

Fredric N. Busch, M.D.

Abordări psihodinamice ale schimbării comportamentale

Traducere din engleză de
Sorana Oțetea

3
TREI

Cuprins

9	<i>Prefață</i>
15	1. Înțelegerea schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice
33	2. Înțelegerea factorilor psihodinamici care împiedică schimbarea comportamentului
50	3. Identificarea și gestionarea riscurilor în abordarea schimbării comportamentale
69	4. Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale
89	5. Stabilirea unui cadru pentru abordarea schimbării comportamentale
113	6. Identificarea factorilor dinamici care contribuie la comportamentele problematice
132	7. Identificarea comportamentelor alternative
149	8. Identificarea factorilor care perturbă implementarea comportamentelor alternative
163	9. Lucrul cu susținerea schimbărilor comportamentale și cu reacția celorlalți

- 8 179 10. Implicarea pacientului în abordarea problemelor
comportamentale specifice
- 201 11. Abordarea problemelor comportamentale
legate de traumă și de experiențele negative din
perioada de dezvoltare
- 219 *Exemple de caz*

Prefață

Psihanaliștii au evitat să scoată în evidență sau să urmărească obținerea schimbării de comportament în psihanaliză sau în terapiile psihanalitice, considerând că astfel de eforturi pot perturba sau devia un tratament eficient (Freud 1917/2010, 1923/2005; Gabbard 2014; Greenson 1967). O îngrijorare semnificativă o reprezintă faptul că aceste strategii constituie „sugestii”, un efort de a influența sau manipula pacienții, despre care Freud a subliniat că trebuie excluse sau reduse în curele psihanalitice. Atenția predominantă a psihanaliștilor era concentrată pe dobândirea insight-ului, pe aducerea inconștientului în conștient; această înțelegere sporită a fost considerată țelul principal, pregătind drumul pentru modificarea comportamentului. Dacă modificările comportamentale se produceau în lipsa unei analize potrivite, conflictele persistau, ducând la substituția diferitelor simptome sau comportamente problematice. De-a lungul istoriei psihanalizei, s-a pus un accent tot mai ridicat pe impactul clinic al relației terapeutice, independent de insight, dar teoriile și abordările care valorizează acest proces încă mai consideră că schimbarea comportamentului este un rezultat secundar. Cu toate că dovezile clinice sugerează că tot mai

Referințe

- Busch F.N.: A model for integrating actual neurotic or unrepresented states and symbolized aspects of intrapsychic conflict. *Psychoanal Q* 86(1):75-108, 2017
- Bush F.N., Milrod B.L., Singer M. et al: *Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy-eXtended Range*. New York, Routledge, 2012
- Busch F.N., Rudden M.G., Shapiro T.: *Psychodynamic Treatment of Depression, 2nd Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Press, 2016
- Freud S.: Introducere în psihanaliză, *Opere Esențiale*, vol.1, editura Trei, 2010
- Freud S.: „Psihanaliza” și „Teoria libidoului” (1923), în *Compendiu de psihanaliză, Opere*, vol. 13, , Editura Trei, 2005
- Gabbard G.: *Tratat de psihiatrie psihodinamică*, Editura Trei, București, 2007
- Greenson R.: *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Vol 1. Madison, CT, International University Press, 1967
- Thoma N., Pilecki B., McKay D.: Contemporary cognitive behaviour therapy: a review of theory, history and evidence. *Psychodynamic Psychiatry* 43(3):423-461, 2015

Înțelegerea schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice

Acest capitol trece în revistă factorii care au constituit motivul pentru care anumiți psihanalisti au evitat să se ocupe de schimbarea comportamentului (Tabelul 1-1) și descrie eforturi mai recente care urmăresc schimbarea comportamentului. Deși teoreticienii și clinicienii au greșit crezând că abordarea schimbării comportamentale ar distruge tratamentul, ei au identificat dificultăți specifice la care trebuie să fim atenți în utilizarea acestor strategii, printre care potențialele perturbări ale relației terapeutice. În ultimii ani, psihanalistii au descris tehnici pentru gestionarea prescrierii medicației, iar unii clinicieni au început să dezvolte strategii focalizate pe modificarea comportamentului. Utilizarea acestor abordări sugerează moduri în care urmărirea modificării comportamentului poate mai curând ajuta, decât perturba obiectivele psihanalitice.

Evitarea „sugestionării”

Reacția istorică a psihanalizei cu privire la intervențiile mai directive, cum ar fi modificarea comportamentului, își are originea în dorința lui Freud de a minimaliza rolul sugestiei, după ce și-a revizuit teoriile și abordările timpurii, cum ar fi cea referitoare la hipnoză.

