oricum, ele vor fi apoi analizate detaliat în cadrul proce-

Eflhii psihoterapeutic prin reformularea lor în cadrul modelului ABC cognitiv și/sau

pmportamental. De exemplu, dacă există probleme de comunicare cu soțul, cu

copii și cu părinții, nu vom formula trei probleme, ci una: probleme de

Comunicare cu familia. Demersul psihoterapeutic trebuie început cu o problemă

i importantă pentru pacient, pe care o analizăm, în funcție de cum a fost definită,

a modelul ABC cognitiv și/sau comportamental, dar despre care știm, în baza

enței și a literaturii de specialitate, că poate fi rezolvată relativ ușor. Dacă

m cu o problemă periferică (de exemplu, renunțarea la fumat în cazul unui

pacient care are atacuri de panică), pacientul poate considera tratamentul tant. în cazul în care începem cu o problemă majoră greu de rezolvat, nu vede eficiența psihoterapiei; acest lucru este important de ținut în urmă în calcul faptul că numărul mediu de ședințe de psihoterapie în normale este mai mic de cinci! Așadar, problema cu care începem terapeutic trebuie să fie una importantă și relativ ușor de ameliorat (de atacuri de panică). Negocierea acestui demers, în cazul în care pacienții un altul (*Atenție!* Dorința pacientului de a începe cu o problemă periferică sugerează defenșe și probleme în relația psihoterapeutică.), se face trimizând și pe autoritatea profesională a psihoterapeutului. Psihoterapei au tendința să abordeze mai multe probleme simultan. Aceasta este psihoterapeutică ce trebuie evitată. Abia după ce am rezolvat sau am rezolvat o problemă, trecem la următoarea.

Trebuie amintit aici că, uneori, demersul terapeutic cognitiv-compo poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales dacă: (1) ticul nosologic nu este cerut în mod formal; (2) ne confruntăm cu o criză atunci când trebuie să se intervină rapid pentru rezolvarea unor specifice și/sau (3) se lucrează pe probleme subclinice sau de autocorectare și dezvoltare personală. În acest caz, asupra problemei se aplică modelul ABC cognitiv și/sau modelul ABC comportamental, reținând astfel factorii etiopatogenetici și deci locațiile la care trebuie să intervină strategii cognitiv-comportamentale. În funcție de pacient și de obiectivele terapeutului (câtă informație aceasta este relevantă), etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică; întinde pe parcursul a 1-2 ședințe.

Rezumând, psihodiagnosticul și evaluarea clinică nosologică presupune următoarele componente principale:

- formularea diagnosticului nosologic (DSM) (fazele I și a II-a);
- detalierea diagnosticului nosologic prin surprinderea dinamicii în cazul unui pacient-țintă (faza a III-a);
- operaționalizarea diagnosticului nosologic în probleme de viață pacientului - stabilirea listei de probleme (faza a III-a).

Prezentăm în continuare câteva aspecte importante pentru îmbunătățirea clinică în ceea ce privește diagnosticul și evaluarea clinică.

#### I. *Reguli facilitatoare ale diagnosticării și evaluării clinice:*

- (1) alternanța întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise și fluente);
- (2) sensibilitate la perspectiva personală, cognitivă și lingvistică a pacientului asupra problemelor proprii și a cadrului său de referință;

(3) comunicare nonverbală adecvată;

(4) reflectări empatiche frecvente ;

(5) atenție la ceea ce spune pacientul, dar și la cum se exprimă. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra acestuia (de exemplu, ori de câte ori povestește despre soție apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre ea).

În timpul interviului, pacientul folosește propriul limbaj și propria perspectivă asupra problemelor sale. Noi traducem permanent ceea ce spune pacientul în constructele științifice (cum ar fi modelul ABC cognitiv și/sau comportamental) ;

făcând acest lucru, găsim soluția pentru problemele sale, soluție pe care i-o comunicăm apoi într-un limbaj de interfață - acceptat de pacient și care ne ajută să înțelegem pacientul și perspectiva sa - și limbajul de specialitate - care ne ajută să înțelegem problema pacientului și să găsim soluția adecvată, permițându-ne apoi să discutăm despre caz cu colegii noștri. Dacă nu avem limbajul de interfață, atunci vom avea dificultăți în derularea terapiei; similar, în familie și la nivelul simțului comun astronomul vorbește despre răsărit și apus (deși, sub aspect științific, este greșit), nu despre mișcările relative ale pământului și soarelui!

^că nu avem limbajul și constructele de specialitate, atunci ne pierdem în ftiziile unei psihologii de simț comun (cum ar fi confuzia între cogniție și oție, legătura între A și C etc), nefiind mai eficienți decât o bătrână cu o experiență bogată de viață; similar, dacă nu ar cunoaște mișcările relative ale pământului și soarelui, diferența dintre un astronom și un om cu experiență de rață, atunci când abordează problema „răsăritului soarelui”, ar fi minimă!

Așadar, la întrebarea „Putem utiliza termenii de specialitate precum «cogniție», «irațional», «disfuncțional», «dezadaptativ» etc. cu pacientul ? ”, răspunsul este și da, și nu! Dacă pacientul îi acceptă și înțelege ei pot fi utilizați; dacă nu, ei pot fi înlocuiți cu termeni precum „gânduri”, „nefolositor”, „nesănătos”, „negativ” etc., păstrând expresiile științifice pentru discuțiile cu colegii profesioniști. Așadar, se pot utiliza orice formule verbale care se înscriu în deontologia profesională și tare sunt acceptate de pacient.

## II. *Stadiile schimbării*

În timpul interviului trebuie să conștientizăm faptul că pacientul se poate afla în diferite faze de pregătire pentru schimbare (Prochaska *et al.*, 1992): (1) precontemplare - nu are intenția de a schimba ceva în viitorul apropiat; (2) Memplare - se gândește la schimbare, dar nu face nimic pentru ea; (3) pregătire - face primii pași pentru schimbare; (4) acțiune - face schimbări majore pentru a-și depăși problemele; (5) menținere - desfășoară activități pentru a preveni recăderile/recurențele și a consolida câștigurile. Neconștientizarea «or faze poate duce la rezistențe serioase ale pacientului în timpul terapiei, cu

efect negativ asupra rezultatelor intervenției. Elemente din „interviul țional” sunt adesea utilizate în terapia cognitiv-comportamentală pentru a mai bine pacientul pentru terapie și a-l motiva pentru schimbare. „I motivațional” este o strategie terapeutică centrată pe persoană, non-confn dar directivă, care vizează creșterea motivației intrinseci pentru schimb explorarea și rezolvarea ambivalenței pacientului; strategia a fost descrii dată de Miller (1983) în revista *Behavioral Psychotherapy*.

### III. *Evaluarea constantă a pacientului și a evoluției sale*

în terapia cognitiv-comportamentală evaluarea pacientului și a evoli se face nu doar în această etapă, ci constant, pe parcursul terapiei, la acesteia și, uneori, chiar în faza de urmărire a evoluției pacientului. E prin două modalități: (1) subiectivă (declarațiile clientului); (2) (înregistrarea datelor comportamentale sau frecvenței simptomelor pe terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros). Evaluarea de este importantă din mai multe motive :

- (1) în primul rând, ea oferă un feedback pozitiv terapeutului și pa referitor la intervenția terapeutică (Este ea eficace ? O putem stoij nu este eficace, ce trebuie făcut? etc.);
- (2) în al doilea rând, evaluarea este necesară activităților administrative în care terapeutul își desfășoară activitatea (de exemplu, statistica intt a reușitelor și eșecurilor într-o anumită perioadă de timp în cadrul un
- (3) în al treilea rând, datele culese pot face obiectul unor analize știi publicării. Intervențiile clinice cognitiv-comportamentale sunt conc în cadrul paradigmei experimentului cu un singur subiect (Davi 2006b), ceea ce face ca orice intervenție clinică să fie și un cercetare științifică ce contribuie astfel la dezvoltarea teoretico-a intervenției clinice.

### IV. *Tehnici de spargere a rezistențelor*

în timpul interviului clinic pot să apară o serie de rezistențe pacientului și dificultăți de comunicare în obținerea de informații rele\ tratament. Sursele acestor rezistențe pot fi diverse:

- (1) pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susține o relevantă;
- (2) expectanțele sale față de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcut prea tânăr/bătrân, terapeut femeie/bărbat, cabinetul terapei cios/luxos etc.;
- (3) pacientul a fost adus împotriva voinței lui (de exemplu, amenințat cu pierderea pensiei). *în primul caz*, se apelează la obținerea de informații de la familia trebuie apoi coroborate, pentru a avea o perspectivă unitară și ;

reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care pacientul poate fi interviuat, pentru a compara perspectiva lui cu cea a familiei sau a rudelor etc. *In al doilea caz*, spargerea rezistențelor se bazează pe următoarea regulă susținută de studii de psihologie socială (Gilbert *et al.*, 1993): pe măsură ce pacientul împărtășește clinicianului experiențe personale, clinicianul începe să fie perceput mai favorabil de către pacient. Aceasta înseamnă că este important ca pacientul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtășește terapeutului tot mai multe elemente personale. Este indicată următoarea strategie clinică:

*Terapeut:* Ce probleme sunt ?

*Pacient:* Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că ești prea tânăr ca să mă înțelegi și să mă ajuți.

*Terapeut:* Din cele ce îmi spuneți, înțeleg că sunteți dezamăgit să întâlniți un terapeut prea tânăr (reflectare empatică a rezistenței lui).

*Pacient:* Da, mă așteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.

*Terapeut:* Cred că aveți dreptate să gândiți astfel. Toți am dori, la neceaz, să avem un om matur și puternic lângă noi care să ne ajute (suntem de acord cu rezistența lui).

*Pacient:* Da.

*Terapeut:* Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă în care, probabil, veți avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să știu ce probleme sunt ca să vă pot recomanda cel mai bun terapeut pentru problemele respective. Deci, ce necezuri sunt? (oportunitate de dialog).

*Pacient:* ... (de cele mai multe ori începe să împărtășească problemele  
■ personale).

*In al treilea caz*, mecanismul angajat pentru spargerea rezistențelor este de I aceeași factură :

*Terapeut:* Ce probleme sunt ?

*Pacient:* Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar I am venit de gura nevestimii. Și nu am nici o problemă.'

*Terapeut:* înțeleg că trebuie să fiți extrem de revoltat și nemulțumit că ați fost Iadus aici (reflectarea empatică a rezistenței pacientului).

*Pacient:* Da.

*Terapeut:* Probabil că oricine în locul dumneavoastră ar simți Ia fel. Cred că fi eu aș fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinței mele (suntem de ■Icord cu rezistența lui). Dar, oricum, cine v-a adus aici ?

*Pacient:* Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.

*Terapeut:* De ce credeți că dorește acest lucru ?

*Pacient:* Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu luai'multe decât orice om.

I

*Terapeut:* Totuși mi se pare că aveți o problemă mai ciudată (cu u soția dvs., gândiți cam diferit. Sau mă înșel? (oportunitate de dialoga

*Pacient:* A nu, cred că aveți dreptate. Să vedeți... (pacientul vorbească despre relația cu soția, rezultând și presupusele probleme pi soția i-a cerut să meargă la un psiholog).

Așadar, tehnicile pentru spargerea rezistențelor urmează trei pași p

- (1) reflectarea empatică a rezistenței pacientului;
- (2) abordarea indirectă a pacientului;
- (3) oferirea de întăriri pentru implicarea pacientului în procesul de c

Capitolul 5

Conceptul\* cJin• cogi,•t,V-Comportanientaiă

p- Aspecte generale

Conceptualizarea fcnli

luării clinice efectuate) . ^?TMWanearePacS?^\*^\* trebu\* să "«mele etiopatolice ce au «P«n«

TL P ^ «Esticului

\*\*" situația în ^f^roWen,e7 ^are este sc^n ^ , 0) Ce trebu,e făcut ^ - fundat? (tc r\_o u J - P^o^^^nt

propu^ £ ^C<<" putem promova i 6Ct,Ve aveTM ? (n\_e bTf COncePt"alizarea

Ne acut, Z\_r^TM^a^aces, te obiectivei Tcar, 3 eVa,uării efectuate)

este "«portant aici ,3 f , de tra,tament si de J m con,tinuare sUnr

f^ -un lim ^ d sn^Cem diStinc^a ^ntre «nceT^ \* ^U .\*\*\*0- Conceptua,ir^Cla,Itate) Și cea de

17^dinicăP^fesia- \*\*«M. Prin con, ^Clinică Pasiona f ^ Ontr,Un limb £adăpat Nde (ne J

ConCePtUa,i zarea de interi 3SigUra comunicarea,

Nnii e^ni i novt T^nal - La «\*»tni^a^?an^desc^ mai s^ \* "& ^ea ce va H? NoVicii Vor ignorT JS"

frecve"t diferent în!



Caracteristicile esențiale ale unei conceptualizări clinice eficiente s<sup>1</sup>

- să fie acceptată de pacient;
- să conceptualizeze teoretic problemele pacientului, transformând ii hensibilul în comprehensibil. Acest lucru este similar cu „prim Rumpelstițkin”. Probabil că ne amintim din poveștile citite în co] Rumpelstițkin este drăcușorul rău și urât care amenință fata de îmr. va lua copilul în schimbul ajutorului pe care i l-a dat în diverse situați împărat se poate salva doar dacă îi ghicește numele. în momentul când i numele, Rumpelstițkin și-a pierdut toată forța malefică asupra fetei d( La fel, dacă reușim să numim simptomatologia pacientului, să o teoretic, ea devine mai comprehensibilă și își pierde o parte din forța „n

- să sugereze existența unor tehnici de intervenție eficiente în reducere matologiei.

Prin aceste caracteristici, conceptualizarea clinică dobândește funcție dezvoltă speranța (așteptarea și expectanța) de însănătoșire - având efecte te Așa cum se observă, conceptualizarea clinică nu trebuie să fie adevăr a fi utilă; este important ca pacientul să o creadă adevărată. Pacientul de o conceptualizare care să-i explice simptomele și să-i sugereze o ! tratament, nu de un adevăr științific ; din acest punct de vedere, concep clinică poate fi un mit. Mitul este definit ca o narațiune tradițională e o societate primitivă în care se imaginează explicarea concretă a fenoi evenimentelor enigmatice cu caracter fie spațial, fie temporal, ce s-au j existența psiho-fizică a omului, în natura înconjurătoare și în universul nevăzut; aceste evenimente sunt în legătură cu destinul condiției cosmi dar omul le atribuie obârșii supranaturale datând din vremea creației p și, ca tare, le consideră sacre și relevante strămoșilor arhetipali ai or ființe supranaturale, în clipele de grație ale începuturilor (Kernbac Adaptând această definiție la domeniul clinic, mitul este o conceptuali? despre care nu știm sigur dacă este sau nu adevărată (în baza liti specialitate). Teza „conceptualizarea clinică nu trebuie să fie adevăra fi utilă în psihoterapie”, deși greu de înțeles și de acceptat pentru unii și cercetători, este o realitate care se bucură de un enorm suport ex (pentru detalii, vezi Frank, 1973 ; Kirsch, 1990). Merită menționat ciuda a ceea ce credea la început Sigmund Freud, nu adevărul îl eli bolnavul psihic, ci ceea ce el consideră a fi adevărat (mitul)!

Atunci când *conceptualizarea clinică* se dovedește a fi *adevărată* -pe teorii validate științific - , ea dobândește calitatea de *explicație* terapia cognitiv-comportamentală acest lucru este fundamental, f deosebește de alte forme de psihoterapie. Altfel spus, se încearcă mere unei conceptualizări care este și validată științific. Trebuie înțeles însă mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic nu sunt

situația este similară celei din medicină, unde nu se cunosc încă mecanismele implicate în diverse forme de cancer. În această situație se utilizează mituri terapeutice plauzibile în baza literaturii existente și a consensului specialiștilor, formulate însă ipotetic (spre exemplu, „Este foarte probabil ca...”). Asumarea acestui lucru transformă demersul psihoterapeutic într-o abordare științifică, serioasă, ce se dezvoltă continuu prin cercetări teoretico-experimentale. Altfel, pare că am descoperit tot ceea ce era de descoperit în psihoterapie și nu ne mai rămâne decât să închidem ușa cu cheia și să plecăm! Mesajul este adresat acelor școli de terapie care consideră că au deja un model care le ajută să înțeleagă și să știe totul!

În terapia cognitiv-comportamentală, pe lângă o conceptualizare generală, focalizată pe categoria nosologică în care se încadrează tabloul clinic global al pacientului, pe parcursul tratamentului se fac conceptualizări specifice pentru problemele de viață concrete prin care se exprimă diagnosticul nosologic. Să le analizăm în continuare.

## 5.2. Modele etiopatogenetice în conceptualizarea specifică

Conceptualizarea clinică specifică în terapia cognitiv-comportamentală se face pentru fiecare problemă care operaționalizează categoria nosologică. În abordarea cognitiv-comportamentală, conceptualizarea problemelor specifice de pe lista terapeutică se realizează pe baza modelului ABC cognitiv (Beck, 1976; Ellis, 1994) și/sau ABC comportamental (Skinner, 1953), ambele descrise detaliat anterior. Această conceptualizare duce adesea la reformularea unei probleme de pe lista terapeutică (formulată la interfața cu pacientul) în mai multe probleme clinice, care sunt, la rândul lor, analizate prin prisma modelelor ABC cognitiv și/sau ABC comportamental.

### ◆ EXEMPLUL 1

Pacientul a fost diagnosticat cu tulburare depresivă majoră (diagnostic nosologic). Una dintre problemele specifice de pe lista terapeutică se referea la starea de panică asociată unui divorț potențial. Aplicarea modelului ABC cognitiv la această problemă specifică a scos în evidență : (1) o problemă practică (A): dificultăți de comunicare și relaționare în cuplu și (2) două probleme emoționale dintre care una primară (panica) (C) și una secundară (metaemoție) care se referă la panica față de panică (C2). Analiza problemei emoționale secundare (metaemoția) (C2) a reliefat un A2 specific (starea de panică) și un B2 disfuncțional/irațional (de exemplu, „Este groaznic, trebuie să mă controlez”). Ulterior, continuând analiza asupra problemei emoționale primare (C) s-au identificat un A specific (de exemplu, cearta în seara de Crăciun) și mecanismele etiopatogenetice cognitive (B): cogniții iraționale de genul „Soția trebuie cu necesitate (gândire absolutistă) să stea lângă mine ; dacă mă părăsește este groaznic (catastrofare), iar eu sunt fără valoare (autodeprecieri)” : A - B - C/A2 -B2-C2

## &lt;\$&gt; EXEMPLUL 2

Pacientul are dificultăți de vorbire în public, evitând astfel de situații. Av clinică o problemă definită în termenii unui comportament operant, pre conceptualizarea acestuia prin prisma modelului ABC comportamental. Aplicării ABC comportamental a scos în evidență: (1) antecedentele (A): (< -stimul (publicul) și (b) cognițiile („Trebuie să fiu perfect și să mă cont ceilalți vor râde de mine; asta este groaznic și arată că sunt un prost”) comportamentul (B): evitare și (3) consecințele (C): întărirea negativă (evit anxietate). O conceptualizare a cazului prin prisma modelului ABC ce arătat astfel: (1) evenimentul activator (A) (publicul); (2) cognițiile (B) ( fiu perfect, altfel ceilalți vor râde de mine; asta este groaznic și arată prost”); (3) consecințele (C) (o stare de anxietate). Starea de anxi generată, devine un nou eveniment activator (A) care amorsează ce („Trebuie să mă controlez, altfel ceilalți vor râde de mine; asta este groa că sunt un prost”) care produc o consecință (C) (comportament de eviți Observăm că cele două conceptualizări (ABC cognitiv și ABC mental) sunt echivalente, diferența fiind mai mult de limbaj (comț *versus* cognitiv) și preferință, justificate clinic, ale terapeutului. În timp ABC comportamental reliefează mai clar rolul întăririlor, modelul A1 reliefează mai clar și mai fin rolul cognițiilor (secvențierea lor), irr înțelegerea stărilor afective.

Atât modelul ABC cognitiv, cât și cel comportamental sunt ex cercetări de laborator la vârf. Așa cum principiile ingineriei genic asimilabile și uneori violentează cunoștințele de simț comun (cum specialiștilor care făceau altoiri și încrucișări pe baza experienței de sim aceste modele violentează multe cunoștințe din psihologia de simț comu traducerea lor într-un limbaj de interfață trebuie făcută cu atenție. Sp modelul ABC cognitiv violentează credința larg răspândită că eveni determină consecințele (C): „Sunt furios (C) fiindcă nu ai vorbit ci Modelul ABC cognitiv promovează ideea - conceptualizarea cogniti căruia nu evenimentul (A), ci modul în care îl interpretez (B) mă aft „Sunt furios deoarece am interpretat/evaluat într-un anumit fel fap vorbit cu mine”. Ei bine, uneori, traducerea acestui lucru într-o cor de interfață nu este simplă! Similar, modelul ABC comportame opoziție cu altă credință eronată a simțului comun, și anume că con este determinat de voința noastră; dacă nu faci ceva, este pentru că r de mult! Dar, modelul ABC ne-a arăt clar care sunt cauzele comp și, interesant, voința nu era acolo (am scăpat de voință așa cum chi de flogiston). Traducerea acestui lucru în limbaj de interfață nu Menționând aceste dificultăți, trebuie să le depășim. Toate științele probleme similare cu simțul comun. Spre exemplu, fizica are dificult pe oameni să înțeleagă faptul că timpul și spațiul sunt relative, ing u

în a-i face să înțeleagă mecanismul donării (că este o aplicație biologică, nu psihologică) etc. Nu înseamnă însă că nu mai facem fizică relativistă sau inginerie genetică. Similar, și noi continuăm să facem cercetări de terapie cognitiv-comportamentală, dar suntem atenți, atunci când le aplicăm clinic, la cum le putem traduce în limbaj de interfață pentru a fi acceptate de pacient; spre deosebire de fizică și biologie, în psihologie efectul mesajului științific este uneori mediat de receptarea acestuia de către subiect. Aceasta face diferența dintre un terapeut cognitiv-comportamental foarte bun și ceilalți (știe teoretic/procedural ce să facă, dar nu are succes în a aplica clinic ceea ce știe). Deoarece modelele ABC cognitiv și comportamental au fost detaliat descrise anterior, prezentăm în continuare modele etiopatogenetice care ne ajută să elaborăm o conceptualizare generală.

### 15.3. Modele etiopatogenetice în conceptualizarea generală

Modelele etiopatogenetice cognitiv-comportamentale fac parte din cadrul abordărilor de tip bio-psiho-social, în care se promovează ideea unei etiopatogeneze plurifactoriale, complexe.

#### 5.3.1. Modelul stres - vulnerabilitate

Conceptualizarea generală în terapia cognitiv-comportamentală se face pe baza modelului stres - vulnerabilitate (vezi figura 5.1.). Altfel spus, anumite evenimente stresante (de exemplu, stresorii psihosociali descriși de Axa IV din DSM) interacționează cu o stare de vulnerabilitate generală biologică (de exemplu, tulburările medicale descrise de Axa III din DSM) și/sau psihologică (de exemplu, caracteristicile psihologice și/sau trăsăturile/tulburările de personalitate de pe Axa II din DSM sau alți factori psihologici), generând tulburările clinice (de exemplu, tulburările de pe Axa I din DSM); tabloul clinic include și tulburările de pe Axa II. În acest model, stresorii și vulnerabilitatea generală se constituie în mecanisme etiopatogenetice specifice. Raportul dintre intensitatea evenimentelor stresante și vulnerabilitate este diferit în funcție de tulburări. Astfel, în cazul anumitor tulburări (stres post-traumatic), un stresor foarte intens (viol) poate declanșa tabloul clinic chiar dacă nu există o vulnerabilitate foarte mare. În cazul altor tulburări (tulburare bipolară), o vulnerabilitate accentuată poate contribui la apariția tabloului clinic chiar în condițiile în care evenimentul stresant nu este foarte puternic, statistic vorbind (în funcție de cum l-ar considera majoritatea oamenilor). Alteori, o combinație între un eveniment puternic stresant și o vulnerabilitate crescută generează tulburări severe (de exemplu, psihoză reactivă). Trebuie să înțelegem aici că stresorul poate fi definit statistic sau personal. Definita statistică (ce este stresorul pentru cei mai mulți oameni - mai ales ca

urmare a evoluției filogenetice și ontogenetice) are valori euristice din punct de vedere nomotetic căci ne sugerează că cei mai mulți oameni vor reacționa într-un mod similar, odată expuși la stresor. Stresorii definiți statistic sunt foarte puternici (cataclism; arsuri) și/sau (2) de fond (background - cum ai care țin de rutina zilnică, zgomot), care sunt mai puțin intenși, repetitivi cronici. Clinic însă, adesea contează nu definiția statistică, ci modul în care prelucrăm stresorul. La un cataclism, spre exemplu, cei mai mulți oameni reacționează cu distres, dar unii au o reziliență crescută (nu au distres și/sau se distresază ulterior poststres); sub aspect clinic, este interesant și util de aflat de ce? La un stimul care, statistic, nu este stresor (de exemplu, cineva m-a înjurat), oamenii reacționează extrem de puternic, arătând o vulnerabilitate deosebită. Din nou, sub aspect clinic este interesant și util de aflat care este vulnerabilitatea. Scurt spus, clinic, cu implicații pentru tratament, stresorul este cel definit ca reprezentând interacțiunea (discrepanța cognitivă) dintre eveniment activator (stimul) și sistemul nostru cognitiv, interacțiune care, prin sepe care o impune, depășește la momentul respectiv resursele organismului. Aceasta nu înseamnă că anumiți stimuli (cum ar fi arsurile severe) sunt stresori, indiferent de interacțiunea cu sistemul cognitiv; spunem doar că în cazul subiectului uman, factorul cognitiv este adesea fundamental în a determina ca un stimul să fie stresor sau nu.

V (Vulnerabilitate) generală

S (Stresor)

Eveniment negativ

## n

nu Psihologici:

- evaluări (cogniții iraționale);

- descrieri și interferențe generale (cogniții centrale/ intermediare codate ca scheme cognitive disfuncționale);

Biologică

T (Tablou clinic)

Stare afectivă

Cogniții automate (gânduri automate)

## f

Comportament

Figura 5.1. Modelul stres (S) - vulnerabilitate (V)

În construirea conceptualizării clinice generale, se iau în calcul și modele etiopatogenetice ce descriu factorii generali, despre care se presupune o contribuție majoră la promovarea sănătății și la remiterea simptomelor. Aceste modele complementare detaliază modelul stres - vulnerabilitate anterior și/sau îl completează. Să le analizăm succint în continuare.

### 5.3.2. Modelul factorilor comuni

Așa cum am arătat, orice demers psihoterapeutic implică niște factori comuni, nespecifci, despre care se presupune că explică o parte din eficiența tuturor formelor de psihoterapie (Frank, 1973): (1) psihodiagnosticul și evaluarea clinică; (2) conceptualizarea clinică; (3) procedurile și tehnicile de intervenție psihoterapeutică; (4) relația psihoterapeutică. Acești factori sunt comuni și nespecifci în sensul că se regăsesc în orice demers psihoterapeutic. Evident, așa cum am spus, ei iau în cadrul fiecărui demers valori specifice.

Figura 5.2. prezintă mecanismele specifice și nespecifice implicate în apariția tabloului clinic și apoi în menținerea sa; aceste mecanisme explică acțiunea factorilor comuni în psihoterapie.

Interpretarea tabloului clinic de către pacient

Reacțiile mediului social

Mecanisme etiopatogenetice specifice și nespecifice

Figura 5.2. *Mecanisme specifice și nespecifice implicate în etiopatogeneză*

După cum se observă în figura 5.2., odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice și nespecifice (agenți etiologici: declanșatori, favorizanți, determinanți, predispozanți, de menținere și modificări patogenetice : reacții ale organismului la agenții etiologici), simptomatologia (tabloul clinic identificat cu ajutorul psihodiagnosticului și evaluării clinice) este apoi menținută și amplificată de intervenția unor *factori generali nespecifci*, extrem de complecși și greu de controlat. Așadar, factorii generali nespecifci „colorează” în mod similar diversele tablourile clinice specifice. Detalii privind mecanismele etiopatogenetice specifice și nespecifice implicate în diverse tulburări psihice pot fi consultate în lucrări de specialitate (Sarason și Sarason, 1999); modificarea lor se face prin tehnici de intervenție specifice, în forma tratamentelor etiopatogenetice. În ceea ce privește factorii generali nespecifci, ei pot menține sau amplifica simptomatologia generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice și nespecifice, [fiind influențabili prin ritualuri terapeutice (vezi Capitolul 7).

Astfel, dacă subiectul își *interpretează* simptomatologia într-un mod ne și dezastruos (vezi figura 5.2.), aceasta duce, prin intermediul stresului ge de această interpretare, la amplificarea simptomatologiei. Un pacient ca interpretează simptomele ca fiind incontrollabile, de nerezolvat, ca expres unei boli ascunse și incurabile, ca fiind de neînțeles, ca sfârșit al său ca per normală (de exemplu, că este „nebun”) și deci ca sfârșit al carierei, familie își generează stres prin mecanismul discrepantei cognitive (de exemplu doresc să fiu considerat nebun, dar cred că sunt” ; „Vreau să înțeleg întâmplă, dar nu pot”). Stresul astfel generat poate amplifica simptomat și/sau anumite reacții care, în unele cazuri, dacă nu ar fi fost prelucrate subiect în mod exagerat negativ, nici nu ar fi fost prea intense sau rem dispărând odată cu trecerea timpului (cum ar fi modificările ritmului cari urmare a unui efort deosebit în cursul zilei). O *conceptualizare clinic* implementată aici poate preveni acțiunea acestui factor general nespecific

*Un al doilea factor general nespecific extrem de important, care an simptomatologia prin mecanismul discrepantei descris mai sus, este repi de reacțiile mediului social* la simptomatologia sau la performanțele scă; pacientului datorate prezenței tabloului clinic. Spre exemplu, ca urmare simptome (amnezie, leșin, anxietate), grupul de prieteni și cunoscuți înec evite pe pacient, nu îl mai antrenează în activități comune etc. în consecință mecanismul discrepantei cognitive (de exemplu, „Vreau să fiu cu ei, dar nu mă acceptă, îmi este rușine” ; „Vreau să reușesc în ceea ce întreprind fac față sarcinilor”), stresul astfel generat amplifică simptomatologia, lucru se întâmplă în cazul în care performanțele se reduc ca urmare a siii tologiei. în cazul unor simptome nevrotice, capacitatea de concentrare a pa se reduce drastic. în consecință, performanțele sale scad, antrenând observații din partea celorlalți (de exemplu, șeful). Aceste noi conflicte a și mențin simptomatologia deja existentă, putând adăuga chiar elem< *Relația terapeutică* joacă rolul de tampon, care poate bloca acțiune; factor general nespecific.

### **5.3.3. Modelul mecanismelor de coping succesiv**

Pacientul nu este o piatră inertă. El încearcă să facă față simpton (Lazarus, 1966 ; 1991), elaborând o serie de mecanisme de coping (v 5.3.). Dacă acestea sunt adaptative (de exemplu, renunță la unele reducând stresul), totul este în regulă, pacientul ameliorându-și sau rez( singur problemele. Dacă apelează la mecanisme de coping dezadaptative pot să-i mențină, să-i amplifice simptomatologia sau să îi genereze noi (de exemplu, consumul de alcool, ca mecanism de coping, în cazul anxif genera probleme noi în familie, la serviciu etc). Apelul la asistența de s

iv at  
Și  
e ă

CONCEPTUAL  
«2âo...e5eS...olerapje f,, m,,d v,,? Trebuie ta|el«' »« una de disere , '""! ■ ""\*»•  
«aca reacł t™ U,,ar m™»i «unei X,  
l 1\*1 social, caz raca °T c TMmai c™»trânș de "I , Comp°«aroe,,ale el  
:\*\* 'Penali conTjT™ m<"™\* « £°TMS\* de\*\*«« sa de  
. \*»«lia dimre e.odTl •' 5, Cumiv3™ Mei reț,Tî "5' <"\*\*" acorda»  
▶ earto S,,S,,, egosimonic,a

tesr\*\*\_>> - \*\_\*«<->><<.

B2(;;nc, Ma,ra,i\_> -

B2(d,Staciona,r/jrational) \_

Disti

tres

^££2Sișmfw/

elimina

de coping

dezadaptative

^ Distres ilecanișme decopîîg~\*

r<sup>n</sup>daptative\_\_t

dezadaptative

■ Distresul eliminat

Mecanism de coping: caută asistență de specialitate ■ Figura 5.3. Evoluția tabloului clinic prin prisma mecanismelor de coping utilizate

#### p.4. Modelul cvadrinivelar al subiectului uman

bst model este o dezvoltare a modelului propus de Lang (1968). Se afirma pici că sistemele de răspunsuri ale subiectului uman fac parte din trei categorii : | fiziologic/biologic, (2) comportamental și (3) cognitiv-afectiv. Ele sunt mai It sau mai puțin legate între ele și interacționează permanent. Așa cum am k acest model a fost un cadru care a grăbit integrarea terapiei comportate cu cea cognitivă. Noi, bazându-ne pe dezvoltările din psihologia cogni- (Eysenck și Keanne, 2000) am dezvoltat acest model clasic separând nivelul litiv de cel afectiv și am detaliat interacțiunile dintre aceste sisteme de



Astfel, dacă subiectul își *interpretează* simptomatologia într-un mod și dezastruos (vezi figura 5.2.), aceasta duce, prin intermediul stresului de această interpretare, la amplificarea simptomatologiei. Un pacient interpretează simptomele ca fiind incontrolabile, de nerezolvat, ca exp unei boli ascunse și incurabile, ca fiind de neînțeles, ca sfârșit al său ca țin normală (de exemplu, că este „nebun”) și deci ca sfârșit al carierei, fami își generează stres prin mecanismul discrepantei cognitive (de exemp doresc să fiu considerat nebun, dar cred că sunt” ; „Vreau să știți întâmplă, dar nu pot”). Stresul astfel generat poate amplifica simpton și/sau anumite reacții care, în unele cazuri, dacă nu ar fi fost preli subiect în mod exagerat negativ, nici nu ar fi fost prea intense sau re dispărând odată cu trecerea timpului (cum ar fi modificările ritmului c urmare a unui efort deosebit în cursul zilei). *O conceptualizare clii* implementată aici poate preveni acțiunea acestui factor general nespec

*Un al doilea factor* general nespecific extrem de important, care simptomatologia prin mecanismul discrepantei descris mai sus, este re de *reacțiile mediului social* la simptomatologia sau la performanțele se pacientului datorate prezenței tabloului clinic. Spre exemplu, ca urma simptome (amnezie, leșin, anxietate), grupul de prieteni și cunoscuți în evite pe pacient, nu îl mai antrenează în activități comune etc. în consec mecanismul discrepantei cognitive (de exemplu, „Vreau să fiu cu ei, d nu mă acceptă, îmi este rușine” ; „Vreau să reușesc în ceea ce întreprii fac față sarcinilor”), stresul astfel generat amplifică simptomatologii lucru se întâmplă în cazul în care performanțele se reduc ca urmare a i tologiei. în cazul unor simptome nevrotice, capacitatea de concentrare a j se reduce drastic. In consecință, performanțele sale scad, antrenam observații din partea celorlalți (de exemplu, șeful). Aceste noi conflicte și mențin simptomatologia deja existentă, putând adăuga chiar elei *Relația terapeutică* joacă rolul de tampon, care poate bloca acțiur factor general nespecific.

### **5.3.3. Modelul mecanismelor de coping succesiv**

Pacientul nu este o piatră inertă. El încearcă să facă față simpte (Lazarus, 1966; 1991), elaborând o serie de mecanisme de coping l 5.3.). Dacă acestea sunt adaptative (de exemplu, renunță la un< reducând stresul), totul este în regulă, pacientul ameliorându-și sau re singur problemele. Dacă apelează la mecanisme de coping dezadaptat pot să-i mențină, să-i amplifice simptomatologia sau să îi genereze ne (de exemplu, consumul de alcool, ca mecanism de coping, în cazul an\* genera probleme noi în familie, la serviciu etc). Apelul la asistența de

trebuie văzut ca un mecanism de coping pe care pacientul îl utilizează pentru a face față distresului, adesea unul dintr-o serie anterioară de mecanisme de coping, mai mult sau mai puțin reușite, care însoțesc simptomatologia. Trebuie înțeles faptul că pacientul apelează la psihoterapie în mod voluntar numai atunci când experiențiază o stare de distres ; altfel, dacă reacția afectiv-emoțională/subiectivă nu este una de distres, în ciuda unor tulburări cognitive sau comportamentale, el intră în procesul psihoterapeutic numai constrâns de o instanță de judecată sau de grupul social, caz în care demersul terapeutic este foarte dificil și trebuie acordată o atenție specială construcției și cultivării unei relații terapeutice adecvate (vezi distincția dintre egodistonic, prima situație descrisă mai sus, și egosintonic, a doua situație).

◆ EXEMPLU

A - B(disfuncțional/irational) - C(disfuncțional)/A2 - B2(funcțional/rațional)  
C2(funcțional).

A - B(disfuncțional/irational) - C(disfuncțional)/A2 - B2(disfuncțional/irational)  
C2(disfuncțional).

Distres

Mecanisme

de coping

adaptative-

. Distresul eliminat

dezadaptative

Sk, Distres  $\xrightarrow{\text{Mecanisme} \wedge X \text{ de coping}}$

adaptative  $\rightarrow$  dezadaptative

. Distresul "eliminat

Distres

**T**

Mecanism de coping : caută asistență de specialitate

Figura 5.3. *Evoluția tabloului clinic prin prisma mecanismelor de coping utilizate*

5.3.4, *Modelul cvadrinivelar al subiectului uman*

Acest model este o dezvoltare a modelului propus de Lang (1968). Se afirma atunci că sistemele de răspunsuri ale subiectului uman fac parte din trei categorii : (1) fiziologic/biologic, (2) comportamental și (3) cognitiv-afectiv. Ele sunt mai mult sau mai puțin legate între ele și interacționează permanent. Așa cum am spus, acest model a fost un cadru care a grăbit integrarea terapiei comportamentale cu cea cognitivă. Noi, bazându-ne pe dezvoltările din psihologia cognitivă (Eysenck și Keanne, 2000) am dezvoltat acest model clasic separând nivelul cognitiv de cel afectiv și am detaliat interacțiunile dintre aceste sisteme de

răspunsuri, rezultând astfel modelul cvadrinivelar, publicat prima dată de D *et al.* (1998). Să-l analizăm mai detaliat.

Atunci când avem de-a face cu un pacient, simptomatologia lui este adesea amestec eterogen de aspecte afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comj mentale și psihofiziologice/biologice, unele având funcția de cauze ale st afectiv-emoționale/subiective, iar altele de mecanisme de coping (pentru d vezi figura 5.4. și David *et al.*, 2000). *Nivelul cognitiv* se referă la proa informaționale și la conținutul acestora. El determină calitatea nivelului afectb țional/subiectiv. *Nivelul comportamental* se referă la ceea ce în psiholog denumit drept *comportament operant*. Comportamentul operant este repn în special de comportamentele motorii învățate, aflate sub control vc *Nivelul psihofiziologic/biologic* se referă la toate modificările ce au organismul nostru pe plan fiziologic și anatomic. Modificările la nivelul sis nervos vegetativ (de exemplu, activarea fiziologică - dominanța simp; generează intensitatea stării noastre subiective. *Nivelul afectiv-emoțional/s* se referă la trăirile subiectului și la descrierea pe care acesta o face propi afective : pozitivă, negativă sau neutră.

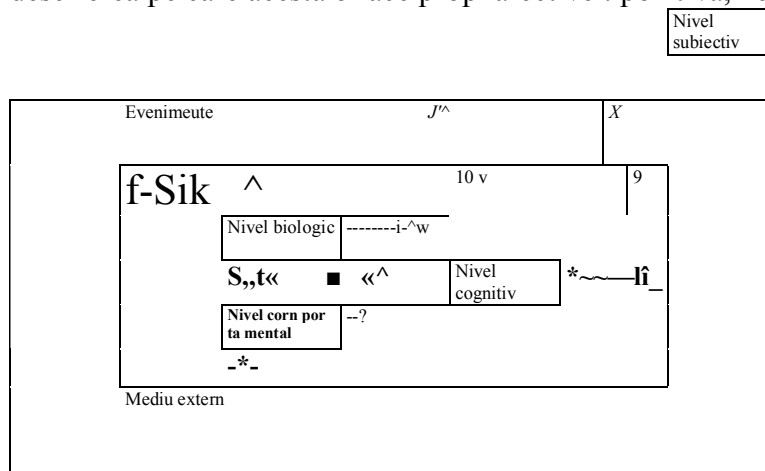


Figura 5.4. Modelul cvadrinivelar de analiză a subiectului uman (co comportamental, psihofiziologic/biologic și afectiv-emoțional/subiectiv

între aceste niveluri există numeroase interacțiuni (vezi figura 5.)

săgeata 1 se referă la procesările informaționale ale stimulilor extern (de exemplu, procesul percepției) ; săgeata 2 se referă la faptul că propriile cogniții influențează se liilor din mediu care urmează a fi procesați. De exemplu, în caz stilul cognitiv disfuncțional îl va determina pe subiect să selecte aspectele negative din mediu ;

săgeata 3 se referă la faptul că procesările informaționale pot influența nivelul psihofiziologic/biologic. De exemplu, discrepanța cognitivă este una dintre cauzele de activare fiziologică ;

săgeata 4 se referă la procesările informaționale ale stimulilor din mediul intern. In cazul atacului de panică, de exemplu, senzațiile corporale generează și amorsează procesările cognitive disfuncționale ale acestor senzații; săgeata 5 se referă la faptul că comportamentul nostru este expresia procesărilor informaționale (de exemplu, achiziționarea deprinderilor); săgeata 6 se referă la procesările informaționale ale stimulilor interni în timpul unui anumit comportament (de exemplu, achiziționarea deprinderilor); săgeata 7 se referă la faptul că nivelul comportamental poate influența nivelul psihofiziologic/biologic (de exemplu, stilul de viață); săgeata 8 se referă la procesările informaționale ale stării afectiv-emoționale/subiective;

săgeata 9 se referă la faptul că starea noastră afectiv-emoțională/subiectivă este o variabilă dependentă sau un efect al interacțiunii dintre celelalte trei niveluri: cognitiv, comportamental și psihofiziologic/biologic (vezi Schachter și Singer, 1962; Wellman *et al.*, 1995);

săgeata 10 se referă la faptul că starea noastră afectiv-emoțională/biologică, pozitivă sau negativă, antrenează mecanisme de coping la trei niveluri: cognitiv, comportamental și psihofiziologic/biologic (îl numim psihofiziologic/biologic, și nu fiziologic/biologic pentru a reliefa relația cu starea afectivă-emoțională/subiectivă). Evident că, așa cum am mai arătat, mecanismul de coping cognitiv are el însuși consecințe comportamentale și psihofiziologice/biologice; spre exemplu, mecanismul de coping cognitiv dezadaptativ „Este groaznic să fii panicat și nu pot suporta asta” duce la manifestări comportamentale (cum ar fi comportamentul de evitare) și psihofiziologice/biologice (cum ar fi activarea fiziologică). Dar unele reacții de coping pot să fie mai puțin mediate cognitiv, mai precis, de cogniții conștiente și/sau conștientizabile. Unele pot să fie mediate de computații inconștiente sau pot să nu fie deloc mediate cognitiv ; în acest sens, se justifică didactic separarea lor de mecanismele de coping cognitiv. Spre exemplu, la nivel psihofiziologic/biologic (coping psihofiziologic/biologic) răspunsul de stres (Selye, 1976) include uneori astfel de mecanisme de coping. La nivel comportamental (coping comportamental), operantul prin care evităm o pedeapsă poate, uneori, să nu fie mediat de cogniții conștiente și/sau conștientizabile;

• săgeata 11 se referă la influența pe care comportamentul nostru o are asupra mediului extern;

■ săgeata 12 se referă la faptul că mediul extern poate influența mediul intern, nu doar prin procesările informaționale, dar și prin acțiune directă asupra nivelului biologic (de exemplu, acțiunea virusurilor, bacteriilor, traumatismele fizice).

Prin prisma acestui model (vezi figura 5.4.), în psihopatologie sunt imp trei căi etiopatogenetice:

(a) *Calea 1.2.9.* în acest caz, interacțiunea dintre mediul extern și prot informaționale poate determina o stare afectiv-emoțională/subiectivă n (de exemplu, o stare de stres). Pentru a modifica starea de stres, să se modifice:

- mediul extern (de exemplu, prin procedura rezolvării de problem
- procesările informaționale (de exemplu, prin proceduri de restn cognitivă);
- nivelul comportamental (de exemplu, prin proceduri comportam
- nivelul biologic/fiziologic (de exemplu, prin farmacoterapie, proc relaxare, hipnoterapie).

Este foarte important ca modificările să se realizeze la toate ce niveluri (dacă este posibil).

Altfel, intervenția noastră va fi eficie pentru o scurtă perioadă de timp, datorită aspectelor rămase nem< care vor funcționa ca prerechizite pentru o altă stare de distre: condiții. Așa cum am arătat în Capitolul 2, ordinea implementa ficărilor la aceste niveluri trebuie stabilită în funcție de distinc problemă practică *versus* problemă emoțională; (2) problemă ei primară *versus* problemă emoțională secundară (metaemoția); (3) problemei pacientului; subclinică *versus* clinică *versus* situație de

(b) *Calea 9.10.* în această situație, dacă mecanismele de coping sunt dezî ele pot amplifica starea noastră afectiv-emoțională/subiectivă ne acest caz, este utilă procedura inoculării stresului, prin faptul că î pacient mecanisme de coping adaptative pentru a înlătura distresi

(c) *Calea 8.9.* în acest caz, modul în care pacientul își interprete afectiv-emoțională/subiectivă poate influența distresul (vezi figi această influență se referă la situația în care starea afectiv-emoțion tivă devine un eveniment activator (A2) amorsând metacogniții (B consecințe (C2) (cum ar fi distresul). De exemplu, dacă pacie întelege distresul (A2) și îl consideră ca fiind semn al unei boli aceasta va amplifica, la rândul ei, starea de stres (C2). Este intervenție la nivel cognitiv care să îi ofere pacientului o explica a propriului stres.

### **5.3.5. Modelul triarhic al dinamicii terapeutice**

Uneori, abordarea problemei actuale a pacientului trebuie făcută ind Goldfried, 1995). Există două situații mai frecvente care implică acea Să le analizăm în continuare.

(1) în principiu, terapia cognitiv-comportamentală se focalizează acum", pe problema actuală a pacientului. Se pornește de la ideea c

' tratamentul medical nu contează de unde am contactat virusul, ci că îl am și că I trebuie neutralizat (cum am contactat virusul este de interes, poate, pentru medicina preventivă), tot așa, în psihoterapie, nu contează, în principiu, cum am dezvoltat problema actuală, ci că o am și că trebuie rezolvată. Evident că mecanismele implicate în problema actuală (mecanismele cognitiv-comporta-mentale descrise în subcapitolul 2.2.) nu au apărut din nimic. Ele s-au format în

\ cursul dezvoltării ontogenetice (cu accent neexclusiv pe prima copilărie și pe unele predispoziții genetice). Păstrând analogia cu virusul, nu contează însă cum

! am ajuns să avem cognițiile disfuncționale și/sau iraționale ; important este că le avem și că trebuie modificate. Dacă această strategie funcționează la cei mai mulți pacienți, sunt unii care doresc să știe cum s-a ajuns la modul de gândire disfuncțional/irațional pe care îl au.

Neînțelegerea acestui lucru poate deveni uneori blocaj în procesul terapeutic. În acest caz, terapeutul trebuie să fie flexibil, astfel încât să exploreze cu pacientul modul în care a ajuns să dezvolte cognițiile disfuncționale și/sau iraționale. Înțelegerea acestui proces ajută uneori la schimbarea lor.

(2) Prin modul în care se construiește relația terapeutică cognitiv-comporta-mentală (vezi Capitolul 6), se evită apariția relațiilor transferențiale și contra-transferențiale puternice, care pot genera probleme în cadrul relației terapeutice. Uneori însă, ele se manifestă intens, afectând relația terapeutică. Trebuie spus că

| blocaje în relația terapeutică pot apărea și fără fenomenele de transfer și contra-  
I transfer (unele probleme se pot manifesta ca urmarea a incongruenței în comu-  
I nicare).

(în aceste cazuri: I- se poate aborda o problemă din trecutul pacientului, pe baza căreia el să înțeleagă cum s-a ajuns la problema actuală. Patternurile de răspuns la problema actuală au fost învățate de pacient pe parcursul dezvoltării ontogenetice, perioadă în care prima copilărie și relațiile cu persoanele semnificative, fără a fi singura, este o etapă importantă; B- se poate aborda o problemă din cadrul relației terapeutice care va fi folosită apoi ca model pentru abordarea și rezolvarea problemei actuale. Astfel, dacă pe parcursul procesului terapeutic apar probleme între pacient și terapeut, acestea pot deveni oportunități pe care terapeutul le utilizează în procesul terapeutic. Adesea, terapeutul nu are acces direct la problema actuală a pacientului, informațiile despre ea fiind obținute din discuțiile cu acesta. Acest acces indirect poate distorsiona uneori ceea ce se întâmplă în situația concretă. O problemă în cadrul terapiei „aici și acum”, odată abordată (pusă ! explicit pe agenda terapeutică) și rezolvată, poate ajuta, prin analogie, tera- ■ peutul și pacientul să înțeleagă ce se întâmplă și cum să abordeze problema ■■■ actuală;

\ mai complex, uneori se abordează o problemă din trecut, care este utilizată pentru modelarea problemei din relația terapeutică, iar aceasta din urmă - ca

model pentru problema actuală. Acest lucru este necesar atunci când exist dificultăți majore din partea pacientului în a înțelege și a conceptualii; problemele cu care se confruntă în prezent și în relație cu terapeutul.

Demersul este sintetizat în figura. 5.5., unde T reprezintă relația terapeutică în cadrul căreia se poate manifesta o problemă; A este cadrul actual din vi» pacientului, unde se manifestă problema actuală; iar C reprezintă trecui pacientului (cu accent neexclusiv pe prima copilărie), unde se manifestai problemă trecută. După cum se observă, în cadrul fiecărei etape, problema *d* conceptualizată prin prisma modelului ABC cognitiv și/sau comportamental,

Figura 5.5. *Triunghiul terapeutic - modelul triarhic al relațiilor dinamice în < terapiei cognitiv-comportamentale*

#### 5.4. Implicații clinice ale conceptualizării specifice și generale

Aceste modele (vezi figurile 5.1., 5.2., 5.3., 5.4., 5.5.) ne ajută să înțelegem ce abordările dinamice-psihoanalitice și umanist-existențial-experiențiale, puțin validate sub aspect teoretico-experimental, pot avea efect clinic. M; efectul este justificat adesea de prezența acelor factori comuni nespecifici terapeutic, comuni tuturor terapiilor, indiferent de școală; deși validi melor specifice pe care le iau acești factori comuni este redusă, ceea c efectul lor să nu fie maximal, simpla lor prezență este suficientă pentru efect clinic nemaximal.

Astfel, terapiile dinamic-psihoanalitice pot avea efect clinic deoarece : există o etapă de *diagnostic și evaluare clinică* prin care se definește problema și factorii implicați, permițând apoi derularea procesului terapeutic (conceptualizare, tehnici, relație); *relația terapeutică* reduce intensitatea distresului la începutul terapiei și apoi generează nevroza de transfer, care este contextul pentru modificarea mecanismelor dezadaptative de coping;

*interpretarea (conceptualizarea clinică)* oferită pacientului influențează direct calea 8.9. și îi sugerează necesitatea modificării la nivelul 1.2.9. și 9.10. (vezi figura 5.4.); spre exemplu, în lumina interpretării oferite, subiectul înțelege că stilul său cognitiv și mecanismele sale de coping sunt justificate pentru perioada copilăriei, dar nu sunt justificate pentru perioada de maturitate ; ea are funcție placebo - crescând speranța de însănătoșire și reducând interpretările catastrofice ale tabloului clinic; se angajează *tehnici de intervenție - adesea cu rol de ritual* (vezi Capitolul 7).

Terapiile umanist-existențial-experiențiale pot avea efect clinic deoarece:

există o etapă de *diagnostic și evaluare clinică* prin care se definește problema și factorii implicați, permițând apoi derularea procesului terapeutic (conceptualizare, tehnici, relație); *relația terapeutică* este caracterizată prin empatie, congruență, acceptare necondiționată, astfel încât reduce starea de distres, oferind pacientului posibilitatea de a trăi noi experiențe ; reducând starea de distres și amorsând o stare subiectivă pozitivă și, de asemenea, stimulând pacientul să-și discrimineze și să-și înțeleagă simptomatologia (*conceptualizarea clinică*), sunt influențate căile 1.2.9., 8.9. și 9.10. (vezi figura 5.4.); conceptualizarea are funcție placebo - crescând speranța de însănătoșire; se angajează *tehnici de intervenție - adesea cu rol de ritual* (vezi Capitolul 7).



## Capitolul 6 ia terapeutică cognitiv-comportamental

### Relația 6.1. Aspecte generale

Relația terapeutică este în general caracterizată ca o alianță de lucru descrisă ca o atitudine colaborativă și de încredere a pacientului față de te determinată de speranța pacientului că simptomatologia va fi eliminai acceptarea necondiționată a acestuia de către terapeut. Ea furnizează pac o nouă experiență emoțională și oportunitatea de a deosebi între trecut și (Bergin și Garfield, 1994).

Relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică. în a cognitiv-comportamentală, nevoia de raționalitate face ca terapeutul să atitudine colaborativă, de adult/model. Relația terapeutică cognitiv-c mentală se caracterizează prin empatie, acceptare necondiționată a pa congruență și colaborare, factori validați științific (Lambert *et al.*, 200^ vezi și Anexa 3).

### 6.2. Empatia

*Empatia* se referă la faptul că terapeutul înțelege cele comunicate de și cum ar fi în locul acestuia, „ca și cum ar fi el”, fără a se identif pacientul. Odată înțelese cele comunicate de pacient, ele trebuie re acestuia într-o formă empatică. în mod normal, cele comunicate d« cursul terapiei cuprind referiri la situații de viață sau experiențe subiectului și la reacțiile sale comportamentale și emoționale față respective. Reflectarea terapeutică empatică lasă să transpară cele co pacient într-o formă structurată (de exemplu, evenimentul X gem portamentul Y, producând trăirea subiectivă Z), insistând asupra i emoționale. De obicei, prototipul reflectării empaticice începe cu: „mi-ai spus înțeleg că...” sau „Din cele ce mi-ai povestit înțeleg că apoi mesajul structurat ca mai sus.

Există numeroase instrumente care pot evalua gradul de empatie al terapeutului. Mai jos este prezentată o astfel de scală ce poate fi utilizată relativ simplu în domeniul clinic. Ea se bazează pe cercetările lui Truax și Carkhuff (1967). Numărul maxim de puncte este 12. Cu cât scorul este mai mare, cu atât terapeutul prezintă un grad mai mare de empatie.

*Scala de empatie*

0-2 puncte : terapeutul pune întrebări, formulează critici, dă sfaturi.

2-4 puncte : terapeutul reflectă aspecte exterioare (evenimente, comportamente) la care pacientul a făcut referire.

4-6 puncte: reflectările terapeutului includ și trăiri ale pacientului, dar de importanță secundară.

6-8 puncte: terapeutul reflectă o parte din trăirile principale ale pacientului (din 3 sau 4 trăiri majore, reflectă una).

8-10 puncte: terapeutul a surprins majoritatea sentimentelor exprimate de pacient.

10-12 puncte: terapeutul a surprins toate conținuturile semnificative exprimate de pacient, punându-le uneori într-o formă metaforică ce facilitează relația terapeutică.

◆ EXEMPLU

*Pacient:* Prietena mea este extrem de sensibilă și neajutorată. Totdeauna trebuie să o sprijin, să o ajut, chiar dacă, uneori, am eu nevoie de sprijin și ajutor. Asta mă obosește și mă enervează câteodată atât de tare, încât o urăsc și aș dori să o văd moartă și să mă lase în pace.

Reflectările terapeutului:

0-2 puncte : „Nu e bine să dorești moartea prietenei tale ; cel mai bun lucru ar fi să te odihnești, eventual să-ți iei o vacanță și să pleci undeva singur. Apoi, ar trebui să te aduni mai bine pentru a putea rezolva situația.”

2-4 puncte : „Din cele ce îmi spui, înțeleg că prietena ta are frecvent nevoie de ajutorul tău, ajutor pe care tu i-1 oferi întotdeauna.”

4-6 puncte : „Înțeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te obosește.”

6-8 puncte : „Înțeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te obosește și simți nevoia de puțină liniște.”

8-10 puncte : „Din ce mi-ai spus am înțeles că prietena ta este foarte neajutorată și te solicită extrem de mult, iar acest lucru te obosește și te face să simți nevoia de puțină liniște, la care nu poți ajunge alături de ea, ceea ce te determină uneori să o urăști și să-i dorești moartea.”

10-12 puncte : „Te simți ca un sclav suprasolicitat.”

Comunicarea empatică cu pacientul generează încredere reciprocă, fa evoluția terapiei și eliminând reticențele clientului prin oferirea unui: interpersonal cald, tolerant, înțelegător.

### 6.3. Acceptarea necondiționată

*Acceptarea necondiționată* presupune acceptarea pacientului cu toate pro sale, acceptarea lui ca întreg, ca om, fără ca aceasta să însemne faptul că de acord cu ceea ce face sau gândește. Îl acceptăm ca persoană care are nevoie de ajutor, nu pentru a fi de acord cu el. Ca oameni, toți suntem la fel de valoroși; nu există drepturi ale omului suplimentare pentru Einstein în comparație cu un nou-născut. Diferențele sunt de comportament și performanță, ( care însă nu incumbă drepturi ale omului suplimentare.

<\$> EXEMPLU

Să presupunem că un grup este luat ostatic de către teroriști. O persoană trebuie să fie ucisă. Din grup fac parte adulți, între care se află și Einstein cititorule, cu copilul său abia născut. Pe cine dăm pentru a fi ucis? Dacă ni construiem de acceptare necondiționată așa cum a fost el explicat mai sus că trebuie să-ți dăm copilul; el este cel mai puțin performant și, așadar, cel important ca om ! Este absurd și, prin urmare, constructul de acceptare necondiționată trebuie acceptat.

Această idee este în fapt similară cu mesajul Bibliei, de a pedepsi păca șansa păcătosului; astfel, putem să-i acceptăm în terapie și pe Hitler ; Implementarea ei este o formă de cogniție rațională - acceptarea necondiționată a evaluării globale. Văzând că este acceptat necondiționat, prin modelare, pacientul începe să se accepte și el necondiționat, să fie mai tot însuși, cu simptomele sale, reducându-se astfel gradul de vinovăție, c)j pozitive asupra continuării tratamentului și ameliorării simptomatologiei cognitiv-comportamentală, acceptarea necondiționată nu este prezentată modelare (sperându-se că pacientul va prelua comportamentul terapeuț explicit, ca parte a procesului educativ în care terapeuțul îl învață pe pacient necondiționată (a lui, a celorlalți și a vieții) și cum să ajungă să o folosească»

### 6.4. Congruența

*Congruența* se referă la gradul de suprapunere între comportamentul terapeuțului și comportamentul interior. Orice discrepanță generează neîncredere din partea pacientului, cu efecte negative asupra evoluției. Congruența presupune conștientizarea de către terapeuț a trăirilor

RELAȚIA TERAPEUTICĂ \*  
Vizavi pacient atâta , \*^\*«S^Aa^  
^ea ior către a f/l'''\* Wft\* cât și , Ce,

# tar\* ^W^t»^«\*

««textuală în «,K (ve2i ^ distincția d?! Pontului și s\* ' ^,e trebu e să  
r^£\*2^2\*.- Ss ferdr^ ^^f? Pe '«aducem ^ e Imp,ic e în schinl am cred" și Derm,>  
ev aiuare

Pacientulu ?T ■ \* ^ c\* ■ TfaSL ^ ■\* S\*X£ ? Conte «' P^amenSu î \*" Ca perso ană c^S ^ obleciii ^u se  
cIn "Bu Co <»u-Pacientuni" " 3SU Pra lastră Z? \*\* Pe CoTMecintel\_e ^«^ntului  
COM PomLntaS " ^ C3re acesta Ie Si \* COMp^0«ameniT^m,nat\_ De referă ia S f ^n Cazul un "ei relația npază,  
«tonilâjhn2 , "Pra tera~  
^cientuj întârzie 1

## 6.5. Colaborarea

*Colaborarea* se referă la faptul că demersul terapeutic este bine structurat și se face după o agendă comună, negociată și convenită cu pacientul, iar apoi se verifică mereu dacă obiectivele terapeutului și ale pacientului coincid. Bilanțurile periodice și feedbackul oferit și cerut pacientului sunt activități frecvente pe parcursul ședinței terapeutice, care întăresc colaborarea. Acest proces întărește constant relația terapeutică, păstrând-o la parametrii care asigură eficiența procesului psihoterapeutic. Atunci când apar probleme în cadrul relației terapeutice ca urmare a procesului de colaborare, acestea se pun pe agenda terapeutică, fiind abordate imediat și folosite ca oportunități de învățare ce pot fi transferate asupra problemei actuale a pacientului. Sentimentul pacientului trebuie să fie că el este o persoană (inteligentă și capabilă de schimbare), și terapeutul se află de o parte a baricadei, iar de cealaltă parte se află problemele sale. Dacă sentimentul său este că el și problemele sale se află de o parte a baricadei, iar de cealaltă parte se află terapeutul, cu o agendă proprie, care încearcă să-l persuadeze într-un fel altul, eficiența intervenției va fi drastic redusă.

## 6.6. Rolul transferului și contratransferului în terapia cognitiv-comportamentală

Care este rolul transferului și contratransferului - concepte fundamentale în abordarea dinamic-psihoanalitică - în terapia cognitiv-comportamentală? Transferul și contratransferul sunt fenomene care se manifestă în relațiile interpersonale mai ales acolo unde apare o relație de autoritate, de dezechilibru. *Transferul* sens larg, se referă la totalitatea trăirilor afective (pozitive sau negative) și patternurilor psihocomportamentale pe care le experimentează pacientul terapeuț în cursul terapiei. În sens restrâns, transferul se referă numai la trăiri afective și patternuri psihocomportamentale pe care le experimentează față de terapeut și care reprezintă o repetare a trăirilor afective și a patternurilor psihocomportamentale pe care acesta le-a avut față de persoane semnificative din trecutul său (mai ales din prima copilărie). Când transferul devine atât încât poate bloca demersul terapeutic, înseamnă că s-a instalat nevroza din cauza elementului dezirabil în terapia dinamic-psihoanalitică deoarece, pornind de la el, se inițiază procesul terapeutic (interpretarea). *Contra-transferul* se referă sens larg, la totalitatea trăirilor afective și a patternurilor psihocomportamentale pe care le experimentează terapeutul față de pacient. În sens restrâns, se referă numai la acele trăiri afective și patternuri psihocomportamentale pe care le experimentează față de pacient și care reprezintă o repetare\*

afective și a patternurilor psihocomportamentale pe care le-a avut față de persoane semnificative în cursul istoriei sale de viață (cu accent pe prima copilărie) ; uneori, contratransferul reprezintă o reacție inconștientă la transferul pacientului. În general, se recomandă ca, pe cât posibil, contratransferul să nu apară, acest lucru fiind realizabil printr-o pregătire prealabilă a terapeuților (analiză personală), pregătire în cursul căreia se rezolvă propriile conflicte majore. Cu toate acestea, mai intens sau mai puțin intens, contratransferul se manifestă în cadrul relației transferențiale. În acest caz, terapeuții sunt pregătiți să recunoască manifestările lui și să le blocheze sau să le utilizeze creativ (de exemplu, amplificând transferul pacientului, pentru a genera nevroza de transfer) în terapie. Semnele cele mai tipice ale contratransferului sunt :

- reacții emoționale puternice, pozitive sau negative, față de pacient, nejustificate de situația terapeutică;
- fantezii sexuale cu pacientul ;
- creșterea/scăderea, nejustificată terapeutic, a frecvenței întâlnirilor etc.

Neconștientizarea contratransferului duce la ceea ce se numește „nevroză în doi”. Transferul pacientului stimulează contratransferul, iar contratransferul stimulează transferul pacientului, menținându-se astfel simptomatologia. Ieșirea din cercul vicios se realizează prin conștientizarea și spargerea mecanismului, fie de către terapeut (cel mai frecvent - datorită pregătirii sale), fie de către pacient (mai rar), stimulând astfel terapia. Odată conștientizate aceste manifestări ale contratransferului, ele (1) vor fi blocate prin autoanaliză sau prin recurgerea la supervizare și/sau (2) vor fi utilizate creativ. Așa cum am spus anterior, utilizarea creativă se referă la faptul că ele pot fi folosite la amplificarea transferului pacientului și grăbirea instalării nevrozei de transfer, dinamizând astfel demersul l terapeutic.

Interpretat prin prisma teoriei cognitiv-comportamentale, mecanismul deter-I minant al transferului este cel al generalizării stimulului, cunoscut din psihologia l behavioristă : un răspuns condiționat clasic sau operant la un stimul X tinde să se l producă și în prezența altor stimuli, XX, asemănători stimulului X. În cazul l nostru, răspunsul condiționat (reacțiile infantile ale pacientului) determinat de l stimulul X (o persoană semnificativă din copilărie) se produce și în cazul l stimulului XX (terapeutul), datorită asemănărilor dintre X și XX.

În abordarea cognitiv-comportamentală, dacă se utilizează cu profesionalism ■componentele relației terapeutice (empatie, acceptare necondiționată, congruență), ■fenomenele transferențiale și contratransferențiale nu apar sau apar cu o inten-Isitate care nu afectează demersul terapeutic. Dacă totuși apar, ele trebuie fie ■pitrolate - prin apelul la supervizare, nefiind utilizate, ca în demersul dinamic-Hpsihanalitic, ca vehicule principale ale schimbării terapeutice -, fie se utilizează Ba mijloace de schimbare, fiind însă interpretate prin prisma modelului ABC, ■Pipă strategia descrisă în cadrul triunghiului terapeutic (vezi figura 5.5.).

## Capitolul 7

# Proceduri și tehnici de terapie cognitiv-comportamentală

## 7.1. Fundamente

Tratamentul utilizat, incluzând temele - prescripțiile terapeutice cognitiv-comportamentale dintre ședințe -, este strâns legat de conceptualizarea clinică și de modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză.

În cadrul tratamentului trebuie făcută o distincție clară între tehnici, proceduri și strategii terapeutice. Procedurile - numite și pachete de intervenție terapeuțică - sunt o combinație de tehnici terapeutice. Mai multe proceduri sunt concepute pentru a genera strategii de tratament specifice pentru probleme specifice. / prezintă astfel de strategii terapeutice validate științific (tratamente), precum fiind reprezentate de intervențiile cognitiv-comportamentale. Deși uneori termenii se utilizează ca echivalenți, clarificările de mai sus sunt importante din punct de vedere didactic.

O distincție importantă în cadrul psihoterapiei validate științific este între proceduri/tehnici și ritualuri terapeutice.

Vorbim despre proceduri/tehnici terapeutice atunci când intervențiile sunt strâns legate de mecanismele etiopatogenetice specifice și nespecifice și generali nespecifi (mecanismele etiopatogenetice generale nespecifice - figura 5.2.) cuprinși în conceptualizarea clinică a tulburării pacientului. Funcția se întărește atunci când conceptualizarea clinică este și explicată. Despre ritual terapeutic vorbim atunci când (1) tehnicile de intervenție sunt strâns legate de un mit terapeutic și, în acest caz, au efect de tip creșterea speranței de însănătoșire - și/sau (2) vizează doar mecanisme patogenetice generale nespecifice (vezi figura 5.2.). În aceste cazuri, pacientul crede că tratamentul este specific pentru tulburarea de care suferă, dar nu este legat specific de problema sa. Spre exemplu, utilizarea pentru o „stare de vinovăție”, nu modifică mecanismele etiopatogenetice și nespecifice implicate în apariția acestui tablou clinic (cum ar fi disfuncționale/iraționale), ci duce doar la dezvoltarea speranței de vindecare (efect placebo) și/sau la întărirea relației terapeutice și a conceptualizării.

care blochează astfel mecanismele etiopatogenice generale nespecifice (vezi figura 5.2.).

Relația dintre proceduri terapeutice și ritualuri terapeutice este similară celei dintre medicația activă și placebo (capsulă asemănătoare cu pastila, dar care nu conține substanța activă a acesteia). Medicația activă pe lângă efectul placebo (nespecific) are și efectul specific determinat de substanța activă specifică din compoziția sa. Placebo are doar efect placebo (nespecific) determinat de mecanisme nespecifice ca speranța de însănătoșire.

Ținând cont că nu cunoaștem mecanismele implicate în toate tulburările psihice și, în consecință, utilizăm frecvent mituri terapeutice în practica clinică, strategiile de intervenție sunt adesea o combinație între proceduri/tehnici și ritualuri terapeutice. Trebuie, de asemenea, înțeles faptul că, deși uneori cunoaștem mecanismele etiopatogenice implicate în apariția tabloului clinic, nu avem proceduri/tehnici suficient de avansate pentru a le modifica; situația este similară celei din medicină, unde, deși se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer, nu există încă medicația adecvată pentru a le modifica. Asumarea acestui lucru transformă demersul psihoterapeutic într-o abordare serioasă; altfel, pare că am descoperit tot ceea ce era de descoperit în psihoterapie, iar dacă procesul terapeutic nu are succes, suntem tentați să afirmăm că aceasta nu este o limită a tratamentului sau a psihoterapeutului, ci o „rezistență” a pacientului!

Procedurile/tehnicele de intervenție sunt specifice fiecărei modalități psiho-terapeutice (pentru detalii, vezi David, 2006a; 2006b) : (1) dinamic-psihoanalitice (de exemplu, asociațiile libere, interpretarea viselor etc.); (2) umanist-existențial--experiențiale (de exemplu, tehnici paradoxale) și (3) cognitiv-comportamentale (de exemplu, restructurări cognitive). În practică însă, se poate promova un eclecticism metodologic în care se utilizează proceduri/tehnici din diverse forme de psihoterapie, în condițiile în care avem o conceptualizare clinică riguroasă, sub forma unei explicații, și nu a unui mit, care le poate asimila (vezi discuțiile anterioare asupra reinterpreării unor aspecte psihoanalitice - transfer - în cadrul teoretic al terapiei cognitiv-comportamentale).

În principiu, așa cum rezultă și din figura 5.4., procedurile/tehnicele de intervenție terapeutică vizează următoarele niveluri: (1) cognitiv (cum ar fi modificarea cognițiilor disfuncționale/iraționale); (2) comportamental (de exemplu, modificarea comportamentelor dezadaptative); (3)

psihofiziologic/biologic -modificări biologice prin tehnici de psihoterapie (de exemplu, relaxare) și medicale; modificările de la aceste niveluri se exprimă apoi în modificări la nivel afectiv-

■emoțional/subiectiv. Observăm așadar că, științific vorbind, nu putem interveni direct la nivel afectiv-emoțional/subiectiv. Toate procedurile noastre de intervenție

I viza, separat sau simultan, palierul cognitiv, comportamental și/sau psihofiziologic/biologic ; așadar, ele sunt intervenții cognitiv-comportamentale (la nivel cognitiv, comportamental și psihofiziologic) și/sau medicale (la nivel



biologic). Acesta este și motivul pentru care terapia cognitiv-comportamentă este considerată o platformă de integrare în psihoterapie. Toate tehnicile ] terapeutice, indiferent de originea lor, vizează unul sau toate cele trei ni\ Așadar, conceptualizate într-o teorie verificată științific (de exemplu, cea coj - comportamentală), ele devin asimilabile terapiei cognitiv-comportamentale îndreptându-ne astfel spre o psihoterapie integrativă validată științific. Ei modificărilor cognitive, comportamentale și psihofiziologice/biologice se e? în schimbări la nivel afectiv-emoțional/subiectiv. Să analizăm în cont principalele proceduri de intervenție psihoterapeutică, cu accent pe cele c apărut în tradiția cognitiv-comportamentală. Atunci când vom prezenta pro asimilate din alte tradiții, vom menționa explicit acest lucru.

## 7.2. Proceduri de intervenție la nivel cognitiv

După cum știm deja, ca urmare a interacțiunilor dintre sistemul nostru c< și evenimentele activatoare de tip situație externă și/sau situație subiectiv apăsătoare discrepante cognitive ; rolul lor etiopatogenetic (ca factor declanș fost deja discutat în cadrul modelului ABC cognitiv (vezi și tabelul Eliminarea acestor discrepante cognitive se poate face prin modificări la celor doi factori implicați: (1) sistemul cognitiv (B) și/sau (2) eveniment activatoare (A). Dacă intervenim la nivel cognitiv (B), atunci utilizăm *proc de restructurare cognitivă*. Dacă intervenim la nivelul evenimentului ac (A) de tip situație externă, utilizăm *proceduri de rezolvare de problem antrenament asertiv*.

Uneori, eliminarea factorilor generatori ai discrepantei cognitive i posibilă; spre exemplu, moartea unei persoane apropiate (A) poate g< discrepanță de genul: „Vreau să trăiască, dar ea este moartă”. în ace evenimentul activator (A) de tip situație externă nu poate fi modificai cogniția este disfuncțională și/sau irațională (B) (de exemplu, „Nu tre moară; nu este drept; este catastrofal! ”), atunci discrepanța se va redi modificarea acesteia în una rațională (de exemplu, „Mi-aș fi dorit să nu moa teribil de rău și îmi va fi greu! ”), ducând la emoții funcționale și nega (tristețea). Uneori însă, fie cogniția irațională (B) este atât de puternică i poate fi modificată, fie, deși inițial apare o cogniție rațională și o emoție i funcțională (C), pacientul utilizează ulterior mecanisme de coping dezada de exemplu, catastrofează (B2) - asupra emoției funcționale, care va de eveniment activator de tip situație subiectivă (A2), transformând emoția nală și negativă în una disfuncțională și negativă (trăire de tip depresr după modelul de mai jos :

<S> EXEMPLU

A - B(rațional) - C(funcțional)/A2 - B2(irațional-mecanism de coping) - C2(disfuncțional)

A - B(irațional) - C(disfuncțional)/A2 - B2(irațional-mecanismde coping) - C2(disfuncțional)

În aceste cazuri, pentru a reduce starea de stres (C2-disfuncțional), se utilizează *proceduri de inoculare a stresului*, prin care se angajează mecanismele de coping: cognitiv (modificarea B2 - C2), comportamental și/sau psihofizio-logic/biologic (acționează la nivelul A2 sau C2).

Așadar, procedurile de intervenție la nivel cognitiv se clasifică în trei categorii:

(1) *Proceduri de restructurare cognitivă*. Ele vizează modificarea cognițiilor disfuncționale și iraționale și înlocuirea acestora cu cogniții funcționale și raționale. Altfel spus, procedurile de restructurare cognitivă modifică felul în care subiectul interpretează evenimentul activator, reducând discrepanța cognitivă și, în consecință, problemele asociate acesteia. Uneori, chiar intensitatea și/sau natura unor cogniții formulate rațional (de exemplu, „îmi doresc foarte mult să mă căsătoresc cu Britney Spears”) poate să fie modificată dacă acestea generează emoții negative funcționale prea intense (de exemplu, tristețe profundă) sau durabile (de exemplu, tristețe constantă), care se pot transforma ulterior, devenind un A2 asupra căruia se aplică o cogniție disfuncțională/irațională (B2) (de exemplu, „Este groaznic să ai aceste stări emoționale”), în emoții negative disfuncționale (C2) (cum ar fi anxietatea).

♦ EXEMPLU

A - B(funcțional/rațional) - C(funcțional)/A2 - B2(disfuncțional/irațional) - C2(disfuncțional).

(2) *Procedurile de rezolvare de probleme și de antrenament asertiv*. Ele urmăresc modificarea evenimentelor activatoare de tip situație externă generatoare de discrepanță cognitivă. În acest caz, problema rezidă în faptul că subiectul nu are abilitățile necesare (de exemplu cele sociale) rezolvării unor situații, astfel încât să le adapteze cognițiilor lui (de exemplu, expectanțelor), aceasta generând o discrepanță cognitivă între ceea ce așteaptă persoana și ce ceea se întâmplă în realitate. Procedurile de rezolvare de probleme și de antrenament asertiv îl învață pe subiect cum să controleze mai bine situațiile din realitate, atunci când acest lucru este posibil, eliminând discrepanța cognitivă și problemele asociate ei.

(3) *Procedura inoculării stresului (stress inoculation training - SIT)*. În acest caz, discrepanța cognitivă nu poate fi eliminată nici prin modificarea evenimentului activator de tip situație externă, nici prin restructurarea cognițiilor subiectului cu referire la ea, dar subiectul poate fi învățat cum să se adapteze

situației respective, diminuând sau chiar eliminând problema psihică. Aceasta se realizează, spre exemplu, prin eliminarea mecanismelor de coping dezadaptative, care amplifică și mențin starea de stres și asimilarea mecanismelor de coping adaptative (cognitive, comportamentale, psihice/logice/biologice) ce reduc stresul.

<♦> EXEMPLU

A - B(rațional) - C(funcțional)/A2 - B2(irațional-mecanism de coping) - C2(c

funcțional)  
A - B(irațional) - C(disfuncțional)/A2 - B2(irațional-mecanism de coping) - C2(c

funcțional)  
În vederea schimbării mecanismelor de coping utilizăm și procesul de restructurare cognitivă, rezolvarea de probleme și antrenamentul asertiv într-un context diferit. Astfel, restructurarea cognitivă vizează, în acest mod, în care subiectul interpretează (B) evenimentul activator de tip externă (A), și modul eronat în care interpretează (B2 ca și coping) evenimentul activator de tip situație subiectivă (A2). Similar, procedura rezolvării de probleme și antrenamentul asertiv vizează în acest context nu modul de control și gestionarea evenimentului activator de tip situație externă (A), ci controlul și gestionarea evenimentului activator de tip situație subiectivă (A2).

În continuare vom realiza o analiză detaliată a acestor tehnici.

### **7.2.1. Proceduri de restructurare cognitivă**

Eliminăm *discrepanța cognitivă internă/externă* (dintre reprezentarea mentală a evenimentului activator de tip situație externă și/sau subiectivă și modul în care subiectul se așteaptă ca ea să arate) fie prin schimbarea felului în care își reprezintă realitatea (cogniții descriptive și inferențiale), fie prin modificarea evaluărilor (cogniții evaluative) despre cum trebuie ea să arate. Aici sunt strategiile diferite propuse de Aaron Beck (1976) și Albert Ellis (1962) prezentate anterior.

Un alt tip de discrepanță este cel care apare între cognițiile noastre despre noi înșine și scopurile/dorințele pe care le avem, pe de altă parte - *discrepanța cognitivă internă*. În condițiile în care scopurile/dorințele noastre sunt în contradicție unele cu altele (de exemplu, conflictele atracție - atracție, respingere, respingere - respingere etc.) sau cu cognițiile noastre despre noi înșine: norme morale și sociale, ele vor genera o discrepanță care se rezolvă prin realizarea scopurilor/dorințelor care o produc. Spre exemplu, faptul de a nu fi iubit de soția prietenului meu vine în contradicție cu normele și valorile exprimate în cultura noastră: „Nu am relații sexuale cu soțiile prietenilor

I spus, conflictul nu apare între modul nostru de gândire și un eveniment activator, I fie el extern (moarte cuiva apropiat) sau subiectiv (o stare de stres), ci în I interiorul nostru (scopurile/dorințele noastre sunt incompatibile unele cu altele I sau scopurile/dorințele noastre sunt incompatibile cu normele pe care le avem). ■ în acest caz, intervenția terapeutică constă în identificarea și modificarea dina-I micii acestui conflict, prin identificarea și modificarea elementelor componente I (de exemplu, scopuri/dorințe reprimite, norme morale și sociale absolutiste), prin proceduri de restructurare cognitivă.

În concluzie, procedurile de restructurare cognitivă vizează schimbarea structurilor locale și generale disfuncționale și/sau iraționale, conștiente și inconștiente. În restructurarea cognitivă parcurgem următoarele etape :

(1) identificarea structurilor cognitive locale disfuncționale și/sau iraționale conștiente (care pot fi verbalizate de către subiect, chiar în condițiile în care inițial ele funcționau automat); I (2) modificarea structurilor cognitive locale disfuncționale și/sau iraționale conștiente ; (3) blocarea contaminării psihologice induse de structurile cognitive locale disfuncționale și/sau iraționale și asimilarea structurilor cognitive locale funcționale și/sau raționale; j (4) identificarea, modificarea și blocarea structurilor cognitive generale disfuncționale și/sau iraționale conștiente (sau conștientizabile) care generează structurile cognitive locale disfuncționale și/sau iraționale conștiente. Structurile cognitive generale conștiente pot genera atât structuri locale conștiente (de exemplu, concluziile unui raționament deductiv etc), cât și inconștiente (de exemplu, verbalizarea cuvântului „medic” amorsează inconștient reprezentarea cuvântului „asistentă” ; pentru detalii, vezi David, 2000) ; identificarea, modificarea și blocarea structurilor cognitive disfuncționale și/sau iraționale inconștiente. Structurile cognitive inconștiente pot genera atât structuri cognitive conștiente (cum ar fi generarea expresiilor lingvistice la vârsta de 3 ani, pe baza unor reguli adesea inconștiente), cât și inconștiente (de exemplu, reprezentarea stimulilor subliminali; pentru detalii, vezi David, 2000).

În funcție de diagnosticul clinic și de conceptualizarea cazului, mai precis, de canismele cognitive identificate drept cauze ale tabloului clinic, intervenția gnitivă presupune : (a) etapele 1, 2, 3, 4, 5 ; (b) etapele 1, 2, 3, 4; (c) etapa 5.

A restructura cognițiile disfuncționale și/sau iraționale vizează eliminarea or disfuncționale și/sau iraționale și înlocuirea lor cu cogniții funcționale și/sau onale. Cogniția, indiferent că este funcțională sau disfuncțională, rațională irațională, are o funcție în sistemul cognitiv ; așadar, și cele disfuncționale și onale au o funcție. Simpla lor eliminare, fără a pune în loc ceva, nu este ientă.

Prin urmare, noile cogniții trebuie să fie (1) funcționale și/sau raționale, aibă aceleași beneficii ca și cognițiile pe care le înlocuiesc (să ofere sens aibă valoare rezolutivă într-o situație-țintă) și (3) să fie incompatibile o vechi. Acesta este cel mai eficient demers în restructurarea cognițiilor (dei implică, de obicei, tehnici logice și empirice ; vezi mai jos). Uneori însă, pi de restructurare cognitivă se face prin alte mecanisme. Astfel, dacă coj disfuncționale și/sau iraționale sunt foarte rigide și greu de schimbat, se ; cognițiile funcționale și/sau raționale, fără a le modifica în prealabil j disfuncționale și/sau iraționale (vezi, mai jos, tehnicile pragmatice); ape exerciții și prescripții cognitiv-comportamentale, ele vor fi întărite pentr în situații specifice funcția cognițiilor disfuncționale și/sau iraționale. S prin proceduri meditative (de exemplu, *mindfulness* - vezi în continuare). țțiile disfuncționale și/sau iraționale pot fi neutralizate afectiv, astfel c prezente, ele nu mai au impact asupra răspunsurilor subiectului umai neutralizare afectivă înțelegem, de obicei, reducerea drastică a cognițiilor tive iraționale (dezvoltarea gândirii flexibile/preferențiale - acceptan alternativă la o gândire absolutistă).

Înainte de a discuta tehnicile specifice de restructurare cognitivă, precizat clar faptul că ele sunt eficiente doar pe fondul unei relații ter adecvate. Altfel spus, pacientul trebuie să simtă că el și terapeutul sunt di parte a „baricadei”, iar de cealaltă parte se află cognițiile sale disfuncț iraționale. Acestea sunt tratate ca ipoteze care urmează să fie investigai empiric, pragmatic etc). În funcție de rezultat, ele vor fi respinse/acceț de terapeut, cât și de pacient. Mai precis, terapeutul este în aceeași e pacientul. Dacă pacientul se percepe, pe el și cognițiile sale, de c „baricadei”, iar terapeutul este de cealaltă parte a baricadei, încer convingă și să-i arate că gândurile lui sunt disfuncționale/iraționale și < schimbate cu unele funcționale/raționale, procesul de restructurare coj va avea loc, oricât de corect este condus. Va apărea fenomenul de psihologică (Brehm, 1966), prin care pacientul se va împotrivi conști inconștient terapeutului, chiar și când realizează că acesta are drepta a-și păstra libertatea și imaginea de sine.

În plus, restructurarea cognitivă poate fi utilizată în tulburări se<sup>1</sup> timp, „înțelepciunile și intuițiile” profesioniștilor din domeniu sugera cile de restructurare cognitivă nu pot fi aplicate la pacienții cu tulburăr Cercetările recente au contrazis acest mit, arătând că, adaptate adec\* fi folosite cu succes pentru a controla ideile delirante și/sau halucir mai jos). Acest lucru a fost recunoscut și asimilat de sistemul de sănăte care a inclus terapia cognitiv-comportamentală ca singura formă de p plătită de casele de asigurări de sănătate pentru pacienții cu tulburai

### 7.2.1.1. Etapa 1: tehnici de identificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncționale și/sau iraționale

Tehnicile prezentate în continuare sunt „instrumente” clasice și verificate, utile în identificarea cognițiilor. Ele vizează identificarea gândurilor automate în forma cognițiilor descriptive, inferențiale și evaluative locale.

#### (a) Tehnica întrebărilor directe

Pentru a identifica mai ușor gândurile automate care generează răspunsurile, este indicat să structurăm întrebările ca în exemplul de mai jos :

##### ◆ EXEMPLUL 1

*Terapeut:* La ce te gândești astfel încât acest gând te face anxios ? Prin această întrebare amorsăm gândurile care apar și generează răspunsul anxios, întărind în același timp conceptualizarea că anxietatea este prezentă ca urmare a gândului respectiv. O întrebare care nu este structurată în acest mod poate amorsa nu doar gândurile care generează emoția, ci și pe cele care o însoțesc sau o urmează; ele sunt importante pentru a avea o perspectivă globală asupra tabloului clinic, dar nu pentru a ghida intervenția.

##### ◆ EXEMPLUL 2

*Terapeut:* Ce îți trece prin minte atunci când ești anxios ?

*Pacient:* Ce răii mă simt. (Aceasta este cogniția care descrie starea afectivă, nu care o generează.)

##### ◆ EXEMPLUL 3

*Terapeut:* Ce îți trece prin minte atunci când ești anxios ?

*Pacient:* Să mă relaxez. (Aceasta este cogniția care urmează stării afective, nu care o determină.)

#### (b) Tehnica imagierii dirijate

Dacă pacientul nu reușește să-și identifice gândurile automate utilizând prima tactică, el este rugat să-și amintească și apoi să-și imagineze, cât mai real, o ție în care apar probleme. Ulterior, i se descrie cât mai acurat situația pectivă și se observă atent reacțiile lui emoționale. Când apare reacția emoțională, pacientul este întreat la ce se gândește în momentul respectiv astfel " acel gând îi generează reacția afectivă.

##### EXEMPLUL 1

*Ment:* Nu pot să vorbesc în fața colegilor mei. Ori de câte ori încerc acest lucru, ma" pierd și mă încurc, făcându-mă de rușine.

TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE *Terapeut*: Te gândești la ceva anume când se întâmplă asta? Ce gând îți t minte atunci, astfel încât acel gând îți produce aceste reacții?

*Pacient*: Nimic sau poate ceva rău.

*Terapeut*: Ce anume ?

*Pacient*: Nu pot să-mi amintesc exact.

*Terapeut*: Bine, hai să facem un exercițiu pentru a reuși să-ți amintești gândești în momentele respective.

*Pacient*: OK.

*Terapeut*: Aș vrea să te relaxezi și să închizi ochii. Acum imaginează-ți că te afli în fața colegilor tăi, urmând să le prezinți un referat. Descrie-m și ce se întâmplă.

*Pacient*: ... (Descrie sala de curs, colegii, catedra, materialele...) Mă sim îmi vine rău, trebuie să plec de aici!

*Terapeut*: La ce te gândești acum ca să simți asta?

*Pacient*: Cred că vor râde, își vor bate joc de mine și de prezentarea m

*Terapeut*: Crezi că aceste gânduri sunt un motiv suficient să te determii

*Pacient*: Cred că da.

(c) *Tehnica jocului de rol*

În acest caz, terapeutul joacă rolul unei persoane reale, cu care p interacțiuni în viața cotidiană, sau imagineare, iar pacientul joacă Ț Această tehnică îl va ajuta pe pacient să-și conștientizeze gândurile a\ îi afectează performanța în viața de zi cu zi. Ea este indicată atunci câ are probleme de interacțiune socială sau nu reușește să conștientizeze automat.

(d) *Tehnica observării reacțiilor pacientului în cursul terapiei* Orice schimbare a stării psihologice în cursul terapiei este o chestiona pacientul cu privire la ce gândește în momentul respecti aceste gânduri îi produc reacțiile punctuale din terapie. Acesta tel ecologică, gândurile automate fiind identificate „pe viu”.

(e) *Tehnica înregistrării zilnice a gândurilor automate disfun\* iraționale*

Pacientul este rugat să completeze formularul de mai jos în ] ședințele terapeutice, ori de câte ori experiențiază un evenur negativ, obținându-se astfel o imagine comprehensivă și exhaustivi rilor automate disfuncționale și/sau iraționale în condiții ecol< resurselor pe care le are pentru gânduri automate funcționale și formularul poate fi adaptat și pentru alte tipuri de răspunsur afectiv-emoțional/subiectiv (de exemplu, comportamentale și psih logice).

|   |  |
|---|--|
| Situția   | Descrierea evenimentului extern care a declanșat distresul                                     |
|   | Descrierea evenimentului intern (senzații fizice, gânduri, imagini) care a declanșat distresul |
| Răspuns : trăirea emoțională  | Tipul de emoție (anxios, supărat etc.)   |
|   | Intensitatea emoției pe o scală 1-100  |
| Gândul automat dis funcțional/irațional   | Descriere  |
|   | În ce măsură îl considerați adevărat pe o scală 0-100  |
| Gândul automat funcțional/rațional care, dacă ar înlocui gândul automat disfuncțional/irațional, ar reduce consecințele negative ale acestuia | Descriere  |
|   | În ce măsură îl considerați adevărat, pe o scală 0-100__                                       |
| Rezultate   | În ce măsură considerați adevărat conținutul informațional dezadaptativ pe o scală 0-100       |
|   | Tipul de emoție și intensitatea acesteia resimțite acum  |

<sup>1</sup> (f) *Tehnică inferenței terapeutice*

În cazul în care gândurile automate într-o situație-țintă nu pot fi identificate iar prin tehnicile prezentate anterior (subiectul are sentimentul că știe, dar îi este greu să verbalizeze sau verbalizează parțial), terapeutul, pe baza informațiilor iniționate despre situația-țintă și despre reacțiile pacientului, elaborează

preună cu acesta gândul automat probabil. Această tehnică este una non-rectivă și nu trebuie confundată cu tehnicile în care terapeutul încearcă să

ajute pacientul să găsească propriul punct de vedere.

