

**Libris**.RO

Respect pentru oameni și cărți

Editori

Aaron T. Beck Denise D. Davis Arthur Freeman

# **TERAPIA COGNITIVĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE**

Traducere din limba engleză de  
Claudia Găgeanu

Despre editori	v
Autori colaboratori	vii
Prefață	ix
Mulțumiri	xiii

### PARTEA I - TEORIE, CERCETARE ȘI METODE CLINICE

<b>Capitolul 1.</b> Privire generală asupra terapiei cognitiv-comportamentale a tulburărilor de personalitate DANIEL O. DAVID și ARTHUR FREEMAN	3
<b>Capitolul 2.</b> Teoria tulburărilor de personalitate AARON T. BECK	21
<b>Capitolul 3.</b> Evaluarea patologiei personalității JAY C. FOURNIER	63
<b>Capitolul 4.</b> Mecanisme neuronale ale schemelor cognitive și modurilor dezadaptative în tulburările de personalitate MICHAEL T. TREADAWAY	87
<b>Capitolul 5.</b> Principii generale și tehnici specializate în terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate AARON T. BECK, ARTHUR FREEMAN și DENISE D. DAVIS	97
<b>Capitolul 6.</b> Alianța terapeutică în cazul pacienților cu tulburări de personalitate DENISE D. DAVIS și JUDITH S. BECK	125
<b>Capitolul 7.</b> Diversitate, cultură și tulburări de personalitate JAMES L. REBETA	139

### PARTEA A II-A - APLICAȚII CLINICE

<b>Capitolul 8.</b> Tulburarea de personalitate dependentă LINDSAY BRAUER și MARK A. REINECKE	153
<b>Capitolul 9.</b> Tulburarea de personalitate evitantă CHRISTINE A. PADESKY și JUDITH S. BECK	173
<b>Capitolul 10.</b> Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă KAREN M. SIMON	201
<b>Capitolul 11.</b> Tulburarea de personalitate depresivă DAVID A. CLARK și CATHERINE A. HILCHEY	221
<b>Capitolul 12.</b> Tulburările de personalitate paranoidă, schizotipală și schizoidă JULIA C. RENTON și PAWEŁ D. MANKIEWICZ	243

- Capitolul 13.** Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă (Tulburarea de personalitate negativistă) 275  
**GINA M. FUSCO**
- Capitolul 14.** Tulburarea de personalitate narcisistă 299  
**WENDY T. BEHARY și DENISE D. DAVIS**
- Capitolul 15.** Tulburarea de personalitate histrionică 325  
**MEHMET Z. SUNGUR și ANIL GÜNDÜZ**
- Capitolul 16.** Tulburarea de personalitate antisocială 345  
**DAMON MITCHELL, RAYMOND CHIP TAFRATE și ARTHUR FREEMAN**
- Capitolul 17.** Tulburarea de personalitate de tip borderline 365  
**ARNOUD ARNTZ**

### **PARTEA A III-A - COMORBIDITATE ȘI MANAGEMENT CLINIC**

- Capitolul 18.** Comorbiditate simptomatică 391  
**ROBERT A. DiTOMASSO și BRADLEY ROSENFELD**
- Capitolul 19.** Management clinic 407  
**GINA M. FUSCO**
- Capitolul 20.** Sintează și planuri de viitor 427  
**DENISE D. DAVIS și ARTHUR FREEMAN**
- Bibliografie 437
- Index 484

# PRIVIRE GENERALĂ ASUPRA TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

**Daniel O. David**  
**Arthur Freeman**

Personalitatea umană „normală” este alcătuită dintr-o serie de trăsături de personalitate. Într-adevăr, fiecare individ are un profil personal compus din câteva trăsături centrale, câteva trăsături principale și multe trăsături secundare (vezi Hogan, Johnson și Briggs, 1997; John, Robinson și Pervin, 2010; Matthews, Deary și Whiteman, 2003).

Dacă evaluăm trăsăturile de personalitate din punctul de vedere al performanței (de exemplu, Cum se situează reacția individului în raport cu anumite standarde?), atunci vorbim despre aptitudini (de exemplu, inteligență, creativitate). Dacă evaluăm trăsăturile de personalitate în termeni de valori sociale, atunci vorbim despre trăsături de caracter (de exemplu, generozitate, agresivitate). În cele din urmă, dacă am evalua trăsăturile de personalitate în termeni de dinamism și energie, atunci vorbim despre trăsături de temperament (de exemplu, reactivitate/ impulsivitate, inhibiție; vezi Hogan și colab., 1997; John și colab., 2010).