TABELUL 1-1. De ce psihanaliztii au evitat să se ocupe de modificarea comportamentului

Evitarea „sugestionării”: interferează cu apariția insight-ului
Perturbarea neutralității: sugestiile sunt părtinitoare în conflictele pacienților
Perturbarea abstenenței: sugestiile comportamentale recompensează pacienții
Substituirea simptomului: schimbarea comportamentului necesită insight
Perturbarea relației terapeutice
Presiunea de a fi pacientul „bun”
Apariția dependenței de terapeut
Un impuls de revoltă împotriva sugestiilor

Elaborând pe marginea nevoii de a evita sugestia, Freud (1917/2010) a comparat-o cu efortul de a identifica motivațiile subiacente: „Sugestia directă este o sugestie îndreptată spre manifestarea simptomelor, lupta dintre autoritatea

dumneavoastră și motivele de a fi bolnav. Nu vă interesează aceste motive, îi cereți bolnavului numai să reprime manifestarea lor în simptome (p. 499). Freud (1923/2005) diferențiază net abordările psihanalitice de restul, pe baza faptului că primele exclud sugestia: „Procedul psihanalitic se deosebește de toate cele sugestive, persuasive etc. prin faptul că nu vrea să reprime la pacient niciun fenomen psihic prin autoritate” (p. 100).

În ciuda acestor preocupări, Ferenczi (1921/1980) a dezvoltat o „terapie activă” care urmărea obținerea schimbării prin intervenții speciale asupra comportamentului, de exemplu, prin încurajarea unui pacient să cânte în terapie. Deși a precizat că aceste strategii ar trebui folosite numai atunci când tehnicile psihanalitice obișnuite eșuează, aceste idei nu au fost bine primite de comunitatea psihanalitică și în special de Freud. După cum afirmă Freud (1924/1965), „terapia activă este o tentație periculoasă pentru începătorii ambițioși”. Așa cum s-a întâmplat cu multe teorii și abordări terapeutice noi, antagonismul lui Freud a descurajat explorarea ulterioară a acestor strategii. Intervențiile asupra comportamentului, printre care și acordarea de sfaturi, au fost în cele din urmă plasate sub umbrela psihoterapiei „suportive”, care a fost de regulă considerată inferioară psihoterapiei psihodinamice orientate pe insight sau „expresive” (Gabbard 2014).

Perturbări ale neutralității și ale abstenenței

Psihanaliztii au evitat să se concentreze pe schimbarea comportamentului, în parte din cauza faptului că o priveau ca pe un perturbator al componentelor-cheie ale poziției analistului, neutralitatea și abstenența, ambele fiind considerate esențiale pentru

eficacitatea tratamentului. *Neutralitatea* se referă la distanța analistului față de Eu, Supraeu sau Se, instanțe ale individului care sunt adesea în conflict; în schimb, țelul este elucidarea acestor elemente diferite. Ulterior, această neutralitate s-a interpretat ca neutralitate a analistului cu privire la comportamentul sau alegerile pacientului (Gabbard 2014; Kelly 1998). Conform acestei accepții a neutralității, când o persoană nu știe cum anume să acționeze, analistul nu trebuie să devină părținitor sugerându-i pacientului sau sfătuindu-l să adopte un anumit comportament. Dacă terapeutul ar sugera o anumită acțiune, pacientul s-ar afla într-un conflict interior cu privire la punerea sa în scenă sau ar simți impulsul să facă exact pe dos. Mai mult, încurajarea sau recomandarea unei schimbări de comportament ar putea fi considerată o gratificare a pacientului (Gabbard 2014). Se crede că gratificarea, ca antiteză a ipostazei tehnice a abstenenței, poate interfera cu motivația pacientului de a explora conflicte inconștiente intrapsihice. Cu toate acestea, alți psihanalisti au sugerat că acestor concepte tehnice li s-a acordat o importanță exagerată, limitându-se astfel în mod problematic flexibilitatea analistului în tratarea pacienților (Busch și Sandberg 2007).