EXEMPLUL 1 (Tehnică aplicată corect)

*Pacient:* Sunt îngrozit, iar apoi nu pot vorbi în fața clasei fără să mă bâlbâi și fără

să mă încurc.

*Terapeut:* De ce crezi că se întâmplă așa? La ce te gândești astfel încât să apară

oaza aceea ?

*Pacient:* Nu știu.



*Terapeut:* Spune-mi atunci ce crezi că gândești astfel încât, dacă ai gândi așa apăsarea groaza?

*Pacient:* Nu sunt sigur. Nu știu!

*Terapeut:* Bun, hai atunci să vedem împreună ce gânduri ar putea face pe cineva simtă așa ceva în fața unei clase. (Se explorează aceste gânduri; terapeutul poate v cu propunerile sale.)

*Terapeut:* Dar pe tine ? Ce gânduri te-ar putea face să te simți așa în fața clas (Dacă nu reușește să genereze, le selectăm pe cele probabile și pentru el, identifi deja în cazul altor persoane.)

*Pacient:* Probabil dacă mă gândesc că ceilalți vor râde de mine.

<\$> EXEMPLUL 2 (Tehnică eronată, de presiune asupra pacientului pentru identifi gândurilor automate) *Pacient:* Nu pot vorbi în fața clasei fără să mă bâlbâi și fără să mă încurc. *Terapeut:* De ce crezi că se întâmplă asta ? La ce te gândești ?

*Pacient:* Nu știu.

*Terapeut:* Probabil te gândești că ceilalți vor râde de tine.

*Pacient:* Poate, nu sunt sigur. *Terapeut:* Asta trebuie să fie.

#### (g) Tehnica asociațiilor libere

Se cere pacientului să verbalizeze tot ceea ce îi vine în minte, fără restricție, pornind de la amorsele prezentate de terapeut și care sunt evident, de problemele și tabloul clinic al subiectului. Se înregistrează tot ( spune pacientul, urmând apoi să se identifice cognițiile relevante, iar a împreună cu restul elementelor reliefate prin asociații libere, să fie org conform modelului ABC cognitiv și/sau comportamental. Tehnica este de psihanalitică, dar nu este focalizată pe conținuturi de tip psihanalitic conținuturi cognitive, care nu sunt interpretate psihanalitic, ci organizate modelului ABC cognitiv.

#### (h) Tehnici adiționale

Tehnicile bazate pe desen, joc etc. sunt proceduri care pot amorsa importante, mai ales dacă subiecții sunt copii și/sau au dificultăți de e> verbală. În principiu, orice activitate și/sau experiență de viață și ter care se înscrie în cadrul deontologiei profesionale poate fi utilizată ca opc de identificare a cognițiilor.

#### Concluzii

Există un spectru extrem de larg de tehnici utile pentru identificarea g automate. Numai imaginația, datele științifice și deontologia profesii limitează depistarea altor modalități de reliefare a acestora. Se poate obi toate exemplele prezentate, că în discuția cu pacientul se menține un

interfață. Termenii „cogniție”, „irațională”, „disfuncțională” etc. sunt parte a conceptualizării profesionale și rareori apar în discuțiile cu pacientul, unde se utilizează formulări precum „gânduri”, „la ce te gândești”, „nefolositoare”, „nesănătoase” etc. O atenție specială trebuie acordată educării pacientului pentru modelul ABC cognitiv. El nu este un psiholog, unul care să fi studiat clar distincțiile dintre cogniții și emoții; la nivelul simțului comun se utilizează adesea un limbaj imprecis, transpus și în procesul psihoterapeutic. Uneori, la întrebarea „Ce simți?”, prin care încercăm să găsim C-ul pacientului, acesta ne răspunde cu un [fi: „Mă simt ca un prost” (de fapt, el gândește că este prost), iar la întrebarea „La ce te gândești?”, prin care încercăm să găsim B-ul, ne răspunde cu un C : „Că mă tem” (de fapt, asta este ceea ce simte). Pacientul trebuie învățat distincția dintre cogniție și emoție, pentru a putea aplica apoi modelul ABC. Dacă noi și [pacientul nu facem o diferență clară între ele, utilizarea modelului ABC este compromisă, acesta bazându-se pe distincțiile între eveniment (A) - cogniție (B) - consecință (C).

#### 17.2.1.2. *Etapa 2: tehnici de modificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncționale și/sau iraționale*

În terapia cognitiv-comportamentală, tehnicile de modificare a conținuturilor informaționale disfuncționale și/sau iraționale sunt extrem de diverse. Înainte de a începe restructurarea cognitivă, trebuie să ne asigurăm că pacientul înțelege și acceptă faptul că aceste cogniții sunt cauze ale reacțiilor sale emoționale, com-

portamentale și/sau psihofiziologice. Așadar, modificarea cognițiilor nu este un

- scop în sine, ci un mijloc de a remite tabloul clinic, mizând pe faptul că pacientul
- alizează legătura B - C.

#### ■ EXEMPLU

I *Terapeut*: Altfel spus, atunci când strigă la tine, te înfurii.

I *Pacient*: Da.

I *Terapeut*: Dacă 100 de oameni ar fi în situația respectivă, crezi că toți s-ar înfuria ?

I *Pacient*: Nu toți. Unora nu le-ar păsa.

I *Terapeut*: Din ceea ce îmi spui înțeleg că nu evenimentul în sine înfurie, ci modul în care noi ne raportăm la el ne înfurie. Unora le pasă, altora nu etc. înțeleg bine?

I *Pacient*: Da, cred că da.

I *Terapeut*: Atunci mă întreb cum te raportezi tu la el ? La ce te gândești astfel încât acest gând te înfurie ?

toate exemplele prezentate în această secțiune presupunem că acest lucru realizat. Prezentăm în continuare tehnicile clasice ale terapiei cognitive-comportamentale de modificare a gândurilor automate.

(a) *Tehnici logice*

Tehnicile logice au ca fundament raționalismul. Pe scurt, raționalismul își află originea în Grecia antică (Aristotel, Pitagora, Platon) și în secolele al XV-lea - al XVIII-lea (Descartes, Leibnitz, Spinoza).

Nucleul tare al acestei perspective filosofice este următorul:

- sursa cunoștințelor noastre este raționamentul deductiv și logic, pornind de la adevăruri universale, independente de experiență, apriori, imuabile, absolte
- realitatea este partea stabilă care se ascunde dincolo de realitățile perceptibile imediate; ea poate fi cunoscută doar cu ajutorul logicii;
- cunoștințele valide sunt doar acelea care sunt logic consistente și corespund unor standarde recunoscute de adevăr și rațiune.

Tehnicile logice modifică conținutul informațional disfuncțional și/sau înțelegerea pacientului, bazându-se pe identificarea inconsistențelor logice în gândirea acestuia. Pentru a putea realiza în mod eficace o astfel de intervenție, important ca terapeutul să cunoască foarte bine logica, retorica și teoria argumentării, inclusiv erorile de raționament (vezi David, 2006). Întrebările care pot fi adaptate clinic în diverse variante sunt „Care este logica a o crezi? /Cum poți argumenta asta? ”.

## &lt;\$&gt; EXEMPLUL 1

*Pacient:* Trebuie să reușesc în tot ceea ce fac.

*Terapeut:* Nu mă îndoiesc de faptul că îți dorești, poate chiar foarte de reușești în tot ceea ce faci. Aș vrea să înțeleg însă cum, pornind de la ai dorit, ai ajuns să crezi că, dacă îți dorești, atunci și trebuie cu nec reușești. Altfel spus, cum se poate explica faptul că tu crezi că dacă îți dorești lucrul perfect legitim, acel ceva trebuie cu necesitate să se întâmple ?

*Pacient:* Păi nu trebuie, dar ar fi bine.

*Terapeut:* Nu mă îndoiesc că ar fi, nu bine, ci foarte bine \ Poți să-ți dorești acest lucru, dar amintește-ți că, în ciuda faptului că ți-l dorești și că faci depinde de tine și este omenesc posibil pentru ca să se întâmple, s-ar trebui să accepți, că lucrurile nu stau întotdeauna cum îți dorești tu. Nui lui Dumnezeu dorințele dobândesc mereu realitate; pentru oameni, lucrurile întotdeauna așa cum ar dori sau cum ar merita ei.

## &lt;\$&gt; EXEMPLUL 2

*Pacient:* Faptul că m-a părăsit soția este groaznic și catastrofal. *Terapeut:* Înțeleg că simți că este teribil de rău că te-a părăsit soția.

*Pacient:* Da, este groaznic.

*Terapeut:* Ce înțelegi prin faptul că este groaznic și catastrofal?

*Pacient:* Este sfârșitul pentru mine... cel mai rău lucru care mi se pu

*Terapeut:* Nu mă îndoiesc de faptul că tu crezi că este groaznic. Mă întreb însă cum ai ajuns să crezi acest lucru ? Evident că ceea ce ți s-a întâmplat este foarte rău. Însă cum ai ajuns să crezi că este cel mai rău lucru care ți se poate sau ți se poate întâmpla ? *Pacient:* Păi... dacă punem problema așa, nu este cel mai rău lucru care mi se poate întâmpla, dar este foarte rău.

*Terapeut:* Da, foarte rău și văd că și foarte dureros, dar asta nu înseamnă că este o catastrofă, cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla - sfârșitul, pentru tine.

<8> EXEMPLUL 3

*Pacient:* Insomnia mea apare din cauza depresiei pe care o am.

*Terapeut:* De unde știi că ai depresie ?

*Pacient:* Păi nu pot să dorm, nu am chef să fac nimic.

*Terapeut:* Ce altă explicație ar putea fi pentru insomnia ta ?

*Pacient:* Păi cred că este corect ce am spus mai înainte.

*Terapeut:* Eu văd lucrurile un pic altfel. Logic vorbind, ceea ce spui este o tautologie, fără valoare explicativă.

*Pacient:* Cum adică ?

*Terapeut:* Să-și explic: simplu spus deocamdată, insomnia nu apare din cauza depresiei, ci depresia constă tocmai în insomnia pe care o ai; nu numai în ea, dar și în ea.

*Pacient:* Aa, și atunci de ce nu pot să dorm? Ce se întâmplă de fapt?

*Terapeut:* Urmează să identificăm cauzele ei și să aplicăm tratamentul adecvat. Hai să începem.

◆ EXEMPLUL 4

Această ilustrare se bazează pe maieutica socratică, metoda utilizată de Socrate care, pentru a-și convinge ascultătorii că anumite cogniții ale lor erau greșite, arăta că din ele pot deriva logic consecințe incompatibile unele cu altele. Aceasta înseamnă că premisa (cogniția de la care se pornește) este greșită.

*Pacient:* Toată lumea râde de mine și mă desconsideră. Nimeni nu este interesat de mine.

*Terapeut:* Ce consecințe derivă de aici ? (Ce înseamnă asta ?)

*Pacient:* Mă simt fără valoare, mă simt singur și neajutorat.

*Terapeut:* Cum te simți acum, singur?

*Pacient:* Păi nu, dumneavoastră sunteți aici și încercați să mă ajutați.

*Terapeut:* Dar mai înainte îmi spuneai că nimeni nu este interesat de tine.

*Pacient:* Nu chiar nimeni, dar mulți.

*Terapeut:* Bun, asta înseamnă că totuși cuiva îi pasă de tine.

*Pacient:* Da, poate.

(b) Tehnici empirice

Empirismul își are rădăcinile în filosofia lui Berkeley, Hume și Locke. Pe scurt, asumțiile fundamentale ale acestei orientări sunt:

- sursa cunoștințelor noastre este raționamentul inductiv, pornind de la experiența cotidiană;

- există o singură realitate stabilă, izvor al cunoștințelor noastre;
- cunoștințele valide sunt cele care corespund realității obiective.

#### <\$> EXEMPLUL 1 (Anecdota)

Scolasticii credeau că tot adevărul se găsește în Biblie și, probabil, în scrierile lui Aristotel. Așadar, dacă cineva era interesat să afle ceva despre lup, spre exemplu atunci citea aceste lucrări și găsea informațiile necesare; a încerca să observe un lup pentru a afla informații despre el era un non-sens; când Francis Bacon (1561-1626) a început să observe realitatea pentru a o descrie, a fost izolat și criticat. Ideea generală a tehnicilor empirice, promovată serios de Aaron Beck pe baconiană, este de a explora dovezile care susțin cogniția pacientului, mizându-se pe faptul că, în lipsa lor sau în prezența unora care le invalidează, cognițiile se schimbă și vor fi asimilate variantele funcționale și raționale. Întrebările-sursă apoi pot fi adaptate clinic în diverse variante, sunt: „Pe ce te bazezi când spui asta? „Crezi asta? ” („Unde scrie asta?”).

#### <3> EXEMPLUL 2

În acest caz, subiectul este rugat ca, pe baza examinării experienței sale de viață să identifice și să noteze evenimentele care susțin gândul automat disfuncțional irațional și evenimentele care îl infirmă. De obicei, după ce observă că lista infirmă este mai mare decât lista evenimentelor care-l confirmă, pacientul a considerat gândul automat ca fiind fals și renunță la el. Aplicarea acestei tehnici strâns legată de abilitatea și experiența terapeutului care, din discuțiile anterioare pacientul și/sau aparținătorii, intuiește că evenimentele care infirmă gândurile sunt mai numeroase decât cele care le confirmă. Dacă în structura gândurilor automate apar termeni absoluți ca „trebuie”, „oricând”, „orice”, „oriunde” are mari șanse de reușită. În acest caz, chiar dacă lista evenimentelor care infirmă gândul nu este mai mare decât cea a evenimentelor care îl confirmă, acesta slăbește încrederea pacientului în credințele absolutiste.

*Pacient:* Sunt o mamă rea.

*Terapeut:* Ce înseamnă pentru tine faptul că ești o mamă rea?

*Pacient:* Nu acord suficient timp copilului.

*Terapeut:* Dar găsești totuși timp să stai cu el, să ai grijă de el?

*Pacient:* Sigur că da.

*Terapeut:* Ce faci atunci?

*Pacient:* Îi dau să mănânce, mă joc cu el.

*Terapeut:* Cam asta fac mamele bune, nu?

*Pacient:* Da, dar eu fac mai rar acest lucru, nu așa des cum ar trebui.

*Terapeut:* Mie mi se pare că ești o mamă care are și comportamente bune. Asta nu te face nici rea, nici bună. Ești doar o mamă care, prii diverse, nu acordă suficient timp copilului. Hai să vedem cum putem bine timpul și activitățile.

Pacient: Nu ms ncient ■ A «, \_ -.-.

A,- ^«M Citit?

^«> Mai "Wre^ articol.

«au lUcruriJe , lna,nte ^neai că nu te pori con.

\*\*« ■• Bine' am ,

« înainte. ' "■ ^erat puin. De f

EXEMPLUL 5

mai mult a fi ,aş

I 'n acest caz »\* ^

I apreciază.

Vr Pnfî -

! \*\*« uS, deta,ie^ ?

"^ deloc <\* nimic Q,

"^ CuTM «ezi că

§ or Şi nimic

TM Sa trai «c fiindcă toţi Ui K ■  
3t JOC d e mine

e re atnbu, re,

mem nu mă

*Pacient:* Sunt duri și unii sunt chiar bătărași.

*Terapeut:* Cum se comportă cu ceilalți colegi ai tăi ?

*Pacient:* Unii își bat joc și de ei.

*Terapeut:* Poate acesta este stilul lor - de a se comporta urât și agresiv cu lumea, nu în special cu tine.

*Pacient:* Da, poate că ai dreptate.

*(c) Tehnici pragmatice/funcționale*

Tehnicile pragmatice au ca substrat pragmatismul și constructivismul, ai cu rădăcini în filosofia kantiană și neokantiană și, mai recent, în scrieri James, Kelly, Kuhn, Piaget, Pierce.

Așa cum am mai arătat, ideile fundam sunt (Pierce, 1935):

- viața este temeiul cunoașterii;
- cunoașterea este activitate ; sursa cunoștințelor noastre este capacitatea lică și imaginativă a subiectului uman; cunoștințele sunt mai degrabă tate decât descoperite;
- adevărul unei judecări este conferit de reușita acțiunii pe care o oriei nu contează atât valoarea ei de adevăr, cât mai ales valoarea adaptații subiect (ceva nu trebuie să fie adevărat pentru a fi util - vezi religia
- realitatea este, în ultimă instanță, rezultatul unor inferențe ipotetice de o comunitate nelimitată de oameni; comunitatea nelimitată esl chiparea rațiunii în pragmatism. Așadar, realitatea fiind o construcț renta dintre „ceea ce este" și „ceea ce experiențiem" nu mai are re nu există o singură realitate stabilă, absolută, ci fiecare om și/sau co își construiește propria realitate.

În terapia cognitiv-comportamentală, pragmatismul/constructivismul ditează ideea că tulburările psihice sunt expresia faptului că sistemul de c al subiectului nu mai este funcțional/rațional. În consecință, terapeutul faciliteze restructurarea sistemului de cunoștințe al pacientului prin c unuia nou, funcțional/rațional, în cadrul unei relații terapeutice empati stabile și securizante. Această modalitate este suficient de permisivă pentru a permite, a este cazul, și modificarea scopurilor /dorințelor formulate rațional, ds sunt prea intense și/sau nerealiste. O abordare logică sau empiric implica aspecte etice care ne-ar îndepărta de la demersul terapeutic (d de ce nu este logic sau empiric corect ca cineva să-și dorească și să ft ce depinde de el/ea, pentru a fi astronaut în condițiile în care are un ci inteligență de 80!). Problemele etice sunt mai puțin relevante însă în patologie (de exemplu, pedofilie), dar în acest caz adesea ne cor pacienți egosintonici, mai puțin deschiși la terapie.

Întrebarea-sursă, care poate fi adaptată clinic în diverse forme folosește să gândești așa?" .

## § EXEMPLUL 1 (Analiza costuri-beneficii)

Pacientului i se cere să facă o listă cu costurile și beneficiile pe care gândul automat i le aduce. Experiența și pregătirea terapeutului sunt decisive în a scoate în evidență dezavantajele pe care cognițiile subiectului le presupun sub aspectul relațiilor cu ceilalți, al trăirilor emoționale, al autocontrolului comportamental etc.

## ◆ EXEMPLUL 2

*Pacient:* Trebuie să mă iubească, altfel este groaznic și catastrofal.

*Terapeut:* Și când îți spui acest lucru, ce simți ?

*Pacient:* Panică.

*Terapeut:* Și cum te ajută starea aceasta de panică ? Panicându-te, o faci să te iubească ?

*Pacient:* Evident că nu ! Dimpotivă... o sperii!

*Terapeut:* Bănuiesc că nu este o stare plăcută.

*Pacient:* Nu, nu este; este o suferință teribilă, cu frică, nod în gât, dificultăți de respirație, tahicardie etc.

*Terapeut:* Dacă acest gând îți produce starea de panică, mă întreb: îți folosește să gândești așa ? Altfel spus, ori de câte ori gândești acest lucru, apare starea de panică.

Ea nu te ajută și este o suferință pentru tine. Deci: te ajută să gândești așa ?

Evident, dacă tehnica este corect utilizată, răspunsul pacientului va fi că nu îi lloșește. Acesta este momentul în care se începe înlocuirea gândului automat i'sfuncțional și/sau irațional cu cogniții funcționale și/sau raționale. Observăm 4 în acest caz, nu contează dacă gândul automat este corect sau incorect logic

- sau empiric; important este (indiferent că este corect sau incorect logic sau fflipiric) că acesta nu este util, generând probleme și, în consecință, el trebuie Mocuit cu unul util, de preferință corect și logic și/sau empiric.

## j\* EXEMPLUL 3

*I Terapeut:* Așadar, toate resursele tale sunt cheltuite pentru a deveni ofițer.

*I Pacient:* Da. Știu însă că s-ar putea să nu reușesc, căci nu am un picior și nu văd cu

I un ochi, dar încerc. Nu renunț!

*I Terapeut:* Din cele discutate anterior, înțeleg că neîmplinirea acestei dorințe te

I întristează.

*IPacient:* Da. Sunt foarte trist.

*mTerapeut:* De cât timp durează această tristețe ?

*I Pacient:* Păi, de ani de zile. Uneori simt că o să mă copleșească și că nu o să mai

I rezist; dar nu e cazul încă...

I Acesta stare de tristețe este o emoție funcțională negativă determinată de o ■rință formulată rațional.

Dacă ea este însă foarte intensă și/sau cu durată lungă ■poate transforma în una disfuncțională (deprimare). Așadar, uneori reducerea Itasității și/sau a duratei sale este importantă ; acest lucru se poate face fie prin



rezolvarea A-ului (care poate duce chiar la o emoție pozitivă), fie prin și/sau modificarea cogniției raționale (atenție la aspectele etice - se face este absolută nevoie). În plus, un *reframing* adecvat - modificări ale (reci - poate uneori transforma emoția funcțională negativă nu doar îi puțin intensă/durabilă, ci chiar în una pozitivă.

A - B (rațional) - C(funcțional)/A2 - B(irațional) - C2(disfuncțio

(d) *Tehnici metaforice*

Aceste tehnici înlocuiesc indirect, prin intermediul metaforelor, disfuncționale și/sau iraționale cu unele funcționale și/sau raționale. Ele sunt exprimate în literatură, povești, poezii, cântece, proverbe, afori pot fi construite de un terapeut creativ în cursul procesului terapeutic pacientului cu care lucrează. Ideea este să ne expunem cât mai multe metafore care ne împing spre un stil funcțional și/sau rațional. Ele analizate logic, ci experiențiate; așa cum spunea Blaga, dacă am gândi mare, ne-ar scăpa nuanțele ! În plus, nu trebuie evitate metaforele care pot fi un stil disfuncțional și/sau irațional; ele trebuie experiențiate, dar înconștient (unele sunt genial formulate), pentru a înțelege cum ne în suferință cu zâmbetul pe buze, cum ne distrug mângâindu-ne. Să analizăm:

I. Literatură, povești și povestiri, filme

◆ care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional:

- vezi *Povești raționale pentru copii*, traducere la ASCR, de Dan Adrian Opre, Cluj-Napoca;
- povestiri scurte.

◆ **EXEMPLUL 1**

Maestrul și ucenicul se îndreptau spre mănăstire. Făceau parte dintr-un jurământ, nu aveau voie să atingă femeile. Lângă un râu văd o femeie care nu putea trece din cauza rochiei prea lungi care se uda. Maestrul o ia trece râul. În primul moment, ucenicul încremenește. Apoi devine dintr-o dată furios. Maestrul îl ignoră, însă își continuă drumul ca și cum nimic întâmplat. Ajungând la mănăstire, ucenicul îi spune maestrului, care îl evita: „Cum ai putut să atingi femeia; ba mai mult, să o iei în brațe ?”. U la el, maestrul îi răspunde: „Eu am lăsat femeia lângă râu, tu de ce o poți atinge?”

Sugerează rolul cognițiilor în reacțiile noastre.

◆ **EXEMPLUL 2**

Isaac Asimov, în cartea *Roboții de pe Aurora*, transpune magistra science-fiction, principiile terapiei cognitiv-comportamentale. Spre ce? de pe Aurora erau guvernați de trei legi (reguli absolutiste/inflexibile) robot nu poate face rău unei ființe umane sau, prin inacțiune, să permit

umane să i se facă rău; *Legea 2*: Un robot *trebuie* să asculte ordinele primite de la o ființă umană, cu excepția cazurilor când aceste ordine ar veni în contradicție cu *Legea 1*. *Legea 3* : Un robot *trebuie* să-și apere propria existență, atâta timp cât nu intră astfel în contradicție cu *Legea 1* sau *Legea 2*. Atunci când, printr-o împrejurare creată, un robot nu reușea să respecte aceste legi, apărând practic o discrepanță între legile de care era guvernat și evenimentele care aveau loc, el începea să tremure și apoi se destabiliza complet (dezvolta patologie, în limbaj clinic).

#### • EXEMPLUL 3

Seria Matrix este, probabil, exemplul cel mai bun de transpunere a terapiei cognitiv-comportamentale într-o modalitate cinematografică. Ideea că tot ceea ce facem și simțim este de fapt determinat de o realitate creată cognitiv (într-un mod similar celui kantian) este superb transpusă în acest film. Eliberarea apare doar atunci când înțelegi acest lucru și ajungi să înlocuiești și să controlezi această realitate artificială.

#### II. Poezii

• care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional :

- „...De poți să nu-ți pierzi capul când toți în jurul tău și l-au pierdut pe-al

lor găsindu-ți ție vină/De poți, atunci când toți te cred nedemn și rău, să nu-ți pierzi nici o clipă încrederea în tine/De poți să-aștepti oricât fără să-ți pierzi răbdarea.../De rabzi s-auzi cuvântul cândva rostit de tine, răstălmăcit de oameni, ciunit și prefăcut/De poți să-ți vezi idealul distrus și din ruine să-l reclădești cu-ardoarea fierbinte din trecut/. .De poți miza pe-o carte întreaga ta avere și tot ce-ai strâns o viață să pierzi într-un minut/Și atunci, fără a scoate o vorbă de durere să-ncepi agoniseala cu calm de la-nceput..." („Dacă", Rudyard Kipling, 1895);

• care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional :

- „...Pe umeri pletele-i curg râu/Mlădie, ca un spic de grâu/Cu șorțul negru

prins în brâu/O pierd din ochi de dragă./Și când o văd, îngălbenesc/Și când n-o văd, mămbolnăvesc/Iar când merg alții de-o pețesc/Vin popi de mă dezleagă..." („Numai una", George Coșbuc)

O confruntare rațional *versus* irațional, subtilă și superbă, apare în poezia lui George Coșbuc, „Moartea lui Fulger".

„\*\* os \*mm~ coawmvB \*\_\_\*^

■-----1-----"      journal (sfctn )  
Irațional (mamal      1-----".....")...

^Nepoată dragă! De-n zadar Te văd plângând. I De cum te zbuciumi, tu te stingi  
 Și inima din noi o frangi -Ne doare c-a fost scris așa, Ne dori mai rău cu jalea ta. De-aceea, doamnă,  
 te-am ruga

Să nu mai plângi.

Nu-l dau din brațe nimănui! Închideți-mă-n groapa lui -Mă lași tu, Fulgere, să mor? Îți lași părinții-n  
 plâns și dor ? O, du-i cu tine, drag odor, O, du-i, o, du-i!

Ah, mamă, tu! Ce slabă ești! N-ai glas de vifor, să jelești; N-ai mâini de fier, ca fier să frângi; N-ai  
 mări de lacrimi, mări să plângi, Nu ești de foc, la piept să-1 strângi, Să-1 încălzești!

Eu vreau cu Fulger să rămân! Ah, Dumnezeu, nedrept stăpân, M-a dușmănit trăind mereu Și-a pizmuit  
 norocul meu! E un păgân și Dumnezeu, E un păgân.

De ce să cred în el de-acum ? în fața lui au toți un drum, Ori buni, ori răi, tot un mormânt! Nu-i nimeni  
 drac și nimeni sfânt! Credința-i val, iubirea vânt Și viața fum!

Pe cer când soarele-i apus, De ce să plângi privind în sus ? Mai bine ochii-n jos să-i pleci, Să vezi  
 pământul pe-unde treci! El nu e mort! Trăiește-n veci, E numai dus.

Zici fum? O, nu-i adevărat.

Război e, de viteji purtat!

Viața-i datorie grea Și lașii se-ngrozesc de ea -Să aibă tot cei lași ar vrea Pe neluptat.

Trăiește-ți, doamnă, viața ta! Și-a morții lege n-o căta! Sunt crai ce schimb-a lumii sorți, Dar dacă mor,  
 ce grijă porți? Mai simte-n urmă cineva Că ei sunt morți?

Dar știi un lucru mai pe sus De toate câte ți le-am spus; Credința-n zilele de-apoi E singura tărie-n noi,  
 Că multe-s tari cum credem noi Și mâine nu-s!

Și-oricât de amărâți să fim Nu-i bine să ne dezlipim De cel ce viețile le-a dat! -O fi viața chin răbdat,  
 Dar una știu: ea ni s-a dat Ca s-o trăim!

## III. Cântece

<sup>1</sup> care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional :

- „...Poți să pierd în viață tot/Nu îmi pasă, mă ridic la loc...” (Voltaj);
- „...în viață nu-i așa cam cum ar trebui să fie...” (Pavel Stratan);
- „... Când necazuri te doboară și prieteni n-ai să-i strigi/ține minte, sfârșitul nu-i aici...” (Pasărea Colibri) ;

<sup>1</sup> care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional : I - „...Nu pot trăi fără tine/Nu pot trăi, n-are rost/întoarce-te iarăși la mine/

Vino, te rog, înapoi...” (Cargo); I - „...Toți băieții vor ca toate fetele să fie pe placul lor/Și toate fetele vor băieți care să le spună mereu ce vor/Toată săptămâna/Să-mi faci mereu pe plac/Să m-aliniți într-una/Să-mi spui cât de mult te atrag...” (Andra).

## j IV. Proverbe

I care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional :

- Cât trăiește omul speră; Unele așteptăm, altele ne vin; Tot răul e spre bine ; Dracu' nu e așa negru precum pare ; La tot răul e și un bine ; Și răul prinde câteodată bine la ceva;

I care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional :

I - Cine nu are sănătate, nu are nimic; Nu te hrăni cu speranță; Ce începe rău, se termină rău; Ce începe bine, sfârșește bine; Fiecare trebuie să își poarte crucea.

## IV. Aforisme

I care promovează un stil cognitiv funcțional și rațional:

I - „Raționalistul care se teme de «irațional» este ca un om care în calculele sale bugetare s-ar teme de excedente.” (Blaga); I - „A nu trăi în zadar este a ști să dai vieții pământești aspectul unei captivități

cerești.” (Blaga); I care promovează un stil cognitiv disfuncțional și irațional: I - „O idee aplicată este un înger căzut.” (Blaga); I - „Sufletul are totdeauna ceva din amarul unei sărutări pe care n-ai putut s-o dai.” (Blaga)

l(e) *Tehnici cognitive-comportamentale spirituale*

I Tehnicile și ritualurile spirituale sunt utile în a modifica cognițiile disfuncționale și iraționale în cogniții funcționale și raționale, prin apelul la rugăciune sau la citirea unor texte sacre din diverse religii. Evident, ele sunt indicate și acționează la pacienții care consideră aceste texte ca fiind sacre.

Albert Ellis Ana la un moment dat că „... tradiția iudeo-creștină exprimată în Biblie este •carte de autoterapie care a determinat, probabil, mai mulți oameni să se

r«mVE §1 COMPORTAMENTALE

"6

.. , linIOC •"■ Ofenn

i«. fie o po#l

, Doineniuljeneral

l (CA) versus cogniț» UreferențialejCP).

^^rj^r^^^m}r\*\* dar eu nu voi!

l *Corint* T^L Toate îmi sunt îngadmte,

. îmi sunt de tolos. \_\_\_\_\_ rr-^T i

■(CA) versu-»^ Up^mUe^eva^^ «\*».

preferențialeiCP)-----^M^FJ^SptoirUe. nici cele de ^ ,

-^^ nici viața, met mgern jte^J ^ «mea ^ ^

^trofaretC)^^^

lume ci Eu v-am aies i>

n0SIU /oricare ar fi ea, nu V\*\*?TM\_celorcW încercați pnn ea ie pu

t \* ÎS- într-adevar, eu soc \_\_\_\_\_ £

se^ajejcor^iili -----'

Toleranță scăzută la

&are(TSF)v^ toleranță la frustrare

\(TF)

| Domeniul general  | Citatul din Biblie care susține varianta rațională   |
|---|--|
| <b>Toleranță scăzută la frustrare (TSF) versus toleranță la frustrare (TF)</b>                              | <i>Filipeni, 4, 6-7:</i> De nimic nu vă îngrijorați, ci întru totul faceți-i cunoscute lui Dumnezeu cererile voastre prin rugăciune și ruga cu mulțumire și pacea lui Dumnezeu care covârșește toată mintea să vă păzească inimile și cugetele întru Hristos Iisus. (TF)   |
| <b>Autodeprecieri/deprecieri alora (AD) versus acceptarea necondiționată a propriei persoane/alora (AN)</b> | <p><i>Romani, 5, 8:</i> Dar Dumnezeu își arată iubirea față de noi prin aceea că Hristos a murit pentru noi, pe când eram încă păcătoși. (AN)</p> <p><i>Romani, 3, 28:</i> Căci socotim că prin credință se va îndreptăți omul fără faptele Legii. (AN)</p> <p><i>Efesenii, 4, 32:</i> Ci fiți buni între voi, milostivi, iertându-vă unul altuia, așa cum și Dumnezeu v-a iertat vouă întru Hristos. (AN)</p> <p><i>Matei, 5, 43-44:</i> Ați auzit că s-a spus: Să-1 iubești pe aproapele tău și să-1 urăști pe vrăjmașul tău; dar Eu vă spun: iubiți pe vrăjmașii voștri, binecuvântați pe cei ce vă blestemă, faceți bine celor ce vă urăsc și rugați-vă pentru cei ce vă vatămă și vă prigonesc. (AN) <i>Matei, 18, 21-22 :</i> Atunci Petru, apropiindu-se de El, I-a zis: „Doamne, de câte ori va greși fratele meu față de mine și eu îi voi ierta ? Oare până de șapte ori ? ". Iisus i-a zis : „Nu-ți spun că până de șapte ori, ci până de șaptezeci de ori câte șapte". (AN)</p> <p><i>Tit, 3, 4-7:</i> Dar când s-a arătat bunătatea lui Dumnezeu, Mântuitorul nostru, și iubirea Sa de oameni, El nu din pricina faptelor pe care le-am făcut noi întru dreptate, ci după mila Sa ne-a mântuit prin baia nașterii din nou și prin înnoirea Duhului Sfânt pe Care din belșug L-a vărsat peste noi prin Iisus Hristos, Mântuitorul nostru, pentru ca, îndreptățiți fiind prin harul Său, întru nădejde să devenim moștenitori ai vieții veșnice. (AN)</p> <p><i>Efesenii, 2, 1, 4-5:</i> Iar pe voi care erați morți prin greșalele și prin păcatele voastre...; dar Dumnezeu, bogat fiind în mila pentru multa Sa iubire cu care ne-a iubit pe noi, cei ce eram morți prin greșalele noastre, ne-a făcut vii împreună cu Hristos (prin har sunteți mântuiți)! (AN)</p> |
| <b>Modicarea filosofiei de viață cu impact general asupra persoanei (FV)</b>                                | <i>2 Corinteni 5, 16-17:</i> Așadar, de acum înainte noi pe nimeni nu îl mai cunoaștem după trup ; chiar dacă L-am cunoscut pe Hristos după trup, acum nu îl mai cunoaștem astfel. Prin urmare, dacă este ceva întru Hristos, el e făptura nouă: cele vechi au trecut, iată că toate au devenit noi. (FV)  |
| <b>Emoții disfuncționale negative (EDN) versus emoții funcționale negative (EFN)</b>                        | <i>2 Corinteni, 7, 9-10:</i> Acum mă bucur nu pentru că v-ați întristat, ci pentru că v-ați întristat spre pocăință; fiindcă după Dumnezeu v-ați întristat, pentru ca să nu aveți nici o pagubă din partea noastră. Căci întristarea cea după Dumnezeu aduce pocăința spre mântuire, fără părere de rău; iar întristarea lumii aduce moarte. (EFN)   |
|   |  |

*Rugăciunea*

În plus, în actul rugăciunii pot fi implementate cogniții funcționale și Spre exemplu, analizele efectuate asupra rugăciunilor (Dr. Steve Johns< preot și supervisor în terapie cognitiv-comportamentală, comunicare p arată că, adesea, în rugăciuni, îi cerem lui Dumnezeu să facă astfel ca fie așa cum vrem noi (de exemplu, „...Eu sunt mic, Tu fă-mă mare slab,/Tu fă-mă tare...”). Atunci când se întâmplă ceva care, după noi, gândind, nu trebuia să se întâmple, de cele mai multe ori îi cerem lui E să ne ajute să schimbăm acel lucru. Altfel spus, cele mai multe recunosc evenimentul activator, (A) (adversitatea), și adesea suferință; acestuia (C); apoi se cere lui Dumnezeu fie să elimine A, fie să el ignorându-se astfel propria contribuție la suferință (B). Utilizarea r; rugăciunilor poate cuprinde însă rugămintea ca Dumnezeu să ne ajute să situația pe care a îngăduit-o. Unele rugăciuni clasice implică acest exemplu, „...Vie împărăția Ta, facă-se voia Ta...”), dar este imț construim rugăciuni care să potrivească problema-țintă cu care se pacientul, prin care să înlocuim cognițiile disfuncționale și iraționale c funcționale și raționale. Secvența recomandată în rugăciune în terapia -comportamnetală este:

- recunoaște A și C;
- numește cognițiile disfuncționale și/sau iraționale (B) dintre A și
- numește cognițiile funcționale și/sau raționale care le-ar putea lu;
- cere ajutor lui Dumnezeu pentru a-ți întări cognițiile funcțior raționale.

Diferența clară dintre utilizarea rațională, respectiv irațională a une nu poate fi mai bine exemplificată decât comparând rugăciunea lui Iși Iona. Ambii s-au confruntat cu situați dificile, pe care nu le dore; se temeau), dar, cognitiv vorbind, în timp ce Iona își întărește prin cognițiile iraționale menținându-și astfel suferința, Isus își dezvolt\* raționale.

*Iona, 4, 1-3* : ...Lucrul acesta n-a plăcut deloc lui Iona și s-a mî rugat Domnului, și a zis: Ah! Doamne, nu este aceasta tocma eu când eram încă în țara mea? Tocmai lucrul acesta voiam să Acum, Doamne, ia-mi viața, căci vreau mai bine să mor decât să *Marcu, 14, 35-36*: ...și se ruga ca dacă este cu puțință să trec ceasul acela/El zicea: „Abba, adică: Tată, Tie toate lucrurile puțință; depărtează de la Mine paharul acesta! Totuși, facă-se 1 Eu, ci ce voiești Tu”.  
Iona  
Isus

Așadar, textele sacre, în cazul de față Biblia și tradiția creștină, sunt perfect congruente cu intervenția cognitiv-comportamentală, dacă sunt corect interpretate. Există însă trei situații predispușe la interpretări greșite și care pot expune I la risc această integrare. *Hedonismul*

Hedonismul înseamnă căutarea plăcerii. Nu este terapia cognitiv-comportamentală prea individualistă, promovând hedonismul, în timp ce tradiția creștină I promovează comunitatea și lipsa de egoism ? în primul rând, terapia cognitiv-comportamentală nu promovează plăcerea, ci raționalitatea/funcționalitatea (de exemplu, emoții funcționale și negative), care este însă adesea asociată cu plăcerea. Dar plăcerea în sine nu este rea; ea poate include la fel de bine bucuria de a face lucruri plăcute lui Dumnezeu. Așadar, nu plăcerea este problematică, ci tipul de plăcere promovat. Hedonismul, în variantă cognitiv-comportamentală, nu este unul individualist și egoist. El înseamnă acceptarea necondiționată (fără nepăsare însă) a propriei persoane, a vieții și a celorlalți, așadar un „hedonism” congruent cu cel promovat de Biblie. *Emoțiile disfuncționale negative* în terapia cognitiv-comportamentală vinovăția (*guilt*) este văzută ca o emoție patologică. Unii creștini ar putea avea o problemă cu acest lucru, căci vinovăția I este o emoție pe care un creștin adevărat trebuie să o experimenteze atunci când I nu respectă cuvântul lui Dumnezeu, o trăire din care poate învăța. Terapia cognitiv-comportamentală este însă împotriva „vinovăției patologice”, care rezultă din cogniții iraționale/absolutiste (de exemplu, „Trebuie să nu ies din cuvântul lui Dumnezeu, iar dacă nu reușesc, atunci sunt fără valoare ca om”). Varianta funcțională - părerea de rău/vinovăția sănătoasă/remușcarea (*remorse*) - este perfect congruentă cu spiritul creștin, rezultând dintr-o gândire rațională (de exemplu, „Fac tot ceea ce este omenește posibil să nu ies din cuvântul lui Dumnezeu, iar dacă nu reușesc, voi încerca și mai mult, cerând ajutor lui Dumnezeu”).

#### *Stilul preferențial*

Nu cumva stilul preferențial este incompatibil cu cerințele clare și normative ale textelor sacre ? Biblia sau orice text sacru, este un text normativ, dar nu unul absolutist. Ele arată o cale care poate să fie sau poate să nu fie urmată. Liberul-arbitru este fundamental în aproape toate religiile, așa că prescripțiile unor texte sacre nu sunt absolutiste, ci flexibile, ele trebuind a fi urmate doar dacă înainte decidem liberi că dorim să le urmăm (vezi și discuția din subcapitolul 2.2.).

#### *(f) Tehnici umoristice și ironice*

Umorul și ironia (înțelegând aici și autoironia), incluzând uneori chiar limbajul mai colorat, sunt vehicule importante ale schimbării cognițiilor disfuncționale și



iraționale. Primul terapeut care a implementat sistematic aceste proceduri Albert Ellis - pentru cântecele sale rațional-umoristice (*rațional humorous* vezi la <http://web.utk.edu/~mhompson/songs.html> -, devenind faimos din comunitatea profesională (spre exemplu, în New York, OffBroadway; „Trumbo” face referire la el). Utilizarea lor eficientă ține însă de o expi experiență adecvată și de un tip mai sofisticat de pacient. Implementate ele pot eficientiza și dinamiza procesul terapeutic; implementate inadecvat în momente nepotrivite, ele pot afecta negativ demersul terapeutic. În mandăm utilizarea lor de terapeuți novici, ci doar de terapeuți cu experiență prin astfel de proceduri bine folosite, pot reduce timpul necesar atingerii obiectivelor prin tehnici mai clasice.

#### <\$> EXEMPLUL 1

Prezentăm în continuare, în limba engleză, câteva exemple de cântece -umoristice, după Albert Ellis; el este autorul versurilor, muzica aparține compoziției deja celebre, pentru a facilita receptarea mesajului cântecului. În aceste cântece rațional-umoristice poate fi comandat la Asociația Română de Terapie Cognitive și Comportamentale (<http://www.psychotherapy.ro>). Rolul acela de a promova un stil de gândire funcțional/rațional și de a scoate în într-o manieră umoristică, „penibilitatea” unui stil de gândire disfuncțional, Primul cântec ilustrează, într-o manieră ironică, consecințele lipsei de toleranță la frustrare; cel de-al doilea - faptul că stilul absolutist este penibil, atât în iraționalitate absolută, cât și în sensul de raționalitate absolută; esența raționalității este chiar flexibilitatea! O raționalitate absolută și rigidă este deja irațională de-al treilea cântec exemplifică absurditatea cerințelor absolutiste și a toleranței la frustrare.

#### **WHINE, WHINE, WHINE!**

(Yale Whiffenpoof Song by Guy Scull a Harvard Man)

I cannot have all of my wishes filled

Whine, whine, whine!

I cannot have every frustration stilled

Whine, whine, whine!

Life really owes me the things that I miss,

Fate has to grant me eternal bliss!

And since I must settle for less than this

Whine, whine, whine!

**PERFECT RATIONALITY**

(Funiculi, Funicula by Luigi Denza)

Some think the world must have a right direction,  
And so do I! And so do I!  
Some think that, with the slightest imperfection,  
They can't get by and so do I!  
For I, I have to prove I'm superhuman,  
And better far than people are!  
To show I have miraculous acumen  
And always rate among the Great!  
Perfect, perfect rationality  
is, of course, the only thing for me !  
How can I ever think of being  
If I must live fallibly ?  
Rationality must be a perfect thing for me !

**LOVE ME, LOVE ME, ONLY ME!**

(Yankee Doodle)

Love me, love me, only me,  
or I'll die without you!  
Make your love a guarantee,  
so I can never doubt you!  
Love me,  
love me totally really,  
really try, dear;  
But if you demand love, too,  
I'll hate you till I die, dear!  
Love me, love me all the time,  
thoroughly and wholly!  
Life turns into slushy slime  
less you love me solely!  
Love me with great tenderness,  
with no ifs or buts, dear:  
For if you love me somewhat less,  
I'll hate your goddamned guts, dear!

(EXEMPLUL 2 (Ironie))

*bcient*: Dacă eu am fost corect cu el, și el trebuie să fie corect cu mine ! *'erapeut*: înțeleg ce spui; așa crezi că ar fi drept și corect. Iar când ceea ce tu crezi i ar trebui să se întâmple nu se întâmplă, apare starea de furie și agresivitatea. cient: Exact.

TRATAT DE PSIHOTERAPIE COGNITIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ *Terapeut*: Ascultându-te mă simt atât de mic. Pari un super-Dumnezeu!

*Pacient*: Adică... ?

*Terapeut*: Păi nici Dumnezeu nu a reușit ceea ce crezi tu că trebuie să se întâmple! Îmi amintesc că El a fost corect cu oamenii, dar aceștia nu au fost mereu corecți cu El! Dar probabil că tu vei putea face ca acest lucru să se întâmple! În plus, este ca în tinerie afară. Ai putea, cu un cuvânt, să faci să fie mai multă lumină?... Spd

doar să fie lumină și va fi!

*Pacient*: (Râde.) Am înțeles mesajul... Aveți dreptate! Iar am uitat că, dacă"u doresc ceva foarte mult, nu înseamnă că și trebuie să se întâmple!

◆ EXEMPLUL 3 (Umor)

Filmul de comedie „Seinfeld” a promovat, prin personajul George, omul nevrotic, gândire tipic disfuncțională/irațională. George era pus în diverse situații în care exprima acest stil de gândire, ceea ce îi poate ajuta pe pacienții cu un pattern similar să-l vadă într-o manieră comică, eliberându-se de povara lui. Redăm cu aproximație

un astfel de dialog:

*George* (foarte agitat, după ce a văzut o femeie frumoasă): Trebuie să o vorbească cu mine!

*Jerry* : Renunță, nici nu se va uita la tine !

*George* : Trebuie să o fac să mă asculte!

*Jerry* : Chiar crezi că te va băga în seamă?

*George* (tot mai agitat) : Nu cred, Jerry, știi! Cu siguranță va face asta! Trebuie să o facă! Trebuie! <\$> EXEMPLUL 4 (Umor și ironie)

*Pacient*: Când am starea de panică mă gândesc că voi muri.

*Terapeut* (repetând un aforism al lui Blaga): Îmi închipui că a muri este un lucru de greu, că fiecare mort ar trebui felicitat pentru această ispravă!

<\$> EXEMPLUL 5

Albert Ellis este cunoscut pentru utilizarea în cadrul psihoterapiei a unor neacademice precum *shit*, *hell*, *fuck* care ar lua la noi forma de „nașpa”, „ra dracu” etc. El argumentează că aceste cuvinte sunt cele utilizate de pacienți zi cu zi când se confruntă cu problemele sale; utilizându-le și el, el facilitează pacientului înțelegerea demersului terapeutic și relația terapeutică. Într-adevăr, cei mai mulți profesioniști sunt critici la adresa utilizării acestor termeni, deoarece pacientul este ofensat, studiile arată că, dimpotrivă, ele pot facilita terapeutic, pacienții primindu-le favorabil. Evident, utilizarea lor trebuie doar pacienții care le utilizează și ei, altfel, într-adevăr, pacientul poate utiliza

(g) *Tehnica imageriei emotive*

Aceste tehnici restructurează cognițiile prin expunerea *in vitro* la dovezi (de exemplu, în imaginar). Deși situațiile sunt imaginare, ele simulează < concrete de viață și duc la schimbări eficiente în gândire, care, apoi, se ge

la viața cotidiană. Procedura este similară tratamentelor medicale : deși un transplant de cord se face în laborator/sala de operații, acesta funcționează apoi în viața de zi cu zi. Similar, deși cognițiile funcționale și raționale sunt dobândite prin expunere la situații de laborator, ele ajung să funcționeze în viața cotidiană.

#### ◆ EXEMPLUL 1

*Terapeut:* Imaginează-ți cât mai clar situația în care nu te-au tratat corect. Repetă gândul pe care l-ai avut atunci: „Trebuie să mă trateze corect, altfel nu pot suporta acest lucru”. Observă atent starea de furie pe care o experimentezi ca urmare a acestui gând. Cât de intensă este, pe o scală de la 1, foarte slabă, la 10, foarte intensă?

*Pacient:* Opt.

*Terapeut:* Bun. Acum înlocuiește acest gând cu cel rațional pe care l-am convenit împreună : „Deși mi-ar plăcea să o facă, oamenii nu se comportă întotdeauna corect; nu îmi este ușor, dar pot tolera situația și pot încerca să caut o modalitate de a le comunica nemulțumirea mea”. Repetă-l de mai multe ori în timp ce îți imaginezi situația când te-au tratat incorect. Ce simți acum ?

*Pacient:* O stare de nemulțumire (furie mai puțin intensă).

*Terapeut:* Cât de intensă este ?

*Pacient:* Cinci.

Acesta tehnică poate fi utilizată și pentru evenimente noi, anticipate ca urmând să aibă loc ; în acest caz, cu ajutorul ei, terapeutul antrenează pacientul pentru situațiile respective. Mai mult, utilizarea cognițiilor funcționale și/sau raționale în acesta formă (prin repetare în limbaj intern înainte și/sau în timpul situației), idar în situații concrete de viață, are rol de coping (de „pilulă psihologică”), facilitând adaptarea subiectului. Adesea, astfel de formulări raționale (pentru situații specifice sau cu caracter general) pot fi scrise pe bilete-amorsă, purtate de pacient la el și citite înainte de a se confrunta cu situația problemă.

#### [◆ EXEMPLUL 2

*Terapeut:* Imaginează-ți cât mai clar situația în care nu te-au tratat corect. Repetă gândul pe care l-ai avut atunci: „Trebuie să mă trateze corect, altfel nu pot suporta

I acest lucru”. Observă atent starea de furie pe care o trăiești ca urmare a acestui gând.

I Cât de intensă este, pe o scală de la 1, foarte slabă, la 10, foarte intensă?

I *Pacient:* Opt.

I *Terapeut:* Bun. Acum încearcă să schimbi această emoție disfuncțională în una

I negativă, căci nu îți place să fii tratat așa, dar funcțională. Ai reușit?

I *Pacient:* Da.

‡ *Terapeut:* Ce simți acum și cât de intensă este emoția ?

I *Pacient:* Nemulțumire, cam de șase.

[ *Terapeut:* Cum ai reușit acest lucru ? *Pacient:* Mi-am spus că: „Deși mi-ar plăcea să o facă, oamenii nu se comportă întotdeauna corect; nu îmi este ușor, dar pot tolera situația și pot încerca să caut o soluție de a le comunica nemulțumirea mea”.

I *Terapeut:* Foarte bine.

în acest exemplu, schimbarea cognițiilor se face testând în același timp și dac! pacientul a înțeles demersul corect; aceasta îl va ajuta să prevină recăderile și s se confrunte cu situații stresante neașteptate. Dacă pacientul ar fi răspuns ci reușit să schimbe furia în nemulțumire/furie mai puțin intensă prin faptul că: (1) „M-am gândit la altceva” ; (2) „Mi-am spus că sunt niște proști” ; (3) „Mi-a imaginat că vor muri” ; (4) „Mi-a imaginat că mă tratează corect” etc, ar însemnat că nu a înțeles conceptualizarea cognitivă, situație în care reven asupra ei. Toate aceste soluții sunt *feeling beîer* (tratament simptomatic), fo Uzate pe schimbarea situației practice (A), în timp ce pacientul nostru păstre ideea irațională (factor de recădere și recurență) că „Trebuie să mă trateze cor altfel nu pot suporta”.

(h) *Tehnica experimentelor comportamentale*

Tehnica presupune prescrierea a diverse sarcini comportamentale, ca pentru cognițiile pacientului și apoi pentru asimilarea cognițiilor funcționale/i nale. Altfel spus, tehnicile comportamentale sunt utilizate ca tehnici de restruct cognitivă.

<3> EXEMPLUL 1

*Terapeut:* Spui că tu crezi că nimănu din familie nu-i pasă de tine. Cum crezi putea verifica dacă acest lucru este într-adevăr corect?

*Pacient:* Știu eu...

*Terapeut:* Spuneai că te-ai înțeles cu soția să te aștepte când ieși de aici, de la

*Pacient:* Da, așa este.

*Terapeut:* Ar putea acesta fi un test?

*Pacient:* într-un fel...

*Terapeut:* Dacă te așteaptă, atunci...

Dacă gândurile sunt absolutiste (de exemplu, trebuie, oricând, me fiecare dată, toți etc), probabilitatea ca ele să fie infirmate prin expe comportamentale inteligent gândite este foarte mare. S-ar putea însă ca, o cogniție cu rol etiopatogenetic (de exemplu, „familia nu mă suportă' confirmată de experimentele comportamentale. Ce facem atunci? în pi avem trei posibilități:

(1) încercăm să o înlocuim apelând la tehnici pragmatice (de exemplu folosește să te tot gândești la asta"). Spre exemplu, îl putem învăța p o alternativă mai puțin încărcată afectiv, reformulând (de exemplu înțelegem; vom încerca să căutăm o cale de înțelegere, dar, dacă r asta este viața, fiecare cu drumul său"), iar apoi încercăm să îl aju adapteze la situația care nu poate fi schimbată (chiar și prin t inoculare a stresului - vezi mai jos);

(2) încercăm, prin distragere, să reducem frecvența acestei cogniții, implicându-l în activități care îi produc stări afective pozitive (efectul este benefic doar pe termen scurt, până se găsește o soluție mai bună - de exemplu, schimbarea evaluării ei);

(3) restructurăm cognițiile evaluative asociate ei (de exemplu, „Trebuie să mă iubească, este groaznic că nu mă suportă; sunt fără valoare ca om dacă nu mă suportă; nu mă mai pot bucura de viață” etc).

^ EXEMPLUL 2 (*Shame-attacking exercise/Exercițiul de atac al rușinii*)

În acesta variantă se cere subiectului să execute un comportament prin care se expune la un risc controlat și prin care se face de râs în public. Spre exemplu : (1) să salute toate doamnele de pe stradă; (2) să cânte cu voce tare în autobuz; (3) să dea mâna cu toată lumea din autobuz etc. El învață astfel să-și asume și să se expună la riscuri. Evident că este foarte important ca, înainte de implementare, și noi, și el să ne asigurăm că integritatea fizică a pacientului nu este expusă la risc! Prin astfel de proceduri se flexibilizează stilul cognitiv marcat de o gândire rigidă, absolutistă, exprimat comportamental prin perfecționism nevrotic, iar emoțional prin teama constantă de evaluare a celorlalți.

§ EXEMPLUL 3 (Tehnici de distragere atențională)

Ele sunt utilizate pentru a decentra resursele atenționale care susțin catastrofarea. Spre exemplu, dacă la debutul unui atac de panică pacientul se orientează asupra unor sarcini comportamentale (sună un prieten) și/sau cognitive (numără obiectele din cameră), atunci cogniția catastrofică poate să fie blocată; în acest fel, nu doar se împiedică apariția atacului de panică, ci pacientul este și educat asupra relației dintre B și C.

◆ EXEMPLUL 4

Există diverse sarcini care pot favoriza asimilarea unor structuri cognitive funcționale/raționale. Spre exemplu, procedurile de dezvoltare a memoriei și/sau a atenției cu inspirație din psihologia cognitivă (Eysenck și Keane, 2000) sunt proceduri care fac parte din categoria experimentelor comportamentale prin care vizăm dezvoltarea unor structuri cognitive.

(i) *Tehnici adiționale*

Tehnicile de desen, joc etc. sunt proceduri care pot modifica cogniții, mai ales dacă subiecții sunt copii și/sau au dificultăți de exprimare verbală. În principiu, orice activitate și/sau experiență de viață și/sau terapeutică care se înscrie în cadrul deontologiei profesionale, poate fi utilizată ca tehnică de modificare a cognițiilor.

◆ EXEMPLU

În unele cazuri, *terapia asistată de animale* este utilă în restructurarea cognitivă. Spre exemplu, interacțiunile și relațiile cu animalele pot flexibiliza serios gândirea absolutistă ; astfel, se pot prescrie patternuri emoționale și comportamentale care antrenează

TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE gândirea funcțională/rațională (de exemplu, acceptare, toleranță la frustrare). Împlinirea interacțiunii cu animalele poate duce la expresia unor stări afective și pateraii cognitiv-comportamentale cu valoare diagnostică și/sau de reabilitare.

*Concluzii* (1) Există un spectru extrem de larg de tehnici utile pentru modificarea gândurilor automate. Numai imaginația, datele științifice și deontologia profesională limitează în a găsi și alte modalități de reliefare a acestora. (2) Așa cum am spus, ca urmare a noilor dezvoltări teoretico-metodologice aceste tehnici de restructurare cognitivă pot fi aplicate și în cazul tulburii de tip psihotic. Ele se aplică atonei când medicația nu este disponibilă și când simptomele psihotice sunt rezistente la medicație (nu răspund la tratament și/sau rămân ca simptome reziduale).

În cazul delirului, conceptualizat ca un B în modelul ABC cognitiv, tehnicile descrise mai sus se aplică pornind de la restructurarea consecințelor delirante periferice, apoi a ideilor delirante periferice, apoi a consecințelor delirante centrale și, în final, a ideilor delirante centrale. Măsurile de restructurare trebuie să fie mai non-direcțivă decât în cazul pacienților patologici de tip nevrotic sau cu probleme subclinice, folosind în primul rând tehnici empirice și pragmatice.

<\$> EXEMPLU

*Terapeut Pacient: Terapeut Pacient: Terapeut Pacient: Terapeut Pacient: Terapeut Pacient: Terapeut*

: Și cum ai spus că vin piticii aceia? Nava spațială îi aduce. : Și unde aterizează?

Aici (arată) pe balcon. : Înțeleg. Și ce fac apoi?

Vin cu mașinile și tancurile să mă răpească.

: De unde au mașinile acestea?

Le aduc cu ei, cu nava.

: Trebuie să fie încăpătoare nava aceasta.

Da, este mare.

: Mă întreb atunci cum încap aici, pe balconul acesta mic?

(încurcat, tace!)

: Lasă că mai vorbim noi despre asta; poate numai ți s-a părut

..-----Aii

*Terapeut . L,a=>c\* v*

În cazul halucinațiilor, teoria cognitivă arată că halucinațiile auditive sunt urmări ale procesului de atribuire greșită a limbajului intern; în loc să fie limbajul intern, pacientul îl asignează altor persoane (reale sau imaginare). În acest caz, modificarea halucinațiilor se poate realiza prin:

(a) Tehnici cognitive. O primă categorie de tehnici cognitive încearcă să modifice în mod corect stilul atribuțional. Spre exemplu, subiectul

voce spunându-i că „Mâine va ploua” este pus să repete formule ca : „...Eu cred că mâine va ploua” sau terapeutul repetă aceste formule. În a doua categorie intră acele tehnici care modifică cognițiile asociate halucinațiilor; în acest caz, halucinațiile sunt conceptualizate ca evenimente activatoare (A) în cadrul modelului ABC. Așadar, nu prezența halucinațiilor determină reacțiile comportamentale și emoționale la ele (la urma urmei, peste 70% din populație are, în decursul vieții, cel puțin un episod halucinator), ci interpretările (cognițiile descriptive, inferențiale și evaluative) pe care le facem. Modificarea lor prin tehnici de restructurare cognitivă duce la remiterea halucinațiilor.

(b) Experimente comportamentale. Din moment ce halucinațiile reprezintă o atribuire eronată a limbajului intern, înseamnă că, dacă blocăm limbajul intern prin diverse proceduri, ele se vor diminua. Într-adevăr, dacă subiectul citește cu voce tare un text, dacă recită ceva, dacă ascultă muzică etc., toate aceste activități interferează cu limbajul intern asociat halucinațiilor, astfel că ele se reduc.

(c) După modificarea gândurilor automate, unii pacienți afirmă că „au înțeles” dar „nu simt”(naturale) cognițiile funcționale/raționale. Acest lucru înseamnă că, deși procesul de restructurare a început, ei încă nu cred cu adevărat în valoarea funcțională și de adevăr a noilor cogniții. Ele trebuie întărite prin prescripții cognitiv-comportamentale (teme între ședințele terapeutice), care să le confirme și să le accentueze utilitatea și/sau valoarea de adevăr.

### 7.2.1.3. Etapa 3: tehnici de control al contaminării psihologice

Aceste tehnici au fost elaborate de autorul lucrării de față și reprezintă o contribuție la dezvoltarea terapiei cognitiv-comportamentale. Ele au fost dezvoltate și testate în țară și publicate la nivel național (David, 2000) și internațional (David *et al.*, 2005a). Fiind relativ noi, nu fac încă parte din tratatele de specialitate în domeniu, dar rezultatele obținute, apărute în reviste de prestigiu la nivel internațional, arată că ele eficientizează procesul de restructurare cognitivă. Altfel spus, tehnicile cognitiv-comportamentale descrise în continuare sunt expresia unor cercetări teoretice de laborator. Ele au o considerabilă eficiență practică, probată experimental (David, 2000; David *et al.*, 2005a) și în practica clinică a autorului. Primele rezultate, obținute în cadrul unui program amplu de cercetare a fundamentării teoretice ce stă la baza lor și a eficienței clinice a acestora în comparație cu tratamentele clasice, utilizând designuri experimentale riguroase cu un singur subiect și/sau designuri multifactoriale, susțin afirmația că, integrate tratamentelor cognitiv-comportamentale clasice, ele sporesc semnificativ eficiența acestora (David, 2000). Aplicarea lor în terapie se face în momentul când subiectul conștientizează caracterul disfuncțional și irațional al cognițiilor sale anterioare și îl pregătim pentru asimilarea unui stil cognitiv funcțional și rațional. Să le analizăm în continuare.



Informația falsă este o prezență ubicuă în viața noastră. Impactul ei asupra prelucrărilor informaționale duce la comportamente dezaptative. Deși declari în mod conștient că o informație-țintă falsă nu ne va influența comportament cercetările arată că aceasta distorsionează deciziile și comportamentul nos prin mecanisme inconștiente, implicite, care violează hotărârile conștiente voluntare anterioare (Johnson, 1994). Se ajunge astfel la decizii eronate comportamente dezaptative. Acesta este fenomenul de contaminare psiholog în consecință, elaborarea unor tehnici de blocare a influenței informației f asupra răspunsurilor noastre are o relevanță pragmatică evidentă.

Tehnicile cognitiv-comportamentale de restructurare a prelucrărilor ii maționale disfuncționale și/sau iraționale au rolul (a) de a identifica cogn disfuncționale și/sau iraționale care susțin simptomul și (b) de a le neutrali înlocui cu cogniții funcționale și/sau raționale ce susțin răspunsuri adapt! Problema apare atunci când, deși subiectul recunoaște caracterul eronat ș disfuncțional al cognițiilor sale, ele continuă să-i influențeze comportamer deciziile prin mecanisme inconștiente implicite (Johnson, 1994; Lewicki, 1 Aceasta duce la dificultăți în asimilarea cognițiilor funcționale și/sau rați precum și la menținerea simptomatologiei. Este evidentă deci necesitatea i rării unor tehnici cognitiv-comportamentale de blocare a influenței infor false asupra comportamentului.

După cum am mai arătat, în știința modernă, orice aplicație pract anvergură este precedată de o cercetare fundamentală riguroasă, exprimată nucleu de date teoretico-experimentale cu valențe euristice. Cercetările i anterioare asupra memoriei implicite și asupra uitării intenționate (David, coroborate cu date din literatura de specialitate (Jacoby, 1991; Johnson s-au concretizat în următorul nucleu de rezultate experimentale:

- informația falsă referitoare, spre exemplu, la o persoană X sau la un ev< este de cele mai multe ori interconectată în memorie cu informația ac referitoare la persoana sau evenimentul respectiv, formând o schemă c comună;
- amorsarea informației adevărate activează și informația falsă cu carc-este interconectată, putând astfel genera decizii și evaluări eronate;
- cu cât cantitatea de informație falsă este mai mare, cu atât impactul i comportamentului este mai probabil. Altfel spus, dacă vrei să mani] cineva, oferă-i cât mai multă informație falsă, fără să-ți pui problem: că el știe că e falsă; aceasta se va exprima în comportamentul inconștient.

Influența informației false poate fi blocată prin: (a) conștientizarea pe care ea o are asupra comportamentului și prin (b) inhibarea sau de acesteia.

Pornind de la acest nucleu de rezultate teoretico-experimentale, am elaborat o serie de tehnici cognitiv-comportamentale de blocare a influenței informației false sau dezadaptative asupra comportamentului, pe care le prezentăm într-o formă schematică (pentru detalii, vezi David, 2000; David *et al*, 2005a).

(a) *Tehnică anticipării raționale*

Prin această tehnică se încearcă anticiparea influențelor pe care informația năstă le-ar putea avea asupra comportamentului nostru. Odată conștientizate, aceste influențe pot fi blocate. Astfel spus, influența inconștientă este conștientizată și, ca urmare, evitată. Această tehnică se aplică cu succes în psihoterapie, unde cognițiile disfuncționale și/sau iraționale și posibilul lor impact inconștient asupra răspunsurilor noastre pot fi circumscrise relativ precis în ședințe (sau părți ale acestora) special dedicate acestui obiectiv.

EXEMPLU

*Terapeut:* Acum îmi spui că ești convins de faptul că viața merită trăită, deși în urmă [ cu câteva săptămâni susțineai contrariul. *Pacient:* Acum văd lucrurile altfel.

*Terapeut:* Presupunând că nu ți-ai fi schimbat perspectiva, cum te-ai fi comportat i astăzi? *Pacient:* (Pacientul împreună cu terapeutul discută/anticipează aceste comportamente pentru situația prezentă și pentru situații ipotetice viitoare; odată conștientizate, aceste comportamente pot fi prevenite.) (b) *Tehnică restructurării globale (mai indicată sub hipnoză și/sau imagistic)* Ea se bazează pe cercetări riguroase realizate în ultimii ani asupra uitării enunționate specifice și globale (Johnson, 1994). În acest caz, se cere pacienților sau clienților, de exemplu, să uite intenționat reaga informație cu privire la o persoană X sau cu privire la propria persoană, cât și informația falsă, cât și informația adevărată. Ca urmare a acestei trucțiuni, schema cognitivă referitoare la persoana în cauză va fi inhibată. Apoi, oferă/se ia în considerare din nou doar informația adevărată despre persoana proprie persoană, creându-se astfel o reprezentare cognitivă nouă, ce conține ar informație adevărată și care va putea susține decizii și evaluări corecte ; este licat ca această etapă să se desfășoare sub hipnoză sau pe un fond de relaxare. EXEMPLU (în etapele finale ale terapiei)

*Terapeut:* Rezumând discuțiile noastre din ședințele anterioare, hai să reconstruim propria ta imagine și personalitate, punând la un loc descrierile pe care ți le-ai făcut pe parcursul ședințelor avute.

*Pacient:* (Pacientul trece în revistă împreună cu terapeutul descrierile făcute, atât cele pozitive, cât și cele negative.)

*Terapeut:* Acum vreau să-ți propun următorul exercițiu imagistic: hai să (imaginăm) că le uităm pe toate, ca și cum nu ar fi existat. Le uiți. (Pauză.) Și să reconstruim propria-ți imagine doar din atributele corecte. O imagine nouă, nou. (Terapeutul și pacientul reiau și analizează doar atributele corecte și apoi pacientul le repetă pe fiecare de mai multe ori.)

(c) *Tehnica informațiilor alternative și incompatibile* în acest caz, pentru a evita influența informațiilor false asupra conștientului, subiectului i se dă instrucțiunea de uitare intenționată specific referire la această informație, dublată de oferirea unor informații adevărate incompatibile cu informația falsă. Informația alternativă și incompatibilă inhibă, prin inhibiție laterală, informația falsă, blocând astfel impactul acesteia asupra comportamentului subiectului.

#### ◆ EXEMPLU

*Pacient:* Nu mă pot concentra deloc, absolut la nimic.

*Terapeut:* Cum crezi că am putea verifica lucrul acesta ?

*Pacient:* Știu eu? Poate încercând să citesc ceva.

*Terapeut:* Bine, uite, aici am un ziar de azi. Ce subiect preferi să citești de c

*Pacient:* Îmi plac secțiunile economice.

*Terapeut:* Uite, aici este un articol despre inflație. Crezi că vei reuși să citești din el ?

*Pacient:* Nu cred, mi-e greu să mă concentrez... sau poate primele rânduri.

*Terapeut:* Bine, hai să încercăm. Citește până când simți că nu te mai poți concentra deloc asupra articolului.

*Pacient:* (Citește întregul articol.) Am terminat.

*Terapeut:* Cât ai citit ?

*Pacient:* Am citit întregul articol.

*Terapeut:* Înainte spuneai că nu te poți concentra deloc la nimic. Cum crezi lucrurile ?

*Pacient:* Bine, am exagerat puțin. De fapt nu reușesc să mă concentrez la fel ca înainte.

*Terapeut:* Cred că ai dreptate și, pornind de la abilitățile de concentrare pe care le ai, vom îmbunătăți capacitatea ta de concentrare. Altfel spus, este fals că nu poți concentra absolut deloc. În anumite situații, când ești suficient de interesat și te concentrezi perfect pe termen scurt. Deci, în anumite condiții te concentrezi bine.

#### 7.2.1.4. Etapa 4: tehnici de identificare și modificare a structurii cognitive generale disfuncționale și/sau iraționale

Structurile cognitive generale disfuncționale și/sau iraționale sunt ce generează structuri locale disfuncționale și/sau iraționale în situații specifice se referă la cogniții centrale, intermediare și evaluative și constituie stru

personalitate și filosofii de viață ale pacientului, fiind învățate pe parcursul dezvoltării ontogenetice, cu accent (neexclusiv însă) asupra relațiilor cu persoanele semnificative din prima copilărie. Adesea sunt tacite, conștientizarea lor fiind dificilă. Identificarea structurilor cognitive generale se face în ultimele etape ale terapiei, printr-un demers de generalizare inductivă, pornind de la gândurile automate identificate până atunci și situațiile în care acestea apar. Pentru a ajunge la structurile profunde, utilizăm tehnicile deja discutate și exemplificate în subcapitolul 2.2. : *tehnica interviului inferențial (inference chaining)* și *tehnica analizei conceptuale (downward arrow technique)*. Altfel spus, pornim de la gânduri automate, identificate anterior și ajungem, treptat, la structurile profunde de personalitate și filosofie de viață (cognițiile descriptive, inferențiale și evaluative generale). Evident că, odată formulată concluzia prin inducție, ea este verificată cu pacientul în cursul interviului, putându-se modifica și aproxima pe măsură ce culegem mai multe date clinice.

### <3> EXEMPLU

Gândurile automate : „Nu voi reuși” ; „Vor râde de mine” ; „Vor avea rezultate mai bune decât mine” etc. sugerează, coroborate cu datele culese în etapele de diagnostic și evaluare clinică, (1) cogniții centrale asociate cu „neajutorarea”, (2) cogniții intermediare de tip (a) atitudini: „Este rău să fii neajutorat”, (b) asumptii pozitive compensatorii: „Dacă nu mă implic în sarcini, nu vor vedea că sunt neajutorat”,

(c) asumptii negative: „Dacă mă implic în sarcini vor vedea că sunt neajutorat”,

(d) reguli compensatorii: „Evit să mă implic în sarcini și (3) cogniții evaluative generale : „Trebuie să reușesc, altfel este catastrofal și se va vedea că sunt un prost”. Dacă pacientul le consideră eronate, se aplică în continuare tehnicile descrise la etapa 3. Dacă le consideră adevărate, trebuie realizată restructurarea lor. Modificarea acestor structuri cognitive generale disfuncționale și/sau iraționale conștiente se face prin aceleași tehnici ca și în cazul structurilor cognitive locale disfuncționale și/sau iraționale (vezi etapa 2). Oricum, modificarea lor este facilitată deja de restructurarea anterioară a gândurilor automate care sunt expresia lor.

#### ■ 7.2.1.5. Etapa 5 : *tehnici de identificare și modificare a structurilor cognitive inconștiente*

Neputând fi conștientizate și verbalizate, aceste structuri cognitive disfuncționale și/sau iraționale nu pot fi identificate și modificate în mod direct. Ele pot fi însă modificate indirect, prin schimbarea outputurilor lor comportamentale și psiho-fiziologice/biologice. Astfel, tehnicile de intervenție la nivel comportamental (de exemplu, tehnicile operante) și tehnicile de intervenție la nivel biologic (de exemplu, *expunerea/flooding*, relaxarea) modifică indirect conținutul prelucrărilor informaționale inconștiente.

Cercetările recente din psihologia cognitivă (Anderson, 2000) sugerează un posibil algoritm pentru intervenția directă asupra structurilor cognitive și/sau iraționale:

- (1) analiza atentă a inputului - a evenimentelor activatoare de tip situații și/sau situație subiectivă ce determină răspunsurile subiectului;
- (2) analiza atentă a outputului comportamental, psihofiziologic/biologic și - emoțional/subiectiv al structurilor cognitive inconștiente;
- (3) analiza detaliată a relației dintre (1) și (2), indicată chiar în situații ec
- (4) inferarea structurilor cognitive inconștiente ce mediază relația din (2) (nu este o etapă obligatorie);
- (5) modificarea structurilor cognitive identificate la punctul (4):
  - tehnici de modificare identice cu cele prezentate în cazul și cognitive conștiente - aceasta în cazul în care pacientul acceptă propunerea;
  - proceduri de bombardament subliminal (vezi mai jos);
  - proceduri de modificare comportamentală (vezi mai jos).

### **7.2.2. Procedura rezolvării de probleme și a antrenamentului**

Aceste proceduri sunt utilizate pentru a modifica și rezolva situațiile psihice exterioare individului, la interfața cu mediul înconjurător (evenimente de tip situație externă).

#### *Procedura rezolvării de probleme*

O problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată, în sensul că găsirea soluțiilor adecvate.

Etapele tehnicii rezolvării de probleme sunt (vezi, pentru detalii *al.*, 2001);

- *identificarea problemei* - Care este problema? Altfel spus, ne definirea stării inițiale (unde suntem) și a celei finale (unde vrem). După cum spuneam, o problemă bine pusă și corect identificată pe jumătate rezolvată, în sensul că ea sugerează locul *unde trebuie găsite soluțiile*;
- *stabilirea scopurilor* - Ce urmează să fac, cum doresc să stea
- *generarea soluțiilor alternative* - Ce pot face pentru a-mi atinge în prima fază se generează necritic un număr cât mai mare și mizează pe acele propuneri care sunt congruente cu resursele și pe care le are pacientul. Apoi se analizează soluțiile generate și cele care sunt realiste și au valențe ecologice;
- *considerarea consecințelor* - Ce s-ar putea întâmpla dacă fiecare soluție este discutată, stabilindu-i-se costurile și beneficiile:

implementează tehnici de luare a deciziilor (vezi exemplul de mai jos) și de negociere, fiind o oportunitate pentru pacient de a învăța aceste strategii. Se anticipează dificultățile potențiale și se elaborează strategii de confruntare a lor;

- *decizia pentru cea mai bună alternativă* - Ce voi face? Soluțiile pot fi ierarhizate în funcție de valoarea lor, estimată de subiect;
- *implementarea* - Acum fă-o ! Se începe cu soluția cotate cel mai bine. Uneori este indicată implementarea inițială a soluției în imaginar sau prin joc de rol, pentru a pregăti subiectul în vederea aplicării ei în condiții ecologice ;
- *evaluarea* - A funcționat ? Este totul bine ? Dacă soluția nu a funcționat, se trece la alta - următoarea ca valoare din ierarhie. În cazul în care nici o soluție nu funcționează, se reia întregul proces, insistându-se mai mult asupra fazei de generare a soluțiilor și de pregătire a implementării lor ecologice.

EXEMPLU (Tehnici de decizie : modelul utilității așteptate)

Pasul 1 : Definierea opțiunilor. Se stabilește asupra a ce opțiuni se aplică decizia. Spre exemplu, pacientul trebuie să decidă între „a divorța” și „a nu divorța” sau între „a se căsători cu X sau cu Y” etc. Se pot alege orice și oricâte opțiuni reciproc competitive. Este bine, pentru o analiză în adâncime, ca acest proces să fie focalizat asupra a două opțiuni.

Pasul 2 : Discutarea opțiunilor. Se alege prima opțiune : „a divorța” ; se discută costurile și beneficiile asociate acesteia. Apoi se alege a doua opțiune: „a nu divorța” ; se discută costurile și beneficiile asociate acesteia. În cadrul acestor discuții, terapeutul joacă atât rolul de „sursă de informații”, venind cu sugestii și nuanțe, cât și pe cel de „avocat al diavolului”, provocând pacientul pentru a se asigura că acesta înțelege clar costurile și beneficiile.

Pasul 3 : Evaluarea subiectivă a opțiunilor. Apoi pe o scală de la -2 la +2 pacientul este pus să atribuie (cum crede el în baza analizelor cost - beneficiu de la pasul 2) o probabilitate subiectivă următoarelor situații:

Opțiunea 1:

- (1) divorțează și divorțul este o reușită (de exemplu, +1)
- (2) divorțează și divorțul este un eșec (de exemplu, -2)

Opțiunea 2:

- (3) nu divorțează și rămânerea în căsătorie este o reușită (de exemplu, +2)
- (4) nu divorțează și rămânerea în căsătorie este un eșec (de exemplu, -1)

Pasul 4: Estimarea probabilității opțiunilor. Pe baza datelor științifice (iată de ce un terapeut cognitiv-comportamental trebuie să fie *scientist-practitioner*) din literatura de profil, se estimează probabilitățile obiective ale opțiunilor. Astfel, spre exemplu, să presupunem că datele statistice arată că bărbații cu profilul pacientului (de exemplu, de 35 de ani) care divorțează își refac viața și sunt mulțumiți postdivorț în proporție de 60% ; pentru 40% dintre ei divorțul este un eșec. Dacă am avea două opțiuni calitativ diferite (a face X sau a face Y), atunci, pentru fiecare se estimează probabilitatea reușitei și eșecului; având două opțiuni opuse (X sau non-X) atunci aceeași

probabilitate se utilizează pentru fiecare opțiune cu referire la reușită, re: (vezi, mai jos, pasul 5).

Pasul 5 : Calculul utilității așteptate. Se utilizează formula : sumă de (pi estimată obiectiv X evaluarea subiectivă).

în cazul nostru (modelul X sau non-X):

- utilitatea așteptată a primei opțiuni este de :  $60X(+1)+40(-2)=-20$
- utilitatea celei de-a doua opțiuni este de :  $60X(+2)+40(-1)=+20$

Pasul 6 : Concluziile. în baza analizelor efectuate, pacientul este consiliat opțiune; evident că decizia finală îi aparține pacientului, terapeutul av proces un rol de consultant!

#### *Antrenamentul asertiv.*

Antrenamentul asertiv (incluzând programul de dezvoltare a abilități schimbă evenimentul activator de tip situație externă prin modul de interpersonală. A fi asertiv înseamnă a-ți ști drepturile și a ți le cere, însă drepturile celorlalți. Așadar, asertivitatea este o alternativă la ag la pasivitate. Agresivitatea duce la satisfacerea propriilor drepturi, cont de drepturile celorlalți. Pasivitatea înseamnă fie că nu îți cunoști fie că, deși le cunoști, nu ai curajul să le ceri. Atunci când vor drepturi, ne referim la drepturi psiho-sociale elementare, dintre ca: importante sunt: (1) dreptul de a exprima și de a cere ceea ce îmi dreptul de a fi tratat cu respect; (3) dreptul de a fi tratat corect.

Etapele antrenamentului asertiv sunt următoarele :

- (1) Examinează modul în care interacționezi cu ceilalți. Există situat trebui să te comporți mai asertiv ? Ai uneori opinii și sentiment ascunzi, deoarece ți-e teamă de ceea ce s-ar întâmpla dacă le-ai e se întâmplă uneori să-ți lași calmul la o parte și să te manifesti agi ceilalți ? Ar fi util să ții un jurnal în care să notezi situațiile în care te-; timid, cele în care ai reacționat agresiv și cele în care ai acțion;
- (2) Selectează situațiile în care ar fi mai util să te comporți asertiv. ocaziile în care te-ai comportat excesiv de politicos, ți-ai cerut în n scuze, ai fost timid sau ai permis să ți se traseze sarcini prin care de tine, trăind în același timp sentimente de furie, jenă, teamă d< autocritică pentru lipsa curajului de a-ți exprima propriile opinii menea, este necesară intervenția și în cazul situațiilor în care te extrem de agresiv sau nu ai ținut seama de drepturile celorlalți.
- (3) Concentrează-te pe un anumit incident din trecut. închide oi ginează-ți cât mai viu detaliile, inclusiv ce ai spus tu și cealal precum și ce ai simțit în acel moment și după aceea.
- (4) Examinează și apoi notează pe o hârtie caracteristicile următoare ale comportamentului tău:
  - *contactul vizual*: te-ai uitat direct la acea persoană, ai ținut pământ sau ai avut o privire fixă, ostilă?

- *gestica*: trebuie să sublinieze în mod eficient mesajul - gesturile dezordonate sugerează nervozitate, în timp ce alte gesturi pot sugera timiditate (unele mișcări stereotipe, ca, de exemplu, frecarea mâinilor) etc.;
- *postura corpului*: cea mai indicată este poziția frontală, postura verticală a capului și o distanță potrivită față de interlocutor;
- *volumul și tonul vocii*: pentru a sublinia importanța mesajului, este necesar un volum normal pentru conversație și un ton hotărât;
- *fluența vorbirii*: mesajul să fie exprimat clar și rar;
- *timpul scurs între producerea incidentului analizat și apariția reacției tale*: în general, exprimările spontane sunt cele mai indicate, dar anumite situații trebuie rezolvate după un timp mai lung (de exemplu, corectarea unei declarații eronate a șefului este mai bine să se facă între patru ochi decât în fața grupului căruia el îi face respectiva declarație);
- *conținutul mesajului*: dacă acesta a fost asertiv, agresiv sau non-asertiv;
- *credibilitatea mesajului*: pentru a fi credibil, un mesaj (adevărat sau fals) trebuie să conțină (a) cât mai multe detalii fizice, (b) cât mai multă implicare emoțională, care se referă atât la conținutul evenimentelor povestite, cât și la emoțiile resimțite de povestitor în cursul povestirii și să fie (c) verificabil (dar greu verificabil, în cazul în care este fals). *în situația în care dorești să transmiți un mesaj critic*, mesajul să fie impersonal, constructiv, precedat de mesaje pozitive.

#### ◆ EXEMPLU

Un pacient întârzie nejustificat la ședința terapeutică.

Mesaj critic corect: „E bine că ți-ai realizat sarcinile date ședința trecută, dar faptul că ai întârziat astăzi mă pune în încurcătură: să începem ședința cu întârziere, dereglând tot programul meu, sau să amânăm întâlnirea? Aștept ca data viitoare să sosești la timp ; acum hai să începem”.

Mesaj critic incorect: „Ce s-a întâmplat? Te aștept de o jumătate de oră. Ești neserios ! Bun, hai să începem”.

(5) Observă unul sau mai multe modele care se comportă în mod asertiv. Studiază modul lor de abordare verbală și non-verbală a situațiilor în care tu ai dificultăți. Compară consecințele comportamentului lor cu cele ale comportamentului tău. Dacă este posibil, discută cu ei despre comportamentul lor și sentimentele pe care le au datorită acestuia.

(6) Fă o listă cu mai multe variante de comportament asertiv, folosite în diverse situații.

(7) Închide ochii și imaginează-te utilizând fiecare dintre variantele de mai sus, gândindu-te și în ce situații pot fi folosite, precum și ce consecințe ar avea. Selectează o alternativă sau o combinație de alternative despre care crezi că ar fi cea mai eficientă pentru tine. Exersează această variantă în imaginar, până când te simți sigur și ești convins că va funcționa.



(8) Practică jocul de rol pentru alternativa aleasă împreună cu altcineva, c să-ți ofere și feedback în legătură cu comportamentul tău. Modifică! vențele pe care le consideri timide, agresive sau caraghioase, până te s confortabil cu propriul comportament. Compară-1 cu caracteristicile g rale ale unui comportament asertiv, prezentate la punctul (4).

(9) Repetă pașii (7) și (8) până îți dezvolti o manieră asertivă de interacțiui ceialți, un mod de comportament despre care crezi că te va ajuta cel mai

(10) Utilizează alternativa aleasă într-o situație din viața reală. Este norn existe o anumită anxietate la prima încercare de a fi asertiv. Dacă înc teamă să te comporti asertiv, repetă pașii (5)-(8).

(11) Reflectă la rezultatele efortului tău. Gândește-te la caracteristicile veri non-verbale ale comportamentului asertiv prezentate la punctul (4) componente ale răspunsului tău au fost asertive, agresive sau non-ase Care au fost consecințele comportamentului tău? Cum te-ai simțit d ai încercat acest nou tip de interacțiune ?

(12) Așteaptă-te la un anumit succes după aceste prime eforturi, dar i satisfacție personală completă. Exprimarea propriei personalități ș acțiunea eficientă cu ceialți sunt procese de învățare continuă.

### 7.2.3. *Proceduri de inoculare a stresului (Stress Inoculation Training - SIT)*

SIT este o categorie bine circumscrisă de tehnici de intervenție ce ajustarea persoanei la un eveniment activator de tip stare subiectivă ( starea de distres), în cazul căreia factorii interni (cognițiile) sau exti nimentul activator de tip situație externă) care au declanșat-o nu pot fi din diverse motive. Acest lucru se realizează prin achiziționarea de n de coping cognitiv, comportamental și (psiho)fiziologic/biologic eficie pregătirea pentru noi situații stresante.

Procedura de inoculare a stresului utilizează:

(1) *Proceduri de restructurare cognitivă* care schimbă modalitatea o ajustare la stres, generând un coping cognitiv adaptativ. Se observă procedurilor de restructurare cognitivă poate fi atât modul în ca prelucrează evenimentul activator de tip situație externă, cât și mo țional/irațional în care acesta își interpretează evenimentul acti situație subiectivă (coping cognitiv dezadaptativ) ; în SIT tehnicii turare cognitivă se utilizează în al doilea sens.

<\$> EXEMPLU

Tehnicile de autodialog generează coping cognitiv adaptativ și presupi elemente:

(a) analiza situației de distres (C/A2) și a stării subiective declanșate

(b) identificarea și analiza autodialogului disfuncțional și/sau irațional (de exemplu, „Sunt un prost; nu voi reuși; mă pierd; n-am să fac față; sunt foarte stresat”);

(c) blocarea acestui autodialog și înlocuirea lui cu unul funcțional și/sau rațional (de exemplu, „Sunt bun; voi reuși; știu că pot; e OK, sunt doar puțin stresat” etc.) și cu autoîntăriri (de exemplu, „Bravo! ”; „Continuă așa! ”; „Ești bun! ”);

(d) generalizarea tehnicii la situații de stres ipotetice.

(2) *Proceduri de rezolvare de probleme și de antrenament asertiv* care generează strategii de coping cognitiv adaptativ. În acest caz, rezolvarea de probleme și antrenamentul asertiv nu vizează un eveniment activator de tip situație externă, ci un eveniment activator de tip situație subiectivă; ele devin astfel strategii de coping cognitiv adaptativ.

(3) *Proceduri de modificare comportamentală*, care generează coping comportamental adaptativ.

(4) *Proceduri de relaxare*, care generează coping psiho fiziologic/biologic adaptativ (de exemplu, prin răspunsul de relaxare).

Etapele tehnicii de inoculare a stresului sunt :

(1) Identificarea situației evenimentului activator de tip situație subiectivă (C/A2) și a stării subiective de stres (C2) asociată cu aceasta.

(2) Analiza mecanismelor de coping dezadaptativ și a consecințelor lor; se insistă atât asupra costurilor, cât și asupra beneficiilor mecanismelor de coping dezadaptativ. Uneori, mecanismele de coping sunt mai greu de identificat și

ide analizat, deoarece ele sau funcția lor sunt inconștiente, subiectul negându-și existența, în astfel de situații, ele vor fi conștientizate și analizate mai ușor pe fondul unei relații

terapeutice bune, caracterizate, după cum știm deja, prin empatie, acceptare necondiționată și congruență. (3) înlocuirea mecanismelor de coping dezadaptativ cu mecanisme de coping

adaptativ, prin tehnici specifice. Mecanismele de coping adaptativ trebuie (a) să fie incompatibile cu cele dezadaptative; (b) să fie acceptate de pacient și (c) să îi aducă aproximativ aceleași beneficii. j (4) Evaluarea noilor resurse.

(5) Confruntarea cu stresul în noile condiții (consecințele lor).

(fi) Dacă confruntarea este eficientă, generalizarea strategiilor la noi situații stresante posibile.

•

### 7.3. Proceduri de intervenție la nivel comportamental

În acest context, prin comportament înțelegem reacțiile observabile și măsurabile ale organismului, care au fost învățate în cursul dezvoltării ontogenetice (de j «emplu, scrisul, mersul, lovirea altei persoane) - comportamente operante. Tot

aici includem și comportamentele interiorizate (gânduri - idei delirante, obsesii alte elemente cognitive - halucinații etc). Nu intră aici acele reacții observat și măsurabile ale organismului care sunt înnăscute (reflexe necondiționate, nu ficări ale sistemului nervos vegetativ) - comportamente respondente - și în 1 căroră învățarea are loc doar în sensul creșterii spectrului de stimuli care le declanșă (de exemplu, condiționarea clasică); ele vor fi abordate în subcapit 7.4., fiind similare cu manifestările de la nivel biologic.

Tehnicile de intervenție la nivel comportamental au două funcții: (1) modifica prelucrările informaționale și/sau (2) de a aduce modificări comp mentelor operante. Atunci când se utilizează pentru a modifica preluci informaționale, ele sunt tehnici de restructurare cognitivă (cum ar fi te experimentului comportamental, discutată anterior), fiind aplicate în cadru conceptualizări clinice bazate pe modelul ABC cognitiv. Tehnicile descr această secțiune vizează direct modificarea comportamentelor operante, ce tualizate în cadrul modelului ABC comportamental. Intervenția la acest este ghidată de două legi/reguli importante :

*Regula 1* precizează că orice comportament este determinat de pr< informaționale amorstate de stimuli externi sau interni și este menținut de cințele sale. Așa cum a rezultat din analiza modelului ABC comportai prerechizitele pentru efectuarea unui comportament-țintă constau în: (1) care îl amorsează; (2) prelucrări informaționale referitoare la: (a) cum comportamentul respectiv - cum? ; (b) expectanțele legate de cons comportamentului, altfel spus, aspectul motivațional - de ce să-1 fac autoevaluare - sunt în stare să fac comportamentul? Cu alte cuvinte, fi anumit comportament deoarece stimulii din mediul intern și extern ne an prelucrările informaționale care se referă la faptul că: (1) știm să face portamentul; (2) vrem să-1 facem deoarece ne va aduce consecințe pe (3) considerăm că suntem în stare să îl facem. După ce generăm acest c< ment, el va fi menținut prin consecințele sale : (1) întăriri pozitive și (2) Pentru a schimba un comportament, trebuie făcute modificări la nive cedentelor (stimuli și prelucrări informaționale) și consecințelor lui.