Există numeroase modele ale personalității umane. Nu le vom prezenta aici, deoarece nu acesta este scopul capitolului de față (pentru o analiză detaliată, consultați Hogan și colab., 1997; John și colab., 2010). Menționăm aici doar faptul că unul dintre cele mai cuprinzătoare și bine susținute empiric modele ale personalității umane este modelul „Big Five” (vezi Costa și McCrae, 1992). Conform acestui model, personalitatea umană este alcătuită din cinci factori: (1) deschiderea spre experiență, (2) conștiinciozitatea, (3) extroversiunea, (4) agreabilitatea și (5) neuroticismul. Fiecare factor include o varietate de mai multe trăsături specifice de personalitate. Spre exemplu, factorul extroversiune include trăsături de personalitate precum afectivitate pozitivă, asertivitate, dinamism și așa mai departe (vezi Matthews și colab., 2003).

Există numeroase modele ale tulburărilor de personalitate (pentru o trecere în revistă, consultați Millon, Millon, Meagher, Grossman și Ramnath, 2004).

Primele modele structurate s-au bazat probabil pe abordarea psihanalitică, care ulterior a evoluat ca paradigma dinamic-psihanalitică. Și din partea paradigmei umanist-existențial-experiențiale au fost propuse o serie de modele ale tulburărilor de personalitate. Firește, paradigma cognitiv-comportamentală are propriile modele ale tulburărilor de personalitate. Cu toate acestea, în vreme ce primele două paradigme – modelul dinamic-psihanalitic și cel umanist-existențial-experiențial – nu au legătură explicită cu curentul predominant din domeniul psihopatologiei în ceea ce privește tulburările de personalitate (de exemplu, sistemul DSM), paradigma cognitiv-comportamentală se suprapune cu (deși nu este neapărat dependentă de) modelele actuale predominante ale psihopatologiei referitoare la tulburările de personalitate. Spre exemplu, în modelul terapiei cognitive al tulburării de personalitate (A. Beck, Capitolul 2, volumul de față), personalitatea este înțeleasă pe baza sistemului DSM, respectiv drept o hipertrofiere a trăsăturilor care apar într-un context adaptativ, dar devin exagerate și prepotente pe parcursul dezvoltării.

## ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Paradigma/ cadrul conceptual al terapiei cognitive-comportamentale (TCC) conține un set de principii teoretice inter-relaționate (respectiv arhitectura TCC) și un set de tehnici. Acestea din urmă pot fi grupate în seturi de strategii clinice incluse în protocoale clinice mai mult sau mai puțin standardizate. Într-adevăr, din acest cadru conceptual al TCC, pot fi derivate diverse tratamente psihologice de tip TCC bazate pe (1) modele generale și/ sau specifice asociate diverselor afecțiuni clinice, promovându-se astfel tehnici derivate din teorie (respectiv *tratamente psihologice sistemice de tip TCC*); și/ sau (2) combinații multi-componențiale ale tehnicilor din TCC pentru o afecțiune clinică specifică, neavând o integrare teoretică la fel de puternică, derivate în manieră pragmatică din principiile teoretice generale ale TCC, nu dintr-un model cognitiv-comportamental general și/ sau specific al acelei afecțiunii clinice (respectiv *tratamente psihologice multi-componențiale de tip TCC*).

Printre tratamentele psihologice sistemice de tip TCC care au fost investigate empiric – fiecare organizându-se drept o „școală de gândire în cadrul TCC” – putem menționa: terapia prin acceptare și angajament (*acceptance and commitment therapy* - ACT; Hayes, Strosahl și Wilson, 2011), terapia comportamental-dialectică (*dialectical behavioral therapy* - DBT; Dimeff și Linehan, 2001) și terapia centrată pe scheme cognitive (*schema therapy* - ST; Young, Klosko și Weishaar, 2003). Firește, ar trebui să includem aici și terapia cognitivă (*cognitive therapy* - C T; Beck, 1976; J. Beck, 1995) și terapia comportamentală rațional-emoțională (*rational-emotive behavior therapy* - REBT; DiGiuseppe, Doyle, Dryden și Back, 2013; Ellis, 1994), care, deși sunt abordările care stau la baza paradigmei generale a TCC (vezi mai jos), au fost investigate inclusiv sub forma tratamentelor psihologice sistemice de tip TCC. În cele din urmă, există o multitudine de tratamente psihologice multi-componențiale de tip TCC, organizate mai degrabă ca un pachet terapeutic practic, fiind mai puțin

determinate teoretic și/ sau integrate (verificați lista tratamentelor psihologice susținute de date științifice elaborată de Asociația americană de psihologie, Divizia 12; [www.div12.org/PsychologicalTreatments/inddde\\_exemplu.html](http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/inddde_exemplu.html)).