Substituția simptomului

Așa cum s-a menționat în introducere, psihanalistii au în general impresia că înțelegerea conflictelor intrapsihice este esențială pentru ușurarea simptomelor, a inhibițiilor și a comportamentelor problematice (Kazdin 1982). Dacă simptomul sau comportamentul se schimbă fără conștientizarea și explorarea conflictului intrapsihic care îi stă la bază, atunci un alt simptom sau o altă inhibiție problematică va apărea, ca formă

de expresie a conflictului respectiv. Pentru că terapiile cognitive-comportamentale au început să demonstreze că simptomele ar putea fi ușurate fără înțelegerea conflictelor intrapsihice (Thoma și alții 2015), clinicienii s-au întrebat dacă această teorie e corectă. Wachtel (1997) a sugerat că substituția simptomului nu apare în terapiile comportamentale, pentru că pacienții se confruntă cu fricile în moduri noi, care nu presupun obținerea insight-ului. Într-adevăr, cercetările empirice de până acum sugerează că substituția simptomului nu apare în mod obișnuit. (Tryon 2008).

Perturbări ale relației terapeutice

Psihanaliștii consideră că abordarea directă a schimbării comportamentale, prin folosirea sugestiilor și a perturbării neutralității și abstenenței, poate duce la apariția unor tipare problematice în relația terapeutică, tipare care se pot manifesta în diferite moduri. Pacienții, conștienți că terapeutul dorește ca ei să facă anumite schimbări, ar putea dezvolta o nevoie de a-i face pe plac acestuia, încercând să-și schimbe comportamentul și/sau s-ar putea simți inadecvat, în cazul în care sunt incapabili să facă schimbarea respectivă. E posibil să se simtă presați să cedeze sugestiilor terapeutului și să se considere pacienți „răi” dacă nu urmează sau nu îndeplinesc obiectivul fixat în terapie. Pacienții ar putea deveni dependenți de terapeut, crezând că au nevoie de sfatul acestuia ca să ia decizii. În plus, așa cum s-a menționat mai sus, dacă terapeutul devine părținitor în conflictele pacientului prin anumite sugestii, el îl poate arunca pe pacient într-o dilemă, în pacient ducându-se o luptă dacă să urmeze sugestiile terapeutului sau să se răzvrătească împotriva

lor. Aceste perturbări pot complica interpretarea transferului de către terapeut, componentă-cheie a terapiei psihanalitice (vezi capitolul 4, „Utilizarea tehnicilor psihodinamice în abordarea schimbării comportamentale”). În ultimii ani, adepții schimbării comportamentului au sugerat că, deși este important să fii vigilent la astfel de riscuri, adesea schimbările pozitive pot întări relația terapeutică.

Schimbarea de perspectivă asupra intervențiilor comportamentale

Aceste îngrijorări legate de consecințele nefavorabile i-au împiedicat pe psihanalisti să evalueze ce rol ar putea să joace în sprijinirea mai directă a pacienților în vederea modificării comportamentului. Au rămas derutați cu privire la modul în care ar putea interveni teoretic sau tehnic, așa că au preferat să nu o facă. Totuși, în ultimii ani, psihanalistii au găsit modalități de a fi mai directivi, recomandând și tratând pacienții prin medicamente (Busch și Sandberg 2007) sau obținând un contract de tratament ce stipulează modul de abordare a comportamentelor autodistructive (Levy și alții 2006). Summers și Barber (2010), în descrierea făcută psihoterapiei psihodinamice pragmatice (PPP), discută importanța care ar trebui acordată schimbării comportamentale și îi critică pe psihanalisti pentru lipsa lor de interes în domeniu sau pentru presupunerea că schimbările de comportament se petrec „în avalul” insight-ului. Au remarcat impactul schimbărilor de comportament asupra emoțiilor și conflictelor și faptul că acestea ar putea fi necesare pentru producerea unei schimbări în percepțiile despre propria persoană.

EXEMPLU DE CAZ

Doamna A., o asistentă socială de 38 de ani, suferind de tulburare de anxietate generalizată și atacuri de panică ocazionale, prezenta o anxietate cronică legată de diferitele activități pe care considera că trebuie să le facă pentru alții și era perfecționistă în eforturile ei de a le îndeplini. Pe măsură ce aceste responsabilități creșteau, în parte și din cauza faptului că se simțea presată să accepte cererile de ajutor, anxietatea ei creștea. De exemplu, considera că este esențial să dedice un timp îndelungat căutării de cadouri perfecte, care să-i facă pe alții fericiți la aniversări și în vacanțe, și credea că, dacă nu face asta, ceilalți s-ar simți foarte dezamăgiți și răniți. Era pasibilă de atacuri de panică atunci când simțea presiunea de a face alegerile potrivite sau de a răspunde cererilor din ce în ce mai solicitante ale celorlalți.