*Regula 2* precizează că accelerarea sau decelerarea unui comportai sunt natural și automat însoțite de decelerarea, respectiv accelerarea ( mentului opus (B\*). A nu face un comportament este conceptuali comportament. Clinic însă - vezi și „regula mortului” discutată anter bine să urmărim o decelerare a unui comportament dezadaptativ (B), accelerarea unui comportament adaptativ (B2). Comportamentul ada] trebuie să aibă următoarele caracteristici (Catania și Brigham, 1978)

- să fie incompatibil cu comportamentul dezadaptativ B ;
- să aducă aceleași beneficii ca și comportamentul dezadaptativ B
- să fie adaptativ.

Să analizăm în continuare principalele tehnici de modificare compe

**7.3.1. Tehnici de accelerare a comportamentului**

Tehnicile de accelerare comportamentală vizează creșterea ocurenței unui comportament operant-țintă.

**7.3.1.1. Prin modificarea consecințelor (a) Tehnica întăririi pozitive**

Un comportament operant urmat de o întărire pozitivă își crește ocurența. Precizăm în continuare câteva aspecte legate de modul de administrare a întăririlor.

**I. Tipuri de întăririi pozitive :**

(1) întăririi primare a căror funcție a fost stabilită în cursul evoluției speciei noastre:

- hrană, sex etc.

(2) întăririi secundare, care au dobândit această funcție prin asocieri cu întăririi primare:

- obiecte materiale : jucării, cadouri etc.;

- activități frecvente: jocul cu jucăria preferată, vizionarea programelor TV etc.;

- sociale : atenție, laudă, zâmbet etc.;

- feedback : informații despre propriul comportament;

- simbolice : bani, jetoane cu valoare de schimb etc. II. Identificarea întăririlor:

- prin interogare directă „Ce îți place mai mult ? ”, „Ce obiecte te atrag ? ”, „Ce ți-ai dori ? ” (pot fi întrebate și persoanele apropiate care cunosc pacientul);

- prin selectarea de către pacienți, din liste standardizate de întăririi, a celor care li se potrivesc;

- prin observarea subiectului în situații naturale: ceea ce îi place, ceea ce face mai des etc.;

- prin metoda experimentală : oferirea de mostre de diverse tipuri de întăririi, în general, consecințele care reduc o nevoie biologică și/sau urmează unor activități frecvente sunt întăririi pozitive.

**III. Administrarea întăririlor III. 1. Cine administrează întăririi?**

întăririi pot fi administrate de către terapeut, prieteni, familie, pacientul însuși etc. De regulă, secvența indicată este următoarea:

- terapeutul, în mediul terapeutic ;

- terapeutul și persoane apropiate, în mediul pacientului;

- pacientul însuși - autoadministrare.

## 111.2. Când se aștează întăririle?

Administrarea întăririlor se face după diverse scheme de întărire (rein/orc *schedule*). Două sunt de bază:

- Schema în funcție de timp (*time schedule*):

- timp fix (*fixed time*) - întărirea se administrează tot la două minute
- timp variabil (*variable time*) - întărirea se administrează din două în două minute, apoi la patru minute, apoi la un minut etc.

<?> EXEMPLU

Această schemă de întărire duce la apariția comportamentelor superstițioase, comportamentul care se întâmplă să fie urmat de întărirea pozitivă va deveni mai frecvent și, în consecință, e mai probabil să fie din nou contii întărirea pozitivă (apare expectanța că el duce la întărirea pozitivă deși acea independentă de el, făcându-se după o schemă temporală).

- Schema în funcție de comportament (*ratio schedule*):

- Comportament fix (*fixed ratio*) - de exemplu, întărirea se admit după fiecare comportament sau după fiecare trei comportamente

<\$> EXEMPLU

Această schemă de întărire crește ocurența comportamentului până la o rată ridicată, dar după ce acesta se produce, mai ales dacă rata cerută este se instalează o pauză în comportament. Este situația în care, dacă pentru întărire (o sumă de bani) trebuie să facem zece comportamente (zece coi după ce primim întărirea, luăm o pauză înainte de a ne apuca iar să facem comportamente).

- Comportament variabil (*variable ratio*) - de exemplu întărirea se trează după două comportamente, apoi după trei, apoi după ur

<\$> EXEMPLU

Această secvență duce la o creștere a ocurenței comportamentului până la o rată ridicată, care rămâne relativ constantă. Este situația în care jucătorul < noroc își menține comportamentul.

Toate celelalte scheme de întărire rezultă din combinația acestor scheme prin schema în funcție de interval (*interval schedule*):

- Interval fix (*fixed interval*) - primul răspuns după o perioadă de timp (din două în două minute) este întărit.

## ◆ EXEMPLU

Această secvență duce la o rată moderată și constantă a ocurenței comportamentului, dacă intervalul este scurt. Este situația în care îți săruți iubita în fiecare zi când vă întâlniți. Dacă intervalul este mare, are loc o accelerare a comportamentului când se apropie momentul administrării întăririi și o pauză după administrarea acesteia. Este situația în care vizitele studenților la bibliotecă cresc în perioada examenelor și se reduc ulterior.

- Interval variabil (*variable interval*) - primul răspuns după perioade variabile de timp (după un minut, după trei minute, după două minute etc.) este întărit.

## &lt;» EXEMPLU

Această secvență duce la un nivel crescut și constant al ocurenței comportamentului, ocurență care poate crește pe măsură ce trece timpul. Atunci când dorim să ne sunăm părinții în legătură cu ceva important și telefonul lor este ocupat, apăsăm frecvent pe butonul de reformare a numărului, uneori cu o frecvență mai mare pe măsură ce trece timpul și telefonul rămâne ocupat.

## III.3. Reguli de administrare a întăririlor:

I (1) dacă pacientul este conștient de întărire, atunci ea trebuie interpretată ca o consecință a comportamentului său, nu ca un determinat al lui; acest lucru este important pentru a preveni reacțanța subiectului (Brehm, 1966; David, 2006a);

I (2) întărirea trebuie menținută la parametri superiori;

I (3) este indicată utilizarea, pe cât posibil, a întăririlor naturale, pentru a se generaliza și la viața cotidiană;

■ (4) administrarea întăririlor trebuie să fie consistentă : surse diferite de întărire să respecte aceeași modalitate de administrare (de exemplu, ambii părinți să procedeze identic);

I (5) se utilizează următoarea secvență de administrare eficace : inițial, fiecare comportament este întărit după schema comportamentului fix. Întărirea se administrează la început după fiecare comportament, iar apoi după un anumit număr de comportamente. Pentru a preveni pauza, se trece apoi la administrarea unei secvențe pe bază de comportament variabil și/sau de interval variabil.

Combinările posibile între diversele secvențe de întărire se stabilesc în funcție de problemele pacientului și de obiectivul terapeutic.

## § EXEMPLUL 1

În tulburările de tip depresiv (și în cazul simptomelor negative din tulburările psihotice) apare o reducere a ocurenței comportamentelor, ca urmare a scăderii ratei întăririlor pozitive. Pentru a activa comportamentul pacientului, se poate utiliza tehnica întăririi pozitive. Practic, pacientului i se prescriu o serie de comportamente, distribuite

pe parcursul unei/fiecărei zile. În tabelul de mai jos sunt doar câteva < comportamente ; în decursul terapiei se completează toate căsuțele tabek comportamente sunt cele care erau întărite atunci când pacientul nu avea dublate de comportamente noi care pot avea funcție terapeutică (de exem țiiile fizice în cazul depresiei). În plus, se stabilesc clar: (1) întărir pacientul le va primi; (2) de la cine le va primi și/sau dacă și le va autos și (3) schema de administrare a întăririlor.

|       | Luni                       | Marți                      | Miercuri                   | Joi                        | Vineri                     | Sâmbătă                    | E                 |
|-------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|
| 8-10  | Micul dejun; îmi fac patul | Micul dejun; îmi fac patul | Micul dejun; îmi fac patul | Micul dejun; îmi fac patul | Micul dejun; îmi fac patul | Micul dejun; îmi fac patul | V<br>d<br><<br>fa |
| 10-12 | Ies la cumpărături         |                            |                            |                            |                            |                            |                   |
| 12-14 |                            |                            | Citesc din cartea X        |                            |                            |                            |                   |
| 14-16 | Ședința de terapie         |                            |                            |                            |                            |                            |                   |
| 16-18 |                            |                            |                            | Vizitez prietenul X        |                            | Mă plimb în parc           |                   |
| 18-20 |                            | Mă plimb în parc           |                            |                            |                            |                            |                   |
| 20-22 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                   |

#### <\$> EXEMPLUL 2

în cazul subiecților cu tulburări psihotice, recompensa (de exemplu, tim într-o cameră specială, în care are acces la fructe și televizor) este direct p cu timpul în care pacientul nu are idei delirante și/sau halucinații; în ace atât ideile delirante, cât și halucinațiile sunt conceptualizate ca și cor operante în modelul ABC comportamental.

#### <\$> EXEMPLUL 3

Tehnica economiei de jetoane este o variantă mai specială a tehnicii întâi Așa cum am mai spus, tehnica economiei de jetoane (*token econon* utilizată în cazul pacienților din secțiile de psihiatrie pentru declanșarea § comportamentelor de autoîngrijire și a celor prosociale. Această metc presupune restructurarea mediului spitalicesc, astfel încât schimbare mentului pacienților să fie susținută în mod sistematic. Ea se bazează pe recompense sub forma unor jetoane, care pot fi schimbate ulterior cu c de pacienți sau activități recompensante. Nu se dau direct obiectel

exemplu, hrană) pentru a-1 socializa pe pacient și a-1 forța să gândească în termeni sociali; și în viața cotidiană, pentru diverse comportamente (de exemplu, mersul la serviciu) primim întăriri simbolice (bani), nu direct hrană ! Metoda punctează, pe de o parte, faptul că modelarea comportamentală este posibilă chiar și în cazul unor pacienți cu psihoze grave sau cu deficit intelectual. Pe de altă parte, ea permite calibrarea recompensei în funcție de specificul pacientului, accentuarea rolului recompenselor sociale, generalizarea unor răspunsuri dezirabile, precum și responsabilizarea pacienților pentru propriile comportamente (pozitive sau negative), pre-gătindu-i astfel pentru reintegrarea în viața familială și socială.

(b) *Tehnica întăririi negative*

Un comportament operant care reduce o pedeapă își crește ocurența. Așadar, ocurența unui comportament poate să crească dacă el ne ajută să evităm o pedeapsă. Spre exemplu, dacă este frig în cameră, crește ocurența comportamentului de a porni centrala. Atunci când ocurența comportamentului crește prin faptul că el previne apariția unei pedepse (care nu s-a instalat încă), tehnica se numește *tehnica evitării*. Spre exemplu, în cazul unor fobii, stimulul fobiei este evitat printr-un comportament care este întărit negativ (previne, nu reduce starea de anxietate). Un caz interesant de aplicație a tehnicii evitării este acela în care ■trebuie prevenită retragerea unei întăriri pozitive. De pildă, oportunitatea de a ■viziona desene animate este întărire pozitivă pentru copiii mici; dacă un comportament (de exemplu, să nu se automutileze) poate preveni retragerea acestei întăriri (întreruperea vizionării), atunci el va fi întărit negativ prin tehnica evitării.

Secvențele de întărire negativă sunt similare și au aceleași consecințe ca cele de întărire pozitivă discutate anterior. Uneori, întărirea negativă (incluzând uitarea) poate duce la dezvoltarea unor comportamente ritualistice, acestea ipărand chiar atunci când nu mai trebuie redusă și/sau prevenită o pedeapsă.

(c) *Tehnica aproximării succesive (shaping/chaining)*

Uneori, comportamentul pe care dorim să-1 întărim nu există în repertoriul obiectului. În această situație el poate fi construit (aproximat treptat), pornind de la comportamentele actuale ale persoanei. *Shaping-ul* se referă la „aproximarea succesivă” a unui astfel de comportament. Atunci când dorim să combinăm comportamente existente deja în repertoriul pacientului într-o secvență mai complexă, procesul se numește „relaționare comportamentală” (*chaining*); în cazul *chaining-ului*, fiecare comportament devine un stimul discriminativ pentru începutul din secvență, amorsându-l (*prompting*). Mecanismul de derulare a *shaping-ului* și a *chaining-ului* este similar. El presupune doi pași: descompunerea comportamentului ce urmează a fi accelerat în mai multe secvențe; întărirea fiecărei secvențe. Dacă întărirea se face de la prima secvență a comportamentului spre ultima, vorbim despre *forward shaping/chaining*



(aproximare succesivă/relaționare comportamentală proactivă), iar dacă si face de la ultima către prima, vorbim de *backward shaping/chaining* (aproximare succesivă/relaționare comportamentală retroactivă).

#### <S> EXEMPLU

*Chaining* pentru comportamentul de a mânca în cazul unui copil cu retard medj sever. Dacă aceste secvențe nu existau în repertoriul comportamental al copilului trebuiau învățate, atunci procedeul utilizat s-ar numi *shaping*. (1) împărțirea pe secvențe care există deja în repertoriul pacientului:

- prinderea lingurii în mână;
- luarea supei cu lingura;
- ridicarea lingurii la gură;
- introducerea supei în gură.

(2) *Inforward chaining* : se întărește (prin hrana din gură) prima secvență, prin lingurii, prin faptul că terapeutul, prin ghidare (*guidance*), îi duce apoi pentru a efectua celelalte secvențe. Apoi se oferă întărire (terapeutul va coi secvențele) doar după prima și a doua secvență (prinderea lingurii și umplerea lingurii) etc.

(3) în *backward chaining*: se începe cu ultima secvență (introducerea lingurii în gură), celelalte fiind executate de către terapeut. Așadar, terapeutul ține lingura în mână, o bagă în supă și o duce până aproape de gură. Ultima secvență (de a băga mâncarea în gură) o face copilul, ea fiind astfel întărită automat.

*Indicații*: tehnica se utilizează în terapia copilului, pentru tulburări de vorbire, în cazul copiilor și adulților (de exemplu, depresie severă, demență, deficit de atenție, deficiență mentală, autism).

#### (d) Tehnica modelării

Uneori, un comportament poate fi învățat fără a avea experiența directă cu consecințele, observând această relație în cazul altor persoane. Aceasta este învățare a fost descrisă pentru prima dată de Albert Bandura, care a numit-o „învățare vicariantă”. Pentru a apărea învățarea vicariantă, este necesar ca subiectul observat să constituie un model pentru subiectul pe care îl învățăm un anumit pattern comportamental. În psihoterapie acest mod uneori îl folosește terapeutul.

#### <S> EXEMPLU

În „cazul micului Peter” (vezi Capitolul 1), pentru a elimina frica acestuia de câini, alți copii se jucau cu animalele respectivelor părinți.

El a fost expus la situații în care părinții erau prezenți.

#### (e) Tehnica Premack

Premack este numele autorului acestei tehnici. Ideea de bază este că o activitate cu frecvență mai mare poate funcționa ca întărire pentru o frecvență redusă, a cărei frecvență dorim să o creștem. Este i

activitatea cu frecvență mare să succedă imediat comportamentului cu frecvență redusă pe care dorim să-l accelerăm.

<S> EXEMPLU

Copilul poate merge la joacă (comportament frecvent), doar dacă își face mai întâi temele (comportament cu frecvență mică).

*Indicații:* tehnica se utilizează în terapia copilului și a tulburărilor grave în cazul copiilor și adulților (de exemplu, depresie severă, demență, psihoze, deficiență mentală, autism etc).

(f) *Tehnica contractului*

Contractul este o înțelegere scrisă între două sau mai multe persoane prin care se stabilește explicit modul de relaționare reciprocă:

- (1) care este comportamentul-țintă al fiecărei părți;
- (2) care sunt consecințele executării/neexecutării lui.

În terapie, acest contract este girat de către terapeut, care participă activ la elaborarea lui și apoi monitorizează implementarea sa. În cursul elaborării, terapeutul joacă rolul de mediator între părțile contractului, asigurându-se că acesta include aspectele importante sub aspect terapeutic.

◆ EXEMPLU

O situație din cazuistica autorului în care, pe scurt, existau dificultăți de relaționare în cadrul unei familii. Mama, cu posibilități materiale foarte bune, era exagerat de posesivă cu fiul său după moartea soțului. Fiul a început să lipsească de la școală și să nu-și mai îndeplinească sarcinile, preferând să facă sport (box). În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale de familie, printre alte tehnici, s-a implementat și următorul contract, cu rezultate remarcabile :

ptul că o ivitate cu Drtant ca

#### **Contract terapeutic între mamă (doamna X) și fiu (domnul Y)**

Valabil de la data de \_\_\_\_ la data de \_\_\_\_

I. Doamna X se obligă:

- să îi acorde fiului două ore zilnic pentru activități sportive;
- să îi dea zilnic suma de \_\_\_\_ lei.

II. Domnul Y se obligă:

- să își facă temele zilnic ;
- să nu lipsească de la școală.

III. Dacă doamna X se achită de obligațiile proprii, domnul Y se angajează să îndeplinească toate obligațiile care îi revin.

IV. Dacă doamna X nu se achită de obligații, domnul Y are dreptul să lipsească de la școală pentru a face sport.

V. Dacă domnul Y se achită de obligații, doamna X se angajează să-și îrnească toate obligațiile care îi revin.

VI. Dacă domnul Y nu se achită de obligații, doamna X are dreptul să nu acorde timp liber și să-i reducă suma de bani zilnică la o sumă pe decide personal.

Implementarea acestui contract începe la data de \_\_\_\_, ora \_\_\_\_, prin timpul suma de bani pe care le primește domnul Y.

Semnături: Doamna X \_\_\_\_ Domnul Y \_\_\_\_ Terapeut \_\_\_\_

Data

*Indicații:* tehnica se utilizează în terapia de grup (terapia cuplului și în grup).

### 7.3.1.2. Prin modificarea antecedentelor

Accelerarea unui comportament poate fi stimulată prin manipulări dentelor aceluia comportament.

#### (a) Tehnica amorsajului (promptingj stimul - întărire

Mediul, prin stimulii, antecedentele și consecințele (întăririle și pe care îi conține, circumscrie spectrul comportamentelor noastre posibil spus, generează o anumită deschidere operațională. Manipulând stin minativi din mediu și consecințele, putem manipula deschiderea ope comportamentele probabile. De exemplu, apelând la această tehnică organiza mediul de lucru astfel încât să fie prezenți doar stimuli care ne comportamentul de „a lucra” (de exemplu, cărți, materiale de scris e existe alți stimuli care amorsează alt gen de comportamente (de ex. țieră, casetofon, poze etc). În același mod, putem stimula comporta citi al unui copil dacă introducem în camera lui stimuli care amoi comportament (de exemplu, o bibliotecă, poze cu copii citind etc).

#### (b) Tehnica amorsajului procesărilor informaționale Conform regulii 1 de intervenție comportamentală, procesările ini

sunt amorsate de stimuli externi sau interni. Amorsarea lor o poa chiar terapeutul, modificând expectanțele subiectului (de exemplu, acest comportament, vei primi... ), învățând pacientul cum să i comportamente adaptative în cazul în care acesta nu știe (de exen vorbească în public) și/sau dezvoltându-i autoeficacitatea.

*(c) Tehnica controlului guvernat de reguli*

Datorită prezenței limbajului, comportamentul uman poate fi pus sub controlul regulilor. Ce este o regulă ? Ea reprezintă o regularitate exprimată verbal. Așadar, deși comportamentul animal presupune o serie de regularități (stimul - comportament - consecință), numai în cazul subiectului uman vorbim despre comportament guvernat de reguli. Cum controlează regula comportamentul ? Acest lucru se produce deoarece regula dobândește funcția de stimul discriminativ | pentru comportamentul operant pe care dorim să-l producem. Spre exemplu, regula „Dacă îți faci temele, te las la joacă” este un stimul discriminativ pentru comportamentul operant de „a face temele”. Această regulă vizează atât comportamentul operant, cât și întărirea care îi va urma. Există însă o categorie de reguli care nu fac referire la întărire, ci doar la comportament. Spre exemplu, regula „Spală-te pe mâini înainte de masă” specifică doar comportamentul, fără a preciza întărirea. Întărirea este una îndepărtată, care ține de evoluția speciei noastre (de exemplu, spălatul pe mâini ne poate scuti de îmbolnăviri). Sugerează acest lucru faptul că noi facem un comportament urmând să primim întărirea mai târziu? Nicidecum. Deși întărirea finală este supraviețuirea, comportamentul este menținut printr-o serie de întăriri contingente cu comportamentul, care

- acționează imediat ce acesta este produs (cum ar fi aprobarea celor din jur).

Despre subiectul uman se poate spune fie că respectă greu regulile (dacă ne

- uităm la câți sunt în închisori), fie că respectă foarte ușor regulile (dacă ne uităm

- la câți țin cont de regulile de circulație). Diferența între a respecta sau nu o regulă este dată de modul în care aceasta se prezintă.

Pentru ca regulile să fie eficiente în controlul comportamentului, este nevoie Ica: (1) să știm să facem comportamentul stipulat în regulă (să avem cunoștințele procedurale pentru a-l face); (2) să credem că suntem capabili să facem comportamentul (să avem autoeficacitate) și (3) să existe o expectanță clară pentru întărirea primită. În plus, este important ca regulile să includă situația-stimul care poate amorsa toate aceste prelucrări informaționale. Așadar, cea mai eficientă regulă este aceea prin care se stabilește clar legătura stimul - comportament - consecință, iar consecința este una cu valoare de întărire. Înțelegem, așadar, de ce reguli simple precum „Bea lichide !”, „Mănâncă multe vegetale !” etc., nu influențează serios comportamentul. Regula trebuie să precizeze : (a) ce să facă subiectul; (b) în ce situație să facă acest lucru și (c) ce consecințe pozitive va avea. Dacă ea precizează aceste aspecte și, în plus, (1) știm cum să facem comportamentul și (2) credem că putem să-l facem, atunci impactul regulii asupra comportamentului uman va fi foarte mare. Ineficiența regulilor formulate în termeni negativi „Nu bea !”, „Nu fuma pentru că fumatul este un factor de risc pentru cancer !” - „regula mortului” - a fost deja discutată anterior.

### 7.3.2. Tehnici de decelerare a comportamentului

Tehnicile de decelerare a comportamentului se împart în două categorii: tehnici de control al antecedentelor și (2) tehnici de control al consecințelor. Două variante: tehnici de terapie consecvențială și tehnici de terapie a Ele sunt discutate în cele ce urmează.

#### 7.3.2.1. Prin modificarea antecedentelor

##### (a) Tehnici de control al stimulilor

Putem decelera un comportament prin controlul stimulilor și preinformaționale care îl amorsează.

##### <<> EXEMPLU

Comportamentul de a mânca în exces este inițiat de stimuli cu valoare ; Pentru a controla acest comportament, trebuie să controlăm stimulii respect este indicat să păstrăm stimulii alimentari doar în bucătărie, să se mănânce în bucătărie, să nu se mănânce în dormitor, în fața televizorului etc. Organizarea mediului, în timp, se ajunge ca stimulii din dormitor și can nu mai aibă valoare de amorse pentru comportamentul alimentar, reduc; frecvența acestuia.

##### (b) Tehnici de control al prelucrărilor informaționale

Prelucrările informaționale modificabile, astfel încât să apară o comportamentului pe care îl produc, sunt autoeficacitatea și expectanțele procedurale pentru a face un comportament, odată dobândii repertoriul subiectului. Așadar, ceea ce se poate schimba sunt expectanțele atunci când se anticipează verbal o pedeapsă) și/sau autoeficacitatea inițială (siune, pacientul poate fi făcut să se îndoiască de faptul că poate realiza un comportament).

7.3.2.2. Prin modificarea consecințelor Aceste tehnici se bazează pe faptul că ocurența unui comportament dacă el este urmat de o pedeapsă în sensul că; (1) produce o pedeapsă; *reinforcer/punisher*) și/sau (2) elimină o întărire pozitivă. Forma și principiul, bine validat științific, se exprimă în următoarele tehnici:

(a) Tehnici de terapie consecvențială Din această categorie fac parte: (1) Tehnica extincției

Această tehnică constă în înlăturarea întăririlor pozitive subsecvente unui comportament dezadaptativ, mizând pe faptul că, eliminând consecințele pozitive ale unui comportament pe care dorim să-l decelerăm, acesta își va reduce ocurența. Dezavantajele ei sunt:

- dificultăți în a identifica întărirea responsabilă de comportamentul pe care dorim să-l decelerăm;
- I - schimbarea lentă a comportamentului;
- uneori, pe termen scurt, extincția duce la creșterea ocurenței comportamentului dezadaptativ și/sau la dezvoltarea unui comportament agresiv, ca urmare a reactanței psihologice ;
- se generalizează greu: funcționează într-o situație, cu o persoană anume, în timp ce în altă situație, cu altă persoană, nu funcționează.

*Indicații:* tehnica este utilă doar în cazul în care, în paralel, se accelerează (se întărește) un alt comportament adaptativ (B\* sau B2).

#### (2) Tehnica pedepsei

Această tehnică se bazează pe asocierea cu comportamentul dezadaptativ a unor consecințe fizice neplăcute (de exemplu, șocuri electrice). Există o serie de reguli de care trebuie să se țină cont pentru ca pedeapsa să fie eficientă:

- 1 - să urmeze imediat comportamentului dezadaptativ ;
- să fie intensă; dacă nu este intensă sau se administrează cu o intensitate *care* crește gradual, organismul se adaptează și nu mai răspunde la pedeapsă;
- să fie marcată de un avertisment;
- să fie administrată non-agresiv, calm;
- să fie întărit comportamentul opus, B\* sau B2 ;
- comportamentul urmat de pedeapsă să nu primească alte întăriri pozitive.

Deoarece, uneori, pedeapsa nu poate fi aplicată din considerente etice, s-au elaborat diverse alte variante (3-7, vezi mai jos).

#### (3) Tehnica time-out (tehnica izolării)

Tehnica rezidă în îndepărtarea temporară a subiectului de întăririle pozitive care apar ca urmare a comportamentului său dezadaptativ (de exemplu, scoaterea din clasă dacă vorbește la telefon în timpul orei și acest lucru îl face să primească atenția colegilor). Pentru a fi eficientă este important ca:

- *time-out* să fie redus temporal, iar subiectul să cunoască apriori durata acestuia. în cazul copiilor, sugestia este ca izolarea să aibă durata în minute egală cu vârsta cronologică a copilului;
- să nu apară alte întăriri pozitive pentru subiect în cursul *time-out-um* (de exemplu, scoaterea din clasă să nu ducă la admirație din partea colegilor);

### 7.3.2. Tehnici de decelerare a comportamentului

Tehnicile de decelerare a comportamentului se împart în două categorii: (11 tehnici de control al antecedentelor și (2) tehnici de control al consecințelor, cu două variante: tehnici de terapie consecvențială și tehnici de terapie aversivi. Ele sunt discutate în cele ce urmează.

#### 7.3.2.1. Prin modificarea antecedentelor

##### (a) Tehnici de control al stimulilor

Putem decelera un comportament prin controlul stimulilor și prelucrării informaționale care îl amorsează.

<\$> EXEMPLU

Comportamentul de a mânca în exces este inițiat de stimuli cu valoare alimentară Pentru a controla acest comportament, trebuie să controlăm stimulii respectivi. Astfel! este indicat să păstrăm stimulii alimentari doar în bucătărie, să se mănânce doar în bucătărie, să nu se mănânce în dormitor, în fața televizorului etc. Prin această organizare a mediului, în timp, se ajunge ca stimulii din dormitor și camera de zi să nu mai aibă valoare de amorse pentru comportamentul alimentar, reducându-se astfel frecvența acestuia.

##### (b) Tehnici de control al prelucrărilor informaționale

Prelucrările informaționale modificabile, astfel încât să apară o reducere a comportamentului pe care îl produc, sunt autoeficacitatea și expectanțele. Căci țintele procedurale pentru a face un comportament, odată dobândite, rămânii repertoriul subiectului. Așadar, ceea ce se poate schimba sunt expectanțele și atunci când se anticipează verbal o pedeapsă) și/sau autoeficacitatea (prin peșuni, pacientul poate fi făcut să se îndoiască de faptul că poate realiza eficient un comportament).

#### 7.3.2.2. Prin modificarea consecințelor

Aceste tehnici se bazează pe faptul că ocurența unui comportament se reduce dacă el este urmat de o pedeapsă în sensul că: (1) produce o pedeapsă {neM reinforcer/punisher) și/sau (2) elimină o întărire pozitivă. Forma clinică a acestui principiu, bine validat științific, se exprimă în următoarele tehnici mai cunoscute:

##### (a) Tehnici de terapie consecvențială Din această categorie fac parte:

###### (1) Tehnica extincției

i: (1) or, cu rsivă.

irilor

tară. itfel, ir în :astă ti să stfel

e a oș-în (ca îa-;nt

P«OCEDU<sub>WSITEHWIDE</sub>

- **ăș,\* \*■\*££''marirea ''\*—>><<** de com  
scimbarea lenrt<sub>a</sub> Comp<sup>o</sup>rtamenh.i ,,

- **■«\*. pe SS; S<sup>0</sup>^''^ •**

(2) \*\*\*<sub>pedep<sub>Sei</sub></sub>

(B S3U B2^

^^ «\*

Ace<sub>astă tehnică se h</sub>

\*<sub>U<sup>r</sup>TM</sub>\*e imediat com

P<sub>6</sub>ntru ca Pedeapsa "a?" \*<sup>m</sup> o \*»\* de

\* să ^ intensă • d<sub>acâ</sub> n <sub>Portamentui</sub>"i dezadl T \* eficient<sub>ă</sub> :

crește gradul ,, <sub>este in^nsă sau l i</sub><sup>Pt3tV</sup>

**Isă=S3Kf' \*îas «sar**

Jkoarce ,,

" P<sup>nm</sup>»«ă alte ta» , .

«>>''S<sub>re</sub> e :r<sup>u n</sup>,pedea P<sup>sa</sup> »upoa<sub>tftl</sub> ,•

a,ttmtarm p<sup>o</sup>TM'v,•

erse a,tt varia<sub>,te</sub> (3.7 v.

ap,lcaa «n con,iri

. \*\*££%?\*\*\*»ta«ttO

/••"» " \* o?<sup>5</sup>""63 tt<sub>TMP</sub><sup>o</sup>^ a Suh-

sanuduct<sub>^.^</sub>



«MB » •\*"\*  
dezadaptauv, din  
• . pste administrata dacă întărirea esK urma se  
" Lw ocurența acesru ^  
rtuCe dacă întărirea sa t^Pâ  
« Tennica sașiem daptativ se -J\*^ consumului  
cto d«\*COLata , ., dela criWPP»\*  
a cerut, . TM a tie vgiC»—•  
„colecției comportamentul de:  
adaptativ^eex cU viteză)-

### (7) Tehnica excesivei corecții

Acesta este un procedeu prin care un comportament dezadaptativ se decelează prin recurgere la :

- solicitarea de reparații pentru daunele produse de comportamentul respectiv ;

§ EXEMPLUL 1 (Reparație) Ori de câte ori copilul își introduce mizerii în gură, este pus să se spele pe dinți.

- corecție prin efectuarea variantei acceptabile a comportamentului.

#### ◆ EXEMPLUL 2

Un copil cu retard mental bătea frecvent din palme. Pentru a modifica acest comportament, la fiecare bătaie din palme, terapeutul îl oprea, îi lua mâinile și îl ghida să și le bage în buzunar (sau să le țină ridicate).

Uneori, corecția poate fi excesivă. În acest caz ea implică:

- (1) corecția : se înlocuiește comportamentul dezadaptativ ;
- (2) corecția excesivă : subiectul este pedepsit pentru comportamentul dezadaptativ.

#### § EXEMPLUL 3 (Corecție excesivă)

Comportament dezadaptativ : fură mâncarea colegilor.

- (1) corecția : să o dea înapoi;
- (2) corecția excesivă: să dea mâncarea lui colegilor.

Observăm că tehnica poate fi utilizată chiar atunci când nu se elimină întărirea pozitivă a comportamentului pe care dorim să-l decelerăm.

*Indicații:* tehnica se utilizează în terapia copilului și în cazul tulburărilor psihice severe.

### (8) Tehnica paradoxală

Această tehnică este mai complexă și este indicată atunci când problema pacientului (simptomatologia) este un răspuns condiționat determinat de un stimul condiționat care este un comportament operant. Astfel, spre exemplu, comportamentul operant - activitate sexuală - poate declanșa răspunsuri condiționate de Sp anxios (asociate cu ejaculare precoce). În acest caz, se cere pacientului, iparent paradoxal, să amplifice voluntar frecvența comportamentului operant cu scopul de a declanșa simptomatologia (ejacularea precoce). Această tehnică va ce însă la reducerea simptomatologiei prin următoarele mecanisme :

- (1) expunerea repetată la stimulul condiționat, neînsoțit de cel necondiționat, va reduce reacția condiționată;

. =, COMPORTAMENTALE

«ISS<sup>^\*</sup> — IEST- - o\*<sup>uie</sup> la

I

«duca voluntar, ceea  
formant<sub>S</sub>.

„mentul<sup>\*1\*</sup>

Stimularea se                      exempw, via

mentul dezadaptativ (d

este fil

<sup>d</sup> IUla\*a «\*»\*££. dezadaptativ.

efectuea<sup>^</sup> comportam

Hoca<sup>julu.</sup>)

se poate apl

(4) Telmica «g ^£Tor \*-^SS^ \*' <sup>W</sup> Este utilizati ta <sup>c^</sup> <sub>ti2at</sub>e). Presup<sup>TM</sup> «TM»

Selncur<sup>^</sup>segaudeascalacevP

(d) treptat, tehnica este autoaplicată conștient de către pacient, ori de câte ori apar gândurile intruzive ; în final, ca urmare a exercițiului, formula va fi interiorizată, funcționând ca limbaj intern.

#### 7.4. Proceduri de intervenție la nivel biologic

Manifestările de la nivel biologic, mai ales cele care apar sub forma unei activări psihofiziologice crescute (cum ar fi tensiunea arterială, creșterea ritmului cardiac, contractură neuromusculară etc), sunt componente importante ale tabloului clinic în multe tulburări psihice (de exemplu, tulburările de anxietate). Rolul acestei activări fiziologice, atunci când ea este prelungită, în apariția unor tulburări psihice și somatice este clar reliefat (Selye, 1976; vezi și tabelul 2.3.). Alternativa la acest răspuns de activare fiziologică prelungită este răspunsul de relaxare, fenomen care a fost descris și investigat sistematic de Henry Benson (care a și dat numele fenomenului) la Harvard Medical School (Benson și Procter, 1984; Benson, 1996). Răspunsul de relaxare are efecte opuse celor prezentate în tabelul 2.3., constituindu-se, așadar, într-un factor de reziliență la boală.

Procedurile de intervenție cognitiv-comportamentală care pot influența pozitiv nivelul biologic, în vederea remiterii tabloului clinic, se clasifică în două categorii. Prima categorie urmărește modificări la nivel (psiho)fiziologic, fie în sensul echilibrării balanței vegetative (reducerea activității sistemului nervos vegetativ simpatic, eventual cu dominanța sistemului vegetativ parasimpatic) -răspunsul de relaxare -, fie în sensul dezechilibrării acesteia (cu dominanța simpatică). Pentru echilibrarea balanței vegetative se utilizează proceduri de relaxare, iar pentru dezechilibrarea ei se utilizează diverse proceduri de activare fiziologică. A doua categorie de proceduri include tehnicile de schimbare a comportamentului respondent condiționat.

Procedurile de intervenție la nivel biologic au două funcții: (1) modificarea prelucrărilor informaționale și/sau (2) modificarea directă a manifestărilor biologice. Atunci când se utilizează pentru a modifica prelucrările informaționale, ele sunt tehnici de restructurare cognitivă (de exemplu, tehnica expunerii intero-ceptive, vezi mai jos), fiind folosite în cadrul unei conceptualizări clinice bazate pe modelul ABC cognitiv. În al doilea sens, ele sunt utilizate fie ca tratamente etiopatogenetice într-o conceptualizare bazată pe condiționarea clasică (schimbarea comportamentelor respondente), fie în cadrul unor tratamente simptomatice (de exemplu, controlul stării de activare fiziologică, indusă prin diverse mecanisme, prin relaxare).

Evident că manifestările de la nivel biologic pot fi modificate și prin medicație. Spre exemplu, echilibrarea balanței vegetative se poate face prin medicație inxiolitică. Adesea însă, dacă există proceduri cognitiv-comportamentale care au

aceeași funcție, ele sunt preferate, deoarece efectul lor este pe termen lung timp ce efectul medicației este frecvent pe termen scurt, cedând atunci c tratamentul este întrerupt. Or, ținând cont de faptul că medicația psihotropă adesea efecte secundare și/sau complianța la tratamentul medicamentos a pac ților nu este nelimitată, procedurile cognitiv-comportamentale sunt o alterre serioasă. Vom analiza pe rând aceste proceduri.

#### **7.4.1. Proceduri de relaxare**

După cum spuneam, procedurile de relaxare induc modificări la nivel bio prin influențarea balanței neurovegetative, în sensul echilibrării acesteia scăderii dominanței sistemului nervos simpatic. Acest fapt este benefic dec reduce parametrii psihofiziologici ai stresului, cu impact pozitiv asupra mentului tulburărilor psihice și psihosomatice (Catania și Brigham, 1978 Cele mai utilizate proceduri de relaxare sunt:

- trainingul (antrenamentul) autogen;
- relaxarea progresivă Jacobson;
- tehnica biofeedback.

##### *7.4.1.1. Antrenamentul autogen*

###### *I. Aspecte generale*

Trainingul (antrenamentul autogen) este o procedură dezvoltată în 1 psihiatrul Johannes Schultz (1884-1970). Starea autogenă se obține p antrenament de câteva luni, în cursul căroră se efectuează următoarele e> (1) exercițiul bazai prin care se obține starea de relaxare:

- introducere (1-2 ședințe);
  - exercițiul greutateii (2-3 ședințe);
  - exercițiul căldurii (2-3 ședințe) ;
  - exercițiul cardiac (2 ședințe);
  - exercițiul respirator (1 ședință);
  - exercițiul plexului solar (1 ședință);
  - exercițiul răcorii frunții (2 ședințe);
- (2) exercițiul prin care se induc modificări somatice;
- (3) exercițiul prin care se induc modificări psihice ;
- (4) exercițiul meditației.

Vom prezenta în cele ce urmează una dintre variantele scurte ak exercițiu, în scopul obținerii relaxării.

II. *Exercițiul bazai prin care se obține starea de relaxare* *Introducere:* (1) se prezintă tehnica, istoricul ei, aplicațiile acesteia (pentru detalii, vezi Schuitz și Luthe, 1969); (2) se alege o poziție confortabilă (cele mai indicate fiind: culcat pe spate sau într-un fotoliu comod) și (3) i se cere pacientului ca, pe tot parcursul exercițiului, să aibă o atitudine pasiv-contemplativă, așteptând ca răspunsul la sugestii să apară de la sine. Apoi, într-o ambianță liniștită, i se spune :

- Acum te rog să închizi ușor ochii și să respiri adânc de 2-3 ori.
- începi să fii calm și relaxat.
- La început, încercând să te relaxezi, s-ar putea să-ți vină în minte mai multe gânduri decât erau înainte; lasă-le să treacă, cum vin așa pleacă.
- O liniște plăcută te cuprinde.
- Ești tot mai calm și mai relaxat.

*Exercițiul greutatei I* - Acum te concentrezi ușor asupra mâinii drepte (sau stângi, în funcție de brațul dominant - se începe cu brațul dominant) : Mâna dreaptă începe să devină mai grea. Mâna dreaptă este mai grea. O greutate plăcută cuprinde mâna dreaptă. Mâna dreaptă este grea. Mâna dreaptă este grea ca plumbul. Mâna dreaptă este grea ca un braț de statuie. Mâna dreaptă grea. (Se repetă de 5-20 de ori.) (Se procedează identic pentru mâna stângă.)

Brațele sunt grele, grele ca plumbul, ca niște brațe de statuie. (Se repetă de 5-20 de ori.) Acum te concentrezi ușor asupra picioarelor. Picioarele încep să devină mai grele. Picioarele sunt mai grele. O greutate plăcută cuprinde picioarele. Picioarele sunt grele. Picioarele sunt grele ca plumbul. Picioarele sunt grele ca niște picioare de statuie. Picioarele grele. (Se repetă de 5-20 de ori.) Întregul corp este greu. Greu ca plumbul.

Ești calm, relaxat.

Întregul corp este greu ca plumbul.

Ești calm, relaxat.

TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE

*Exercițiul căldurii*

Mâna dreaptă începe să devină mai caldă.

Mâna dreaptă este mai caldă.

O căldură plăcută cuprinde mâna dreaptă.

Mâna dreaptă este caldă.

Mâna dreaptă este caldă. (Se repetă de 5-20 de ori.)

(Se procedează identic pentru mâna stângă.)

Brațele sunt calde. (Se repetă de 5-20 de ori.)

Picioarele încep să devină mai calde.

Picioarele sunt mai calde.

O căldură plăcută cuprinde picioarele.

Picioarele sunt calde.

Ești calm, relaxat.

Întregul corp este greu ca plumbul.

Brațele și picioarele sunt calde.

O liniște plăcută te cuprinde.

Ești calm, relaxat.

*Exercițiul cardiac*

Inima bate liniștit și ritmic. (Se repetă de 5-20 de ori.)

*Exercițiul respirației*

Respirația este adâncă și liniștită. (Se repetă de 5-20 de ori.)

*Exercițiul plexului solar*

Plexul solar este mai cald.

O căldură plăcută cuprinde plexul solar.

Plexul solar este cald. (Se repetă de 5-20 de ori.)

*Exercițiul răcorii frunții*

O răcoare plăcută cuprinde fruntea.

Fruntea este răcoroasă. (Se repetă de 5-20 de ori.)

Ești calm, relaxat.

O liniște plăcută te-a cuprins.

Orice senzație neplăcută a dispărut.

Ești calm, relaxat.

*Exercițiul de anulare a stării autogene*

Respiri adânc, liniștit.

Te simți refăcut, ca după un somn lung, odihnitor.

Deschizi ușor ochii, te trezești.

Mișcă brațele și picioarele.

### III. *Mecanismul antrenamentului autogen*

Poziția aleasă, închiderea ochilor și condițiile de mediu induc în mod natural, prin mecanisme fiziologice specifice, o stare de relaxare. De exemplu, lipsa stimulării proprioceptive intense (prin poziția aleasă) și a stimulărilor din mediu (prin închiderea ochilor și organizarea mediului) reduce activitatea formațiunii reticulate și gradul de stimulare pe care aceasta îl exercită asupra scoarței cerebrale. În consecință, tonusul muscular se reduce și mușchii se relaxează. Pe acest fond se recită formulele verbale specifice. Acestea îndeplinesc două funcții:

- (1) se asociază cu starea de relaxare naturală indusă deja prin mecanismele amintite anterior; prin asocieri repetate se ajunge să se poată declanșa rapid starea de relaxare, ca urmare a conexiunii puternice existente la nivel cortical, formată prin exercițiu, între formulele verbale și starea de relaxare musculară. Altfel spus, subiectul ajunge să își genereze relaxarea musculară prin formulele verbale, așa cum își controlează comportamentul operant prin formule verbale;
- (2) în primele ședințe ale trainingului autogen, formulele verbale joacă, de asemenea, rolul unor atribuiri eronate. Mai precis, persoana interpretează subiectiv senzațiile intero- și proprioceptive, adesea ambigue, prin intermediul formulelor verbale, care dezambiguizează stimulările respective. Procesul este similar cu efectul deja clasic al figurilor duble în care ceea ce vedem este în funcție de expectanțele pe care le avem, altfel spus, reprezintă interacțiunea dintre ceea ce este și ceea ce ne așteptăm să fie. În același mod, formulele verbale utilizate în antrenamentul autogen generează anumite expectanțe referitoare la ceea ce vom simți, iar interacțiunea lor cu ceea ce se întâmplă la nivel fiziologic produce trăirile subiective specifice (de exemplu, de greutate - care corespunde decontracturii musculare; de căldură - care corespunde vasodilatației; de răcoare a frunții - care corespunde vaso-constricției de la acest nivel etc). Acest mecanism este esențial în învățarea trainingului autogen deoarece el reduce anxietatea de performanță care ar rezulta în cazul în care subiectul nu ar simți în scurt timp, la nivel subiectiv, cele sugerate. Ulterior, această anxietate de performanță ar împiedica tocmai atingerea relaxării.

#### 7.4.1.2. *Relaxarea progresivă Jacobson*

##### 1. *Aspecte generale*

Aceasta este o metodă de relaxare inițiată de medicul Edmund Jacobson (1888-1983). Ea constă în alternarea relaxării și tensionării principalelor grupe de mușchi, până la eliminarea contracțiilor musculare și atingerea relaxării (Jacobson, 1938).



## II. Etapele relaxării progresive Jacobson

1. Introducere: se prezintă principiile tehnicii, istoricul și aplicațiile alege o poziție confortabilă într-un fotoliu sau culcat pe spate.
  2. Acum închide ușor ochii și respiră adânc de trei ori.
  3. Strânge puternic pumnul drept, astfel încât să simți tensiune în antebraț. Menținem această poziție. Observă ce simți. Acum reia? Observă diferența.
  4. Repetă secvența 3.
  5. Repetă secvențele 3 și 4 pentru pumnul stâng.
  6. Strânge puternic pumnul drept și îndoaie antebrațul astfel încât tensiune în antebraț și biceps. Menținem această poziție. Observă Acum relaxează-te. Observă diferența.
  7. Repetă secvența 6.
  8. Repetă secvențele 6 și 7 pentru mâna stângă.
  9. Acum repetă simultan secvențele 7 și 8.
  10. Strânge puternic mușchii din jurul ochilor astfel încât să simți te: jurul ochilor și la nivelul frunții. Menținem această poziție. Ot simți. Bine, acum relaxează-te. Observă diferența.
  - 11<sup>^</sup>. Repetă secvența 10.
  12. Strânge puternic maxilarul, ridică bărbia, astfel încât mușchii ce contractați. Menținem această poziție. Observă ce simți. Bine, a xează-te. Observă diferența.
  13. Repetă simultan secvențele 10 și 12.
  14. Împinge puternic pieptul în față și trage umerii în spate, astfel înc; tensiune în mușchii spatelui. Menținem această poziție. Observă Foarte bine, acum relaxează-te. Observă diferența.
  15. Repetă secvența 14 și, în plus, trage abdomenul astfel încât să siir abdomenului încordați. Menținem această poziție. Observă ce si acum relaxează-te. Observă diferența.
  16. Repetă secvența 15.
  17. Respiră adânc de trei ori și repetă simultan secvențele 9, 13 și
  18. Ridică degetele de la picioare, astfel încât să simți o tensiune p gamba și coapsa dreaptă. Menținem această poziție. Observă ce s acum relaxează-te. Observă diferența.
  19. Repetă secvența 18.
  20. Repetă secvențele 18 și 19 pentru piciorul stâng.
  21. Repetă secvențele 20 și 19 simultan.
  22. Respiră adânc de trei ori și repetă simultan secvențele 9, 13, 1
- Fiecare exercițiu durează aproximativ 20-30 de minute. Ultei mentând succesiunea de mai jos, se ajunge ca, după o săptămână i pacientul să se relaxeze rapid (în câteva secunde), implementând doar p

îi; se

ana și iză-te.

simți simți.

ine în vă ce

să fie rela-

simți simți.

așchii Bine,

ică în Bine,

L.

mple-

ctică, 122:

1. practicați cele 22 de secvențe de cel puțin 3 ori în decursul a 2 zile;

2. practicați secvențele 1, 9, 17 și 22 de cel puțin 3 ori în decursul a 2 zile;

3. practicați secvențele 1 și 22 de cel puțin 3 ori în decursul unei zile.

### III. *Mecanismul relaxării progresive Jacobson*

Mecanismul este similar celui implicat în antrenamentul autogen, descris anterior. Așadar, prin tehnica relaxării progresive Jacobson, subiectul învață să operaționalizeze conceptele de relaxare și tensiune.

Ulterior, ca urmare a exercițiilor repetate, se întărește conexiunea dintre eticheta lingvistică de relaxare și starea efectivă pe care aceasta o definește, persoana reușind astfel să-și controleze lingvistic și voluntar relaxarea musculară.

#### 7.4.1.3. *Tehnica biofeedback*

##### I. *Aspecte generale*

Biofeedbackul este o metodă dezvoltată în anii '60 în Statele Unite. Psihologul Neal Miller este considerat părintele biofeedbackului; el a fost primul care a observat și sistematizat principiile de bază ale acestuia. Miller a constatat că, stimulând centrii plăcerii din creierul șoarecilor, aceștia au fost capabili să învețe, utilizând această stimulare ca întărire, să-și controleze manifestări diverse, de la ritmul cardiac, la undele cerebrale. Până la el se considera că, aflându-se sub controlul sistemului nervos vegetativ, astfel de funcții ale organismului (de exemplu, rata cardiacă) nu pot fi influențate conștient (Richter și Miller, 1982).

Pe scurt, tehnica presupune utilizarea unor instalații electronice pentru detectarea și amplificarea unor procese fiziologice inconștiente (de exemplu, conduc-tanța electrică a pielii, pulsul, ritmul cardiac, undele alfa cerebrale etc). Semnalul fiziologic - transformat cu ajutorul acestor instalații electronice în stimul auditiv sau vizual - este prezentat subiectului, care conștientizează astfel indirect (cu ajutorul semnalului vizual sau auditiv) respectivele procese fiziologice inconștiente. Aceasta constituie premisa controlului pe care individul îl poate dobândi asupra lor. Așadar, biofeedbackul este o tehnică prin care ajungem să controlăm anumite funcții interne ale organismului. În comparație cu tehnicile de relaxare amintite mai sus, biofeedbackul realizează o mai mare discriminare a proceselor fiziologice inconștiente. Spre exemplu, în trainingul autogen și în relaxarea progresivă Jacobson, subiectul discriminează numai între starea de relaxare și starea de tensiune. Sigur că aceste stări presupun modificări specifice ale proceselor fiziologice (relaxarea presupune reducerea ritmului cardiac, reducerea conductanței electrice a pielii, apariția undelor alfa etc), dar subiectul nu conștientizează și nu controlează modificarea fiziologică specifică (cum ar fi apariția undelor alfa), ci doar o stare de ansamblu (relaxarea), care presupune uneori implicit starea fiziologică specifică. Această diferență nu are importanță dacă scopul pe care îl urmărim este inducerea unei stări generale de relaxare.

Consecința este însă alta dacă dorim modificarea specifică a unor anui parametri fiziologici, cum se întâmplă în cazul unor tulburări psihosomă țintă (de exemplu, reducerea tensiunii arteriale în hipertensiune). În ace situație, utilizarea tehnicii biofeedback pentru modificarea parametrului fiziologic țintă, spre deosebire de utilizarea unei tehnici de relaxare ce determină o modificare globală a tuturor parametrilor fiziologici, se exprimă în eficiența controlării parametrului de interes, atât sub aspectul vitezei, cât și al stabilității și intensității. Sigur că și în cazul tehnicii biofeedback, modificând un parametru (de exemplu, reducerea ritmului cardiac), influențăm și alte procese fiziologice (de exemplu, reducerea tensiunii arteriale), dar tehnica se focalizează în primul rând pe elementul care ne interesează, cu consecințele pozitive amintite mai sus.

## II. Secvențele tehnicii biofeedback

### Ședința 1. Introducere.

Se urmărește : (a) justificarea față de subiect a utilizării tehnicii biofeedback raportată la problema pe care urmărim să o rezolvăm; (b) operațional termenii de relaxare și tensiune ; (c) prezentarea tehnicii biofeedback ca tehnică de relaxare și/sau de modificare a unor parametri specifici - istoric, evoluția procedurii, eficiență; (d) prezentarea instalației și a aparatului - este important subiectul să manipuleze aparatul pentru a se familiariza cu el; (e) alegerea indicatori fiziologici specifice care va face obiectul controlului. Dacă scopul este atingerea unei stări de relaxare, este indicat ca subiectul să fie influențat indirect pentru modificarea pulsului deoarece: (1) este o funcție mai ușor de controlat comparativ cu undele alfa sau cu conductanța electrică a pielii; (2) corespunde măsurilor referitoare la ce înseamnă relaxare și (3) nu implică starea de a căuta să se genereze în cazul în care am încerca să modificăm funcțiile strâns legate de un organ vital, de exemplu undele alfa cerebrale. Optăm pentru o modificare a oricărui parametru fiziologic, în cazul în care condițiile și boala pacientului permit.

### Ședința 2.

Se începe exercițiul propriu-zis într-o ambianță liniștită, cu lumină după ce pacientul își alege o poziție confortabilă, încercând să se relaxeze. Uneori, relaxarea este indusă în prealabil de către terapeut, treptat învățând, cu ajutorul tehnicii biofeedback, să și-o inducă singur. Pe măsură ce apar modificările dorite (cum ar fi reducerea intensității sunetului în cazul în care se reduce frecvența pulsului), terapeutul administrează întăriri pozitive (de exemplu, „Da!”, „Bine!”, „Excelent!”, „Continuă!” sau cuvinte verbale de încurajare), efectele biofeedbackului fiind condiționate, în conformanță cu cunoscuta lege a efectului, reformulată de Skinner: un comportament nostru, un răspuns biologic) urmat de o întărire pozitivă tinde să crească. Treptat, întăririle sunt administrate de către pacient (autoîntărit ca, apoi, tocmai apariția în diverse grade a efectului dorit (reducerea

sunetului) să funcționeze ca întărire. Atunci când subiectul reușește să-și controleze voluntar funcția internă în condițiile de mai sus, se trece, în ședințele următoare, la încercarea de a o controla în contexte mai ecologice, parcurgându-se următoarele gradații :

- aceleași condiții ca mai sus, dar cu ochii deschiși;
- aceleași condiții ca mai sus, dar fără aparat;
- într-o cameră bine luminată, cu aparat;
- într-o cameră bine luminată, fără aparat;
- într-o cameră bine luminată, în prezența a 2-3 persoane, cu aparat;
- într-o cameră bine luminată, în prezența mai multor persoane, fără aparat.

În situația în care exercițiile se desfășoară fără aparat, înregistrarea modificării se realizează ulterior efectuării acestora. Ori de câte ori o fază nu funcționează, ne întoarcem la cea anterioară pe care o stabilizăm și încercăm apoi să abordăm din nou, în mod gradat, faza la care au existat probleme. Este indicat ca între ședințele terapeutice, pacientul să exerseze singur acasă, de cel puțin două ori pe zi în faza de învățare. După ce subiectul a învățat tehnica, frecvența exercițiilor se poate reduce, cu condiția ca ea să fie practică efectiv pentru modificări fiziologice specifice sau generale (vezi starea de relaxare).

### III. *Mecanismul biofeedbackului*

Prin tehnica biofeedback, subiectul învață să operaționalizeze conceptul de relaxare și/sau de modificare a unui parametru specific (de exemplu, apariția ritmului alfa). Ulterior, ca urmare a exercițiilor repetate, se întărește conexiunea dintre eticheta lingvistică de relaxare și/sau modificarea specifică și starea efectivă pe care acestea o definesc, subiectul reușind astfel să-și controleze lingvistic și voluntar relaxarea musculară și/sau modificarea specifică.

Tehnica biofeedback este favorizată de următoarele premise :

(1) De cele mai multe ori, o funcție internă a organismului nu este liniară, ea variind continuu între anumite limite. În momentul în care terapeutul observă o variație a funcției în sensul urmărit, va administra întăririle care, conform principiului condiționării operante, vor duce la creșterea ocurenței modificării dorite.

(2) Poziția aleasă, închiderea ochilor și condițiile de mediu induc, în mod natural, prin mecanisme fiziologice specifice, o stare de relaxare. De exemplu, lipsa stimulării proprioceptive intense (datorită poziției alese) și a stimulărilor din mediu (datorită închiderii ochilor și organizării mediului) reduce activitatea formațiunii reticulate și gradul de stimulare pe care aceasta îl exercită asupra scoarței cerebrale. În consecință, tonusul muscular scade și mușchii se relaxează.

(3) În cazul în care, după mai multe încercări, modificarea dorită nu apare sau nu se menține nici măcar un timp scurt, terapeutul poate schimba ușor (în sensul

dorit și așteptat de subiect) și intenționat valoarea parametrului conștie (sunetul) prin care funcția internă se exprimă, chiar dacă funcția în s-a modificat. Altfel spus, se induce subiectului iluzia că funcția a înc să se schimbe în sensul dorit. Aceasta duce la scăderea anxietății de performanță a subiectului, care interferează adesea cu apariția modificării dorite mult, pentru a stimula apariția acesteia, terapeutul poate da pacientului asemănătoare celor din trainingul autogen; nu este însă indicat a se a aceste formule, deoarece se elimină unul dintre aspectele fundamei biofeedbackului, și anume sentimentul de independență și autocontrol unei funcții fiziologice specifice. Tehnica biofeedback este recomandată special atunci când dorim să influențăm preponderent un proces fiziologic. De asemenea, este important să știm că ea pare a fi preferată, cu celelalte, de către pacienții cu o pregătire tehnică sau în științe»

#### 7.4.1.4. Tehnica de control al respirației

Pacientul este învățat să respire ușor și lent pe nas (3-4 secunde înși secunde expirația). Cei care au o respirație toracică tind să hiperventileze ce duce la o concentrație mai mare o oxigenului în sânge și la simptome celor din debutul atacurilor de panică. Respirând calm, după modelul de se generează răspunsul de relaxare.

#### <S> EXEMPLU

Puneți palma dreaptă pe piept și cea stângă pe abdomen. Inspirați adânc, t dreaptă se ridică, deplasându-se înainte, iar cea stângă se deplasează în respirație toracică. Dacă palma dreaptă rămâne în poziția inițială, iar ce; deplasează înainte, aveți o respirație abdominală, indicată adesea în diverse yoghin.

*Indicații:* tehnica este utilă când dorim să învățăm pacientul să pr controleze hiperventilația.

O altă variantă pentru controlul hiperventilației este *respirația* Respirând în pungă, treptat, crește concentrația de dioxid de carbo reduce efectele hiperventilației.

*Indicații:* tehnica se utilizează în stările de criză, panică etc.

#### Concluzii

Procedurile de relaxare descrise aici se constituie în metode de intervenție nu doar pentru remiterea unor tulburări, ci și pentru acestora și îmbunătățirea performanțelor subiecților în situații în care relaxare este un factor care poate crește eficiența (de exemplu, pe

sportive - tirul cu arcul etc.)- Cercetările actuale se focalizează în special pe circumscrierea profilului psihologic al subiecților care pot obține beneficii printr-o tehnică sau alta, precum și asupra modului în care acestea pot fi combinate în scopul creșterii eficienței lor (de exemplu, trainingul autogen cu biofeedbackul, relaxarea progresivă cu biofeedbackul).

#### *7.4.2. Proceduri de activare fiziologică*

Procedurile de activare fiziologică sunt uneori indicate ca tehnici de restructurare cognitivă și/sau ca tehnici de control al unor manifestări psihofiziologice/bio-logice cu impact negativ.

##### *7.4.2.1. Tehnica expunerii interoceptive/hiperventilației*

În acest caz, se cere pacientului să respire pe gură adânc și cu frecvență mare, timp de 1-2 minute. Acest exercițiu va duce la apariția hiperventilației și, în consecință, la manifestarea unor simptome asemănătoare celor declanșate în crizele anxioase (leșin, amețală, ritm cardiac crescut etc). Tehnica este utilă în restructurările cognitive din atacul de panică, atunci când pacientul trebuie convins că atacurile sale sunt declanșate prin mecanismul hiperventilației, și nu se datorează unei boli grave, incurabile și incontrolabile.

*Contraindicații:* tehnica nu se recomandă în cazul pacienților cu tulburări cardiovasculare și ale aparatului respirator.

##### *7.4.2.2. Tehnica aplicării tensiunii (applied tension)*

În anumite tulburări (de exemplu, fobii de sânge) nu apare o stare de activare fiziologică, ci o reacție vagală (scăderea bruscă a tensiunii), ceea ce duce la amețală și leșin. În acest caz, se aplică tehnica tensiunii musculare (*applied tension*) (se contractă grupele musculare după modelul descris în relaxarea progresivă Jacobson) pentru a crește tensiunea și a produce efecte opuse celor vagale.

#### **7.4.3. Tehnici de modificare a comportamentelor respondente**

Aceste tehnici au fost elaborate în terapia comportamentală în scopul modificării comportamentelor respondente (de exemplu, activare fiziologică) ale unor stimuli-  
■țintă.

*Tehnica expunerii (flooding)*

7.4.3.1. *Tehnica expunem țuvA\*\*«»*,

întreruperea legăturii dintre stimulul condiționat (de exemplu, stimulul fobiei) și reacția condiționată (reacția anxioasă) se poate face pe baza inhibiției de stingere. Altfel spus, subiectul este expus la stimulul fobiei, fiind lăsat să experimenteze timp îndelungat starea de anxietate, până la apariția inhibiției de stingere. Inhibiția de stingere se referă la faptul că, dacă stimulul condiționat nu este însoțit de stimulul necondiționat, treptat, acesta nu mai determină răspunsul condiționat. Altfel spus, dacă stimulul fobiei nu este însoțit de un stimul necondiționat, el nu va mai determina anxietatea condiționată (intensitatea anxietății se reduce gradat în cursul expunerii). Aceasta este cea mai eficientă tehnică de intervenție în tratamentul fobiilor.

Există câteva variante ale acestei tehnici (toate presupunând însă prezența stării de anxietate):

(1) stimulul anxiogen poate fi prezentat *in vivo* (real) - integral sau gradat

(2) stimulul anxiogen poate fi prezentat *in vitro* (imaginar) - integral sau | *Indicații*: tehnica este utilă în cazul fobiilor de intensitate clinică și sub

timpul de expunere trebuie să fie cât mai mare: la început reacția anxioasă devine mai puternică, dar apoi, pe măsura expunerii prelungite, ea se va diminua. *Contraindicații*: tehnica nu se recomandă în cazul pacienților cu boli vasculare; nu se fac expuneri de scurtă durată.

7.4.3.2. *Tehnica implozivă*

7.4.3.2. *Tehnica implozivă*

Această tehnică este similară cu tehnica expunerii, dar stimulul condiționat este unul exagerat. Spre exemplu, stimulul fobiei este exagerat în frecvență și intensitate, astfel încât el generează o stare de anxietate extrem de puternică; starea se diminuează ulterior, probabil prin inhibiția de stingere și/sau prin protecție; în al doilea caz, răspunsul inhibitor ar fi unul înăscut, de către sistemul nervos față de un excitant prea puternic.

#### ◆ EXEMPLU

În cazul unei fobii de șobolani, subiectului i se cere să-și imagineze că este cu șobolani care mișună pe corpul său; șobolanii sunt mulți, din ce în ce mai mulți etc. Spre deosebire de tehnica expunerii, care aproximează situația, această tehnică o exagerează.

*Indicații*: tehnica se utilizează *in vitro* (în imaginar), în cazul pacienților foarte motivați pentru o remitere rapidă a simptomatologiei.

*Contraindicații*: tehnica nu se utilizează *in vivo* (condiții reale pacienților cu tulburări cardiovasculare).

### 7.4.3.3. Tehnica desensibilizării progresive

În acest caz, întreruperea legăturii dintre stimulul condiționat (de exemplu, stimul fobie) și reacția condiționată (de exemplu, anxietate) se face în baza inhibiției reciproce (*contracondiționare/counterconditioning*). Altfel spus, stimulului condiționat i se atașează un nou răspuns (relaxare), incompatibil cu reacția anterioară (anxietatea). Procedura a fost promovată și dezvoltată de Joseph Wolpe. Ea presupune mai multe etape :

(1) Se identifică stimulul anxiogen (de exemplu, înălțimea, în cazul fobiei de înălțime).  
(2) Stimulul anxiogen este gradat (de exemplu, gradația 1 - etajul 1, gradația 2 - etajul 2 etc), astfel încât evaluat, pe o scală de la 0 (stimul neanxiogen) la 100 (stimul extrem de anxiogen), fiecare gradație să nu depășească cu mai mult de 5 puncte evaluarea nivelului imediat inferior. Se fac aproximativ 15-20 de gradații, începând de la 0 până la 100.

(3) Subiectul este învățat o tehnică de relaxare. Pe fondul stării de relaxare, subiectului i se prezintă, în mod gradat, stimulul anxiogen, *in vivo* (real) sau *in vitro* (imaginar). Se începe cu prima gradație (etajul 1). Subiectul este expus timp de 10 secunde la acest stimul. Dacă reacția anxioasă nu apare (evaluarea pe care o face subiectul în această condiție, pe scala de la 0 la 100, este 0 sau mai mică decât 5), se trece la gradația 2. Dacă apare reacția anxioasă, atunci se fac următoarele operații:

(a) se repetă prezentarea gradației 1, pe fond de relaxare. Dacă reacția anxioasă nu apare, se trece la gradația 2. Dacă reacția anxioasă apare, se trece la (b);

(b) pe fond de relaxare se prezintă gradația 1, timp de 20 de secunde. Dacă reacția anxioasă nu apare, se trece la gradația 2. Dacă reacția anxioasă apare, se trece la (c);

(c) gradația 1 se descompune în alte componente, mai puțin anxiogene (de exemplu, gradația la - parter, gradația 1b - urc treptele către etajul 1 etc.);

(d) se prezintă gradația la și secvențele se reiau.

Dacă desensibilizarea s-a realizat *in vitro* (în imaginar), spre sfârșitul terapiei a trebuie transpusă *in vivo* (în realitate). Există o diferență de aproximativ 5 [ii din cele ierarhizate între expunerea *in vivo* și expunerea *in vitro*, expunerea ii imaginar devansând, așadar, expunerea *in vivo* cu 5 gradații.

**Indicații:** tehnica se *utilizează*. în cazul fobiilor clinice extrem de intense și a pacienților cu tulburări cardiovasculare.



**7.1 I.-**

un ps ră

P! fi e

t &lt;

Ea apa« l<sup>n</sup> „Lonat atv»°îf<sup>n</sup> mionat sa w « s- ia o oar ^a\*

Peter a ^^at ^£\de e^: ^a8ta procedura^ ^J

fobie isi P/ f J<sub>n</sub> răspuns ^-^ete nnieamodeian^ 2 ^ ,.) \*ff■

vând, in ftnal, ^ teiste fe ^n ^ ^ ct |

O varianta a a Bandura, eSie expus &amp; ^ ca \*■

jones şA contr\*^ foblc a ^^ui (sau ^ ä &amp; st^ 1

P\*\*<sup>0t</sup> tS eornpo^i gradata st non-an\* ^ ^ J

\*\* . ,S vieartanta ^ lul fa# a cOpn de va le,

temeau sa se j se utttvz

#### 7.4.3.4. *Tehnica expunerii gradate*

Tehnica expunerii gradate este o variantă a tehnicii de desensibilizare în care se utilizează pentru inhibiție reciprocă nu o tehnică de reia comportament natural (de exemplu, non-anxios) al pacientului (vez utilizată de Jones pentru cazul „micului Peter” și descrisă în secțiune Ea apare în două variante, ambele descoperite de Jones. În prin stimulul condiționat anxiogen este prezentat (adesea gradat, la c slabă) astfel încât răspunsul condiționat să nu apară. În „cazul mic spre exemplu, șobolanul de care se temea era într-o cușcă, la o oarec de copil în timp ce acesta se juca; apoi cușca a fost adusă mai aproape Peter a tolerat animalul în preajma sa. În a doua variantă, stimulul anxiogen este prezentat (adesea gradat, la o intensitate slabă) în timp are un comportament non-anxios (de exemplu, mănâncă), compoi este întărit pozitiv cu întăriri primare (hrană). Și această procedură a de Jones cu succes în „cazul micului Peter”. Utilizând aceste tehn fobie își pierde valoarea de stimul condiționat pentru reacția anxio; rând, în final, un răspuns non-anxios.

O variantă a acestor tehnici este tehnica modelării (vezi procedur Jones și contribuțiile lui Bandura, descrise în secțiunea 1.2.1.1.) în> pacientul, cu tulburare fobică de exemplu, este expus gradat și indire fobie, observând comportamentul terapeutului (sau al altor pacienți rol de model pentru el) de abordare gradată și non-anxioasă a stimulu prin învățare vicariantă (modelare), pacientul urmează și imită con gradat și non-anxios al terapeutului față de stimulul fobie. În „c Peter”, el a urmărit acest comportament făcut de copii de vârsta 1 temeau să se joace cu șobolanul, apărând ameliorări ale fobiei inii

*Indicații:* tehnica se utilizează în terapia copilului și adolescen

### 7.5. Proceduri cognitiv-comportamentale mulțime

Procedurile cognitiv-comportamentale multimodale sunt proceduri simultan asupra unor răspunsuri ce se manifestă în modalități dif -emoțional/subiectiv, cognitiv, comportamental, și/sau psihofiziolo

progresivă, xare, ci un i procedura 11.2.1.1.). a variantă, intensitate jlui Peter" ire distanță : până când condiționat e pacientul iment care ăst folosită i, stimulul i, el gene-îtilizată de Irul căreia la stimulul e pot avea . Ulterior, •rtamentul ii micului :are nu se

## le

2 au efect

(afectiv-  
)iologic).

PROCEDURI ȘI TEHNICI DE TERAPIE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

### 7.5.1. *Sugestia, hipnoza și hipnoterapia*

#### I. *Aspecte generale*

Hipnoza este o tehnică în care, cu ajutorul sugestiei, se urmărește declanșarea unor răspunsuri afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale, și/sau psihofiziologice/biologice.

Sugestia este un stimul verbal care declanșează un răspuns la nivel afectiv-emoțional/comportamental, cognitiv, comportamental, și psihofiziologic/biologic, iar aceste răspunsuri sunt experiențiate de subiect ca fiind involuntare și conștiente (pentru detalii, vezi David, 2006a). Hipnoterapia este hipnoza utilizată în tratamentul diverselor afecțiuni psihice, somatice și psihosomatice. Hipnoterapia se derulează pe parcursul mai multor faze : (1)

Decizia de a utiliza hipnoterapia ca formă de tratament. Această fază este condiționată de (vezi, pentru detalii, David, 2006a):

- angajamentul teoretico-pragmatic și pregătirea psihoterapeutului;
- calitățile pacientului, care se constituie în disponibilități pentru hipno-terapie ;
- gradul de eficiență al hipnoterapiei în tratamentul tulburărilor-fintă, reflectat de cercetările de specialitate și de experiența clinică.

(2) Stăpânirea de către psihoterapeut a unei tehnici hipnotice și a intervenției hipnoterapeutice propriu-zise.

I Din punctul de vedere al validării științifice și luând drept criteriu sursa I angajamentului teoretic care fundamentează intervenția, hipnoterapia poate fi I utilizată în psihoterapie în două forme :

I - hipnoterapie propriu-zisă (pentru detalii, vezi David, 2006a) ;

hipnoterapie combinată cu psihoterapie cognitiv-comportamentală: hipnoterapie cognitiv-comportamentală.

#### II. *Hipnoterapia cognitiv-comportamentală*

Psihoterapia cognitiv-comportamentală presupune tehnici de intervenție Ia 'nivel cognitiv, comportamental și psihofizilogic/biologic, care se exprimă apoi în trăiri afectiv-emoționale/subiective. Eficiența acestor tehnici poate crește dacă sunt asociate cu tehnica hipnotică (David *et al.*, 1998 ; 2000). Intervențiile Ia nivel cognitiv

Uneori, restructurarea cognițiilor disfuncționale și/sau iraționale în scopul asimilării cognițiilor funcționale și/sau raționale se poate face sub hipnoză. Existând o deschidere operațională largă, eventualele rezistențe ale subiectului pot fi diminuate prin faptul că cognițiile disfuncționale/iraționale sunt dezactivate. Și alte tehnici cognitive pot favoriza procesul de asimilare a cognițiilor funcționale ji/sau raționale - spre exemplu, prin repetarea acestora (a cognițiilor) un timp

îndelungat. Deși eficiente la nivel experimental, unele sunt mai greu de implementat în practică, deoarece crează un sentiment de penibil și de neveros

#### <8> EXEMPLUL 1

Tehnica repetiției: Repetă de 10-20-30-40 de ori: „Sunt cel puțin la fel de val ceealți! ”.

#### <\$> EXEMPLUL 2

Tehnica restructurării globale: „Uite, hai să presupunem că ești o persoană uităm toate trăsăturile pe care le-ai avut înainte și îți formezi o nouă persoană caracterizată prin... (se enumera aspectele pozitive) ”.

Aplicate însă sub hipnoză, în contextul special creat de aceasta, tehnicile mai sus sunt acceptabile, nefiind cu mult mai „ciudate” decât alte lucruri întâmplă sub hipnoză.

#### Intervențiile la nivel comportamental

Înainte de a implementa *in vivo* un anumit comportament, el poate fi implementat sau simulat în imaginar, sub hipnoză. Se pot identifica astfel cor pozitve ale realizării lui, crește sentimentul de autoeficacitate al subiecțului și se anticipază eventualele piedici și modul de depășire a acestora, se reduce anxietatea de performanță.

#### Intervențiile la nivel psihofiziologic/biologic

În acest caz, hipnoza poate fi folosită în locul tehnicilor de relaxare, expunerea și desensibilizarea progresivă în imaginar pot fi uneori mai eficiente pe fondul hipnozei, deoarece relaxarea poate fi mai adâncă și iar imaginile pot fi mai intense și mai clare. Prin hipnoză se poate induce o stare de activare fiziologică (de exemplu, hipnoza activ-alertă), cu rol important (de exemplu, în controlul reacțiilor vagale, al performanțelor sportive)

#### III. Anatomia unei proceduri prototip de inducție hipnotică (el Daniel David)

(Textul se citește cu o voce hipnotică - monotonă și ritmică -, voce deosebită utilizată în comunicarea cotidiană; artificiile gramaticale existente așadar, justificate și subordonate unui scop unic:

inducerea stării de trans

începutul inducției

„Închide ușor ochii și încearcă să te relaxezi. La început, încerc să te relaxezi, s-ar putea să-ți vină în minte mai multe gânduri decât

LEDURI 51 TEHNICI DE TERAPr\*

, -1\* \*\* treacă Cum . "^^^ORTAMENTALA

I^-upri^-aşapleac, Wepi<sup>săfiimaicaJ</sup> ^ .

\* \*eiaxat, o linişte Concerne atenţiei ,, re,

taxarea progresivă

'M "ominam <sup>n?</sup>e "S, Zi U<sup>5</sup>or asu Pra mâinii dre<sup>,,,,</sup> .

£■ \*> \*\*£%\* C" br\*1 dominant^ (S3U S,â"Si - '•» ft)»ctie de

Mâna dreaptă este f P<sup>Ju</sup>«ibul.

^«reieC^Wn^Picioareie.

•taegui corp esietren<sup>m5,6</sup> PiC,0are de «»\*." (Se re,, \* , ?re"raplu<sup>mbu,</sup> sreut

(Se re<sup>Peta</sup> de 5-10 ori)

ferata, relaxat **tels-----,**

fcrair^S^f^

^<sub>ni</sub>~ «oarele.

I ,<sup>EiB</sup> «ta, relaxat ' ^ de 5-10 ori.,

**tezsrr \*-----.**

Mușchii feței sunt relaxați și calzi, întregul corp este relaxat, greu și cald. O liniște plăcută te cuprinde. Ești calm, relaxat."

Adâncirea transei

„Ești calm și relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar rela> corpului. Ești calm, relaxat. Îți concentrezi atenția asupra propriei resprii expiri. Cu fiecare respirație, un somn adânc, liniștitor te cuprinde, un inevitabil te cuprinde, inevitabil ca și respirația. Inspiri somn, inev adânc și inevitabil ca și respirația. Voi număra ușor de la 1 la 10. Când vei fi într-o stare adâncă de relaxare și somn special. Mă vei auzi ci:

Ești calm, relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar reia corpului.

Cu fiecare inspirație, un somn adânc, inevitabil te cuprinde.

Ești calm, relaxat.

Inspiri somn, somn adânc și inevitabil, ca propria-ți respirație fibrele corpului tău încep să fie cuprinse de un somn adânc, inevitabil respiri. Inevitabil, somn. Respiri somn.

Tot mai multe celule, tot mai multe fibre ale corpului tău sunt c somn adânc, liniștitor.

Ești calm, relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar rel corpului.

Un somn adânc, inevitabil ca și respirația te cuprinde.

Tot mai multe celule și fibre ale corpului tău sunt cuprinse de \ și special. Adânc, greu, liniștitor. Inevitabil, dormi.

Ești calm, relaxat. Întregul corp este greu.

Toate celulele, toate fibrele corpului tău dorm, cuprinse de un special. Dormi.

Ești calm, relaxat. Întregul corp doarme, cuprins de un somn special, inevitabil ca și propria respirație. Inevitabil, dormi, dar u Treptat, vei ignora orice zgomot din jur, auzind doar vocea mea, Dormi, mă auzi clar și perfect, dormi (pauză între 5 și 15 mim

Intervenția psihologică cognitiv-comportamentală Tehnici de intervenție psihologică

Procedura de anulare a inducției hipnotice „Voi număra ușor de la 1 la 5. Când voi ajunge la 5, vei de: vei simți calm și relaxat, refăcut ca după un somn lung, odihn Ești calm, relaxat.

Întregul corp este greu.

O energie plăcută, reconfortantă începe să-ți cuprindă întregul corp.

Întregul corp este cuprins de o energie plăcută, reconfortantă. Cu fiecare respirație, tot mai multă energie reconfortantă te inundă. Te simți refăcut, ca și după un somn lung, odihnitor.

În noaptea aceasta și în nopțile ce vor veni, vei avea un somn lung și odihnitor. Orice senzație neplăcută a dispărut. Orice senzație de greutate a dispărut. Ești refăcut, ca după un somn lung, odihnitor.

Deschide ochii, te trezești. Mișcă ușor brațele și picioarele."

IV. *Mecanismele hipnozei. Teoria deschiderii operaționale (pentru detalii, vezi David, 2006a).*

Pornim de la faptul că reprezentarea cunoștințelor în sistemul nostru cognitiv poate fi simulată printr-o rețea conexiunistă sau simbolică (pentru detalii, vezi Eysenck și Keane, 2000). Altfel spus, unele cunoștințe sunt activate, altele inhibate, iar altele, dezactivate. Patternul existent la un moment dat în sistemul cognitiv este determinat de evenimentele activatoare, de intențiile subiectului și de legăturile existente între reprezentările cunoștințelor. Spre exemplu, într-o sală de clasă (stimul) vor fi amorsate cunoștințe referitoare la materiile pe care le învățăm acolo și vor fi inhibate, în cazul majorității dintre noi, cunoștințele referitoare la cum să facem dragoste. Aceasta deoarece, în cursul dezvoltării ontogenetice, cei mai mulți dintre noi am învățat (prin asocieri repetate) că într-o sală de clasă se citește, se scrie etc. și nu se face dragoste. De cele mai multe ori, atunci când sunt amorsate cunoștințele referitoare la cum să scriu, cunoștințele referitoare la cum să fac dragoste vor fi inhibate. (De câte ori am asociat, în experiența noastră, cele două tipuri de comportamente? Foarte rar sau niciodată.) Mai degrabă, cunoștințele referitoare la cum să scriu îmi vor amorsa cunoștințele

referitoare la cum să citesc, aceste două activități fiind frecvent asociate în experiența noastră de viață. Alte cunoștințe, precum cele referitoare la cum să mănânc, pot fi dezactivate în acest context, deoarece ele nu sunt nici compatibile, nici incompatibile cu el. Rezumând, în orice context (stimulare externă sau internă) avem unele cunoștințe activate, altele inhibate, iar altele dezactivate. Ele formează un pattern specific la nivel cognitiv (deschidere operațională), care va susține un anumit spectru de comportamente. Comportamentele noastre vor fi determinate de cunoștințele cele mai activate (David, 2000). Cu cât numărul de cunoștințe activate sau cu un anumit rest de activare (dezactivate, dar nu inhibate) este mai mare, iar numărul de cunoștințe inhibate este mai mic, cu atât deschiderea operațională este mai mare. Altfel spus, există premisa efectuării mai multor comportamente (Anderson, 1990; 2000). Dacă stimulii din mediu vizează inițierea unor comportamente ale căror modele mentale (de exemplu, cunoștințele referitoare la cum se fac acele comportamente - cunoștințe procedurale) sunt inhibate ca urmare a contextului-stimul, efectuarea lor va fi experiențiată ca fiind voluntară. Aceasta deoarece sunt

BC, COMPORTAMENTALE

. \_\_\_ «mentate petnr» du(  
■ "" ■ „ale suplimentare pe- £^pr^o\*^^J|  
„ecesare «șut- ^^mente (\*\* i" s\* tuScuco-l Sunate) ale «^, ^?\_fc curs ««££- \* neffind «^f^J  
exemplu, f\* n?feceacestlrcru.co»P«\_exp\_erieutia^M pe « r fcd  
J«\*\*\*\*\_rSÎU\* ^funmoment de -^ "de P"\*»^1»

# ÎSSSS. mea, ~- -tssrag-d

V» »»»smTa«ivate sau in »\* Șoarece • -» ~ sau 1  
modele «\*\*\* ^ involuntara^ or men»l £  
exoerienițata ca tu activarea ^m, in scop w  
agonale suprme\*£P comportam»tejm £• TM ,».\*J^ ^  
țest de activare).\* «saB de ^tU\*\*-"\*^ . od\*\* 1  
a? face P'f^uUe »\*»<\*\*\*. ^nfluenP > "Î^SS °P« Procedura de »^ \* Hiroâ etc., reduc  
a descni  
feic ^^ spus, "\*\*\*\*££ curs de de^""^ onipor tamente , acestuia. W«ei v uva te «»" j spectrul  
de coi P  
«elor «-"Zi» cunoștințe u\*b« ££U< \*  
când nu mat ex«»^TM. sa) crește «m^TM sugestiile ^pn» s  
(deschiderea oper\* mediu (de ^mp^.^ de W  
generate de stimu deoa^re\* iistirouIUor \*>«"■  
experiențe ca nv anteriot ac ^ a ~££S\* \*  
^e0,a1.e sm«e^\*^1șia pe care acesw



mentale r. Spre itedră, itextul

ament

icelași

ii ei la

căror

a va fi

ssurse

cu un

rii lor.

reion,

itural.

bcali-

xtului

ionale

unoș-

itunci

•sibile

nente

vor fi

ire le

cesită

spun-

:ptua-

;iziile

le-ar

loțio-

msuri

id de

i. Ele

ibate,

mult,

selor

ibiție

varea

; (2) ierea >noză

sau (4) printr-un context fizic indus imagistic, congruent cu comportamentul ce urmează a fi sugerat (de exemplu, înainte de a sugera că brațul este greu și coboară, subiectul își imaginează un dicționar mare și greu pus în palma sa). Altfel spus, factorii necesari și suficienți pentru apariția fenomenelor hipnotice sunt: (1) modelele mentale activate ale acestor răspunsuri (prin repetarea sugestiilor, expectanțele subiectului, atitudinea și motivația pozitivă pentru hipnoză și context indus cognitiv-imagistic) și (2) stimulii-sugestie specifici, care vizează declanșarea răspunsurilor respective. Acești factori sunt manipulați în cadrul procedurii de inducție hipnotică.

### **7.5.2. Proceduri meditative (concentrative versus mindfulness)^**

#### *I. Aspecte generale*

Procedurile meditative pot fi clasificate în două mari categorii: (1) meditații de tip concentrativ - cu origini în hinduismul vedic - și (2) meditații de tip *mindfulness* - cu origini în tradiția budistă Zen. În meditațiile concentrative, mintea (atenția) este focalizată asupra unui obiect predeterminat. În acest fel, are loc o calmare a spiritului și o mai mare conștientizare a sinelui-intern (realitatea adevărată), dincolo de iluziile lumii externe. Prototipul acestei forme de meditație este meditația transcendențială; este ca și cum am focaliza imaginea pe care o vedem printr-o lentilă asupra esențialului, ignorând neesențialul.

În meditațiile de tip *mindfulness*, mintea (atenția) nu este focalizată asupra a ceva anume, lăsând, intenționat și contemplativ, să se exprime toate experiențele pe care le avem. În acest fel, are loc o

calmare a spiritului și o mai mare conștientizare a prezentului. Așadar, în variantă *mindfulness*, meditația se referă la faptul că persoana este conștientă de propriile emoții, stări biologice, cogniții și comportamente, adesea într-o manieră „aici și acum”, în mod detașat, fără a face judecăți de valoare. În tradiția budistă, ea făcea parte din al patrulea adevăr nobile (*Marga* - modalitatea de a elimina suferința), fiind a opta cale nobile (*right mindfulness*). În acest caz, este ca și cum am privi lumea printr-o lentilă cu un câmp larg, surprinzând întregul, adică natura adevărată a lumii. Indiferent de modalitățile utilizate, funcția procedurilor de tip meditativ este de a transforma.

## II. *Meditația transcendențială*

Meditația de tip transcendențial a fost preluată în SUA (vezi Benson, 1996) și lăptată pentru a putea fi utilizată fără încărcătura ei mistică și într-o manieră în care efectele ei să fie clar măsurabile.

Etapele meditației de tip transcendențial, după Benson, sunt :

Pasul 1: Alege un cuvânt sau o propoziție care are semnificație importantă pentru tine.

Pasul 2 : Stai liniștit, într-o poziție confortabilă.

Pasul 3 : închide ochii.

Pasul 4 : Lasă corpul și musculatura să se relaxeze.

*a*

Pasul 5 : Respiră lent, dar natural, iar în timpul respirației, focalizează-te repetă mental formula aleasă în Pasul 1.

Pasul 6 : Adoptă o atitudine pasivă. Nu te gândi cât de bine o faci sau dacă o să-ți iasă. Dacă pe parcursul procedurii îți vin în minte alte gânduri, lasă-le vină fără a te opune (cum vin, așa vor pleca), tu focalizându-te în continuare formula aleasă.

Pasul 7 : Continuă acest exercițiu timp de 10-20 de minute. Pasul 8 : La sfârșit, nu te ridica imediat.

Stai liniștit, aproximativ un minut restabilind treptat legătura cu mediul înconjurător. Apoi deschide ochii și sta încă un minut înainte de a te ridica.

### III. *Meditația mindfulness*

Meditația de tip *mindfulness* poate fi practică oriunde, fără poziții speciale sau un mediu anume. Ceea ce contează este atitudinea orientată intențională experiențieră, fără judecăți de valoare, a prezentului ca întreg (aici și acolo, pentru a ține subiectul orientat asupra prezentului, evitând reveri utilizează ca amorsa respirația).

#### ◆ EXEMPLUL 1

Iată cum ar funcționa un astfel de exercițiu într-o tulburare de tip depresiv, în neutralizarea cognițiilor disfuncționale și/sau iraționale: 1. Sunt conștient de corpul meu (inspir). Mă accept și-mi zâmbesc (expir) Conștientizez gândurile negative (inspir). Accept gândurile negative (e\* Accept faptul că ele îmi produc suferință (inspir). Știu însă că suferi tolerabilă (expir).

Conștientizez stările depresive pe care le am (inspir). Le accept (expir) Conștientizez și gândurile mele pozitive (inspir). Le accept și le zâmbesc (expir). 6. Conștientizez stările pozitive (inspir). Le accept și le zâmbesc (expir).

La niveluri mai avansate, fără aplicații clinice directe, în meditația *mindfulness* pot fi decupate intențional anumite teme majore, precum moartea, cu implicații existențiale. În acest caz, se urmărește atingerea superior de conștientizare a naturii adevărate a lucrurilor, ajungând la iluminare și nimicire a dorinței - Nirvana. Prezentăm mai jos, pentru exemplul de astfel de procedeu avansat:

#### <\$> EXEMPLUL 2

1. Sunt conștient de valul oceanului (inspir). Îi zâmbesc (expir).
2. Sunt conștient de apa din val (inspir). Îi zâmbesc apei (expir).
2. 3.
4. 5. 6.

3. Văd nașterea valului (inspir). Zâmbesc nașterii valului (expir).
4. Văd moartea valului (inspir). Zâmbesc morții valului (expir).
5. Conștientizez natura nenăscută a apei în val (inspir). Zâmbesc naturii nenăscute a apei (expir).
6. Conștientizez natura nemuritoare a apei în val (inspir). Zâmbesc naturii nemuritoare a apei (expir).
7. Conștientizez nașterea propriului corp (inspir). Zâmbesc nașterii (expir).
8. Conștientizez moartea propriului corp (inspir). Zâmbesc morții (expir).
9. Conștientizez natura nenăscută a corpului meu (inspir). Zâmbesc naturii nenăscute a corpului meu (expir).
10. Conștientizez natura nemuritoare a corpului meu (inspir). Zâmbesc naturii nemuritoare a corpului meu (expir).
11. Conștientizez natura nenăscută a conștiinței mele (inspir). Zâmbesc naturii nenăscute (expir).
12. Conștientizez natura nemuritoare a conștiinței mele (inspir). Zâmbesc naturii nemuritoare (expir).

După maestrul Zen Thich Nhat Hanh, în acest exercițiu, valul și apa sunt metafore pentru Nirvana. Valul reprezintă nașterea și moartea. Apa este Nirvana. Valul apare și dispare, este când mare, când mic, singur sau însoțit de altele. Apa este însă constantă; atunci când înțelegem acest lucru, putem înțelege natura adevărată a lucrurilor și intrăm în starea de Nirvana.