## Fundamente teoretice ale TCC

Terapia cognitivă a lui Beck (Beck, 1963, 1976) și terapia comportamentală rațional-emoțională a lui Ellis (Ellis, 1957, 1962, 1994) au pus bazele structurii fundamentale ale paradigmei moderne în TCC. Conform modelelor anterioare ale terapiei comportamentale, Beck și Ellis nu au considerat că simptomele tulburării de personalitate sunt o manifestare a unei boli/ tulburări/ conflict subiacent, ci mai degrabă un răspuns uman învățat la stimuli specifici sau generali. Cu toate acestea, în mod inovativ și spre deosebire față de vechea terapie behavioristă și față de abordările medicale existente, reacțiile individului (subiective, cognitive, comportamentale, psihofiziologice) – fie ele învățate sau o manifestare a unei tulburări subiacente mai ample – nu au fost tratate în aceeași manieră. S-a pus mult accent pe componenta cognitivă, aceasta fiind adesea promovată drept „cauza” preliminară a celorlalte. Cu toate acestea, nu înseamnă că această cauzalitate este unidirecțională. Atât Beck (prin conceptul său de „mod” – Beck, 1996; vezi și Capitolul 2, volumul de față), cât și Ellis (prin conceptul său de „interdependență” – Ellis, 1957, 1994) au avut grijă să susțină că toate tipurile de reacții sunt puternic inter-relaționate, formând o structură psihologică interactivă multidimensională. Așadar, modelul ABC (Ellis, 1994; dar vezi și J. Beck, 1995) a devenit în mod explicit fundament general al arhitecturii TCC (vezi Figura 1.1).

„A” se referă la diverse evenimente activatoare, fie ele externe și/ sau interne. „B” se referă la convingerile<sup>1</sup> individului, la modul mai general, la procesarea informațională (respectiv cogniții) sub forma convingerilor și a gândurilor. Inițial, atât Ellis (1957, 1962, 1994), cât și Beck (1963, 1976) au pus accentul pe procesarea informațională conștientă (respectiv cogniții explicite sub forma convingerilor și a gândurilor); se poate ca aceasta să funcționeze la nivel inconștient (respectiv, la nivelul inconștientului cognitiv funcțional), însă, prin tehnici specifice (de exemplu, monitorizarea gândurilor sau imageria dirijată), aceste cogniții pot fi accesate la nivel conștient. „C” se referă la diversele consecințe care apar sub forma reacțiilor subiective, comportamentale și/ sau psihofiziologice ale individului. De regulă, cognițiile distorsionate sunt asociate consecințelor disfuncționale (de exemplu, emoții disfuncționale/ nesănătoase, comportamente dezadaptative), în vreme ce cognițiile nedistorsionate sunt asociate consecințelor funcționale (de exemplu, emoții funcționale/ sănătoase, comportamente adaptative). Odată generate, un C poate deveni un nou A, stimulând așadar metaconvingeri/ convingeri secundare (B') care generează metaconsecințe/ consecințe secundare (C').

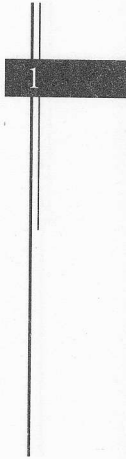
Pornind de la această arhitectură cognitivă generală a TCC, au fost dezvoltate modele cognitive specifice în funcție de (1) tipul de cogniții pe care se pune accentul în componenta B; (2) secvența strategiilor clinice (de exemplu,

<sup>1</sup> În engleză, beliefs (n. tr.)

întâi schimbarea componentei A și/ sau schimbarea componentei B și/ sau vizarea directă a componentei C) și (3) modul în care gestionează terapeutul, ghidat de către pacient, diverse afecțiuni clinice și evenimente.