Terapeutul și pacienta au stabilit că sursa majoră care îi alimenta anxietatea era inabilitatea ei de a pune limite activităților la care consimțea să participe. Când au analizat modul în care se simțea când i se cerea să facă anumite activități, cum ar fi, de exemplu, să conducă comitetul școlii fiului ei, a identificat sentimente de furie, dar i-a fost greu să recunoască sau să-și exprime furia. Furia ei includea sentimentul că i se dădeau prea multe sarcini pentru că era mai responsabilă decât alții. Conflictul legat de furie avea adesea ca urmare apărarea prin formațiune reacțională (vezi Capitolul 4), prin care ea își reprima furia și își suplimenta eforturile de a avea grijă de alții. În timp ce analizau aceste trăiri și dinamici, terapeutul a identificat modul în care disponibilitatea ei perfecționistă contribuia la sentimentele ei de anxietate intensă. Mare parte din această atitudine de a le face altora pe plac părea să-și aibă sursa în copilărie, când considerase adesea că trebuia să aibă grijă de părinții ei foarte anxioși, în loc să fie ea îngrijită de aceștia. Un alt factor care a contribuit a fost reprezentat de sentimentele ei de inadecvare legate parțial de fricte din copilărie că nu va putea diminua distresul părinților sau că nu-i putea determina să răspundă nevoilor ei într-un mod potrivit.

La început, insight-ul în ceea ce privea dinamicele și originile acestui comportament problematic a avut un impact limitat și pacienta nu a

progresat prea mult în explorarea trăirilor sale de furie, pe care continua să le minimalizeze. Cum atacurile sale de panică erau în mod evident legate de inabilitatea ei de a controla presiunea de a răspunde solicitărilor altora, unul dintre obiectivele terapiei a devenit, pe lângă explorarea dinamicii, asistarea pacientei în reducerea acestor trăiri și a acestui comportament la un nivel mai tolerabil. Terapeutul a făcut câteva comentarii care să sugereze importanța faptului de a urma acești pași, printre care și următoarele: „Se pare c-ar trebui să iei în calcul refuzarea mai multor activități, ca să nu te mai simți atât de copleșită”; „Te străduiești atât de tare să găsești cadoul perfect, încât devii extrem de nefericită. Poate n-ar trebui să te străduiești atât de mult”; și „Poate că, dacă reușești să te abții, o să găsim mai multe informații despre motivul pentru care te temi atât de tare să nu-l superi pe celălalt”. Terapeutul și pacienta au gestionat momentele în care pacienta s-a simțit tentată să accepte o sarcină din partea altora, discutând inclusiv ce să spună când este solicitată (de exemplu, „mi-ar plăcea să accept, dar sunt deja implicată în multe alte activități acum”), precum și ce trăiri, frici și fantasme au fost declanșate în acel moment.

Pe măsură ce doamna A. începea să se abțină de la tendința ei obișnuită de a reacționa, a devenit mai conștientă de furia pe care o simțea când i se cerea să accepte activități suplimentare pentru școala fiului, în timp ce alții acceptaseră mult mai puține, și față de persoanele care nu-și îndeplineau sarcinile care li se încredințaseră. Devenise capabilă să-și folosească această furie ca să-și alimenteze capacitatea de a spune nu, să-și învingă îngrijorările în privința altora și sentimentele de nesiguranță provocate de neacceptarea unei activități. Pe măsură ce aplica aceste schimbări, a constatat cu ușurare că ceilalți nu au suferit prejudicii și nu s-au simțit lezați, așa cum se temuse; dimpotrivă, uneori păreau ușurați când îi înfrunța și își acceptau mai ușor îndatoririle. Acești pași i-au ușurat mult temerile de a-i răni pe alții prin stabilirea de limite și i-au adus un sentiment sporit de eficacitate și de siguranță în relația cu ceilalți, micșorându-i insecuritatea și anxietatea. Îmbunătățirea stimei de sine a contribuit la reducerea presiunii de a le

face pe plac altora și de a le obține aprobarea. De asemenea, s-a diminuat și frecvența atacurilor sale de panică.