Rezultatele acestor tipuri de meditație au fost investigate în cadrul unor cercetări riguroase. Cercetările s-au focalizat pe tehnică, fără a considera și «notațiile lor mistice. Deși, așa cum am precizat mai sus, tradiția lor spirituală și aspectul procedural sunt diferite, efectele lor psihologice sunt similare. Astfel, ele sunt căi distincte spre același rezultat. Benson *et al.* au studiat mai ales efectul meditației de tip concentrațiv (meditația transcendențială), iar Segal și colaboratorii, mai ales meditația de tip *mindfulness*. În zeci de studii (vezi Tason, 1996; Segal *et al.*, 2002) s-a observat că ele au efecte benefice la nivel cognitiv (de exemplu, se reduce gândirea disfuncțională/irațională), comportamental (se reduc comportamentele dezadaptative) și psihofiziologic (se echilibrează balanța neurovegetativă, prin apariția răspunsului de relaxare etc). Astfel, ele s-au transformat în aplicații validate științific în tulburările psihosomatice (lipertensiune, migrene), somatice (tulburări cardiovasculare) și psihice (depresie, anxietate). National Institute for Clinical Evidence din Marea Britanie a inclus terapia cognitivă bazată pe meditație de tip *mindfulness* (*mindfulness cognitive therapy*) ca tratament validat științific în prevenirea recăderilor în tulburările severe de tip depresiv. Terapia comportamentală dialectică, validată științific pentru tulburările de tip *borderline* (vezi și Anexa 4), include, de asemenea, proceduri de meditație de tip *mindfulness*. Într-adevăr, procedurile meditative sunt un vehicul important în restructurările cognitive. Spre deosebire de tehnicile clasice de restructurare, ele nu înlocuiesc cu necesitate gândurile disfuncționale și iraționale cu gânduri funcționale și raționale; ceea ce fac este că transformă

aceleși conținut informațional, din unul disfuncțional în unul funcțional. de exemplu, deși gândul „Nimeni nu mă iubește” poate persista, după ce el este neutralizat afectiv și nu mai generează o stare de disforie ca în Congruența terapiei cognitiv-comportamentale cu procedurile med fost reliefată și în întâlnirea și discuția publică dintre Aaron Beck și Dai (din Suedia, 2005), iar Albert Ellis, prin corespondența cu Dalai Lama, clar rolul procedurilor meditative în „neutralizarea” efectului cognițiilor țiionale și/sau iraționale. În termeni cognitivi, această neutralizare î adesea modificarea cognițiilor evaluative, în sensul reducerii presiunii c exprimate în ele (de exemplu, „prefer să”, „trebuie să”) ; așadar, nu e de o transformare a cognițiilor iraționale („trebuie să...”) în cogniții („prefer foarte mult să... dar dacă nu, accept să...”) ci, mai degrabă, c a dorințelor spre „accept să...”.

## 7.6. Proceduri eclecticice

Terapia cognitiv-comportamentală favorizează un eclecticism metodologi țiile conceptualizării cognitive a cazului. Așadar, după o conceptua nitivă, pot fi utilizate orice tehnici de intervenție psihoterapeutică înlocuirea cognițiilor disfuncționale și iraționale cu cogniții funcționale și/sau la neutralizarea acestora. Desigur, tehnicile utilizate trebuie s pentru pacient și să se înscrie în deontologia profesională. Exemplif proceduri eclecticice prin tehnica interpretării viselor (de sorginte dinari litică) și tehnica jocului de rol în condiții ecologice (de sorginte umanisi -experiențială). Tehnica asociațiilor libere (de originie dinamic-ps utilizată pentru identificarea cognițiilor, a fost deja prezentată antei

### 7.6.1. Tehnica interpretării viselor (din tradiția dinamic-psihanalitică)

Tehnica se aplică în cazul în care un vis repetitiv anxietizează pac cazul în care se urmărește obținerea de informații suplimentare des pacientului. Aceasta se întâmplă în condițiile în care, pe parcursul ședinței, pacientul declară că nu îi vin în minte gânduri relevante pe terapeutic.

Tehnica interpretării viselor angajează următorul demers :

(1) Pacientul este pus să-și povestească visul (conținut manifes notează temele visului și evenimentele, în ordinea prezentată < asemenea, este atent la emoțiile experiențiate de pacient în c\

sau în nișile nultor ocesul

ipeutul nt. De vestirii

și la legătura lor cu temele expuse (de exemplu, relațiile spațiale pot semnifica relații interpersonale). Conținutul manifest este organizat pe baza modelului ABC cognitiv.

(2) Pornind de la evenimentele relatate (conținutul manifest), pacientul este rugat să facă asociații libere, adunându-se treptat un volum mare de informații (conținut latent), care va fi apoi organizat pe baza modelului ABC cognitiv.

(3) Pe baza materialului obținut, terapeutul oferă o interpretare a visului și/sau a repetării sale, punând în legătură, de fapt, conținutul manifest cu conținutul latent. Focalizarea se face asupra conținuturilor cognitive și a relațiilor acestora cu stările afective pe care le determină.

Eficiența tehnicii depinde nu de valoarea de adevăr a interpretării, ci de plauzibilitatea și gradul acceptării ei de către pacient. Altfel spus, un vis care se repetă, anxientizând pacientul, este incomprehensibil pentru el. Incomprehensibilitatea, impredictibilitatea și sentimentul lipsei de control pe care îl experimentează subiectul în raport cu apariția și semnificația visului generează anxietate anticipativă, care menține și perpetuează visul respectiv în diverse variante. Spre exemplu, faptul că se gândește la el înainte de a adormi, amorsează prelucrările informaționale implicate în acesta, astfel că e mai probabil ca ele să reapară și să genereze vise pe aceeași temă. Reducerea anxietății anticipative și, în consecință, a frecvenței de apariție a visului, se face prin oferirea unui mit terapeutic, în forma interpretării acestuia. Sigur, în unele cazuri interpretarea poate fi adevărată, dar nu acest lucru este important aici, ci caracterul de coerență și predictibilitate pe care ea îl dă pacientului.

### **[.6.2. Tehnica jocului de rol în condiții ecologice (din tradiția umanist-existențial-experiențială)]**

Această procedură (Kelly, 1955) a fost utilizată inițial de către George Kelly (1967), cu scopul de a modifica constructele personale ale subiecților, cu implicații asupra stării de sănătate. În acest caz se realizează un contract cu pacientul, în care se precizează că, timp de o săptămână, spre exemplu, el trebuie să se comporte conform unui rol prescris de terapeut. Terapeutul va prescrie pacientului un rol, opus modului său cotidian, dezadaptativ, de a se comporta. Acest lucru are două consecințe pozitive pentru demersul terapeutic. În primul rând apare o disonanță cognitivă între comportamentul nou și cognițiile ulterioare ale persoanei. Or, se știe din cercetările de psihologie socială (Festinger, că, în astfel de cazuri de disonanță neforțată, normele (cognițiile) se schimbă pentru a fi congruente cu comportamentul. Se modifică astfel cognițiile disfuncționale și iraționale ale pacientului. În al doilea rând, pacientul are posibilitatea de a se deconstrui de sistemul său anterior de relaționare cu mediul și

de a experiența alte modalități de relaționare. Contează foarte mult ca tei să creeze un scenariu realist, adaptativ, incompatibil cu cel vechi, pacientul să-1 accepte și să-1 poată implementa experimental în viața cotid vizeze zona proximei lui dezvoltări).

### 7.7. Prescripțiile cognitiv-comportamentale („temele pentru acasă")

Atunci când pacientul se prezintă la terapie, patternurile cognitive și c< mentale implicate în patologie sunt bine sedimentate. Ședințele de ter: fundamentale pentru identificarea și modificare lor. Pentru a fi efici tratamentul trebuie să se deruleze și între ședințele terapeutice. Așa a mentul medical (de exemplu, medicamentos) se implementează între > medic, nu doar în cabinetul acestuia, și în terapia cognitiv-comportan mare parte a tratamentului se implementează între ședințele terapeui important ca schimbările psihologice să nu aibă loc doar în cadrul șed terapie (când pacientul se simte mai bine), ci în viața de zi cu zi. Implț tratamentul între ședințe ia forma „temei pentru acasă" (*homework*), în *prescripții cognitiv-comportamentale* („pastila psihologică"). Așa temelor pentru acasă este fundamental pentru eficiența psihoterapiei.

Două metaanalize recente (Kazantzis *et al.*, 2000; Scheel *et a* sintetizând 43 de studii, arată clar plusvaloarea adusă de teme îi psihoterapeutic. Astfel, corelația dintre utilizarea temelor și eficien este de  $r = 36$ , iar corelația dintre complianța cu prescripțiile oferite ș intervenției este de  $r=22$ . În plus, implementarea temelor duce i creșterea eficienței terapiei, ci și la: (1) scurtarea duratei acesteia ș ralizarea rezultatelor la viața de zi cu zi - lucru important ținând cont (obiectivul psihoterapiei este remiterea tabloului clinic așa cum se mai viața pacientului, nu doar în timpul ședinței de psihoterapie. Conside aceste rezultate, „temele pentru acasă", sub forma prescripțiilor cognitiv mentale, sunt componente obligatorii ale terapiei cognitiv-compor pacientul este educat în acest sens de la primele ședințe de terapie.

Prescripțiile cognitiv-comportamentale continuă de fapt ședința te viața cotidiană. Astfel, diverse proceduri comportamentale pot teste ecologic al pacientului, cognițiile sale disfuncționale și iraționale ; p exersează și se întăresc cognițiile funcționale și raționale. Diverse ț relaxare practicate între ședințele de psihoterapie pot dezvolta ser autocontrol. Pe scurt, temele sunt adesea o transpunere mai ecologice utilizate în cursul terapiei și/sau o testare și întărire a lucrurilor învățate în terapie (vezi și Anexa 2, 2.6.). Așadar, ele nu se deosebes

procedurile utilizate în terapie, ci, asemenea lor, constituie o parte integrantă a unui tratament comprehensiv și coerent.

Pentru a fi eficiente, prescripțiile cognitiv-comportamentale trebuie să satisfacă următoarele rigori (pentru detalii, vezi Scheel *et al.*, 2004):

- (1) să fie asimilabile în conceptualizarea clinică a cazului; pacientul trebuie să vadă clar legătura dintre ele și explicația care i s-a oferit cu referire la problemele pe care le are. Cercetările au arătat că nivelul de concordanță între modul în care tema pentru acasă este înțeleasă de pacient, respectiv de terapeut, este, de regulă, de doar 41 %, această diferență fiind mai accentuată la novici și mai mică la experți;
- (2) să fie acceptate de pacient; uneori se prescriu teme pentru acasă foarte dificile (pentru care pacientul nu este încă pregătit) și/sau care nu pot fi implementate deoarece iau prea mult timp și/sau interferează cu elementele principale ale rutinei de viață a pacientului. Temele trebuie să vizeze zona proximală a dezvoltării pacientului; dacă sunt prea dificile, ele nu vor putea fi efectuate, iar dacă sunt prea ușoare, nu vor avea funcție terapeutică, în ambele cazuri demersul terapeutic (relația terapeutică) fiind afectat;
- (3) să se bazeze pe resursele și abilitățile pacientului; altfel spus, tema trebuie să folosească la maximum resursele și punctele tari ale pacientului;
- (4) să se ofere pacientului o varietate de teme din care el și terapeutul să poată apoi să le aleagă pe cele mai acceptabile pentru pacient. De asemenea, ele trebuie să fie descrise și precizate clar; eventual, tema poate fi oferită și sub formă scrisă, pentru a fi luată acasă și utilizată ca amorsa în executarea comportamentului;
- (5) să fie congruente cu demersul terapeutic (cu celelalte proceduri utilizate) și să fie ecologice, permițând și pregătind aplicarea celor învățate în terapie, în viața cotidiană;
- (6) să fie discutate în cadrul fiecărei ședințe, ca parte a agendei terapeutice. Este important să se abordeze barierele pe care pacientul le-a întâmpinat în implementarea temei, să i se ofere feedback și, dacă este necesar, să se modifice tema. Dacă ea a fost implementată corect, pacientul trebuie întărit pozitiv.

Atunci când pacientul nu își face temele pentru acasă, fie ele au fost prescrise peștit de către terapeut, fără respectarea rigorilor menționate anterior, fie este vorba de o modalitate prin care pacientul transmite că sunt probleme în relația terapeutică.



## 7.8. Particularități ale procedurilor cognitiv-comportamentale

Procedurile și tehnicile descrise anterior au fost conceptualizate mai ales terapia cognitiv-comportamentală individuală, dar ele nu sunt dependente (context). Cu ajustări minore, pot fi utilizate în terapia de grup (de exemplu familie) și în grup, la populații cu vârste diferite, din culturi diferite, cu pi diferite (de exemplu, tratamentul patologiei și/sau promovarea sănătăii asemenea, pot fi adaptate pentru autoterapie. Vom prezenta în continuare, succ mai importante astfel de adaptări (despre fiecare în parte putându-se scrie o

### 7.8.1. Tehnici cognitiv-comportamentale de grup/în grup

Așa cum spuneam anterior, procedurile și tehnicile psihoterapeutk utilizate individual sau în grup. Implementarea lor în grup nu angajea ficări semnificative în modul de utilizare.

Modificările sunt legate m; organizarea grupului.

#### I. Construirea unui grup terapeutic

Construirea unui grup terapeutic presupune, în principiu, următoa

- subiectul trebuie să beneficieze de pe urma grupului, iar grupul, d subiectului;
- nu se introduc în grup subiecți extrem de agresivi, deoarece acest; dinamica lui; pentru subiecții agresivi se organizează grupuri sp
- numărul membrilor grupului este, de obicei, între 6 și 8; un r mare de subiecți poate afecta negativ dinamica acestuia;
- pot fi incluși în grup pacienți cu diverse probleme, respectau grupele mari de vârstă (copii, adolescenți, adulți).

Ședințele de grup au loc de aproximativ două ori pe săptămâni specială se acordă ședințelor inițiale, de consolidare a grupului. E încălzire și de familiarizare a subiecților din grup sunt foarte impo

#### <\$> EXEMPLU

Tehnica „scaunului”. Pentru a facilita discuțiile, subiectul se prezintă ( o altă persoană, care stă lângă el pe un scaun; el se descrie la perso

De asemenea, terapeutul trebuie să fie atent să stimuleze toți me lui: îi încurajează pe cei tăcuți, îi „strunește” pe cei prea vorbăre etc. Numărul mediu de ședințe de grup este de 25.

## II. *Mecanismele intervenției în psihoterapia de grup*

Psihoterapia de grup acționează prin mecanisme specifice. Dacă în psihoterapia individuală factorii principali ai reușitei sunt: o relație terapeutică adecvată, un psihodiagnostic și o conceptualizare clinică corecte și tehnici de intervenție eficiente, în psihoterapia de grup factorii reușitei sunt:

- accesul la o cantitate mai mare de informație terapeutică;
- instalarea speranței; văzând că unii membri ai grupului au reușit, subiectul înțelege că și el poate reuși;
- învățarea prin modelare și imitație ;
- suportul social al grupului;
- universalitatea; subiectul înțelege că problema pe care o are nu îl vizează doar pe el, ci apare și la alte persoane.

Adesea, o combinație între psihoterapia individuală și cea de grup este extrem de eficientă; în funcție de evoluția pacientului, acesta poate fi orientat, în diverse momente, de la psihoterapia individuală la cea de grup și invers. În general, psihoterapia individuală este indicată în cazuri mai severe, iar psihoterapia de grup în cazuri mai puțin severe, adesea cu rol educativ și profilactic (dificultăți în relaționare interpersonală, lipsa asertivității etc), însă fără ca acest lucru să fie o prescripție. Ca regulă generală, înainte de psihoterapia de grup este indicată ) secvență de psihoterapie individuală.

### **f.8.2. Tehnici cognitiv-comportamentale autoadministrate *self-help***

bate tehnicile descrise anterior pot fi utilizate și ca autoterapie pentru promovarea sănătății și/sau tratamentul unor probleme psihologice (vezi și Anexa 2, 1.6.). În aceste situații, terapeutul își asumă un rol de consultant și de monitorizare pacientului.

Un program de terapie autoadministrată are, de regulă, trei faze : (1) auto-monitorizarea/autoobservația; (2) autoevaluarea - pentru a determina dacă există o îmbunătățire între ceea ce facem/gândim/simțim și ceea ce dorim să facem/gândim/simțim; (3) autoadministrarea întăririlor. Pașii de bază sunt:

0) ideea este să-ți organizezi mediul astfel încât comportamentul dezirabil să fie întărit, iar cel inddezirabil să nu fie întărit;

1) întăririle ți le dai doar dacă faci comportamentul dezirabil;

2) precizează clar comportamentul pe care dorești să-l faci într-o situație specifică, bine definită;

3) observă atent cât de des faci comportamentul respectiv, ce antecedente are și ce consecințe are;

(e) fă un plan prin care să modifci mediul astfel încât acesta să conțină dente care îți amorsează comportamentul dorit și consecințele, în form; rilor pozitive, pe care să ți le poți administra dacă faci acest comporta a pedepselor care urmează dacă nu faci comportamentul;

(f) implementează, ajustează și termină programul atunci când ți-; obiectivul.

#### <S> EXEMPLUL 1

Pentru decelerarea comportamentului (secvență pentru controlul compot alimentar).

(1) Țin toată mâncarea în bucătărie.

(2) Mănânc doar în bucătărie ; nu mănânc în pat, în timp ce mă uit la T^ acest fel, comportamentul de a mânca devine un operant discrimin; bucătărie; altfel, el este un comportament operant amorsat de toți sti casă!).

(3) Mănânc încet și doar mâncare preparată acasă (pentru a reduce mâncatul co

(4) Dacă reușesc, la sfârșit iau o bucată mică din ciocolata preferată.

(5) Dacă încep să mănânc în altă parte, atunci arunc mâncarea pe jos, în loc am mâncat (de exemplu, pat, baie etc).

#### <\$> EXEMPLUL 2

Pentru accelerarea comportamentului (secvență pentru a dormi).

(1) Elimin orice sursă de zgomot din dormitor.

(2) Nu mănânc și nu fac alte activități (de exemplu, nu citesc) în dormite elimin mâncarea sau cărțile sau orice altceva care mi-ar putea amor comportamente (încercăm astfel să reducem deschiderea operațională a! în dormitor).

(3) Intru în dormitor atunci când simt nevoia să dorm. La trezire mănân mică din ciocolata preferată.

(4) Dacă mă trezesc făcând alte lucruri în dormitor, atunci mă ridic și m toate vasele din bucătărie (chiar dacă sunt spălate).

### **7.8.3. Prescripții/sfaturi pentru viață**

Multe forme de psihoterapie evită oferirea de sfaturi (*advice giving*). că fiecare pacient trebuie să-și găsească singur, dar asistat de terapeut Altfel, câștigul terapeutic nu va fi stabil, pacientul apelând la terap sfaturi și ajutor ori de câte ori se confruntă cu probleme. Terapie -comportamentală recunoaște acest fapt și îl implementează ca ur referință în abordarea patologiei. Adesea însă, atât în abordarea pate mai ales în abordarea omului sănătos cu probleme de viață, „prescrip mentate științific" pot deveni „pastile psihologice" care ne ajută s dificultățile vieții; terapia cognitiv-comportamentală are astfel un profu

educațional. Prezentăm în Anexa 2 (2.6.) astfel de „pastile” psihologice pentru diverse tulburări și condiții psihologice, împreună cu condițiile lor de administrare. Este important să dezvoltăm această componentă căci altfel oamenii vor continua să ceară sfaturi referitoare la stilul de viață, cu implicații pentru sănătate și boală, de la rude, prieteni sau paraprofioniști (*coach*, vrăjitori, astrologi etc). Aceștia, bazându-se pe psihologia de simț comun și/sau pe propria experiență de viață, pun adesea la risc persoana, cunoașterea de simț comun fiind frecvent o sursă de patologie. Spre exemplu, sfaturi precum „Gândește întotdeauna pozitiv !”, „Totul va fi bine !”, „Nu renunța cu nici un preț!” sunt căi care duc adesea spre nevroză! În aceste situații, transpunerea unor principii psihologice validate științific într-un limbaj de interfață și diseminarea lor în populație, prin „cărți de popularizare”, „prescripții de viață” etc, este fundamentală; chiar dacă nu duc mereu la soluții sigure, fac mai mult decât intuițiile *coach-ului*, care își teoretizează propria experiență și vrea ca și tu să trăiești după modelul său de viață. În Anexa 2 (2.2.; 2.3.; 2.4.; 2.6.) prezentăm astfel de adaptări ale cunoștințelor de psihologie într-un format de interfață, accesibil și ușor de reținut.

#### **7.8.4. Adaptări la sugar, copil, adolescent și vârsta a treia**

Deoarece procedurile și tehnicile cognitiv-comportamentale se bazează pe cerce-lari riguroase de laborator, care au evidențiat principiile de bază ale funcționării sistemului psihic de la copil la adult și până la vârsta a treia, ele pot fi aplicate la toate vârstele (chiar la sugar - tehnicile comportamentale). Evident că particularitățile de vârstă vor influența forma lor clinică.

Spre exemplu, procedurile de restructurare cognitivă pot fi utilizate atât la topii, cât și la adulți. Dacă la copil vom utiliza însă mai mult tehnici metaforice (de exemplu, povești), la adulți putem implementa tehnici logice și empirice. Similar, tehnica desensibilizării progresive va fi utilizată la adult cu ajutorul relaxării, în timp ce la copiii mici ea va fi implementată în varianta modelării sau expunerii gradate. De asemenea, pentru identificarea cognițiilor și emoțiilor la copii vom utiliza metode non-verbale (jocuri, desene), în timp ce la adult vom apela la proceduri bazate pe întrebări directe. Trebuie să ne amintim că etapa de dezvoltare a copilului influențează modul în care ne raportăm la cognițiile lui. Astfel, la vârste mici, un stil de gândire bazat pe evaluare globală (bun - rău) este parte a dezvoltării ontogenetice normale; el nu trebuie forțat la restructurare. Apoi, în terapia copilului trebuie implicați și părinții. Uneori acest lucru este util, părinții ajutând la implementarea unor proceduri terapeutice (de exemplu, administrarea unor întăriri pozitive) în viața cotidiană. Alteori însă observăm că stilul cognitiv disfuncțional/irațional, comportamentele dezadaptative și emoțiile funcționale ale copilului au fost învățate tocmai de la aceștia, astfel că intervenția pentru schimbare este complexă!

educațional. Prezentăm în Anexa 2 (2.6.) astfel de „pastile” psihologice pentru diverse tulburări și condiții psihologice, împreună cu condițiile lor de administrare. Este important să dezvoltăm această componentă căci altfel oamenii vor continua să ceară sfaturi referitoare la stilul de viață, cu implicații pentru sănătate și boală, de la rude, prieteni sau paraprofioniști (*coach*, vrăjitori, astrologi etc). Aceștia, bazându-se pe psihologia de simț comun și/sau pe propria experiență de viață, pun adesea la risc persoana, cunoașterea de simț comun fiind frecvent o sursă de patologie. Spre exemplu, sfaturi precum „Gândește întotdeauna pozitiv!”, „Totul va fi bine!”, „Nu renunța cu nici un preț!” sunt căi care duc adesea spre nevroză! În aceste situații, transpunerea unor principii psihologice validate științific într-un limbaj de interfață și diseminarea lor în populație, prin „cărți de popularizare”, „prescripții de viață” etc, este fundamentală; chiar dacă nu duc mereu la soluții sigure, fac mai mult decât intuițiile *coach-ului*, care își teoretizează propria experiență și vrea ca și tu să trăiești după modelul său de viață. În Anexa 2(2.2. ; 2.3.; 2.4. ; 2.6.) prezentăm astfel de adaptări ale cunoștințelor de psihologie într-un format de interfață, accesibil și ușor de reținut.

#### **7.8.4. Adaptări la sugar, copil, adolescent și vârsta a treia**

Deoarece procedurile și tehnicile cognitiv-comportamentale se bazează pe cercetări riguroase de laborator, care au evidențiat principiile de bază ale funcționării sistemului psihic de la copil la adult și până la vârsta a treia, ele pot fi aplicate la toate vârstele (chiar la sugar - tehnicile comportamentale). Evident că particularitățile de vârstă vor influența forma lor clinică.

Spre exemplu, procedurile de restructurare cognitivă pot fi utilizate atât la copii, cât și la adulți. Dacă la copil vom utiliza însă mai mult tehnici metaforice (de exemplu, povești), la adulți putem implementa tehnici logice și empirice. Similar, tehnica desensibilizării progresive va fi utilizată la adult cu ajutorul relaxării, în timp ce la copiii mici ea va fi implementată în varianta modelării sau expunerii gradate. De asemenea, pentru identificarea cognițiilor și emoțiilor la copii vom utiliza metode non-verbale (jocuri, desene), în timp ce la adult vom șela la proceduri bazate pe întrebări directe. Trebuie să ne amintim că etapa de dezvoltare a copilului influențează modul în care ne raportăm la cognițiile lui. Astfel, la vârste mici, un stil de gândire bazat pe evaluare globală (bun - rău) este parte a dezvoltării ontogenetice normale; el nu trebuie forțat la restructurare. Apoi, în terapia copilului trebuie implicați și părinții. Uneori acest lucru este util, părinții ajutând la implementarea unor proceduri terapeutice (de exemplu, administrarea unor întăriri pozitive) în viața cotidiană. Alteori însă observăm că stilul cognitiv disfuncțional/irațional, comportamentele dezadaptative și emoțiile disfuncționale ale copilului au fost învățate tocmai de la aceștia, astfel că intervenția pentru schimbare este complexă!

în ceea ce privește vârsta a treia, anumite experimente comportamentale fi mai greu de implementat datorită condiției medicale a pacienților. I însă înlocuite cu tehnici comportamentale administrate independent și/sau în formă autoadministrată. Apoi, din cauza afectării cognitive (a n a atenției) care apare la unii pacienți de această vârstă, tehnicile metafo nu necesită un efort de procesare ridicat, pot fi o soluție bună de rest cognitivă. Pe scurt, numai imaginația, expertiza și deontologia ne limitează i tehnicilor prezentate aici la vârsta pacientului și la condiția sa.

#### **7.8.5. Variații culturale**

Așa cum spuneam mai sus, procedurile și tehnicile cognitiv-comportan în spate principiile de funcționare ale psihicului uman, descoperite în laborator riguroase și reproductibile. Unele dintre acestea descriu fur cognitivă a speciei umane, indiferent de cultură. Spre exemplu, toți reacționează la principiile condiționării clasice și operante; toți o< prelucrări informaționale conștiente și inconștiente ; cognițiile raționale nale sunt universale, Ellis avansând chiar ipoteza (1962) că ele implică poziție genetică.

Acestea fiind spuse, evident că intervin și variații culturale in Tehnicile de restructurare logică nu vor funcționa la populațiile care n stadiul formal-operator, cum se întâmplă cu anumite triburi din Africa lor, utilizarea unor tehnici empirice va suplini imposibilitatea folosirii logice. La anumite populații asiatice, ideea de restructurare cognitiv procedurilor meditative, nu a celor clasice ; altfel spus, se vizează nu s< cogniției, ci doar a funcției acesteia (de exemplu, detașarea de cogniția reducându-se influența acesteia). în fine, deși cognițiile raționale și irai să fie universale, conținutul lor poate varia în funcție de cultură societățile tradiționale ele vor fi mai bine reprezentate prin conținut (de exemplu, „Trebuie să mă iubească! "), în societățile moderne eli bine reprezentate prin conținuturi legate de performanță (de exemplu să reușesc! ")■

Aceste variații trebuie considerate clar și explicit atunci când se procedurile de intervenție cognitiv-comportamentală, pentru a evi datorate nu ineficienței terapiei, ci modului impropriu și neadecvat în c a fost utilizată.

### 7.8.6. Promovarea sănătății

Tratamentele tulburărilor mentale sunt extrem de costisitoare (până la 4 % din produsul intern brut în țările dezvoltate). Din fericire, cercetările au reliefat nu doar factori de patogeneză, implicați în apariția și menținerea patologiei, ci și factori de reziliență (sanogeneză), implicați în prevenirea patologiei și promovarea sănătății. Așadar, prevenția primară este fundamentală. Așa cum spuneam, prevenția primară se referă la prevenirea apariției patologiei prin intervenții asupra factorilor etiopatogenetici (declanșatori, determinanți, favorizanți) în cazul populațiilor expuse la acești factori. Deși pe termen scurt ea poate fi costisitoare, pe termen mediu și lung ea reduce costurile în sistemul de sănătate. Exemple de astfel de proiecte de prevenție primară sunt cele care vizează prevenirea fumatului la adolescenți, utilizarea prezervativelor etc. Problema este că adesea, nefiind afectate de boală, aceste populații sunt puțin compliante la astfel de intervenții. Prevenția secundară se referă la prevenirea evoluției și complicațiilor după instalarea bolii (care poate fi simptomatică sau asimptomatică); fără a se suprapune, ea este în strânsă legătură cu tratamentul specific al bolii. Prevenția terțiară vizează prevenirea problemelor generate de complicațiile bolii, implicând activități de reabilitare în tulburările cronice.

Utilizarea procedurilor cognitiv-comportamentale în promovarea sănătății este susținută de faptul că cei mai importanți factori psihologici de sanogeneză și de patogeneză sunt cognitivi și/sau comportamentali (Baum *et al.*, 1997), iar terapia cognitiv-comportamentală poate fi aplicată educațional; dezvoltarea medicinei comportamentale (*behavioral medicine*) se fundamentează pe acest lucru.

La nivel cognitiv, stilul funcțional/rațional, respectiv disfuncțional/irațional este, așa cum am văzut, un mecanism important pentru sănătate și boală; atunci când se referă la structuri generale, el se exprimă în trăsături de personalitate de vulnerabilitate (de exemplu, pesimism) sau reziliență (de exemplu, optimism) la boală. Puține constructe aduc ceva în plus față de acestea, atunci când sunt puse într-o ecuație de regresie, în explicarea, descrierea, predicția și organizarea răspunsurilor subiectului uman. Așadar, modificarea unui stil cognitiv disfuncțional/irațional în unul rațional/adaptativ se face în primul rând utilizând principii cognitiv-comportamentale (de exemplu, modelul ABC cognitiv și/sau comportamental).

[ La nivel comportamental, stilul de viață (de exemplu, fumatul, comportamentul alimentar) este un factor etiopatogenetic cu implicații pentru boală (de exemplu, tulburări cardiovasculare, cancer, SIDA etc). Așadar, modificarea unui stil de viață nesănătos într-unul sănătos se face utilizând principii cognitiv-comportamentale (modelul ABC comportamental și/sau cognitiv).

Aceste patternuri cognitiv-comportamentale pot fi predictive nu doar pentru feteade sănătate și boală, ci chiar pentru durata potențială a vieții. Redăm mai

jos un astfel de model (Schulz, 1978), bazat pe studii de epidemiologie ce (prezentat în Baum *et al.*, 1997).

### **Cât de mult veți trăi ?**

Mai jos este prezentat un ghid aproximativ pe baza căruia vă puteți calcula longi vitatea. Sperața standard de viață în cazul bărbaților este de 67 de ani, iar în ca femeilor, de 75 de ani. începeți prin a vă nota sperața standard de viață. Dacă între 50 și 60 de ani, adăugați încă 10 ani la cifra standard, deoarece ați demons deja că sunteți destul de rezistent/ă. Dacă aveți peste 60 de ani și sunteți încă ac adăugați încă doi ani.

Expectanță de viață standard \_\_\_\_\_

Evaluati în ce măsură vă caracterizează fiecare dintre itemii de mai jos și adunați sau scădeți numărul corespunzător de ani din expectanță de viața standard.

#### 1. *Istoric familial*

Adăugați 5 ani dacă 2 sau mai mulți dintre bunicii dumneavoastră au trăit 80 de ani sau mai mult. Scădeți 4 ani dacă unul dintre părinți, bunici, soră sau frate a murit din cauza unui atac de cord sau accident vascular, înainte de 50 de ani, și 2 ani dacă a murit înainte de 60 de ani. Scădeți 3 ani pentru fiecare caz de diabet, boli tiroidiene, cancer la sân, cancer al sistemului digestiv, astm sau bronșită cronică în cazul părinților sau buniciiilor.

#### 2. *Statut marital*

Dacă sunteți căsătorit/ă, adăugați 4 ani. Dacă aveți peste 25 de ani și nu sunteți căsătorit/ă, scădeți câte 1 an pentru fiecare decadă peste 25 de ani.

#### 3. *Statut economic*

Scădeți 2 ani dacă venitul familiei dumneavoastră este mai mare de 110800 RON/an (40.000 USD). Scădeți 3 ani dacă ați fost sărac/ă cea mai mare parte a vieții.

#### 4. *Fizic*

Scădeți 1 an pentru fiecare 5 kg îi Scădeți 2 ani pentru fiecare 2,5 ci plus în circumferința stomacului *t* cea a pieptului.

Adăugați 3 ani dacă aveți peste 4( ani și nu sunteți supraponderal/ă.

#### 5. *Exercițiu*

Regulat și moderat (alergare de 3 săptămână), adăugați 3 ani.

Regulat și viguros (alergare pe di mari, de trei ori pe săptămână), a gați 5 ani.

Scădeți 3 ani dacă aveți o muncă tară.

Adăugați 3 ani dacă este activă.

#### 6. *Alcool*

Adăugați 2 ani dacă consumați pi (1-3 băuturi pe zi). Scădeți 5 până la 10 ani dacă cor mult (mai mult de 4 băuturi pe zi Scădeți 1 an dacă nu beți deloc.

#### 7. *Fumat*

Două sau mai multe pachete pe 2 scădeți 8 ani.

Unu sau două pachete pe zi, scă< ani.

Mai puțin de un pachet, scădeți!

Scădeți 2 ani dacă fumați pipă sa trabuc în mod regulat.



**Cât de mult veți trăi ?**

|   |  |
|---|--|
| <p><i>L. Dispoziție</i><br/>         idăugați 2 ani dacă sunteți o persoană rațională și practică.<br/>         scădeți 2 ani dacă sunteți o persoană agresivă, intensă și competitivă.<br/>         adăugați între 1 și 5 ani dacă sunteți în general fericit/ă și mulțumit/ă de viață.<br/>         scădeți între 1 și 5 ani dacă sunteți în general nefericit/ă, îngrijorat/ă sau vă simțiți des vinovat/ă.</p> <p><i>Educație</i><br/>         la nivel de liceu, scădeți 2 ani.<br/>         10 ani de școală după liceu, adăugați în plus.<br/>         15 ani sau mai mulți ani peste liceu, adăugați 3 ani.</p> | <p><i>10. Mediu</i><br/>         Dacă ați trăit în mediu rural cea mai mare parte a vieții, adăugați 4 ani.<br/>         Dacă ați trăit în mediu urban cea mai mare parte a vieții, scădeți 2 ani.</p> <p><i>11. Somn</i><br/>         Peste 9 ore pe zi, scădeți 5 ani.</p> <p><i>12. Temperatură</i><br/>         Adăugați 2 ani dacă temperatura în casa dumneavoastră nu depășește 20 de grade.</p> <p><i>13. îngrijire medicală</i><br/>         Verificări medicale regulate și control stomatologic regulat, adăugați 3 ani.<br/>         îmbolnăviri frecvente, scădeți 2 ani.</p> |
|---|--|

Între cei care, în urma calculului, au o speranță mai redusă decât se așteptau, fiind acest fapt cu studiile care arată că, pe măsură ce îmbătrânim ni se pare timpul trece mai repede (de exemplu, 10 ani între 10 și 20 de ani trec mai greu decât 10 ani între 50 și 60 de ani), nu merită să abordăm o viață rațională, cu o viață de viață sănătos și un stil cognitiv caracterizat de un optimism funcțional ?

**1. Intervenții în situații de criză**

este un termen care descrie situația în care o persoană întâmpină un obstacol în calea unui scop important al vieții sale, obstacol insurmontabil pentru ea, evaluând resursele pe care le are. Adesea, situațiile de criză (cu excepția existențiale), nu erau considerate de elecție pentru intervenția psihoterapeutică, ele fiind abordate medicamentos. Intervenția medicamentoasă poate avea însă o serie de consecințe negative. Astfel, ea nu oferă resurse, ci reduce la minimum subiectului la situația aparent nemodificabilă. Dacă situația care a provocat criza persista, iar medicația are și efecte secundare, subiectul poate să se simtă în plus, în această etapă, chiar dacă s-ar oferi intervenție terapeutică, posibil ca ceea ce învață subiectul să fie dependent de starea neuropsihologică de medicație, iar atunci când se stopează medicația, resursele învățate să nu îi poată fi clar reamintite și utilizate. Procedurile bine structurate de rezolvire de probleme, antrenament asertiv și/sau de inoculare a stresului sunt un instrument puternic care permit abordarea eficientă a situațiilor de criză prin terapie v-comportamentală.

## 7.9. Noi dezvoltări în procedurile cognitiv-comportamentale

Procedurile cognitiv-comportamentale sunt foarte flexibile. Așa cum am până acum, ele rezultă direct din tradiția cognitiv-comportamentală sau eclecticismului metodologic, din alte tradiții terapeutice, în condițiile reîntoarcerii lor în termeni cognitiv-comportamentali, validați științific. În plus, așa cum vedea în această secțiune, terapia cognitiv-comportamentală este orientată utilizării procedurilor „de frontieră”, care rezultă direct din studiile de 1. Să analizăm câteva astfel de situații.

### 7.9.1. *Bombardamentul subliminal*

Percepția este adesea un act conștient. Suntem conștienți de ceea ce auzim, gustăm, mirosim și simțim. Această conștientizare ne permite descriem experiențele altor persoane și să elaborăm acțiuni adecvate la sursa din mediu. Încă din secolul trecut, psihologii au fost interesați de existența unei percepții nonconștiente, de posibilitatea ca stimulii din poartă influența gândirea, emoțiile și comportamentul nostru, chiar dacă percepți conștient. Prima dovadă experimentală a existenței percepției conștiente a fost oferită de C.S. Pierce și J. Jastrow, în 1884. Ei au înțeles cunoscutul concept „prag fiziologic minimal absolut” al lui Weibull și Fechner (1888), definit ca limita fiziologică sub care nici un stimul nu este reprezentat în sistemul cognitiv. Cei doi cercetători au demonstrat pe detectarea diferenței între doi stimuli, diferență prezentată sub prag fiziologică. Dar ceea ce a trezit interesul oamenilor de știință a fost puțin mai târziu, în revista *Life*, a unui articol ce relatează faptul că peste 4500 de studenți care vizionau diverse filme au fost expuși unor bombardamente subliminale *Drink Coke* și *Eat popcorn* (Miclea, 1994). Se relatează că, în urma acestor bombardamente subliminale, vânzarea de Coca-Cola a crescut cu 18%, iar cea de fast-food, cu 50%. S-a acreditat astfel ideea că am putea fi manipulați prin bombardamente subliminale. Articolul a declanșat o emulație deosebită în cele mai bogate țări. Biserica se teme de posibilitatea manipularii prin mesaje satanice, subliminale. Comercianții sperau în posibilitatea unor câștiguri fabuloase prin mesaje publicitare subliminale. Chiar publicul larg a început să se îngrijoreze de bombardamentul subliminal cu suspiciune, în ideea că acesta ar putea să modifice comportamentul oamenilor în bine sau în rău. Evident că un fenomen asemenea impact social nu putea să fie neglijat de oamenii de știință. Fără să fie angrenați în isteria colectivă a anilor '60, declanșată de posibilitatea manipularii prin bombardamente subliminale, oamenii de știință au abordat fenomenul într-o manieră sistematică și riguroasă, încercând să

mecanismele, perspectivele și limitele. Abordarea teoretico-experimentală a bombardamentului subliminal s-a realizat pe următoarele direcții: (1) verificarea existenței percepției subliminale; (2) elaborarea unei metodologii științifice în studiul percepției subliminale; (3) analizarea gradului de prelucrare a stimulilor în percepția subliminală; (4) studiul mecanismelor implicate în percepția subliminală; (5) studiul impactului comportamental al bombardamentului subliminal, altfel spus, dacă putem fi manipulați prin stimulare subliminală.

Rezultatele obținute în aceste direcții de studiu au fost sintetizate la anumite intervale de timp, concluziile ghidând cercetarea și dezvoltarea ulterioară în domeniu.

Astfel, în anii '50, Bruner (Bruner și Krech, 1950) scoate în evidență impactul, de cele mai multe ori inconștient, al factorilor cognitivi (de exemplu, expectanțe, etichetare lingvistică, analiză descendentă etc.) asupra proceselor perceptivă, inițiind o nouă orientare în psihologia percepției, intitulată „New Look”. În acest context științific demarează cercetările asupra percepției subliminale, în anii '70, Erdelyi, (Erdelyi, 1974) într-un studiu de referință intitulat „A I New Look to the New Look”, bazându-se pe rezultatele teoretico-experimentale I obținute până atunci asupra percepției subliminale, propune o nouă perspectivă I asupra inconștientului, depășind abordarea clasică freudiană. El argumentează necesitatea abordării inconștientului și din perspectiva prelucrărilor informaționale. Anii '90 aduc o nouă sinteză asupra rezultatelor teoretico-experimentale privind percepția subliminală, văzută deja într-un cadru mai larg, acela al inconștientului cognitiv. Astfel, Greenwald (1992), într-un studiu de sinteză, „New Look Three”, argumentează că cercetările în domeniul percepției subliminale și al inconștientului cognitiv au atins un grad de maturitate care le permite susținerea unor aplicații de anvergură în domenii dintre cele mai diverse : psihologie clinică, psihoterapie, reclamă, marketing etc.

Coroborând rezultatele studiilor de sinteză amintite mai sus, se poate răspunde la întrebările care au inițiat și susținut cercetările în domeniul percepției subliminale, întrebări enunțate anterior.

#### (1) *Există percepție subliminală ?*

Răspunsul la această întrebare este, în mod ferm, „Da!”. Cercetările de specialitate fac distincție între percepția explicită și percepția implicită. Percepția explicită se referă la perceperea conștientă a unor stimuli, în condițiile acțiunii directe a acestora asupra analizatorilor. Probele de percepție explicită presupun descrierea formei, culorii, distanței, intensității stimulului etc. Percepția implicită se referă la orice schimbare în gândire, emoție și comportament atribuită unui stimul din mediu, care nu este perceput conștient, în condițiile acțiunii directe a acestuia asupra analizatorilor sau după un interval de timp foarte scurt de la acțiunea stimulului. Probele de percepție implicită nu presupun descrierea stimulului, ci vizează efectul pe care acesta îl produce. În baza acestei distincții,

percepția subliminală este o subcategorie a percepției implicite. Percepția subliminală se referă la reprezentarea în sistemul cognitiv a unor stimuli care depășesc pragul senzorial minimal absolut; faptul că stimulul a fost în sistemul cognitiv este demonstrat nu prin descrierea reprezentării (vezi figura explicită), ci indirect, prin efectul pe care reprezentarea lui îl are asupra comportamentului. Percepția implicită cuprinde și alte subcategorii, dar cele mai importante sunt: (a) *percepția subconștientă-nonatențională* depășește pragul senzorial minimal absolut, dar reprezentarea sa nu este în câmpul conștiinței deoarece nu i se alocă sau nu i se pot alocă - în caz de leziuni cerebrale sau sindroame funcționale - suficiente resurse cognitive (exemplu, fiind prinși într-o discuție, nu conștientizăm mesajul transmis timp la radio); (b) *apărarea perceptivă* (subiecții normali au un prag minimal absolut mai ridicat pentru stimuli cu conținut anxios decât pentru stimuli neutri sau emoțional pozitivi; prezentarea unui stimul anxios la pragul senzorial minimal absolut determinat pentru stimuli neutri, face ca acesta să fie perceput conștient); (c) *halucinații hipnotice negative* (ca urmare a hipnotice, subiecții declară că nu percep anumite obiecte aflate în fața acestora, dar acestea le influențează indirect comportamentul și deciziile).

(2) *Elaborarea unei metodologii științifice în studiul percepției subliminale* Prezentarea subliminală a unui stimul poate lua forme diverse: (a) scăzută a stimulului, sub pragul senzorial minimal absolut; (b) durată prezentare (de ordinul milisecundelor); (c) mascarea stimulului-țintă se poate realiza printr-un câmp de energie care acționează simultan ev-țintă sau printr-un alt stimul - mască -, prezentat simultan sau la un interval de timp față de stimulii-țintă). Cercetările arată că efectul stimulului este mediat de metodologia folosită în prezentarea sa. Recent, Merikl propune o metodologie îmbunătățită asupra studiului percepției subliminale care face distincție între (a) *prag senzorial minimal absolut* sau pragul (nivelul de la care subiectul conștientizează prezența stimulului și/să descrie caracteristicile); (b) *prag subiectiv* (subiectul declară că nu vede un stimul, dar când este chestionat indirect, adică să spună dacă crede că există sau nu pe ecran, bazându-se pe simpla intuiție, procentul de identificare a prezenței stimulului este de 60-70%, mult mai mare decât nivelul șansei demonstrând faptul că, deși subiectiv persoana neagă existența unui câmp perceptiv, el este totuși reprezentat în sistemul cognitiv); (c) *prag psihofiziologic* (bazându-se pe intuiție, subiectul are un procent de identificare a stimulului cu nivelul șansei, dar prin mijloace electrofiziologice se poate demonstra că stimulul este înregistrat de către sistemul cognitiv). Pornind de la această metodologie, cercetările sugerează faptul că percepția subliminală ar exista și dacă stimulul depășește pragul obiectiv, situându-se într-o zonă cuprinsă între pragul obiectiv și pragul subiectiv.

(3) *Care este gradul de prelucrare a stimulilor în percepția subliminală ?* Stimulii prezentați subliminal sunt prelucrați la nivel (a) fizic, (b) lingvistic, (c) al conotației afective și (d) semantic. Se argumentează că prelucrarea semantică este însă una generală, și nu specifică, vizând mai ales categoria din care face parte stimulul, și nu semnificația propriu-zisă a acestuia. De asemenea, percepția subliminală are loc în special pentru stimuli simpli (cuvinte, obiecte, imagini care pot fi cuprinse ușor în câmpul perceptiv), realizându-se mai greu în cazul stimulilor complecși (propoziții ce presupun reguli gramaticale și activități perceptive mai complexe: baleierea privirii asupra stimulului, baleiere ce este condiționată de posibilitatea localizării și conștientizării cel puțin a prezenței, dacă nu a unor caracteristici ale acestuia etc).

(4) *Care sunt mecanismele implicate în percepția subliminală ?* Mecanismele implicate în percepția subliminală presupun două tipuri de prelucrări informaționale. Primul este reprezentat de procesările comune implicate și în percepția explicită (de exemplu, prelucrările primare de informație). Al doilea, vizează mecanismele specifice percepției subliminale. Acestea se referă în special la reprezentarea semantică a stimulului, care este una nespecifică (generală) și difuză (se activează toate sensurile posibile ale stimulului respectiv și nu doar sensul amorsat de contextul în care apare, ca în cazul percepției explicite).

(5) *Care este impactul comportamental al bombardamentului subliminal sau, altfel spus, putem fi manipulați prin stimulare subliminală ?*

Orice comportament este determinat de prelucrările informaționale amorsate de stimuli și context și este menținut datorită întăririlor din mediu. Pentru a ne influența comportamentul, stimulii prezentați subliminal trebuie să fie în măsură să activeze procesări informaționale care să susțină comportamentele vizate. Această activare trebuie să aibă o valoare mai mare decât activarea unor procese informaționale aflate în competiție, care susțin comportamente diferite și care sunt amorsate de alți stimuli subliminali sau de stimuli supraliminali. Mai precis, la întrebarea privind manipularea comportamentului prin stimulare subliminală se poate răspunde astfel :

(a) prin bombardament subliminal nu putem achiziționa comportamente noi și complexe, ci se pot amorsa prelucrări informaționale ce susțin comportamente învățate; aceasta deoarece achiziția unor comportamente noi presupune învățarea unor regularități. Or, s-a demonstrat că, prin bombardament subliminal, se achiziționează doar reguli parțiale și covariații simple, ce nu pot susține comportamente complexe;

(b) amorsarea prelucrărilor informaționale se exprimă prin modificări ale preferințelor (asupra stimulilor prezentați subliminal și/sau asupra stimulilor supraliminali ambigui prezentați concomitent cu aceștia), deciziilor și comportamentelor învățate;

(c) dacă într-un anumit context avem o preferință sau un comportament determinat, bombardamentul subliminal nu are nici un efect asupra poate favoriza o altă preferință sau un alt comportament, făcându probabil, fără însă ca ele să poată înlocui preferința sau comport: bine determinat în contextul respectiv. Dacă preferința sau comport există, dar nu se impun cu necesitate, stimularea subliminală le poate manifesta exterior. Dacă într-un anumit context nu avem un comportament sau o preferință predeterminate, stimularea subliminală p asemenea, favoriza un comportament sau o preferință dintr-o clasă g amorsată de contextul respectiv.

Pe scurt, dacă prin manipulare înțelegem să determinăm pe cineva și comportament opus convingerilor și intențiilor sale, atunci nu putem fi prin bombardament subliminal! Dacă prin manipulare înțelegem să l comportament mai probabil decât era înainte, atunci putem fi manipulatori prin bombardament subliminal!

Nucleul de rezultate teoretico-experimentale prezentate mai sus avansarea ideii unor aplicații în domeniul clinic. Aceasta deoarece multe de psihologie clinică au arătat că simptomatologia unor pacienți este un rezultat al prelucrării inconștiente de informație. Spre exemplu, în anxietate tendința inconștientă de a prelucra preponderent stimulii anxiogeni d aceasta amplificând anxietatea care, la rândul ei, favorizează prelucrări derentă a stimulilor anxiogeni. Intrăm astfel într-un cerc vicios care este simptomatologia. Aceste prelucrări inconștiente ar putea fi modificate prin stimularea subliminală.

Primele aplicații în domeniu au demarat încercând să testeze an avansate în tradiția dinamic-psihanalică: se consideră că simptomatologia este expresia unui conflict actual inconștient, conflict ce se reduce, de conflict bazat din copilărie, vizând în special persoanele semnif exemple, dorință incestuoasă în homosexualitate, agresivitate reprimată agresivitate orală în schizofrenie etc). S-a pornit de la ideea că stimularea subliminală ar putea influența dinamica acestor conflicte, reducând simptomatologia. Mesajul subliminal cu cel mai mare impact în reducerea simptomatologiei s-a dovedit a fi „*Mom and I are one* - Eu și mama suntem un: deoarece mesajul are un rol simbiotic, rezolvând presupusele conflicte dintre copil și persoane semnif din copilărie, conflicte în care era special mama. Acest mesaj, expus subliminal (20 de stimulări pe săptămână), s-a dovedit util în reducerea simptomatologiei în anxietate, stres, obezitate și creșterea performanței școlare etc. La stimularea subliminală, „*Beating dad is OK* - A-ți bate tatăl este un lucru bun", presupune că acționează și rezolvă complexul Oedip, are efect pozitiv asupra performanțelor în condiții de competiție (de exemplu, tir cu arcul e

spre deosebire de mesajul „*Beating dad is wrong* - A-fi bate tatăl este un lucru rău", care, acutizând complexul Oedip, reduce performanțele în condiții de competiție. Aceleași mesaje, prezentate supraliminal, nu au efectele descrise mai sus deoarece, consideră autorii, prezentarea supraliminală declanșează mecanismele de apărare, care împiedică reprezentarea lor adecvată în memorie și în dinamica conflictului inconștient. Oricât ar părea de ciudate aceste rezultate obținute în angajament psihanalitic, ele au fost confirmate de studiile moderne de metaanaliză. Recent, s-a încercat reinterpretarea lor într-un cadru teoretic științific, dincolo de perspectiva psihanalitică cu tentă de mit. Aceasta poate duce la clarificarea mecanismelor implicate și la potențarea efectului lor. Prezentăm în I continuare rezultatele acestor interpretări.

I (a) S-a demonstrat că se obțin aproximativ aceleași efecte chiar dacă nu afișăm subliminal întregul conținut stabilit de psihanalisti, ci doar părți ale acestuia, de exemplu : *mom, OK, one, wrong*. Aceasta înseamnă că efectele stimulărilor subliminale se datorează faptului că ele conțin cuvinte cu anumită încărcătură afectivă, pozitivă sau negativă, care este procesată subliminal și care poate contribui ulterior la exacerbarea sau diminuarea simptomatologiei. (b) Este puțin probabil să prelucrăm subliminal semnificația unui mesaj atât de complex. Dacă el este totuși prelucrat, impactul său asupra comportamentului în condițiile prezentării subliminale (spre deosebire de prezentarea supraliminală, caz în care efectul nu apare) poate fi justificat din perspectivă non-psihanalitică, verificabilă experimental. Astfel, cercetările din psihologia cognitivă arată că orice mesaj este reprezentat inițial în sistemul cognitiv ca fiind adevărat. Abia în faza ulterioară intervine o elaborare secundară (situată la interfața prelucrărilor inconștiente și conștiente, necesitând anumite resurse cognitive), care stabilește cu certitudine dacă mesajul este adevărat sau fals. În cazul în care mesajul este subliminal, elaborarea secundară nu poate avea loc și, în consecință, orice mesaj subliminal este reprezentat în sistemul cognitiv ca mesaj adevărat. Acest mesaj adevărat, emoțional pozitiv, contribuie la remiterea simptomatologiei. Mecanismele detaliate prin care el duce la ameliorarea simptomatologiei trebuie clarificate de cercetări ulterioare.

O altă linie de aplicare a bombardamentului subliminal în psihoterapie vizează direct anxietatea și reducerea acesteia, prin desensibilizare progresivă prin stimulare subliminală. Astfel, prezentarea subliminală a stimulilor în cadrul desensibilizării progresive (de exemplu, filme despre spații deschise, prezentate cu o intensitate sub pragul senzorial minimal absolut în cazul agorafobiei) a dus la obținerea acelorași rezultate ca în cazul expunerilor supraliminale. În plus, expunerea subliminală este mai puțin stresantă și solicitantă pentru subiect, reducând tensiunea musculară, dificultățile de respirație, transpirația etc. Pornind de la aceste rezultate, s-a elaborat o nouă variantă a tehnicii clasice de desensibilizare progresivă. În această formă, înainte de intervenția clasică (expunerea

supraliminală), apare o expunere subliminală a stimulilor, iar apoi trecerea ds expunerea subliminală la cea supraliminală se realizează gradat.

Deși promițătoare, tehnica bombardamentului subliminal în psihoterapie i mai mult expresia activității de cercetare decât a practicii efective. Stuc viitoare trebuie să pună la dispoziție un algoritm și tehnici eficiente și ecologici intervenție în practica clinică.

### **7.9.2. Proceduri de realitate virtuală și aplicații on-line**

Cele mai multe proceduri de intervenție cognitiv-comportamentală se aplică *in vivo*. Există însă și situații când aplicarea *in vivo* nu este indicată. Aceas întâmplă atunci când avem pacienți cu probleme severe și/sau complexe, sunt într-un mediu puțin sau greu controlabil. În aceste situații, pot int factori neprevăzuți, care afectează procesul terapeutic. Demersul utilizat în: cazuri implică apelul la: (1) joc de rol și/sau (2) strategia *in vitro* (ima^ Ambele condiții permit crearea unui mediu controlabil. Din păcate, uneor controlabil, acest mediu este artificial, neaproximând bine situațiile de cotidiană, astfel încât ceea ce se învață este greu generalizabil. Procedu realitate virtuală reușesc să rezolve această problemă. Ele vizează creare realității tridimensionale cu ajutorul computerului și a anexelor acestuia. cu mijloacele existente la ora actuală, această realitate virtuală pare mai decât lucrurile imaginate și este perfect controlabilă. Spre exemplu, controla numărul și agresivitatea stimulilor anxiogeni, complexitatea sa pe care le are de rezolvat subiectul etc. Primele studii au implementa proceduri în tratamentul tulburărilor de anxietate (fobii simple, agorafobi socială) și al durerii (ca tehnică de distragere cognitivă), ele dovedindu-st de eficiente. Recent, prin activitățile grupului de la Cluj-Napoca, proce realitate virtuală au fost adaptate, în premieră internațională, la trai tulburării de deficit atenționai și hiperactivitate (ADHD) - de exemplu, reî unor funcții atenționale, dezvoltarea toleranței la frustrare.

Este de așteptat ca implementarea terapeutică a acestor proceduri s tot mai complexă, pe măsură ce progresează cercetările asociate st hardului de care depinde calitatea și complexitatea realității virtual Pentru fanii filmului „Star-Trek”, holospațiul este idealul spre care tindt virtuală; cunoscătorii știu despre ce vorbesc!

Cu referire la utilizarea *on-line* a tehnicilor de terapie cognitiv-compon trebuie să nu repetăm greșelile din trecut. Să ne gândim, de exem] apariția tiparului mulți au protestat, spunând că va distruge tradiția oamenii vor deveni mai proști, nemaifiind nevoiți să învețe diverse k experiență și/sau prin relația mentor - ucenic. Apariția computerului acestuia, a Internetului, i-a făcut, de asemenea, pe mulți să se team



afectate interacțiunile sociale (vezi *Roboții de pe Aurora* de Isaac Asimov, 1996) și/sau că oamenii nu vor mai citi. Trebuie să înțelegem că există o nouă generație, pentru care computerul și internetul sunt tot atât de familiare cum sunt cărțile pentru alții (au avut loc, și vor mai avea, revoluții tehnologice majore : Gutenberg -Marconi - Gates). Pentru ei, ele nu sunt nocive ! în fapt, cea mai mare parte a informațiilor și a cunoașterii la care a ajuns omenirea (cunoașterea modernă a depășit cu mult cunoașterea omenirii cumulată în toate perioadele evoluției sale anterioare) poate fi găsită *on-line*, fără a mai fi nevoie să mergi la bibliotecă pentru a citi. Cărțile și Internetul sunt compatibile și/sau complementare. Mai mult, acestei generații îi este natural să-și facă relații sociale pe Internet. în aceste condiții, serviciile psihologice vor trebui administrate și pe această cale (mai ales, că există și sistemul de camere video *on-line*). Există deja sisteme în care diagnosticul și evaluarea clinică se face *on-line*, relația terapeutică poate fi stabilită prin discuții *on-line*, tehnicile și procedurile pot fi prezentate ordine, iar monitorizarea evoluției pacientului este, de asemenea, posibilă *on-line*. Altfel spus, toate componentele fundamentale ale demersului psihoterapeutic pot fi implementate *on-line*. Este un domeniu în plină expansiune și este fascinant să vezi cum tehnicile cognitiv-comportamentale sunt adaptate pentru aplicații *on-line* și cum se dezvoltă tehnici noi în acest nou mediu. Albert Ellis Institute este unul dintre vârfurile de lance în promovarea psihoterapiei în această formă.

### **7.9.3. Proceduri de abordare a prelucrărilor inconștiente de informație**

Așa cum am arătat anterior, există deja câteva proceduri cognitive și comportamentale prin care pot fi identificate și modificate prelucrările inconștiente de informație. Ele sunt însă identificate indirect, prin outputurile lor conștientizabile. Acest lucru lasă loc erorilor, uneori apărând neconcordanțe între evaluatori ai acelorași outputuri. Cercetările se îndreaptă, așadar, înspre identificarea directă a prelucrărilor inconștiente. Cea mai promițătoare perspectivă este aceea bazată pe indicatori neurobiologici și pe teste de memorie implicită. Desigur, indicatorii neurobiologici sunt semantici opaci, dar dacă sunt dublați de analiza outputurilor, procesul de identificare este mult mai riguros; astfel, s-au pus în evidență prelucrări informaționale la nivel de amigdală care par să fie implicate în tulburările de anxietate și în condiționarea clasică (LeDoux, 2000). în testele de memorie implicită, cerând subiecților să genereze primul răspuns care le vine în minte, ajungem la prelucrări informaționale inconștiente. Spre exemplu, dacă după memorarea unei liste de cuvinte nu reușim să ne reamintim 40% dintre ele, un procent însemnat dintre aceste cuvinte „uitate” se va exprima în teste de memorie implicită (pentru detalii, vezi David, 2000). Aceste studii sunt încă în faza incipientă, urmând să vedem în anii următori modul în care se vor concretiza.

#### 7.9.4. *Consiliere genetică și psihologie evoluționistă*

Abordarea cognitiv-comportamentală este ancorată în cercetările de b genomică umană. Pe măsură ce aceste cercetări se dezvoltă, ele asigură de pluscunoaștere în terapia cognitiv-comportamentală și invers, c cognitiv-comportamentale influențează aceste cercetări. Consilierea genetică vizează, simplu spus, nu doar adaptarea la determinate genetic, ci și abordarea tulburărilor plurifactoriale ; în caz tulburări, factorul genetic asigură un fond predispozițional care însă se t: sau nu într-o tulburare în funcție de stilul de viață al pacientului. Stilul așa cum am arătat anterior, este perfect abordabil prin terapie cognitiv-i mentală. Chiar în cazul unor tulburări în care factorul genetic este d exemplu, tulburări autozomal dominante), intervenția cognitiv-compoi este importantă pentru (1) reacția la aceste tulburări, conceptualizate c cadrul modelului ABC cognitiv, și/sau (2) procesele decizionale (de e avea sau nu un copil) cu referire la aceste tulburări (de exemplu, decizie, schimbarea stilului de viață etc).

Abordarea din perspectiva psihologiei evoluționiste a tulburărilor m cognițiilor funcționale/raționale și/sau disfuncționale/iraționale este ui exemplu. Aceste abordări nu sunt doar teoretice, ci pot avea influent astfel, spre exemplu, ținând cont că cognițiile evaluative par să aibă o ziție genetică, ele sunt mai greu de modificat decât cele descriptive și in ceea ce este un lucru bine de știut în restructurarea cognitivă, pentru i mai multe resurse în acest proces. Similar, dacă tulburările de anxie depresive sunt rezultatul unui proces adaptativ, atunci analizele ș: pragmatice pot fi implementate cu pondere mare.

#### 7.9.5. *Științe cognitive*

Aplicațiile științelor cognitive în psihoterapie duc la apariția unor cognitiv-comportamentale interesante. Astfel, se dezvoltă procedii îmbunătățire și/sau (2) reabilitare (fie în sensul reactivării funcției pi în sensul compensării ei prin alte mijloace) a memoriei, a atenției, d a învățării etc. Aceste dezvoltări sunt importante, căci prin ele terapi -comportamentală nu mai este focalizată doar asupra prelucrărilor info organizate în structuri cognitive, ci și asupra condițiilor care asi funcționare a prelucrărilor informaționale (de exemplu, resurse cogniti nale ; mecanisme de achiziționare a structurilor cognitive). Metaanali2 (Kessel și DeHaan, 2003) arată că procedurile de dezvoltare și/sau cognitivă (a atenției, a memoriei, a învățării, a limbajului) sunt prom: impact asupra terapiei cognitiv-comportamentale (de exemplu, îi cognitive).

Pacienții amnezici care au un deficit la nivelul memoriei explicite (memoria conștientă) pot fi învățați proceduri și cunoștințe noi (de exemplu, utilizarea computerului), mizând pe memoria lor implicită (memoria inconștientă). Deși după un astfel de proces de învățare ei declară nu că știu să fi învățat ceva, dacă sunt puși în sarcini specifice pot utiliza lucrurile învățate.

### 7.10. Concluzii și discuții

Acest capitol a prezentat principalele proceduri și tehnici utilizate în terapia Cognitiv-comportamentală. Ele sunt grupate în proceduri terapeutice, iar mai multe proceduri sunt reunite în strategii de tratament pentru diverse tulburări. Strategiile sunt apoi testate sub aspectul eficienței (*efficacy*) - cum funcționează în condiții de laborator - și al eficacității (*effectiveness*) - cum funcționează în practica cotidiană -, în cadrul unor studii clinice controlate (*randomised clinical trials*). Cele care trec testul, sunt incluse în „Manuale și ghiduri clinice” care sunt distribuite în comunitatea profesională. Așadar, alegerea unui tratament nu se face în funcție de personalitatea și interesul terapeutului (ce anume i se potrivește lui, ca terapeut), ci în funcție de pacient, problema acestuia și de tratamentele validate științific. Anexa 4 prezintă principalele strategii terapeutice validate științific pentru diverse tulburări psihice. Întorcându-ne la figura 3.1., să ne amintim că eficiența/eficacitatea tehnicilor este strâns legată de un diagnostic corect, de o conceptualizare clinică profesională și de interfață bună și de o blajă terapeutică adecvată. Dacă aceste ingrediente, cu rol catalizator, nu sunt prezente atunci, indiferent cât de corect vom aplica procedurile și tehnicile scrise în acest capitol, efectul lor va fi mult diminuat.

Tehnicile cognitiv-comportamentale sunt aplicabile : (a) individual, în grup și «grup; (b) direct, nemediat (prin întâlniri față în față ale terapeutului cu pacientul) și/sau indirect/mediat (de exemplu, *on-line*, computerul mediază relația terapeut - pacient) și/sau prin autoadministrare ; (c) la grupe de vârste diferite și (d) în culturi diferite. Ele sunt extrem de diverse. Această diversitate asigură un arsenal extraordinar, care face terapia cognitiv-comportamentală extrem de versatilă, aplicabilă atât în promovarea sănătății, cât și în patologie. Astfel, în promovarea sănătății, tehnicile se pot constitui în oportunități de autocunoaștere, dezvoltare personală și de prevenire a patologiei:

I Cum să rezolv probleme de viață ?

I Cum să iau decizii mai bune ?

I Cum să-mi controlez emoțiile și comportamentul ?

■ Cum să memorez mai bine ?

I Cum să învăț mai repede? etc.

Aceste intervenții, deși nu sunt încă la fel de bine validate ca și cele care vizează patologia, au un suport științific bun. Ele se deosebesc clar de promisiunile unor impostori care ne amăgesc cu „reușita” în nu știu câte trepte, ci „fericirea eternă” etc. Deși tematica poate fi similară (de exemplu, cum să fii fericit), demersul este mai ponderat, fiind verificat științific și promovai de

specialiști în psihologie.

În patologie, tehnicile sunt aplicabile de la probleme existențiale, la probleme clinice severe și extrem de severe (vezi și Anexa 4). Astfel, dacă funcționează la animale (șoareci, șobolani, câini, pisici, porumbei), tehnicile comportamentale vor funcționa și la subiectul uman, indiferent cât de grav este el afectat de diverse tulburări (debilitate mintală, tulburări psihotice etc.)! Pe de altă parte, tehnicile cognitive sunt aplicabile, pentru modificarea cognițiilor, de la subiecți normali până la cei cu tulburări psihotice (controlul delirului și/sau halucinațiilor). În regulă, în patologia severă este bine să începem cu tehnici comportamentale prin care activăm/motivăm pacientul - după care continuăm cu tehnici cognitive. Capitolul 8 exemplifică utilizarea acestor proceduri într-un caz deja clasat - cazul Dana -, iar în Capitolul 9 vom discuta critic eficiența acestor proceduri tehnice. Acestea fiind spuse, trebuie să ne amintim că, în anumite cazuri, cunoaștem mecanismele implicate în diverse forme de patologie, nu avem tehnici eficiente pentru modificarea lor ; cercetările aflate în derulare vor ge cu siguranță, tehnici și proceduri noi.

## Capitolul 8

# Prototipul unui demers terapeutic cognitiv-comportamental

## 8.1. Fundamente

Într-un tratament terapeutic cognitiv-comportamental trebuie realizate următoarele activități :

- *Lista de probleme.* Diagnosticul nosologic este particularizat în probleme de viață. Altfel spus, ne interesează modul în care categoriile nosologice se manifestă în probleme de viață pentru fiecare pacient, știut fiind faptul că același diagnostic nosologic se poate manifesta diferit la pacienți diferiți.

*Scopurile.* Scopurile stabilite trebuie să fie clare și precise, eventual organizate

pe termen scurt, mediu și lung. <sup>1</sup> *Planul de tratament și procedurile utilizate.* Ele sunt strâns legate de conceptualizarea clinică și sunt proprii fiecărei modalități terapeutice, deși în practică asistăm adeseori la un eclecticism metodologic. Prescripțiile psihoterapeutice (temele dintre ședințe) sunt componente obligatorii ale planului de tratament, cercetările arătând că ele au o contribuție importantă la eficiența terapiei. *f. Obstacole scontate.* Ele trebuie clarificate de la început, iar planul de tratament trebuie conceput astfel încât să nu fie serios afectat de aceste obstacole (de exemplu, să existe un plan de depășire a unor obstacole posibile - de pildă, când nu își face temele). <sup>1</sup> *Rezultate obținute.* Se înregistrează rezultatele obținute și se urmărește evoluția pacientului în timpul terapiei și o perioadă după terapie. Un element important în cadrul acestei etape este înregistrarea rezultatelor obținute. ; Evaluarea rezultatelor se face în două modalități: (1) subiectiv (declarațiile I clientului); (2) obiectiv (înregistrarea datelor comportamentale sau frecvenței I simptomelor pe parcursul terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros).

j Secvențele sunt asemănătoare în cazul tratamentului medical al *tulburărilor psihice*, *exceptând, uneori*, stabilirea unei liste de probleme, deoarece tratamentul

medicamentos este focalizat pe categoria nosologică. Trebuie menți faptul că tratamentul medicamentos este însoțit de terapie suportivă, căreia se abordează aspecte psihologice și probleme specifice asociate în multe tulburări, tratamentul psihologic și cel medicamentos se Această combinație trebuie însă făcută pe baza unor studii care să atest ei, deoarece, adeseori, combinația nu duce la un tratament mai eficient la unul mai costisitor. Spre exemplu, studiile arată că o combinație a tra psihologic și medicamentos este indicată în tulburările psihotice, d indicată în tulburările de anxietate sau există încă semne de întreb eficienței acestei combinații în cazul tulburării depresive majore (Be Demersul psihoterapeutic prezentat în continuare este unul protot terapia cognitiv-comportamentală, ilustrând lucrurile discutate pân acest volum. El va fi adaptat în funcție de tipul de psihoterapie (îndi grup, de grup) și de nevoile pacientului. Pentru formulări sinteti ghideze demersul terapeutic cognitiv-comportamental, vezi Anexa 2 (2 ele pot fi utilizate și în procesul de formare, dar și în procesul de in monitorizare a intervenției).

## 8.2. Secvențele de derulare a terapiei cognitiv-comportamentale

în terapia cognitiv-comportamentală nu există un număr standarc terapeutice. Ea poate fi mai scurtă decât alte forme de intervenție, d< eficiență, sau chiar mai mare (vezi Capitolul 9), prin faptul că im prescripții cognitiv-comportamentale între ședințe; numărul medi este între 20 și 25. Ele pot ajunge însă la 50 sau chiar la sute, dacă p complexă. Din păcate, aderența pacienților la tratamentul psihoterap\* ral, indiferent de forma acestuia, este scăzută, numărul mediu de șe jur de 5 ; de aici rezultă rolul important al conceptualizării și relații care pot spori aderența la tratament, eficientizând astfel rezultatele, continuare derularea secvențelor de terapie cognitiv-comportamentî standard (vezi Anexa 1, 1.5., iar pentru automonitorizarea den terapeutice, Anexa 2, 2.1.; 2.5.).

### *Ședința 1 (45-50 de minute)*

Prima ședință are rol explorator. în cadrul ei;

- (1) Psihoterapeutul își face o idee generală despre problemele păci întră în detalii, ci se încearcă doar stabilirea unei imagini de a să-i permită terapeutului să-și evalueze competența față de probler
- (2) Se face educația pacientului în legătură cu boala. Este bine să ii faptului că tulburările psihice pot implica mecanisme psiholoj

sau o combinație a acestora. În funcție de ceea ce se identifică, se va alege tratamentul adecvat, uneori fiind necesară combinația psihoterapiei cu tratamentul medical. În cazul unor tulburări severe, se solicită control medical, pentru a identifica potențialele mecanisme etiopatogenetice biologice.

(3) Se face educația pacientului pentru psihoterapie. Se explică pacientului ce este psihoterapia, cum funcționează, care va fi structura ședințelor și la ce să se aștepte. Se poate estima numărul aproximativ de ședințe și costul acestora; numărul aproximativ se apreciază pe baza literaturii de specialitate. De asemenea, efectele posibile (de exemplu, vindecare, ameliorare, controlul simptomelor etc.) se prezintă pacientului tot pe baza literaturii de specialitate.

■4) Se administrează pacientului bateria de teste psihologice (unele teste se pot da pentru a fi completate acasă); este indicat ca bateria să vizeze toate cele patru niveluri (afectiv-emoțional/subiectiv, cognitiv, comportamental și psiho-fiziologic/biologic) și aspectele stabile ale acestora, exprimate în structuri de personalitate și mecanisme defensive (vezi tabelul 4.1.). În această primă ședință, rolul terapeutului este unul de educator: el educă pacientul cu privire la boală și psihoterapie, trezește speranța de însănătoșire/ameliorare și așteptări realiste față de terapie; pacientul trebuie să simtă că, după primirea acestor informații, poate lua decizia de a începe sau nu psihoterapia fără a fi judecat.

*Ședința 2 (45-50 de minute)*

I) Se colectează rezultatele la testele psihologice, care vor fi cotate și interpretate pentru ședința 3.

I Se realizează un interviu clinic pentru a evalua starea de sănătate/boală a pacientului. Este bine ca acest interviu clinic să fie ghidat de SCID/DSM (First *et al.*, 2002). O atenție deosebită trebuie acordată identificării tulburărilor de personalitate; adeseori, acestea sunt mascate de intensitatea tulburărilor clinice, dar neidentificarea lor poate duce la dificultăți în implementarea psihoterapiei.

*Ședința 3 (45-50 de minute)*

Se mai culeg informații suplimentare, dacă este cazul. Se face conceptualizarea generală, pe baza informațiilor culese prin interviu și examinare psihologică. Conceptualizarea se realizează prin prisma modelului stres - vulnerabilitate, completat cu celelalte modele discutate în secțiunea 5.3. Altfel spus, un eveniment stresant (de exemplu, divorțul; stresorii isihosociali de pe Axa IV din DSM) a interacționat cu o stare de vulnerabilitate de pildă, evaluări catastrofice; tulburările de personalitate de pe Axa II din DSM), generând mai multe probleme (de exemplu, tulburare de panică; alte ilburări de pe Axa I din DSM).

(3) Se stabilește o listă de probleme specifice, traducând conceptual răla în probleme particulare de viață pentru pacient. Atenție : acela nosologic (de pildă, tulburare depresivă majoră) se poate manifesta probleme de viață diferite) la pacienți diferiți (de exemplu, familie *versus* probleme la serviciu)! Aceste ședințe pot fi organizate pe parcursul unei săptămâni, fără interval standard între ele. La sfârșitul lor, pacientul trebuie să probleme are ; (2) de ce au apărut aceste probleme și (3) ce trebuie a ameliora aceste probleme (schema de tratament). Unii pacienți acest nivel, informațiile dobândite dându-le o stare de liniște, prin pn pe care o generează.

*Ședința 4... (45-50 de minute)*

Următoarele ședințe se focalizează asupra problemelor de pe (aproximativ două ședințe săptămânal). Conform terapiei cognit mentale, fiecare problemă trebuie abordată prin prisma modelului / respectiv ABC comportamental (Beck, 1976 ; Ellis, 1994), acestea șurile psihoterapeutice cel mai bine validate la momentul actual, ameliorat o problemă de pe listă, se trece la următoarea. Dacă [ abordată prin prisma modelului ABC cognitiv, ea este descompuși emoționale și probleme practice. După ce se ameliorează problemei se trece la rezolvarea problemelor practice. Dacă problema se al modelul ABC comportamental, ea este formulată în termeni de c operant.

Organizarea fiecărei ședințe (45-60 de minute) poate avea urmate (pentru evaluarea și controlul implementării acestei organizări, ve 2.1.; 2.5.):

- verificarea stării clinice a pacientului;
- verificarea temei pentru acasă;
- stabilirea agendei terapeutice ;
- derularea agendei terapeutice ;
- formularea temelor pentru acasă;
- sumarizare și feedback din partea pacientului.

După abordarea succesivă a tuturor problemelor de pe listă, se secvență a psihoterapiei, și anume la integrare și prevenirea recădf și recurențelor (*reecurrence*). Aceste ședințe (în număr de aproximati programa o dată pe săptămână sau o dată la două săptămâni și au face pe pacient să înțeleagă elementele comune implicate în dive de pe lista stabilită (de exemplu, cogniția irațională „Toți ceil necesitate să mă respecte" se manifestă specific în relația cu



trebuie..." și cu șeful: „Șeful trebuie...") și, dacă este cazul, să le modificăm ; (2) de a-1 învăța pe pacient să fie propriul său psihoterapeut și să funcționeze autonom, prin întreruperea gradată a relației psihoterapeutice. În aceste situații, pacientul este adeseori provocat să joace rolul terapeutului și să încerce să promoveze la terapeut (care joacă rolul pacientului) un stil cognitiv funcțional/rațional, comportamente adaptative și emoții funcționale. Abordând un stil rezistent, terapeutul îl provoacă și îl testează pe pacient sub aspectul robusteții celor învățate în cursul intervenției. De asemenea, în această fază, pacientul este confruntat cu probleme potențiale pentru a asigura reziliența la viitoare situații problematice. În fine, pacientului i se lasă posibilitatea unor reveniri în caz de } recăderi și psihoterapeutul poate planifica urmărirea evoluției acestuia prin telefoane sau întâlniri scurte (de exemplu, 20 de minute) la intervale stabilite de el, în funcție de tipul tulburării.

Dacă pacientul se prezintă cu probleme subclinice (de pildă, emoții funcționale negative) și/sau pentru optimizare și dezvoltare personală, arunci intervenția poate eluda stabilirea diagnosticului nosologic, după ședința 1 continuându-se cu I elaborarea listei de probleme, cele mai multe de tip practic. Dacă pacientul se ■prezintă în situație de criză (de exemplu, atac de panică), atunci intervenția ^psihologică se utilizează în scop suportiv și/sau pentru ameliorarea rapidă a tabloului clinic, chiar dacă tratamentul este orientat simptomatic, și nu etiopatogenetic; după ieșirea din situația de criză se poate începe o intervenție orientată etiopatogenetic.

Vom ilustra aceste aspecte prin două analize clinice : (1) aplicarea punctuală și detaliată într-o ședință terapeutică a modelului ABC cognitiv și (2) prezentarea detaliată a unui demers terapeutic printr-o analiză de caz.

### .3. Exemplificarea unei ședințe terapeutice cu focalizare pe modelul ABC cognitiv

După prezentarea derulării secvențelor terapiei cognitiv-comportamentale, exemplificăm o asemenea secvență (ședință). Astfel, s-a convenit cu pacientul ca, din lista de probleme, în cadrul acestei ședințe să se analizeze problema de la serviciu, de *relaționare cu șeful*.

Dacă pacientul prezintă A (adică evenimentul activator, problema practică), atunci încercăm să identificăm C (problema emoțională):

*Terapeut:* Ce probleme sunt ? *Pacient:* Am probleme cu șeful. *Terapeut:* Ce simți în legătură cu asta ? *Pacient:* Furie.

O eroare comună făcută de novici este ca prin întrebarea pusă să legătura dintre A și C (de exemplu, „Și cum te face să te simți ace; blemă? "). Acesta eroare pune la risc întregul demers terapeutic care se pe faptul că nu A cameîa&C, ^vl cate se interpune între ele. Dacă pacientul prezintă C, atunci încercăm să identificăm A.

*Terapeut:* Ce probleme sunt? *Pacient:* Sunt foarte furioasă. *Terapeut:* în legătură cu ce anume ești furioasă ? *Pacient:* Am probleme cu șeful meu.

Deși dorim să avem o idee generală despre A, nu trebuie să intrăm d în detalii. A nu este important în determinarea lui C, B fiind cel care ] Așadar, lăsăm pacientul să ne descrie A doar atât cât să avem o imagi: despre ce se întâmplă și cât simte pacientul nevoie să vorbească. Vo A atunci când vom aborda problema practică. Dacă pacientul intră în detalii referitoare la A, îl oprim într-o manieră constructivă:

*Terapeut:* Bun, hai să ne oprim deocamdată din descrierile interacțiunii tău. Vom reveni asupra lor mai încolo. Spune-mi, considerând aceste șeful (A), ce simți (C) în legătură cu ele?

Să ne amintim că ceea ce îl aduce pe pacient la terapeut nu ei practică (problema cu șeful), ci emoția (problema emoțională) c legătură cu această problemă practică. Dacă problema practică nu problemă emoțională intensă, pacientul nu va apela la psihoterapie. I multe persoane care par să aibă probleme practice nu apelează l specialitate, nedevelopând și probleme emoționale (egosintonici).

După identificarea lui C, trebuie să vedem structura sa - spre ex apară mai multe C-uri.

*Terapeut:* Ce altceva mai simți în situația respectivă, în afară de fui

*Pacient:* Tristețe.

Apoi, este important să identificăm metaemoția (care poate sa\

*Terapeut:* Ce simți în legătură cu furia ta ?

*Pacient:* Mă simt vinovată.

Uneori este dificil pentru pacient să verbalizeze emoția pe cai putem să-l ajutăm cu imagini, amorse, sugestii; oricum, nu trebui ca el să folosească termenii utilizați de noi și de literatura de sp<

de „trist”, unii utilizează cuvinte precum „necăjit”, iar noile generații (generația Internet), termeni precum „nașpa”. Sigur, e nevoie să clarificăm la ce se referă aceștia, dar nu trebuie să le impunem pacienților terminologia noastră (vezi diferența dintre conceptualizarea clinică profesională și cea de interfață).

Iată, așadar, că din analiza de până acum a acestui exemplu, problema de pe lista terapeutică - probleme cu șeful - poate fi descompusă clinic în :

- o problemă practică - interacțiunea cu șeful;
- două probleme emoționale primare, furia și tristețea, și o problemă emoțională secundară (metaproblemă), vinovăția (metaemoția).

Evident că nu pot fi abordate simultan toate aceste probleme. Din analiza modelului ABC cognitiv (subcapitolul 2.2.) am înțeles că secvența de intervenție terapeutică trebuie să înceapă cu problema emoțională și continuă cu problema practică. Acest lucru este necesar pentru a implementa un tratament etiopatogenetic (*getting and staying better*), nu unul simptomatic (*feeling better*). A începe cu problema practică este o eroare de terapie care, deși va ameliora tabloul clinic al pacientului (*feeling better*), va duce la recăderi și recurențe ale problemelor. În baza aceluiași argumente, este indicat ca în cadrul problemelor emoționale să începem cu metaemoțiile și abia apoi să ne focalizăm asupra emoțiilor primare.

*Terapeut:* Din ceea ce mi-ai spus, cvx \ld T&a\ Yft\A\le pîcirAeme. \3na aș numi-o practică, în sensul că ea se manifestă în viața de zi cu zi, în interacțiunile pe care le ai, și se referă la problema de relaționare cu șeful tău. Asociate acestei probleme practice, apar mai multe probleme emoționale, unele pe care noi, psihologii, le numim primare, furia și tristețea, iar altele legate de ele, adică secundare, vinovăția asociată stării de furie. Am înțeles bine? Este ceva ce ne-a scăpat? Vezi lucrurile altfel? *Pacient:* Nu. Este foarte clar așa. Chiar așa stau lucrurile.

Dacă pacientul vede lucrurile altfel, se reface conceptualizarea clinică până când ajungem la o perspectivă corectă din punct de vedere teoretic și clinic, acceptată și înțeleasă de pacient.

*Terapeut:* Evident că toate aceste probleme sunt importante. Din păcate, după cum cred că îți dai seama, nu pot fi abordate toate simultan. O să le luăm pe rând. Cu ce problemă dorești să începem ? Adeseori, în baza unei culturi psihologice primitive și a unei psihologii de jsimț comun, pacienții doresc să înceapă cu problema practică. În mintea lor, problema practică este cea care generează problema emoțională. Ei nu conștientizează încă faptul că nu problema practică dă naștere problemei emoționale, ci modul în care ei interpretează problema practică.

TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE *Pacient:* Păi să vedem cum pot să-mi rezolv problema cu șeful meu, să-l fac să-mi fie mai înțelegător.

*Terapeut:* Bine, hai să ne centrăm puțin asupra dorinței tale de a-ți îmbunătăți interacțiunea cu șeful. Bănuiesc că și până acum ai mai încercat să faci asta, în așa?

*Pacient:* Da, chiar de mai multe ori.

*Terapeut:* Asta înseamnă că ceva nu a mers bine, din moment ce problema persistă și ai adus-o în discuție la întâlnirile noastre.

*Pacient:* A mers prost de fiecare dată.

*Terapeut:* În ce sens a mers prost? Spre exemplu, ce s-a întâmplat ultima dată? *Pacient:* Păi am încercat să-i spun ce mă deranjează, el m-a repezit, iar eu m-am înfuriat și i-am răspuns cam nepotrivit. Pe urmă m-am simțit vinovată că am făcut asta.

*Terapeut:* Să înțeleg că, dacă nu te înfuriai, discuția cu șeful ar fi mers ceva mai bine?

*Pacient:* Da, probabil că da. Aș vrea să fac ceva să ne înțelegem mai bine. *Terapeut:* Văd că acest lucru este foarte important pentru tine. O să-l abordăm moment dat, dar acum cred că ar fi mai bine să rezolvăm întâi problema emoțională și abia apoi să ne focalizăm pe problema practică. Ți spun de ce este mai bine. Dacă reușim să controlăm stările de furie, tristețe și vinovăție pe care le ai, vom găsi mai ușor soluții la problema practică. Altfel, stările respective împiedică să găsim cele mai bune soluții pentru rezolvarea problemei practice.

Vom reveni asupra ei, dar întâi hai să vedem ce facem cu emoțiile acestea negative care le ai. Care este cea mai presantă pentru tine? Cu care dorești să începem?

*Pacient:* Starea de furie îmi face mai mult rău.

*Terapeut:* Bun, hai atunci să începem cu ea.

Vom începe prin a vedea cum se manifestă starea de furie, pentru pacientului faptul (pe care probabil îl știe deja) că ea este disfuncțională; trebuie să fie motivat să o schimbe.

*Terapeut:* Cum se manifestă starea aceasta de furie?

*Pacient:* Păi, nu mă mai pot stăpâni și spun lucruri pe care pe urmă le regret.

*Terapeut:* Așadar, te ajută această stare de furie?

*Pacient:* Nu, tocmai de aceea sunt aici.

*Terapeut:* Bun, am vrut să fii sigur că ești motivată pentru schimbare.

După aceste clarificări, se face o conceptualizare cognitivă specifică în care îl învățăm pe pacient că nu evenimentele de viață îi cauzează modul în care el le interpretează.

*Terapeut:* Dacă 100 de oameni ar fi în situația descrisă de tine, crezi că toți s-ar înfuria?

*Pacient:* Da. Toți.

*Terapeut:* Eu mă îndoiesc că absolut toți; poate că mulți, dar nu chiar toți. Uite, spre exemplu, eu nu cred că m-aș înfuria așa tare.

*Pacient:* Bine, dumneavoastră sunteți altfel. Iar altora poate că nu le-ar păsa... *Terapeut:* Din ceea ce îmi spui înțeleg că putem reacționa diferit la același eveniment, în funcție de cum ne raportăm la el; oameni diferiți reacționează diferit. Unora nu le pasă, alții sunt diferiți de tine etc. Altfel spus, nu evenimentul respectiv ne înfurie, ci modul în care ne raportăm la el. *Pacient:* Da, așa este.

Apoi vom particulariza această conceptualizare la situația concretă.

*Terapeut:* Așa cum am discutat, mulți oameni cred că ceea ce li se întâmplă le produce diverse reacții afective. Or, știm deja că nu ceea ce ni se întâmplă ne afectează, ci cum interpretăm și gândim noi asupra a ceea ce se întâmplă. În cazul specific descris de tine mă întreb, atunci când șeful s-a comportat așa, la ce te-ai gândit astfel încât acel gând te-a înfuriat ? *Pacient:* M-am gândit că nu-l mai suport.

*Terapeut:* La asta probabil că te-ai gândit atunci când erai deja furioasă. Mă interesează să aflu la ce te-ai gândit înainte să te enervezi, astfel încât acel gând a dus la furie.

Insistăm, așadar, pentru a identifica nu orice gând care apare în situația dată, ci pe acelea care sunt relevante din punct de vedere clinic. În acest context, o greșeală frecventă a celor aflați încă în formare este să întrebe: „La ce te gândești atunci când ești furioasă ?”. Întrebarea este prea generală, nediferențind între gândurile care determină, însoțesc sau urmează furia, relevanța clinică având mai ales cele care o preced!

*Pacient:* M-am gândit că nu este corect ce face.

Clinic vorbind, acest gând este o inferență. În sine, el nu determină trăiri emoționale. Evaluările care i se fac vor genera trăirile emoționale. Vom încerca să identificăm în continuare, prin lanțul inferențial.

*Terapeut:* Am înțeles. Hai să presupunem, deocamdată, că într-adevăr nu se comportă corect cu tine. Ce înseamnă asta pentru tine ?

*Pacient:* Păi nu este bine.

*Terapeut:* Mai precis ?

*Pacient:* Nu este corect.

*Terapeut:* Și dacă nu este corect ?

*Pacient:* Ei na, asta este de neacceptat.

*Terapeut:* Sună ca și cum ar trebui să se comporte corect sau am înțeles eu greșit ?

*Pacient:* Evident că trebuie să se comporte corect. Eu mă comport corect cu el, este normal ca și el să se comporte corect cu mine.

*Terapeut:* Am înțeles. Dar, mergând un pic mai departe, dacă nu se com cum crezi tu că ar trebui să se comporte, atunci... *Pacient:* Atunci nu pot suporta acest lucru. *Terapeut:* Și gândul acesta te înfurie.

*Pacient:* Exact.

Iată, așadar, că, prin întrebări succesive - *lanț inferențial* (*inference chaini* ajuns să identificăm B-ul care se află între A și C. A: șeful discută ma subalternii ei decât cu ea; B : descrieri și inferențe : „nu este corect c evaluări: „trebuie să se comporte corect, altfel nu pot tolera acest luc furie. Urmează acum să ne asigurăm că pacientul înțelege aceste relaț

*Terapeut:* Altfel spus, de ce apare starea de furie?

*Pacient:* Păi din cauza șefului... El mă enervează.

*Terapeut:* Și pe alții de ce nu îi enervează ?

*Pacient:* A, înțeleg ce spuneți. Nu el mă enervează, ci ceea ce gândesc ev și anume că nu este corect, că trebuie să fie corect.

*Terapeut:* Și când nu este corect, așa cum ar trebui să fie...

*Pacient:* îmi este greu să suport.

*Terapeut:* Ceea ce te face cum ?

*Pacient:* Furioasă.

*Terapeut:* Bun, așadar aceste gânduri îți produc furie, furie care nu este Care crezi că ar fi reacția emoțională de dorit în această situație ?

*Pacient:* Să fiu calmă.

*Terapeut:* Ce se va întâmpla dacă vei fi calmă ?

*Pacient:* Nu o să-mi mai pese.

*Terapeut:* Și este bine?

*Pacient:* Nu știu.

*Terapeut:* Și atunci ?

*Pacient:* Poate mai puțin furioasă ?

*Terapeut:* Probabil că mai asertivă. Dacă ești nemulțumită, faci ceva c situația. La urma urmei, cum reacționează cei mai mulți oameni atunci c ceea ce vor ?

*Pacient:* Sunt nemulțumiți.

*Terapeut:* Corect - unii sunt furioși, unii sunt nemulțumiți, iar alții sui mai mulți reacționează cu stări de nemulțumire, iar unii, care sunt 1 pasivi, ajung să dezvolte probleme suplimentare. Deci care este obiect

*Pacient:* Să transformăm starea de furie în una de nemulțumire.

Așadar, se încearcă stabilirea obiectivului terapeutic, și anumt transforma starea de furie în una de nemulțumire.

*Terapeut:* Acum hai să revenim la starea aceasta de furie și să ne focali cauzele ei, adică pe acele gânduri. Să le luăm pe rând.

Prezentăm în continuare un demers focalizat pe evaluarea absolutistă „trebuie”.