Spre exemplu, referitor la tipul de cogniții, putem trasa distincția între cogniții „reci” și „fierbinți” (pentru mai multe detalii, consultați Wessler, 1982 și lucrarea derivată din aceasta a lui David și Szentagotai, 2006). Cognițiile reci se referă la descrieri ale realității (de exemplu, „Soția mea nu este acasă.”) și la interpretări/ inferențe ale individului (de exemplu, „Ea mă înșală.”). Cognițiile fierbinți se referă la modalitatea în care noi evaluăm/ apreciem aceste descrieri și inferențe despre realitate (de exemplu, „Soția mea nu ar trebui să mă înșele, iar dacă se întâmplă asta, este îngrozitor și cel mai rău lucru posibil.”). Atât convingerile reci, cât și cele fierbinți ar putea să fie convingeri mai de suprafață (respectiv, gânduri automate/ afirmații către sine) sau convingeri mai centrale. Terapia cognitivă a lui Beck a fost la început axată mai mult pe descrieri și inferențe (de exemplu, vezi „erorile cognitive” descrise de Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979), având prin urmare o legătură mai strânsă cu teoria atribuirii (vezi Weiner, 1985). Mai târziu, terapia cognitivă, dar și alte tratamente psihologice precum terapia centrată pe scheme cognitive sau terapia comportamental-dialectică, s-au axat atât pe cognițiile reci, cât și pe cele fierbinți, care sunt adesea integrate la nivel fenomenologic (adică așa cum apar în mintea clientului). De altfel, unele scale pentru cogniții distorsionate (de exemplu, Chestionarul gândurilor automate - *Automatic Thoughts Questionnaire* [Hollon și Kendall, 1980]; Scala atitudinilor disfuncționale - *Dysfunctional Attitudes Scale* [Weissman, 1979]; Chestionarul Young de evaluare a schemelor cognitive - *Young Schema Questionnaire* [Young și Brown, 1994]) conțin itemi referitori atât la cogniții fierbinți, cât și la cogniții reci. În terapia comportamentală rațional-emoțională se face o distincție clară între descrieri/ inferențe și evaluări (aprecieri). Cognițiile iraționale (de exemplu, „Soția mea nu ar trebui să mă înșele, iar dacă se întâmplă asta, este îngrozitor.”) și convingerile raționale (de exemplu, „Aș prefera ca soția mea să nu mă înșele și fac ce ține de mine ca să evit acest lucru, dar pot să accept că uneori situația nu este în controlul meu; dacă se întâmplă asta, este foarte rău, dar nu cel mai rău lucru din lume.”) sunt considerate evaluări, fiind așadar relaționate cu teoria mai generală a evaluării (vezi Lazarus, 1991). De altfel, în terapia comportamentală rațional-emoțională se consideră, conform teoriei evaluării (Lazarus, 1991), că aceste cogniții reci (de exemplu, descrieri/ inferențe) nu generează emoții decât dacă sunt supuse unui proces de evaluare, putând totuși să genereze în mod direct comportamente.

Secvența strategiilor clinice în terapia cognitivă se axează de regulă mai întâi pe gândurile automate (majoritatea dintre ele exprimate sub forma descrierilor și inferențelor – inclusiv imagerie mintală – și/ sau ca un amestec de cogniții reci și fierbinți) și ulterior pe convingeri centrale (respectiv cele codate în mintea noastră sub forma schemelor cognitive). La un punct, terapia cognitivă se axează pe activarea anumitor evenimente prin strategii de rezolvare a problemelor și/ sau pe consecințele convingerilor prin tehnici comportamentale și/ sau de coping (vezi J. Beck, 1995). Cu toate acestea, natura interactivă a elementelor centrale diferă de la om la om. Pentru un individ, secvența poate fi cogniție-afect-comportament, iar pentru un altul secvența poate fi comportament-afect-cogniție, iar pentru cel



de-al treilea secvența ar putea fi afect-cogniție-comportament. În comparație, terapia comportamentală rațional-emoțivă se axează pe modificarea consecințelor disfuncționale, mai întâi prin schimbarea convingerilor iraționale, iar apoi, dacă nu s-a reușit schimbarea lor în procesul de restructurare a convingerilor iraționale, pe modificarea convingerilor reci. Procesul se concentrează în cele dintâi pe convingerile de suprafață, care iau forma afirmațiilor iraționale specifice către sine, iar mai târziu pe convingerile centrale iraționale cu caracter mai general. După procesul de restructurare cognitivă, terapia comportamentală rațional-emoțivă s-ar axa pe alte componente, cum ar fi pe evenimente activatoare/ A (prin strategii de rezolvare a problemelor) și/ sau pe consecințe C (prin tehnici comportamentale și strategii de coping; vezi DiGiuseppe și colab., 2013). Terapia prin acceptare și angajament (ACT; Hayes și colab., 2011) și terapia cognitivă bazată pe mindfulness (Segal, Williams și Teasdale, 2002), precum și alte terapii cognitiv-comportamentale aparținând celui de-al treilea val au pus sub semnul întrebării necesitatea de a schimba conținutul convingerilor distorsionate pentru a obține o schimbare mai adaptativă la nivel emoțional și comportamental, susținând că este nevoie să modificăm (respectiv, să restructurăm cognitiv) funcția gândurilor distorsionate – să le neutralizăm și să ne detașăm de ele din punct de vedere cognitiv – prin tehnici de acceptare și mindfulness.