Instrumente psihanalitice pentru abordarea schimbării comportamentale

În ciuda concentrării pe insight și interdicțiilor privitoare la intervențiile asupra comportamentului, s-ar putea afirma că psihanalistii se află într-o postură mai curând privilegiată pentru a-și ajuta pacienții să ia decizii sau să-și schimbe comportamentele în moduri pozitive sau productive. Cunoștințele despre inconștient și despre tipurile de conflicte intrapsihice și problemele de personalitate cu care se luptă pacienții ajută terapeuții să estimeze și să identifice atât tipurile de dificultăți comportamentale care ar putea apărea, cât și strategiile prin care să le abordeze. Analistii pot lucra împreună cu pacienții la clarificarea modului în care evenimentele survenite în perioada de dezvoltare, apărările, fantasmele sau principalele reprezentări ale sinelui și ale obiectului pot interfera cu eforturile de a schimba anumite comportamente. A ajuta pacienții în acest mod e foarte diferit de a-i sfătui ce să facă în anumite situații concrete. Intenția principală este să-și susțină pacienții în identificarea comportamentelor care i-ar putea ajuta să-și îndeplinească mai bine obiectivele și să identifice factorii care îi împiedică să facă schimbări de comportament eficiente.

Intervențiile actuale prescriptive ale analiștilor

Deși ideea de a încuraja schimbările comportamentale a fost dezaprobată, psihanalistii au devenit din ce în ce mai prescriptivi

în multe situații și au dezvoltat abordări tehnice pentru a face aceste intervenții. Una dintre aceste arii de intervenție presupune recomandarea, prescrierea și monitorizarea medicației psihotrope (Busch și Sandberg 2007), despre care studiile arată că se abordează adesea în tratamentul psihanalitic (Doidge și alții 2002; Donovan și Roose 1995). Inițial considerată ca fiind în special dăunătoare psihanalizei, combinarea tratamentului medicamentos cu munca analitică a devenit astăzi o practică curentă și foarte utilă (Busch și Sandberg 2007). Adaptarea teoriei și a tehnicii pentru gestionarea acestor intervenții (Busch și Sandberg 2007) a inclus sugestia că psihanalistii au „schimbat viteza” într-o treaptă în care evaluează simptomele și discută dozarea medicației psihotrope potrivite (Cabaniss 1998). Ei se pot întoarce apoi la o abordare analitică, ocupându-se de dinamici și înțelesuri ale simptomelor și ale medicației, precum și investigând modul în care sunt percepute eforturile analistului de prescriere a medicamentelor. Pe lângă o perspectivă care ia în calcul factorii dinamici și una care evaluează fenomenologia sau comportamentul, terapeuții ar trebui să posede o „treaptă de viteză centrală” care să le permită să evalueze diverse dinamici (inclusiv stadiul transferului și al contratransferului) și factori fenomenologici (Busch și Sandberg 2007). Mulți autori și clinicieni (vezi Busch și Sandberg 2007; Cabaniss 1998; Donovan și Roose 1995) susțin că intervențiile medicale pot fi aplicate fără să perturbe semnificativ tratamentul analitic.

Astfel de abordări tehnice sunt valoroase în dezvoltarea intervențiilor care vizează comportamentul. Terapeutul poate evalua și aborda schimbarea comportamentului și poate apoi trece la dinamici legate de comportament și de relația terapeutică. Terapeutul poate lega aceste dinamici de intervențiile

comportamentale, la fel cum poate evalua factorii de transfer și de contratransfer care afectează procesul de decizie al terapeutului. Aceste strategii vor ajuta terapeutul să se asigure că, pe de o parte, intervențiile lui încurajează schimbarea comportamentului și, pe de alta, duc la progresul explorării dinamice.

Abordări ale schimbării comportamentale în tratamentele psihanalitice

Ca dovadă a unei treceri către abordarea directă a comportamentului, clinicienii de orientare psihodinamică au discutat din ce în ce mai mult despre bazele teoretice și despre abordările clinice ale schimbărilor comportamentale (Tabelul 1-2). Wachtel (1977) s-a concentrat inițial pe acest domeniu, explorând integrarea psihanalizei și a terapiei comportamentale și a concluzionat că există multe zone de suprapunere a tratamentelor și un antagonism inutil. A fost de părere că tehnicile comportamentale, inclusiv antrenamentul pentru dobândirea asertivității sau desensibilizarea sistematică, ar putea fi folosite împreună cu terapia analitică. A subliniat importanța explorării relațiilor din afara cadrului terapeutic și valoarea analizării a ceea ce se petrece în aceste contexte. În viziunea lui, este important de luat în calcul nu doar modul în care dorințele și conflictele ar duce la anumite dificultăți comportamentale, ci și modul în care relațiile și comportamentele problematice pot duce la intensificarea anumitor conflicte.

Wachtel (1977, 2014) a descris tiparele de cercuri vicioase între stările intrapsihice și interacțiunile cu alții, care ar putea menține psihopatologia. De exemplu, așteptarea de a fi respins a unui individ depresiv, printr-un comportament evitant sau