*Terapeut:* El trebuie să se comporte corect. Acesta este gândul tău în situația respectivă. Gândul acesta determină starea de furie. Acum, sunt foarte curios cum ai ajuns să gândești astfel? Nu mă îndoiesc că îți dorești foarte mult ca el să se comporte corect, dar este o diferență de la a-ți dori foarte mult la a spune că, dacă îți dorești, și trebuie să se întâmple. Vezi această diferență?

*Pacient:* Da, adică dacă îmi doresc ceva, nu trebuie neapărat să se și întâmple.

*Terapeut:* Corect. Dar în situația descrisă tu nu gândești că ar fi bine să se comporte corect, ci că trebuie cu necesitate să se comporte corect, pentru că și tu te-ai comportat corect cu el.

*Pacient:* Așa este.

*Terapeut:* Unde scrie că dacă tu te porți corect cu cineva, și persoana respectivă trebuie să se comporte corect cu tine ?

*Pacient:* în codul bunelor maniere.

*Terapeut:* Poate că da, dar unde scrie că șeful tău trebuie să aibă bune maniere ?

*Pacient:* Acum înțeleg ce spuneți!

*Terapeut:* Și anume... ?

*Pacient:* Simplul fapt că eu îmi doresc ca șeful meu să se comporte corect nu înseamnă că și trebuie să o facă.

*Terapeut:* Exact! Și dacă ai gândi așa, cum crezi că te-ai simți atunci când el nu se comportă corect ?

*Pacient:* Poate mai puțin furioasă...

*Terapeut:* Nemulțumită, dar nu furioasă.

*Pacient:* Exact.

*Terapeut:* Dacă te gândești că el trebuie să se comporte corect și nu o face, atunci te înfurii. Dacă îți spui că ar fi bine să se comporte corect, dar oamenii nu se comportă mereu așa cum ar fi bine și el nu se comportă corect, atunci vei fi nemulțumită, poate foarte nemulțumită, dar nu furioasă și agresivă. Iar această nemulțumire tolerabilă ne va ajuta să găsim soluții la problema practică și îți va permite să te bucuri de alte lucruri, fără a fi mereu încrâncenată din cauza problemelor de la serviciu.

*Pacient:* înțeleg.

*Terapeut:* Ce putem face pentru ca nu doar să înțelegi asta aici, ci și să ajungi să crezi acest lucru și să-l folosești în viața de zi cu zi ?

*Pacient:* Nu știu.

Acum se elaborează teme pentru acasă, în forma unor prescripții cognitiv-comportamentale care să întărească relația dintre cognițiile adaptative și raționale și emoțiile funcționale și care să înlocuiască combinația anterioară de cogniții disfuncționale și iraționale și emoții disfuncționale.

*Terapeut:* Ce-ar fi ca, până la ședința viitoare, să încerci să-ți aduci aminte și să-ți imaginezi cât mai viu 4-5 situații în care te-ai simțit extrem de furioasă pe șeful tău. Apoi, în fiecare dintre acestea, să identifici gândul care te-a înfuriat (de exemplu, „Trebuie să se comporte corect”) și să încerci să îl înlocuiești cu unul mai rațional (de pildă, „Mi-aș dori să se comporte corect, dar nu pot să pretind să se poarte întotdeauna

TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE cum mi-ar plăcea mie sau cum ar fi corect"). Totodată, vei urmări cum se m (calitativ și ca intensitate) emoțiile tale. Crezi că ai putea să faci asta?

*Pacient:* Da, desigur.

*Terapeut:* Crezi că exercițiul acesta te-ar putea ajuta să identifici și să-ți schii ușor gândurile în situații de acest gen ?

*Pacient:* Desigur. Cred că mi-ar fi mai greu să încep direct cu situații concisive.

*Terapeut:* Care crezi că ar putea fi lucrurile neprevăzute care să te împiedice exercițiul până data viitoare ?

*Pacient:* Păi, știu și eu... să nu am timp...

*Terapeut:* Cam cât crezi că ți-ar lua fiecare dintre cele 5 situații ?

*Pacient:* 10-15 minute.

*Terapeut:* Ți se întâmplă frecvent să ai zile în care să nu ai nici 15 min pentru tine ?

*Pacient:* Nu prea.

*Terapeut:* Să înțeleg deci că probabilitatea ca asta să se întâmple până viitoare este foarte mică?

*Pacient:* Da, sigur voi avea timp... pot face exercițiul.

După ameliorarea acestei probleme, în aceeași ședință și/sau în următoarele se abordează celelalte probleme emoționale. Atenție; starea s-ar putea să fie una funcțională, caz în care nu va face obiectul intervenției terapeutice ! După ameliorarea problemelor emoționale, pacientul va deveni mai tolerabilă de emoții funcționale și negative vizavi de relațiile de la serviciu (de exemplu, nemulțumire, tristețe) care, spre deosebire de stările emoționale și negative anterioare (furie, vinovăție), îi permit să se implice în alte situații de viață care să-i producă emoții pozitive. În aceasta interveni și asupra rezolvării problemei practice, prin tehnici de asertiv (de pildă, tehnici de comunicare, negociere) și/sau de rezolvare a problemelor, ceea ce poate reduce chiar intensitatea emoțiilor negative

#### 8.4. Studiu de caz (cazul Dana) - exemplificarea unui demers cognitiv-comportamental

După prezentarea secvențelor terapiei cognitiv-comportamentale și c unei ședințe-țintă, vom ilustra în continuare un demers comp cognitiv-comportamentală pe un caz specific.

Dana are 28 de ani, este medic, are un copil, locuiește cu soțul trei ani, a lucrat ca rezident într-o secție de medicină internă.



### A. Acuzele principale

Dana a primit tratament psihologic pentru atacuri de panică și anxietate generalizată în perioada de sfârșit a anului 1999 și începutul anului 2000 (18 ședințe). Cu două luni înainte de începerea tratamentului, avusese deja trei atacuri de panică și se temea de probabilitatea de a mai face un altul. De asemenea, ea menționa : „De prin 1991, m-am simțit agitată și extrem de anxioasă în legătură cu viața mea (de exemplu, «viitoarea mea profesie de medic»), cu relațiile interpersonale (de pildă, «cu colegii și cu soțul») și cu cele mai importante ■ activități ale mele (de exemplu, «rezultatele școlare, doctoratul»), deși, sincer 1 vorbind, sunt mult mai îngrijorată de recente atacuri de panică”.

#### (a) Istoricul tulburării prezente

În 1991, Dana s-a mutat într-un alt oraș, departe de părinții ei supraprotectivi, pentru a studia medicina la o universitate de prestigiu. De atunci, a început să se simtă neajutorată și să aibă atacuri de anxietate și de „îngrijorare în legătură cu orice” (simptome emoționale). Aceste trăiri emoționale se asociau adesea cu tensiunea musculară, cu senzația de slăbiciune, cu oboseala și cu tulburările de somn (simptome fiziologice). Întrucât simțea că îi este greu să controleze aceste manifestări fiziologice, Dana a început să evite activitățile care presupuneau efort fizic (simptome comportamentale). Se gândea de multe ori că toate aceste simptome arată că valoarea sa ca persoană este scăzută (simptome cognitive). În j consecință, se simțea deseori neajutorată și avea o stimă de sine scăzută. Inițial, i medicul de familie, iar apoi un psihiatru i-au prescris, în 1993, Buspar (Buspirona).

I După ce a urmat prescripțiile medicale timp de câteva luni, Dana a întrerupt tratamentul medicamentos, întrucât simptomatologia s-a ameliorat mult mai puțin j decât se așteptase ea. Primul atac de panică a survenit în timp ce își pregătea i sametul de doctorat, cam la două luni înainte de prima noastră întâlnire (în | 1999). Aproximativ o lună mai târziu, a avut un al doilea atac de panică, în timp j te făcea curățenie în apartament. Cel de-al treilea a survenit cu o săptămână I înainte de prima noastră întâlnire, în timp ce se afla singură acasă, pregătind o ■icrare pentru un congres științific de gastroenterologie. Simptomele de panică Im inclus: simptome emoționale (teamă intensă de a nu-și pierde controlul, ■eajutorare și disconfort), simptome cognitive (convingerea că va muri, că are probleme cu inima și că va leșina și va cădea), simptome comportamentale ■evitarea efortului fizic și căutarea unor locuri în care să fie în siguranță în caz ■ leșină), simptome fiziologice (palpitații, tremurături și dureri în piept). Din pauza acestor simptome de panică, Dana a consultat un psihiatru care i-a prescris Xanax, cu aproximativ două luni înainte de prima noastră întâlnire.

Stresorii majori din viața Danei erau în principal de natură psihosocială. Ea se un copil supraprotejat de către părinți. Depărtarea de casă și de protecția stora în perioada facultății a constituit stresorul principal, care s-ar putea să

fi precipitat instalarea anxietății generalizate (1991). Mai mult, înainte de să se torie (care a avut loc în 1998), Dana spera că viitorul soț se va dovedi de unrei ajutor în viața sa; credea că o va ajuta să-și depășească anxietatea și „îngrijorare în legătură cu orice”. Din păcate, soțul Danei avea o profesie care presupune extrem de multă muncă: era asistent universitar și cercetător, astfel încât i întâmpla frecvent să lucreze până seara târziu, inclusiv în weekend, implicându-se destul de puțin în întreținerea familiei și educația copilului (nașterea fiului i a constituit pentru Dana un alt motiv de stres și o ocazie de îngrijorare: „Fii atât de ocupată, cum voi putea oare să-mi fac suficient timp pentru fiul meu?” Ca urmare, Dana s-a simțit copleșită de viața sa ca soție, mamă, medic studentă, împărțită între slujba de medic cu normă întreagă, asigurarea curății apartamentului, gătitul meselor, educarea copilului și pregătirea examenelor doctorat. Acestea au fost împrejurările în care a avut loc primul ei atac de par (1999).

(b) Istoric personal și social

Dana era singurul copil la părinți. Ea își descria tatăl ca fiind foarte autoritar și preocupat de viitorul fiicei sale, susținând că, din cauza atitudinii autoritare, i-a fost mereu teamă să discute cu el sau să îi ceară ceva (acest tatăl fiind valabil și în perioada adultă). Pe mama sa o descria ca fiind o pere caldă și preocupată de educația și viitorul fiicei sale. Dana își amintește că timp ce era la grădiniță și apoi în școala primară și gimnaziu, a fost supraprot de către părinții ei, ceea ce nu îi plăcea deloc. De exemplu, aceștia o duceau la școală în fiecare dimineață, iar după-amiază veneau și o luau acasă. Astfel, reușea niciodată să-și facă prieteni sau să intre în grupul colegilor săi. În context, ea se descria ca fiind o fetiță (iar acum o femeie) cu abilități scumbe limitate și puțin asertivă, atât acasă, cât și în alte situații sociale. În liceu, a început pregătirea pentru admiterea la Facultatea de Medicină, j părinți își doreau mult ca ea să devină medic. Aceștia i-au permis să ai prieten (deși relația dintre ei nu a fost prea intensă), cu toate că tinerilo permitea să se întâlnească doar acasă la Dana și puteau ieși împreună câte după-amiază. După admiterea la facultate (1991), Dana a fost nevoită să se mut în alt oraș. În timpul anului I (ea avea 18 ani), părinții obișnuiau să o vizi mod regulat. Aceștia nu i-au permis să locuiască într-un cămin studentesc închiriat un apartament pentru a putea să învețe în liniște. În timpul prim de facultate, a început să experimenteze puternic simptomele de anxietate și uzată și unele simptome de depresie subclinică. Se simțea singură, neajut începuse să se îngrijoreze în legătură cu orice (înșă nu și de faptul că separată de părinții ei - acesta a fost unul dintre motivele pentru care am un posibil diagnostic de anxietate de separare!). În al doilea an de facultate (1993) a consultat un medic generalist și un psihiatru, care i-au prescris (Buspirona). După câteva luni, Dana a renunțat la tratament, deoarece sim

de anxietate generalizată persistau, în ciuda medicației. În pofida simptomatologiei, a absolvit cu succes Facultatea de Medicină în 1997, devenind, în același an, medic stagiar în gastroenterologie. În aceeași perioadă, l-a cunoscut și pe viitorul său soț, pe care îl descrie ca fiind un bărbat inteligent, puternic și matur, cu 15 ani mai în vârstă decât ea. Cei doi s-au plăcut și s-au căsătorit în 1998. În prezent, locuiesc în orașul în care ea a absolvit facultatea. La un an de la căsătorie, s-a născut fiul lor. Tot în 1998, Dana și-a început studiile doctorale în medicină. Pe parcursul celui de-al doilea an de căsnicie (1999), ea are primul atac de panică. Eu (D.D.) am cunoscut-o în 1999, după ce avusese deja trei atacuri. În paralel cu intervenția psihoterapeutică, Dana a urmat un tratament medicamentos (Xanax), prescris de medicul psihiatru.

*B. Istoric medical*

Dana nu avea nici un fel de probleme medicale care să-i influențeze funcționarea psihică, problemele psihice curente sau procesul de tratament.

*C. Status mental*

Pacienta era bine orientată spațio-temporal, cu o dispoziție anxioasă.

*D. Diagnostic DSM-IV*

*Axa I* (tulburări clinice): tulburare de panică fără agorafobie și tulburare de anxietate generalizată; depresie subclinică - pacienta prezenta unele simptome de depresie, fără însă a fi îndeplinite toate criteriile pentru nici una dintre tulburările depressive.

*Axa II* (tulburări de personalitate): nimic semnificativ clinic. Pacienta prezenta le caracteristici de personalitate dependentă. Totuși, în urma unei analize lente, comportamentele dependente a reieșit că sunt legate de tulburările de anxietate, iar celelalte caracteristici ale personalității nu îndeplineau toate criteriile pentru un diagnostic separat de tulburare de personalitate de tip dependent.

*Axa III* (boli somatice sau alte condiții medicale): nimic semnificativ.

*Axa IV* (stresori psihosociale): suport social inadecvat, copleșită de împrejurările vieții (de exemplu, probleme la domiciliu, condiții de muncă solicitante, licitații academice).

*Axa V* (indicele general de funcționare - GAF): GAF 60 (curent: 1999).  
icele cel mai ridicat în decursul ultimului an - 70.

### 8.4.1. *Conceptualizarea cazului. O abordare din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale*

#### A. *Factori etiologici*

Probabil că separarea Danei de părinții ei supraprotectivi (factor declanșator de lipsă de abilități sociale și lipsă de asertivitate) (factori predispozanți), prin integrarea ei într-un context cu totul nou (factori favorizanți; de exemplu oraș, alți colegi, cerințe diferite) au precipitat și apoi au menținut un nivel generalizat și simptomele de depresie subclinică. Este posibil ca tulburarea de panică să fi fost precipitată de lipsa de suport din partea soțului și de faptul că simțea copleșită de sarcinile asumate (factori declanșatori). Dana se aștepta să primească un suport emoțional din partea soțului ei; în schimb, simțea că după aceea avea și mai multe obligații decât înainte, obligații care au ajuns să o copleșească. Acest moment coincide cu declanșarea primului atac de panică.

#### B. *Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale*

O situație problematică tipică pentru Dana este cea legată de primul atac de panică. În timp ce își pregătea examenul de doctorat în camera sa, a avut un atac de panică de genul: „Nu voi reuși să mă pregătesc cum trebuie în următoarele zile, deoarece nu mă ajută nimeni cu celelalte sarcini și nu am suficient timp pentru a-mi pregăti examenul”. Din punct de vedere emoțional, s-a simțit anxioasă, s-a oprit din citit și s-a ridicat din fotoliu. Apoi a simțit că nu respiră, acuza dureri la nivelul pieptului, palpitații și tremurături în acel moment, a avut un alt gând automat/interpretare catastrofică: „Bolnavă și am un atac de cord”. Simptomele anterioare s-au intensificat legat de panică - emoție secundară, iar lumea i s-a părut ciudată; emoțional, a experimentat trăiri de teamă și disconfort puternic. A ieșit din cameră și a încercat să ajungă la baie pentru a se spăla pe față cu apă.

O a doua situație tipică este ilustrată de al doilea atac de panică. Într-o zi în care făcea curățenie în apartament, Dana a observat că are palpitații. Gândul/interpretarea catastrofică a fost: „Nu din nou! Voi muri și nimeni nu mă ajută să mă ocup de fiul meu”. În minutele următoare, s-a declanșat un al doilea atac de panică, cu palpitații, dureri în piept și tremurături. A încercat să ajungă la fotoliu (în caz că leșină) și la telefon, pentru a-l suna pe soțul ei (pe care l-a renunțat).

O a treia situație a apărut pe când își pregătea lucrarea pentru un seminar științific de gastroenterologie. Atunci s-a gândit: „Nu am suficient timp să fac o lucrare bună. Nimeni nu mă ajută să am mai mult timp”. Când a simțit palpitații și aproape imediat i-a venit în minte următorul gând/interpretare catastrofică: „Vai de mine, sunt cu adevărat bolnavă! Voi leșina și în câteva minute voi trăi un al treilea atac de panică, însă de data aceasta voi pierde controlul și voi deveni înnebunită și voi fi mai puternică”. A

cameră și a mers în sufragerie pentru a fi mai aproape de telefon și s-a așezat într-un fotoliu, încercând să se relaxeze. În ciuda asigurărilor repetate date de medicul generalist că nu este nimic în neregulă cu sănătatea sa, Dana a continuat să pună atacurile de panică și stările de anxietate pe seama unei boli somatice nediate diagnosticate. În consecință, deși s-a dovedit deschisă la ideea unui tratament psihoterapeutic, nu a fost la fel de receptivă la o conceptualizare psihologică a problemelor sale.

*C. Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor* Dana a crescut într-o familie cu părinți extrem de protectivi. Responsabilitatea ei era să învețe bine, în timp ce părinții îi asigurau toate cele necesare. Avea, așadar, suficient timp la dispoziție pentru a-și organiza activitățile școlare și, în consecință, era o elevă foarte bună. Experiențele ei de viață au dus la dezvoltarea a trei credințe centrale.

*Prima credință centrală* (schemă cognitivă) se referă la competență : „A face totul la standarde înalte”. Această credință este frecvent evaluată: „Trebuie să fac totul la standarde înalte, altfel sunt incapabilă, detestabilă și slabă”.

*Cea de-a doua credință centrală* se referă la responsabilitate și control :

I „Dacă ceilalți nu mă ajută, nu mă pot concentra și nu pot să dețin controlul și să reușesc în situațiile importante din viața mea”. Această cogniție este evaluată:

I „Persoanele apropiate mie trebuie să mă ajute să controlez situația, pentru ca să mă pot concentra și să îmi ating obiectivele importante. Dacă nu mă ajută, este ] groaznic și nu pot suporta așa ceva”.

*Cea de-a treia credință centrală* se leagă de confort și control și pare a fi implicată în apariția emoțiilor secundare (panica legată de panică): „Dacă sunt I neajutorată și nu mă pot controla, și eu, și ceilalți vom avea de suferit”. Această I cogniție este evaluată negativ: „Trebuie să dețin întotdeauna controlul, altfel I este groaznic și insuportabil”.

*D. Aspecte pozitive și puncte tari ale clientului*

Dana este o persoană inteligentă, sănătoasă fizic. Iubește medicina și este | foarte disciplinată. Își dorește tot ce este mai bun pentru ea și familia ei, nici un efort nefiind prea mare pentru a obține acest lucru. A trăit cu anxietate generalizată timp de aproape șapte ani. Mecanismele de coping utilizate în toți acești ani au fost: evitarea problemelor, evitarea eforului fizic și studiul intens.

*E. Ipoteza de lucru* Dana a dezvoltat anxietatea generalizată deoarece credințele ei centrale (factorii predispozanți) au făcut-o să interpreteze o gamă largă de situații (factorii declanșatori) ca fiind amenințătoare. Probabil că separarea de părinții hiper-protectivi și integrarea într-un mediu complet nou (factori favorizanți; de exemplu, alt oraș, alți colegi, cerințe mai ridicate decât în liceu) au precipitat anxietatea

generalizată și depresia subclinică, activând aceste credințe centrale. Ma lipsa de asertivitate și abilități sociale (caracteristici ale personalității depei s-ar putea să fi amplificat și să fi contribuit la simptomatologia anxii depresivă. Ulterior, în urma asocierii acestui fond de anxietate gene (factor predispozant) cu presiunile evenimentelor de viață de după căsătorii frustrarea generată de așteptările legate de susținerea din partea soțului ( declanșatori), s-au dezvoltat atacurile de panică. Acestea au fost stimi interpretările catastrofice, care duc frecvent la instalarea panicii în legs panica.

#### **8.4.2. *Tratament/planul de intervenție. O abordare din perspectiva terapiei cognitive***

##### **A. *Lista de probleme :***

- atacurile de panică ale Danei;
- sentimentul de îngrijorare în legătură cu orice lucru (anxietate gei și depresie subclinică);
- relația cu soțul referitor la suportul din partea acestuia;
- stimă de sine și asertivitate scăzute și abilități sociale deficitare

##### **B. *Scopuri terapeutice:***

- reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii în legătură cu
- reducerea gândirii distorsionate negative, cu impact asupra generalizate și a depresiei subclinice ;
- stimularea asertivității și dezvoltarea abilităților de rezolvare de în vederea îmbunătățirii relației cu soțul și a capacității de sol problemelor practice;
- îmbunătățirea abilităților sociale cu impact asupra trăsăturilor nalitate dependentă.

##### **C. *Planificarea terapiei***

Planul de tratament a vizat, în prima fază, reducerea atacurilor (inclusiv a panicii legate de panică) și apoi diminuarea anxietății ger a depresiei subclinice. Ne-am propus, de asemenea, să lucrăm asupra a a stimei de sine și a abilităților sociale (cu impact asupra unora dintn de personalitate dependentă). în ultima parte a terapiei au fost abo probleme practice și a fost introdus un program de prevenire a recă

Pentru atacurile de panică am folosit un pachet de tratament < (1) tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995), pentru reducei tarilor catastrofice (a gândurilor automate), și (2) hiperventilație/tehni al respirației (Ost, 1987), pentru a explica (în parte) și controla sir panică. De asemenea, la începutul intervenției, a fost utilizată c distragere a atenției, atât în scop didactic (cogniție *versus* emoție), cât

(managementul rapid al simptomelor). Ulterior, pachetul de intervenție pentru panică a fost adaptat pentru anxietate generalizată și depresie subclinică, constând în: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Beck, 1976; Clark, 1995), pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale, și (2) tehnici de relaxare (Ost, 1987), pentru reducerea activării fiziologice cronice. Ne-am centrat și pe modificarea (la diferite niveluri de abstractizare) a cognițiilor evaluative asociate credințelor centrale. Pentru a crește asertivitatea și pentru a îmbunătăți abilitățile sociale, am folosit antrenamentul asertiv. Trainingul pentru dezvoltarea abilităților sociale și de rezolvare de probleme a fost folosit cu scopul de a ajuta pacienta să devină mai încrezătoare în sine și mai puțin dependentă. Pachetul de tehnici a fost implementat după cum urmează:

(1) Pentru panică, pacienta a fost învățată o tehnică de distragere a atenției (de exemplu, să descrie în detaliu toate obiectele din cameră) având ca scopuri:

(a) combaterea convingerii Danei că nu are control asupra anxietății sale ;

(b) să-i ofere o modalitate de management a simptomelor, utilă pentru situațiile în care atacarea gândurilor automate ar fi dificilă; (c) să constituie o demonstrație de impact a modelului cognitiv al anxietății, față de care Dana a fost destul de reticentă la început. Apoi i s-a prezentat tehnica hiperventilației, utilă pentru modificarea interpretărilor catastrofice ale senzațiilor corporale experiențiate în timpul atacurilor de panică. Tehnica de control al respirației a fost, de asemenea, folosită, deoarece reduce hiperventilația.

(2) Pentru modificarea gândurilor automate, a interpretărilor catastrofice și, mai târziu, a credințelor centrale, pacienta a fost învățată tehnici de restructurare cognitivă și tehnici comportamentale. De asemenea, ne-am focalizat și pe modificarea cognițiilor evaluative, prin intervenție la diferite niveluri de abstractizare. Aceste tehnici au ajutat-o pe Dana să-și înțeleagă gândurile și asumptiile dezadaptative și să-și reducă semnificativ simptomele de anxietate și de panică, depresia subclinică și unele trăsături specifice personalității dependente. ] (3) Dana a învățat o tehnică de relaxare și o tehnică de control al respirației.

Tehnica de relaxare a avut cel mai mare efect asupra anxietății generalizate, prin reducerea *arousal-ului* cronic. j (4) Antrenamentul asertiv și trainingul pentru îmbunătățirea abilităților sociale și

a abilităților de rezolvare de probleme au fost introduse pentru a îmbunătăți relațiile interpersonale ale Danei (în special cu soțul ei) și capacitatea ei de j a rezolva problemele. Aceste intervenții au avut, de asemenea, obiectivul de

a o ajuta să fie mai puțin dependentă. I f) La sfârșitul tratamentului a fost introdus un program de prevenire a recăderilor.

#### D. *Obstacole în terapie*

Întrucât Dana era medic - și deci pregătită în modelul bio-medical -, a fost I KU să fie convinsă de legătura dintre cogniții și emoții printr-o abordare

convențională. În consecință, s-a evitat impunerea logicii tratamentului (exemplu, relația dintre cogniții și atacul de panică). În schimb, s-a optat peo utilizarea unui număr mai mare de metode decât în mod obișnuit, pentru ilustra acestei relații: (1) biblioterapia - cărți de medicină psihosomatică și luc despre emoții și cogniții - ; (2) exemple incluzând literatura privind experimer lui Schachter și Singer (1962) asupra emoțiilor și cognițiilor. La sfârșitul ace program educațional, pacienta a fost foarte surprinsă de impactul cogniț asupra emoțiilor și a fost interesată să introducă aceste idei, nu doar în demi nostru terapeutic, ci și în practica sa de gastroenterolog.

*Rezultate, concluzii și urmărirea evoluției pacientului* Tratamentul Danei s-a extins pe parcursul a 18 ședințe. La șase luni încheierea terapiei nu s-au mai înregistrat atacuri de panică sau simptoii depresie subclinică. Totuși, au persistat unele simptome de anxietate genera însă acestea nu au mai îndeplinit criteriile DSM-IV pentru tulburarea de an generalizată. Asertivitatea Danei și abilitățile sale sociale s-au îmbunătățit ficativ, ceea ce a avut un impact pozitiv asupra relațiilor sale (inclusiv cu părinții) și a reducerii trăsăturilor specifice personalității dependente aceste rezultate au fost operaționalizate într-un design experimental cu ui subiect cu niveluri de bază multiple în cazul simptomelor.

### 8.5. Blocaje și erori în terapia cognitiv-comportamen

Considerând serios limitele terapiei cognitiv-comportamentale discutat cursul acestei lucrări, trebuie precizat că uneori rezultatele ei sunt par; blocaje și erori care apar în demersul terapeutic. Să le analizăm pe frecvente și mai importante, restul putând fi inferate din textul luci

Anexa 1, 1.5. și Anexa 2, 2.1.; 2.5., pentru controlul acestora). Blocajele care apar în terapie au mai multe cauze. Unele țin de păci de terapeut, altele de forma patologiei, iar altele de interacțiunea tutui factori în context terapeutic.

Cele mai importante blocaje care țin de pacient sunt:

- nu este pregătit pentru psihoterapie, fiind în faza precontemplatr
- are expectanțe nerealiste referitoare la boală și la cum poate să-1 aj la ce trebuie să facă el în terapie și ce trebuie să facă terapeutul
- are experiență cu alte forme terapeutice, care nu-i permite înțeleg sului cognitiv-comportamental;
- abilitățile sale cognitive sunt reduse și/sau nivelul educațional e
- are dificultăți economice ;
- suportul social este limitat.



<J> EXEMPLU

Profilul pacientului ideal - tânăr, educat și inteligent, cu resurse economice și suport social adecvat. Asta nu înseamnă că ceilalți pacienți nu beneficiază de psihoterapie ; ei pot beneficia la fel de mult, fiind însă necesară o atenție mai mare în implementarea tratamentului. Este chiar fascinant să utilizezi psihoterapia cu pacienți dificili, care solicită la maximum calitățile tale ca terapeut și pe ale sistemului terapeutic în care lucrezi.

Printre blocajele care țin de scopul intervenției se numără:

- tulburarea este severă și nu se cunosc încă mecanismele ei etiopatogenetice ;
- tulburarea este severă și, deși se cunosc mecanismele ei etiopatogenetice, nu avem încă tehnici eficiente pentru a le modifica.

Blocaje importante care țin de terapeut sunt:

- face erori multiple (vezi *infra*);
- dezvoltă relații contratransferențiale puternice, pe care nu le conștientizează și soluționează;
- este inflexibil și nu-și adaptează intervenția la pacient.

Blocajele care țin de interacțiunea acestor factori vizează:

- dezvoltarea unei relații transferențiale-contratransferențiale neconștientizate și neabordate terapeutic.

în terapie *erorile* sunt făcute de terapeut! Pacientul nu greșește (nu există o profesie de „pacient”, cu standarde clare), dar poate dezvolta blocaje și rezistențe

(vezi *supra*). Cele mai frecvente erori făcute de terapeut pe parcursul intervenției sunt *teoretice*, *metodologice* sau *practice*. *Erorile teoretice* se referă la confuzii teoretice și la utilizarea neadecvată a constructelor de specialitate ; ele sunt generate de o slabă expertiză a terapeutului, care poate fi însă îmbogățită și dezvoltată prin programe de formare continuă. *Erorile metodologice* se referă la erorile care apar în actul de cunoaștere (de Exemplu, cercetările clinice proprii asupra cazului cu care lucrează) și în actul [asimilării unor rezultate avansate de cercetare științifică pentru a fi aplicate ! iazului respectiv.

*Erorile practice* se referă la:

j ■ Psihodiagnostic și evaluare clinică :

- o diagnostic clinic greșit și/sau incomplet; o ignorarea măsurării obiective a rezultatelor intervenției;
- o nu se stabilesc clar obiectivele intervenției (de pildă, lista de probleme). <sup>1</sup> Conceptualizarea cazului:

Upsau<sub>n</sub>eUo<sub>n</sub><sup>^</sup>a.r\*-C»<sub>a</sub>)deceauapar<sub>u</sub>,.0 K\*\*iOT£S- ft5a«»ri de cea profet, 1

- \* & g £ P ~ § \* î \* » ~ \* \* \* \* \* \* \* \* \*

exempta, <sup>cogl</sup>i:7are<sub>a</sub>eronata a pre . SW terape««ca cara<sub>t</sub>er>zate pr

• i \* sa rco & ^ oiaborare \_

diționata, <-u"&

## Capitolul 9

# Cercetare și eficiență în terapia cognitiv-comportamentală

### 9.1. Aspecte generale

Asistăm astăzi la o creștere a numărului formelor de tratament psihologic. Astfel, așa cum am mai amintit pe parcursul lucrării, în psihoterapie avem peste 200 de școli și peste 600 de tehnici (Bergin și Garfield, 1994). Foarte bine, am fi tentați să spunem! Cu cât numărul de tratamente disponibile este mai mare, cu atât șansa de ameliorare a suferinței psihice este mai mare. Așa să fie oare? Din păcate, creșterea numărului de tratamente a mers adesea în paralel cu creșterea artificială a numărului de categorii nosologice (vezi David, 2006a), fiind așadar artificială. De unde știm acest lucru? Dacă sporirea numărului de tratamente ar duce la apariția mai multor metode de intervenție eficiente, atunci:

- prevalența tulburărilor psihice ar trebui să se reducă odată cu înmulțirea tratamentelor eficiente;
  - am asista la clarificarea unor modele etiopatogenetice pentru foarte multe tulburări psihice.
- Numărul mare de tratamente nu a dus însă la scăderea prevalenței principalelor tulburări psihice sau la clarificarea semnificativă a unor mecanisme etiopatogenetice (Lilienfeld *et al.*, 2003). Mai mult, prevalența unor tulburări psihice (de exemplu, de tip depresiv) a crescut în ultimele decenii (USDHHS, 1999). Sigur, se poate contraargumenta că, odată cu dezvoltarea societății, s-au dezvoltat și diversificat și factorii care determină tulburările psihice (de pildă, stresorii). Aceasta ar însemna că tratamentele sunt eficiente, dar, deoarece numărul de boli a crescut foarte mult, eficiența lor nu a afectat semnificativ prevalența și incidența tulburărilor psihice. Acest contraargument este interesant, dar, la o examinare logică atentă, nu este suficient de puternic. Dacă el ar fi adevărat, ne-am aștepta ca efectul lui să se exprime direct în creșterea incidenței bolilor psihice (adică numărul de tulburări psihice noi care au apărut într-o anumită perioadă să Icrească), nu neapărat în sporirea prevalenței lor (presupunând că cei suferinzi

sunt tratați). Or, prevalența tulburărilor psihice (de exemplu, numărul de boli<sup>1</sup> existente la un moment dat) a fost și este în creștere. Încercând totuși să salvăm ipoteza că tratamentele sunt eficiente, folosind o formulă de tip Duhanes-Quine, am putea modifica ipoteza auxiliară, spunând că tratamentele sunt eficiente, dar ■ cei suferinzi nu au acces la ele; prin urmare, și prevalența și incidența tulburărilor psihice sunt mari. Cei suferinzi nu au acces la aceste tratamente eficiente deoarece I sunt foarte scumpe (într-adevăr, costurile tratamentelor tulburărilor psihice sunt B uriașe, în SUA cheltuindu-se anual peste 100 miliarde de USD) sau nu sunt suficient de bine diseminate (2/3 din cei diagnosticabili cu o tulburare psihică ml caută, nu au acces și/sau nu primesc nici un tratament). Ținând cont că (1) tulburările psihice se numără printre principalele cauze de mortalitate în țările dezvoltate, cheltuindu-se pentru managementul lor 1-4% din produsul intern brut și existând, așadar, un interes crescut în a le trata (de pildă, conform estimărilor I OMS, tulburările psihice sunt cauza numărului doi de morbiditate și mortalitate în țările dezvoltate - USDHHS, 1999) și că (2) datele experimentale arată că tratamentele pentru tulburările psihice sunt adeseori simptomatice, iar eficiența lor este departe de a fi mulțumitoare (de exemplu, în cazul tulburării depresive majore, în urma tratamentului medicamentos, doar aproximativ 45-70% dintre 1 pacienți își ameliorează simptomatologia, iar la întreruperea acestuia, tabloul clinic reapare la 50-70% dintre ei - Antonuccio *et al.*, 1995 ; Deckersbach *et al.* 2000; DeRubeis *et al.*, 2001), credem că ipoteza conform căreia avem tratamente foarte eficiente, dar ele nu ajung la cei suferinzi este puțin probabil să fie adevărată. În baza datelor analizate, credem (vezi și Dawes, 1994) că mai probabilă este concluzia conform căreia avem tratamente foarte multe, relativ eficiente (cu eficiență mulțumitoare pentru anumite condiții - de exemplu, tulburări de anxietate - și mai puțin eficiente pentru alte condiții - de exemplu, tulburări bipolare) și greu accesibile. Promovarea abordărilor mai bine validate științific (de exemplu, cognitiv-comportamentale și biomedicale) este calea care ne poate scoate din acest labirint format din sute de tratamente artificiale care, adesea nu ne duc nicăieri.

## 9.2. Suport științific și psihoterapie

Din păcate, multe dintre cele peste 600 de tehnici de intervenție psihoterape (Bergin și Garfield, 1994), combinate în pachete/proceduri de intervenție sunt adeseori întemeiate pe experiență clinică și studii de caz și rareori investite în studii experimentale. Datele experimentale existente totuși cu privire la eficiența psihoterapiilor au fost rezumate în metaanalize cantitative (de Lambert și Barley, 2002; Wampold *et al.*, 1997) care au arătat că ele sunt eficiente pentru un spectru larg de tulburări psihice, au efecte pe termen

I previn recăderile mai bine decât medicația psihotropă și că diferențele dintre I diversele forme de psihoterapie nu sunt clar demarcate (deși există un avantaj al I intervențiilor cognitive-comportamentale față de celelalte forme de terapie). Multe I dintre aceste studii au fost însă criticate sub aspect metodologic, așa încât I concluziile metaanalizelor bazate pe ele sunt discutabile. În consecință, Asociația I Americană de Psihologie (American Psychological Association - APA), prin Societatea pentru o Psihologie Clinică Științifică (Society for Science of Clinical Psychology - SSCP) din cadrul Diviziei de Psihologie Clinică (Division of Clinical Psychology) Divizia 12, a inițiat un program de stabilire a criteriilor pe care o strategie de intervenție psihoterapeutică trebuie să le respecte pentru a deveni validată științific (pentru detalii, vezi APA, la <http://www.apa.org> și Anexa 4). Criteriile minimale stabilite de APA pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat științific se referă la următoarele aspecte:

- *Trebuie să existe un manual care să descrie clar strategia de intervenție.* Sigur, nu este vorba de o algoritmizare a intervenției clinice. Intervenția psihoterapeutică trebuie particularizată la pacientul cu care lucrăm. Este vorba despre niște strategii euristice care, apoi, în funcție de condiția pacientului și de terapeut, sunt individualizate pentru fiecare caz în parte pe baza deciziei terapeutului. Metaforic spus, prezența acestor strategii euristice reprezintă știința, iar particularizarea lor în cazul fiecărui pacient înseamnă știință făcută cu artă. Demersul este similar celui din medicină, unde se utilizează „manuale și ghiduri clinice de tratament”.

- *Tratamentul este investigat în cadrul unor studii clinice controlate* (randomized clinical trials - RCT). Trebuie să existe cel puțin două studii clinice controlate conduse de grupuri de cercetare distincte. Pacienții sunt distribuiți randomizat în cel puțin două grupuri. Un grup de control (de exemplu, nu primește tratament, este înscris pe o listă de așteptare sau primește un tratament clasic deja validat) și un grup experimental, care primește tratamentul investigat. Suntem conștienți de faptul că există metode diferite pentru avansarea cunoașterii. Studiul de caz, observația sistematică, analiza unor situații-problemă sau experiența clinică pot duce la noi cunoștințe; ele contribuie însă mai ales la elaborarea unor teorii/modele și/sau la exemplificarea unor teorii/modele deja construite și validate, nu la testarea lor (vezi cazurile „micul Albert” și „micul Peter”). Aceste cunoștințe sunt contextuale și nu pot fi generalizate. În măsura în care conștientizăm acest lucru și-l exprimăm atunci când formulăm concluziile pe „baza rezultatelor obținute cu aceste metode (de pildă, studiul de caz), putem spune că facem știință. În măsura în care utilizăm astfel de metode (de exemplu, studiul de caz), dar în concluzii generalizăm rezultatele și/sau considerăm teoriile/modelele construite deja validate, demersul este pseudoștiință. Pentru generalizarea rezultatelor și/sau testarea unor teorii/modele, avem nevoie de studii clinice controlate. Extinderea utilizării unor tehnici de psihoterapie care nu au fost testate în studii clinice controlate

## TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE

este periculoasă. Dacă nu sunt eficiente (presupunând că nu reduc, dar nici] nu amplifică simptomatologia deja existentă), ele duc la costuri și la probleme; etice. Uneori însă, tratamentele psihoterapeutice au consecințe negative, amplificând simptomatologia; până la 10% dintre pacienți pot să-și amplifice simptomatologia ca urmare a efectelor secundare ale psihoterapiei (Lambert și Barley, 2002; Lambert și Ogles, 2003). Să examinăm în continuare modul în care ignorarea celor prezentate mai sus poate avea serioase consecințe negative asupra sănătății pacienților. Imediat după atacul terorist din 11 septembrie 2001, segmente largi de populație și profesioniști din SUA au primit servicii psihoterapeutice de asistență pentru situații critice (critici *incident stress debriefing* - CISD). Unele segmente de populație au fost chiar obligate să urmeze astfel de tratamente (de pildă, pompierii, polițiștii muncitorii implicați direct în acțiunile de salvare etc.)! Ce anume a determinat utilizarea pe scară largă a acestui tip de servicii și chiar forțarea lor asupra unor persoane care nu doreau asistență psihologică? Să explicăm ce s-a întâmplat (am participat personal la procesul de elaborare a unor materiale de servicii psihologice pentru cei afectați de evenimentul din 11 septembrie 2001, prin Academy of Cognitive Therapy, SUA, astfel că am avut acces doar la datele experimentale care le susțineau, și la procesul de implementare și promovare practică a acestora). În baza unor analize clinice și studii de caz (Bonnano, 2004), s-a observat că într-o situație traumatizantă avem cel puțin trei categorii de reacții psihologice: (1) reacții dezadaptate care intră în sfera patologiei (de exemplu, de stres acut sau stres posttraumatic); (2) reacții negative funcționale subclinice (de pildă, emoții negative intense, dar care nu îndeplinesc criteriile pentru o categorie nosologică de stări intense de stres, teamă, tristețe, nemulțumire etc.) și (3) lipsa reacțiilor emoționale negative intense. În plus, după aceste reacții, unii dezvoltă sindrom posttraumatic, având o calitate a vieții și un echilibru psiho-emoțional mai scăzut (Bonnano, 2004). În mod normal, subiecților care aparțin primei categorii de reacții psihologice li se oferă asistență de specialitate bazată pe studii clinice controlate. Însă în practica clinică s-a observat că unii dintre cei care au reacții emoționale negative, fără a se încadra într-o categorie nosologică, pot dezvolta ulterior probleme de stres posttraumatic datorate, afirmă unii, reprimării conținuturilor psiho-emoționale negat încercarea de a evita această situație, s-a presupus, pe baza practicii clinice și a consensului specialiștilor, că utilizarea CISD o poate preveni. CISD \ terapia suportivă, ventilarea emoțională, încurajarea discutării evenimentului traumatizant și a exprimării emoționale etc. Într-adevăr, analizele anterioare au sugerat eficiența CISD. Iată însă că studiile clinice recente efectuate arată că CISD poate amplifica simptomatologia în loc să o reducă și să prevină apariția stresului posttraumatic (pentru detalii vezi Kagee, 2002). Altfel spus, dacă nu s-ar utiliza CISD, reacțiile psihologice

negative intense s-ar diminua de la sine, ele reprezentând, de fapt, nu reacții patologice, ci reacții adaptative ale organismului la situații stresante ; ele ne ajută să prelucrăm informațiile traumatice, asimilându-le în structura noastră de cunoștințe. încurajând subiecții să discute despre ele și să le controleze, aceste reacții emoționale negative se pot accentua și transforma în psihopatologie în cazul anumitor persoane (de exemplu, la cei represivi)! Iată cum utilizarea pe scară largă, nereflexivă, a unor proceduri care nu au fost încă investigate riguros (de pildă, sub aspectul generalizării lor) poate duce la consecințe negative severe. Probabil că studiile clinice controlate vor arăta dacă și în ce condiții CISD este eficient, dar rezultatele pe care le avem acum, bazate mai mult pe analize de caz și studii clinice necontrolate, nu justifică utilizarea lui pe scară largă.

*Performanța grupului experimental trebuie să fie mai bună decât performanța celui de control (sau egală cu a acestuia, dacă grupul de control primește un tratament clasic).* În evaluarea rezultatelor unui program de intervenție se iau în calcul atât criteriile statistice, cât și cele clinice (ecologice). Relevanța statistică asigură generalizarea rezultatului în populație, iar relevanța ecologică asigură implementarea lui în practică. Spre exemplu, dacă se aplică o procedură de relaxare care reduce tensiunea arterială de la 200 la 180, această diferență poate fi semnificativă din punct de vedere statistic, dar nu are relevanță ecologică (pacientul este tot hipertensiv). O intervenție eficientă va reduce tensiunea de la 200 la 120, ceea ce probează semnificație statistică și ecologică (pacientul se înscrie în limitele normalității pentru valoarea tensiunii arteriale sistolice).

Aceste criterii minime au fost însă îmbogățite recent de către APA (vezi și David, 2003), adăugându-se elemente noi :

*\ Când grupul de control presupune lipsa tratamentului sau lista de așteptare,*  
*: este necesar un al treilea grup - grupul placebo.* Grupul placebo primește un tratament care se prezintă pacientului ca fiind eficient pentru condiția lui, dar care, în fapt, nu vizează mecanismele etiopatogenetice presupuse a fi implicate în suferința acestuia. Ca exemple de tratamente psihologice placebo, amintim :  
! discuțiile libere, discuțiile pe teme specifice (de exemplu, despre nutriție),  
I terapia suportivă etc. Prezența grupului placebo ne permite să testăm simultan nu doar eficiența intervenției, ci și teoria presupusă a justifica intervenția  
I respectivă. În lipsa grupului placebo putem spune doar că tratamentul este eficient, dar nu cunoaștem cauzele acestei eficiente. Adeseori, când se propune un tratament nou, acesta apare ca un pachet conținând tehnici de intervenție și teoria asociată lor. Acest pachet este prezentat și în programele de formare  
| în psihoterapie. Pentru a fi considerat științific, un program de intervenție  
I trebuie să aibă atât tehnici eficiente, cât și teorii adecvate care să le justifice.  
[ Dacă facem disjuncție între cele două, putem ajunge la situații ciudate;

este periculoasă. Dacă nu sunt eficiente (presupunând că nu reduc, da nu amplifică simptomatologia deja existentă), ele duc la costuri și la prole. Uneori însă, tratamentele psihoterapeutice au consecințe neg amplificând simptomatologia; până la 10% dintre pacienți pot să-și am] simptomatologia ca urmare a efectelor secundare ale psihoterapiei (La și Barley, 2002 ; Lambert și Ogles, 2003). Să examinăm în continuare în care ignorarea celor prezentate mai sus poate avea serioase eoni negative asupra sănătății pacienților. Imediat după atacul terorist septembrie 2001, segmente largi de populație și profesioniști din S primit servicii psihoterapeutice de asistență pentru situații critice (i *incident stress debriefing* - CISD). Unele segmente de populație au fo: obligate să urmeze astfel de tratamente (de pildă, pompierii, poli muncitorii implicați direct în acțiunile de salvare etc.)! Ce anume i minat utilizarea pe scară largă a acestui tip de servicii și chiar forțare cazul unor persoane care nu doreau asistență psihologică ? Să explicai întâmplat (am participat personal la procesul de elaborare a unor mat servicii psihologice pentru cei afectați de evenimentul din 11 sep 2001, prin Academy of Cognitive Therapy, SUA, astfel că am avut i doar la datele experimentale care le susțineau, ci și la procesul ds mentare și promovare practică a acestora). în baza unor analize c studii de caz (Bonnano, 2004), s-a observat că într-o situație traun avem cel puțin trei categorii de reacții psihologice : (1) reacții deza care intră în sfera patologiei (de exemplu, de stres acut sau stres i matic); (2) reacții negative funcționale subclinice (de pildă, emoții intense, dar care nu îndeplinesc criteriile pentru o categorie nos( stări intense de stres, teamă, tristețe, nemulțumire etc.) și (3) li reacții emoționale negative intense. în plus, după aceste reacții, ui dezvoltă posttraumatic, având o calitate a vieții și un echilibru psiho-( mai crescut (Bonnano, 2004). în mod normal, subiecților care expi prima categorie de reacții psihologice li se oferă asistență de sj bazată pe studii clinice controlate. însă în practica clinică s-a obsei că unii dintre cei care au reacții emoționale negative, fără a se încs categorie nosologică, pot dezvoltă ulterior probleme de stres post datorate, afirmă unii, reprimării conținuturilor psiho-emoționale nt încercarea de a evita această situație, s-a presupus, pe baza practici a consensului specialiștilor, că utilizarea CISD o poate preveni. Cli terapia suportivă, ventilarea emoțională, încurajarea discutării eve traumatizant și a exprimării emoționale etc. într-adevăr, analizi anterioare au sugerat eficiența CISD. Iată însă că studiile clinice efectuate recent arată că CISD poate amplifica simptomatologia reducă și să prevină apariția stresului posttraumatic (pentru d Kagee, 2002). Altfel spus, dacă nu s-ar utiliza CISD, reacțiile ]



dar nici probleme legate, amplifice -ambert - modul înșecințe  
din 11 'VA au critici »t chiar iștii și

deter-  
ior în  
ces-a  
iale și  
mbrie  
es nu  
îple-  
ice și  
zantă  
ative  
trau-  
ative  
că -  
Jnor

pot Mal iază tate otul tr-o tic,

**în**

-Și iză lui az ite o zi

^f ve intense s-ar dinii

patologice ci, J dlm,n" a de la sine «.

■ PatoloS emofTMle negare f SCU,e "«P\* ele , <?, CtiUni TM«W

daca, ' negative s «ere pV,,L J?PeClul S<\*rali2âr:T TM \*" fos< 'ncj

justifică utili;TM- , Jt pe an, alize de rJ' rezul tatele pe ca« , arata , ^-C;^ PC •« 'argă"6 ^ " «\*\* clinice

n^ZV^T celui de comZr, exP<sup>eri</sup>mental trrh»; ,,

aceste criterii ,,,- •

Aceste •

Valoare<

■ Ofertată acestujfg TM<>TMmele edopale!TM P<sup>TM</sup>TM "" ««a lu! dar  
terapia suportivă etr P P teme sPecifice £,, glceP<sup>la</sup> cebo, amintim .  
J<sup>u</sup>"ge 'a situații ciudate,'

într-un asemenea context, tehnicile de mesmerism ar fi probabil cons științifice.

Să argumentăm, prin analogie, cele afirmate aici, descriind succint < mesmerismului (pentru detalii, vezi Gauld, 1992). Franz Mesmer a medic vienez care a elaborat o teorie conform căreia planetele și stele influențează prin intermediul unui fluid numit *magnetism animal*, pr< fiecare dintre noi și în mediul înconjurător. Dacă există un exces sau un deficit de magnetism animal în corpul nostru, apare boala. Rolul tratamentelor acela de a echilibra deficitul existent. Cum se poate face acest lucru? acea perioadă se descoperiseră magneții (lucruri interesante pentru oameni vremuri, care se influențau - se atrăgeau sau se respingeau - reciproc atrăgeau și influențau alte corpuri), Mesmer a presupus că magneții au tateau de a influența magnetismul animal și, în consecință, a început să-i folosească în tratament; aceștia erau puși pe zonele bolnave sau acolo unde apărea mai târziu, Mesmer a susținut că el însuși este înzestrat cu abilități speciale mai sensibile la magnetismul animal, prin care poate modifica deficiențele cauzează boala. În consecință, atingând bolnavii cu o baghetă sau făcând magnetice de-a lungul zonelor bolnave, el elimina dezechilibrul magiei animal și simptomatologia asociată acestuia. Se afirmă că Mesmer a salvat suferința a peste 20.000 de pacienți utilizând aceste metode (Gauld, 1992). Probabil că dacă aceste strategii ar fi fost comparate cu o grupă de control, într-un studiu clinic randomizat, mesmerismul ar fi fost respins științific pe baza criteriilor minime. Mesmer a cerut însă ca teoria recunoscută ca fiind științifică. Ca urmare, Academia Franceză a numit comisia condusă de Benjamin Franklin și formată din personalități ale vremii (de exemplu Deslon, Guillotine, Lavoisier etc). Pentru a testa teoria, un grup a fost mesmerizat de către Mesmer însuși, iar un alt grup a fost indus li s-a spus că sunt mesmerizați, dar, de fapt, nu au fost. Cu toate acestea ameliorarea suferinței a fost aproximativ egală la cele două grupe mându-se astfel teoria lui Mesmer. Concluziile comisiei au arătat că magnetismul animal nu are nici un efect; vindecarea este dată de sugestibilitatea și bolnavilor, ceea ce astăzi am numi *efect placebo*. Prin prisma acestor rezultate poate că înțelegem mai clar importanța unui grup placebo în studiile a diverselor forme de tratament. Probabil că eficiența multor forme de așa-numite tratamente alternative (de exemplu, bioenergie), poate prin același mecanism placebo. În acest context, trebuie menționate și prisma științei, nu există tratamente științifice și alternative (de pildă, alternativă), ci doar tratamente validate științific sau nevalidate științific: acest model, cercetările recente au arătat că multe forme de terapie sunt pseudoștiințifice. Unul dintre cele mai cunoscute cazuri este cel al reprocesării și desensibilizării prin mișcarea ochilor" (*Eye Movement D*

*and Reprocessing* - EMDR; pentru detalii, vezi Lilienfeld, 1996; McNally, 1999). Mișcarea ochilor, pe baza unui protocol stabilit de terapeut, duce la reprocesarea adaptativă a informațiilor traumatizante și la reducerea simptomatologiei în cazul stresului posttraumatic. O serie de studii clinice controlate (RCT) au arătat că această formă de terapie este eficientă în tratarea tulburării de stres posttraumatic. Când s-a analizat însă teoria care stă la baza acestor tehnici, s-a constatat că efectul pozitiv al intervențiilor este explicat de factori comportamentali - mecanismul inhibiției de stingere prin expunere -, și nu de mișcarea ochilor, așa cum sugera EMDR (în fapt, se putea mișca ritmic orice, de la ochi la palme ; pentru detalii, vezi McNally, 1999). Prin urmare, deși intervenția pare să fie eficientă, teoria care o justifică este alta decât aceea propusă de autorii ei. Dacă EMDR ar fi prezentată ca o intervenție eficientă pentru tulburarea de stres posttraumatic, ea ar fi considerată o intervenție bună, ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate. Deoarece EMDR își prezintă efectele ca fiind justificate de teoria originală (de exemplu, mișcarea ochilor), ca sistem terapeutic (intervenție + teorie), ea este considerată pseudoștiință. Așadar, utilizată ca strategie de intervenție ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate, EMDR | este știință; utilizată ca strategie eficientă prin protocolul de mișcare a ochilor, | EMDR este pseudoștiință.

### 9.3. Suportul teoretico-experimental și clinic al terapiei cognitiv-comportamentale

Există mii de studii riguroase care au investigat teoriile, eficiența și costurile terapiei cognitiv-comportamentale. Ele au fost sintetizate în sute de metaanalize (pentru detalii, vezi Beck, 2005; David *et al.*, 2006c) și zeci de megaanalize (metaanalize ale metaanalizelor), pe baza cărora s-au formulat concluzii referitoare la eficiența ei. Ideea este că un singur studiu nu poate fundamenta clar și riguros eficiența unui tratament, din cauza erorilor inerente oricărui demers de cercetare. Mai multe studii riguroase, sintetizate în metaanalize, pot face însă acest lucru. În baza acestor meta- și megaanalize și a analizării studiilor clinice : controlate pe care se sprijină, APA a stabilit lista tratamentelor validate științific ] pentru diverse forme de patologie, dintre care peste 90% sunt tratamente cognitiv-comportamentale (vezi Anexa 4); această listă este actualizată continuu, pe ] măsură ce se efectuează noi cercetări. Conform criteriilor APA, este nevoie de ] cel puțin două studii clinice controlate (*randomized clinical trial*; RCT), conduse de 1 grupuri de cercetare diferite, pentru a considera un tratament ca fiind validat | științific! Studiile de validare și testare a unui tratament nu sunt nici intuiții clinice, nici analize de caz, ci cercetări experimentale riguroase, similare celor în 1 care se testează eficiența diverselor proceduri medicale (de exemplu, un nou

medicament, o nouă tehnică de intervenție medicală). Ele sunt cele care pot te eficiența/eficacitatea unor teorii/modele/proceduri, intuițiile clinice și studiile caz (incluzând studiile calitative) având fie rolul de a sugera o teorie (model/ț cedură), care apoi trebuie testată prin studii clinice controlate (vezi și Da<sup>1</sup> 2006a; 2006b), fie de ilustra o teorie (model/procedură) deja testată. Dezvolți unei teorii (model/procedură) nu este similară cu testarea și validarea ei!

Comparațiile dintre terapia cognitiv-comportamentală și diverse alte con sunt prezentate în detaliu mai jos. Ele se bazează pe trei metaanalize (Butl Beck, 2000; Engels *et al.*, 1993; Lyons și Woods, 1991) ce reunesc sul studii și mii de pacienți. Rezultatele lor sunt exprimate în mărimea efec (ME), care are următoarele valori: foarte mică (0-0,20), mică (0,20-0 medie (0,50-0,80) și mare (peste 0,80). Valorile respective se traduc în nui de pacienți care răspund mai bine la o anumită formă de intervenție față de Astfel, comparând terapia cognitiv-comportamentală cu o altă condiți exemplu, control, altă psihoterapie, medicație etc), dacă găsim o valoare r efectului (0,80), acest lucru înseamnă că peste 70% dintre pacienții c; beneficiat de terapie cognitiv-comportamentală au un răspuns clinic su pacienților care au beneficiat de forma alternativă de tratament. Evid aceste rezultate sunt valabile astăzi. Speranța este că, așa cum se întân orice demers științific, evoluția cercetărilor în domeniul terapiei cognitiv-cor mentale va duce la noi forme de tratament, mai eficiente.

### **9.3.1. Eficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul bolilor și promovarea sănătății**

Tabelul 9.1. prezintă eficiența (cum funcționează în studii controlate) și tatea (cum funcționează în practica clinică) terapiei cognitiv-comportam tratarea bolilor și promovarea sănătății, așa cum a rezultat ea din analiza pacienți, pe baza unor studii clinice controlate, incluse în metaanalizek nate mai sus (Butler și Beck, 2000 ; Engels *et al.*, 1993 ; Lyons și Wood Tabelul 9.1. *Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) versus grup de ce (fără tratament, listă de așteptare și/sau placebo) pentru tulburări spei*

**Procentul pacienților dîi M, . de TCC care au răspu**

„ . . . bine decât subiecții

erectului . . . . . ,

condițiile de com pa

(aici, grupul de cor

> 79%

**Tipul de patologie**

Tulburare depresivă majoră la adulți Tulburare depresivă majoră la adolescenți

**2£L** 1,11

> 87%

| Tipul de patologie   | Mărimea efectului | Procentul pacienților din grupul de TCC care au răspuns mai bine decât subiecții din condițiile de comparație (aici, grupul de control) |
|--|-------------------|---|
| Tulburare de anxietate generalizată  | 1,04              | > 85%   |
| Tulburare de panică cu și fără agorafobie  | 0,91              | > 82%   |
| Fobie socială  | 0,93              | > 82%   |
| Depresie și tulburări de anxietate la copii  | 0,90              | > 82%   |
| Distres marital  | 0,71              | > 76%   |
| Furie  | 0,70              | > 76%   |
| Tulburări somatice la copii  | 0,47              | > 68%   |
| Durere cronică   | 0,46              | > 68%   |
| Indicatori fiziologici (de exemplu, ritm cardiac, puls, EEG, răspuns electro-dermal)   | 0,39              | > 55%   |
| Fobii simple și complexe   | 0,80              | > 75%   |
| Tulburări psihosomatice (de pildă, tulburare erectilă, obezitate, tulburări cardiace, tulburări de tip diabetic, 1 astm, insomnie, migrenă etc.) | 1,92-2,54         | > 85%   |
| 1 Tulburări subclinice (de exemplu, 1 frică, tristețe profundă)  | 0,95              | > 80%   |
| 1 Anxietate de vorbire   | 1,71              | > 85%   |
| 1 Neuroticism  | 1,75              | > 85%   |
| 1 [raționalitate   | 2,15              | > 85%   |
| 1 Diverse (tip A de comportament, difi-1 cultați școlare, calitatea vieții, stimă de 1 sine)   | 1,04              | > 85%   |

Se observă că terapia cognitiv-comportamentală individuală, în grup sau de Îjrup este eficientă pentru un spectru larg de tulburări ale copilului și adultului, lavând efecte semnificative din punct de vedere statistic și clinic.

### [1,3.2. *Eficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale față de alte forme de terapie*

ficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale *versus* alte forme de psihoterapie sau condiții experimentale, așa cum a rezultat ea din analiza a mii

■ pacienți, pe baza unor studii clinice controlate, incluse în metaanalizele

menționate mai sus (Butler și Beck, 2000 ; Engels *et al.*, 1993 ; Lyons și V 1991):

(1) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* terapii suportive și nondire ME - 0,77.

(2) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* terapie comportamentală c ME = 0,30 (38 de comparații).

(3) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* alte terapii (de exemplu, dinamică, terapie gestalt, terapie umanistă, terapie adleriană, terapie pe realitate, consiliere psihologică, dezvoltare personală și vocați ME - 0,80 (17 comparații).

(4) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* control (fără tratament): (31 de comparații).

(5) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* listă de așteptare : ME = comparații).

(6) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* nivel de bază (înaintea \ ME =1,4 (88 de comparații).

(7) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* placebo : ME = 0,81 (2 parații).

(8) Terapie cognitiv-comportamentală *versus* medicație :

- în tratamentul tulburării depresive majore, terapia cognitiv-mentală este marginal superioară medicației antidepressive (MI La un an după tratament însă, rata recăderilor este cu 50% n terapia cognitiv-comportamentală în comparație cu medicația
- în combinație cu medicația, terapia cognitiv-comportamenta eficientă decât medicația singură în tratamentul tulburărilor de (de exemplu, schizofrenie). În tulburările depresive, o combina cognitiv-comportamentale cu medicația nu este mai eficientă < cognitiv-comportamentală, cu excepția tulburărilor severe melancolice și psihotice. Combinația dintre terapia cognit mentală și antidepressive pare însă mai indicată pentru tulbură adolescenți. O combinație între terapia cognitiv-comportame cație nu este mai eficientă decât cele două luate individual de tip anxios; terapia cognitiv-comportamentală previne î recăderile în cazul tulburărilor de anxietate.

Rezultatele arată, așadar, că, în acest moment, nici o altă formă ( nu este mai eficientă decât terapia cognitiv-comportamentală. Ea < terapiilor dinamic-psihanalitice și umanist-existențial-experiențial anumite tulburări, o eficiență/eficacitate comparabilă cu cea a n venind însă mai bine recăderile și recurența problemelor psi] tulburarea depresivă majoră). Aceste concluzii nu sunt expresia rului acestei lucrări, ci date obiective, obținute pe zeci/sute d

controlate, incluzând mii de pacienți, verificabile independent (Butler și Becl, 2000; Engels *et al.*, 1993 ; Lyons și Woods, 1991); ele sunt pe deplin congruente cu analizele independente efectuate de APA prin lista de tratamente validate științific (vezi Anexa 4). Ele nu sunt nici definitive - evoluția cercetărilor în domeniu va duce la schimbări în aceste concluzii pe măsură ce vor apărea noi proceduri terapeutice și/sau farmacologice.

= 1

#### 9.4. Factori comuni *versus* factori specifici în eficiența psihoterapiei

Concluziile formulate anterior, bine fundamentate de studiile clinice controlate, se bazează pe eficiența superioară a factorilor specifici (de pildă, cogniții funcționale și raționale) angajați de terapia cognitiv-comportamentală în comparație cu alte forme de psihoterapie. Dar, așa cum am arătat în Capitolul 3, indiferent de abordarea psihoterapeutică, prima fază a intervenției presupune (*psihodiagnosticul și evaluarea clinică*). Apoi, pe baza acestor informații, se trece la faza de *conceptualizare*, în care se oferă pacientului o explicație sau o interpretare pentru simptomele sale. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, atunci aceasta este descompusă în probleme specifice, care vor fi abordate, fiecare în parte, prin *intervenție psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relații terapeutice* (de consiliere) adecvate, construite prin mijloace specifice în fiecare abordare psihoterapeutică.

Figura 3.1., ilustrează rolul acestor componente în eficiența procesului psiho-terapeutic : relația terapeutică - 30%, tehnicile de intervenție - 15%, conceptualizarea clinică, prin speranța de însănătoșire creată, are o contribuție în procent de 15% al efectului placebo, iar psihodiagnosticul și evaluarea clinică, prin identificarea factorilor personali, are o contribuție în procent de 40 % al factorilor I personali.

Acești factori comuni contribuie la eficiența procesului terapeutic în toate I formele de psihoterapie. Atingerea însă a influenței lor maximale, așa cum apare | în figura 3.1. și cum a fost descrisă mai sus, depinde de valorile specifice pe care I le îmbracă.

În baza feciorilor comuni, anumite metaanalize sugerează că nu ar exista diferențe între diverse forme de intervenție terapeutică (de exemplu, Wampold *etal.*, 1997) ; ■altfel spus, ele sugerează că nu contează ce valori specifice iau factorii comuni în I diverse terapii, important fiind doar faptul că ei există. Această lipsă a diferențelor I este cunoscută sub numele metaforic de „efectul păsării Dodo” (Rosenzweig, 1936). Dodo este un personaj din cartea lui Lewis Carroll *Alice în Țara Minunilor*, ■celebru datorită cuvintelor „...toți au câștigat, toți trebuie să ia premiu”, cu ■referire la o bizară „întrecere de atletism”, în care nu se pornea de la o linie de

start unică pentru toți, ci fiecare pornea de unde voia și de unde se afla, oriunde dorea!

Cum se împacă aceste lucruri? Aduc factorii specifici un efect în plus celor comuni? Dacă da, de ce unele metaanalize (de pildă, Wampold *et al.*) nu au găsit diferențe între eficiența/eficacitatea diverselor forme de psihoterapie? Așa cum am arătat în secțiunea 9.3., pe baza a sute de studii și pacienți, reiese că factorii specifici cognitiv-comportamentali fac diferența în psihoterapie. O serie de metaanalize clasice - în sensul că nu s-au focalizat pe evaluarea eficienței terapiei cognitiv-comportamentale, ci a psihoterapiei generale - au arătat, de-a lungul timpului, că această concluzie este corectă (1997; Smith *et al.*, 1980; Weisz *et al.*, 1987; Weisz *et al.*, 1995). În parte, există câteva metaanalize (de exemplu, Wampold *et al.*, 1997) care rează că toate psihoterapiile par să fie la fel de eficiente, deși se recreează un efect superior, dar nesemnificativ, al terapiei cognitiv-comportamentale. Acomodează discrepanțele induse de aceste câteva studii în concluziile recente, Hunsley și DiGiulio (2002), într-o analiză a studiilor metaanalitice susțin „efectul Dodo”, publicată în *The Scientific Review of Mental Practice*, evidențiază erorile prin care s-a ajuns la acest efect, un mit cunoscut în comunitatea terapeutică. Astfel:

- adeseori metaanalizele nu au inclus doar studii clinice control amestec de studii clinice controlate (experimentale) și studii clinice controlate (cvasiexperimentale); or, ca și în medicină, standardul de a stabili dacă un tratament funcționează și este eficient este studiul controlat;
- gruparea terapiilor în categorii diferite a fost, în anumite cazuri. Spre exemplu, terapiile cognitive au fost incluse uneori în clasă de terapii nonverbale;
- concluziile au fost adeseori distorsionate de interpretări. Spre exemplu, metaanaliza lui Wampold *et al.*, (1997) s-a găsit o mărime a efectului de  $t = 0,19$ ; deși mică, diferența există și nu permite afirmația că este echivalentă;
- rezultatele se bazează frecvent pe măsurătorile făcute la sfârșitul terapiei. Impactul unei terapii nu vizează însă doar *feeling better* (remitere clinică), ci mai ales *getting better* și *staying better* (prevenirea recurenței tulburărilor). Altfel spus, este probabil ca efectul factorilor specifici să apară la sfârșitul tratamentului, dar el este similar unui tratament etiotropic; modificarea factorilor specifici se exprimă în tratamente etiopatogenetice, cu efect pozitiv asupra recurenței (*getting better*) și recurențelor (*staying better*).

Toate aceste elemente coroborate (vezi Hunsley și DiGiulio, 2002) (echivalența psihoterapiilor sub aspectul eficienței este un mit. Psih



I sunt echivalente sub aspectul eficienței lor! Factorii specifici fac diferența dincolo de efectul clar al factorilor comuni, iar această diferență este posibil să devină tot mai clară pe măsură ce cercetările reliefează factori specifici noi și modalități mai eficiente de control al acestora. Așa cum am arătat în subcapitolul 9.3., pe baza rezultatelor a sute de studii clinice controlate, reunind mii de pacienți, terapia cognitiv-comportamentală este astăzi cea mai eficientă formă de psihoterapie. Acest lucru a fost asumat de asociațiile profesionale (de exemplu, APA - vezi lista tratamentelor validate științific, Anexa 4), de lucrările de profil cu anvergură în psihoterapie (Bergin și Garfield, 1994) și de casele de asigurări de sănătate (de pildă, în Marea Britanie, doar terapia cognitiv-comportamentală este susținută financiar în tratamentul tulburărilor psihotice, în combinație cu farmacoterapia). Acest lucru nu înseamnă că celelalte forme de psihoterapie nu sunt și nu mai pot fi utile. Dacă ele vor încorpora un demers științific prin care se vor „depierifica”, dezvoltând teorii și tehnici noi pe baza unor studii clinice controlate, dincolo de afirmațiile unui „guru”, eficiența lor poate crește semnificativ. Un exemplu de urmat în acest sens sunt terapiile dinamice de scurtă durată care, eliberându-se de modelul psihanalitic clasic de a face psihoterapie, și-au dezvoltat teorii și proceduri validate științific, fiind astăzi, alături de terapia cognitiv-comportamentală, una dintre cele mai eficiente forme de intervenție pentru tulburarea depresivă majoră.

### 19.5. Psihoterapie *versus* farmacoterapie

I Ca angajament teoretico-metodologic, terapia cognitiv-comportamentală este I perfect compatibilă cu farmacoterapia.

Așa cum am arătat deja în subcapitolul 2.2., teoria psihologică și cea biologică I nu sunt în opoziție sau alternative. Ele sunt adeseori descrieri diferite ale aceluiași I fenomen. într-adevăr, studiile existente (pentru detalii, vezi David, 2003) arată I că intervenția psihoterapeutică nu modifică doar factorii psihologici, ci influen- I [ează și factorii biologici (de exemplu, metabolismul serotoninei). La fel, inter- I venția medicamentoasă afectează nu doar componenta biologică, ci și pe cea ■ psihologică (de pildă, gândurile automate). Diferențele de eficiență dintre ele țin I mai mult de nivelul de sofisticare la care s-a ajuns în cadrul tehnicilor biologice sau psihologice. Spre exemplu, în cazul tulburării depresive majore, atât psiho- I terapia, cât și medicația au aceeași eficiență la sfârșitul tratamentului, dar ] psihoterapia este mai eficientă pe termen lung, prevenind recăderile (Beck, [1976; DeRubeis *et al.*, 2001). în cazul tulburărilor de tip psihotic, intervenția medicamentoasă este mai avansată, așa încât nu are sens să utilizăm tehnici psihoterapeutice (de exemplu, comportamentale) pentru a controla halucinațiile în timpul episodului psihotic (deși există astfel de tehnici); în acest caz, tehnicile

terapeutice intervin după și împreună cu tratamentul medicamentos, pe potența acestuia efectul și/sau pentru simptomele psihotice reziduale.

Acestea fiind spuse și subliniind compatibilitatea terapiei cognitiv-cc mentale cu farmacoterapia, nu înseamnă că ele trebuie utilizate mereu în Utilizarea lor separată sau în combinație se decide pe baza studiilor controlate, folosind simultan trei criterii: (1) teoria schimbării (*t, change/mechanism of change*); (2) eficiență (*efficiency*/eficacitate (*efficacy*) și (3) eficacitatea costurilor (*cost-effectiveness*).

În cazul anumitor tulburări psihice, studiile arată că o combinație între cognitiv-comportamentală și farmacoterapie este contraindicată. Spre atunci când se utilizează tehnica *flooding* (a expunerii) pentru stări fobii medicației anxiolitice interferează cu eficiența acesteia. Tehnica expune prezența unei stări anxioase, care nu apare dacă persoana ia. Apoi, uneori, dacă medicația afectează serios starea neuropsihologică a tului, cunoștințele dobândite prin terapie cognitiv-comportamentală sunt dependente de această stare; așadar, când se stopează medicația, ele nu pot fi utilizate performant în terapia cognitiv-comportamentală. Această este susținută de studiile pe animale, care au arătat că, atunci când șoareci să parcurgă un labirint sub influența unui drog, ei nu mai știu să-l parcurgă decât dacă efectul drogului încetează; dacă se reia „consumul” de droguri „știu” din nou să parcurgă labirintul (Eysenk și Keanne, 2000)! În tulburări (de exemplu, de tip psihotic), studiile (vezi Beck, 1995 ; Dz 2005c) au arătat că cea mai eficientă intervenție este o combinație cognitiv-comportamentală cu farmacoterapie. În alte situații (de pildă, depresivă majoră ușoară, medie, severă, fără elemente psihotice), forme de terapie sunt la fel de eficiente, deși, în general, terapia cognitiv-comportamentală pare să fie mai eficientă în prevenirea recăderilor și, de altfel, uneori (de exemplu, tulburarea depresivă majoră la adulți, de ușoară, medie, severă, fără elemente psihotice), terapia cognitiv-mentală și/sau farmacoterapia, utilizate individual, sunt la fel de eficiente ca combinația lor; așadar, ele nu merită combinate, căci acest lucru duce la creșterea costurilor, fără un câștig clinic. În fine, în alte cazuri tulburarea depresivă majoră severă cu elemente psihotice și/sau tulburarea depresivă majoră severă la adolescenți), combinația este eficientă clinic decât fiecare luată separat; dacă analiza costurilor această combinație este eficientă nu doar clinic, ci și sub aspectul atunci ea trebuie promovată în practică.

Așadar, cele două fiind compatibile sub aspect teoretico-metodic, decizia pentru utilizarea separată sau în combinație a terapiei cognitiv-comportamentale și farmacoterapiei trebuie luată pe baza rezultatelor clinice controlate, în care indicatorii principali sunt: (1) validitatea schimbării (*mechanism/theory of change*); (2) rezultatele asupra eficienței

și eficacității (*effectiveness*) și (3) analiza eficienței costurilor (*cost-effectiveness*). Aceste decizii sunt amendabile mereu, pe baza noilor cercetări.

## 9.6. Noi dezvoltări în cercetarea din terapia cognitiv-comportamentală

Ținând cont de cele prezentate mai sus, angajamentul terapiei cognitiv-comportamentale este pentru dezvoltări care să ducă la o psihoterapie integrată, validată științific. Să le analizăm pe cele mai importante.

*Support științific.* *Supportul științific* trebuie să se înscrie în paradigma unei practici validate științific (după modelul medicinei validate științific - EBM). EBM nu este o idee nouă. Originile ei filosofice datează din secolul al XIX-lea și poate chiar de mai înainte. Aceste idei au devenit însă intens promovate și ridicate la rangul de standarde în domeniu, în principal sub presiunea caselor de asigurări de sănătate, interesate în a-și reduce costurile prin focalizarea resurselor doar asupra acelor proceduri medicale și non-medicale care sunt validate științific (Dawes, 1994). Această politică a caselor de asigurări de sănătate a dus la apariția unor mișcări de promovare a științei în domeniul clinic, prin apariția medicinei validate științific (*evidence-based medicine* - EBM) și a psihoterapiei validate științific. Mulți profesioniști și pacienți cred că tratamentele administrate de profesioniști, respectiv primite de pacient într-un cadru medical (de exemplu, spital), sunt validate științific (sunt mai bune decât nimic, decât alte tratamente mai vechi sau decât un tratament placebo). Ei bine, iată că lucrurile nu stau deloc așa. Estimările făcute în anii '70 și '80 de către US Congress Office of Technology Assessment arătau că doar aproximativ 10-20% dintre procedurile medicale erau susținute științific. Aceasta înseamnă că în cazul a 80% dintre tratamentele pe care le primeam în acei ani nu știam dacă sunt sau nu științifice, mai - precis, dacă sunt sau nu eficiente ! Stau astăzi lucrurile altfel ? Se pare că ele s-au îmbunătățit, dar nu foarte mult. Estimări recente arată un procent ușor peste 20 % de proceduri validate științific din totalitatea procedurilor medicale folosite. Sigur că aceste procente diferă în funcție de domeniul medical specific. Tabelul 9.2. redă astfel de estimări pentru o serie de tipuri de tratamente medicale. Clasificarea vizează următoarele categorii ale validării științifice : (1) tratamente susținute științific - există studii clinice controlate care arată că procedurile respective sunt mai eficiente decât tratamentele anterioare, grup placebo sau de control; (2) tratamente pseudovalidate științific - nu există studii clinice controlate, dar practica clinică și consensul profesioniștilor sugerează că aceste tratamente sunt eficiente; (3) tratamente non-științifice - nu sunt susținute de studii, practica clinică sau consensul profesioniștilor și/sau au fost chiar invalidate de acestea.

| Domeniul și studiile pe baza cărora s-au formulat aceste procente | Tratamente validate științific | Tratamente pseudovalidate științific | Tratam non-va |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| Psihiatrie<br>Summers și Kehoe (1996)                             | 53%                            | 10%                                  | 37?           |
| Medicină generală Suarez-Varela et al., (1999)                    | 38%                            | 4%                                   | 58^           |
| Medicină internă Nordin și Asplund (2000)                         | 50%                            | 34%                                  | 12«           |
| Chirurgie generală Lee et al., (2000)                             | 14%                            | 64%                                  | 22'           |
| Tratamentul cancerului (SUA) Djulbegovic et al., (1999)           | 24%                            | 21%                                  | 55            |
| Chirurgie vasculară Howesef ai, (1997)                            | 24%                            | 71%                                  | 5'            |
| Dermatologie Jemecef a/., (1998)                                  | 38%                            | 33%                                  | 23            |
| Chirurgie pediatrică Kenneyef a/., (1997)                         | 11%                            | 66%                                  | 23            |
| Anestezie Myleseia/., (1999)                                      | 32%                            | 64,7%                                | 3,:           |

Amintindu-ne limitele acestor studii - limite care derivă chiar dii metodei științifice (de exemplu, eșantionarea, dificultățile de gene rezultatelor) -, rămâne totuși impresionant faptul că un număr extrem tratamente medicale sunt bine validate științific. Cât privește psihi: aproape de demersul nostru, cercetările arată că, deși din punctul de validării științifice stă mai bine decât alte domenii medicale (de pildă, c procentul de tratamente validate este totuși scăzut, luând în calcul s domeniului, discursul în domeniu (profesioniștii argumentează și f lucrări de specialitate că tratamentele oferite sunt valide), credințele ] și, în general, așteptările omului de simț comun de la medicină. A confirmă rezultatele din anii '70-'80 și arată că progresul a fost inf zându-le, înțelegem că declarația făcută de dr. Robert Califf, direct\* University Clinical Research Institute, în revista *Time* din 12 octombi anume că doar aproximativ 15% dintre serviciile oferite de medici si științific, este ea însăși bine validată științific.

Prin cercetările și demersul angajat, terapia cognitiv-comportam prototipul psihoterapiei validate științific și motorul asimilării acestu psihoterapie, în beneficul pacienților și al psihoterapiei ca știință (vez

*Eclectism procedural susținut științific.* Există la nivelul practicii o tendință de a construi pachete de intervenție care să includă proceduri și tehnici din diverse tradiții ale psihopatologiei. Acest eclectism procedural este de încurajat, în măsura în care el este dublat de studii de eficiență a pachetelor astfel construite. În același timp, la nivel de procedură trebuie să diferențiem acest eclectism de eclectismul la nivel de teorie. Eclectismul procedural presupune utilizarea unor tehnici cu angajamente teoretice diferite, dar reunite într-un cadru teoretic comun, integrativ (conceptualizare clinică coerentă și validă). Eclectismul teoretic presupune utilizarea unor teorii diferite asupra aceluiași fenomen, ceea ce duce frecvent la contradicție în propriul discurs și, în consecință, trebuie evitat; nu putem folosi și teorii dinamic-psihoanalitice și umanist-existențialist-experiențiale, și cognitiv-comportamentale asupra aceluiași fenomen, ele fiind adeseori contradictorii. Vom apela la acea teorie care este susținută de datele științifice și care poate asimila proceduri din tradiții diferite; așadar, o teorie științifică reinter-pretează și integrează aspectele valide ale teoriilor anterioare în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. Așa cum am mai spus, în psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală a reinterpretat tehnicile dinamic-psihoanalitice în termenii teoriei învățării, care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud. De

exemplu: (1) transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare; (2) represiia este un comportament învățat, deoarece este întărită prin reducerea anxietății; (3) tehnica asociațiilor libere este folosită pentru obținerea de material reprimat (inconștient), deoarece pacientul interpretează acceptarea de către psihoterapeut a verbalizărilor sale ca iertare și, astfel, teama

asociată cu aceste idei se reduce etc. (Dollard și Miller, 1950; Udolf, 1981).

*Testarea eficienței procedurii și a teoriei schimbării.* Un tratament științific trebuie să fie testat atât sub aspectul eficienței procedurii, cât și sub aspectul corectitudinii teoriei care stă la baza procedurii. O disociere între aceste două componente poate duce la situații în care, deși tratamentul funcționează, cauza I eficienței este alta decât cea oferită de teoria pe baza căreia s-a elaborat tratamentul sau la cazuri în care, deși teoria pare corectă, tratamentul este de o I eficacitate îndoielnică.

Vom menționa în continuare principalele conexiuni dintre teorie și procedurile pe care acestea le generează. Trebuie să specificăm clar de la început că influența rezultatelor cercetării fundamentale în practica clinică se realizează prin penetrarea unor filtre succesive. Aceste filtre nu au un rol regresiv pentru știință, ci unul protectiv pentru pacient. Secvența este următoarea :

- Cercetarea fundamentală descoperă un principiu, o regularitate. Prima condiție este ca principiul să fie relevant pentru domeniul clinic. Adeseori aceste principii se descoperă prin analiza subiecților umani sănătoși, astfel că ele pot să nu potrivească funcționarea pacienților cu diverse forme de psihopatologie.

Spre exemplu, principiul disonanței cognitive este foarte bine susținut experimental (Festinger, 1957); el ne spune că, dacă apare o disonanță între comportamentul nostru și credințele noastre, în timp, credințele se reduc nivelul comportamentului. Acest principiu pare să nu funcționeze la fel bine în cazul subiecților suferinzi de depresie majoră (Beck *et al.*, 1977). Astfel, acești pacienți se pot implica performant în diverse activități urmărirea sarcinilor terapeutice), dar continuă să susțină că sunt prost incapabili de a face ceva. Chiar și atunci când în studii ni se spune că investigat anxietatea sau depresia, o analiză atentă relevă adeseori probe subclinice (de exemplu, scorul mare la o scală de anxietate al unor subnormali), nu clinice (de pildă, pacienți diagnosticați cu diverse tulburări anxietate).

- Odată identificat un principiu cu relevanță clinică, el trebuie transformat într-o procedură de intervenție. Dacă nu se poate face acest lucru, cunoașterea are valoare teoretică, dar nu are impact asupra practicii clinice.
- Procedura trebuie testată în studii de eficiență (*efficacy*). În prima fază expuse procedurilor dezvoltate persoane sănătoase, pentru a se urmări în care subiecții umani reacționează la aceste proceduri. Dacă ele se dovedesc nepericuloase (de pildă, nu generează probleme noi subiecților sănătoși le-au fost administrate), atunci urmează să fie aplicate pacienților pentru care au fost elaborate, în cadrul unor studii clinice controlate. Se vizează comparații cu grupuri de control și placebo, adeseori într-un mediu controlat de laborator. Dacă procedurile se dovedesc eficiente statistic și clinic (cu o marimă mare a efectului), se trece la următorul filtru.
- Procedurile eficiente sunt supuse unor studii de eficacitate (*effectiveness*) prin studii clinice controlate și/sau cuasiexperimente, experimente cu un singur subiect etc. Se urmărește modul în care ele funcționează în practica reală. Uneori, este posibil ca o procedură de intervenție eficientă în studii de laborator să nu funcționeze la fel de bine în practică. În laborator se utilizează adeseori populații selecționate (de exemplu, doar pacienți cu tulburare depresivă majoră), în timp ce în practică tulburarea depresivă majoră, de pildă, este frecvent acompaniată de tulburări (anumite tulburări de personalitate). Această comorbiditate face ca o procedură eficientă în laborator să nu mai funcționeze în practică. În plus, adeseori în practică nu se respectă exact cum sunt specificate ele în tratamentul care s-a dovedit eficient clinic controlat; spre exemplu, așa cum uneori în tratamentul psihiatric, managementul clinic (de exemplu, terapia suportivă, medicația de boală etc.) nu este făcut atât de intensiv cum sugerează ghidul validat prin studii clinice controlate, nici în psihoterapie nu se respectă specificările (de exemplu, secvența de intervenție, numărul de sesiuni etc.) din manualul care s-a dovedit eficient.

• Strategiile/procedurile care dovedesc eficiență ecologică sunt supuse analizei costurilor (*cost-effectiveness; cost-benefit analysis*). Dacă implementarea lor într-o clinică duce la reducerea costurilor sau la o creștere nesemnificativă a costurilor în raport cu beneficiile, procedura va fi implementată. Dacă nu se întâmplă așa, atunci, în ciuda eficienței clinice, se va renunța la ea. Faptul că pacientul ar beneficia de o intervenție psihologică nu înseamnă că acesta va primi automat respectiva intervenție. Sistemul sanitar este un sistem cu resurse limitate. Așadar, se vor implementa numai acele proceduri care sunt eficiente din punct de vedere științific și sub aspectul eficienței costurilor.

#### <\$> EXEMPLU

Analiza eficienței costurilor (AEC)/*cost-effectiveness analysis* (CEA) este procedura care ne ajută să selectăm dintre strategiile de intervenție aflate în competiție, atunci când resursele sunt limitate (de exemplu, nu le poți utiliza pe toate), pe cea mai adecvată. AEC a fost dezvoltată în domeniul militar, devenind apoi o procedură influentă în sistemul actual de sănătate. Rata eficienței costurilor (EC) se calculează după formula :  $(\text{costul noii strategii} - \text{costul strategiei curente}) / (\text{efectul noi strategii} - \text{efectul strategiei curente})$ . Eficiența sub aspectul costurilor nu înseamnă că se salvează bani, iar o strategie care salvează bani nu este neapărat eficientă sub aspectul costurilor. Ea se aplică doar atunci când noua strategie este mai eficientă și mai scumpă decât strategia curentă (sau mai puțin eficientă și mai puțin costisitoare). Dacă EC este suficient de scăzut, noua strategie este considerată eficientă sub aspectul costurilor; ce înseamnă „suficient de scăzut” depinde însă de resursele sistemului în cadrul căruia s-a făcut analiza. Efectul strategiilor se estimează prin studii clinice controlate și se exprimă în unități standard (de exemplu, ani de viață câștigați; calitatea vieții). Costurile se estimează fie prin modelare (de exemplu, utilizând costuri standard), fie prin măsurătorile făcute direct în practica reală.

| • Un ultim filtru este cel al acomodării protocolului într-un cadru dat. Uneori, (anumite proceduri nu pot fi implementate din cauza spațiului, personalului (de pildă, nu sunt specialiști pregătiți în implementarea tratamentului) etc. Aceste filtre generează adeseori un oarecare decalaj între obținerea rezultatelor cercetării fundamentale și aplicarea lor, ceea ce este însă un lucru obișnuit în știință. Nu toate rezultatele cercetării fundamentale din genetică s-au constituit | deja în aplicații ale ingineriei genetice ; ele trebuie testate în privința siguranței | și eficienței/eficacității lor. De asemenea, în domeniul psihofarmacologiei, nu toate tratamentele experimentale sunt implementate în practică. Ele trebuie să treacă | prin filtrele menționate mai sus și abia apoi vor fi implementate pe scară largă.

*Paradigma cercetător-practician* (scientist-practitioner). Internaționalizarea ; cercetării a dus la o competiție acerbă în domeniu, cu scopul final al construirii j unei societăți și a unei economii bazate pe cunoaștere. în acest context, relația

în plus, se cere parcurgerea unui modul de terapie personală (aproximativ de ore) care, în terapia cognitiv-comportamentală, cuprinde elemente de cunoaștere, dezvoltare și optimizare personală. Astfel, formularele din Ans (de pildă, fișa sintetică a modelului ABC cognitiv) pot fi utilizate în proces autocunoaștere. Spre exemplu, săptămânal se pot analiza, prin prisma ai formular, cele mai dificile situații cu care v-ați confruntat. După câteva săptămâni veți avea un material suficient de bogat care să vă ajute să înțelegeți cat propriul pattern irațional/disfuncțional și care sunt patternurile funcționale pe care trebuie să le asimilați. Modulul de terapie personală este funda pentru a-1 ajuta pe viitorul consilier psihologic/psihoterapeut să înțeleagă pi sale tari, dar și aspectele mai slabe, care trebuie controlate în beneficiul clic

în Anexa 5 prezentăm ca exemplu particularizarea acestui model formarea în consiliere psihologică și psihoterapii cognitive și comportau Ca regulă generală, programul de formare pentru consiliere psihologică < scurt decât cel pentru psihoterapie, deși ambele au aceeași structură și s la o școală specifică (de pildă, cognitiv-comportamentală, terapie cei client etc). Formarea continuă, care urmează formării inițiale (de bază), este ui obligatoriu pentru promovarea și dezvoltarea profesională în consilie logică și terapie cognitiv-comportamentală. Prin programe de formare noile dezvoltări în domeniu sunt transmise practicienilor.

în general (așa cum se observă și din Anexa 5), în programele de f terapie cognitiv-comportamentală se vizează educarea unor profesioni aibă următoarele trăsături:

- să fie *scientist-practitioner* - altfel spus, să fie mereu deschis ; asupra evoluțiilor teoretico-experimentale din domeniul său și practică clinică validată științific, amendabilă mereu de noile de beneficiul clientului său. Așadar trebuie să fie capabil să înțeleagă cercetării științifice și să facă cercetare în cursul practicii proff pildă, prin utilizarea studiilor de caz, a experimentului cu un sin a unor studii de eficacitate; pentru detalii (vezi David, 2006a;
- să nu considere stilul său cognitiv și comportamental ca un stan că el, ca terapeut, gândește într-un fel nu înseamnă că acea m< funcțională/rațională. Să ne amintim că nimeni nu este perfect fui nai! Similar, patternurile sale comportamentale și emoționale nu standarde de comportament adaptativ, respectiv de emoții funcț nalitatea/iraționalitatea și funcționalitatea/disfuncționalitatea se defn și științific!
- să poată dezvolta caracteristici de empatie, colaborare, cor acceptare necondiționată a pacienților ;
- să pună interesul pacientului, odată acceptat în terapie, mai reșele și orgoliile proprii; tratamentul aplicat se face nu în



place lui (i se potrivește lui ca personalitate și terapeut), ci de ce are nevoie pacientul pornind de la cele mai eficiente tratamente existente pe piață;

- de preferință, să fie cult, inteligent și, cu siguranță, bine pregătit profesional (cu expertiză avansată);
- să-și cunoască propriile limite, pe care să le respecte și/sau să le utilizeze creativ în activitatea profesională;
- să aibă o atitudine umanistă și constructivă la nivel social și al comunității profesionale.

## 10.2. Aspecte specifice

Aspectele de mai jos sunt dezvoltări recente în programele de formare în terapia cognitiv-comportamentală, reflectând noile progrese din știința psihologică.