Există totodată variațiuni între diverse tipuri de TCC cu privire la modul în care psihoterapeuții gestionează afecțiunile clinice (pentru o dezbatere, consultați Ellis, 2003; Padesky și Beck, 2003). Terapia cognitivă susține necesitatea unor modele foarte specifice și detaliate pentru fiecare tulburare clinică (J. Beck, 1995; Beck, Freeman și Davis, 2004). Terapia comportamentală rațional-emoțivă (vezi DiGiuseppe și colab., 2003) și, mai recent, terapia centrată pe scheme cognitive (vezi Bamelis, Evers, Spinhoven și Arntz, 2014) au promovat modele mai generale în vederea abordării diverselor afecțiuni clinice, susținând că, deși modelele acestea specifice pot fi valide, în spatele specificității există procese psihologice centrale comune, manifestate prin intermediul convingerilor centrale distorsionate. Aceste convingeri centrale distorsionate pot să interacționeze în modalități diferite în funcție de diverse afecțiuni clinice (vezi David, Lynn și Ellis, 2010). Procesul seamănă cu ceea ce observăm în domeniul neuroștiințelor, unde o mare varietate de simptome și tulburări pot fi reduse și/ sau explicate cu ajutorul câtorva clase de neurotransmițători și al inter-relaționării acestora.

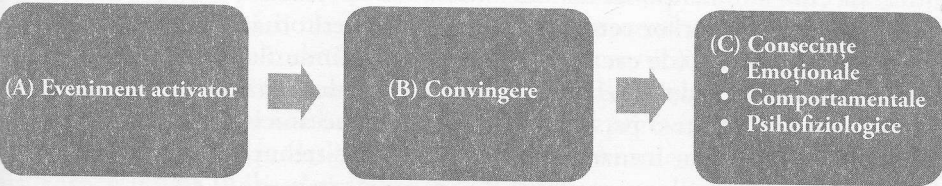


FIGURA 1.1. Modelul ABC general în TCC



Recent, David (în curs de publicare) a încercat să unifice aceste modele specifice, extinzând arhitectura clasică ABC a paradigmei TCC și bazându-se pe un cadru de referință al științei cognitive și al neuroștiinței cognitive, căutând astfel să facă tranziția de la un domeniu al diverselor „școli de gândire TCC” la un tip de TCC integrativ și multimodal (TCC-IM; *integrative multimodal CBT* – IM-CBT; vezi și David, Matu și David, 2013). Se numește „integrativ” pentru că principiile teoretice inter-relaționate sunt organizate mai bine într-o teorie coerentă a TCC (respectiv un model general al TCC) care poate face loc diverselor școli de TCC și modelelor lor generale și/ sau specifice. Se numește „multimodal” deoarece, pe baza teoriei integrative a TCC, sunt derivate și/ sau conceptualizate diverse tehnici și strategii clinice (din TCC și/ sau din alte curente ale psihoterapiei) pornind de la diverse principii generale ale TCC, care sunt organizate pragmatic într-un pachet TCC multi-componențial vizând o anumită afecțiune clinică (în loc să avem o serie de componente mai mult mai puțin asociate una cu cealaltă). Prin urmare, TCC-IM pune accentul pe o abordare multimodală derivată teoretic (respectiv integrativă) în procesul de a-i ajuta pe pacienți să abordeze diverse afecțiuni psihologice.

Conform cadrului conceptual al TCC-IM (vezi Figura 1.2), există două tipuri de convingeri centrale. Primul tip este asociat cu convingerile reci. Aici putem include convingerile centrale generale beckiene precum „neacceptare/ autoexcludere” și „neajutorare”, codate în mintea umană sub formă de scheme cognitive (vezi A. Beck, Capitolul 2, volumul de față; J. Beck, 1995). Cel de-al doilea tip este asociat convingerilor fierbinți. Aici putem include convingerile iraționale generale ellisiene exprimate prin intermediul „gândirii absolutiste” („Lucrurile *trebuie* făcute așa cum vreau eu.”), „catastrofarea” („Acesta este cel mai rău lucru posibil.”), „intoleranța la frustrare” („Nu pot suporta să mi se pretindă aceste lucruri.”) și „evaluarea globală a valorii umane” (ideea că a acționa sau a crede într-un anume fel arată că persoana este total lipsită de valoare), codate în mintea umană drept scheme cognitive (DiGiuseppe, 1996, le-a numit „scheme cognitive evaluative”; dar vezi și Szentagotai și colab., 2005). La nivel fenomenologic, aceste convingeri centrale reci și fierbinți ar putea să apară în mintea noastră conștientă într-o manieră mixtă. Diverse convingeri centrale interacționează pentru a distorsiona procesarea informațională a evenimentelor, generând pe această cale gânduri automate specifice care duc la consecințe disfuncționale (vezi Szentagotai și Freeman, 2007). Gândurile automate, atât cele fierbinți, cât și cele reci, ar putea să apară în mintea noastră conștientă în mod neintenționat (automat) și sunt, de regulă, asociate cu evenimentul activator. De altfel, așa cum am menționat mai sus, multe scale destinate măsurării gândurilor automate și convingerilor centrale conțin itemi referitori atât la convingeri reci, cât și la cele fierbinți (de exemplu, Chestionarul gândurilor automate, Scala de atitudine disfuncțională, Chestionarul Young de evaluare a schemelor cognitive). Cu toate acestea, dintr-o perspectivă psihologică mecanicistă, acestea reprezintă procese distincte; prin urmare, studiile viitoare ar trebui să le investigheze ca atare. Sursa convingerilor centrale are de-a face atât cu mediul/ educația, cât și cu predispoziția biologică (genetică/ evoluționistă) (A. Beck, Capitolul 2, volumul de față; J. Beck, 1995; David și DiGiuseppe, 2010). Accentul s-a pus în special pe