### I 10.2.1. Psihologia pozitivă

Modul în care procesăm (prelucrăm) realitatea poate fi unul realist, în care cognițiile noastre aproximează foarte bine fenomenul, sau unul distorsionat. Distorsiunea poate să fie negativă - avem tendința să ignorăm aspectele pozitive și să accentuăm aspectele negative ale fenomenului - sau pozitivă - avem tendința să ignorăm aspectele negative și să accentuăm aspectele pozitive. Cercetările recente au arătat că sănătatea mentală este strâns legată de o pendulare între realism și distorsiune pozitivă (Taylor, 1993). „Iluziile pozitive”, exprimate printr-un optimism realist, sunt elemente importante pentru sănătatea mentală. Pe baza acestor rezultate a fost inițiat relativ recent un întreg domeniu de cercetare în sfera psihologiei - psihologia pozitivă (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000). În psihologia pozitivă, accentul este pus pe aspectele pozitive ale ființei umane (de exemplu, emoții pozitive și funcționale) și pe rolul acestora ca factori terapeutici și de protecție în situații stresante. Cercetările recente au arătat, spre I exemplu, că emoțiile pozitive și negative (similar, cele funcționale și disfuncționale) nu sunt constructe bipolare (Watson, 2000). Altfel spus, o reducere a I emoțiilor negative nu înseamnă automat o creștere a emoțiilor pozitive, după

- cum o reducere a emoțiilor pozitive nu înseamnă o creștere a emoțiilor negative
- (atât ca frecvență, cât și ca intensitate). Emoțiile negative și cele pozitive par să I fie constructe ortogonale, ceea ce înseamnă, de pildă, că cineva poate să fie
- depresiv, dar și calm în același timp (Watson, 2000; vezi figura 10.1). Emoțiile
- pozitive apar mai ales combinate cu cele funcționale și negative, și mai greu cu 9cele disfuncționale și negative (deși nu este imposibilă nici această combinație).

Emoții negative  
cu activare mare (de  
exemplu, furios,  
anxios)

Activare  
Emoții negative  
cu activare medie (de  
exemplu, trist,  
îngrijorat)

Valență —  
Emoții pozitive  
cu activare mare (de  
exemplu, extaziat)

Emoții negative  
cu activare mică (de  
exemplu, depresiv,  
letargic)

Emoții pozitive  
cu activare medi  
exemplu, ferii  
mulțumit)

<sup>x</sup> Emoții pozitive cu activare mică (de exemplu, calm, liniștit)

<sup>&</sup>

— 1~ Aa frv

Din păcate, în cazul tulburărilor psihologice, programele de formare clinic continuă linia clasică și se focalizează obsesiv pe corectiv, deși, așa cum am afirmat mai sus, simpla reducere a emoțiilor nu înseamnă automat creșterea emoțiilor pozitive. Această limită a prede formare se poate vedea și în cercetare. Cele mai multe cercetări privind eficiența unor tratamente medicamentoase sau psihoterapeutice în pretest și posttest scale care evaluează psihopatologia. Un tratament considerat eficient dacă scorul în posttest este mai scăzut decât scorul (și/sau în comparație cu un grup de control). Adevărat, dar aceste rezultate doar că s-au redus emoțiile negative disfuncționale (distresul). Ce s-a spus cu emoțiile pozitive? A dus tratamentul și la creșterea acestora? Întrebări au fost luate serios în discuție abia în ultima perioadă terapeuții nu erau pregătiți, în cadrul programelor de formare, să se concentreze asupra aspectelor de optimizare și dezvoltare personală a pacienților adevărat că, prin definiție, intervenția în domeniul clinic vizează atât tulburărilor psihice, cât și dezvoltarea și optimizarea personală. La fel este însă faptul că se ignoră încă aspectul de dezvoltare și optimizare care a fost preluat ca un deziderat important de către psihologia pe autori (vezi Price și Lynn, 1981) au justificat focalizarea pe aspectu<sup>1</sup>

o consecință naturală a complexului pe care psihologia clinică îl are față de medicină. Domeniul tulburărilor psihice este mai greu cuantificabil decât cel al tulburărilor somatice, așa încât psihopatologiei i s-a refuzat mult timp statutul de știință în comparație cu restul medicinei. Alți autori (vezi Price și Lynn, 1981), deși recunosc această focalizare pe aspectul corectiv, spun că nu este nicidecum vorba despre un complex, ci despre o decizie pragmatică. Psihoterapia s-a dezvoltat acolo unde era cerută. Oamenii apelează la terapeut mai ales atunci când suferă și au nevoie de ajutor; în consecință, psihoterapia s-a orientat pragmatic în această direcție, ca și restul medicinei de altfel (și medicina este încă focalizată mai mult pe patologie decât pe profilaxie). În plus, și tehnicile de intervenție validate științific pe care le avem se referă mai ales la tulburările psihice și mai puțin la optimizarea personală. Oricum, indiferent de motive, sunt evidente în domeniul clinic și în psihoterapie în general ignorarea și lipsa eforturilor de a dezvolta aspectele pozitive ale subiectului uman, precum și focalizarea excesivă pe aspectele corective (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000). Terapia cognitiv-comportamentală s-a ancorat rapid în noile dezvoltări și include aceste aspecte ca element fundamental al programelor de formare; acest lucru era de așteptat în măsura în care fondatorul și promotorul psihologiei pozitive (Martin Seligman) este și unul dintre fondatorii și promotorii terapiei cognitiv-comportamentale.

### **10.2.2. Provocarea paraprofioniștilor**

Așa cum am văzut anterior, programele de formare în domeniul clinic sunt complexe și organizate de-a lungul unei perioade lungi de timp. Efortul financiar, intelectual și de timp pentru a putea obține o formare într-un tip sau altul de psihoterapie este remarcabil. Dacă aceste resurse ar fi alocate altor arii de specializare, probabil că s-ar putea obține două licențe în două domenii diferite. Este de așteptat ca un program complex de formare să creeze profesioniști cu abilități și performanțe superioare celor care nu au parcurs un astfel de program. Ce ne spun însă datele științifice? Rezultatele arată că diferența dintre profesioniști și paraprofioniști (persoane fără pregătire în domeniul clinic) sau dintre profesioniștii cu mai multă pregătire și cei cu pregătire mai redusă (de pildă, nivel doctoral *versus* nivel mașter), în ceea ce privește eficiența tratamentului tulburărilor psihice prin psihoterapie, este minimă. Paraprofioniștii obțin rezultate asemănătoare celor obținute de profesioniști, iar între profesioniști nu există diferențe în funcție de nivelul de pregătire (nivel doctoral *versus* nivel mașter) sau de tipul de pregătire (de exemplu, psiholog *versus* psihiatru). O metaanaliză incluzând peste 40 de studii arată clar acest lucru (Dawes, 1994). încercând să explice aceste date contraintuitive privind eficiența paraprofioniștilor raportată la cea a profesioniștilor, s-a afirmat că diferența dintre ei este evidentă în evoluția

# T,, —————<sup>co</sup>;:r::nou .J

^rceotat. Cum au reacționa v contmua P<sup>r</sup>oS<sup>ramc</sup> mpntală 9 într-o ma  
profesioniști sun reia ^ faptu, ca: {esi,,}, isti c  
„istrate a evidențiat, a Scute de către P „  
agnosticul si «<sup>to</sup>na<sup>C</sup> fo efectua, de către (^U " tuli când if^al», ca pentru a face «-«" ^ \*, p r,  
int<sup>e</sup>, es, Unând co« ^, c pe care paraprotoo\* m ^ . ^ ,,,  
lăsați nesupravegheațt paraprofesioniști  
nistrează corect. paraprofesioniștii S  
consecință, program<sup>e</sup> u ^^ cum sa coor lelaltej  
module în care profet ft paramed^ ^ ^  
profesionist\* (vez^s m\* wgmtiv^o^o^^ fesioni#a  
P<sup>nu</sup> urmează ^f^ne care arată «JJ^Sa tot mai cur n0n-defenswaMades eacește ^vord  
^ ^

să apară surprize pe «. de ana<sup>ta</sup>^ a P & ^  
posibil ca unde^ case ^ ^ OJ-^ de ^  
profestomștt, care a aceșUa a unOR P » r? demi  
^ fi organuțre^ ^ fi ^ a cn^a ^ ^  
noscută acestora pentru

### 10.2.3. *Provocarea terapilor autoadministratate și on-line*

Costurile programelor de tratament pentru tulburările psihice sunt uriașe, în SUA, de exemplu, cheltuindu-se anual peste 100 de miliarde de USD. Ca alternativă la tratamentele oferite de profesioniști s-au propus programe de terapie autoadministrată (unele autoadministratate *on-line*). Ele pot fi aplicate de către pacient, cu o intervenție minimă din partea terapeutului și, în consecință, cu costuri reduse. Ce arată studiile de specialitate ? Cercetări care sintetizează peste 20 de studii arată că diferența dintre psihoterapie și terapia autoadministrată este minimă și ne semnificativă. În ciuda acestor rezultate clare, programele de training în psihoterapie continuă să ignore importanța procedurilor de terapie autoadministrată și nu pregătesc suficient de bine profesioniștii pentru utilizarea lor în practica clinică (Dawes, 1994).

După cum spuneam, au început să apară și proceduri de oferire a serviciilor de terapie *on-line*. Deși rezultatele eficienței lor nu sunt încă concludente, ele trebuie luate serios în considerare, cel puțin ca servicii de psihoterapie oferite în scopul promovării sănătății, prevenirii patologiei și tratamentului unor tulburări subclinice. Rolul lor în tratamentul unor tulburări severe urmează să fie investigat. Cu referire la aceste evoluții, nu trebuie să repetăm greșelile din trecut. Să ne gândim, de exemplu, că apariția tiparului a stârnit proteste, considerându-se că va distruge tradiția orală, iar oamenii vor deveni mai proști, nemaifiind nevoie să învețe diverse lucruri prin experiență și/sau prin relația mentor-ucenic. Apariția computerului și, asociat acestuia, a Internetului i-a făcut, de asemenea, pe mulți să se teamă. Trebuie să înțelegem că există o nouă generație pentru care computerul și Internetul sunt tot atât de familiare cum sunt cărțile pentru alții. Pentru ei, ele nu sunt nocive! În fapt, cea mai mare parte a informațiilor și a cunoașterii la care a ajuns omenirea pot fi găsite *on-line*, fără a mai fi nevoie să mergi la bibliotecă pentru a citi. Acesta este adevărul! Cărțile și Internetul sunt așadar compatibile și/sau complementare. În aceste condiții, serviciile psihologice vor trebui administrate și pe această cale (mai ales că există și sistemul de camere video *on-line*). Există deja sisteme în care diagnosticul și evaluarea clinică se face online, relația terapeutică poate fi stabilită prin discuții *on-line*, procedurile și tehnicile pot fi prezentate *on-line*, iar monitorizarea evoluției pacientului este de asemenea posibilă *on-line*. Altfel spus, toate componentele fundamentale ale demersului psihoterapeutic pot fi implementate *on-line*. Este un domeniu în plină expansiune !

În paradigma cognitiv-comportamentală, terapiile autoadministratate și *on-line* sunt privite diferit. Astfel, atitudinea non-defensivă permite profesioniștilor examinarea critică a studiilor referitoare la ele, demararea de noi cercetări, iar dacă rezultatele sunt foarte importante, asumarea de către terapeuții cognitiv-comportamentali a rolului de educatori și creatori de terapii autoadministratate și *on-line*. În fapt, primele asemenea programe au fost promovate pe scară largă de

terapia cognitiv-comportamentală. Albert Ellis (1975, 1975a) a scris mare parte I din lucrările sale în limbaj de interfață, accesibil publicului larg (de pildă, „How to live with a neurotic” ; „A Guide to rațional living” etc). David Burns, așa] cum am mai spus, a promovat pe scară largă utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale autoadministrate prin bestsellerul său *Feeling Good* (Burns, 1980). Albert Ellis Institute (SUA) este astăzi cel mai important furnizor de servicii de terapii autoadministrate și/sau *on-line* validate științific, cu focalizare atât pe optimizări personală, cât și pe tratament.

#### **10.2.4. Rolul factorilor comuni în procesul de formare**

Așa cum am arătat în Capitolul 3, indiferent de abordarea psihoterapeutică prima fază a intervenției presupune (*psihodiagnosticul și evaluarea clinică*). Apoi pe baza acestor informații, se trece la faza de *conceptualizare*, în care se oferă pacientului o explicație sau o interpretare pentru simptomele sale. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, ea este descompusă în probleme specifice, care vor fi abordate, fiecare în parte, prin *intervenție psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relații terapeutice* (de consiliu adecvate, construite prin mijloace specifice în fiecare abordare psihoterapeutică). Figura 3.1. a arătat rolul acestor componente în eficiența procesului psihoterapeutic : relația terapeutică - 30%, tehnicile de intervenție - 15 %, concepția clinică, prin speranța de însănătoșire creată, are o contribuție în procent de 15% al efectului placebo, iar psihodiagnosticul și evaluarea clinică, identificarea factorilor personali, au o contribuție în procent de 40% a rezultatelor personale. Este important ca programele de formare să promoveze toate : componentele fundamentale pentru eficiența/eficacitatea demersului terapeutic alături de aspectele specifice pe care acești factori comuni le iau în calcul în terapia cognitiv-comportamentală.

### **10.3. Noi dezvoltări și tendințe în formarea în terapia cognitiv-comportamentală**

Așadar, pornind de la aspectele semnalate mai sus, programele de formare inițială și continuă în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale asimilează următoarele componente mai importante:

- Utilizarea unor module de formare care sunt mereu investigate sub aspectul eficienței lor. Aceste programe trebuie studiate în ansamblu, folosind evaluări globale a programului de formare sau specifice, folosind descompuneri ale programului. Strategia de descompunere a programului de

aduce un plus de acuratețe în comparație cu strategia globală, deoarece permite urmărirea eficienței unei componente specifice a acestuia. De exemplu, un grup de viitori psihoterapeuți este pregătit conform programului clasic, iar unui alt grup i se aplică programul clasic fără o anumită componentă. Diferențele rezultate în eficiența lor clinică vor exprima ponderea componentei respective în programul de formare. Când dorești să eviți rigoarea științifică, cea mai bună strategie este să o numești stereotip și rigiditate, iar pe cei care o promovează, tehniciști și tipicari. Aaron Beck și terapia cognitivă au fost adeseori caracterizați astfel de către profesioniști care își inventau propria formă de psihoterapie (sau care erau auto-didacți) și care nu se deosebeau de „o vecină cu o experiență bogată de viață”. Chiar și atunci când acești profesioniști se înscriau la programe de formare în terapie cognitiv-comportamentală, atitudinea lor era extrem de defensivă. Ei așteptau ca supervizorii să le confirme experiența și ceea ce făceau deja în practică; experiența și practica proaste nu pot fi însă confirmate; în plus, interferența proactivă îi împiedica pe acești specialiști să asimileze informațiile noi din programul la care erau înscriși. O analiză empirică a programelor de formare de la Albert Ellis Institute (unde autorul este supervizor-formator) a arătat că cei cărora li se refuza certificarea în terapia cognitiv-comportamentală din cauză că nu au parcurs eficient programul de formare erau profesioniști care (1) practicau psihoterapie de mai mulți ani, fără a avea o pregătire specifică într-o anumită formă de psihoterapie; (2) aveau trăsături de tip narcisist-histrionic, cu o stimă de sine exagerat de crescută și (3) adeseori erau mai în vârstă. De asemenea, aceste persoane au probleme în a face terapie personală, considerând-o sub demnitatea lor! Morala este că:

- programele de formare validate științific trebuie împinse în față, realitatea arătând că ele se popularizează pe scară largă. De exemplu, recent, în Marea Britanie, doar programele de terapie cognitiv-comportamentală au fost recunoscute și, în consecință, plătite de casele de asigurări de sănătate ca terapie adjuvantă medicației pentru tratamentul tulburărilor de tip psihotic. În plus, în SUA, rezidențiile în psihiatrie și programele de psihologie clinică acreditate de American Psychological Association (APA) și American Psychiatric Association (APsya) includ obligatoriu în curriculumul de formare terapia cognitiv-comportamentală;
- formarea în psihoterapie merită începută mai ales cu oameni tineri sau cu profesioniști care au deja pregătire într-o altă formă de psihoterapie, ceea ce îi face mai puțin defensivi și mai receptivi la rolul de cursant.

Luarea în considerare a studiilor care demonstrează eficiența paraprofesioniștilor și terapiilor autoadministrate și *on-line*. Profesioniștii în terapie cognitiv-comportamentală sunt pregătiți ca formatori și supervizori pentru aceste grupuri și forme de terapie. Rolul lor se îmbogățește dacă, pe lângă

formarea specialiștilor, în cadrul programelor de training dobândesc c petențe în formarea și supervizarea paraprofesiștilor și în superviz aplicării terapiei autoadministrate și *on-line*.

- Luarea în considerare a noilor conceptualizări din domeniu, în partiu celor aduse de psihologia pozitivă. Trebuie făcută însă o distincție clară aspectele validate științific ale psihologiei pozitive și exagerările ca îndepărtează de valori confirmate precum realismul, acceptarea nec ționată, încrederea bazată pe o evaluare corectă etc. și care ne aproț ideea că sănătatea psihică depinde de valori precum autoînșelarea și iluzionarea (pentru detalii, vezi Dawes, 1994). O pendulare permanent realism și iluzii pozitive generează un optimism realist, care este cale sănătatea noastră psihică (Dawes, 1994 ; Seligman, 1998).
- Factorii comuni implicați în orice demers psihoterapeutic (vezi Capito figura 3.1.) trebuie să ghideze elaborarea programelor de formare în do Spre exemplu, ținând cont de ponderea mare a relației terapeutice în ; rărea tabloului clinic, probabil că trebuie alocat mai mult timp mo< care cursanții sunt învățați să o dezvolte și utilizeze pe parcursul tei



## Capitolul 11

### Noi direcții și frontiere în terapia cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală este prototipul pentru un demers psiho-terapeutic validat științific. În acest moment, ea este cea mai influentă formă de psihoterapie, cu cei mai mulți practicanți și cel mai bine reprezentată la nivel academic și în cercetare. Mizându-se pe structura ei științifică, terapia cognitiv-comportamentală este considerată o platformă de integrare psihoterapeutică pentru diversele psihoterapii (sute). Integrarea este vizată a se realiza la mai multe niveluri.

*La nivel teoretic*, se vor reține acele teorii care sunt validate științific. Odată validate, ele vor pătrunde în fluxul principal de informație din lucrările clinice, susținând ideea unui demers terapeutic coerent teoretic. Evident, ca în orice știință, pot exista teorii aflate în competiție, dar nu aceasta este problema. Problema este ca ele să intre în competiție prin cercetare științifică, nu prin confruntări între fondatori! Se vor impune acele teorii care sunt mai bine validate științific, nu cele ale căror „guru” strigă mai tare și/sau se află temporar în poziție de putere. La ora actuală, teoriile cel mai bine validate sunt cele de origine cognitiv-comportamentală. Nu înseamnă însă că cercetarea s-a oprit aici. Ca orice știință respectabilă, terapia cognitiv-comportamentală presupune o cercetare continuă, care încearcă să elaboreze și să testeze noi teorii ce organizează, descriu, prezic și/sau explică fenomene clinice; există încă multe necunoscute privind mecanismele de sanogeneză și patogeneză. Problema celorlalte forme de psihoterapie constă în dificultatea frecventă de a investiga constructele avansate de ele, deoarece acestea nu pot fi definite științific pentru a fi măsurate și testate! Acesta este și motivul pentru care progresul este mai lent, multe teorii prezentate astăzi fiind neschimbate din secolele trecute, când un „guru” le-a avansat ca ipoteze, care, apoi, cu trecerea timpului, au devenit dogme ce se autoperpetuează.

*La nivel practic*, procedural, evident că terapia cognitiv-comportamentală s-a focalizat asupra validării procedurilor și tehnicilor proprii. Noile dezvoltări constau în:

- reliefaarea mai clară a relației dintre aceste tehnici și teoriile care le explică eficiența;

- identificarea și elaborarea unor tehnici cognitive și comportam eficiente ; deși cunoaștem mecanismele implicate în sănătate și bo nu avem tehnici suficient de puternice pentru a le modifica. I puternică este implementarea procedurilor de realitate virtuală cognitiv-comportamentală. Altfel spus, modificarea cognițiilor și mentelor pacientului în scopul remiterii tabloului clinic se face virtuală, făcându-se apoi generalizarea la viața de zi cu zi. Utilizări virtuale este mai ecologică în comparație cu procedurile bazate pe (*in vitro*) prin faptul că mediul poate fi controlat și adaptat evoluției și este mai utilă strategiei terapeutice decât expunerea directă cotidian (*in vivo*), unde nu pot fi controlați toți factorii care, apăi în mod neprevăzut, pot afecta procesul terapeutic. în România, Ș Cluj-Napoca a implementat primele proceduri de realitate virtua tulburărilor de anxietate și a ADHD ;

- asimilarea unor tehnici și proceduri eficiente (sau posibil de inv alte forme de psihoterapie (de exemplu, teste proiective, analiza v interpretabile însă prin prisma teoriei cognitiv-comportamentale

Tot la nivelul practicii apare focalizarea puternică pe optimizare ș personală, complementară focalizării doar pe patologie, prin util voltărilor din psihologia pozitivă și a terapiilor autoadministrate și plus, se asumă rolul de formatori și supervizori pentru paraprofesionii; o considerare serioasă a terapiilor autoadministrate și a celor administi

*La nivel metodologic* se vor reține acele paradigme de cerceti valențe euristice în a genera noi teorii și proceduri. în acest mom clinic controlat este standardul de aur în generarea și testarea de teorii la nivel de eficiență (aplicații clinice în condiții controlate) și eficacitj clinice în practica cotidiană). Asociat acestuia este acceptat și experiii singur subiect, mai ales în studiile de eficacitate. Studiul de caz are d a construi noi teorii și/sau de a exemplifica teorii deja construite ș observă, așadar, că studiul de caz nu este un vehicul metodologic rij a testa o teorie și/sau o procedură. Din păcate, multe psihoterapii se j numai prin analize de caz, mai mult sau mai puțin celebre.

*La nivelul programelor de formare* are loc o dinamică aparte, înce se aproximeze cele mai bune modalități de training. Se pornește de ceea ce contează nu este experiența, ci expertiza. Expertiza se refe țintele necesare unei bune practici și cercetări în domeniul terap - comportamentale. Uneori experiența nu duce la expertiză, fiind d< trecere a timpului. Pornind de la rezultatele lui Lambert și Barli Lambert și Ogleșc (2003), coroborate cu distincția dintre expertiză ș se vizează reducerea timpului necesar formării ca terapeut cognitiv-com accentul mutându-se astfel de la formarea inițială/de bază la cea ce

exemplu, la Beck Institute for Cognitive Therapy, pe baza unor analize empirice s-a stabilit că perioada minim acceptată pentru formarea unui terapeut cognitiv--comportamental este de un an; de dorit este să stea în formare cel puțin doi ani după care să intre în programe de formare continuă. Evident că această reducere se va face formal doar în condițiile în care cercetări independente vor arăta că un program mai puțin intensiv generează terapeuți la fel de bine pregătiți ca și cei care au parcurs programul clasic, valabil încă, descris în introducerea acestui capitol (vezi Anexa 5).



## Remarci finale

Sper că această lucrare a oferit un exemplu clar a ceea ce înseamnă abordare științifică în psihoterapie. Așa cum am mai spus, ea nu este gândită împotriva a ceva, ci pentru ceva. Ea nu este gândită ca o polemică cu alte forme de terapie, ci ca invitație la promovarea unei abordări științifice în psihoterapie. Terapia cognitiv-comportamentală a fost prima care s-a înscris în acest demers. Așadar, pe parcursul lucrării am descris ce este terapia cognitiv-comportamentală și care sunt componentele sale. Altfel spus, am încercat să prezint ceea ce știm și ceea ce trebuie să promovăm după mai mult de un secol de cercetări în psihologie clinică, medicină și psihoterapie, dacă dorim să facem intervenții psihologice științifice. În plus, volumul se constituie într-un „Manual și/sau Ghid Clinic de Terapie Cognitiv-Comportamentală” care poate fi „Protocol de Intervenție” prin asocierea lui cu situații specifice - de exemplu, tulburări specifice (cum ar fi tulburările de anxietate, depresive, sexuale etc), prevenție primară etc. -, utilizabil apoi în studii clinice (de pildă, studii clinice controlate etc.) și în practica clinică științifică. Evident că pentru fiecare aplicație se poate scrie separat o lucrare, care particularizează acest volum. Sper ca lucrarea de față în forma ei de „Manual și/sau Ghid Clinic de Terapie Cognitiv-Comportamentală”, să servească profesioniștilor clinicieni, cercetătorilor, studenților - pentru activitățile clinice, de cercetare și educaționale - și, nu în ultimul rând, caselor de asigurări de sănătate, pentru stabilirea și implementarea serviciilor psihologice validate științific.

Spuneam într-o lucrare anterioară că dacă domeniul clinic (psihoterapeutic) nu va promova abordarea științifică și va fi sufocat de practicile pseudoștiințifice, el va sfârși probabil „internat” în istorie. Sper ca, alături de alte lucrări ale mele (David, 2003, 2006a, 2006b), prezentul volum să constituie încă unul dintre biletele de externare!



# **Resurse clinice, de formare și de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală**

## **I. Resurse clinice, de formare și de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală la nivel internațional:**

- American Psychological Association ([www.apa.org](http://www.apa.org));
- American Psychiatric Association ([www.psych.org](http://www.psych.org));
- Association for Behavioral and Cognitive Therapies ([www.aabt.org](http://www.aabt.org));
- European Association of Behavioral and Cognitive Therapies ([www.eabct.com](http://www.eabct.com));
- International Association of Cognitive Psychotherapy ([www.cognitive-therapyassociation.org](http://www.cognitive-therapyassociation.org));
- National Association of Cognitive-Behavior Therapists ([www.nacbt.org](http://www.nacbt.org));
- Albert Ellis Institute ([www.rebt.org](http://www.rebt.org));
- Beck Institute for Cognitive Therapy ([www.beckinstitute.org](http://www.beckinstitute.org)).

## **II. Resurse clinice, de formare și de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală în România:**

1. Formare profesională (inițială/de bază și continuă):
  - Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România. Președinte : dr. Daniel David (<http://www.psychotherapy.ro>) (vezi și Colegiul Psihologilor din România și Federația Română de Psihoterapie).
2. Cercetare (incluzând studii clinice controlate și programe postdoctorale):
  - International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health. Președinte: dr. Daniel David (<http://www.psychotherapy.ro>).
3. Servicii de specialitate (diagnostic, consiliere, psihoterapie):
  - Centrul Român de Psihoterapie Rațional-Emotivă și Cognitiv-Comportamentală. Director : dr. Daniel David (<http://www.psychotherapy.ro>).
4. Instrumente de lucru (ale International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health):

L. *Teste și scale clinice :*

Grupul de la Cluj-Napoca a adaptat, cu drepturi exclusive în România următoarele instrumente de diagnostic și evaluare clinică, utilizate și demersurile cognitiv-comportamentale: Interviu Clinic Structurat SCID I, pentru tulburările de pe Axa I DSM-IV;

Interviu Clinic Structurat SCID II, pentru tulburările de pe Axa I DSM-IV (incluzând Chestionarul de Personalitate SCID II pentru tulburări de pe Axa II) ;

- Interviu Clinic Structurat KIDSCID, pentru tulburările sugarului, copilului și adolescentului din DSM-IV;

- Scale de Evaluare Clinică - o baterie de teste psihologice clinice perind nivelurile subiectiv/emoțional, cognitiv, comportamental, fiziologic, de personalitate și relațional.

4.2. *Ghiduri clinice :* pentru tulburarea depresivă majoră la copil, adoles adult, ADHD, tulburări de anxietate.

4.3. *Materiale clinice :* casete audio, casete video/DVD, fișe clinice etc.

5. Publicații de specialitate (le menționăm pe acelea care, deși cunosc nivel internațional, sunt mai puțin cunoscute în țară):

5.1. *Reviste:*

- *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* ([www.psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro)). Editor: dr. Daniel David. Indexată: CNCSIS (ca B), EBSCO, IBSS, PsycInfo, ProQuest.

5.2. *Cărți și capitole :*

- David, D. et al. (1998; 2000), *Psihoterapie și hipnoterapie comportamentală*, Risoprint, Cluj-Napoca.

- David, D. (2006), *Psihologie clinică și psihoterapie : Fundamente*, Iași.

- David, D. (ed.) (2006), *A Critical Review of Current Trends in therapy and Clinical Psychology*, Nova Science Press, New York

- David, D., Lynn, S., Ellis, A. (în curs de apariție), *Rational and Beliefs in Human Functioning and Disturbances : Implication for Theory, and Practice*, Oxford University Press, Londra.

- David, D. (2003), „Rational Emotive Behavior Therapy (REBT); of a cognitive psychologist”, în W. Dryden (ed.). *Theoretical Developments in REBT*, Brunner-Routledge, Londra.

- David, D. (2003), „Cognitive-behavioral interventions in somatic medicine. A critical appraisal of the theory and practice”, în Dumitrașcu (ed.), *Psychosomatic Medicine. Recent Progress and Trends*, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj



5.3. *Articole:*

- David, D., Pojoga, C. și Stănculete, M. (1998), „Hypnotic hypermnesia and environment context effect on remembering", *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 32-38.
- David, D., Brown, R., Pojoga, C. și David, A. (2000), „The impact of posthypnotic amnesia and intentional forgetting on implicit and explicit memory", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 267-289.
- David, D., King, B. și Borchardt, J. (2001), „Is cognitive inhibition correlated with hypnotizability?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, 30-37.
- David, D. și Brown, R. (2002), „Suggestibility and negative priming: Two replications studies", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 215-280.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H. și Bovbjerg, D.H. (2002), „The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis", *Anesthesia și Analgesia*, 94, 1639-1645.
- David, D. și Miclea, M. (2002), „The case of behavior therapy in România", *Behavior Therapist*, 21, 181-186.
- David, D., Schnur, J. și Belloiu, A. (2002), „Another search for the «hot» cognition: Appraisal irrational beliefs, attribution, and their relation to emotion", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 93-131.
- Montgomery, G.H., David, D., Goldfarb, A.B., Silverstein, J.H., Wertz, C.R., Birk, J.S. și Bovbjerg, D.H. (2003), „Sources of anticipatory distress among breast surgery patients", *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 153-163.
- Montgomery, G., David, D. *et al.* (2003), „Is hoping the same as expecting? Discrimination between hopes and response expectancies for nonvolitional outcomes", *Personality and Individual Differences*, 35, 399-409.
- David, D., Montgomery, G. și Holdevici, I. (2003), „Romanian norms for the Harvard group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 66-11.
- David, D. (2004), „Special issue on the cognitive revolution in clinical psychology: Beyond the behavioral approach-Introductory remarks", *Journal of Clinical Psychology*, 4, 351-353.
- David, D. (2004), „Special issue on the cognitive revolution in clinical psychology: Beyond the behavioral approach-Conclusions: Toward and evidence-based psychology and psychotherapy", *Journal of Clinical Psychology*, 4, 447-451.

- David, D., Miclea, M. și Opre, A. (2004), „The information-] approach to the human mind: Basic and beyond", *Journal c Psychology*, 4, 353-369.
- David, D., Montgomery, G. *etal.* (2004), „Discriminationbetv and expectancies for nonvolitional outcomes. Psychological ph or artefact?", *Personality and Individual Differences*, 36, 194
- David, D., Schnur, J. și Birk, J. (2004), „Funcțional and dys emotions in Ellis' cognitive theory; An empirical analysis", *and Emotion*, 18, 869-880.
- David, D., Macavei, B., Szentagotai, A. și McMahon, J. (2005), Restructuring and Mental Contamination: an Empirical Re-( lization", *Journal of Rațional Emotive and Cognitive-Behavio* 1, 21-55.
- David, D., Montgomery, M., Macavei, B. și Bovbjerg, D. (1 empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distfes: *of Clinical Psychology*, 61, 499-516.
- David, D., Szentagotai, A., Kallay, E. și Macavei, B. (2005), „ of Rațional Emotive Behaviour Therapy (REBT); Fundamental < Research", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-BehavL* 3, 175-221.
- David, D. și Szentagotai, A. (2006), „Cognition in Cognitiv Psychotherapies", *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.

#### 5.4. Analize:

- David, D. (2001), „The history of hypnosis and hypnotherapy ir *Psychological Hypnosis*, American Psychological Associatioi
- David, D. (2001), „Cognitive-behavior therapy in România" *of International Association of Cognitive Psychotherapy*.
- David, D. (2003), „Philosophical assumptions of rațional emot therapy", *REBTNewsletter*, Albert Ellis Institute, toamna.
- David, D. (2003), „Cognitive-behavioral therapy in search *European Cognitive and Behavioral Therapist*, European Ai Behavioral and Cognitive Therapies, octombrie.
- David, D. (2003), „Cognitive Therapy in search of itself", *; in Cognitive Therapy*, Academy of Cognitive Therapy, USA,

#### 5.5. Traduceri :

- David, D. și Opre, A. (2003), *Ghid de terapie rațional-emo* ASCR, Cluj-Napoca (autori: Windy Dryden și Raymond D
- David, D. și Opre, A. (2003), *Povești raționale pentru c* ASCR, Cluj-Napoca (autor: Virginia Waters).
- Opre, A. și David, D. (2006), *Dezvoltarea inteligenței emoțiot cație rațional-emoțivă și comportamentală*, Editura ASCR, (autor : Ann Vernon).

**RESURSE CLINICE, DE FORMARE ȘI DE CERCETARE ÎN TERAPIA,**

..- luixnriAiM

321

Pentru informații detaliate referitoare la programe de formare inițială/de bază și/sau continuă, materiale clinice (de exemplu, ghiduri de intervenție), scale și interviuri clinice (de pildă, SCID I, SCID II, KIDSCID), asistență și/sau colaborare pentru cercetare, servicii de specialitate (diagnostic și intervenție), vizitați *site-ul* [http: //www.psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro) și adresați-vă persoanelor de contact menționate acolo.



## Glosar

Definițiile prezentate în continuare sunt definiții de lucru ale unor constructe (unele corelative) și tehnici fundamentale pentru terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea autorii menționați sunt cei care au avut contribuții paradigmatică la apariția și evoluția terapiei cognitiv-comportamentale. Detaliile și nuanțele se regăsesc în textul lucrării.

### I. Constructe de bază ale terapiei cognitiv-comportamentale

- *Cogniție* - formă de prelucrare informațională (semantică, imagistică); poate fi conștientă sau inconștientă; se mai utilizează și termenii *convingeri/credințe/gânduri*, dar este preferat, fără a fi exclusiv, cel de *cogniție*, deoarece reflectă mai bine caracteristica prelucrării informaționale de a fi conștientă sau inconștientă.
- *Prelucrare informațională* - cu referire la conținutul informațional și la procesul informațional pe care îl determină.
- *Conținut informațional* - cu referire la rezultatul (de pildă, gând, imagine) procesului informațional; are caracter specific prin faptul că se referă la ceva anume ; poate avea caracter local (este asociat cu o situație-țintă) sau general (are caracter transsituațional).
- *Proces informațional* - cu referire la mecanismul de generare a conținutului informațional; are caracter nespecific, putând fi modelat prin regula „dacă - atunci” și putând acomoda orice conținut informațional. În funcție de conținutul pe care îl determină, poate avea caracter local sau general.
- *Structură cognitivă* - ansamblul conținutului informațional și al procesului informațional care îl determină. În funcție de acestea, poate avea caracter local sau general și implică componente specifice (conținutul informațional) și nespecifice (procesul informațional).
- *Cogniții iraționale* - cu referire la cogniții evaluative (*hot cognitions* -cogniții calde): nu au susținere empirică, logică și/sau pragmatică; se mai utilizează și termenii *disfuncționale/dezadaptative/nesănătoase*, dar, cu referire la cogniții evaluative, se preferă termenul *iraționale*. Sunt

. n<sup>^</sup>ritia Si apoi evaluarea cogm<sup>n</sup>lor r implicate în apariția șt P

cognit[0,,s-

(vezi *infra*).

Cogntf<sup>"</sup> raționale - cu"

co nilii calde) ^^S\*\*^ utilizează și logică și/sau prag {erieii  
evaluative, ^[f<sup>TM</sup> eci (coW cogninon) (vezi m/ și apoi evaluarea cognitiv\*\* wa ^ ^ ^ d^g» P

J<sup>5</sup> \_ F ...: ^funcționale - cu iw C1,stime re empirica,

^^tnevaluative, «PJ^^W cognM«0 (veBj • iak -

; • apoi evaluarea cog<sup>^</sup> la cognitii ^^|<sup>o</sup>^ I\*1 Cognitii disfuncționale -cu te ^ susținere e<sup>mpi</sup>  
ic<sup>^</sup>\*

pragmatica; se<sup>^</sup> mai ^ ^ ^ .^ descnptve și 1

SSSt<sup>†</sup>\* cu rărire la cognitii \*<sup>^</sup>CT

Co<sup>gm</sup>|« /<sup>^</sup>C cogSp-i reci): au ?«S<sup>^</sup>S<sup>^</sup>/rf<sup>^</sup>

(coW cogm<sup>^^</sup>JU și termenii ^^e P ^ pragmatica, se MU . desc<sup>r</sup>iptive și «fer\*\*

dar, cu referire la cogniț ^ ^ .^ ,, /unc<sup>î</sup>onfl<sup>î</sup>- . - u cu

valența negativă, P

. Wi« ^^ dSun<sup>ț</sup>ionale sau ua<sup>ț</sup>iona<sup>^</sup> ^ .^ sl

raționale, respectiv dis yalență p0z1uva P ate

. Cog<sup>^</sup>Pf<sup>^</sup>-<sup>^</sup>tior<sup>^^</sup>i<sup>^^</sup>a uneori, ele pd tonale, «J<sup>^</sup>Jga ; a se \*j<sup>f</sup>5\*<sup>f</sup>\* exagerate, o  
^ic<sup>^^</sup>

. *scheme cognitive* - mod

cognitiv. referire la cognitii ( ^^ in s

locale și, dacă sunt distu ,a corf funcționalei

bilitate locala. jf. cu referire ta"\* \ ^

. C<sup>^</sup>ampi intermediare și c ^ amorsează B

SisUionale <sup>CU</sup> ^uf centrale f<sup>^^</sup>utorie (de situații spec<sup>^o</sup>formanței-. autodeprecie/ne<sup>^</sup>

(a) atitudini, KP> <sup>a</sup>

(c) reguli (cu rol compensator). Ele sunt structuri cognitive generale, iar dacă sunt disfuncționale, pot avea funcție de vulnerabilitate generală.

- *Cogniții evaluative centrale și intermediare* - pot fi locale sau generale : trebuie/preferința este o cogniție evaluativă centrală din care derivă cognițiile evaluative intermediare: catastrofa/non-catastrofa; toleranța scăzută/crescută la frustrare; evaluarea globală/contextuală.
- *Vulnerabilitate locală* - cu referire la gândurile automate ; ea este și parte a tabloului clinic.
- *Vulnerabilitate generală* - cu referire la structurile cognitive generale (cogniții centrale, intermediare și evaluative generale).
- *Comportament* - orice reacție/răspuns observabil și măsurabil al organismului ca întreg.
- *Comportament exteriorizat* - orice reacție/răspuns al organismului ca întreg, observabilă și măsurabilă direct sau cu aparatură specifică, independent de cel care îl produce.
- *Comportament interiorizat* - orice reacție/răspuns al organismului ca întreg, observabilă și măsurabilă indirect, dependent de cel care îl produce.
- *Comportament operant* - un comportament exteriorizat, care, în principiu, poate fi experiențiat ca voluntar și care, adeseori, implică musculatura striată și operează asupra mediului; dacă este asociat cu un stimul discriminativ/discriminant, se numește comportament operant.
- *Comportament respondent* - un comportament exteriorizat, înăscut, experiențiat ca involuntar/automat; dacă este determinat de un stimul necondiționat, se numește și răspuns necondiționat; dacă este generat de un stimul condiționat, se numește și răspuns condiționat.
- *Comportamente adaptative* - comportamente asociate cu cogniții funcționale și raționale ; se mai utilizează și termenii *raționale/funcționale/sănătoase/adecvate*, dar, cu referire la comportament, se preferă cel de *adaptative*.
- *Comportamente dezadaptative* - comportamente asociate cu cogniții disfuncționale și iraționale; se mai utilizează și termenii *iraționale/disfuncționale/nesănătoase/neadecvate*, dar, cu referire la comportament, se preferă cel de *dezadaptative*.
- *Consecință comportamentală* - orice consecință a comportamentului care influențează apoi ocurența acestuia. Ca urmare a evoluției speciei, două tipuri de consecințe (primare) ale comportamentului sunt fundamentale în influențarea acestuia: (1) întărirea (*reinforcer* sau *positive reinforcer*) -de pildă, hrană, sex - și (2) pedeapsa (*punisher* sau *negative reinforcer*) - de exemplu, frig, arsură, lipsa hranei. Stimulii care sunt asociați cu întăririle primare devin întăriri secundare (de pildă, obiecte, expresii verbale etc).

- *întărire* - orice consecință a unui comportament care crește ocurența ace
- *Proces de întărire pozitivă (positive reinforcement)* - procesul prin care întărire (*positive reinforcer*) crește ocurența (de exemplu, frecvența, și intensitatea etc.) comportamentului care o produce.
- *Proces de întărire negativă (negative reinforcement)* - procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) crește ocurența comportamentului care o elimină; dacă prin comportament se previne apariția pedepsei, atunci procesul se numește *proces de evitare (avoidance)*
- *Procesul de pedepsire (punishment)* - procesul prin care o pedeapsă (*punisher/negative reinforcer*) reduce ocurența comportamentului produce.
- *Chaining* - procesul de relaționare comportamentală, de combinare comportamente existente în repertoriul organismului într-un act complex prin tehnici comportamentale (*prompting*, ghidare, întărire).
- *Shaping* - procesul de aproximare succesivă a unui comportament repertoriul organismului prin tehnici comportamentale (*prompting*, și întărire).
- *Stimul* - orice influențează, conștient sau inconștient, activitatea analizatorului; două categorii sunt fundamentale: din afara organismului care acționează asupra exteroceptorilor; din interiorul organismului acționează asupra interoceptorilor și proprioceptorilor.
- *Stimul necondiționat* - un stimul care determină un răspuns necondiționat al organismului uman.
- *Stimul condiționat* - un stimul care determină un răspuns condiționat al organismului uman.
- *Stimul discriminativ* - stimul în prezența căruia apare un comportament operant.
- *Condiționare clasică* - procesul prin care un stimul condiționat asociază cu un stimul necondiționat, generează un răspuns ce este similar răspunsului necondiționat.
- *Condiționare operantă* - procesul prin care un organism își modifică comportamentul operant ca urmare a contingentelor sale (stimuli cedente și consecințe).
- *Emoții funcționale* - emoții asociate cu cogniții funcționale; mai folosesc termenii *raționale/adaptative/funcționale/sănătați*, dar, cu referire la emoții și stări afective, se preferă *funcționale*.
- *Emoții disfuncționale* - emoții asociate cu cogniții disfuncționale; se mai folosesc termenii *iraționale/dezadaptative/disfuncționale/nătoase/neadecvate*, dar, cu referire la emoții și stări afective termenul *disfuncționale*.



- *Mecanisme de coping* - cu referire la (a) mecanisme de apărare/defensive (angajate automat și inconștient) și la (b) cele de adaptare (angajate voluntar și conștient) prin care modulăm trăirea afectivă; ele pot fi adaptative (de exemplu, reduc distresul) sau dezadaptative (de pildă, cresc distresul); alți termeni utilizați sunt *raționale/funcționale/sănătoase/utile*, respectiv *iraționale/disfuncționale/nesănătoase/inutile*; cu referire la mecanismele de coping se preferă însă termenii *adaptative*, respectiv *dezadaptative*.

Tehnici și proceduri clasice cognitiv-comportamentale

- *Proceduri de restructurare cognitivă* - modificarea cognițiilor prin înlocuirea celor disfuncționale și iraționale cu cele funcționale și raționale (de exemplu, prin tehnici empirice, logice, pragmatice, filosofice, metaforice, spirituale, umoristice, ironice etc).
- *Proceduri de antrenament asertiv și de abilități sociale* - modificarea problemei practice prin modificarea comportamentului de interacțiune socială (de pildă, prin tehnici de comunicare și negociere, tehnici de autocontrol emoțional și comportamental etc).
- *Proceduri de rezolvare de probleme* - modificarea problemei practice prin influențarea situațiilor din mediu (de pildă, prin tehnici de luare a deciziilor, prin experimente comportamentale etc).
- *Proceduri de inoculare a stresului* - învățarea de mecanisme de coping adaptative care înlocuiesc mecanismele de coping dezadaptative (de exemplu, prin tehnica de autodialog etc).
- *Proceduri de relaxare* - echilibrarea balanței vegetative (reducerea stării de activare fiziologică, adeseori cu dominanța parasimpatică, prin răspunsul de relaxare) prin tehnici psihologice (de pildă, tehnica antrenamentului autogen, tehnica de relaxare progresivă Jacobson, tehnica de biofeedback, tehnici de control al respirației etc).
- *Proceduri de activare fiziologică* - influențarea balanței vegetative prin controlul respirației (de exemplu, tehnica expunerii interoceptive, tehnica aplicării tensiunii/*alpha*/?/?*lied tension* etc).
- *Tehnica de desensibilizare* - remiterea unui răspuns condiționat patologic (de pildă, frică) prin mecanismul inhibiției condiționate (de exemplu, inhibiție reciprocă).
- *Tehnica de expunere (flooding)* - remiterea unui răspuns condiționat patologic (de exemplu, frică) prin mecanismul inhibiției condiționate (de stingere).
- *Tehnica de modelare* - asimilarea unui pattern comportamental prin „copierea” unui model care îl execută.
- *Proceduri de accelerare comportamentală* - tehnici de achiziție a unui comportament operant pe baza manipulării antecedentelor și consecințelor sale.
- *Proceduri de decelerare comportamentală* - tehnici de eliminare a unui comportament operant pe baza manipulării antecedentelor și consecințelor sale.

- *Hipnoză* - proceduri utilizate pentru modificări complexe, afective/subiective, cognitive, comportamentale și psihofiziologice cu ajutorul sugestiei.
- *Mindfulness* - procedură meditativă utilizată pentru modificări cognitive, comportamentale și psihofiziologice.

### III. Autori care au stabilit/stabilesc cadrul paradigmatic și evoluția cognitiv-comportamentale

- *Aaron Beck* (psihiatru) - fondatorul *terapiei cognitive*, strategia de psihoterapie cel mai bine investigată științific și cel mai bine rep la nivel academic.
  - *David Burns* (psihiatru) - autorul care a inițiat utilizarea terapiei -comportamentale în forma *terapiei cognitive-comportamentale administrate*; lucrarea sa de terapie autoadministrată, *Feeling* fost un bestseller în SUA.
  - *Albert Ellis* (psiholog) - „Bunicul” psihoterapiilor cognitive-comportamentale; „părintele” fondator al *terapiei rațional-emoționale*, terapia cognitiv-comportamentală cea mai răspândită; a fost declarat cel mai influent psihoterapeut în viața sa (în influență pe Sigmund Freud) și, probabil, cel mai important psihoterapeut într-o anchetă a *American Psychological Association* (1982; *Psychology Today*).
- Notă* (Info personale): La vârsta de 95 de ani este încă activă personalitate care a depășit cadrul comunității profesionale (din OffBroadway s-a jucat o piesă, *Trumbo*, cu referire la el, iar la cei 90 de ani a primit felicitări de la Bill Clinton și actualul președinte al SUA, George Bush, participând ca invitați vedete internaționale Nicole Kidman; unii l-au comparat cu Siddhartha Gautama prin impactul și ideile sistemului propus de el - London Moujes, 2004, în *REBT letter*). A introdus în psihoterapii directive și umorist-ironice și utilizarea unui limbaj colorat, foarte eficient dacă sunt utilizate corect, cu pacienții adecvați
- *Michael Mahoney* (psiholog) - autorul care a publicat primul manual integrativ de terapie cognitiv-comportamentală, reunind prii comportamentale cu cele cognitive; a introdus și promovat o *terapie cognitiv-comportamentală constructivistă*; a fost primul editor *Therapy and Research*, revistă care a constituit vârful de lance al integrării terapierilor cognitive cu cele comportamentale
  - *Donald Meichenbaum* (psiholog) - Fondator al *modificării -comportamentale* (de exemplu, *procedura de inoculare* a susținut astfel integrarea abordării cognitive cu cea comportamentală nașterea terapiei cognitiv-comportamentale; a fost inclus:

zece terapeuți, din toate timpurile, ai lumii, într-o anchetă a American Psychological Association (1982 ; Psychology Today).

- *Frederich Bruhus Skinner* (psiholog) - Fondator al *behaviorismului radical*; a fost declarat cel mai influent psiholog al secolului XX într-o anchetă a American Psychological Association (Haggbloom, *et. al.*, 2002).
- *John Broadus Watson* (psiholog) - Fondatorul *behaviorismului metodologic*. Articolul său, clasic în istoria psihologiei, „Psychotherapy as the behavioris views it” (1913), a devenit manifestul mișcării behavioriste. A fost președintele American Psychological Association.
- *Hans Eysenck* (psiholog), *Arnold Lazarus* (psiholog), *Joseph Wolpe* (psihiatru) - primii care au aplicat sistematic principiile behavioriste la domeniul clinic și care au formulat și impus conceptul terapie com-portamentală/*behavior therapy*.
- *David Clark*, *Arthur Freeman*, *Raymond DiGiuseppe*, *Windy Dryden*, *Steve Hayes*, *Robert Leahy*, *Marsha Linehan*, *Paul Salkovskis*, *Zindel Segal*, *Martin Seligman*, *Adrian Wells*, *Richard Wessler*, *Jeffrey Young* (psihologi) - autorii care marchează *noile tendințe* la nivelul terapiei cognitiv-comportamentale.

**Abordări actuale - teorii/modele - influente de terapie cognitiv-comporta-mentală (aproximând apariția lor istorică și fondatorii principali; vezi și Dobson, 2001)**

- Terapia rațional-emoțională și comportamentală/*Emotive Behavior Therapy* (Albert Ellis);
- Terapia cognitivă/*Cognitive Therapy* (Aaron Beck);
- Modificări cognitiv-comportamentale (proceduri de inoculare a stre-sului)/*Cognitive-Behavioral Modifications (Stress-Innocation Training)* (Donald Meichenbaum);
- Terapia comportamentală rațională/*Rațional Behavior Therapy* (Maxie Maultsby);
- Terapia prin restructurare rațională *sistematică/Systematic Rațional Restructuring* (Marvin Goldfried);
- Terapia prin *evahxarelAppraisal Therapy* (Richard Wessler);
- Terapia *mxx\timo<la\alMultimodal Therapy* (Arnold Lazarus);
- Terapia focalizată pe rezolvarea de *problemei Problem Solving Therapy* (Thomas Zuril/a și Arthur Nezu);
- Terapia comportamentală dialectică/*D/a/ecftc Behavior Therapy* (Marsha Linehan);
- Terapia cognitiv-comportamentală *constructivistă/Constructivist Cog-nitive-Behavior therapy* (Vittorio Guidano, Giovanni Liotti, Michael Mahoney, Robert Neimeyer);

. Terapia alegem realiste/K

**fonnâ primitiva =krP^**  
**comportamentale D£ «**

spuneam m **uc are**  
asimilaK » ' ^ mme1,«le.

^ ^ fomc ■

cu pam

## Bibliografie

Anderson, J.R. (1990), *Cognitive Psychology and Its Implications*, W.H. Freeman and Company, New York. Anderson, J.R. (2000), *Cognitive Psychology and Its Implications*, ediția a V-a, Worth Publishing, New York. Antonuccio, D.O., Danton, W.G., DeNelsky, G. (1995), „Psychotherapy versus medication for depression : Challenging the conventional wisdom with data", *Professional Psychology : Research and Practice*, 26, 574-585. APsA (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ediția a V-a, American Psychiatric Association, Washington. Asimov, I. (1996), *Roboții de pe Aurora*, Teora, București. I Ayllon, T. (1963), „Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement", *Behaviour Research and Therapy*, 1, 53-61. j Ayllon, T., Azrin, N.H. (1968), *The Token Economy : A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*, Appleton-Century-Crofts, New York. Bandura, A. (1974), „The process and practice of participant modeling treatment", în J.H. Cullen (ed.), *Experimental Behaviour: A Basis for the Study of Mental Disturbance*, Irish University Press, Dublin. Bandura, A. (1977), *Social Learning Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ. Baum, A., Gatchel, R.J., Krantz, D.S. (1997), *An Introduction to Health Psychology*, ediția a III-a, McGraw-Hill, New York. ; Baum, WM. (1994), *Understanding Behaviorism: Science, Behavior, and Culture*, Harper Collins, New York. Bechterev, V.M. (1933), *General Principles of Human Reflexology : An Introduction to the Objective Study of Personality*, Jarrolds Publishers, Londra. \ Beck, A.T. (1976), *Cognitive Therapy for Emotional Disorders*, International Universities Press, New York. : Beck, A.T. (2005), „The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective", I i *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York. Beck, J.S. (1995), *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, Guilford Press, New York. Benson, H. (1996), *Timeless Healing*, Simon & Shuster, New York. Benson, H., Procter, W (1984), *Beyond the Relaxation Response*, Times Books, New York. Bergin, A.E., Garfield, S.L. (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley, New York.

Birk, L. (1973), *Biofeedback : Behavioral Medicine*, Grune & Stratton, Ne Boloșiu, H.D. (1990), *Semiologie medicală*, Medex, Cluj-Napoca. Bonnanno, G.A. (2004), „Loss, trauma and human resilience : How we understand the human capacity to thrive after extremely aversive events ? ”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 20-28. Brehm, J.W. (1966), *A Theory of Psychological Reactance*, Academic Press, Bruner, J.S., Krech, D. (eds.) (1950), *Perception and Personality : A Symposium* (Denver), Duke University Press, Durham, NC. Burns, D. (1980), *Feeling Good: The New Mood Therapy*, Harper Collins New York. Butler, A.C., Beck, J.S. (2000), „Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analysis”, *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9. Cannon, W.B. (1929), *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage : A Recent Research into the Function of Emotional Excitement*, ediția a II-a, Century-Crofts, New York. Carnap, R. (1937), „Testability and meaning”, *Philosophy of Science*, 5, 1-41. Catania, A.C., Brigham, T.A. (1978), *Handbook of Applied Behavior Analysis and Instructional Processes*, Irvington Publishers, New York. Christensen, A., Moran, P., Wiebe, J. (1999), „Assessment of Irrational Beliefs and Their Relation to Health Practices and Medical Regimen Adherence”, *Health Psychology*, 18, 169-176. Clark, D.M. (1995), „Anxiety states: panic and generalized anxiety”, în P.M. Salkovskis, J. Kirk și D. Clark (eds.), *Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression. A Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford. Conta, V. (1929), *Introducere în psihologie*, ed. a II-a completată, Editura Școalelor, București. Cramer, P. (1998), „Coping and defense mechanisms : What's the difference between them?”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 919-946. D'Zurilla, T., Nezu, A.M., Maguth Nezu, C. (2006), *Problem-Solving and Coping: A Positive Approach to Clinical Intervention*, ediția a III-a, Springer Publishers, New York. Davenloo, H. (1980), *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Jason Aronson, New York. David, D. (1996), „Memoria implicită. Clarificări teoretico-metodologice și implicații practice”, *Studia Universitatis*, 1-2, 155-185. David, D. (2000), *Prelucrări inconștiente de informație. Contaminarea și recuperarea informației*, Editura Școalelor, București. David, D. (2002), „An interview with Donald Meichenbaum”, *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapy*, 1, 71-86. David, D. (2003), *Castele de nisip. Știință și pseudoștiință în psihopatologie*, Editura Școalelor, București - Cluj-Napoca. David, D. (2003a), „Rational Emotive Behavior Therapy (REBT): A cognitive psychologist”, în W. Dryden (ed.), *Theoretical Developments in Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, Brunner/Routledge, Londra. David, D. (2003b), „Cognitive-behavioral therapy in search of itself”, *European Journal of Behavioral Therapy*, 16, 1-10. European Association of Behavioral Therapies, octombrie.

- David, D. (2006a), *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*, Polirom, Iași.
- David, D. (2006b), *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*, Polirom, Iași.
- David, D. (ed.) (2006c), *A Critical Review of Current Trends in Psychotherapy and Clinica! Psychology*, Nova Science Press, New York.
- David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, Ș., Baban, A. (1998), *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenție cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice și optimizare umană*, Risoprint, Cluj-Napoca.
- David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, Ș., Baban, A. (2000), *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenție cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice și optimizare umană*, ediția a I-a, Risoprint, Cluj-Napoca.
- David, D., Macavei, B., Szentagotai, A., McMahon, J. (2005a), „Cognitive Restructuring and Mental Contamination: an Empirical Re-Conceptualization”, *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 1, 21-55.
- David, D., Miclea, A. (2002), „The case of behavior therapy in România”, *Behavior Therapist*, 21, 181-186.
- David, D., Montgomery, M., Macavei, B., Bovbjerg, D. (2005b), „An empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distress”, *Journal of Clinical Psychology*, 61, 499-516.
- David, D., Schnur, J., Belloiu, A. (2002), „Another search for the «hot» cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 2, 93-131.
- David, D., Szentagotai, A. (2006), „Cognition in cognitive-behavioral psychotherapies ; toward an integrative model”, *Clinical Psychology Review*, 26, 284-298.
- David, D., Szentagotai, A., Kallay, E., Macavei, B. (2005c), „A synopsis of rational emotive behavior therapy : Fundamental and applied research”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.
- Dawes, R.M. (1994), *House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth*, The Free Press, New York.
- Deckersbach, T, Gershuny, B.S., Otto, M.W. (2000), „Cognitive-behavioral therapy for depression. Applications and outcome”, *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 795-809.
- DeRubeis, R.J., Tang, T.Z., Beck, A.T. (2001), „Cognitive therapy”, în K.S. Dobson (ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, 349-392, Guilford Press, New York.
- Djulgovic, B., Loughran, T.P. Jr., Hornung, C.A., Kloecker, G., Efthimiadis, E.N., Hardley, T.J., Englert, J., Hoskins, M., Goldsmith, G.H. (1999), „The quality of medical evidence in hematology-oncology ”, *American Journal of Medicine*, 2, 198-205.
- Dobson, K.S. (2001), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*, Guilford Press, New York.
- Dollard, J., Miller, N. (1950), *Personality and Psychotherapy : An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*, McGraw-Hill, New York.
- Down, T.E. și Courchaine E.K. (1996), „Implicit learning, tacit knowledge and implication for stasis and change in cognitive psychotherapy”, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 163-180.
- Dryden, W (ed.) (2003), *Rational Emotive Behavior Therapy : Theoretical Developments*, Brunner-Routledge, New York.
- Ellis, A. (1958), „Rational Psychotherapy”, *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Lyle Stuart, New York.

Ellis, A. (1975), *A Guide to Rational Living*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs

Ellis, A. (1975a), *How to Live With a Neurotic*, ed. rev., Wilshire Book

Hollywood, CA. Ellis, A. (1994), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, Carol Publishing Group, New York.

Ellis, A., DiGiuseppe, R. (1993), „Are inappropriate or dysfunctional feelings rational-emotive therapy qualitative or quantitative ?”, *Cognitive Therapy and Research*, 17, 471-477.

Ellis, A., Harper, R.A. (1975), *A New Guide to Rational Living*, ed. rev., Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Engels, G.I., Garnefski, N., Diekstra, R.R.W. (1993), „Efficacy of Rational Emotive Therapy : A Quantitative Analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1083-1090.

Erdelyi, M.H. (1974), „A new look at the new look: Perceptual defense and the new look”, *Psychological Review*, 81, 1-25.

Estes, W.K. (1950), „Toward a statistical theory of learning”, *Psychological Review*, 57, 94-107.

Eysenck, H. (1952), „The effects of psychotherapy : An evaluation”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.

Eysenck, M., Keane, M. (2000), *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Fechner, G.Th. (1888), „Ueber die psychischen Maßprincipien und das Gesetz”, *Philosophische Studien*, 4, 161-230.

Festinger, L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press, Stanford.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon M., Williams, J.B.W. (2002), „Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/P)”, *Biometrics Research*, New York State Psychiatric Institute, New York.

Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988), „The relationship between coping and health: Implications for theory and research”, *Social Science and Medicine*, 26, 17-32.

Frank, J.D. (1973), *Persuasion and Healing*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Gauld, A. (1992), *The History of Hypnotism*, Cambridge University Press, Cambridge.

Gilbert, D.T., Malone, P.S., Krull, D. (1993), „Unbelieving the unbelievable: problems in the rejection of false information”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 601-613.

Gleitman, H. (1990), *Basic Psychology*, W.W. Norton & Co, New York.

Gleitman, H., Fridlund, A.J., Reisberg, D. (2000), *Basic Psychology*, W.W. Norton, New York.

Goldfried, M.R. (1985), *From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy*, Springer Publishing Company, New York.

Goldfried, M.R. (1995), *From Cognitive-Behavior Therapy to Psychotherapy: An Evolving View*, Springer Publishing Company, New York.

Goldfried, M.R., DeCenteceo, E.T., Weinberg, L. (1974), „Systematic rational-emotive therapy as a self-control technique”, *Behavior Therapy*, 5, 247-254.

Greenwald, A.G. (1992), „New Look 3 : Reclaiming unconscious cognition”, *Psychologist*, 47, 766-779.



- Greenwood, J.D. (1989), *Explanation and Experiment in Social Psychological Science. Realism and the Social Constitution of Action*, Springer Verlag, New York. Guidano, V., Liotti, G. (1983), *Cognitive Processes and Emotional Disorders*, Guilford Press, New York. Guthrie, E.R. (1930), „Conditioning as a Principle of Learning”, *Psychological Review*, 37, 412-428. Guthrie, E.R. (1934), „Pavlov's Theory of Conditioning”, *Psychological Review*, 41, 199-206. Haggbloom, Steven J. et al. (2002), „The 100 most eminent psychologists of the 20<sup>th</sup> century”, *Review of General Psychology*, 6, 139-152. Hammen, C.L., Glass, D.R. (1975), „Depression, activity, and evaluation of reinforcement”, *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 718-721. Hawton, K., Salkovskis, R, Kirk, J., Clark, D. (eds.) (1989), *Cognitive-Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford. Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.C. (1991), *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford. Hayes, S.C. (2002), „Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy”, *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66. Hayes, S.C. (2004), „Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavior Therapy”, *Behavior Therapy*, 35, 639-665. Hergenhahn, B.R. (1986), *An Introduction to the History of Psychology*, Wadsworth Publishing, Belmont, CA. Hersch, J. (1981), *Mirarea filosofică. Istoria filosofiei europene*, Humanitas, București. Howes, N., Chagla, L., Thorpe, M., McCulloch, R (1997), „Surgical practice is evidence based”, *British Journal of Surgery*, 9, 1220-1223. Huli, C. (1943), *Principles of Behavior*, Appleton-Century-Crofts, New York. Hunsley, J., DiGiulio, G. (2002), „Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence”, *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1, 11-24. Iamandescu, I.B. (2002), *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*, Infomedica, București. Ianoși, I. (1996), *O istorie a filosofiei românești*, Biblioteca Apostrof, Cluj-Napoca. Jacobson, E. (1938), *Progressive Relaxation*, ed. a I-a, Chicago University Press, Chicago. Jacoby, L.L. (1991), „A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory”, *Journal of Memory and Language*, 30, 513-514. James, W. (1981), *Pragmatism*, Hackett Publishing, Indianapolis, Cambridge (publicată pentru prima dată în 1907). Jemec, G.B.E., Thorsteinsdottir, H., Wulf, H.C. (1998), „Evidence-based dermatologic out-patient treatment”, *International Journal of Dermatology*, 11, 850-854. Johnson, H.M. (1994), „Process of successful intentional forgetting”, *Psychological Bulletin*, 116, 274-292. Kagee, A. (2002), „Concerns about the effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions”, *Critical Care*, 6, 315-317.

**Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998)**, *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatric Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, ed. a VIII-a, Williams and Wilkins, Baltim

Kazantzis, N., Deane, F.P., Ronan, K.R. (2000), „Homework Assignments in Cogni and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis”, *Clinical Psychology : Science Practice*, 7, 189-202. Kazdin, A. (1978), *History of Behavioral Modificaiion: Experimental Foundatio Contemporary Research*, University Park Press, Baltimore. Kelly, G.A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, voi. 1, Norton, New\*

Kendall, P, Hollon, S. (1979), *Cognitive-Behavior Intervention : Theory, Research Procedures*, Academic Press, New York. Kenny, S.E., Shankar, K.R., Rintala, R., Lamont, G.L., Lloyd, D.A. (1997), „Evid -based surgery: Interventions in a regional paediatric surgical unit”, *Arch Disease in Childhood*, 1, 50-53. Kernbach, V. (1978), *Miturile esențiale*, Editura Științifică și Enciclopedică, Buc

Kessel, R.P., de Haan, E.H. (2003), „Implicit learning in memory rehabilitatii meta-analysis on errorless learning and vanishing cues methods”, *Journal of C and Experimental Neuropsychology*, 25, 805-814. Kipling, R. (1895), //, Complete collection of poems by Rudyard Kipling, [www.poetryloverspage.com/poets/kipling/kipling\\_ind.html](http://www.poetryloverspage.com/poets/kipling/kipling_ind.html). Kirsch, I. (1990), *Changing Expectations. A Key to Effective Psychotherapy*, Cole Publishing Comp., Pacific.

Kobassa, S. (1979), „Stressful events, personality and health: An inquiry into hai *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11. Korzybski, A. (1933), *Science and Sanity : An Introduction to Non-Aristotelian and General Semantics*, ed. a V-a, Institute of General Semantics, Brooklj

Kuhn, T. (1962), *The Structure of Scientific Revolution*, University of Chica; Chicago. Lambert, M.J., Barley, D.E. (2002), „Research summary on the therapeutic re and psychotherapy outcome”, în John C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Reh That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, 17-3 University Press, New York.

Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2003), „The efficacy and effectiveness of psych în M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychoth Behavior Change*, Willey, New York. Lang, P.J. (1968), „Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a în J.M. Schlein(ed.), *Research in Psychotherapy*, voi. 3,90-103, American Pi Association, Washington, D.C.

Lazarus, A.A. (1971), *Behavior Therapy and Beyond*, McGraw-Hill, New' Lazarus, A.A. (1981), *The Practice of Multimodal Therapy*, McGraw-Hill, Lazarus, R.S. (1966), *Psychological Stress and The Coping Process*, McGra

York. Lazarus, R.S. (1991), *Emotion and Adaptation*, Oxford University Press, LeDoux, J.E. (2000), „Emotion circuits in the brain”, *Annual Review of A* 23, 155-184. Lee, J.S., Urschel, D.M., Urschel, J.D. (2000), „îs general thoracic sur evidence based? ”, *Annals of Thoracic Surgery*, 2, 429-431.

- Lewicki, P. (1986), *Non-Conscious Social Information Processing*, Academic Press, New York.
- Lewinsohn, P.M. (1975), „The behavioral study and treatment of depression", în M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (eds.), *Progress in Behavior Modification*, voi. 1, Academic Press, New York.
- Lieberman, D.A., Sunnucks, W.L., Kirk, J.D.J. (1998), „Reinforcement without awareness: I. Voice level", *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 51B, 301-316.
- Lilienfeld, S.O. (1996), „EMDR therapy: Less than meets the eyes?", *Skeptical Inquirer*, 20, 25-31.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Lohr, J.M. (2003), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*, Guilford Press, New York.
- Lindsley, O.R., (1956), „Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia", *Psychiatric Research Reports*, 5, 118-139.
- Linehan, M.M. (1993), *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The Efficacy of rational emotive therapy : A quantitative review of the outcome research", *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- Mahoney, M. (1974), *Cognition and Behavior Modification*, Ballinger, Cambridge, MA.
- Mahoney, M.J. (ed.) (1995), *Cognitive and Constructive Psychotherapies. Theory, Research and Practice*, Springer Publication Company, Washington.
- Malan, D.H. (1963), *A Study of Brief Psychotherapy*, Tavistock, Londra.
- Mason, J.W. (1968), „A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system", *Psychosomatic Medicine*, 30, 631-653.
- Masters, W.H., Johnson, V.E. (1970), *Human Sexual Inadequacy*, Little, Brown, Boston.
- Maultsby, M.C. (1984), *Rational behavior therapy*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- McConnell, R.B. (1987), *Art, Science, and Human Progress*, Universe Books, New York.
- McNally, R.J. (1999), „EMDR and mesmerism: A comparative historical analysis", *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 225-236.
- Meichenbaum, D. (1977), *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, Plenum, New York.
- Meichenbaum, D. (2003), „Cognitive-Behavior Therapy: Folktales and the Unexpurgated History", *Cognitive Therapy and Research*, 27, 125-129.
- Merikle, P.M. (1992), „Perception without awareness : critical issues", *American Psychologist*, 47, 792-795.
- Miclea, M. (1994), *Psihologie cognitivă*, Polirom, Iași.
- Miller, W.R. (1983), „Motivational interviewing with problem drinkers", *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Mowrer, O.H. (1950), *Learning Theory and Personality Dynamics*, The Ronald Press Co., New York.
- Mowrer, O.H. (1960), *Learning Theory and Behavior*, John Wiley & Sons, Inc., New York-Londra.
- Mowrer, O.H., Mowrer, W. (1938), „Enuresis : A methods for its study and treatment", *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-459.

Myles, P.S., Bain, D.L., Johnson, R., McMahon, R. (1999), „Is anaesthesia-based? A survey of anaesthetic practice", *British Journal of Anaesthesia*, 4, Neimeyer, R.A., Mahoney, M.J. (1995), *Constructivism in Psychotherapy*, . Psychological Association, Washington. Neisser, U. (1967), *Cognitive Psychology*, Appleton-Century-Croft, New York. Nordin-Johansson, A., Asplund, K. (2000), „Randomized controlled trials and i as a basis for interventions in internal medicine", *Journal of Internal Medicine* 94-104. OMS (1992), *International Statistical Classification of Disorders and Related Problems*, WHO, Geneva. Ost, L.G. (1987), „Applied relaxation: description of a coping technique and of controlled studies", *Behavior Research and Therapy*, 26, 13-22. Pavlov, I.P. (1927), *Conditioned Reflexes : An Investigation of The Physiologic of The Cerebral Cortex*, Oxford University Press, Oxford. Piaget, J. (1955), *The Child's Construction of Reality*, Routledge, London. Pichot, P. (1967), *Les tests mentaux*, PUR „Que Sais-je?", Paris. Pierce, C.S. (1935), „What Pragmatism is", în *Collected Papers*, 5 voi., Bell Cambridge, Mass. Pierce, C.S., Jastrow, J. (1884), „On small differences of sensation", în *National Academy of Sciences*, 3, 73-83. Price, R.H., Lynn, S.J. (1981), *Abnormal Psychology in The Human Context*, Dorsey Press, Illinois. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et al. (1992), „In search of the structure of change in smoking cessation", în Y. Klar, J.D. Fisher, J.M. Chinsky, A. Nadler (eds.), *Self-Changing: Psychological and Clinical Perspectives*, 87-114, Springer Verlag, New York. Rachman, S., Hodgson, R. (1974), „Synchrony and desynchrony in measurement of fear", *Behaviour Research & Therapy*, 12, 311-318. Rachman, S., Teasdale, J. (1969), *Aversion Therapy and Behavior Disorders: An Analysis*, University of Miami Press, Coral Gables, FL. Rachman, S., Teasdale, J. (1970), *Aversion Therapy and Behavior Disorders*, Science Book Service, Riverside, NY. Radu, I. (1974), *Psihologie școlară*, Editura Științifică, București. Ralea, M. (1954), *Characterul antiuman și antiștiințific al psihologiei burgheze*, Editura de Stat, București. Reid, W.J. (1997), „Evaluating the Dodo's verdict: Do all interventions have equal outcomes?", *Social Work Research*, 21, 5-16. Rescorla, R. (1988), „Pavlovian conditioning : it's not what you think it is", *Psychologist*, 43, 151-160. Richter, H.E., Miller, N.E. (eds.) (1982), *Biofeedback: Basic. Problems and Applications*, Elsevier Science Publications, New York. Rosenzweig, S. (1936), „Some implicit common factors in diverse methods of behavior therapy", *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. Rotter, J.B. (1960), „Some implications of a social learning theory for the goal directed behavior from testing procedures", *Psychological Review*, Ryle, G. (1949), *The Concept of Mind*, University of Chicago Press, Chicago. Sarason, I.G., Sarason, B.R. (1999), *Abnormal Psychology. The Problem of Abnormality*, Prentice Hall, New Jersey.

- Schachter, S., Singer, J.E. (1962), „Cognitive, social and physiological determinants of emotional state", *Psychological Review*, 69, 379-399. Scheel, M.J., Hanson, W.E., Razzhavaikina, T.I. (2004), „The process of recommending homework in psychotherapy : A review of therapist delivery methods, clients acceptability and factors that affect compliance", *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 41, 38-55. Schultz, J.H., Luthe, W. (1969), *Autogenic Therapy*, voi. 1, *Autogenic Methods*, Grune and Stratton, New York. Sechenov, I. (1935), *Selected Works*, State Publishing House, Moscow-Leningrad. Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York. Seligman, M.E.P. (1975), *Helplessness*, Freeman, San Francisco. Seligman, M.E.P. (1998), *Learned Optimism*, Pocket Books, New York. Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000), „Positive psychology", *American Psychologist*, 55, 5-15. Selye, H. (1976), *The Stress of Life*, McGraw-Hill, New York. Shapiro, M.B. (1961), „The single case in fundamental clinical research", *British Journal of Medical Psychology*, 34, 255-262. Skinner, B.F. (1948), *Walden Two*, Macmillan, New York. Skinner, B.F. (1953), *Science and Human Behavior*, Macmillan, New York. Skinner, B.F. (1971), *Beyond Freedom and Dignity*, Alfred A. Knopf, New York. Skinner, B.F. (1974), *About Behaviorism*, Alfred A. Knopf, New York. Smith, C.A., Haynes, K.N., Lazarus, R.S., Pope, L.K. (1993), „In Search of the «Hot» Cognitions: Attributions, Appraisals and their Relation to Emotion", *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 916-929. Smith, C.A., Lazarus, R. (1993), „Appraisal, components, core relational theme, and the emotions", *Cognition and Emotion*, 7, 233-269. Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980), *The Benefits of Psychotherapy*, Johns Hopkins University Press, Baltimore. Solomon, R., Wynne, L.C. (1953), „Traumatic avoidance learning: Acquisition in normal dogs", *Psychological Monographs*, 67 (354). Spiegler, M.D., Guevremont, D. (1993), *Contemporary Behavior Therapy*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, CA. Stein, D.J., Young, J.E. (eds.) (1992), *Cognitive. Science and Clinical Disorders*, Academic Press, San Diego. Suarez-Varela, M.M., Llopis-Gonzalez, A., Bell, J., Tallon-Guerola, M., Perez-Benajas, A., Carrion-Carrion, C. (1999), „Evidence based general practice", *European Journal of Epidemiology*, 9, 815-819. Summers, A., Kehoe, R.F. (1996), „Is psychiatric treatment evidence-based?", *Lancet*, 347, 406-410. Szentagotai, A., Schnur, J., DiGiuseppe, R., Macavei, B., Kallay, E., David, D. (2005), „The organization and the nature of irrational beliefs: Schemas or appraisal?", *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5 (2), 139-158. Taylor, S.E. (1993), *Positive Illusions : Creative Self-Deception and The Healthy Mind*, Basic Books, New York. Thorndike, E.L. (1916), *The Principles of Teaching, Based on Psychology*, A.G. Seiler, New York.

340

Truax (1948), „Cognitive maps  
Tolman, E.C. U^ »  
189-208. M967>, Towarri ^r<<iv

Truax  
Truax (1948), „Cognitive maps  
Tolman, E.C. O\*\* »  
189-208. (1967), Toward #<<\*^1

Truax, C.A. ^ Carkhuft, K-R-V . • i0 Nostrand, New i<<  
Truax, C.A. ^ company, Chicago. ; ionaJ, Van Nos ^^

Watson, D^ C2WUJ, hology as the bena  
Watson, IA d^913) -\* y  
1.58-177 • , tu M929), The Battie /L,, <<\*1 the leadmg ins

Watson, ^ (^ . hology as the bena p^Dosition and an  
Watson, IA (1913), »\* > of Behaviorism. A<<\*|^/^ theotist!

Watson, I-B, ^a between the leadmg  
ExpSMre ^20\* centuty). , ..doned emotional reactions , M  
of the early 20 ce , conditionea nnatomaticae <t

Weber, E.H. (1834^Jr, Lipsiae. -> contro! , WTMW^cal\*2^ ^  
Wegnet, DM (2003), .The muri s be\* Effective nessofptf\*rt

\*\*\* J-R: VSdre'n and adolescent\* A JjJ»  
Weiss, B., Han, » dolescents »<<)\*• ' !

Psychotherapy, I

Anexe





## ANEXA 1

### Scale/teste clinice utilizate în terapia cognitiv-comportamentală

*Notă:* Toate instrumentele din această anexă pot fi folosite în scop educațional și de cercetare, anunțând în prealabil obligatoriu International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (<http://www.psychotherapy.ro>). Utilizarea lor în cadrul unor servicii psihologice și/sau clinice necesită acordul International Institute for the Advanced Study of Psychotherapies and Applied Mental Health (<http://www.psychotherapy.ro>), care deține dreptul de copyright, a cărui nerespectare are implicații penale.

#### 1.1. Profilul distresului emoțional (PIE); autori: și Bianca Macavei, MA)

David Opriș, MA,

Numele și prenumele .

- Vârsta -

Profilul Distresului Emoțional (PDE)

*Copyright:* internațional Institute for the Advanced Study of Psychotacracy and Applied Mental Health. Se acorda dreptul de utilizare iu scopul prezentelor uorme.

Mai jos vă prezentăm o lista de cuvinte care descriu emoțiile pe care oamenii le au in diverse situații. Citiți cu atenție fiecare cuvânt, apoi încercuiți varianta care corespunde cel mai bine întrebării:

CUM V-AȚI SIMȚIT ÎN ULTIMELE DOUĂ SĂPTĂMÂNI ?

DELOC

.'■' Tensionat (ă) .

Trist(ă)

Melancolic(ă)

Fără speranță

Nefolositor (Nefolositoare;

tingrijorat(ă)

Amărât(ă)

Anxios (Anxioasă)

■ Depresiv (ă)

Preocupat(ă)

tnspăimămat(ă)

Deprimat(ă)

Necăjit(ă)

hicordat(ă)

Măhnit(ă)

îngrozit(ă)

Nervos (Neryoasă)

îndurerat(ă)

Alarmat(i)

Panicat(ă)

○

○-

FOARTE PUȚIN

-○

-○

-○-

MEDIU

-○-

-○-

-○-

-○

-○-

○

-○--○-

MULT

-○-

-○-

-○-

FOARTE MULT

-○

-○

## TRATAT DE PSIHOTERAPII COGNITIVE ȘI COMPORTAMENTALE

Supărat(ă)

Distrus(ă)

Disperat(S)

Neliniștit(ă)

Înfrișat(S)

Deznădăjduit(ă)

-O-

-O-

DELOC

FOARTE PUȚIN

MEDIU

MULT

## I. Ce măsoară PDE ?

Profilul distresului emoțional (PDE) este o scală cu 26 de itemi care măsoară emoții negative disfuncționale și emoțiile negative funcționale din categoriile „frică tețe/deprimare”.

Scala permite atât calcularea unui scor general de distres, cât și a scorurilor pentru „frică funcțională”, „frică disfuncțională”, „tristețe/deprimare funcțională” și „tristețe/deprimare disfuncțională”.

*Descrierea itemilor*

PDE conține 26 de adjective care descriu emoții negative; cei 26 de itemi se grupează în șase subscale :

- (1) 6 itemi reprezintă emoții negative funcționale din categoria „tristețe/dep
- (2) 8 itemi reprezintă emoții negative disfuncționale din categoria „tristețe/de
- (3) 6 itemi reprezintă emoții negative funcționale din categoria „frică” ;
- (4) 6 itemi reprezintă emoții negative disfuncționale din categoria „frică” ;
- (5) 12 itemi reprezintă emoții negative funcționale (categoriile „tristețe/dej „frică”);
- (6) 14 itemi reprezintă emoții negative disfuncționale (categoriile „tristețe/de „frică”).

| Tristețe/Deprimare |         |                |         | Frică       |         |              |
|--------------------|---------|----------------|---------|-------------|---------|--------------|
| Funcționale        |         | Disfuncționale |         | Funcționale |         | Disfun       |
| trist              | item 2  | nefolositor    | item 5  | preocupat   | item 10 | anxios       |
| măhnit             | item 15 | deprimat       | item 12 | îngrijorat  | item 6  | îngrozit     |
| amărât             | item 7  | deznădăjduit   | item 26 | neliniștit  | item 24 | panicat      |
| melancolic         | item 3  | fără speranță  | item 4  | încordat    | item 14 | înspăimântat |
| necăjit            | item 13 | depresiv       | item 9  | alarmat     | item 19 | înfrișat     |
| supărat            | item 21 | distrus        | item 22 | tensionat   | item 1  | nervos       |
|                    |         | îndurerat      | item 18 |             |         |              |
|                    |         | disperat       | item 23 |             |         |              |

Posibilitățile de răspuns ale subiecților la fiecare dintre cei 26 de itemi

| Deloc | Foarte puțin | Mediu | Mult | Foa |
|-------|--------------|-------|------|-----|
|-------|--------------|-------|------|-----|

Nici itemii scalei și nici variantele de răspuns nu sunt numerotate, elin posibilitatea de biasare a răspunsurilor ca urmare a valorii numerice atașate

**II. Administrare**

Scala se administrează în varianta creion-hârtie, atât individual (și în varianta auto-administrare), cât și în grup. Se preferă administrarea individuală, ori de câte ori este posibil. În cazul administrării în grup, este indicat ca grupurile să nu fie mai mari de 15 persoane. Când grupul este mai mare de 15 persoane, numărul examinerilor trebuie să crească, păstrându-se raportul de un examiner la maximum 15 persoane evaluate.

**III. Cotare**

Cotarea pentru cei 26 de itemi se face direct, însumând răspunsurile la fiecare item, alocându-se de la 1 la 5 puncte, după cum urmează: deloc = 1, foarte puțin = 2, mediu = 3, mult = 4, foarte mult = 5. Pe lângă scorul global de distres, obținut prin însumarea scorurilor la cei 26 de itemi, se mai pot calcula scoruri pe cele 6 subscale, prin însumarea scorurilor la itemii care le compun.

**IV. Interpretarea rezultatelor**

| <b>PDE total/bărbați + femei (N=700)</b>         |  |             |
|--|--|-------------|
| <b>Clase</b>                                     | <b>Descriere</b>                                       | <b>Cote</b> |
| I  | Nivel foarte scăzut de distres                         | <32         |
| II   | Nivel scăzut de distres                                | 33-40       |
| III  | Nivel mediu de distres                                 | 41-55       |
| IV   | Nivel ridicat de distres                               | 56-83       |
| V  | Nivel foarte ridicat de distres                        | >84         |
| <b>PDE disfuncțional/bărbați + femei (N=700)</b> |  |             |
| <b>Clase</b>                                     | <b>Descriere</b>                                       | <b>Cote</b> |
| I  | Nivel foarte scăzut de emoții negative disfuncționale  | <14         |
| II   | Nivel scăzut de emoții negative disfuncționale         | 15-17       |
| III  | Nivel mediu de emoții negative disfuncționale          | 18-25       |
| IV   | Nivel ridicat de emoții negative disfuncționale        | 26-40       |
| V  | Nivel foarte ridicat de emoții negative disfuncționale | >41         |
| <b>PDE funcțional/bărbați + femei (N=700)</b>    |  |             |
| <b>Clase</b>                                     | <b>Descriere</b>                                       | <b>Cote</b> |
| I  | Nivel foarte scăzut de emoții negative funcționale     | <16         |
| II   | Nivel scăzut de emoții negative funcționale            | 17-22       |
| III  | Nivel mediu de emoții negative funcționale             | 23-31       |
| IV   | Nivel ridicat de emoții negative funcționale           | 32-43       |
| V  | Nivel foarte ridicat de emoții negative funcționale    | >44         |

1.2. Chestionarul gândurilor automate (ATQ - *Automatic Thou Questionnaire*; autori: dr. Steve Hollon și dr. Phillip Ken adaptat de Ramona Moldovan, MA

### ATQ

*Instrucțiuni:* Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare dintre afirmațiile de mai cât de frecvent ați avut asemenea gânduri în cursul ultimelor patru săptămâni gând fiind evaluat pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = niciodată, iar 5 întotdeauna.

|    |  | Niciodată |   |   |   |
|----|--|-----------|---|---|---|
| 1  | Nu sunt bun(ă) de nimic.                         | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 2  | Nu cred că pot continua așa.                     | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 3  | Sunt foarte dezamăgit(ă) de mine însumi/ înșămi. | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 4  | Nu îmi mai place nimic.                          | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 5  | Nu mă suport.                                    | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 6  | Nu îmi vine să mă apuc de nimic.                 | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 7  | Ce se întâmplă cu mine ?                         | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 8  | Sunt lipsit(ă) de valoare.                       | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 9  | Nu voi reuși niciodată.                          | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Mă simt foarte neajutorat(ă).                    | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Ceva trebuie să se schimbe.                      | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Precis este ceva în neregulă cu mine.            | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Viitorul meu este cenușiu.                       | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Pur și simplu nu merită.                         | 1         | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Nu pot face nimic până la capăt.                 | 1         | 2 | 3 | 4 |

### I. Ce măsoară ATQ ?

ATQ măsoară gândurile automate disfuncționale și iraționale (cogniții c inferențiale și cogniții evaluative specifice). În instrucțiune, perioada de „patru poate fi modificată pentru a reliefa interesul clinicianului (de exemplu, i săptămâni); nu se utilizează însă un interval de peste patru săptămâni, că erori de memorie.

### II. Administrare

Scala se administrează în varianta creion-hârtie, atât individual, cât și în gn administrarea individuală de fiecare dată când acest lucru este posibil. Ea se fără limită de timp. După ce materialele și condițiile necesare pentru admin sunt asigurate, începe evaluarea pacientului.

Pe lista cu itemi apare următoarea instrucțiune, subiectul putând-o reciti ori de câte ori dorește pe parcursul evaluării.

Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare dintre afirmațiile de mai jos și notați cât de frecvent ați avut asemenea gânduri în ultimele patru săptămâni, fiecare gând fiind evaluat pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = niciodată, iar 5 = aproape întotdeauna.

### III. Cotare

! Fiecare dintre cei 15 itemi se cotează pe o scală de la 1 la 5, unde 1 = niciodată, iar 5 = aproape întotdeauna. Scorul total la ATQ se obține prin însumarea scorurilor la fiecare item în parte.

### IV. Interpretarea rezultatelor

Având la bază o distribuție normală a scorurilor, construcția etalonului pentru ATQ s-a bazat pe clase normalizate. Valorile pentru 5 clase sunt exprimate procentual astfel:

6,7%; 24,2%; 38,2%; 24,2%; 6,7%.

^asal

^r

Clasa 2            Clasa 3            Clasa 4

) Clasa 5 ) j ^ 1

Scoruri ) <,15

16-19 / 20-28 ( Z9-44

Semnificația scorurilor este următoarea:

*Clasa 1 - nivel foarte scăzut* al gândurilor automate (subiectul are un nivel al gândurilor automate <6,7% din populația generală); *Clasa 2 - nivel scăzut* al gândurilor automate disfuncționale/irrationale (subiectul are un nivel al gândurilor automate >6,7% din populația generală); *Clasa 3 - nivel mediu* al gândurilor automate disfuncționale/irrationale (subiectul are un nivel al gândurilor automate >30,9% din populația generală); *Clasa 4 - nivel ridicat* al gândurilor automate disfuncționale/irrationale (subiectul are un nivel al gândurilor automate > 69,1 % din populația generală); *Clasa 5 - nivel foarte ridicat* al gândurilor automate disfuncționale/irrationale (subiectul are un nivel al gândurilor automate >93,3% din populația generală).

Un scor ridicat la ATQ indică un nivel ridicat al gândurilor automate disfuncționale și iraționale.

Un scor scăzut la ATQ indică un nivel scăzut al gândurilor automate disfuncționale și iraționale.

**1.2.A. Chestionarul Young de scheme cognitive (YSQ - Young Schema r».,octinnnaire: autor: dr. Jeffrey Young) adaptat de Simona Tri,**

**Questionnaire; autor: MA**

**YSQ**

*Instrucțiuni:* Lista de mai jos cuprinde afirmații folosite de o persoană pentn descrie pe sine. Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți cât de b descrie pe dumneavoastră. Când nu sunteți sigur(ă), răspundeți în funcție de c simțiți, și nu în funcție de ceea ce credeți că este adevărat. Alegeți valoarea dintre 1 și credeți că vă descrie cel mai bine și scrieți numărul în spațiul din fața afirmației resp

- 1 - complet neadevărat despre mine
- 2 - în parte neadevărat despre mine
- 3 - mai mult adevărat decât neadevărat
- 4 - mediu adevărat
- 5 - destul de adevărat despre mine
- 6 - mă descrie perfect

1 \_\_\_ în general nu am avut pe cineva care să aibă grijă de mine, căruia (car împărtășesc din viața mea sau căruia (căreia) să-i pese mult de ce se întâmpla

2 \_\_\_ M-am agățat de cei apropiați mie pentru că m-am temut că mă vor pară

3 \_\_\_ Simt că oamenii vor profita de mine.

4 \_\_\_ Nu-mi găsesc locul nicăieri.

5 \_\_\_ Nici un bărbat/femeie pe care îl/o doresc nu mă poate iubi odată ce îmi defectele.

6 \_\_\_ Este important pentru mine să fiu plăcut(ă) de aproape toți cei pe care î

7 \_\_\_ Chiar și când lucrurile par să meargă bine, eu cred că este doar tempo Dacă fac o greșeală, merit să fiu pedepsit(ă).

în majoritatea activităților școlare sau de serviciu nu sunt la fel de bun ca Nu mă simt în stare să mă descurc singur(ă) în viața de zi cu zi. Nu pot scăpa de sentimentul că ceva rău este pe cale să se întâmple. Nu am fost în stare sa mă despart/desprind de părinții mei în felul în alte persoane de vârsta mea.

Cred că dacă fac ceea ce simt, dau numai de neazuri. Mă schimb în funcție de oamenii cu care sunt, pentru ca ei să mă placă

\_\_\_ Dacă uneori se întâmplă ceva bun, mi-e teamă că va urma ceva rău.

16 \_\_\_ Dacă nu fac tot ce depinde de mine, pot să mă aștept să pierd.

17 \_\_\_ Sunt genul de persoană care, de obicei, sfârșește prin a avea grijă de ce

18 \_\_\_ Mă străduiesc prea mult să-mi exprim sentimentele pozitive față de ce ține, preocupare).

Trebuie să fiu cel mai bun (cea mai bună) în tot ce fac; nu accept să fiu ț

Am probleme când trebuie să accept „nu” ca răspuns, atunci când vr

8\_ 9\_

10\_ Ū\_

12\_

13 14 15

19

20\_\_\_

la ceilalți

- ! 21 \_\_\_ Nu mă pot motiva să îndeplinesc sarcini plictisitoare și de rutină. 22 \_\_\_ Încerc să mă adaptez. I
- 23 \_\_\_ Nu poți fi tot timpul suficient de atent; întotdeauna va apărea ceva rău.
- 24 \_\_\_ Nu există nici o scuză dacă greșesc.
- j 25 \_\_\_ În general, oamenii nu au fost lângă mine ca să-mi ofere căldură, sprijin și dragoste.
- | 26 \_\_\_ Am atâta nevoie de ceilalți, încât mă îngrijorez că îi voi pierde.
- I 27 \_\_\_ Simt că nu trebuie să las garda jos în prezența altora, pentru că altfel mă vor răni intenționat.
- ! 28 \_\_\_ Sunt fundamental diferit(ă) de ceilalți. 29 \_\_\_ Nici unul dintre cei pe care îi doresc nu va putea să stea lângă mine odată ce mă va cunoaște cu adevărat.
- | 30 \_\_\_ Stima mea de sine se bazează mai ales pe felul cum mă văd ceilalți.
- I 31 \_\_\_ Oricât de mult aș munci, mi-e teamă că aș putea rămâne fără nici un ban.
- I 32 \_\_\_ Oamenii care nu-și cunosc limitele ar trebui pedepsiți.
- I 33 \_\_\_ Sunt incompetent(ă) când vine vorba de realizări.
- I 34 \_\_\_ Mă văd ca o persoană dependentă când este vorba de viața de zi cu zi.
- I 35 \_\_\_ Simt că un dezastru (natural, chimic, medical sau criminal) se poate întâmpla în orice moment.
- I 36 \_\_\_ Părinții mei și cu mine tindem să ne implicăm în viața și problemele celuilalt.
- I 37 \_\_\_ Simt că nu am altă posibilitate decât să îndeplinesc dorințele altora, altfel mă vor respinge.
- I 38 \_\_\_ A avea bani și a cunoaște multă lume „bună” mă face să fiu mai valoros (valoroasă).
- I 39 \_\_\_ Mă îngrijorez de faptul că o decizie greșită poate duce la dezastru.
- I 40 \_\_\_ În general nu accept scuzele altora. Ei nu sunt dispuși să-și asume responsabilitatea și să suporte consecințele.
- I 41 \_\_\_ Sunt o persoană bună deoarece mă gândesc la alții mai mult decât la mine.
- I 42 \_\_\_ Mi se pare jenant să-mi exprim sentimentele în fața altora.
- 143 \_\_\_ Încerc mereu să fac tot ce pot/tot ce depinde de mine; nu mă mulțumesc cu „aproape bine”.
- 144 \_\_\_ Sunt deosebit(ă) și nu trebuie să accept restricții impuse de ceilalți.
- i 45 \_\_\_ Dacă nu îmi pot atinge un scop devin repede frustrat(ă) și renunț.
- I 46 \_\_\_ Investesc mult timp în felul în care arăt, pentru ca toți cei din jur să mă aprecieze.
- 147 \_\_\_ Sunt frecvent obsedat(ă) de deciziile minore deoarece consecințele unei greșeli pot fi serioase.
- 148 \_\_\_ Dacă nu îmi fac treaba, ar trebui să sufăr consecințele acestui lucru.
- 149 \_\_\_ O perioadă îndelungată din viața mea nu am simțit că sunt special(ă) pentru cineva.
- j 50 \_\_\_ Mă tem că oamenii de care mă simt apropiat(ă) mă vor părăsi sau abandona.
- 151 \_\_\_ Este doar o problemă de timp până când cineva mă va trăda (înșela).
- 152 \_\_\_ Locul meu nu e aici; sunt singuratic(ă).
- 153 \_\_\_ Nu merit dragostea, atenția și respectul celorlalți.
- \ 54 \_\_\_ Propriile realizări sunt mai valoroase pentru mine dacă oamenii le observă.
- 55 \_\_\_ Mă simt mai bine pretinzând că lucrurile nu-mi vor merge bine, asta ca să nu mă simt rău dacă lucrurile chiar nu merg bine.
- I 56 \_\_\_ Mă gândesc des la greșelile pe care le fac și sunt furios(furioasă) pe mine.
- 57 \_\_\_ Majoritatea celorlalți sunt mai capabili decât mine din punct de vedere profesional și al realizărilor.

- 58 \_\_\_ Sunt mai puțin capabil(ă) decât majoritatea oamenilor.
- 59 \_\_\_ Mă tem că o să fiu atacat(ă).
- 60 \_\_\_ Este foarte greu pentru mine și părinții mei să păstrăm secrete intime ui alții fără să ne simțim vinovați și înșelați.
- 61 \_\_\_ În relații, îl las pe celălalt să aibă ultimul cuvânt.
- 62 \_\_\_ Sunt atât de preocupat(ă) să mă adaptez, încât uneori uit cine sunt.
- 63 \_\_\_ Mă concentrez mai ales asupra evenimentelor și situațiilor de viață ne;
- 64 \_\_\_ Când oamenii fac ceva rău, am probleme în a aplica principiul „Iartă 65 \_\_\_ Sunt atât de preocupat(ă) să mă ocup de oamenii de care îmi pasă, încă timp pentru mine.
- 66 \_\_\_ Mi se pare greu să arăt căldură și spontaneitate.
- 67 \_\_\_ Trebuie să-mi îndeplinesc toate responsabilitățile.
- 68 \_\_\_ Detest să fiu constrâns(ă) sau reținut(ă) de la ceea ce vreau eu să fac.
- 69 \_\_\_ Nu sacrific satisfacția imediată pentru obținerea unui scop îndepărtat.
- 70 \_\_\_ Mi se pare greu să-mi fixez propriile scopuri fără să mă gândesc cum va cealalți la alegerile mele.
- 71 \_\_\_ Tind să fiu pesimist(ă),
- 72 \_\_\_ Port pică chiar dacă persoana s-a scuzat.
- 73 \_\_\_ În cea mai mare parte a timpului nu am avut pe cineva care să mă adevărat, care să mă înțeleagă sau care să investească emoțional în r
- 74 \_\_\_ Mă cuprinde disperarea când simt că cineva la care țin se îndepărtea:
- 75 \_\_\_ Sunt destul de suspicios (suspicioasă) în privința motivelor altora.
- 76 \_\_\_ Mă simt străin(ă) de ceilalți oameni.
- 77 \_\_\_ Simt că nu pot fi iubit(ă).
- 78 \_\_\_ Când mă gândesc la deciziile din viața mea, îmi dau seama că pe le-am luat cu gândul la aprobarea celorlalți.
- 79 \_\_\_ Oamenii apropiați mie consideră că îmi fac prea multe griji.
- 80 \_\_\_ Mă supăr când cred că cineva a renunțat prea repede la ceva.
- 81 \_\_\_ Nu sunt atât de talentat(ă) în muncă așa cum sunt ceilalți.
- 82 \_\_\_ Judecata mea nu poate fi bună în toate situațiile de zi cu zi.
- 83 \_\_\_ Mă tem că o să-mi pierd toți banii și o să devin sărac(ă).
- 84 \_\_\_ Adeseori simt că dacă părinții mei trăiesc prin mine, nu mai am o
- 85 \_\_\_ întotdeauna îi las pe ceilalți să decidă pentru mine, deci nu știu ce mine.
- 86 \_\_\_ Chiar dacă nu îmi place cineva, tot vreau ca el (ea) să mă placă.
- 87 \_\_\_ Dacă oamenii se entuziasmează de ceva, mă simt inconfortabil și sir avertizez că se va întâmpla ceva rău.
- 88 \_\_\_ Mă enervez când oamenii se scuză și îi învinuiesc pe ceilalți pentru p
- 89 \_\_\_ întotdeauna am fost genul om care ascultă problemele altora.
- 90 \_\_\_ Mă controlez atât de mult, încât oamenii cred ca nu am emoții.
- 91 \_\_\_ Simt că există o presiune constantă asupra mea să îndeplinesc diferite lucruri.
- 92 \_\_\_ Simt că nu trebuie să urmez regulile, normele și convențiile pe care
- 93 \_\_\_ Nu mă pot forța să fac lucruri care nu îmi plac, chiar când știu că e meu.
- 94 \_\_\_ Când nu primesc multă atenție din partea altora, mă simt neimpo
- 95 \_\_\_ Nu contează din ce cauză greșesc ; când am greșit ceva, trebuie s



96\_\_\_ Rar am avut o persoană care să mă sfătuiască sau care să mă îndrume când nu am știut ce să fac. 97\_\_\_ Câteodată sunt atât de îngrijorat(ă) că ceilalți mă vor părăsi, încât îi îndepărtez eu de mine.

98\_\_\_ De obicei sunt vigilent(ă) față de motivele celorlalți.

99\_\_\_ Întotdeauna mă simt în afara grupului.

100\_\_\_ Am prea multe defecte inacceptabile în numeroase domenii pentru a-i lăsa pe alții să mă cunoască. 101\_\_\_ Caut recunoaștere și admirație atunci când îmi spun părerea la o întâlnire sau întrunire.

102\_\_\_ Mă învinovățesc pentru lucrurile în care am eșuat.

103\_\_\_ Nu sunt atât de inteligent(ă) ca și ceilalți când este vorba de școală sau serviciu.

104\_\_\_ Nu am încredere în capacitatea mea de a rezolva toate problemele care apar.

105\_\_\_ Mă tem că am o boală gravă, deși medicul nu mi-a diagnosticat nimic grav.

106\_\_\_ Simt adeseori că nu am o identitate separată de a părinților mei sau de a partenerului (partenerei) meu (mele). 107\_\_\_ Îmi vine foarte greu să cer să-mi fie respectate drepturile și să-mi fie luate în seamă sentimentele.

108\_\_\_ Complimentele și recompensele numeroase mă fac să mă simt valoros (valoroasă).

109\_\_\_ Sunt o persoană rea, care merită să fie pedepsită.

110\_\_\_ Ceilalți oameni mă cunosc ca făcând prea multe pentru alții și insuficient pentru mine.

111\_\_\_ Oamenii mă văd inflexibil(ă) din punct de vedere emoțional.

112\_\_\_ Nu pot să-mi cer scuze pentru greșelile mele.

113\_\_\_ Simt că ceea ce am de oferit are mai mare valoare decât contribuțiile altora.

114\_\_\_ Rar am fost în stare să mă bazez pe propriile mele hotărâri.

I *Ce măsoară YSQ ?*

Au fost identificate optsprezece scheme disfuncționale, grupate în cinci categorii, numite domenii ale schemelor. Fiecare dintre cele cinci categorii reprezintă o componentă importantă a nevoilor pe care le are un copil.

*Primul domeniu* este reprezentat de *separare și respingere* și constă în expectanța că nu vor fi satisfăcute nevoile de securitate, siguranță, îngrijire, empatie, acceptare și respect. Acest prim domeniu cuprinde cinci scheme :

(1) *Abandon/instabilitate (AB)* - sentimentul că cei apropiați nu vor putea să ne ofere susținerea emoțională de care avem nevoie și să ne protejeze, deoarece ei, la rândul lor, sunt instabili emoțional, nu sunt prezenți, vor muri curând sau ne vor părăsi pentru altcineva.

(2) *Neîncredere/abuz (NA)* - credința că, într-un final, tot vom fi înșelați, că ceilalți ne înșală, abuzează de noi, ne fac să suferim, ne umilesc sau ne mint. Acest rău creat de ceilalți este perceput ca fiind intenționat.

(3) *Privațiune emoțională (ED)* - ceilalți nu ne oferă dragostea necesară. Există trei forme majore de deprivare emoțională: a) deprivarea de îngrijire (absența atenției, afecțiunii și căldurii sufletești); b) deprivarea de empatie (absența înțelegerii); c) neoferirea protecției (absența direcționării, ghidării).

(4) *Deficiență/rușine (DS)* - sentimentul că suntem fără valoare, suntem răi, nedoriți, inferiori sau incapabili în anumite aspecte importante ale vieții, iar dacă acest lucru

se vede nu vom mai fi iubiți de către ceilalți. Persoanele care interiorizează schemă sunt sensibile la critică, sunt foarte conștiente de ele însele, se c ceilalți, nu se simt în siguranță în prezența celorlalți, au sentimentul de r de propriul „handicap”. Acesta poate fi personal (impulsuri de furie) (aspect fizic neplăcut). (5) *Izolarea socială/instrăinare (SI)* - senzația de izolare față de restul lumii, diferiți de alții și că nu putem face parte dintr-un grup.

*Al doilea domeniu* este cel al *slabei autonomii și performanțe* și se referă la capacități de a supraviețui și funcționa independent. Reprezentative pentru ace sunt următoarele scheme:

(1) *Dependență/incompetență (DI)* - credința că suntem incapabili să ne îndeplinim responsabilitățile zilnice, fără un sprijin considerabil din partea celorlalți. S neajutorarea.

(2) *Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale (VH)* - frica exagerată de ( iminente ce pot să ni se întâmple oricând și nu le putem preveni. Această apărare în legătură cu diferite boli de care ne putem îmbolnăvi (de pildă, diferite probleme emoționale grave (de exemplu, teama de a nu înnebu catastrofe externe (cum ar fi prăbușirea avioanelor).

(3) *Protecționism/personalitate atrofiată (EM)* - o relație de apropiere și c emoțională exagerată cu una dintre persoanele apropiate (deseori părinți), împiedică dezvoltarea propriei identități și a relaționării sociale. Este o că cel puțin una dintre persoanele implicate nu va putea trăi fără cealaltă, fi fericită dacă nu va avea sprijinul acesteia. Persoanele care manifestă schemă sunt persoane fără un scop, care nu știu pentru ce trăiesc.

(4) *Eșec (FA)* - blamarea de sine, convingerea că nu este capabil să facă ci inevitabil va greși, va eșua în autorealizare (școală, carieră, sport), că e statut social scăzut, mai puțin de succes decât cei de aceeași vârstă.

*Al treilea domeniu* conține scheme cu privire la *limite defectuoase* \ incapacitatea sau stabilirea deficitară a limitelor interne, a responsabilității alții, a scopurilor pe termen lung. Apar dificultăți în respectarea drepturilor și stabilirea și atingerea unor scopuri personale realiste. Acest domeniu este ca două scheme:

(1) *Revendicarea drepturilor personale/dominanță (ET)* - credința că suntem altor oameni, revendicăm drepturi și privilegii speciale; regula reciprocă funcționează în acest caz. Revendicăm dreptul de a face ce vrem, și ceea ce dorim este ancorat sau nu în realitate, indiferent care este c celălalt. Se manifestă un sentiment exagerat al superiorității (suntem pr celebri oameni), cu scopul de a obține control și putere.

(2) *Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS)* - dificultatea de a fi controlat în obținerea scopurilor, insuficient control al emoțiilor și impulsurile scăzute la frustrare, dorință excesivă de menținere a confortului, și situațiilor neplăcute pentru propria persoană.

*Dependența de alții* este cel de-al *patrulea domeniu*, iar schemele constau în focalizarea excesivă pe satisfacerea dorințelor, nevoilor altora, și

satisfacerii propriilor dorințe și nevoi, acest lucru realizându-se pentru a câștiga dragostea și aprobarea celor din jur. Schemele acestui domeniu sunt:

(1) *Subjugarea (SB)* - supunerea excesivă la controlul celorlalți, de obicei pentru a evita furia, părăsirea sau alte represalii. Are două forme principale : subjugarea nevoilor (propriile preferințe, decizii și dorințe sunt suprimate) și subjugarea emoțiilor (exprimarea emoțiilor este suprimată, în special cea a furiei).

j (2) *Sacrificiul de sine (SS)* - fixarea excesivă asupra satisfacerii voluntare a nevoilor zilnice ale celorlalți cu propriile noastre costuri. De ce ? Pentru a preveni îndurerarea celorlalți, pentru a evita sentimentul de a fi egoist, pentru a menține relația cu acea persoană percepută ca fiind în nevoie.

l (3) *Indezirabilitate socială/nevoia de aprobare (AS)* - căutarea exagerată a aprobării, recunoașterii sau atenției celorlalți, fapt ce împiedică dezvoltarea identității de sine. Stima de sine este dependentă, în principal, de reacțiile celorlalți.

Cel de-al cincilea domeniu este dat de *hipervigilență și inhibiție* - sentimentele, impulsurile, alegerile spontane sunt împiedicate să se exprime, persoana nu-și rezervă dreptul de a fi fericită, relaxată. Sănătatea, relațiile apropiate au de suferit în urma ; acestui fapt. Schemele celui de-al cincilea domeniu sunt:

(1) *Negativism/pasivitate (NP)* - aspectele negative ale vieții sunt exagerat conturate, subliniate, scoase la iveală, maximizate (durere, moarte, pierdere, dezamăgiri, conflicte, vină, resentimente, probleme nerezolvate, greșeli potențiale, trădări etc), în timp ce evenimentele pozitive, optimiste sunt minimalizate.

(2) *Inhibiție emoțională/autocontrol exagerat (EI)* - inhibarea acțiunilor, sentimentelor, comunicării spontane, pentru a evita în special dezaprobarea celorlalți, sentimentul de rușine și de pierdere a controlului asupra propriilor impulsuri. Cele mai întâlnite arii de inhibiție ar fi: a) inhibarea furiei și agresivității; b) inhibarea impulsurilor pozitive; c) dificultate în exprimarea vulnerabilității sau a comunicării propriilor sentimente; d) invocarea excesivă a raționalității și eliminarea emoționalului.

(3) *Standarde nerealiste/exigență (US)* - credința că trebuie să atingem niște standarde interiorizate foarte ridicate de comportament și performanță, cu scopul de a evita critica. Aceste standarde nerealiste pot apărea sub forma perfecționismului, atenției deosebite la detalii, regulii rigide de tipul „trebuie”, nemulțumirii că s-ar fi putut realiza mai multe.

(4) *Pedepsirea (PU)* - convingerea că oamenii ar trebui aspru criticați pentru greșelile lor. Implică tendința de a fi furios, intolerant, punitiv și nerăbdător cu cei (inclusiv cu noi înșine) care nu satisfac propriile noastre expectanțe sau standarde. Greșelile sunt uitate cu greutate, nu se ține seama de natura failibilă a omului.

YSQ este format din 114 itemi și măsoară toate cele optsprezece scheme cognitive:

1. Privațiune emoțională (ED)
12. Abandon (AB)
- 3. Neîncredere/abuz (MA)
4. Izolare socială/înstrăinare (SI)
- ] 5. Deficiență/rușine (DS)
- 1 6. Eșec (FA)
- 1 B. Dependență/incompetență (DI)
18. Protecționism/personalitate atrofiată (EM)
- 9. Vulnerabilitate în fața pericolelor potențiale (VH)

10. Subjugare (SB)
11. Sacrificiu de sine (SS)
12. Inhibiție emoțională/autocontrol exagerat (EI)
13. Standarde nerealiste/exigență (US)
14. Revendicarea drepturilor personale/dominanță (ET)
15. Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS)
16. Indezirabilitate socială/nevoia de aprobare (AS)
17. Negativism/pasivitate (NP)
18. Pedepsire (PU)

#### *Descrierea itemilor*

Cei 114 itemi sunt repartizați pe subscale în modul următor :

1. Privațiune emoțională (ED): 1, 25, 49, 73, 96
2. Abandon (AB): 2, 26, 50, 74, 97
3. Neîncredere/abuz (MA): 3, 27, 51, 75, 98
4. Izolare socială/înstrăinare (SI): 4, 28, 52, 76, 99
5. Deficiență/rușine (DS): 5, 29, 53, 77, 100
6. Eșec (FA): 9, 33, 57, 81, 103
7. Dependență/incompetență (DI): 10, 34, 58, 82, 104
8. Vulnerabilitate la rău și boală (VH): 11, 35, 59, 83, 105
9. Protecționism/personalitate atrofiată (EM): 12, 36, 60, 84, 106
10. Subjugare (SB): 13, 37, 61, 85, 107
11. Sacrificiu de sine (SS): 17, 41, 65, 89, 110
12. Inhibiție emoțională/autocontrol exagerat (EI): 18, 42, 66, 90, 108
13. Standarde nerealiste/exigență (US): 19, 43, 67, 91, 112
14. Revendicarea drepturilor personale/dominanță (ET): 20, 44, 68, 92,
15. Lipsă de autocontrol și autodisciplină (IS): 21, 45, 69, 93, 114
16. Indezirabilitate socială/nevoia de aprobare (AS): 16, 14, 22, 30, 38, 46, 78, 86, 94, 101, 108
17. Negativism/pasivitate (NP): 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 8:
18. Pedepsirea (PU): 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 95, 102,

#### *II. Administrare*

Când este utilizat în scop clinic, terapeutul roagă de obicei clientul să completeze chestionarul ca temă de casă, după prima sau a doua ședință. În scop < instrumental poate fi administrat individual, dar și colectiv. Chestionarul subiecții să evalueze, pe o scală Likert de 6 puncte, cât de bine îi descrie fi parte (unde : 1 = total neadevărat, 2 = de cele mai multe ori neadevărat 3 = într-o oarecare măsură mai adevărat decât neadevărat, 4 = moderat ad mine, 5 = de cele mai multe ori adevărat pentru mine, 6 = mă descrie p Unii pacienți pot rememora traume puternice atunci când răspund la întrebările și, ca atare, datorită interferenței emoționale, procesul de completări încet. Terapeutul poate cere acestor persoane să completeze un anumit număr pe săptămână. Este posibil ca unii pacienți să evite să-și administreze chestionarul la întrebări fără răspuns etc. ; acest lucru poate fi o modalitate de a evita cu schemele dezadaptative proprii. Dacă acești pacienți persistă în evitarea ei este recomandat ca terapeutul să nu insiste, ci să discute motivele refuzului

**III. Cotare**

Itemii sunt grupați în funcție de scheme. În varianta clinică, de obicei, terapeutul nu înregistrează scorul total sau media scorului pentru fiecare schemă, ci se vor încerca itemii cu scorurile cele mai mari (5 sau 6). Itemul cu scor mare spune ceva despre pacient, un lucru care merită atenție. Terapeutul poate apoi revedea rezultatele împreună cu clientul, punând întrebări despre itemii la care s-au înregistrat scoruri ridicate. De obicei, ei evidențiază o schemă importantă pentru pacient, care va fi discutată în terapie. Astfel, terapeutul va vorbi cu pacientul despre schema respectivă, apoi îl va învăța numele fiecărei scheme înalt cotate și semnificația ei. Pentru varianta psihometrică, rezultatele obținute prin însumarea scorurilor se raportează la tabelul de mai jos.

**IV. Interpretarea rezultatelor**

|                |                      |                               |                           |                           |                        |
|----------------|----------------------|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
|                | ED                   | AB                            | MA                        | SI                        | FA                     |
| Scăzut         | 0-5                  | 0-6                           | 0-8                       | 0-6                       | 0-5                    |
| Mediu          | 5-7                  | 6-8                           | 8-11                      | 6-8                       | 5-8                    |
| Ridicat        | 7-12                 | 8-12                          | 11-15                     | 8-11                      | 8-10                   |
| Foarte ridicat | 12-30                | 12-30                         | 15-30                     | 11-30                     | 10-30                  |
|                | m=9,43<br>s.d.=5,37  | m = 9,97<br>s.d.=5,23         | m=11,97<br>s.d.=5,49      | m=9,35<br>s.d.=4,57       | m = 8,73<br>s.d. =4,27 |
|                | DS                   | EI                            | US                        | ET                        | DI                     |
| Scăzut         | 0-5                  | 0-8                           | 0-13                      | 0-11                      | 0-6                    |
| Mediu          | 5-7                  | 8-10                          | 13-17                     | 11-14                     | 6-8                    |
| Ridicat        | 7-30                 | 10-14                         | 17-20                     | 14-19                     | 8-11                   |
| Foarte ridicat |                      | 14-30                         | 20-30                     | 19-30                     | 11-30                  |
|                | m=7<br>s.d.=3,55     | m=11,38<br>s.d.=4,73          | m=16,56<br>s.d.=5,28      | m= 14,97<br>s.d.=5,52     | m=8,93 s.d.<br>=4,28   |
|                | IS                   | VH                            | EM                        | SB                        |                        |
| Scăzut         | 0-9                  | 0-5                           | 0-6                       | 0-6                       |                        |
| Mediu          | 9-12                 | 5-6                           | 6-9                       | 6-8                       |                        |
| Ridicat        | 12-17                | 6-10                          | 9-12                      | 8-11                      |                        |
| Foarte ridicat | 17-30                | 10-30                         | 12-30                     | 11-30                     |                        |
|                | m= 12,76<br>s.d=4,57 | <b>111 = 8,19</b><br>s.d=4,58 | m=9,76<br>s.d=4,57        | m=9,03<br>s.d=4,04        |                        |
|                | SS                   | AS                            | NP                        | PU                        |                        |
| Scăzut         | 0-14                 | 0-26                          | 0-16                      | 0-29                      |                        |
| Mediu          | 14-18                | 26-35                         | 16-21                     | 29-36                     |                        |
| Ridicat        | 18-22                | 35-43                         | 21-31                     | 36-46                     |                        |
| Foarte ridicat | 22-30                | 43-84                         | 31-66                     | 46-84                     |                        |
|                | m=18,14<br>s.d.=5,32 | m = 36,23<br>s.d. = 13,24     | m = 24,76<br>s.d. = 11,19 | m = 37,76<br>s.d. = 11,92 |                        |

**I.2.B. Scala de atitudini disfuncționale, formele A și B (DAS -Dist'unctional Attitudes Scale, Versions A and B; autori: dr. Aaron Beck et al.) adaptată de Bianca Macavei, MA****DAS - Forma A**

Nume și prenume:

Data:

*Instrucțiuni:* Acest chestionar cuprinde o serie de atitudini și convingeri pe care ii persoane le au în diverse situații. Citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți ii măsură sunteți de acord cu ea. Utilizați pentru fiecare afirmație, din codul prezentații jos, cifra care corespunde *în cea mai mare măsură modului în care gândiți*. Pentniat asigura că o anumită atitudine vă caracterizează, aveți în vedere modul în care gândi *cea mai mare parte a timpului (în general)*.

**Sunt cu****totul de****acord****Sunt în****mare****măsură de****acord****Sunt****întrucâtva****de acord****4****Sunt neutru****Sunt întrucâtva în dezacord****Sunt în****mare****măsură în****dezacord****1**

Sunt ii

Nr.

01

**02****03**

SA

**Afirmații**

Este dificil să fii fericit/ă dacă nu ești prezentabil/ă, inteligent/ă, bogat/ă și creativ/ă.

Fericirea depinde în mai mare măsură de atitudinea mea față de mine decât de ce simt alții față de mine.

Oamenii mă vor aprecia probabil în mai mică măsură, dacă voi comite o greșeală.

Dacă nu reușesc să fac totul bine de fiecare dată, nu voi fi respectat de ce'naty. \_\_\_\_\_

**05**

Chiar și asumarea unui risc minor este un lucru nesăbuit, deoarece pierderile pe care le antrenează pot fi dezastruoase.

\

06

Poți câștiga respectul altei persoane, chiar dacă nu ești deosebit de talentat într-un domeniu oarecare.

**07**

Nu pot fi fericit(ă) decât dacă sunt admirat(ă) de majoritatea persoanelor pe care le cunosc.

**08**

A cere ajutorul cuiva este un semn de slăbiciune.

09

Dacă nu mă descurc la fel de bine ca alții, înseamnă că sunt o persoană inferioară.

10

Dacă eșuez la locul de muncă, înseamnă că sunt un ratat.

11

Dacă nu poți face un lucru ca lumea, atunci nici nu merită să te apuci de el.

12

Este în regulă dacă fac greșeli, deoarece pot învăța din ele.

| Nr. | Afirmații  | Răspuns |
|-----|--|---------|
| 13  | Dacă cineva nu este de acord cu mine, asta înseamnă probabil că nu mă simpatizează.                      |         |
| 14  | Dacă eșuez parțial, este la fel de rău ca și când aș fi un om ratat.                                     |         |
| 15  | Dacă alții află cum ești în realitate, te vor aprecia în mai mică măsură.                                |         |
| 16  | Dacă o persoană pe care o iubesc nu mă iubește, înseamnă că sunt un nimeni.                              |         |
| 17  | O activitate îți poate oferi plăcere, indiferent de rezultatul ei.                                       |         |
| 18  | Înainte de a se apuca de ceva, omul trebuie să știe că are sorți de izbândă.                             |         |
| 19  | Valoarea mea ca persoană depinde în mare măsură de părerea celorlalți despre mine.                       |         |
| 20  | Dacă nu îmi fixează aspirații înalte, voi deveni o persoană „de mâna a doua”.                            |         |
| 21  | Pentru a fi o persoană valoroasă, trebuie să fiu cu adevărat excepțional(ă).                             |         |
| 22  | Oamenii care au idei bune sunt mai valoroși decât ceilalți.  |         |
| 23  | Dacă fac o greșală este normal să fiu supărat.   |         |
| 24  | Părerea mea despre mine este mai importantă decât ceea ce cred alții despre mine.                        |         |
| 25  | Dacă vreau să fiu o persoană bună, morală și valoroasă, trebuie să ajut pe oricine are nevoie de ajutor. |         |
| 26  | Dacă pun o întrebare las impresia că sunt o persoană inferioară.   |         |
| 27  | Este groaznic să fii dezaprobat de persoanele importante pentru tine.                                    |         |
| 28  | Dacă nu ai pe cine să te sprijini, ești condamnat la tristețe.   |         |
| 29  | Pot realiza lucruri importante chiar dacă nu mă hărțuiesc ca pe un sclav.                                |         |
| 30  | Este posibil ca o persoană să fie dojenită fără ca asta să o supere.                                     |         |
| 31  | Nu pot avea încredere în ceilalți, deoarece m-ar putea trata cu cruzime.                                 |         |
| 32  | Nu poți fi fericit dacă ceilalți nu te plac.   |         |
| 33  | Este mai bine să renunți la propriul tău interes, pentru a face pe plac celor din jur.                   |         |
| 34  | Fericirea mea depinde în mai mare măsură de alții decât de mine.   |         |
| 35  | Nu am nevoie de aprobarea celorlalți pentru a fi fericit.  |         |
| 36  | Dacă eviți problemele, acestea dispar de la sine.  |         |
| 37  | Pot fi fericit, chiar dacă pierd multe din părțile bune ale vieții.                                      |         |
| 38  | Este foarte important ce cred alții despre mine.   |         |
| 39  | Izolarea de ceilalți duce la nefericire.   |         |
| 40  | Pot fi fericit, chiar dacă nimeni nu mă iubește.   |         |



**DAS - Forma B**

Nume și prenume:

Data

**Instrucțiuni:** Acest chestionar cuprinde o serie de atitudini și convingeri pe care unele persoane le au în diverse situații. Citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți în ce măsură sunteți de acord cu ea. Utilizați pentru fiecare afirmație, din codul prezentat mai jos, cifra care corespunde în cea mai mare măsură modului în care gândiți. Pentru a vă asigura că o anumită atitudine vă caracterizează, aveți în vedere modul în care gândiți în cea mai mare parte a timpului (în general).

| 1                      | 2  | 3                        | 4           | 5                           | 6                               | 7                      |
|------------------------|--|--------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Sunt cu totul de acord | Sunt în mare măsură de acord   | Sunt întrucâtva de acord | Sunt neutru | Sunt întrucâtva în dezacord | Sunt în mare măsură în dezacord | Sunt în dezacord total |
| <b>Nr.</b>             | <b>Afirmații</b>   |                          |             |                             |                                 | <b>Răspuns</b>         |
| <b>01</b>              | Poți fi fericit, chiar dacă nu te chinui să faci tot posibilul pentru a-i mulțumi pe ceilalți.   |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>02</b>              | Trebuie să-mi impresionez noile cunoștințe cu șarmul, inteligența, sau înțelepciunea mea, altfel acestora nu le va plăcea de mine.                 |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>03</b>              | Dacă acord prioritate nevoilor celorlalți oameni înaintea propriilor mele nevoi, aceștia trebuie să mă ajute când le cer să facă ceva pentru mine. |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>04</b>              | Este rușinos să-ți arăți slăbiciunile.   |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>05</b>              | Oamenilor le va plăcea de mine, chiar dacă nu am succese.  |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>06</b>              | Cei care poartă marca succesului (arată bine, sunt celebri, bogați) au mai multe șanse să fie fericiți decât ceilalți.                             |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>07</b>              | Trebuie să mă străduiesc să-i impresionez pe ceilalți, dacă vreau ca aceștia să mă placă.  |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>08</b>              | Dacă cineva la care țin nu mă iubește, înseamnă că nu pot fi iubit(ă).   |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>09</b>              | Ar trebui să îmi pot rezolva problemele repede să tară prea mare efort.  |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>10</b>              | Dacă cineva se comportă indiferent față de mine, asta înseamnă că nu țin la mine.  |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>11</b>              | Ar trebui să fiu în stare să fiu pe placul tuturor.  |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>12</b>              | Celorlalți le poate păsa de mine, chiar dacă îmi cunosc toate slăbiciunile.  |                          |             |                             |                                 |                        |
| <b>13</b>              | Este îngrozitor ca oamenilor de care îmi place să nu le pese de mine.  |                          |             |                             |                                 |                        |
|                        |  |                          |             |                             |                                 |                        |

| Nr. | Afirmații   | Răspuns |
|-----|---|---------|
| 14  | Critica nu trebuie să fie ceva supărător pentru cel căruia i se adresează.  |         |
| 15  | Viața mea este în zadar dacă nu am succes.  |         |
| 16  | Oamenii ar trebui să se pregătească pentru ce poate fi mai rău, altfel riscă să fie decepționați.   |         |
| 17  | Dacă nu reușesc să fiu o persoană productivă, creativă și utilă viața mea nu are nici un sens.  |         |
| 18  | Ar trebui să ai o părere mai proastă despre tine dacă ceilalți nu te acceptă.   |         |
| 19  | Nu am nevoie de aprobarea celorlalți pentru a fi fericit(ă).  |         |
| 20  | Mă pot bucura, chiar și atunci când nu sunt pe placul celorlalți.   |         |
| 21  | Valoarea mea ca persoană depinde în mare măsură de ceea ce cred ceilalți despre mine.   |         |
| 22  | Dacă am spus o prostie, înseamnă că sunt un prost/o proastă.  |         |
| 23  | Dacă cineva trebuie să stea singur(ă) o perioadă lungă de timp, el (ea) va suferi cu siguranță de singurătate.                              |         |
| 24  | Omul trebuie să poată controla ceea ce i se întâmplă.   |         |
| 25  | Dacă cineva nu are parte de succes, viața sa este fără rost.  |         |
| 26  | Pentru a fi fericit, nu este nevoie să fii foarte iubit de ceilalți.  |         |
| 27  | Numai egoiștii comit fapte egoiste.   |         |
| 28  | Trebuie să am întotdeauna control desăvârșit asupra emoțiilor mele.   |         |
| 29  | Ar trebui să fiu tot timpul fericit.  |         |
| 30  | Faptul că alții mă consideră neatrăgător/neatrăgătoare nu trebuie să mă necăjească.   |         |
| 31  | Ori de câte ori risc sau îmi încerc norocul, nu fac decât să caut necazul cu lumânarea.   |         |
| 32  | Omul nu-și poate schimba reacțiile emoționale, chiar dacă știe că acestea îi fac rău.   |         |
| 33  | Aș putea influența comportamentul altora, dar nu-l pot controla.  |         |
| 34  | Oamenii te vor respinge dacă îți descoperă slăbiciunile.  |         |
| 35  | Cel care greșește trebuie criticat.   |         |
| 36  | Trebuie să caut soluții practice pentru probleme, și nu soluții ideale.   |         |
| 37  | Dacă ceva îmi iese bine, asta se datorează probabil norocului; în schimb, dacă lucrurile ies prost, mă gândesc că, probabil, este vina mea. |         |
| 38  | Pentru a-i face pe ceilalți să te placă, trebuie să îi impresionezi cu personalitatea ta.   |         |
| 39  | A cere sfatul sau ajutorul cuiva este o dovadă de slăbiciune.   |         |
| 40  | Omul trebuie să reușească să fie cel mai bun în tot ceea ce face.   |         |

**I. Ce măsoară DAS ?**

Cei 40 de itemi ai fiecărei variante (A și B) sunt formulați ca afirmații < general, la baza gândirii idiosincratice implicate în psihopatologie.

Spre exemplu, itemul 11 din forma B - „Ar trebui să fiu în stare să 1 tuturor” - este evaluat pe o scală Likert de la 1 la 7, unde:

- 1 = sunt cu totul de acord
- 2 = sunt în mare măsură de acord
- 3 = sunt întrucâtva de acord
- 4 = sunt neutru
- 5 = sunt întrucâtva în dezacord
- 6 = sunt în mare măsură în dezacord
- 7 = sunt în dezacord total

Scala DAS indică măsura în care cognițiile descriptive și inferenți (schemele cognitive) sunt considerate ca fiind proprii subiectului: cu cât este mai mare, cu atât nivelul lor este mai mare.

**II. Administrare**

Scala se administrează în varianta creion-hârtie, atât individual, cât și în g administrării în grup, este indicat ca grupurile să nu fie mai mari de 15 recomandă administrarea individuală ori de câte ori este posibil. Când gn mare de 15 persoane, numărul examinatorilor trebuie să crească, păstrând de un examinator la maximum 15 persoane evaluate.

**III. Cotare**

Fiecare item DAS (forma A sau B) este cotați pe o scală Likert de la 1 la Variantele de răspuns sunt:

- 1 = sunt cu totul de acord
- 2 = sunt în mare măsură de acord
- 3 = sunt întrucâtva de acord
- 4 = sunt neutru
- 5 = sunt întrucâtva în dezacord
- 6 = sunt în mare măsură în dezacord
- 7 = sunt în dezacord total

în funcție de conținut, itemii sunt cotați direct sau invers. Următorii itemi sunt cotați ca fiind funcționali dacă răspunsul merge sau acord total (itemi direcți):

Forma A: itemii 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40; Forma B: itemii 1, 5, 12, 14, 19, 20, 26, 30, 33, 36.

Ceilalți itemi din formele A și B ale scalei sunt cotați în direcția inversă:

7 = sunt cu totul de acord

6 = sunt în mare măsură de acord

5 = sunt întrucâtva de acord

4 = sunt neutru

3 = sunt întrucâtva în dezacord

2 = sunt în mare măsură în dezacord

1 = sunt în dezacord total

Scorul total la DAS - forma A și forma B - se obține însumând scorurile la toți cei 40 de itemi ai fiecărei scale.

Dacă subiectul omite să dea răspunsuri la un număr mare de itemi, atunci testul nu se ia în considerare.

Cu cât scorul total este mai mare, cu atât nivelul cognițiilor disfuncționale generale este mai mare.

#### **IV. Interpretarea rezultatelor**

Etalonul a fost construit pe cinci clase normalizate. Procentele din eșantion incluse în cele cinci clase normalizate se distribuie în felul următor: 6,7%, 24,2%, 38,2%, 24,2%, 6,7%. Prima clasă include așadar 6,7% dintre subiecți, cei cu cel mai scăzut nivel de scheme cognitive disfuncționale. Cea de-a cincea clasă include, de asemenea, 6,7% dintre subiecți, cei cu cel mai ridicat nivel de scheme cognitive disfuncționale.

| <b>Bărbați + Femei (N=682)</b> |   |             |
|--------------------------------|---|-------------|
| <b>Clase</b>                   | <b>Descriere</b>  | <b>Cote</b> |
| <b>I</b>                       | Nivel foarte scăzut de disfuncționalitate în atitudini  | <79         |
| <b>II</b>                      | Nivel scăzut de disfuncționalitate în atitudini         | 80-112      |
| <b>III</b>                     | Nivel mediu de disfuncționalitate în atitudini          | 113-142     |
| <b>IV</b>                      | Nivel ridicat de disfuncționalitate în atitudini        | 143-169     |
| <b>V</b>                       | Nivel foarte ridicat de disfuncționalitate în atitudini | >170        |

Scorul de selecționare pentru întregul lot, bărbați și femei (*cut-off score*), a fost stabilit - prin însumarea mediei cu o abatere standard - la 155, ceea ce înseamnă că subiecții care obțin un scor brut cuprins între 40 și 155 au un nivel de disfuncționalitate care permite funcționarea lor normală în viața de zi cu zi, iar cei care obțin un scor brut cuprins între 156 și 280 au un nivel de disfuncționalitate care poate genera probleme de intensitate clinică.

1.3. Scala de cogniții raționale și iraționale (GABS-SF - *General Attitude and Beliefs Scale-Short Form*; autori: dr. Raymond DiGiuseppe *et al.*) adaptată de Bianca Macavei, MA

*Intruțiuni:* Pentru fiecare afirmație, vă rugăm să indicați măsura în care sun acord sau împotriva, încercuind numărul corespunzător. Fiți cât mai sincer și nu lăsați răspunsul la o afirmație să influențeze răspunsul la o alta. Nu există răspunsuri 1 răspunsuri greșite ; suntem interesați doar de propria dumneavoastră părere.

| Enunț  | Puternic împotriva | împotriva | Neutru | De acord | Put < de a |
|--|--------------------|-----------|--------|----------|------------|
| 1. Este insuportabil să eșuez în lucruri importante și nu suport să nu reușesc să le fac.  | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |
| 2. Nu suport lipsa de considerația din partea altor persoane și nu pot tolera ideea că ar putea fi incorecți.  | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |
| 3. Este de nesuportat să mă simt inconfortabil(ă), tensionat(ă) sau nervos (nervoasă) și nu suport să fiu așa atunci când sunt.  | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |
| 4. Atunci când viața este grea și mă simt inconfortabil(ă), tensionat(ă), înțeleg că nu este îngrozitor să te simți așa, ci numai regretabil, iar viața merge înainte. | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |
| 5. Nu pot suferi să fiu tensionat(ă) sau nervos (nervoasă) și cred că tensiunea este insuportabilă.  | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |
| 6. Nu pot suferi să nu fiu plăcut(ă) de oamenii care sunt importanți pentru mine și este insuportabil dacă ei nu mă plac.  | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |
| 7. Dacă oameni importanți nu mă plac, este din cauză că eu sunt o persoană nespuse de rea și nesuferită.   | 1                  | 2         | 3      | 4        |            |

| Enunț  | Puternic împotriva | împotriva | Neutru | De acord | Puternic de acord |
|--|--------------------|-----------|--------|----------|-------------------|
| 8. Când sunt tratat(ă) rară considerație, cred că acest lucru arată că în lumea aceasta există persoane rele și necuviincioase.              | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 9. Dacă sunt respins(ă) de cineva care-mi place, pot să mă accept pe mine însumi (însămi) și să îmi recunosc valoarea ca ființă umană.       | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 10. Dacă nu îndeplinesc bine sarcinile care sunt foarte importante pentru mine, este din cauză că sunt o persoană rea și lipsită de valoare. | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 11. Este îngrozitor să ai rezultate slabe în unele acțiuni importante și cred că este o catastrofă să obțin rezultate slabe.                 | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 12. Cred că e teribil de rău când oamenii nu mă respectă.  | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 13. Atunci când oamenii pe care îi plac mă resping sau nu mă plac, este pentru că sunt o persoană rea și lipsită de valoare.                 | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 14. Nu pot suporta să fiu tratat(ă) fără respect, și cred că incorectitudinea este intolerabilă.   | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 15. Cred că persoanele care nu se comportă cinstit față de mine sunt rele și lipsite de valoare.   | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 16. Dacă oameni importanți nu mă plac, asta îmi arată că sunt o persoană lipsită de valoare.   | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |
| 17. Este îngrozitor să existe ceartă în viața cuiva, și este o catastrofă să fii certat.   | 1                  | 2         | 3      | 4        | 5                 |

| <b>Enunț</b>   | <b>Puternic<br/>împotriva</b> | <b>împotriva</b> | <b>Neutru</b> | <b>De<br/>acord</b> |
|--|-------------------------------|------------------|---------------|---------------------|
| 18. Nu pot accepta să nu fac bine sarcinile importante și este insuportabil să eșuez.  | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 19. Este important ca oamenii să se comporte cinstit față de mine de cele mai multe ori, dar realizez că nu trebuie să fiu tratat(ă) corect doar pentru că doresc acest lucru. | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 20. Va fi o catastrofă dacă nu îndeplinesc bine lucrurile care sunt importante.  | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 21. Este de nesuportat să nu fii respectat(ă) de oameni și nu pot tolera acest lucru.  | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 22. Nu pot suferi cearta în viața mea.   | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 23. Trebuie să fiu plăcut(ă) și acceptat(ă) de persoanele care vreau să mă placă, și nu voi accepta ca ele să nu mă placă.   | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 24. Vreau să fiu plăcut(ă) și acceptat(ă) de oamenii pe care îi plac, dar înțeleg că ei nu trebuie să mă placă doar pentru că eu vreau asta.                                   | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 25. În situațiile în care oameni care aș dori să mă placă nu sunt de acord cu mine sau mă resping, nu suport faptul că ei nu mă plac.  | 1                             | 2                | 3             | 4                   |
| 26. Dacă ceilalți nu mă respectă, acest lucru spune despre ei că sunt persoane rele.   | 1                             | 2                | 3             | 4                   |





1.4. Scala de evaluare a intervenției în terapia cognitivă (CTRS - *Cognitive Therapy Rating Scale*, Academy of Cognitive Therapy; autori: dr. Jeffrey Young și dr. Aaron Beck) adaptată de Bianca Macavei, MA

Terapeut: \_\_\_\_\_ Pacient: \_\_\_\_\_ Data ședinței: \_\_\_\_\_

Codul înregistrării: \_\_\_\_\_ Evaluator : \_\_\_\_\_ Data evaluării: \_\_\_\_\_

Codul/Nr. ședinței: \_\_\_\_\_ () înregistrare video () înregistrare audio () Observare „liv

*Instrucțiuni:* De fiecare dată, evaluați terapeutul pe o scală de la 0 la 6 și înregistrați scorul pe linia alăturată fiecărui item. Scala oferă descrieri pentru nivelurile marcate prin numere pare. Dacă apreciați ca fiind mai potrivită plasarea performanței terapeutului între doi asemenea descriptori, utilizați numerele impare intermediare (1, 3, 5). exemplu, dacă terapeutul a realizat o planificare foarte bună a ședinței, dar a omis stabilească prioritățile, asigurați scorul 5, mai degrabă decât 4 sau 6. Dacă descrierile propuse pentru un item oarecare nu se potrivesc uneori ședinței pe care o evaluați, lăsați la o parte și optați pentru scala mai generală oferită mai jos:

|      |                |         |              |      |             |        |
|------|----------------|---------|--------------|------|-------------|--------|
| 0    | 1              | 2       | 3            | 4    | 5           | 6      |
| Slab | Nesatisfăcător | Mediocr | Satisfăcător | Bine | Foarte bine | Excele |

Vă rugăm să nu omiteți nici un item la cotaire. Pentru toți itemii, focalizat pe abilitățile terapeutului, având în vedere cât de dificil este pacientul cu care lucrează.

*Partea I. Abilități terapeutice generale*

\_\_\_\_\_ 1. Planificarea ședinței (lista de probleme)

0. Terapeutul nu a făcut o listă de probleme a ședinței.
  2. Terapeutul a făcut o listă de probleme vagă sau incompletă.
  4. Terapeutul a conlucrat cu pacientul pentru a realiza o planificare satisfăcătoare; pentru amândoi, care include probleme-țintă bine determinate (de exemplu, anxietate la locul de muncă, insatisfacție în căsnicie).
  6. Terapeutul a conlucrat cu pacientul pentru a realiza o planificare adecvată a problemelor-țintă bine definite, potrivită și din perspectiva timpului disponibil.
- b* stabilite prioritățile și respectată planificarea.

\_\_\_\_\_ 2. Feedbackul

0. Terapeutul nu a solicitat feedback pentru a determina măsura în care pacientul înțelege aspectele abordate sau reacția acestuia la ședința terapeutică.
2. Terapeutul a obținut un oarecare feedback de la pacient, dar nu a pus suficiente întrebări pentru a se asigura că acesta a înțeles linia sa de argumentare pe parcursul ședinței sau pentru a stabili dacă pacientul a fost mulțumit de ședință.

4. Terapeutul a pus suficiente întrebări pentru a se asigura că pacientul a înțeles linia sa de argumentare pe parcursul ședinței și pentru a determina reacțiile acestuia față de ședința terapeutică. Când a fost cazul, terapeutul și-a modificat comportamentul ca răspuns la feedbackul primit.

6. Pe parcursul ședinței, terapeutul a fost foarte abil în provocarea feedbackului verbal și nonverbal din partea pacientului și în exprimarea răspunsului la acesta (de exemplu, a stimulat exprimarea reacțiilor pacientului față de ședință, a verificat sistematic înțelegerea aspectelor abordate, a contribuit la sumarizarea punctelor esențiale la finalul ședinței).

### 3. Comprehensiunea

0. În repetate rânduri, terapeutul nu a reușit să înțeleagă mesajul explicit transmis de către pacient, astfel că, de multe ori, a omis esența celor comunicate. Abilități empatice deficitare.

2. În general, terapeutul a reușit să reformuleze și să parafrazeze mesajul explicit transmis de către pacient, dar a eșuat frecvent în a răspunde la mesajele comunicate nonverbal sau mai puțin explicit. Abilități de ascultare și empatice deficitare.

4. În majoritatea cazurilor, terapeutul a reușit să surprindă „realitatea interioară” a pacientului, reflectată atât în mesajele explicite, cât și în cele mascate sau nonverbale transmise de către acesta. Abilități de ascultare și empatice bune.

6. Terapeutul a reușit să surprindă cu acuratețe „realitatea interioară” a pacientului și a avut capacitatea de a exprima acest lucru prin mesaje verbale și nonverbale bine receptate de către pacient (de pildă, tonul vocii terapeutului a reflectat înțelegerea profundă a celor comunicate de către pacient). Abilități de ascultare și empatice excelente.

### 4. Eficiența interpersonală

0. Terapeutul a dat dovadă de importante carențe în abilitățile de relaționare interpersonală, părând ostil, disprețuitor sau nefast pentru pacient.

2. Deși nu a prejudiciat pacientul printr-o atitudine depreciativă, terapeutul a demonstrat dificultăți majore în relaționare. Din când în când, acesta a părut nesincer, nerăbdător, neatent sau incapabil să dovedească încredere și profesionalism.

4. Terapeutul a dovedit, în mod satisfăcător, empatie, preocupare, încredere, sinceritate și profesionalism. Nu au existat probleme majore în relația interpersonală.

6. Terapeutul a dovedit, în mod optim, empatie, preocupare, încredere, sinceritate și profesionalism, adecvate pacientului și specificului ședinței.

### 5. Colaborarea

0. Terapeutul nu a încercat să conlucreze în vreun fel cu pacientul.

2. Terapeutul a încercat să conlucreze cu pacientul, dar a întâmpinat dificultăți fie în

identificarea unei probleme relevante pentru acesta, fie în stabilirea relației terapeutice. 4. Terapeutul a reușit să conlucreze cu pacientul, focalizându-se pe o problemă relevantă

atât pentru el, cât și pentru acesta și să stabilească relația terapeutică. 6. Colaborarea dintre cei doi a

fost excelentă; terapeutul a încurajat în mod repetat

pacientul să-și asume un rol activ în terapie (de exemplu, prin oferirea de alternative),

astfel încât ei s-au comportat ca o „echipă”.

### 6. Ritmul de lucru și utilizarea eficientă a timpului

0. Terapeutul nu a încercat să planifice timpul în cadrul ședinței terapeutice. Final ședinței a fost dificil de surprins. 2. Direcția în care a avansat ședința a fost detectabilă, dar terapeutul a întâlnit dificultăți semnificative în structurare sau în stabilirea ritmului de desfășurare a acesteia (de exemplu, prea puțin structurată, structură inflexibilă, ritm prea alert). 4. Terapeutul a reușit, în mare măsură, să utilizeze timpul disponibil în mod eficient. Acesta a controlat corespunzător cursul și ritmul discuției. 6. Terapeutul a utilizat timpul disponibil în mod eficient, limitând cu finețe discuțiile colaterale sau neproductive și stabilind un ritm de desfășurare potrivit păcii din fața sa.

### *Partea a II-a. Conceptualizare, strategie și tehnică*

#### 7'. Explorarea dirijată

0. Terapeutul s-a bazat în primul rând pe dispute, persuadare sau sfaturi, fără să interogheze pacientul, punându-l în defensivă sau impunându-și punctul de vedere în fața acestuia. 2. Terapeutul a recurs prea mult la dispute sau persuasiune, neglijând explorarea. Totuși, acesta a fost suficient de suportiv, așa încât pacientul nu s-a simțit alungat în defensivă. 4. În cea mai mare parte a timpului, terapeutul l-a ajutat pe pacient să deosebească perspective prin explorare dirijată (de exemplu, examinarea dovezilor, conștientizarea alternativelor, cântărirea avantajelor și dezavantajelor), mai degrabă decât să dispute. Chestionarea a fost folosită în mod adecvat. 6. Terapeutul a fost deosebit de abil în a utiliza explorarea dirijată pe durată pentru a evalua problemele și a-l ajuta pe pacient să tragă propriile concluzii. Acesta a realizat un echilibru perfect între chestionarea cu tact și aplicarea altor modalități de intervenție.

#### 8. Focalizarea pe cogniții- și comportamente-cheie

0. Terapeutul nu a încercat să surprindă gânduri, asumții, imagini, sau comportamente specifice. 2. Terapeutul a utilizat tehnici corespunzătoare pentru a surprinde cogniții și comportamente; totuși, acesta a avut dificultăți în identificarea unui aspect-țintă focalizat pe cogniții/comportamente irelevante pentru problema de bază a pacientului. 4. Terapeutul s-a focalizat pe cogniții sau comportamente specifice, relevante pentru problema de bază; totuși, acesta s-ar fi putut orienta spre aspecte mai centrale, care ar fi oferit o mai bună perspectivă de succes. 6. Terapeutul s-a focalizat cu mare abilitate pe gânduri, asumții sau comportamente specifice, extrem de relevante pentru problema în cauză și care oferă șansa de succes în terapie.

9. Strategia de schimbare

*Notă:* La acest item, focalizați-vă pe calitatea strategiei de schimbare a terapeutului, și nu pe calitatea implementării sau pe eficiența practică a acesteia - dacă a apărut sau nu schimbarea scontată.

0. Terapeutul nu a recurs la tehnici cognitiv-comportamentale.

2. Terapeutul a utilizat unele tehnici cognitiv-comportamentale; totuși, fie strategia globală de schimbare a fost neclară, fie aceasta nu a părut eficientă în a-I ajuta pe pacient. 4. Terapeutul a recurs la o strategie de schimbare relativ coerentă, incluzând tehnici cognitiv-comportamentale și oferind o bună șansă de succes în cazul problemei pacientului. 6. Terapeutul a recurs la o strategie de schimbare coerentă, incluzând cele mai potrivite tehnici cognitiv-comportamentale și oferind o foarte bună șansă de succes în cazul problemei pacientului.

     10. Aplicarea tehnicilor cognitiv-comportamentale

*Notă:* La acest item, focalizați-vă pe abilitatea terapeutului în aplicarea tehnicilor și nu pe adecvarea acestora la specificul problemei-țintă sau pe eficiența lor practică - dacă a apărut sau nu schimbarea scontată.

0. Terapeutul nu a aplicat tehnici cognitiv-comportamentale.

2. Terapeutul a utilizat unele tehnici cognitiv-comportamentale, dar au existat deficiențe majore în modul de aplicare a acestora. 4. Terapeutul a recurs la tehnici cognitiv-comportamentale, dovedind destulă abilitate în aplicarea acestora. 6. Terapeutul a utilizat tehnici cognitiv-comportamentale într-o manieră extrem de abilă și creativă.

     11. Tema pentru acasă

0. Terapeutul nu a încercat să includă în intervenție o temă de casă relevantă pentru terapia cognitiv-comportamentală.

2. Terapeutul a întâmpinat dificultăți majore în stabilirea temei de casă (de exemplu, nu a verificat tema de data trecută, nu a explicat suficient de clar tema, a stabilit o temă nepotrivită).

4. Terapeutul a verificat tema de data trecută și a stabilit o temă „standard” pentru terapia cognitiv-comportamentală, suficient de relevantă pentru aspectele abordate în ședința respectivă. Pacientului i s-a explicat tema clar și detaliat.

6. Terapeutul a verificat tema de data trecută și a ales cu grijă, pentru săptămâna următoare, o temă inspirată din terapia cognitiv-comportamentală. Aceasta a fost „perfect croită” pentru a ajuta pacientul să asimileze noi perspective, să testeze ipoteze, să experimenteze comportamente noi abordate pe parcursul ședinței etc.

**Partea a III-a. Considerente suplimentare**

\_\_\_\_\_12.

(a) Au apărut probleme deosebite pe parcursul ședinței (de exemplu, refuzul de a-ș face tema, probleme interpersonale între terapeut și pacient, neîncredere în succesul terapiei, recăderi)?

(b) Dacă *da*: 0. Terapeutul nu s-a descurcat bine cu problemele deosebite care au apărut. 2.

Terapeutul s-a descurcat bine cu problemele deosebite care au apărut, însă a Mo conceptualizări și explicații inconsecvente cu terapia cognitiv-comportamentală. 4. Terapeutul a încercat să rezolve problemele speciale apărute, utilizând un cai

conceptual cognitiv și aplicând cu destulă abilitate tehnicile adecvate. 6. Terapeutul a rezolvat cu foarte multă abilitate problemele speciale apărute, utiliz cadrul conceptual specific terapiei cognitiv-comportamentale.

\_\_\_\_\_13. Ați identificat, pe parcursul ședinței, factori neobișnuiți, semnificativi, de care considerați că au justificat devierea actului terapeutic de la abordarea stă  
evaluată prin această scală?

*Da* (Vă rugăm specificați mai jos) \_\_\_\_\_ *Nu*

**Partea a IV-a. Evaluare globală și comentarii**

\_\_\_\_\_14. Cum apreciați performanța generală a clinicianului pe parcursul acestei șe  
în calitatea lui de terapeut cognitiv-comportamental ?

\_\_\_\_\_ JQ^ ^SH\_L-!i^^'-----^,,, -compom,

iguranță nu \ .TOU-UI.

16. Cât de dificil apreciați că a fost să se lucreze cu acest pacient<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> A | 5 |

**0**

Deloc dificil, foajTtejtceptfv\_

Moderat de dificil

17. Comentarii și sugestii pentru îmbunătățirea performanței terapeutului:

\_\_\_\_ 18. Evaluare globală

Scală de cotare:

|      |          |              |     |            |          |
|------|----------|--------------|-----|------------|----------|
| 0    | 1        | 2            | 3   | 4          | 5        |
| Slab | Mediocru | Satisfăcător | Bun | Foarte bun | Excelent |

Utilizând scala de mai sus, vă rugăm să faceți o evaluare globală a abilităților terapeutului, așa cum au fost ele surprinse în această înregistrare. Încercuiți numărul corespunzător.

*Scorul de la care un terapeut este considerat ca fiind „ bun ” este de minimum 60 de puncte*

**I**

## ANEXA 2

### 2.1. Fișa sintetică pentru modelul ABC cognitiv *Terapie cognitiv-comportamentală*

#### A. Eveniment/Situație activatoare

Rezumați pe scurt situația (A) în legătură cu care vă faceți probleme (de exemplu, ce s-ar vedea cu o cameră video?).

- A poate fi intern (de pildă, o emoție) sau extern, real sau imaginar.
- A poate fi un eveniment trecut, prezent sau viitor.

#### C. Consecințe

principalele *emoții* negative disfuncționale:

Principalele *comportamente* dezadaptative:

Printre emoțiile negative dezadaptative se nun.ua:

- frica-anxietatea;
- depresia;
- furia-mânia;
- rușinea;
- gelozia;
- vinovăția etc.

**B-CDI (Cogniții disfuncționale/ iraționale)**

**D** (Restructurarea CDI)

**Pentru a identifica CD, urmăriți:**

- **Gândurile automate** (de pildă, bazate pe : gândirea alb-negru/totul-nimic; generalizarea excesivă; minimizarea informației pozitive și maximizarea informației negative);
- **Cogniții intermediare** (de exemplu, reguli absolutiste, catastrofarea);
- **Cogniții centrale** (de pildă, *evaluarea globală*: Eu sau ceilalți/lumea sunt rău/sunt răi, lipsit/lipsiți de valoare);
- **Evaluări** (de exemplu, cogniții iraționale, cum ar fi: trebuie absolutist; toleranță scăzută la frustrare etc.);
- **Asocieri automate/inconștiente** (de exemplu, fără CD conștiente) **ntre A și C.**

**Pentru a restructura CDI, întrebați-vă:**

- Ce dovezi există pentru a susține cogniția mea dis-funcțională/irațională ? Sunt aceste dovezi conforme cu realitatea ?
- Ce efect are această cog-niție asupra mea ? Mă ajută sau nu ?
- Este cogniția mea logică ?
- Ce trebuie să fac pentru a testa și modifica CDI con-știentizabile și/sau prelucrările inconștiente care asociază **A și C** ?

**B-CFR (Cogniții funcționale/ raționale)**

**E** (Noul efect)

**Pentru a gândi funcțional/rațional, urmăriți:**

- **Gânduri automate** (de exemplu, bazate pe gândirea nuanțată, generalizarea probabilistică, evaluarea ponderată);
- **Cogniții intermediare** (de exemplu, reguli non-dogmatice, evaluarea ca neplăcere);
- **Cogniții centrale** (de pildă, evitarea evaluării globale a propriei persoane și focalizarea pe comportamentul contextual).;
- **Evaluări** (de exemplu, cogniții raționale ca preferințe non-dogmatice, toleranța la frustrare).

**Emoții negative sau pozitive funcționale:**

**Comportamente adaptative:**

Emoțiile negative funcționale cuprind, de exemplu :

- dezamăgirea;
- îngrijorarea;
- supărarea;
- tristețea;
- regretul;
- emoții disfuncționale mai puțin intense.

>

**Z**

M X

m

u



## 2.2. Decalogul iraționalității

### *Decalogul iraționalității*

1. *Trebuie* să reușești în tot ceea ce faci, *altfel* ești fără valoare ca om (ești neimportant/inferior/slab).
2. *Trebuie* să reușești în tot ceea ce faci, *altfel* este groaznic și catastrofal (este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
3. *Trebuie* să reușești în tot ceea ce faci, *altfel* nu poți tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
4. *Trebuie* ca toți ceilalți să se comporte corect și/sau frumos cu tine, *altfel* ești fără valoare ca om (ești neimportant/inferior/slab) și/sau ei sunt fără valoare (răi).
5. *Trebuie* ca toți ceilalți să se comporte corect și/sau frumos, *altfel* este groaznic și catastrofal (este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
6. *Trebuie* ca toți ceilalți să se comporte corect și/sau frumos, *altfel* nu poți tolera/suport acest lucru (este insuportabil).
7. *Trebuie* ca viața să fie dreaptă și ușoară, *altfel* ești fără valoare ca om (ești neimportant/inferior/slab) și/sau viața este nedreaptă.
8. *Trebuie* ca viața să fie dreaptă și ușoară, *altfel* este groaznic și catastrofal (este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).
9. *Trebuie* ca viața să fie dreaptă și ușoară, *altfel* nu poți tolera/suporta acest lucru (este insuportabil).
10. *Eu, ceilalți și/sau viața trebuie cu necesitate să...*

într-o variantă prescurtată:

### ***Nucleul nebuniei - triada iraționalității Modelul triarhic al patogenezei***

1. *Eu trebuie cu necesitate să...*
2. *Ceilalți trebuie cu necesitate să...*
3. *Viața trebuie cu necesitate să...*

*Notă* : Aceste cogniții iraționale cuprinse în „Decalogul iraționalității” au fost identifi ca mecanisme etiopatogenetice implicate în patologie. Rolul lor fundamental a fost rel în sute de studii, incluzând mii de pacienți cu patologii diverse, sintetizate în metaanal

- Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The efficacy of rational-emotive therapy quantitative review of the outcome research”, *Clinical Psychology Review* 357-369.
- Engles, G.I., Garnefsky, N., Diekstra, F.W. (1993), „Efficacy of rațional em therapy : A quantitative analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1083-1090.
- David D. *et al.* (2005), „A synopsis of rațional emotive behavior therapy: Fundau and applied research”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 23, 175-221.

### 2.3. Decalogul raționalității

#### *Decalogul raționalității*

1. *Ar fi preferabil să reușești în tot ceea ce faci și fă tot ce depinde de tine în acest sens, dar dacă nu reușești, nu înseamnă că ești fără valoare ca om, ci doar că ai avut un comportament mai puțin performant, care poate fi îmbunătățit în viitor.*
2. *Ar fi preferabil să reușești în tot ceea ce faci și fă tot ce depinde de tine în acest sens, dar dacă nu reușești, amintește-ți că este doar (foarte) rău, fără a fi însă catastrofal (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).*
3. *Ar fi preferabil să reușești în tot ceea ce faci și fă tot ce depinde de tine în acest sens, dar dacă nu reușești, poți tolera/suporta acest lucru neplăcut și mergi mai departe bucurându-te de viață, chiar dacă la început este mai greu.*
4. *Ar fi preferabil ca toți ceilalți să se comporte corect și/sau frumos cu tine, dar dacă nu se comportă așa, nu înseamnă că tu sau ei sunteți fără valoare ca oameni.*
5. *Ar fi preferabil ca toți ceilalți să se comporte corect și/sau frumos cu tine, dar dacă nu se comportă așa, amintește-ți că este doar (foarte) rău, fără a fi însă catastrofal (cel mai rău lucru care ti se poate întâmpla).*
6. *Ar fi preferabil ca toți ceilalți să se comporte corect și/sau frumos cu tine, dar dacă nu se comportă așa, poți tolera/suporta acest lucru neplăcut și mergi mai departe bucurându-te de viață, chiar dacă este mai greu la început.*
7. *Ar fi preferabil ca viața să fie dreaptă și ușoară, dar dacă nu este așa, nu înseamnă că ești fără valoare ca om și/sau că viața este nedreaptă.*
8. *Ar fi preferabil ca viața să fie dreaptă și ușoară, dar dacă nu este așa, amintește-ți că este doar (foarte) rău, fără a fi însă catastrofal (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla).*
9. *Ar fi preferabil ca viața să fie dreaptă și ușoară, dar dacă nu este așa, poți tolera/suporta acest lucru și mergi mai departe bucurându-te de viață, chiar dacă este mai greu la început.*
10. *Singurul lucru care trebuie este că nimic nu trebuie cu necesitate.*

într-o variantă prescurtată:

#### *Nucleul sănătății - triada raționalității Modelul triarhic al sanogenezei*

I 1. Acceptă ceea ce nu se poate schimba.

j 2. Fă tot ceea ce este omeneste posibil pentru a schimba ce se poate schimba, amin-tindu-ți însă mereu că uneori lucrurile nu *trebuie* să se întâmple cum vrei tu. 3. Fă diferență între 1 și 2.

*Notă:* Aceste cogniii raționale cuprinse în „decalogul raționalității” au fost identificate ca mecanisme de reziliență cognitivă (de sanogeneză) implicate în promovarea sănătății și prevenirea patologiei.

Rolul lor fundamental a fost reliefat în sute de studii, incluzând mii subiecți, sintetizate în metaanalize:

- Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The efficacy of rational-emotive therapy: a quantitative review of the outcome research”, *Clinical Psychology Review*, 11,;
- Engles, G.I., Garnefsky, N., Diekstra, F.W. (1993), „Efficacy of rational therapy : A quantitative analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1083-1090.
- David, D. *et al.* (2005), „A synopsis of rational emotive behavior therapy: mental and applied research”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-behavior Therapy*, 23, 175-221.

#### 2.4. Sfaturi pentru o viață rațională și fericită

Aceste recomandări au fost promovate de Albert Ellis în lucrarea *A Guide to Rational Living*, care s-a vândut în peste 1.500.000 de exemplare, fiind un bestseller în Statele Unite. De asemenea, în curriculumul grădinițelor și școlilor din SUA și Australia ele au fost implementate încă din anii '70, sub forma educației rațional-emoțive și comportamentale.

1. Urmează „decalogul raționalității” și evită „decalogul iraționalității”.
2. Asimilează „nucleul sănătății” și renunță la „nucleul nebuniei”.
3. Să dorești și să faci tot ceea ce depinde de tine pentru ca lucrurile să se întâmple așa cum vrei tu, dar în același timp să îți minte că nu scrie nicăieri că lucrurile *trebuie* cu necesitate să se întâmple așa cum vrei tu.
4. Nu uita că ar fi de dorit ca toți ceilalți să te trateze corect, dar asta nu înseamnă că și *trebuie* cu necesitate să o faci.
5. Nu uita că ar fi de dorit să reușești în tot ceea ce faci, dar asta nu înseamnă că și *trebuie* cu necesitate să reușești.
6. Nu uita că ar fi de dorit ca viața să fie ușoară și dreaptă, dar asta nu înseamnă că și *trebuie* cu necesitate să fie așa.
7. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă așa cum ți-ai dorit, asta nu înseamnă că ești fără valoare ca om, ci doar că ai avut un comportament mai puțin performant, care, probabil, poate fi îmbunătățit.
8. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă așa cum ți-ai dorit, asta nu înseamnă că este o catastrofă (cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla), ci este doar un lucru neplăcut (poate chiar extrem de neplăcut), fără ca asta să însemne totuși că este cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla și că nu te mai poți bucura de viață.
9. Nu uita că dacă lucrurile nu se întâmplă așa cum ți-ai dorit, poți tolera asta și poți merge mai departe bucurându-te de viață, deși este mai greu la început.
10. Nu uita că este plăcut să ai aprobarea și dragostea celorlalți și fa tot ceea ce este omeneste posibil să le obții, dar amintește-ți că și fără ele te poți accepta ca ființă umană care are dreptul să se bucure de viață.
11. Nu uita că este de preferat să faci lucrurile perfect, dar este omeneste să greșești.
12. Nu uita că oamenii reacționează așa cum doresc ei, nu cum dorești tu, și amintește-ți că și ei, ca și tine, nu sunt perfecți.

*Notă:* Aceste cogniții raționale au fost identificate ca mecanisme de reziliență cognitivă (sanogeneză) implicate în promovarea sănătății, prevenirea și remiterea patologiei și creșterea calității vieții. Rolul lor fundamental a fost reliefat în sute de studii, incluzând mii de subiecți, sintetizate în metaanalize:

- Lyons, L.C., Woods, P.J. (1991), „The efficacy of rational-emotive therapy : A quantitative review of the outcome research”, *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- Engles, G.I., Garnefsky, N., Diekstra, F.W. (1993), „Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative analysis”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1083-1090.
- Butler, A.C., Beck, J.S. (2000), „Cognitive therapy outcomes : A review of meta-analyses”, *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 37, 1-9.
- David, D. et al. (2005), „A synopsis of rational emotive behavior therapy : Fundamental and applied research”, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 175-221.

## 2.5. Automonitorizarea demersului terapeutic

### **Lista de control** (*checking list*)

*A se corobora cu analiza de la Anexa 1 (L5).*

1. Am verificat starea clinică a pacientului la începutul ședinței ?
2. Am verificat și discutat tema pe care a avut-o pentru această ședință?
3. Am stabilit clar problema de pe agenda terapeutică de azi ?
4. Am conceptualizat problema prin modelul ABC cognitiv și/sau comportam
5. Este conceptualizarea clar înțeleasă de către pacient?
6. Atunci când conceptualizarea descompune problema de pe listă (de exemp bleme la serviciu) în mai multe probleme clinice (practică : interacțiunea c emoționale: furie, vinovăție), am stabilit clar care dintre ele rămâne a agenda terapeutică ? Am făcut conceptualizarea acesteia și este ea înțeleasă pacient ?
7. Tehnicile utilizate sunt congruente cu conceptualizarea clinică?
8. Am făcut sumarizări pe parcurs pentru a mă asigura că între mine și pacie o colaborare corectă ?
9. Am stabilit corect prescripțiile cognitiv-comportamentale ?
10. Am fost empatic, congruent și i-am comunicat pacientului direct și/sau prir am făcut că este acceptat necondiționat ?
11. Am sumarizat și am solicitat din partea pacientului un feedback asupra șei
12. M-am înscris în durata anticipată a ședinței?

## 2.6. Prescripții psihologice - pastile psihologice

**Notă:** Prezentăm mai jos trei „pastile psihologice”, fiecare pentru probleme psiho-logice-țintă. Este indicat să nu fie combinate, luându-se la început „pastila psihologică” pentru cea mai dificilă problemă.

Mai alw; , (u) Curie j

(b) nemulțumire;

(c) iertare.

### INSTRUCȚIUNI

Citiți afirmațiile de mai jos *ii*) de trei ori pe zi (dimineața și seara; (2) înainte de a va confrunta cu situații de viața negative și (3) ori de câte ori simțiți emoții imense, negative, supărătoare.

„Mi-aș dori ca situația să fie alta, însă știu că dorința mea nu devine obligatorie realitate doar pentru că vreau eu acest lucru.”

„Pot să accept că în viața mi se întâmplă așa ceva, deși nu îmi doresc, deși este neplăcut.

„Pot suporta să” mi se întâmple așa ceva deși nu îmi place acest lucru. ”

„Pot tolera ceea ce simt, chiar dacă nu simt ceva plăcut. ”

„Pot să” suport prezența acestei emoții și să merg mai departe, deși nu îmi place. ”

„Pot accepta că am făcut asta chiar dacă preferam să nu o fac. ”

„Pot accepta comportamentul celorlalți, chiar dacă aceștia nu *fac* întotdeauna ce ce iui-ar dori eu. ”

„Deși este neplăcut pot tolera și merge mai departe, bucurându înă de viață.”

### Mai ales:

<d) frică; (e) îngrijorare; (1) teama; ((0) anxietate; (h) preocupare.

MaLaje&U (i) tristețe; (J) de/amăgirc; (k) deprimare; (1) regrete.

„Maș dori ca situația sa fie alta, însă știu ca situația mea nu devine obligatorie realitate doar pentru că vreau eu acest lucru.”

„Pot să accept ca” în viață mi se pot întâmpla și lucruri pe care un le doresc, deși este neplăcut și am făcut tot posibilul ca să le evit.”

„Este extrem de neplăcut că mi s-a întâmplat așa ceva, însă un este cel mai rău lucru care mi s-ar fi putut întâmpla.”

„Cred că pot face față și unor situații mai rele decât cea în care mă găesc acum.”

„Este *toarta* de neplăcut, însă nu catastrofal, dacă în această situație nu voi putea deține controlul așa cum mi aș dori. \*1

„Esre rău, dar nu dezastruos să trăiesc astfel de emoții; mă pot bucura de viața în continuare.”

„Mi-aș dori ca situația să fie alta, însă știu că dorința mea nu devine obligatorie realitate doar pentru că vreau eu acest lucru.”

„Pot să accept că în viață mi se întâmplă lucruri pe care eu le doresc, deși este trist.”

„Ara greșit comportându-mă astfel, însă eu rămân întotdeauna o persoană valoroasă, prin simplul fapt că sunt om.”

„Poate că această reacție a mea este o dovadă de slăbiciune, însă asta eu arată valoarea mea ca persoană.”

„Chiar dacă eu mă descurc întotdeauna așa de bine cum mi-aș dori, rămân o persoană bună și valoroasă, și merit să mă bucur.”

### ANEXA 3

## Componente validate științific din relația psihoterapeutică (American Psychological Association - APA)<sup>1</sup>

Relația psihoterapeutică este considerată un factor fundamental în toate formele psihoterapie. Cercetări recente, bazate pe sinteza a sute de studii de specialitate (Lambert *et al.*, 2002; 2003), au arătat că relația psihoterapeutică justifică aproximativ 30% (beneficiile obținute în urma intervenției, fiind astfel factorul psihoterapeutic cel mai important). Pornind de la aceste rezultate, APA, prin Divizia de Psihoterapie (29), a inițiat un amplu program de studiere a relației psihoterapeutice și a rolului ei în obținerea efectelor pozitive ale psihoterapiei. Relația psihoterapeutică este un concept multidimensional; diferite forme de psihoterapie pun accent pe diferite din care sunt însă dimensiunile active din cadrul acestui construct și care sunt inactivi sau mai puțin relevanți? Cercetări de metaanaliză (Lambert *et al.* sintetizând zeci de studii pe această temă au fost recent publicate în raportul Diviziei Psihoterapie (Divizia 29) a Asociației Psihologilor Americani (<http://www.apa.org>), reușindu-se astfel să se dea un răspuns la întrebarea de mai sus. Ele sunt rezumate în cele ce urmează (pentru a înțelege semnificația acestor constructe, recomandăm citirea unor lucrări de psihoterapie - Sarason și Sarason, 1999).

#### I. Elemente generale ale relației terapeutice validate științific:

- empatie și coeziune (în terapia de grup);
- colaborare și consens asupra scopurilor terapiei;
- alianța terapeutică (de pildă, stabilirea unor scopuri clare).

#### II. Elemente generale ale relației terapeutice, probabil, eficiente (cu suport parțial - rezultatele nu au fost suficient replicabile):

- acceptarea necondiționată și congruența;
- feedback;
- deschiderea pacientului și a terapeutului spre împărtășirea unor aspecte personale;
- managementul contratransferului;
- corectarea dificultăților de relaționare terapeutică.

#### III. Aspecte relaționale (pacient - terapeut) care au fost validate științific și trebuie să se țină seama în administrarea terapiei:

- rezistența pacientului (de exemplu, includerea în procesul de psihoterapie proceduri de autoterapie funcționează bine la persoanele cu rezistență la terapie mai directivă funcționează bine la persoanele cu rezistență mai puțin directivă);
- dificultăți funcționale.

#### IV. Aspecte relaționale (pacient - terapeut) de care, probabil, trebuie ținută seama în administrarea terapiei (cu suport științific parțial - rezultatele nu au fost suficient replicabile):

- stilul de coping;

1. Pentru detalii referitoare la text, vezi David, 2003.

- așteptările pacientului;
- capacitatea de a asimila experiențele problematice;
- stadiul schimbării (pentru detalii, vezi Prochaska, DiClemente *et al.*, 1994). Aspecte relaționale (pacient - terapeut) de care, probabil, trebuie să se țină seama (pe baza consensului specialiștilor) în administrarea terapiei, dar care nu au încă nici măcar un suport științific parțial :

- **Stilul de atașament**-

stilul de atașament;

- etnia; religiozitatea și spiritualitatea ;
- preferințe;
- sex;
- tulburările de personalitate.



#### ANEXA4

### Lista tratamentelor psihoterapeutice validate științific și instrucțiuni de utilizare a lor (American Psychological Association - APA)'

Terapiile indicate pentru fiecare tulburare prezentată mai jos au fost evaluate în punctul de vedere al eficienței lor, conform unor standarde științifice riguroase incluși în aceste studii, care au fost tratați cu tehnicile menționate în această listă au avut rezultate mai bune decât pacienții care nu au primit nici un fel de terapie] au avut rezultate cel puțin la fel de bune ca pacienții tratați cu o altă formă de terapie s-a dovedit deja eficientă. Terapiile luate în discuție și-au dovedit eficiența în studii (cel puțin două pentru a fi numite „terapii validate științific” și cel puțin una pentru a fi numite „terapii probabil eficiente”), realizate de mai multe cercetători din centre de cercetare diferite. În plus, aceste intervenții terapeuțice sunt descrise detaliat în manuale și ghiduri clinice de tratament, care pot fi folosite de terapeuți într-un mod similar, pentru pacienți prezentând același tip de problemă.

Majoritatea terapierilor luate în discuție au fost evaluate folosind un anumit studiu științific - studiile clinice controlate (*randomized clinical trial* ~ RC1) sunt folosite în mod curent în majoritatea investigațiilor pentru a determina dacă sunt eficiente pentru o anumită tulburare. Într-un studiu clinic controlat, pacienții cu o anumită tulburare (de exemplu, depresie majoră) sunt distribuiți random între grupele aferente terapierilor aflate sub investigație (de exemplu, terapie individuală, terapie cognitivă sau medicație antidepresivă) și în grupul de control (nu primesc un tratament, primesc un tratament deja validat sau primesc un tratament placebo). Dacă diferența de eficiență a diferitelor terapii este controlată în cel mai înalt grad posibil (adică tratamentele sunt de aceeași durată, sunt oferite de terapeuți cu aceeași experiență pentru a se asigura că singura diferență dintre grupele experimentale este tratamentul oferit). Unele terapii au fost evaluate în serii de studii experimentale singure subiect, atent controlate.

Evaluarea eficienței acestor forme de terapie s-a făcut după criterii științific determinate, care au luat în considerare indicatori obiectivi; părerile pacienților terapeuților, informațiile din studii necontrolate sau din alte surse care nu au fost controlate riguros au fost avute în vedere doar din punct de vedere calitativ. Dacă în studiile atent controlate oferă cele mai valide informații despre eficiența psihoterapiei.

Unele dintre formele foarte cunoscute de psihoterapie vor lipsi din prezent jos. De regulă, acest lucru se datorează mai degrabă faptului că ele nu au fost incluse în studii clinice controlate, după metoda menționată anterior, și nu pentru că s-a dovedit ineficiente sau dăunătoare. Investigarea după metode științifice psihoterapierilor constituie un demers relativ nou, astfel încât multe forme de

1. Pentru detalii referitoare la text, vezi David, 2003.

ANEXE.

**\*s&**

nu au fost încă investigate s-ar putea dovedi eficiente în viitor. În aceste condiții, se recomandă ca pacienții să solicite, în primul rând, acele tratamente care și-au dovedit deja utilitatea în cadrul unor studii controlate.

Oricum, nici măcar aceste forme de intervenție nu sunt eficiente pentru absolut toți pacienții. Așadar, dacă unul dintre tratamente se dovedește ineficient, este logic să se încerce folosirea unei alte abordări terapeutice, chiar dacă aceasta nu a fost încă evaluată într-un studiu controlat. În consecință, secvența care trebuie urmată de către un profesionist care promovează știința în psihopatologie în alegerea tratamentului pentru un pacient anume este:

- tratamente validate științific atât sub aspectul eficienței, cât și sub aspectul validității teoriei; dacă ele nu există, atunci se utilizează;
- tratamente validate științific sub aspectul eficienței; dacă ele nu există, atunci se utilizează;
- tratamente considerate eficiente prin consensul specialiștilor; dacă ele nu există, atunci se utilizează;
- tratamente care, deși nu au fost investigate științific, derivă dintr-o teorie testată și validată; ele trebuie să aibă acordul grupului profesional de apartenență, să fie potențial utile și nepericuloase ; dacă acestea nu există, atunci se utilizează;
- intervenții derivate *ad-hoc* din pregătirea profesională (teoretică și practică) și pe care acordul celorlalți colegi le justifică în cazul dat ca fiind potențial utile și nepericuloase.

Faptul că un tratament s-a dovedit eficient pentru pacienții cuprinși într-un studiu nu garantează că acesta va fi la fel de eficient pentru oricare dintre persoanele care se prezintă la psihoterapie. Pentru a stabili dacă acest lucru este sau nu valabil în cazul unei anumite persoane, se recomandă ca terapeutul, în colaborare cu pacientul, (1) să își stabilească obiective terapeutice clare; (2) să stabilească dinainte cum vor evalua progresele făcute în atingerea scopurilor; (3) să monitorizeze atent progresele înregistrate și (4) să facă modificări în planul de tratament atunci când constată că nu se înregistrează progresele scontate.

Din aspectele prezentate anterior decurg o suită de întrebări la care ar trebui să răspundă orice terapeut înainte de a face o intervenție psihoterapeutică (sau un pacient înainte de a intra într-un proces de terapie):

- Ce diagnostic descrie cel mai bine problemele existente ?
- Ce tratamente eficiente, investigate științific, există pentru aceste probleme?
- Au fost aceste tratamente supuse unor studii clinice controlate și, dacă da, cu ce rezultate ?
- Care sunt avantajele și dezavantajele terapiei luate în considerare ?
- Ce tratament este recomandat în cazul de față și de ce ?
- Care vor fi costurile acestui tratament?
- Cât va dura tratamentul ?
- Există riscuri pe care le implică folosirea respectivei terapii ?
- Cum va fi evaluată eficiența respectivei metode terapeutice în cazul său particular ?

### Tratamentele validate empiric pentru diferite tulburări psihice

Prezentarea de mai jos va acoperi, în cele mai multe situații, următoarele aspecte:

1. Descrierea categoriilor de tulburări:
  - cuprinde descrierea pe scurt a caracteristicilor principale ale fiecărei categorii de tulburări luate în discuție.
2. Prezentarea succintă a fiecărei tulburări:
  - cuprinde descrierea pe scurt a caracteristicilor principale ale fiecărei tulburări luate în discuție.
3. Pachetul de terapii validate pentru fiecare tulburare:
  - cuprinde lista tratamentelor psihoterapeutice susținute de date obținute în unor studii clinice controlate, pentru fiecare tulburare în parte, precum și la articolele și rapoartele în care se prezintă aceste rezultate. *Observație* : Tehnicile prezentate nu epuizează formele de terapie care au fost eficiente în tratarea respectivei tulburări. Vor fi însă prezentate doar tratamente care s-au dovedit eficiente, în urma unor studii clinice controlate.
4. Scurtă descriere a acestor terapii:
  - cuprinde o descriere succintă a fiecărei terapii, oferită de cercetătorii studiat sau au elaborat respectiva terapie; uneori, se prezintă și bibliografie relevantă.

Menționăm că, deși toate terapiile descrise aici au fost investigate sub eficienței lor, nu toate au fost investigate și sub aspectul teoriei pe baza căreia au fost elaborate pachetele de intervenție și a eficienței costurilor!

#### **I. Tulburările de anxietate și stresul**

Anxietatea este un termen care presupune modificări specifice la patru niveluri: persoanele cu anxietate experimentează sentimente de teamă, catastrofă iminentă, teroare (nivelul subiectiv). Totodată, aceste simptome pot fi însoțite de gândul că va muri sau avea un atac de cord, de convingerea că se va întâmpla ceva îngrozitor, teama că ar putea fi umiliți sau puși în situații jenante (nivelul cognitiv). În stările de anxietate apar frecvent simptome ca: tensiune musculară, palpitații rapide, transpirație, amețeli și dificultăți de respirație (nivelul fiziologic). Unele persoane cu tulburări de anxietate obișnuiesc să execute unele ritualuri (verificarea ușilor sau spălarea repetată pe mâini) sau să evite anumite locuri, și, de exemplu, poduri, căi ferate, avioane sau situații sociale, pentru a face față; manifestări (nivelul comportamental).

##### *1. Agorafobia și tulburarea de panică*

Atacurile de panică se caracterizează prin declanșarea bruscă a unor episoade intense, însoțită de mai multe simptome fiziologice, cum ar fi: palpitații, tremurături, transpirații, senzație de sufocare, dureri în piept, greață și dureri abdominale, senzație de amețeală și leșin, dificultăți respiratorii, frisoane sau puseuri de căldură. Cursul unui atac de panică pot apărea frecvent teama de moarte și/sau pierderea controlului. De regulă, în primele etape ale instalării tulburării, atacurile de panică se de

spontan. Ulterior, acestea pot fi însoțite de evitarea agorafobică. Persoanele cu atac de panică se tem uneori să meargă în locuri unde le-ar fi greu sau rușinos să obțină ajutor sau de unde ar fi dificil să se reîntoarcă acasă, în cazul în care ar avea un atac de panică. Această evitare cauzată de frica față de posibile atacuri de panică se numește *agorafobie*. Situațiile frecvent evitate includ : magazinele aglomerate, statul la rând, condusul mașinii, folosirea liftului, restaurantele, bisericile sau depărtarea de casă.

Terapiile dovedite clar a fi eficiente în tratarea agorafobiei includ: (1) terapia cognitiv-comportamentală și (2) terapia comportamentală prin tehnica expunerii. De asemenea, există unele date care arată că trainingul de comunicare în cuplu poate spori eficiența expunerii în tratamentul agorafobiei. Terapia cea mai eficientă în tratarea atacului de panică s-a dovedit a fi terapia cognitiv-comportamentală. Există și date care sugerează că relaxarea aplicată ar putea fi utilă în tratamentul atacului de panică.

Tratamentul Albany pentru controlul panicii în tulburarea de atac de panică și agorafobie - Turovsky, J. și Barlow, D.H. (1995), „Albany panic control treatment (PCT) for panic disorder and agoraphobia", *The Clinical Psychologist*, 48(3), 5-6, 1995 -se întemeiază pe perspectiva cognitiv-comportamentală și folosește metode de educare a pacientului referitor la specificul afecțiunii sale, tehnici de restructurare cognitivă pentru corectarea credințelor disfuncționale, tehnici de respirație pentru a controla hiperventilația în cazul atacului de panică, expunerea interoceptivă pentru eliminarea reacțiilor condiționale legate de senzațiile asemănătoare panicii, expunerea *in vivo* la situațiile anxiogene pentru a slăbi asocierile existente între panică și comportamentele evitative. De asemenea, în cazul agorafobiei, tehnica expunerii se utilizează, când este posibil, în cuplu, datorită rezultatelor superioare obținute astfel.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm :

- Barlow, D.H. *et al.* (1989), „Behavioral treatment of panic disorder", *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Craske, M.G. *et al.* (1991), „Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up", *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Klosko, J. *et al.* (1990), „A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 77-84.

### 2. Tulburarea de anxietate generalizată

După cum sugerează și denumirea sa, tulburarea de anxietate generalizată se caracterizează prin prezența anxietății cronice însoțite de mai multe manifestări fizice ale arousalului fiziologic, cum ar fi: tremurături, neliniște și tensionare, oboseală, dificultăți de concentrare, iritabilitate, tensiune musculară, tulburări de somn. În plus, persoana se îngrijorează excesiv de lucrurile negative care i s-ar putea întâmpla și întâmpină dificultăți în a-și controla aceste griji.

Terapia cea mai eficientă în tratarea anxietății generalizate s-a dovedit a fi terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, există unele date care arată că relaxarea aplicată ar putea fi utilă în tratamentul anxietății generalizate.

### 3. Tulburarea obsesiv-compulsivă

Obsesiile reprezintă gânduri repetitive intruzive. Aceste gânduri se pot referi la : rănirea cuiva drag fără intenția de a-l răni, contaminarea cu germeni sau murdărie și teama de a nu face o greșeală groaznică. Compulsiile sunt impulsuri extrem de puternice de a

repetă la nesfârșit un anumit comportament sau acțiune și sunt legate deseori de unei obsesii. Exemple de compulsii sunt: spălarea repetată a mâinilor, ve sobelor sau a ușilor și păstrarea diferitelor lucruri, deși acestea nu au nici o sentimentală sau materială. Persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă prezintă obsesii, fie compulsii, fie ambele.