relația dintre aceste predispoziții genetice/ evoluționiste și convingerile iraționale centrale cu caracter general.

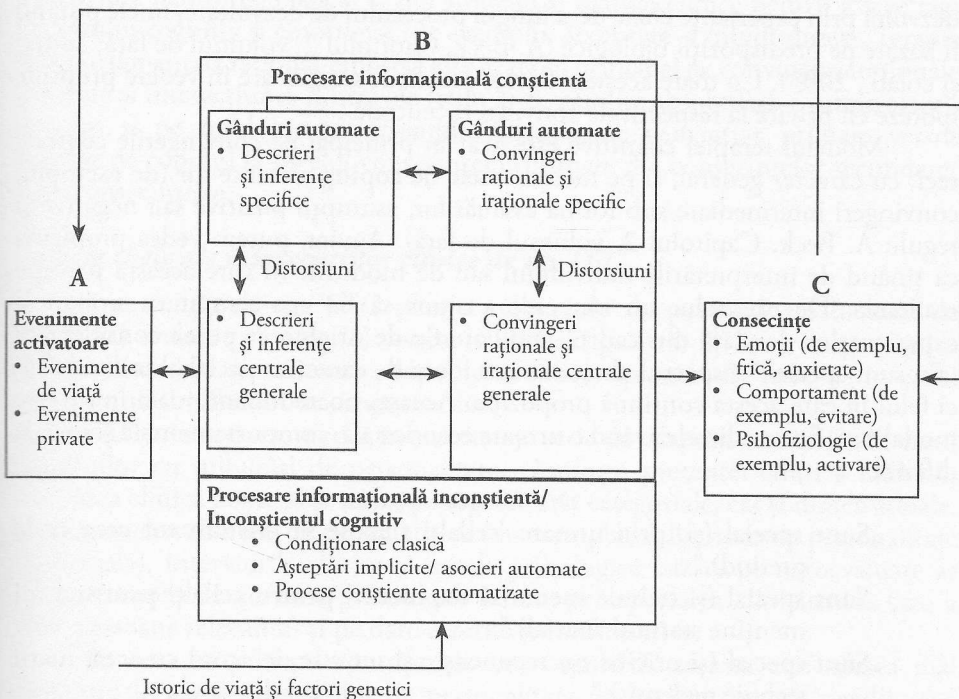


FIGURA 1.2. Arhitectura modernă a TCC. Din David (în curs de publicare). Drepturi de autor Wiley-Blackwell. Permisune pentru reproducere.

Potrivit TCC-IM, mecanismele de coping nu sunt procese cognitive și/ sau comportamentale distincte. Acestea reprezintă o serie de procese cognitive și comportamentale obișnuite care au o altă funcție, respectiv aceea de a ne ajuta să facem față diverselor emoții și experiențe (vezi Lazarus, 1991).

În cele din urmă, în TCC-IM mai apare și conceptul de procesare informațională inconștientă la nivelul convingerilor individului. Acesta este un fel de inconștient cognitiv structural, conținând informații codate în formate care nu sunt de regulă accesibile la nivel conștient. Poate genera consecințe disfuncționale în mod direct (de exemplu, prin condiționare clasică) și/ sau indirect (respectiv, rezultatul condiționării clasice devine un A în procesul A-B-C; pentru detalii, vezi David, 2003). Această informație rezidă în structurile cerebrale de bază inconștiente și automate, cum ar fi amigdala (vezi Treadway, Capitolul 4, volumul de față) și nu pot fi schimbate în mod direct doar prin intermediul tehnicilor de restructurare cognitivă clasică. Cu toate acestea, tehnicile comportamentale (cum ar fi expunerea) și reevaluările pe baza noilor informații extrase din experiență reprezintă metode promițătoare pentru a modifica intensitatea acestor circuite neuronale cognitive, care, la rândul lor, schimbă informația care ajunge în sistemul central (Treadway, Capitolul 4, volumul de față).