Expunerea cu prevenția răspunsului constituie o combinație de tehnici ce mentale dovedită ca fiind eficientă în tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive asemenea, există unele dovezi care arată că terapia cognitivă ar putea fi un tratament în tulburările obsesiv-compulsive. În plus, o serie de date sugerează că utilizarea programului specific de prevenire a recăderilor ar putea reduce probabilitatea de probleme după încheierea tratamentului.

#### 4. Tulburarea de stres posttraumatic

Oamenii care s-au confruntat cu o situație traumatică, fie din postura de victimă sau de martor, au uneori dificultăți în a-și reveni după traumă. Aceștia uneori evenimentul sub formă de coșmaruri sau *flash-back-uri*, se simt anxioși și deprimați, se simt incapabili să reacționeze emoțional sau sunt nemulțumiți de ^ Dacă aceste simptome se mențin dincolo de o anumită perioadă considerată pentru readaptarea după traumă, persoana ar putea suferi de tulburare posttraumatică (*posttraumatic stress disorder* - PTSD).

Există dovezi care arată că terapia comportamentală prin expunere este eficientă (tratamentul stresului posttraumatic dezvoltat în urma evenimentelor extreme din viața cotidiană sau pe câmpul de luptă). Există, de asemenea, date care sugerează reprocesarea și desensibilizarea prin mișcări oculare reprezintă o metodă utilă pentru stresul posttraumatic dezvoltat în urma evenimentelor extreme apărute cotidiană (cum ar fi violul).

Terapia comportamentală prin expunere reprezintă o categorie de tehnici care implică desensibilizarea progresivă (*in vivo* sau în imaginar), *flooding-ul* (*in vivo* sau în in: terapia implozivă, desensibilizarea prin autocontrol, modelarea participativă și alte asemănătoare). Scopul utilizării acestor tehnici pentru tratamentul stresului posttraumatic este acela de a accesa emoțiile asociate evenimentului traumatic și de a susține pr emoțională, văzută de unii ca fiind elementul-cheie în tratarea acestei tulburări. Deoarece toate formele de terapie prin expunere (*in vivo* sau în imaginar) folosite în tratamentul PTSD presupun confruntarea, într-o anumită măsură, cu stimuli asociați evenimentului traumatic, procedura poate fi însoțită sau nu de încercarea de a menține o relaxare. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm

- studii efectuate pe veterani de război:
  - Boudewyns, P.A., Hyer, L. (1990), „Physiological response to combat and preliminary treatment outcome in Vietnam veterans PTSD patient; with direct therapeutic exposure”, *Behavior Therapy*, 21, 63-87.
  - Cooper, N.A., Clum, G.A. (1989), „Imaginal flooding as a supple treatment for PTSD in combat veterans : A controlled study”, *Behavior J* 20, 81-391.
  - Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimmering, R.T. (1989), „Li (Flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat ve *Behavior Therapy*, 20, 245-260.

- studii efectuate pe femei care au trecut prin experiența violului :
  - Foa, H.B., Rothman, B.O., Riggs, D.S., Murdoch, R.B. (1991), „Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims : A comparison between cognitive--behavioral procedures and counselling”, *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59, 715-723.

- alte studii:

- Keane, T.M., Kaloupek, D.G. (1996), „Cognitive behavior therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder”, *The Clinical Psychologist*, 49, 7-8.

Uneori, abordările clinice ale PTSD suplimentează terapia prin expunere cu diferite proceduri cognitive care vizează sentimentele de vinovăție, distorsiunile cognitive, credințele iraționale sau valorile disfuncționale ale pacientului. Acești adjuvanți cognitivi au atât susținere teoretică, cât și valoare intuitivă, dar sarcina de a le dovedi eficiența empirică rămâne un obiectiv principal al studiilor viitoare.

### 5. Fobiile specifice

Fobiile specifice vizează experiențierea unei frici intense și iraționale la contactul cu un anumit lucru sau situație, cum ar fi: înălțimile, furtunile, conducerea mașinii, vederea sângelui, diferite animale sau insecte sau spațiile închise. Deși multe persoane se confruntă cu astfel de temeri, nu le vom numi fobii decât dacă acestea interferează puternic cu viața individului, producând stres și/sau dizabilitate.

Cel mai eficient tratament pentru fobiile specifice s-a dovedit a fi terapia comportamentală, folosind expunerea sau dobândirea competenței. În plus, există unele date care arată că și desensibilizarea sistematică, o formă asemănătoare de tratament, ar fi eficientă în rezolvarea fobiilor specifice.

Tratamentul de dobândire a competenței este o abordare terapeutică bazată pe performanță, derivată din teoria social-cognitivă. Din punctul de vedere al acestei teorii, dizabilitatea și stresul apărute în fobii se datorează faptului că indivizii și-au pierdut sentimentul de autoeficacitate sau încrederea că pot face față cu bine situației sau obiectului fobie. Așadar, această formă de terapie pune accentul pe interacțiunea dintre terapeut și pacient, în care primul apelează la diverse tehnici pentru a-și ajuta pacientul să se implice și să rezolve cu succes diferite sarcini, dobândind sentimentul eficienței și al competenței. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm :

- Bandura, A., Blanchard, E.B., Ritter, B. (1969), „Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.
- Bandura, A., Jeffrey, R.W., Wright, C.L. (1974), „Efficacy of participant modeling as a function of response induction aids”, *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 56-64.
- Ost, L., Salkovskis, P.M., Hellstrom, K. (1991), „One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia”, *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Williams, S.L., Dooseman, G., Kleifield, E. (1984), „Comparative effectiveness of guided mastery and exposure treatments for intractable phobias”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 505-518.

- Williams, S.L., Zâne, G. (1989), „Guided mastery and stimulus exposure treatment for severe performance anxiety in agoraphobics”, *Behaviour Research and Therapy* 27, 237-245.

#### 6. Fobiile sociale și anxietatea de a vorbi în public

Persoanele afectate de fobie socială sunt extrem de anxioase în situații care implică interacțiunea cu alte persoane. Pentru unii, această teamă este limitată la vorbiri publice sau alte situații specifice. Pentru alții, orice situație în care ar putea interacționa cu alte persoane constituie un motiv de teamă extremă.

Persoanele cu fobie socială depun un efort substanțial pentru a evita situațiile sociale.

Sunt dovezi care arată că, în prezent, există mai multe tratamente eficiente pe fobia socială, printre care terapia comportamentală prin expunere și desensibilizare progresivă și terapia cognitiv-comportamentală de grup.

Terapia prin expunere în tratamentul fobiei sociale pleacă de la asumția că anxie legată de expunerea la situații sociale va scădea odată cu întâlnirea sistematică și repetată cu stimulii amenințători. Acești stimuli variază de la o scurtă discuție cu o persoană necunoscută până la o discuție formală în public. În cazul fobiei sociale, prin expunere este îngreunată de două aspecte: (1) variabilitatea situațiilor fobice: impredictibilitatea și incontrollabilitatea situațiilor sociale, care îngreunează expunerea în public. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Alstrom, J.E., Nordlund, C.L., Persson, G., Harding, M., Ljungqvist, C. (1981), „Effects of four treatment methods on social phobic patients non-suited to insight-oriented psychotherapy”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 97-110.
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P.A., Vissia, E., vandenHelm, M. (1985), „2 phobia: A comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions”, *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Feske, U., Chambless, D.L. (1995), „Cognitive behavioral group therapy for phobia: A meta-analysis”, *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Bruch, M.A. (1995), „Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia”, *Behavior Research and Therapy*, 33, 637-6
- Wlazole, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., Munchau, N. (1994), „Exposure *in vivo* versus social skills training for social phobia: long-term and differential effects”, *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.

Terapia cognitiv-comportamentală de grup implică, pe de o parte, identificarea și înlocuirea gândurilor negative, disputarea acestora și înlocuirea lor cu răspunsuri raționale și pe de altă parte, stabilirea de scopuri comportamentale concrete pentru client, în scopul expunerii.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L., E.R.E. (1990), „Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control”, *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23
- Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, E.J., Holle, C.H., Makri, G.S., L.A.W., Schneider, F.R., Gitow, A., Liebowitz, M.R. (1994), „Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control”, *Cognitive Therapy and Research*, 18, 1-12

versus pharmacological treatment of social-phobia: Posttreatment and follow-up effects", lucrare prezentată la Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California, noiembrie 1994.

- Juster, H.R., Heimberg, R.G. (1994), „Cognitive behavioral group therapy for social phobia", *The Clinical Psychologist*, 47, 18-20.

### 7. Evenimentele stresante

Uneori, persoanele întâmpină dificultăți atunci când se confruntă cu stresori ca iminența unei proceduri medicale invazive sau a unui examen important. De regulă, acești oameni devin tensionați cu mai multe zile înaintea respectivului eveniment, iar unii au probleme de somn. Cu toții simțim o oarecare tensiune în astfel de situații, însă unii sunt afectați în așa măsură, încât nu își mai pot continua viața în mod normal.

Trainingul pentru inocularea stresului (*stress inoculation training* - SIT) s-a dovedit a fi cel mai eficient tratament pentru expunerea la diferiți stresori.

SIT este utilizat și ca tratament menit să-i ajute pe indivizi să facă față cu bine efectelor expunerii la stresori, precum și ca metodă preventivă de a „inocula” persoanele în așteptarea evenimentelor stresante. Acest tratament cuprinde trei faze superpozabile : (1) faza de conceptualizare, (2) faza de formare și exersare de deprinderi și (3) faza de implementare și urmărire. Pe parcursul primei faze, scopurile principale vizate sunt educarea pacientului cu privire la impactul cogniției asupra nivelului stresului, formarea abilității de a percepe diferențiat stresorii și de a segmenta stresorii complecși în ținte pentru copingul pe termen scurt, mediu și lung, precum și conceptualizarea problemei. În faza a doua, se învață și se exersează deprinderi de coping, inițial în cadru clinic, apoi în mediu ecologic. Faza a treia oferă pacienților posibilitatea de a aplica deprinderile învățate în cazul unor stresori diferiți. Dintre tehnicile utilizate amintim tehnicile imagistice, jocul de rol, modelarea, expunerea gradată *in vivo*, repetiția comportamentală. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm :

- pentru abordarea stresorilor acuți (de exemplu, pregătirea pentru proceduri medicale, intervenții chirurgicale, performanțe sportive etc.) :
  - Altmaier, E.M., Ross, S.L., Leary, M.R., Thombrough, M.T. (1982), „Matching stress inoculations treatment componets to clients anxiety mode", *Journal of Counseling Psychology*, 29, 331-334.
  - Jaremko, M. (1980), „The use of stress inoculation training in reduction of public speaking anxiety", *Journal of Clinical Psychology*, 36, 735-738.
  - Jay, S.M., Elliot, C.H. (1990), „A stress inoculation program for parents whose children are undergoing medica procedures", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 799-804.
  - Kendall, R, Williams, P.C., Pechachek, RE, Graham, L.E., Shisslak, C, Herzoff, N. (1979), „Cognitive-behavioral patient education intervention in cardiac catheterization procedures : The Polo Alto Psychology Project", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 49-58.
  - Ross, M.J., Berger, R.S. (1996), „Effects in stress inoculation training on \* athletes' post surgical pain and rehabilitation after orthopedic injury", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 406-410.



- Wells, J.K., Howard, O.S., Nowlin, W.F., Vargas, M.J. (1986), „Presi anxiety and postsurgical pain and adjustment. Affects of stress inoci procedure", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 831-835.
- pentru abordarea stresorilor intermitenți (de exemplu, acțiuni militare, d probleme medicale recurente etc.):
- Holroyd, K., Andrasik, R, Westbrook, T. (1977), „Cognitive Control of ti headaches", *Cognitive Therapy and Research*, 1, 121-133.
- pentru abordarea stresorilor cronici (de exemplu, probleme medicale cronicf psihiatrice etc.):
- Forman, S. (1982), „Stress management for teachers: A cognitive-behz program", *Journal of School Psychology*, 20, 180-187.
- Holcomb, W.R. (1986), „Stress inoculation therapy with anxiety and disorders of acute psychiatric patients", *Journal of Clinical Psychology* 864-872.
- Moore, K., Altmaier, E. (1981), „Stress inoculation training with cancer pati *Cancer Nursing*, 10, 389-393.
- Wemick, R.L., Jaremko, M.E., Taylor, P.W. (1981), „Pain management in s burned adults : A test of stress inoculation", *Journal of Behavioral Medici* 103-109.

## **II. Tulburarea de personalitate de tip borderline**

Tulburarea de personalitate de tip *borderline* se referă la un pattern de durat; debutează, de regulă, în prima parte a vieții adulte și care cuprinde o imagine d< dispoziții afective și relații instabile, precum și comportamente impulsive. Persi afectate de această tulburare nu pot suporta singurătatea, viața lor caracterizai printr-un șir lung de relații instabile și intense. În plus, acești indivizi apelează fr la comportamente de risc, cum ar fi alimentarea compulsivă, sexul neprotejat, con de alcool și droguri, condusul cu viteză etc. De multe ori se înregistrează tentat suicid sau automutilare. La nivel afectiv, trăirile curente sunt cele de gol sufletesc ș intensă, aceste persoane fiind și foarte labile emoțional.

Există date care indică faptul că terapia comportamentală dialectică este efick tratamentul tulburării de personalitate de tip *borderline*.

## **III. Tulburările depresive**

Depresia clinică nu se confundă cu stările de tristețe care survin uneori în viața fie dintre noi. Persoanele afectate de depresie clinică se simt triste și fără speranță săpl de-a rândul. De cele mai multe ori, acestea își pierd interesul în lucrurile care îna făceau plăcere și au probleme cu somnul și alimentația. Totodată, le vine greu să c efortul de a găsi soluții la problemele pe care le au, iar uneori nu se pot con suficient nici măcar pentru a privi la televizor sau a citi. De regulă, persoanele dep petrec multe ore gândindu-se la sinucidere, moarte sau la faptul că le-ar fi mai bin nu ar mai exista. Aceste simptome sunt asemănătoare cu cele întâlnite la persoanele ca prin situații de doliu, însă în cazul depresiei clinice fie lipsesc evenimentele de pk fie manifestările durează cu mult mai mult decât ar fi normal în astfel de situații:

În prezent, există mai multe tipuri de terapii eficiente în tratarea depresiei clinice, printre care: terapia comportamentală, terapia cognitivă și terapia interpersonală. De asemenea, unele dovezi arată că terapia dinamică de scurtă durată, terapia prin autocontrol și terapiile care abordează rezolvarea de probleme în cadrul social ar putea aduce beneficii în cazul depresiei majore. În plus, o mulțime de date culese din studii efectuate pe persoane în vârstă sugerează că utilizarea terapiei cognitive și a terapiei reminiscenței (a amintirilor) ar putea fi utile în tratarea depresiei la persoanele de vârstă a treia.

Terapia comportamentală pleacă de la un model clasic al depresiei unipolare (Lewinsohn, 1975), care se bazează pe asumția că depresia poate apărea din cauza unui stresor care perturbă patternul comportamental al individului, ducând la o rată scăzută a întăririlor pozitive. În condițiile în care persoana nu reușește să echilibreze balanța recompenselor, aceasta va începe să experimenteze simptomele specifice depresiei clinice. Ca urmare, obiectivul terapiei comportamentale care decurge dintr-o asemenea teorie este de a asista pacientul în încercarea de a crește frecvența și calitatea activităților plăcute; în acest scop, se folosesc tehnici de formare a abilităților sociale, tehnici de relaxare și diferite metode care urmăresc modificarea stilului de gândire depresiv. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- în cazul adulților :

- Brown, R.A., Lewinsohn, P.M. (1984), „A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783.

- Hoberman, H.M., Lewinsohn, P.M., Tilson, M. (1988), „Group treatment of depression: Individual predictors of outcome”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.

- Steinmetz, J.L., Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O. (1983), „Prediction of individual outcome in a group intervention for depression”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 331-337.

- Teri, L., Lewinsohn, P.M. (1986), „Individual treatment of unipolar depression : Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome”, *Behavior Therapy*, 17, 215-228.

- în cazul adolescenților :

- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H. și Andrews, J. (1990), „Cognitive--behavioral treatment for depressed adolescents”, *Behavior Therapy*, 21, 385-401.

- pentru persoane în vârstă:

- Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, L, McCurry, S.M. (1997), „Behavioral treatment of depression in dementia patients : A controlled clinical trial”, *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, 52B, 159-166.

Terapia cognitivă în depresie se fundamentează pe teoria cognitivă a depresiei (Beck, 1976). Aceasta este o abordare terapeutică activă, structurată, focalizată pe problemă și de scurtă durată, care pornește de la asumția că depresia este menținută de procesări informaționale negative și de distorsiuni cognitive. Tratamentul vizează învățarea pacienților să gândească adaptativ, ameliorându-și astfel trăirile afective, comportamentele și motivația.

Numeroase studii arată că terapia cognitivă în depresie are efecte superioare tratamentului medicamentos, terapiei comportamentale, listei de așteptare, precum și altor

forme de terapie. Mai mult, terapia cognitivă s-a dovedit a fi cel puțin la fel de eficientă ca și medicația antidepressivă, indiferent de severitatea tulburării, și mult mai decât aceasta în prevenirea recăderilor. Dintre studiile empirice asupra eficienței tratamentului enumerăm:

- Blackburn, I.M., Eunson, K.M., Bishop, S. (1986), „A two-year natural follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy or combination of both”, *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Dobson, K.S. (1989), „A meta-analysis of the efficacy of cognitive depression”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 414-415
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., C& Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S. M.B. (1989), „National Institute of Mental Health Treatment of Depressive Disorder Research Program: General Effectiveness of Treatments”, *Archives of Psychiatry*, 46, 971-982.
- Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., Hollon, S.D. (1981), „Depressed treated with cognitive therapy or pharmacotherapy”, *Archives of General Psychiatry* 38, 33-39.
- Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D., Lustman, P.L. (1984), therapy and pharmacotherapy, singly and together in the treatment of depression”, *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L., Wetzel, R.D. (1986), therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over 1 year”, *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.

Terapia interpersonală este utilă în cazul pacienților depresivi, nonpsihici, tulburare afectivă bipolară, tratați în regim ambulator. Inițial, aceasta a fost terapie de scurtă durată, ulterior fiind utilizată și ca terapie de menținere pentru depresie recurentă. Se poate folosi atât individual, cât și în asociere cu antidepressivă. În cadrul acestei terapii se face apel la strategii orientate spre simptomatologia depresivă, focalizarea pe probleme-țintă, ameliorarea relațiilor personale, prevenirea recăderilor. Este o formă de tratament care și-a dovedit eficiența atât în tratarea episoadelor depresive acute, cât și în prevenirea sau amânarea unor episoade ulterioare.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm :

- Cornes, C.L., Frank, E. (1984), „Interpersonal psychotherapy for depression”, *Clinical Psychologist*, 47(3), 9-10.
- Frank, E. (1991), „Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment with recurrent depression”, *Psychotherapy*, 28, 259-266.

#### IV. Problemele legate de sănătate

Dintre problemele de sănătate, cele luate în discuție sunt:

- cefaleea;
- sindromul intestinului iritabil;
- durerea;

- maladia Raynaud; fumatul.

### *Cefaleea*

Peste 90% din oameni spun că cel puțin o dată pe an îi doare capul. Când aceste dureri sunt frecvente și severe, cum este cazul migrenelor de tipul tensiunii cronice, acestea pot afecta profund viața persoanei respective. În cazul unui număr mic de persoane, aceste dureri ajung să ducă la dizabilitate severă.

Un tratament eficient în cazul cefaleei este terapia comportamentală. Există, de asemenea, unele dovezi care arată că și biofeedbackul caloric însoțit de antrenamentul autogen duc la rezultate pozitive în cazul acestor afecțiuni.

### *Sindromul intestinului iritabil*

Sindromul intestinului iritabil este o tulburare funcțională care constă în prezența relativ continuă a durerii abdominale sau a crampelor. De asemenea, pot apărea tulburări de tranzit intestinal ca diareea, constipațiile sau o combinație a celor două. În astfel de cazuri, este necesară examinarea de către un medic gastroenterolog, pentru a elimina posibilitatea prezenței altor tulburări cu simptomatologie asemănătoare.

În cazul sindromului intestinului iritabil, un tratament eficient este terapia comportamentală multicomponențială (Programul Albany pentru sindromul intestinului iritabil).

În cadrul programului Albany pentru sindromul intestinului iritabil, protocolul de tratament cuprinde: monitorizarea simptomatologiei gastrointestinale, educarea pacientului cu privire la funcționarea aparatului digestiv, contracararea asumării rolului de bolnav, în plus, se utilizează relaxarea progresivă musculară și biofeedbackul caloric pentru a crește sentimentul de control al pacientului asupra funcțiilor biologice, precum și restructurări cognitive orientate spre corectarea distorsiunilor din gândire, cu impact asupra stării de anxietate. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Blanchard, E.B., Greene, B., Scharff, L., Schwarz-McMorris, S.P. (1993), „Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome”, *Biofeedback and Self-Regulation*, 18, 125-132.
- Greene, B., Blanchard, E.B. (1994), „Cognitive therapy for irritable bowel syndrome”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 576-582.
- Payne, A., Blanchard, E.B. (1995), „A controlled comparison of cognitive therapy and self-help support groups in the treatment of irritable bowel syndrome”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 779-786.

### *Durerea*

Durerea discutată aici este cauzată de unele afecțiuni somatice cronice, cum sunt bolile reumatice sau unele forme de anemii hemolitice cu transmitere ereditară. În cazul unor astfel de afecțiuni, experiențierea frecventă a durerii poate diminua calitatea vieții persoanelor afectate. Durerea poate accentua anxietatea, depresia și sentimentele de neajutorare. De asemenea, anxietatea și depresia pot determina apariția sau intensificarea durerii.

Terapia cognitiv-comportamentală multi-componențială s-a dovedit a fi un tratamente eficient pentru durerea apărută în cazul bolilor reumatice; de asemenea, unele da sugerează că această formă de tratament ar duce la rezultate pozitive și în cazul anumiți forme de anemii hemolitice cu transmitere ereditară. Există și date care arată că dureri cronică ar putea beneficia și de terapia comportamentală multi-componențială, biofeedbackul EMG, terapia cognitiv-comportamentală, asociate cu fizioterapie. De asemenea terapia cognitiv-comportamentală ar putea fi eficientă în cazul durerii lombare cronic

Terapia cognitiv-comportamentală în controlul durerii pleacă de la un model cognitiv-comportamental propus de Turk *et al.* (Turk *et al.*, *Pain and Behavioral Medicine: Cognitive-Behavioral Perspective*, Guilford Press, New York, 1983). Conform acest model, durerea constituie o experiență complexă, implicând aspecte de ordin fiziologic cognitiv, afectiv și comportamental. Tratamentul propus are trei componente de bază; (1) educarea pacientului și conceptualizarea durerii; (2) formarea de abilități de coping și (3) implementarea și menținerea abilităților de coping dobândite. Dintre studii empirice asupra eficienței acestui tratament în cazul durerii cronice enumerăm:

- Bradley, L.A., Young, L.D., Anderson, K.O., Turner, R.A., Agudelo, C.J., McDaniel, L.K., Pisko, E.J., Semble, E.J., Morgan, T.M. (1987), „Effects psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month follow-up”, *Arthritis și Rheumatism*, 30(10), 1105-1114.
- Keefe, F.J., Caldwell, D.S., Williams, D.A., Gil, K.M., Mitchell, D., Roberts C, Martinez, S., Nunley, J., Beckham, J.C., Helms, M. (1990), „Pain coping ski training in the management of osteoarthritic knee pain: A comparative study” *Behavior Therapy*, 21, 49-62.
- Syrjala, K.L., Donaldson, G.W., Davies, M.W., Kippes, M.E., Carr, J.E. (199): „Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled clinical trial”, *Pain*, 63, 189-198.
- Turner, J.A., Clancy, S. (1988), „Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 261-266.

#### *Maladia Raynaud*

Maladia Raynaud afectează vasele de sânge din degete, urechi și nas și se datorează îngustării capilarelor din aceste zone. La expunerea la căldură, se observă depigmentarea pielii, iar uneori pacienții acuză și senzații de furnicături sau amorțeală în zona afectată. Dacă aceste manifestări continuă, ele pot deveni dureroase sau cauza ulcerării la nivelul pielii.

Datele existente indică biofeedbackul caloric ca formă de tratament eficientă în cazul maladii Raynaud.

#### *Fumatul*

Din cauza efectelor negative pe care fumatul le are asupra sănătății persoanelor care practică, multe dintre acestea încearcă să renunțe, însă dependența de nicotină este dificil de depășit. Majoritatea persoanelor care încearcă să se lase de fumat își reiau obiceiul încă din primul an. Datele existente arată că reducerea treptată a fumatului combinată cu terapia comportamentală multi-componențială constituie un tratament eficient pentru persoanele care doresc să renunțe la fumat.

### V. Tulburările alimentare

Tulburările alimentare presupun adoptarea unor comportamente alimentare sau metode de dietă deviante. Printre acestea se numără înfometarea intenționată sau ingestia unor cantități exagerate de alimente (alimentarea compulsivă). Persoanele afectate de aceste tulburări se gândesc excesiv la mâncare, greutate, aspect corporal sau alimente ; ele pot fi atât normoponderale, cât și supra- sau subponderale. Întrucât tulburările alimentare pot duce la probleme medicale severe, este indicat ca pacienții afectați de aceste tulburări să consulte un medic sau un specialist în sănătate mentală specializat pe astfel de probleme.

Tulburările alimentare abordate în continuare sunt:

- tulburarea de alimentare compulsivă;
- bulimia nervoasă;
- obezitatea.

#### *Tulburarea de alimentare compulsivă (Binge eating disorder)*

Mulți oameni simt uneori că mănâncă mai mult decât ar trebui. În tulburarea de alimentare compulsivă, persoana afectată ingerează frecvent cantități excesive de alimente. Un astfel de episod compulsiv este dublat de sentimentul pierderii controlului asupra propriei alimentații; ulterior episodului, deseori persoana trăiește sentimente de rușine, dezgust, deprimare sau culpă.

Datele de până în prezent arată că tratamentele eficiente în cazul tulburării de alimentare compulsivă sunt terapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală.

#### *Bulimia nervoasă*

Bulimia nervoasă cuprinde episoade frecvente de alimentare compulsivă, dublate de efortul de a contracara efectul alimentării compulsive. Astfel de încercări includ : vomă autoprovocată, înfometarea, exercițiile fizice dure, utilizarea de medicamente (de exemplu, laxative).

În prezent, există dovezi care arată că cel mai eficient tratament în bulimia nervoasă este terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, unele date sugerează că terapia interpersonală ar fi, de asemenea, eficientă în tratamentul acestei tulburări.

În bulimia nervoasă, terapia cognitiv-comportamentală pleacă de la un model care accentuează atât importanța factorilor cognitivi, cât și a celor comportamentali în menținerea acestei tulburări. Tratamentul vizează, pe lângă eliminarea comportamentelor de alimentare compulsivă și eliminare, revenirea la patternurile de alimentare normale, corectarea gândurilor și emoțiilor disfuncționale referitoare la semnificația personală a aspectului fizic, precum și limitarea perfecționismului și a gândirii dihotomice (vezi Wilson, G.T., „Cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa", *The Clinical Psychologist*, 50, 10-12, 1997).

Terapia interpersonală este o formă scurtă de psihoterapie, non-interpretativă și non-directivă, centrată pe contextul interpersonal, și care are ca obiectiv principal ajutorarea pacientului în a-și identifica și modifica problemele interpersonale curente, întrucât principiile sale de bază o fac incompatibilă cu terapia cognitiv-comportamentală propriu-zisă, unii autori (Fairburn, C.G., *Overcoming Binge Eating*, Guilford Press,

New York, 1995) o folosesc în combinație cu programe de terapie autoadministă (*self-help*) bazate pe abordarea cognitiv-comportamentală. Dintre studiile empirice asu eficienței acestui tratament enumerăm:

- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Con M.E., Burton, L, Hope, R.A. (1991), „Three psychological treatments for buli nervosa: a compative trial", *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., O'Connor, M. (19 „Psychotherapy and bulimia nervosa: the longer-term effects of interpersonal psy therapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy", *Archives of Ger Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M., Cooper, P.J. (1986), „A compasion o psychological treatments for bulimia nervosa", *Behaviour Research and Therapy* 629-643.

#### *Obezitatea*

în mod curent, obezitatea se consideră a fi prezentă atunci când individul are cu 20 mai mult peste greutatea corporală recomandată pentru o anumită înălțime. în pr este general recunoscut faptul că obezitatea reprezintă un pericol pentru său individului. Datele statistice arată că tot mai multe persoane din SUA sunt afect această problemă.

Terapia comportamentală constituie tratamentul de elecție în cazul obezității, adulți, cât și la copii. Există și unele date care sugerează că o combinație de cognitiv-comportamentală și hipnoză ar avea, de asemenea, efecte pozitive în t obezității.

#### **VI. Dependența de substanțe**

Dependența de alcool și droguri constituie probleme majore pentru toate per implicate. De multe ori, familii întregi sunt distruse și cariere promițătoare Mulți dintre cei care au ajuns să fie dependenți de alcool sau droguri încearc moment dat să renunțe, însă dependența de substanțe este dificil de depășit, în continuare, vor fi abordate următoarele probleme:

- abuzul și dependența de alcool;
- abuzul și dependența de cocaină;
- abuzul și dependența de heroină;

abuzul și dependența de tranchilizante ușoare.

#### *Abuzul și dependența de alcool*

Alcoolul este substanța cea mai utilizată în SUA, aproape 90% dintre adulți cons Alcoolul reduce activitatea sistemului nervos, cu impact negativ asupra capac raționa, dispoziției afective, timpului de reacție, coordonării motrice și cap; concentrare. Consumul moderat de alcool poate afecta capacitatea individ reacționa corespunzător în mediul social și profesional. Pe de altă parte, excesiv de alcool poate duce la instalarea comei sau a unei stări de stupeoare, lung, consumul de alcool se poate solda cu boli hepatice și tulburări mnezic

Există câteva abordări care și-au dovedit eficiența în tratamentul problemelor severe cauzate de consumul de alcool. Dintre acestea, tratamentul comportamental de expunere la amorse, antrenamentul pentru formarea de abilități sociale, Proiectul CALM și Programele Comunitare.

#### *Abuzul și dependența de cocaină*

Cocaina este o substanță care provine din planta de coca. Consumul acesteia produce sentimente intense de fericire și stare de bine, generând totodată și o puternică dependență. Abuzul de cocaină are efecte negative asupra capacității persoanei de a-și efectua activitățile zilnice, precum și asupra relațiilor interpersonale. Încetarea bruscă a consumului acestei substanțe este însoțită de simptome de sevraj, ca oboseala accentuată, coșmarurile, problemele de somn, agitația psihomotorie și apetitul crescut.

Pentru dependența de cocaină, cel mai eficient tratament s-a dovedit a fi terapia comportamentală. Totodată, prevenirea reluării consumului de cocaină după încheierea tratamentului poate fi eficient abordată prin intermediul unui program de terapie cognitiv-comportamentală pentru prevenirea recăderilor.

#### *Abuzul și dependența de heroină*

Heroina aparține unei categorii de stupefiante numite opioide, dintre care mai fac parte morfina, codeina și metadona. Efectele consumului de heroină includ senzația de somn, vorbire îngreunată, probleme de atenție și memorie, micșorarea pupilelor și reacție scăzută la stimulii din mediu. Abuzul de heroină are efecte negative asupra capacității persoanei de a efectua corespunzător sarcinile cotidiene.

Datele existente până în prezent indică terapia dinamică de scurtă durată și terapia cognitivă ca tratamente eficiente în cazul abuzului și dependenței de heroină.

#### *Abuzul și dependența de tranchilizante ușoare*

Tranchilizantele ușoare sunt utilizate în tratamentul anxietății, atacului de panică și problemelor de somn. Un grup de tranchilizante ușoare care produc dependență este cel al benzodiazepinelor, printre care se înscriu următoarele substanțe : Xanax (alprazolam), Valium (diazepam), Ativan (lorazepam), Serax (oxazepam) și Klonopin (clonazepam).

Efectul acestor substanțe durează, de regulă, o perioadă scurtă de timp, ele producând dependență chiar și atunci când sunt prescrise de medic. Renunțarea bruscă la utilizarea acestora este însoțită de simptome de sevraj, ca transpirații, tremurul mâinilor, dificultăți de somn, senzație de greață, agitație și anxietate. De asemenea, folosirea acestor substanțe duce la toleranță, persoana trebuind să consume cantități tot mai mari pentru a obține același efect.

Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit eficientă în tratarea sevrajului la persoanele care au ajuns dependente de benzodiazepine în cursul tratamentului pentru atac de panică.



**VII. Tricotilomania**

Multe persoane prezintă obiceiuri nesănătoase cum ar fi rosul unghiilor, balansar picioarelor și a mâinilor sau smulgerea repetată a firelor de păr. Când smulgerea părul se soldează cu pierderea unei cantități însemnate de păr, este vorba de tricotiloman. Zonele de unde poate fi smuls părul includ scalpul, sprâncenele, genele și zona pubiene. Smulgerea compulsivă a părului poate surveni pe perioade scurte de timp și pe perioade mai lungi, dar mai rare. De obicei, această activitate este precedată de tensionare, frecvența episoadelor crescând în perioadele stresante. De regulă, persoanele afectate ascund acest obicei, evitând smulgerea părului de față cu persoanele străine în cazul tricotilomaniei, tratamentele eficiente includ tehnicile de dehabituare și dobândirea controlului.

**VIII. Problemele maritale**

Orice cuplu speră într-o relație perfectă. Din păcate, relațiile intime sunt deseori afectate de insatisfacție și de prezența conflictelor. Problemele care apar, de regulă, în cuplu sunt comunicarea deficitară între parteneri, stabilirea de scopuri diferite, înstrăinarea și infidelitatea.

Terapia comportamentală de cuplu constituie un tratament eficient în cazul problemelor maritale. De asemenea, există date care sugerează că terapia de cuplu focalizată pe emoție și terapia maritală orientată pe *insight* au un efect pozitiv asupra acestor probleme.

**IX. Disfuncțiile sexuale**

Dintre problemele de tip sexual, vor fi luate în discuție următoarele:

- lipsa sau pierderea dorinței sexuale la femei;
- tulburarea de orgasm a femeii;
- infracțiunile sexuale.

*Lipsa sau pierderea dorinței sexuale la femei*

Această tulburare se referă la diminuarea sau absența fanteziilor și a dorinței sexuale regulă apare la maturitate, în legătură cu dificultatea obținerii excitației și orgasmi evenimentele de viață stresante, problemele de cuplu sau afecțiunile psihice (mai ales depresia).

Unele date arată că un tratament eficient în cazul lipsei sau pierderii dorinței sexuale este „tratamentul combinat” al lui Hurlbert.

*Tulburarea de orgasm a femeii*

Tulburarea de orgasm a femeii se referă la amânarea sau imposibilitatea de a ajunge la orgasmul ulterior unei faze de excitație sexuală normală. Întrucât există o variabilitate în ceea ce privește tipul și intensitatea stimulării necesare pentru orgasmul, diagnosticarea tulburării se face doar atunci când răspunsul sexual este sub ceea ce se consideră normal având în vedere vârsta, experiența sexuală și tipul de stimulare. De cele mai multe ori, tulburarea de orgasm afectează negativ încrederea în corporală, stima de sine și satisfacția unei relații.

Terapia sexuală a lui Masters și Johnson s-a dovedit a fi un tratament eficient în cazul tulburării de orgasm a femeii.

#### *Infracțiunile sexuale*

Infracții sexuale sunt de regulă bărbați, care adoptă comportamente sexuale inadecvate, printre care violul, abuzul sexual asupra minorilor, exhibiționismul și incestul.

În cazul acestor persoane, cele mai bune rezultate s-au obținut prin intermediul modificărilor comportamentale.

#### *X. Schizofrenia și alte tulburări psihice severe*

Schizofrenia și celelalte tulburări psihice severe presupun, de regulă, prezența simptomelor psihotice, printre care delirul, halucinațiile (vizuale și auditive), derealizarea, comportamentul dezorganizat, vorbirea dezorganizată și aplatizarea afectivă.

Există date care arată că, în cazul schizofreniei și al tulburărilor psihice severe, cele mai eficiente forme de intervenție sunt (ele sunt adjuvante tratamentului medicamentos): terapia de familie de orientare cognitiv-comportamentală, terapia cognitiv-comportamentală, antrenamentul pentru formarea abilităților sociale, precum și susținerea la locul de muncă.

Intervenția psihosocială joacă un rol critic în tratamentul persoanelor cu schizofrenie. Pe parcursul ultimilor 15 ani, s-au înregistrat progrese importante în elaborarea intervențiilor de familie, acestea având următoarele caracteristici comune: (1) un accent deosebit se pune pe educarea pacientului și a familiei acestuia în privința particularităților bolii sale și principiilor terapeutice; (2) familia este tratată ca și aliat, fiind descurajate sentimentele de culpă sau învinovățire a celui alt; (3) la începutul tratamentului se organizează o întâlnire cu familia pacientului, astfel de întâlniri fiind organizate ulterior periodic; (4) intervenția este de lungă durată, de regulă mergându-se până la doi ani; (5) familiile beneficiază de asistență în îmbunătățirea abilităților de coping și de comunicare (6) se folosesc echipe de intervenție multidisciplinare, membrii acestora lucrând în strânsă colaborare și (7) este urmărit îndeaproape tratamentul medicamentos și se fac eforturi pentru maximizarea compliancei la acesta. Dintre studiile empirice asupra eficienței intervenției de familie în schizofrenie enumerăm:

- Gingerich, S.L., Bellack, A.S. (1995), „Research-based family interventions for the treatment of schizophrenia”, *The Clinical Psychologist*, 48, 24-27.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Sturgeon, D. (1985), „A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: Two-years follow-up”, *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Xiong, W., Phillips, R., Hu, S., Wang, R., Dai, Q., Kleinman, J., Kleinman, A. (1994), „Family-based intervention for schizophrenic patients in China: A randomized controlled trial”, *British Journal of Psychiatry*, 165, 239-247.

**XI. Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în copilărie și adolescență**

Deși tulburările specifice adultului se regăsesc și în cazul copiilor (de exemplu, de anxietatea), adeseori, acestea au manifestări tipice vârstei; de pildă, anxietatea *i* ca anxietate de separare. În plus, apar probleme legate de activitățile și rigorile resj perioade de dezvoltare ; astfel, în condiții de stres, copiii adoptă uneori comport specifice unei vârste mai mici decât vârsta lor cronologică, refuză să meargă la etc. Dintre problemele apărute în copilărie și adolescență, vor fi luate în < următoarele: anxietatea de separare;

- encoprezis;
- enurezis;
- comportamentul opoziționist, provocator.

*Anxietatea de separare*

Acest tip de anxietate se manifestă printr-o teamă intensă de abandon, de a fi sej părinți sau alți membri ai familiei, de a fi răpit sau pierdut, de a pierde o persoană sau apropiată, precum și de dificultăți marcante în a dormi departe de casă și j coșmarurilor. Aceste frici sunt însoțite de acuze somatice, ca dureri de stomac, d cap etc, ce apar atunci când copilul urmează să plece la bunici sau să fie temporar de părinți. De regulă, astfel de simptome se dezvoltă ulterior unui ev neplăcut din viața copilului, cum ar fi moartea unei persoane apropiate sau a unu preferat, începerea școlii sau mutarea la o altă școală, mutarea la un alt dom boală somatică.

Există date care arată că terapia cognitiv-comportamentală este eficientă în trai anxietății de separare.

*Encoprezis*

Encoprezisul se referă la incapacitatea de continență a fecalelor, soldată cu em scaune în situații inadecvate (pe haine, în pat etc). Starea poate reprezenta o ce anormală a incontinenței infantile sau poate constitui o pierdere a incontinenței u achiziției controlului sfincterian.

Unele date indică modificările comportamentale ca fiind un tratament el cazul encoprezisului.

*Enurezis*

Enurezisul se referă la incapacitatea de retenție urinară, emisia de urină sur timpul zilei sau pe parcursul nopții, în situații inadecvate (pe haine, în pat etc poate reprezenta o continuare anormală a incontinenței infantile sau poate c< pierdere a incontinenței ulterioară achiziției controlului urinar.

Datele existente indică clar eficiența intervenției comportamentale în tr: enurezisului. Acest tip de terapie implică, de regulă, utilizarea de alarme ( semnale sonore) ce semnalizează prezența urinei pe haine sau în pat, precum și părinților. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestei forme de terapie en

- Houts, A.C., Berman, J.S., Abramson, H. (1994), „The effective of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 737-745.
- Houts, A.C., Liebert, R.M., Padawer, W. (1983), „A delivery system for the treatment of primary enuresis", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 513-519.
- Houts, A.C., Peterson, J.K., Whelan, J.P. (1986), „Prevention of relapse in Full Spectrum home training for primary enuresis: A components analysis", *Behavior Therapy*, 17, 462-469.
- Houts, A.C., Whelan, J.P., Peterson, J.K. (1987), „Filmed vs. live delivery of full-spectrum home training for primary enuresis : Presenting the information is not enough", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 902-906.

#### *Comportamentul opoziționist, provocator*

Comportamentul opoziționist apare atât la preșcolari, cât și la adolescenți și se manifestă prin: pierderea controlului, certuri cu părinții sau profesorii, furie și iritare, blamarea altora pentru propriile greșeli, încăpățănare și refuzul de a face compromisuri, refuzul de a respecta reguli, precum și iritarea intenționată a celor din jur. Acest comportament se manifestă, de regulă, acasă, însă poate apărea și la școală sau în public.

Tratamentul dovedit eficient în cazul comportamentului opoziționist este trainingul părinților. În cadrul acestuia, părinții își formează deprinderi care să îi ajute să facă față comportamentului copiilor; pregătirea include familiarizarea cu principiile învățării sociale și a tehnicilor derivate. Terapeutul oferă o scurtă expunere a conceptelor de bază și tehnicilor propuse, ghidând apoi părinții în implementarea acestor proceduri. Modelele de interacțiune și procedurile învățate în cadrul ședințelor sunt ulterior aplicate acasă. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestei forme de terapie enumerăm :

- Dumas, J.E. (1989), „Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches", *Clinical Psychology Review*, 9, 197-222.
- Forehand, R., Long, N. (1988), „Outpatient treatment of the acting-out child: Procedures, long term follow-up data and clinical problems", *Advances in Behavior Research and Therapy*, 10, 129-177.
- Long, P, Forehand, R., Wierson, M., Morgan, A. (1994), „Does parent training with young non-compliant children have long term effects?", *Behaviour Research and Therapy*, 32, 101-107.
- Miller, G.E., Prinz, R.J. (1990), „Enhancement of social learning family inter-ventions for child conduct disorder", *Psychological Bulletin*, 108, 291-307.

## ANEXA5

### Regulament de Organizare a Programelor Formative ale Asociației de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)

#### 5.1. Prezentarea programelor de formare profesională inițială și continuă în psihoterapii cognitive și comportamentale

##### **Aprobat de Comisia Profesională și de Conducerea APCCR**

##### **I. Introducere**

Formarea în psihoterapii cognitive și comportamentale, *inițială și/sau continuă*, este organizată pe baza unui *Protocol de Colaborare*, nr. 12396 din 04.10.2005, încheiat între *Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)* și *Institutul Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată al Universității „Babeș-Bolyai” (International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health)*.

*Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)*, [http : //www.psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro)), numită până în 2005 Asociația de Hipnoză și Psihoterapie Cognitiv-

Comportamentală din România (APCCR), oferă girul profesional al programelor formative prin: (1) *European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT)* - unde APCCR este reprezentant național; (2) *Albert Ellis Institute (AEI), USA* - APCCR este centru de formare al AEI - și (3) *Academy of Cognitive Therapy (ACT), USA* - APCCR este centru de formare al ACT; Partea I a Aplicației la ACT. APCCR este acreditată național de către *Colegiul Psihologilor din România (CPR)* și *Federația Română de Psihoterapie (FRP)* pentru formare în psihoterapii cognitive și comportamentale. APCCR are sediul în str. Mihail Kogălniceanu nr. 1, Cluj-Napoca, România, este asociație non-profit cu scop educativ și de formare în psihoterapie, persoană juridică română înființată în baza încheierii Civile nr. 8016/23.10.2000, pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca. În baza statutului propriu (art. 7 lit. 3), APCCR poate derula programe de formare și educație în psihoterapii cognitive și comportamentale.

*Institutul Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată al Universității „Babeș-Bolyai” (Institutul Internațional)*, [http : //www.psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro)) este structura care oferă girul științific, precum și structura organizatoare și agentul financiar al formării. Dacă formarea are loc în alte locații decât Cluj-Napoca, Institutul Internațional (și/sau APCCR) se poate asocia cu alte instituții/organizații în realizarea atribuțiilor sale, putându-le delega acestora organizarea și derularea aspectelor financiare legate de organizare, în condițiile legii. Institutul Internațional a fost înființat prin Hotărârea Senatului Universității „Babeș-Bolyai” în ședința din 31.05.2004, prin statutul aprobat în această ședință Institutul Internațional putând derula activități de formare și educație în psihoterapie.

*Temeiul Juridic al Programelor Formative ale APCCR este reprezentat de: (1) Legea nr. 213 din 27 mai 2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România; (2) Hotărârea de Guvern nr. 788/2005 privind normele metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România; (3) Încheierea Civilă nr. 8016/23.10.2000 pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca, privind înființarea Asociației de Psihoterapie Cognitivă și Comportamentale din România; (4) Hotărârea Senatului Universității „Babeș-Bolyai” nr. 20.321/07.06.2004 privind înființarea Institutului Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată (International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health). Modelul pentru *Contractul de Formare Inițială* este prezentat mai jos. Modelul pentru *Contractul de Formare Continuă* va fi elaborat la data organizării programelor formative specifice sub egida CPR.*

## **II. Comisia profesională**

*Comisia Profesională* a APCCR, propusă și aprobată de conducerea APCCR, este forul profesional și științific care răspunde de organizarea și de calitatea programelor formative ale APCCR.

*Comisia Profesională* este compusă din :

- *Președinte* : Daniel David, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, ACT, AEI, CPR, FRP);
- *Supervizori-formatori* (implicați în formarea specifică - cursuri, lucrări -, auto-cunoașterea și dezvoltarea personală, supervizare-formare) :
  - Oana Benga, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT);
  - Irina Holdevici, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP);
  - Bogdan Ion, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (CPR, FRP);
  - Steve Johnson, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, AEI);
  - James McMahon, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, AEI);
  - Mircea Miclea, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, NACBT);
  - Viorel Lupu, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT);
  - Bianca Macavei, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT);
  - Adrian Opre, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT);
  - Simona Popa, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, AEI);
  - Aurora Szentagotai, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, AEI, CPR, FRP).

*Comisia Profesională* beneficiază în cursul programelor formative organizate de giru științific/profesional și de aportul specific al membrilor din străinătate ai Institutului Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată:

- dr. David H. Barlow, Boston University (SUA);
- dr. Aaron T. Beck, Pennsylvania University (SUA);
- dr. Michael Broder, Albert Ellis Institute (SUA);
- dr. Frank Dattilio, Harvard Medical School (SUA);
- dr. Raymond DiGiuseppe, St. John's University (SUA);
- dr. Thomas Dowd, Kent State University (SUA);
- dr. Windy Dryden, London University (Marea Britanie);
- dr. Albert Ellis, Albert Ellis Institute (SUA);
- dr. Arthur Freeman, University of Saint Francis (SUA);
- dr. David Haaga, American University (SUA);
- dr. Philip Kendal, Temple University (SUA);
- dr. Irving Kirsch, Plymouth University (Marea Britanie) ;
- dr. Scott Lilienfeld, Emory University (SUA);
- dr. Steven Jay Lynn, SUNY at Binghamton (SUA);
- dr. Donald Meichenbaum, Waterloo University (Canada);
- dr. Ann Vernon, Albert Ellis Institute (SUA);
- dr. Jeffrey Young, Columbia University (SUA).

### **III. Programele de formare inițială**

#### **1. Prezentare generală**

Formarea în psihoterapii cognitive și comportamentale se face în trei școli/forme difer

- psihoterapie cognitivă (*Cognitive Therapy* - CT) ;
- psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală (*Rațional Emotive Beha Therapy* - REBT);
- terapie comportamentală (*Behavior Therapy* - BT).

Formarea este integrativă incluzând și alte strategii cognitiv-comportamentale exemplu, de terapie multimodală). Indiferent de școală/formă, programul de formare structura de mai jos, curriculum-ul fiind adaptat fiecărei școli/forme de psihote cognitive și comportamentale.

Certificarea (certificatul) se face de către APCCR în „Psihoterapii Cognitive Comportamentale” ; adițional se va elibera și un supliment de certificat indicând șc forma specifică de psihoterapii cognitive și comportamentale.

Posesorul acestui certificat se poate adresa, pentru atestare, la organisme naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu. Pentru atestare în țai trebuie respectate specificațiile Legii nr. 213/2004 ale Hotărârii de Guvern nr. 788/ normele Colegiului Psihologilor din România, precum și alte prevederi legale în vi în funcție de profesia (pregătirea) de bază a cursantului.

#### **2. Structura programului de formare inițială**

Programul de formare inițială este organizat modular, pe patru module/niveluri. C nentele sale, numărul de ore alocate fiecărei componente, inclusiv modalita

implementare (de exemplu, modul de organizare al cursurilor/lucrărilor, al supervizărilor, al autocunoașterii și dezvoltării personale etc.) și de echivalare a orelor în cazul fiecărei componente, sunt organizate conform *standardelor internaționale generale (EABCT și European Association for Psychotherapy - EAP; European Association for Counselling -EAC) și specifice (ACT, AEI) de formare în psihoterapii cognitive și comportamentale (adaptate și standardelor naționale: CPR, FRP)*

:

- pregătire specifică în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (500 + ore pentru consiliere psihologică ; 600 + ore pentru psihoterapie);
- eligibilitate: psihologi (și asimilați), medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi; ne-psihologii trebuie să-și completeze studiile universitare cu un pachet de discipline de specialitate stabilit prin Normele de Atestare ale CPR ([www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)) înainte de înscrierea la Modulul 3 (Partea B);
- autocunoaștere și dezvoltare personală (202 ore pentru consiliere psihologică; 262 de ore pentru psihoterapie);
- practică clinică supervizată (2-3 ani pentru consiliere psihologică, respectiv 3-4 ani pentru psihoterapie, în funcție de evoluția cursantului);
- supervizare directă (100 de ore pentru consilierea psihologică ; 200 de ore pentru psihoterapie).

Primele două module, Modulul Primar și Modulul Avansat, sunt module de introducere primară și avansată în consiliere psihologică și/sau psihoterapii cognitive și comportamentale. Parcurgerea lor este o precondiție pentru admiterea în cadrul Modulului 3, la nivelul căruia începe formarea inițială în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale.

După ce a fost acceptat la Modulul 3 (Partea B), cursantul este certificat în calitate de consilier psihologic (doar pentru psihologi și cei asimilați), respectiv psihoterapeut, *practisant* în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (la cerere, aceștia devin membri ai APCCR). Pe baza acestei certificări, cursantul se poate adresa, pentru atestare, la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu. La absolvirea Modulului 3 (Partea B) cursantul este certificat în calitate de consilier psihologic (doar pentru psihologi și cei asimilați), respectiv psihoterapeut, *specialist* în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale. Pe baza acestei certificări, cursantul se poate adresa, pentru atestare, la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu. Cursantul care nu finalizează programul de formare în termen de patru ani de la data încheierii contractului pentru Modulul 3 (Partea B) va primi o adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate (a) fără a fi certificat în consiliere psihologică, respectiv psihoterapii cognitive și comportamentale și (b) fără a i se returna taxele plătite până la acea dată, taxe al căror quantum acoperă activitățile la care a participat cursantul; în acest caz, numărul de ore poate fi recunoscut și continuat în cadrul altor programe de formare organizate de alte organizații profesionale naționale sau internaționale.

La absolvirea Modulului 4, cursantul este certificat în calitate de consilier psihologic (doar pentru psihologi și cei asimilați), respectiv psihoterapeut *principal* în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale, având calitatea de formator--supervizor. Pe baza acestei certificări, cursantul se poate adresa pentru atestare la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu.

Înscrierea într-un modul de formare nu garantează absolvirea acestuia; absolvirea depinde de promovarea (succesul) la examene și în cursul activităților de supervizare.



Cunoașterea limbii engleze este o condiție obligatorie pentru participarea la programe de formare, deoarece mare parte din cursuri/lucrări sunt în limba engleză ca urmare a faptului că formarea este organizată în colaborare cu instituții internaționale. Cursa care nu finalizează un modul de formare (din motive proprii sau ca urmare a nereușitei la examenul scris/supervizare) va primi o adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate, fără a fi certificat în consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală la nivelul modulului studiat și fără a se returna taxele plătite a căror cuantum acoperă costurile activităților la care a participat cursantul). Înscrierea într-un modul superior este condiționată de absolvirea modulului anterior; în cauză justificată profesional, APCCR poate face excepții de la această regulă, cu aprobarea președintelui Comisiei Profesionale.

Organizarea modulelor de formare (numărul lor anual, locația, numărul de cursanți acceptați și condițiile de selectare a lor) ține exclusiv de decizia Comisiei Profesionale APCCR, care va lua în calcul resursele proprii și cererea pieței. Formarea este organizată pe o structură piramidală, astfel încât nu este garantată absolvirea celor înscriși la diverse module, numărul modulelor superioare este mai mic decât numărul modulelor primare; se face în funcție de performanțele cursanților la examene. Dacă, după plata unei taxe de participare la un modul, cursantul nu mai participă la modulul respectiv, atunci returnează cursantului, pe baza unei cereri scrise și adresate Institutului Internațional 75% din taxa achitată.

*Toate responsabilitățile care decurg din relația cursantului cu clienții/pacienții revin acestuia, în baza profesiei pe care o are, și instituției în care își desfășoară activitatea. Formatorii/supervizorii sunt responsabili doar pentru calitatea informațiilor științifice, declarative și procedurale, oferite cursantului pe parcursul programului de formare (curs, lucrări, supervizare etc).*

### **Nivelul 1. Modulul Primar de introducere în consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală**

*Eligibilitate* : psihologi, medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi (la nivel de licență) sau studenți în ultimii ani de studiu în aceste domenii. Ne-psihologii trebuie să completeze studiile universitare cu un pachet de discipline de specialitate stabilite prin Normele de Atestare ale CPR ([www.copsi.ro](http://www.copsi.ro)), înainte de înscrierea la nivelul Modulului 3 (Partea B).

*Obiective*: introducere în consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale.

*Durață*: 3/4 zile.

*Structură*:

(a) formare specifică în consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală (114 ore):

- cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (14 ore):

- o introducere în consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală (8 ore):
  - diagnostic și evaluare clinică ;
  - conceptualizare clinică;
  - tehnici de intervenție ; prezentare generală;
  - relația terapeutică și evaluarea rezultatelor intervenției;

o consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale în contextul științelor cognitive (3 ore):

- modelul ABC cognitiv și comportamental;

o rezistențe la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale (3 ore);

• studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie : 100 de ore ; echivalare :

1 oră =15 pagini);

(b) autocunoaștere și dezvoltare personală (10 ore):

• organizată în grup, prin supervizare directă (10 ore).

*Rezultate pentru participanți:* cunoștințe specifice referitoare la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

*Certificarea :* prin examen scris și supervizare. Se va elibera adeverință de participare (20 de Credite Educaționale - CE).

*Taxa :* 150 de euro. Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

## **Nivelul 2. Modulul Avansat de introducere în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale**

*Eligibilitate :* psihologi, medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi (la nivel de licență) sau studenți în ultimii ani de studiu în aceste domenii. Absolvirea Modulului Primar condiționează înscrierea la Modulul Avansat (se pot face excepții, cu aprobarea președintelui Comisiei Profesionale, pentru înscrierea directă la nivelul Modulului Avansat, pe baza analizei activității profesionale a candidatului).

*Obiective :* aprofundarea studiului în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale.

*Durată:* 3/4 zile.

*Structură:*

(a) formare specifică în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale

(164 de ore):

• cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (14 ore):

o studiu avansat al consilierii psihologice/psihoterapiilor cognitive și comportamentale (6 ore):

- diagnostic și evaluare clinică;

- conceptualizare clinică;

- tehnici de intervenție ;

- relația terapeutică și evaluare rezultatelor intervenției;

o particularități ale consilierii psihologice/psihoterapiilor cognitive și comportamentale la copil și adolescent (4 ore);

o personalitatea și tulburările de personalitate în perspectivă cognitiv-com-portamentală (4 ore);

• studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie: 150 ore; echivalare 1 oră =15 pagini);

(b) autocunoaștere și dezvoltare personală (62 de ore):

• organizată în grup, prin supervizare directă (12 ore);

• autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (50 de ore):

o de la primul modul până la al doilea, cursanților li se cere ca săptămânal să analizeze două situații problematice cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei

de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate de membri Comisiei Profesionale, iar rezultatele prelucrărilor sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă, organizată în grup la nivelul Modulului 2. *Rezultate pentru participanți*: cunoștințe specifice avansate referitoare la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

*Certificarea* : prin examen scris și supervizare. Se va elibera adeverință de participare (20 de CE).

*Taxa* : 200 de euro. Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

### **Nivelul 3. Modul de Formare Inițială în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale**

*Eligibilitate* : psihologi, medici psihiatri, asistenți sociali-, pedagogi, teologi (la nivel de licență); aceștia trebuie să prezinte o dovadă că sunt angajați într-o instituție în care oferă/pot oferi servicii de intervenție psihologică și au ocazia de a lucra în echipă interdisciplinară (de exemplu, psihologi, medici, asistenți sociali etc). Parcurgerea Modulului Avansat condiționează înscrierea la Modulul de Formare Inițială (se pot face excepții, cu aprobarea președintelui Comisiei Profesionale, pentru înscrierea directă la nivelul Modulului de Formare Inițială, pe baza analizei activității profesionale a candidatului) .

*Obiective* : aprofundarea studiului profesional în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale.

*Structura* : modulul 3 are două părți: *partea A* și *partea B*

*PARTEA A Durată*: 3/4 zile.

(a) Formare specifică în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (218 ore):

- cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (18 ore):
  - o organizarea ședințelor și etapelor de consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală (3 ore);
  - o analize de caz (video) (15 ore echivalente);
  - studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie : 200 de ore ; echivalare: 1 oră = 15 pagini).

(b) Autocunoaștere și dezvoltare personală (80 de ore):

- autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (50 de ore):

o de la al doilea modul până la al treilea, cursanților li se cere ca, săptămânal, să analizeze două situații problematice cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate, iar rezultatele prelucrărilor sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă, organizată individual de către supervizorul alocat fiecărui cursant;

o diagnostic și evaluare (30 de ore): cursanții completează o baterie de probe psihologice (14) acoperind aspectele cognitive, comportamentale, emoționale și de personalitate, care sunt apoi cotate de supervizor/cursant și interpretați individual cu supervizorul propriu.

*Rezultate pentru participanți:* cunoștințe specifice avansate și proceduri referitoare la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

*Certificarea :* prin examen scris și supervizare. Se va elibera adeverință de participare (20 de CE).

*Taxa :* 200 de euro. Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

*După parcurgerea acestor etape, candidatul poate opta pentru formare în consiliere psihologică sau psihoterapie*

#### **PARTEA B**

**CONSILIERE PSIHOLAGICĂ** (accesibilă doar psihologilor și celor asimilați)

(1) Practică de consiliere psihologică supervizată (pe parcursul a doi-trei ani; minimum 500 de ore):

(a) Supervizarea directă va viza minimum 10 pacienți/clienti, din patru forme diferite de patologie/probleme psihologice (exclusiv psihopatologie), incluzând copii/ adolescenți și adulți. În două dintre cele 10 cazuri se abordează probleme legate de optimizare și dezvoltare personală, iar într-un caz, probleme de cuplu/familie/ terapie de grup. Toate ședințele desfășurate de cursant în cadrul programului de formare trebuie înregistrate audio, supervizorii alocați cursantului (și președintele Comisiei Profesionale sau cei desemnați de acesta) având acces și putând verifica randomizat orice înregistrare. Cursantul este puternic încurajat să utilizeze casete audio în temele/prescripțiile cognitiv-comportamentale pentru acasă date pacientului/clientului. Primele cazuri vor viza o patologie ușoară, urmând ca doar ultimele cazuri să includă patologie severă (de exemplu, asistența psihologică a bolnavilor terminali etc). *Cursantul este obligat să recomande (și să se asigure că este făcut) un examen medical pentru a se exclude condițiile medicale ale problemelor psihologice ale pacientului/clientului. Dacă în urma acestui examen se recomandă tratament medical, atunci tratamentul psihologic se va face fără a afecta tratamentul medical. Cursantul răspunde profesional pentru implementarea acestor indicații.*

(b) Fiecare cursant va avea doi supervizori diferiți, dintre care unul este răspunzător și pentru activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală a cursantului pe parcursul Modulului 3 (Partea B). Primul supervizor face supervizarea pentru primele 5 cazuri, iar al doilea, pentru următoarele 5 cazuri (cursantul poate avea maximum 2 cazuri simultane aflate în supervizare).

(c) La fiecare trei ședințe se va face un raport către supervizorul alocat cazului. Pentru primele trei ședințe se face un raport după fiecare ședință. Raportul are următoarea structură: (i) obiectivele fiecărei ședințe; (ii) metodele utilizate pentru atingerea obiectivelor; (iii) rezultatele obținute; (iv) dificultăți întâmpinate ; (v) planul pentru următoarele (trei) ședințe; (vi) descrierea succintă a experienței personale și autoevaluarea performanței în cadrul ședinței și a relației cu pacientul/clientul (1 „foarte slab” - 5 „foarte bine”). Începerea unei noi ședințe de consiliere după raport se face doar după primirea feedbackului și sugestiilor din partea supervizorului (prin discuție directă, e-mail sau telefon), în baza raportului primit. Dacă supervizorul alocat cazului nu poate fi contactat pentru a oferi sugestii, atunci va fi contactat celălalt supervizor, iar dacă și acesta

este indisponibil, cursantul îl va contacta pe conf. univ. dr. Daniel David înainte de următoarea ședință de consiliere psihologică. La cererea cursantului și în condiții stabilite de comun acord, și alte cazuri pot fi supervizate, contra cost, de membri ai Comisiei Profesionale, (d) în cursul practicii supervizate continuă activitatea de pregătire specifică în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală prin studiu individual supervizat (bibliografia accesibilă *on-line*, pe bază de parolă, pe situl Instituției Formatoare, <http://www.psychotherapy.ro>) și întâlniri/cursuri pentru studiu în grup (anunțate cu cel puțin o lună înainte).

(2) Supervizarea directă (echivalentul a minimum 100 de ore) :

(a) Se vor prezenta minimum 20 de casete audio înregistrate cu ședințe de consiliere psihologică (minimum două pentru fiecare caz); condițiile și momentul înregistrării vor fi stabilite cu fiecare supervizor în parte. Feedbackul va fi oferit prin întâlniri directe, individuale și în grup, și/sau mediate prin telefon/e-mail. Echivalarea orelor se face respectând normele internaționale de consiliere psihologică cognitivă și comportamentală: 2 ore/casetă cursant (autoanaliza ședinței prin prisma modelului cognitiv-comportamental); 2 ore/casetă supervizor; 1 oră/discuții cursant și supervizor. Supervizarea directă include și modul în care cursantul face evaluarea psihologică (de exemplu, utilizarea probelor psihologice) a cazurilor.

(3) Autocunoaștere și dezvoltare personală (50 de ore):

(a) Autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (50 de ore). Cursanților li se cere ca, săptămânal, să analizeze cea mai problematică situație cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate de supervizorul desemnat cu activitatea de autocunoaștere și dezvoltări personală; interpretările supervizorului sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă, individuală și în grup, organizată de către supervizorul alocat fiecărui cursant.

(4) Rezultate pentru participanți: cunoștințe și proceduri specifice avansate referitoare la consilierea psihologică cognitivă și comportamentală și la propria persoană.

(5) Certificarea: examen scris și supervizare. Se va elibera un certificat de consilii psihologic specialist în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală, dai sunt absolvite examenele scrise și supervizarea (60 de CE).

(6) Taxa: 400 de euro (plătită în rate după o schema agreată de Instituția Formatoare cursant). Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

#### PSIHOTERAPIE

(1) Practică de psihoterapie supervizată (pe parcursul a trei-patru ani; minimum 600 ore):

(a) Supervizarea directă va viza minimum 12 pacienți/clienți, din patru forme dife de patologie/probleme psihologice (inclusiv psihopatologie), incluzând copii/a leșenți și adulți. În două dintre cele 12 cazuri se abordează probleme legat optimizare și dezvoltare personală, iar într-un caz, probleme de cuplu/familie/ter: de grup. Toate ședințele desfășurate de cursant în cadrul programului de foni trebuie înregistrate audio; supervizorii alocați cursantului (și președir

Comisiei Profesionale sau cei desemnați de acesta) având acces și putând verifica randomizat orice înregistrare. Cursantul este puternic încurajat să utilizeze casete audio în teme/prescripțiile cognitiv-comportamentale pentru acasă date pacientului/clientului, în cazul psihopatologiei, primele cazuri vor viza o patologie ușoară, urmând ca doar ultimele cazuri să includă patologie severă (de exemplu, tulburări de personalitate, tulburare bipolară etc). *Cursantul este obligat să recomande (și să se asigure că este făcut) un examen medical pentru a se exclude condițiile medicale ale problemelor psihologice/psihopatologiei pacientului/clientului. Dacă în urma acestui examen se recomandă tratament medical, atunci tratamentul psihologic se va face fără a afecta tratamentul medical. Cursantul răspunde profesional pentru implementarea acestor indicații.*

(b) Fiecare cursant va avea doi supervizori diferiți, dintre care unul este răspunzător și pentru activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală a cursantului pe parcursul Modulului 3 (Partea B). Primul supervizor conduce supervizarea pentru primele 6 cazuri, iar al doilea pentru următoarele 6 cazuri (cursantul poate avea maximum 2 cazuri simultane aflate în supervizare).

(c) La fiecare trei ședințe se va face un raport către supervizorul alocat cazului. Pentru primele trei ședințe se face un raport după fiecare ședință. Raportul are următoarea structură: (i) obiectivele fiecărei ședințe; (ii) metodele utilizate pentru atingerea obiectivelor; (iii) rezultatele obținute; (iv) dificultăți întâmpinate; (v) planul pentru următoarele (trei) ședințe; (vi) descrierea succintă a experienței personale și autoevaluarea performanței în cadrul ședinței și a relației cu pacientul/clientul (1 „foarte slab” - 5 „foarte bine”). Începerea unei noi ședințe de psihoterapie după prezentarea raportului se face doar după primirea feedbackului și sugestiilor din partea supervizorului (prin discuție directă, e-mail sau telefon), în baza raportului primit. Dacă supervizorul alocat cazului nu poate fi contactat pentru a oferi sugestii, atunci va fi contactat celălalt supervizor, iar dacă și acesta este indisponibil, cursantul îl va contacta pe conf. univ. dr. Daniel David, înainte de următoarea ședință de psihoterapie. La cererea cursantului și în condiții stabilite de comun acord, și alte cazuri pot fi supervizate, contra cost, de membri ai Comisiei Profesionale.

(d) în cursul practicii supervizate continuă activitatea de pregătire specifică în psihoterapii cognitive și comportamentale prin studiu individual supervizat (bibliografia accesibilă *on-line*, pe bază de parolă, pe situl Instituției Formatoare: <http://www.psychotherapy.ro>) și întâlniri/cursuri pentru studiu în grup. (2) Supervizarea directă (echivalentul a minimum 200 de ore) :

(a) Se vor prezenta minimum 40 de casete audio înregistrate de ședințe psihoterapeutice (minimum trei pentru fiecare caz); condițiile și momentul înregistrării vor fi stabilite cu fiecare supervizor în parte. Feedbackul va fi oferit prin întâlniri directe, individuale și în grup și/sau prin telefon/e-mail. Echivalarea orelor se face respectând normele internaționale de psihoterapii cognitive și comportamentale : 2 ore/casetă cursant (autoanaliza ședinței prin prisma modelului cognitiv--comportamental); 2 ore/casetă supervizor; 1 oră/discuții cursant și supervizor. Supervizarea directă include și modul în care cursantul face evaluarea clinică (de exemplu, utilizarea probelor clinice) a cazurilor.

(3) Autocunoaștere și dezvoltare personală (100 de ore):

a. Autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (100 de ore). Cursanților li se cere ca, săptămânal, să analizeze cea mai problematică situație cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate de supervizorul desemnat cu activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală; interpretările supervizorului sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă sau în grup, organizată individual de către supervizorul alocat fiecărui cursant.

(4) Rezultate pentru participanți: cunoștințe și proceduri specifice și avansate referitoare la psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

(5) Certificarea : examen scris și supervizare. Se va elibera un certificat de psihoterapeut specialist în psihoterapii cognitive și comportamentale, dacă sunt absolvite examenele scrise și supervizarea (80 de CE).

(6) Taxa: 600 de euro (plătită în rate după o schemă agreată de Instituția Formatoare și cursant). Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

#### **Nivelul 4. Modul de Formare Inițială Avansată**

##### **CONSILIERE PSIHOLAGICĂ**

*Eligibilitate:* consilier psihologic specialist în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală.

*Obiective :* formare avansată în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală. *Durață :* 3/4 zile. *Structură :*

(a) formare specifică în psihoterapii cognitive și comportamentale (40 de ore):

- cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (20 de ore):
  - o supervizarea în consilierea psihologică; principii și fundamente ;
  - o supervizarea în consilierea psihologică cognitivă și comportamentală; tehnic: și proceduri; o obstacole în supervizare;
- studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie : 20 de ore);

(b) co-supervizare (24 de ore):

- organizată în grup, prin co-supervizare directă (12 ore);
- organizată prin co-supervizarea unor cazuri clinice prezentate pe casete video (12 ore) *Rezultate pentru*

*participanți:* cunoștințe și proceduri specifice și avansate referitoare

la supervizarea/formarea în consilierea psihologică cognitivă și comportamentală și 1 propria persoană.

*Certificarea :* examen scris și supervizare (plus analiza contribuției științifice și vizibilității profesional-științifice a cursantului). Se va elibera un certificat de consilier psihologic formator/supervizor în consiliere psihologică cognitivă și comportamental (20 de CE).

*Taxa :* 200 de euro. Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

##### **PSIHOTERAPIE**

*Eligibilitate :* psihoterapeut specialist în psihoterapii cognitive și comportamentale *Obiective :* formare avansată în psihoterapii cognitive și comportamentale. *Durață :* 3/4 zile.

**Structură:**

(a) formare specifică în psihoterapii cognitive și comportamentale (80 de ore) :

- cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (30 de ore) : o supervizarea în psihoterapie ; fundamente și principii;
- o supervizarea în psihoterapiile cognitive și comportamentale; tehnici și proceduri ; o obstacole în supervizare;
- studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie : 50 de ore) ;

(b) co-supervizare (50 ore):

- organizată în grup și individual, prin co-supervizare directă (25 ore);
- organizată prin co-supervizarea unor cazuri clinice prezentate video (25 ore); *Rezultate pentru participanți*: cunoștințe și proceduri specifice și avansate referitoare la supervizarea în psihoterapia cognitivă și comportamentală și la propria persoană.

*Certificarea*: examen scris și supervizare (plus analiza contribuției științifice și vizibilității profesional-științifice a cursantului). Se va elibera un certificat de psiho-terapeut formator/supervizor în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală (20 de CE).

*Taxa*: 200 de euro. Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

**IV. Formare profesională continuă**

APCCR și Institutul Internațional vor organiza (a) cursuri complementare de specializare în domeniul psihologiei clinice, consilierii psihologice și psihoterapiei și (b) formare continuă a celor care au beneficiat de formarea inițială, sub egida Colegiului Psihologilor din România. Propunerile de cursuri și curriculumul acestora vor fi stabilite în funcție de cererile și nevoile domeniului. Numărul creditelor alocate acestor formări va fi stabilit de Colegiul Psihologilor din România, separat pentru fiecare formare/curs propus, la momentul propunerii și aprobării formării.

**5.2. Modelul Contractului de Formare****Contract de formare/educare în psihoterapii cognitive și comportamentale****Art. 1. Temei juridic:**

- Legea nr. 213 din 27 mai 2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România.
- Hotărârea de Guvern nr. 788/2005 privind normele metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România.
- încheierea Civilă nr. 8016/23.10.2000 pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca, privind înființarea Asociației de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România.
- Hotărârea Senatului Universității „Babeș-Bolyai” nr. 20.321/07.06.2004 în ședința Senatului Universității „Babeș-Bolyai” din 31.05.2005, privind înființarea Institutului Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată



(International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Ment; Health).

**Art. 2. Părțile contractului:**

2.1. *Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)*, c sediul în str. Mihail Kogălniceanu nr. 1, Cluj-Napoca, România, reprezentată de con univ. dr. psiholog Daniel David în calitate de președinte, asociație profesională non-profi cu scop educativ și de formare în psihoterapie (4 niveluri/module), persoană juridică română înființată în baza încheierii Civile nr. 8016/23.10.2000, pronunțată de Judecător Cluj-Napoca, numită aici *INSTITUȚIE FORMATOARE*.

2.2. Dl/Dna \_\_\_\_\_  
cu domiciliul în \_\_\_\_\_  
născut(ă) la data de \_\_\_\_\_  
identificat(ă) cu actul de identitate \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
CNP \_\_\_\_\_  
în calitate de *CURSANT* în psihoterapii cognitive și comportamentale.

**Art. 3. Obiectul contractului:**

Prezentul contract are ca obiect derularea activităților de formare și educație în psihoterapii cognitive și comportamentale, școala/forma \_\_\_\_\_ reglementând raporturile dintre *INSTITUȚIA FORMATOARE* și *CURSANT*, în concordanță cu legislația în vigoare și cu *REGULAMENTUL DE ORGANIZARE A PROGRAMELOR FORMATIVE ALE APCCR* (vezi la <http://www.psychotherapy.ro>), pentru modul nivelul \_\_\_\_\_.

**Art. 4. Termenii contractului:**

- 4.1. Prezentul contract se încheie pe durata normală de formare \_\_\_\_\_ *CURSANTUL* având obligația de a achita taxele de formare după următorul plan \_\_\_\_\_
- 4.2. înscrierea într-un modul de formare nu garantează absolvirea acestuia; absolvii depinde de promovarea (succesul) la examene și în cursul activităților de superviza *Cursantul* care nu finalizează programul de formare ce face obiectul prezentului contract (din motive proprii sau ca urmare a nereușitei la examenul scris/supervizare) va primi adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate, fără a fi certificat psihoterapii cognitive și comportamentale la nivelul modulului studiat și fără a i returna taxele plătite (al căror quantum acoperă participarea cursantului la cursul activității).
- 4.3. înscrierea într-un modul superior este condiționată de absolvirea modulului anterior; în cazuri justificate profesional, APCCR poate face excepții de la această regulă
- 4.4. Organizarea modulelor de formare (numărul lor anual, locația, numărul de curs; acceptați și condițiile de selectare a lor) ține exclusiv de decizia APCCR, care va lua în calcul resursele proprii și cererea pieței. Formarea este organizată piramidal, astfel încât nu este garantată absolvirea celor înscriși la diverse module, iar numărul modulelor superioare (3, 4) este mai mic decât numărul modulelor primare (1, 2).
- 4.5. în cazul Modulului 3 (Partea B), cursantul care nu finalizează programul de formare în termen de patru ani de la data încheierii contractului pentru acest modul va primi \_\_\_\_\_

adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate, fără a fi certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale și fără a i se returna taxele plătite până la acea dată (al căror quantum acoperă participarea cursantului la cursuri și activități).

**Art. 5. Drepturile și obligațiile părților:**

5.1. Drepturile *INSTITUȚIEI FORMATOARE*:

- stabilește condițiile de înscriere, formare, examinare, întrerupere, exmatriculare din programul de formare sau reînscrisere a cursantului;
- supraveghează modul în care cursantul își respectă obligațiile și îndatoririle ;
- stabilește cuantumul taxei de formare, în funcție de costurile specifice formării;
- stabilește modul de încasare și termenele de achitare a taxelor de formare.

5.2. Obligațiile *INSTITUȚIEI FORMATOARE* :

- organizează activități de formare profesională la un nivel calitativ ridicat, personalul implicat în programul de formare răspunzând pentru calitatea științifică a informației oferite;
- eliberează adeverința de participare la programele de formare corespunzătoare modulului parcurs și/sau certificatul de competență în consiliere psihologică, respectiv psihoterapii cognitive și comportamentale, corespunzător modulului parcurs.

5.3. Drepturile *CURSANTULUI*

- de a participa la activitățile de formare prevăzute în programul de formare;
- de a susține examenele și celelalte forme de verificare a cunoștințelor dobândite;
- în cazul în care nu reușește la un examen scris/supervizare, cursantul poate contesta în scris decizia în termen de 30 de zile de la data comunicării rezultatelor, răspunsul final și definitiv, după reanalizarea activității/lucrării cursantului, comunicându-i-se acestuia în termen de 5 zile de la data depunerii contestației.

5.4. Obligațiile *CURSANTULUI*

- achitarea taxelor aferente participării la fiecare modul;
- respectarea *REGULAMENTULUI DE ORGANIZARE A PROGRAMELOR FORMATIVE ALE APCCR* (vezi <http://www.psychotherapy.ro>) și a indicațiilor/informațiilor oferite în cadrul programului de formare (de exemplu, la curs, lucrări, supervizare etc.);
- respectarea Codului Etic și al Deontologiei Profesionale specifice profesiei (de pildă, psiholog, medic etc.);
- respectarea Codului Etic și al Deontologiei Profesionale așa cum sunt ele asumate de: European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (<http://www.eabct.com>), European Association for Psychotherapy (<http://www.europsych.org>), Federația Română de Psihoterapie (<http://www.psihoterapie.ro>) și Colegiul Psihologilor din România (pentru psihologi și cei asimilați psihologilor) (<http://www.copsi.ro>);
- să fie angajat sau să lucreze ca voluntar, pe tot parcursul programului de formare -Modulele 3 și 4 - într-o instituție/organizație în care are dreptul să ofere servicii de psihologie, psihiatrie, consiliere psihologică și/sau intervenție (psihoterapeutică);
- răspunde profesional pentru activitățile desfășurate cu pacienții/clientii în cadrul programului de formare în psihoterapii cognitive și comportamentale și pentru

rezultatele acestor activități, în baza normelor profesiei și a regulamentelor instituției în care își desfășoară activitatea.

**Art. 6. Rezilierea contractului:**

Contractul poate fi reziliat cu acordul părților sau unilateral în cazul în care cursantul solicită voluntar retragerea din programul de formare. Rezilierea contractului se face drept în cazul în care cursantul nu reușește la examene (de pildă, examene scrise supervizare etc.) în urma unui răspuns final și definitiv, nu respectă termenii prezentului contract sau este exmatriculat înainte de finalizarea acestuia. Rezilierea contractului indiferent de formă, duce la pierderea taxelor achitate de *CURSANT* până la acea dată pentru derularea programului de formare.

**Art. 7. Alte clauze:**

Prezentul contract s-a încheiat astăzi \_\_\_\_\_  
câte unul pentru fiecare parte a contractului.

Asociația de Psihoterapii  
Cognitive și Comportamentale din România  
în două exemplari

Cursant

Președinte

Conf. univ. dr. Daniel David

**5.3. Bibliografia obligatorie**

*Notă* : Bibliografia este accesibilă prin:

- Biblioteca Universității „Babeș-Bolyai” (Cluj Napoca), Facultatea de Psihologi Științele Educației (și alte biblioteci mari din țară);
- Biblioteca Fundației Soros pentru o Societate Deschisă (Cluj-Napoca);
- Situl Instituției Formatoare (<http://www.psychotherapy.ro>), pe bază de parolă, pei cursanți.

Lucrările pot fi achiziționate direct prin: [www.diverta.ro](http://www.diverta.ro), [www.amazon.com](http://www.amazon.com), m; librării din țară, Editura ASCR (Cluj-Napoca, str. Republicii, nr. 37).

**Modulul 1**

Beck, J.S. (1995), *Cognitive Therapy : Basics and Beyond*, The Guilford Press, New York

David, D. (ed.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, ASCR P

Cluj-Napoca. David, D. (2006), *Psihologie clinică și psihoterapie*, Polirom, Iași.

Dryden, W., DiGiuseppe, R. (2003), *Ghid de terapie rațional-emoțională și comportamentală*, ASCR, Cluj-Napoca.

Ellis, A. (1994), *Reason and Emotion in Psychotherapy*, ed.rev., Birscj Lane, Secaucu Holdevici, I. (1998), *Elemente de psihoterapie*, ed. a III-a, BIC-ALL, București.

**Modulul 2**

David, D. (2000), *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenție cognitiv-comportamentală în tulburările psihice, psihosomatice și optimizarea umană*, ed a II-a, Risoprint, Cluj-Napoca. David, D. (ed.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, ASCR Press, Cluj-Napoca. Dryden, W. (2002), *Fundamentals of Rational Emotive Behaviour Therapy. A Training Handbook*, Whurr Publishers Ltd, Londra. Ellis, A., Harper, R.A. (1961), *A Guide to Rational Living*, NJ. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Meichenbaum, D.H. (1977), *Cognitive-Behavior Modification : An Integrative Approach*, Plenum, New York. Waters, V. (2003), *Povești raționale pentru copii*, ASCR, Cluj-Napoca.

**Modulul 3**

American Psychiatric Association (2003), *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, ed. a IV-a revizuită, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București. Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2004), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, ediția a II-a, Guilford Press, New York. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, New York. David, D. (ed.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, ASCR Press, Cluj-Napoca. Dowd, T. (2002), *Cognitive Hypnotehrapy*, Jason Aaronson Inc., Northvale, NJ. Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (1989), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford Medical Publications, Oxford. Hersch, J. (1997), *Mirarea filosofică*, Humanitas, București. Ianoși, I. (1996), *O istorie a filosofiei românești*, Apostrof, Cluj-Napoca. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998), *Kaplan și Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, Williams și Wilkins, Baltimore. Kazdin, A.E., Weisz, J.R. (2003), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York. Sălăvăstru, C. (2003), *Teoria și practica argumentării*, Polirom, Iași. Stoianovici, D., Dima, T, Marga, A. (1991), *Logică generală*, Editura Didactică și Pedagogică, București.

La alegere, lucrări de sinteză și/sau reprezentative în:

- literatură și artă românească și universală;
- filosofie românească și universală (incluzând filosofia orientală și filosofia științei);
- istoria României și istoria universală.

**Modulul 4**

David, D. (ed.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, ASCR Press, Cluj-Napoca.

David, D. (2003), *Castele de nisip. Știință și pseudoștiință în psihopatologie*, Trito Cluj-Napoca. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 12(1), 1998, num special dedicat supervizării în psihoterapiile cognitive și comportamentale.

*Bibliografie obligatorie pentru Modulele 3 (Partea B) și 4*

Bibliografia obligatorie este afișată pe situl Instituției Formatoare, [www.psychotherap](http://www.psychotherap);

Accesul este permis pe bază de parolă doar cursanților.

#### 5.4. Lista probelor psihologice utilizate în evaluarea cursanților ca parte a autocunoașterii și dezvoltării personale

*Notă* : PDE, DAS, ABS-II, USA și YSQ sunt oferite cursanților pentru utilizare gra în timpul practicii sub supervizare, iar învățarea utilizării lor este cuantificată în ca orelor de supervizare directă (vezi normele EABCT).

##### NIVELUL SUBIECTIV/AFECTIV

- Profilul Stărilor Afective (POMS)
- Profilul Distresului Emoțional (PDE)
- Inventarul de Depresie Beck
- Inventarul de Anxietate ca Stare și Trăsătură (STAI, forma 1 și 2)

##### NIVELUL COGNITIV

- Scala de Atitudini Disfuncționale (DAS) • Scala de Atitudini și Credințe (ABS-II)
- Chestionarul de Gânduri Automate (ATQ)
- Scala de Acceptare Necondiționată (USA)
- Scala de Stimă de Sine (SS)
- Scala de Stil Atribuțional (SAAQ)

##### NIVELUL COMPORTAMENTAL

- Chestionarul de Dezirabilitate Socială (SDS)

##### STRUCURA DE PERSONALITATE

- Inventarul de Personalitate Eysenck (EPI)
- Chestionarul de Optimism (LOT)
- Mecanisme de Coping-Apărare-Defensive (B-Cope)
- Chestionarul Young de Scheme Cognitive (YSQ)

## COLLEGIUM. Psihologie

### au apărut:

- Adrian Neculau (coord.) - *Psihologie socială. Aspecte contemporane*  
Andrei Cosmovici - *Psihologie generală*  
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny - *Psihologie socială experimentală*  
Adrian Neculau, Gilles Ferreol (coord.) - *Minoritari, marginali, excluși*  
Constantin Cucuș - *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*  
MieJu Ziate (coord.) - *Psihologia vieții cotidiene*  
R. Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) - *Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri*  
Serge Moscovici - *Psihologia socială sau mașina de fabricat zei*  
Adrian Neculau (coord.) - *Câmpul universitar și actorii săi*  
Adrian Neculau (coord.) - *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*  
J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel - *Crize. Abordare psihosocială clinică*  
Andrei Cosmovici, Luminița Iacob (coord.) - *Psihologie școlară*  
Șerban Ionescu - *Paisprezece abordări în psihopatologie*  
Serge Moscovici (coord.) - *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*  
Willem Doise, Gabriel Mugny - *Psihologie socială și dezvoltare cognitivă*  
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) - *Psihosociologia rezolvării conflictului*  
Andre Sirota - *Conduite perverse în grup*  
Adrian Neculau, G. Ferreol (coord.) - *Psihosociologia schimbării*  
Mircea Miclea - *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*  
Mielu Zlate - *Psihologia mecanismelor cognitive*  
Gilles Ferreol (coord.) - *Identitatea, cetățenia și legăturile sociale*  
Mielu Zlate - *Introducere în psihologie*  
Ion Dafinoiu - *Elemente de psihoterapie integrativă*  
Eva Drozda-Senkowska - *Psihologia socială experimentală*  
Cornel Havârneanu - *Cunoașterea psihologică a persoanei. Posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată*  
Steve Duck - *Psihologia relațiilor interumane. Teorie, concepte și noțiuni fundamentale*  
Valentin Clocotici, Aurel Stan - *Statistică aplicată în psihologie*  
Gilles Ferreol (coord.) - *Adolescenții și toxicomania*  
Adrian Neculau (coord.) - *Analiza și intervenția în grupuri și organizații*  
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) - *Dinamica grupurilor. Texte de bază*  
Mihaela Roco - *Creativitate și inteligență emoțională*  
Jean Delacour - *Introducere în neuroștiințele cognitive*  
Ion Dafinoiu - *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observația și interviul*

Septimiu Chelcea - *Un secol de cercetări în psihosociologie*  
Aurel Stan - *Testul psihologic. Evoluție, construcție, aplicații*  
Dan Goglează - *Psihoterapia ca relație a schimbării individuale. Strategii, cazuri, soluții, comentarii*  
Alex Mucchielli - *Arta de a influența. Analiza tehnicilor de manipulare* Michel-Louis Rouquette - *Despre cunoașterea maselor. Eseu de psihologie politică* Vincent Yzerbyt, Georges Schadrion - *Cunoașterea și judecarea celuilalt* Minai Krâniar - *Psihologia stilurilor de gândire și acțiune umană* Jean-Claude Abric - *Psihologia comunicării. Teorii și metode* Șerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote - *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*  
Ștefan Boncu - *Psihologia influenței sociale*  
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie - *Memorie și funcționare cognitivă*  
Bruna Zani, Augusto Palmonari - *Manual de psihologia comunității*  
Ion Dafinoiu; Jenő László Vargha - *Hipnoza clinică. Tehnici de inducție. Strategii terapeutice*  
Adrian Neculau (coord.) - *Manual de psihologie socială*  
HMihaetă Vlăsceanu - *Organizații și comportament organizațional*  
Iolanda Mitrofan (coord.) - *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane.*  
C<sup>^</sup>\*. *Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil și familie*  
Constantin Enăchescu - *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*  
Jacques Montangejo - *Vis și cogniție*  
Constantin Enăchescu - *Tratat de psihosexologie*  
Roy Schafer - *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*  
Patrick Rateau - *Metodele și statisticile experimentale în științele umane*  
Ivana Markovâ - *Dialogistica și reprezentările sociale*  
Zoltán Bogáthy (coord.) - *Manual de psihologia muncii și organizațională*  
Dorina Sălăvăstru - *Psihologia educației*  
Mielu Zlate - *Leadership și management*  
Constantin Enăchescu - *Tratat de igienă mintală*  
Mielu Zlate - *Tratat de psihologie organizațional-managerială (vol. I)*  
Ticu Constantin - *Evaluarea psihologică a personalului*  
Ana Stoica-Constantin - *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor* Alex Mucchielli - *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comuni*  
Nicolae Mitrofan, Laurențiu Mitrofan - *Testarea psihologică. Inteligența și aptitudinile* Ion Dafinoiu, Jenő László Vargha - *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici* Constantin Enăchescu - *Tratat de teoria cercetării științifice* Vasile Cernat - *Psihologia stereotipurilor* Marius Milcu - *Psihologia relațiilor interpersonale*

Constantin Enăchescu - *Tratat de psihopatologie*  
Romeo Zeno Crețu - *Evaluarea personalității*  
Gerald Matthews, Ian J. Deary, Martha C. Whiteman - *Psihologia personalității. Trăsături, cauze, consecințe*  
Daniel David - *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*  
Mihai Curelaru - *Reprezentări sociale*  
Daniel David - *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*  
Dennis Howitt, Duncan Cramer - *Introducere în SPSS pentru psihologie*  
Ana Muntean - *Psihologia dezvoltării umane*  
Alin Gavreliuc - *De la relațiile interpersonale la comunicarea socială. Psihologia socială și stadiile progresive ale articulării sinelui*  
Daniel David - *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale în pregătire:*  
Mielu Zlate - *Tratat de psihologie organizațional-managerială* (voi. al H-lea) Zoltân Bogăthy (coord.) - *Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*  
Constantin Enăchescu - *Tratat de teoria cercetării științifice* (ediția a II-a) Adrian Neculau - *Dinamica grupurilor și a echipei* Nicolas Gueguen - *Psihologia manipulării și a supunerii*





**www.polirom.ro**

Redactor: Emanuel Grosu

Coperta: Radu Răileanu

Tehnoredactor: Gabriela Ghefău

Bun de tipar: noiembrie 2006. Apărut: 2006

Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266

' 700506, Iași, Tel. & Fax : (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;

(0232)21.74.40 (difuzare); E-mail: [office@polirom.ro](mailto:office@polirom.ro)

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,

O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174

Tel.: (021)313.89.78; E-mail: [office.bucuresti@polirom.ro](mailto:office.bucuresti@polirom.ro)

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.

str, Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București

Tel./Fax: 211.32.60,212.29.27, E-mail; [office@luminatipo.com](mailto:office@luminatipo.com)

i \*ii