## Aplicații ale TCC în tulburările de personalitate

În cazul tulburărilor de personalitate, se presupune că mecanismele etiopatogenice principale sunt asociate convingerilor noastre centrale, care se dezvoltă prin experiențe cheie de-a lungul procesului de dezvoltare, unele putând fi bazate pe predispoziții biologice (A. Beck, Capitolul 2, volumul de față; Young și colab., 2003). Cu toate acestea, fiecare școală de terapie are în vedere propriile ipoteze cu privire la respectivele convingeri centrale.

Modelul terapiei cognitive este axat în principal pe convingerile centrale reci, cu caracter general, și pe mecanismele de coping aferente lor (de exemplu, convingeri intermediare sub forma evaluărilor, asumptii pozitive sau negative și reguli; A. Beck, Capitolul 2, volumul de față). Așadar, putem vedea problema ca ținând de interpretările individului sau de modurile în care aceasta percepe realitatea. De exemplu, un om care a ajuns să fie ego-centrat ca urmare a experiențelor de viață din cadrul familiei sale de origine ar putea considera că „Eu sunt special.” Aspectul cheie nu este ideea de caracter special al individului, ci felul în care acesta continuă propoziția. Aceasta poate fi continuată în diverse modalități, fiecare din ele având o urmare emoțională, comportamentală și socială diferită.

- „Sunt special (și, prin urmare, ceilalți trebuie să îmi dea tot ceea ce le pretind).”
- „Sunt special (și trebuie mereu să fac lucruri pentru ceilalți pentru a-mi menține statutul special).”
- „Sunt special (și oricine nu recunoaște și nu este de acord cu acest lucru trebuie pedepsit).”
- „Sunt special (și niciodată nu voi primi tratamentul special pe care îl merit și pe care l-am primit când am fost mic din partea celor care m-au îngrijit, iar aceasta ar fi groaznic și intolerabil).”
- „Sunt special (iar ceilalți mă percep drept un ciudat, așa că nu mă voi integra niciodată și nu voi fi înțeleș).”
- „Sunt special (și mai isteț decât majoritatea oamenilor, așa că pot să scap cu lucruri cu care alții nu pot).”

Ar fi ineficient să ne propunem să schimbăm ideea inițială de caracter special al persoanei. Să se lanseze terapeutul în contracararea și disputarea caracterului special al individului (Cum rămâne cu stima de sine crescută? Să îi dezvolt acceptarea necondiționată de sine în locul stimei de sine?)? Să investigheze realitatea pacientului? Mulți dintre cei care citesc acest text ar putea susține că „Eu sunt special prin prisma faptului că sunt capabil să caut această carte, să o obțin, să mă intereseze și să o citesc.” Prin urmare, în terapie, scopul este să avem în vedere sensul inerent convingerii și modalitatea în care aceasta afectează funcțiile adaptative ale individului.

Terapia centrată pe scheme cognitive își are originile în terapia cognitivă, însă a extins teoria inițială. Astfel, terapia centrată pe scheme cognitive a identificat mai multe convingeri de bază (respectiv scheme cognitive dezadaptative timpurii) și a adăugat o serie de mecanisme de coping la acestea.

Terapia comportamental dialectică a pornit tot de la strategiile comportamentale menite să dezvolte diverse abilități și le-a extins adăugând noi mecanisme teoretice (de exemplu, vulnerabilitatea biologică asociată sensibilității sistemului de activare neuro-fiziologică) și noi strategii și tehnici clinice pentru a face față distresului cognitiv și emoțional (de exemplu, acceptare și mindfulness). Terapia comportamentală rațional-emoțională este axată în principal pe convingeri iraționale generale și interacțiunea dintre ele (cum ar fi, gândire absolutistă + catastrofă), precum și pe rolul lor (de exemplu, mecanisme generative primare versus procese de coping) la nivelul consecințelor primare și a consecințelor secundare/metaconsecințelor.

### *Aspecte cheie ale intervențiilor clinice de tip TCC*

Intervenția de tip TCC pentru tulburările de personalitate include de regulă (1) evaluare clinică; (2) conceptualizare cognitivă; (3) intervenții tehnice și (4) construirea și utilizarea relației terapeutice, aproximativ la fel ca în cazul tratamentului tulburărilor simptomatice.

Cu toate acestea, merită menționate o serie de adaptări care se fac în cazul pacienților cu tulburări de personalitate. Conform prezentei ediții a DSM-5, evaluarea clinică poate să se axeze pe aspecte atât categoriale, cât și dimensionale. Pentru unele tulburări de personalitate (de exemplu, tulburarea de personalitate antisocială), interviurile clinice și testele psihologice bazate pe autoevaluare ar trebui completate cu teste psihologice bazate pe raportarea clinicienilor (sau a altor persoane relevante) și pe date externe și confirmative.

În ceea ce privește conceptualizarea cognitivă, aceasta este adesea mai dinamică în cazul tulburărilor de personalitate, incluzând (pentru detalii, vezi David, în curs de publicare) o conexiune între (1) conceptualizarea cognitivă a problemelor din prezent, (2) conceptualizarea cognitivă a problemelor din trecut și (3) conceptualizarea cognitivă a problemelor manifestate în cadrul relației terapeutice/ contextului terapeutic (vezi și Figura 8.2 din Brauer și Reinecke, Capitolul 8, volumul de față). Acest proces este similar celui regăsit în terapiile dinamice de scurtă durată, deși se bazează pe conceptualizări cognitive clare, spre deosebire de interpretări sau interpolări ale datelor ce țin de inconștientul dinamic. Grație acestui demers, pacienții pot înțelege cum au ajuns, de-a lungul timpului, să aibă problemele pe care le au în prezent, putând chiar să le înfrunte în mod direct și experiențial („aici și acum”), pe măsură ce continuă ședințele de terapie.

Intervenția de tip TCC pentru tulburări de personalitate este de regulă mai lungă decât în cazul altor afecțiuni clinice și cuprinde de obicei mai multe tehnici experiențiale, ceea ce duce la o abordare multimodală. La fel ca în cazul altor afecțiuni clinice, intervențiile pot fi administrate individual sau în grup.

Relația terapeutică este caracterizată prin colaborare, congruență, empatie și autenticitate (Davis și J. Beck, Capitolul 6, volumul de față). În cazul tulburărilor de personalitate, relația trebuie să fie folosită adesea ca un vehicul al schimbării și o procedură de modelare, nu doar ca un context al implementării intervenției de tip TCC. De altfel, relația terapeutică este folosită adesea pentru a genera în

Libris RO  
 Respect pentru părinți și copii  
 timpul ședințelor și după acestea experiențe puternice, asociate cu cele din trecut sau din viața actuală a pacientului.

## SUSȚINERE EMPIRICĂ PENTRU TCC ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Barlow (2004) a propus ideea unei distincții clare între „psihoterapie” (o intervenție psihologică generală în domeniul sănătății mintale) și „tratament psihologic” (o intervenție destinată unor afecțiuni clinice specifice). Marșăm pe această idee, susținând că, deși „cadru conceptual al TCC” (de exemplu, TCC-IM) se referă la o teorie comprehensivă și la un set de tehnici multimodale derivate din această teorie integrativă și/ sau subiacente ei, tratamentele psihologice de tip TCC se referă la protocoale clinice (mai mult sau mai puțin standardizate) – adesea derivate teoretic – destinate unor afecțiuni clinice specifice. Mai mult, David și Montgomery (2011) au susținut că o psihoterapie cu adevărat fundamentată științific (respectiv un tratament psihologic fundamentat științific) ar trebui să fie validat atât prin prisma eficienței/ eficacității protocolului clinic, cât și prin prisma datelor care susțin teoria ce stă la baza protocolului clinic propus.

### Psihoterapia și tulburările de personalitate

În general, există o susținere puternică pentru folosirea psihoterapiei în cazul tulburărilor de personalitate din punctul de vedere al eficienței și eficacității (pentru detalii, consultați Hadjipavlou și Ogrodniczuk, 2010). Arnevik și colaboratorii săi (2010) au descoperit că psihoterapia eclectică implementată în cabinetele private este comparabilă cu un tratament mai comprehensiv din cadrul unor spitale de zi și cu consultații în regim ambulatoriu. Mai mult, Mulder, Joyce și Frampton (2010) au descoperit că pacienții tratați pentru depresie majoră au progresat și la nivelul unei tulburări de personalitate identificate. Prin urmare, tulburările de personalitate nu sunt nici stabile, nici rezistente la tratament. Analizele mai recente susțin de asemenea eficacitatea în termeni de costuri a psihoterapiei pentru tulburări de personalitate. Într-adevăr, Soeteman și colaboratorii (2011) au arătat că psihoterapia pe termen scurt în regim spitalicesc de zi și psihoterapia pe termen scurt în regim de internare sunt mai eficiente din punctul de vedere al costurilor decât psihoterapia pe termen lung în regim spitalicesc de zi, psihoterapia pe termen lung în regim de internare și psihoterapia pe termen lung în regim ambulatoriu pentru pacienți cu tulburări de personalitate evitantă, dependentă și obsesiv-compulsivă. Pasieczny și Connor (2011) au descoperit că terapia comportamental dialectică este eficientă din punctul de vedere al costurilor într-un serviciu public de sănătate mintală (inclusiv pentru tratamentul pacienților cu tulburare de personalitate borderline). În cele din urmă, van Asselt și colaboratorii (2008) au arătat că terapia centrată pe scheme cognitive este eficientă din punctul de vedere al costurilor în tratamentul tulburării de personalitate borderline.