

**PSIHOTERAPIE
INTEGRATIVĂ
STRATEGICĂ**

**Volumul II
Psihopatologia adultului**

Cuprins

CAPITOLUL 1	
PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE	17
1.1 Anxietatea generalizată.....	17
1.1.1. Diagnostic și simptomatologie	17
1.1.2. Nivelul biologic în anxietatea generalizată	18
1.1.3. Axa cognitivă în anxietatea generalizată.....	20
1.1.4. Axa emoțională în anxietatea generalizată.....	23
1.1.5. Nivelul psihodinamic în anxietatea generalizată.....	24
1.1.6. Nivelul interpersonal în anxietatea generalizată	25
1.1.7. Psihoterapia anxietății generalizate	26
1.2. Fobiile specifice.....	30
1.2.1. Diagnostic și simptomatologie	30
1.2.2. Nivelul biologic în fobiile specifice	32
1.2.3. Axa cognitivă în fobiile specifice.....	33
1.2.4. Axa emoțională în fobiile specifice.....	34
1.2.5. Nivelul psihodinamic în fobiile specifice.....	34
1.2.6. Psihoterapia fobiilor specifice	34
1.3. Anxietatea socială sau fobia socială.....	37
1.3.1. Diagnostic și simptomatologie	37
1.3.2. Nivelul biologic al anxietății sociale	39
1.3.3. Axa cognitivă în anxietatea socială	39
1.3.4. Axa emoțională în anxietatea socială	40
1.3.5. Nivelul psihodinamic în anxietatea socială	41
1.3.6. Nivelul interpersonal în anxietatea socială.....	42
1.3.7. Psihoterapia anxietății sociale	43
1.4. Tulburarea de panică.....	45

1.4.1. Diagnostic și simptomatologie	45
1.4.2. Nivelul biologic în tulburarea de panică	48
1.4.3. Axa cognitivă în tulburarea de panică.....	49
1.4.4. Axa emoțională în tulburarea de panică.....	50
1.4.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de panică.....	51
1.4.6. Nivelul interpersonal în tulburarea de panică	52
1.4.7. Psihoterapia tulburării de panică	53
1.5. Agorafobia	57
1.5.1. Diagnostic și simptomatologie	57
1.5.2. Nivelul biologic în agorafobie	58
1.5.3. Axa cognitivă în agorafobie	59
1.5.4. Axa emoțională în agorafobie	59
1.5.5. Nivelul psihodinamic în agorafobie	60
1.5.6. Nivelul interpersonal în agorafobie.....	60
1.5.7. Psihoterapia agorafobiei.....	60
CAPITOLUL 2	
PSIHOTERAPIA DEPRESIEI.....	64
2.1. Depresia majoră	64
2.1.1. Diagnostic și simptomatologie	64
2.1.2. Nivelul biologic al depresiei majore	68
2.1.3. Axa cognitivă în depresia majoră.....	72
2.1.4. Axa emoțională în depresia majoră.....	76
2.1.5. Nivelul psihodinamic în depresia majoră.....	77
2.1.6. Nivelul interpersonal în depresia majoră	79
2.1.7. Psihoterapia depresiei majore	80
2.2. Tulburarea depresivă persistentă (distimia)	86
2.2.1. Diagnostic și simptomatologie	86
2.2.2. Nivelul biologic al distimiei.....	87
2.2.3. Axa cognitivă în distimie	88
2.2.4. Axa emoțională în distimie	89

2.2.5. Nivelul psihodinamic în distimie	89
2.2.6. Nivelul interpersonal în distimie	89
2.2.7. Psihoterapia distimiei	90

2.3. Tulburarea disforică premenstruală 91

2.3.1. Diagnostic și simptomatologie	91
2.3.2. Nivelul biologic al tulburării disforice premenstruale	92
2.3.3. Axa cognitivă în tulburarea disforică premenstruală	93
2.3.4. Axa emoțională în tulburarea disforică premenstruală.....	93
2.3.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea disforică premenstruală .	94
2.3.6. Nivelul interpersonal în tulburarea disforică premenstruală ..	94
2.3.7. Psihoterapia tulburării disforice premenstruale.....	94

CAPITOLUL 3

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT ALIMENTAR..... 96

3.1. Pica..... 96

3.1.1. Diagnostic și simptomatologie	96
3.1.2. Nivelul biologic în pica	97
3.1.3. Axa cognitivă în pica.....	97
3.1.4. Axa emoțională în pica.....	97
3.1.5. Nivelul psihodinamic în pica.....	98
3.1.6. Nivelul interpersonal în pica	98
3.1.7. Psihoterapia pica.....	98

3.2. Tulburarea de ruminație 99

3.2.1. Diagnostic și simptomatologie	99
3.2.2. Psihoterapia tulburării de ruminație	100

3.3. Tulburarea de aport alimentar evitant/ restrictiv..... 101

3.3.1. Diagnostic și simptomatologie	101
3.3.2. Nivelul biologic în tulburarea de aport alimentar restrictiv .	102
3.3.3. Axa cognitivă în tulburarea de aport alimentar restrictiv	103
3.3.4. Axa emoțională în tulburarea de aport alimentar restrictiv ..	103

3.3.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de aport alimentar restrictiv	103
3.3.6. Nivelul interpersonal în tulburarea de aport alimentar restrictiv	103
3.3.7. Psihoterapia tulburării de aport alimentar restrictiv	104
3.4. Anorexia nervoasă.....	105
3.4.1. Diagnostic și simptomatologie	105
3.4.2. Nivelul biologic în anorexia nervoasă.....	107
3.4.3. Axa cognitivă în anorexia nervoasă	109
3.4.4. Axa emoțională în anorexia nervoasă	110
3.4.5. Nivelul psihodinamic în anorexia nervoasă	112
3.4.6. Nivelul interpersonal în anorexia nervoasă.....	113
3.4.7. Psihoterapia anorexiei nervoase	115
3.5. Bulimia nervoasă	122
3.5.1. Diagnostic și simptomatologie	122
3.5.2. Nivelul biologic în bulimia nervoasă	124
3.5.3. Axa cognitivă în bulimia nervoasă.....	125
3.5.4. Axa emoțională în bulimia nervoasă.....	126
3.5.5. Nivelul psihodinamic în bulimia nervoasă.....	127
3.5.6. Nivelul interpersonal în bulimia nervoasă	127
3.5.7. Psihoterapia bulimiei nervoase	127
3.6. Mâncatul compulsiv	129
3.6.1. Diagnostic și simptomatologie	129
3.6.2. Nivelul biologic în mâncatul compulsiv	130
3.6.3. Axa cognitivă în mâncatul compulsiv	130
3.6.4. Axa emoțională în mâncatul compulsiv	131
3.6.5. Nivelul psihodinamic în mâncatul compulsiv	132
3.6.6. Nivelul interpersonal în mâncatul compulsiv	132
3.6.7. Psihoterapia mâncatului compulsiv.....	133

CAPITOLUL 4

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR BIPOLARE..... 134**4.1. Diagnosticul și simptomatologia tulburării bipolare de tip I 134****4.2. Diagnosticul și simptomatologia tulburării bipolare de tip II****..... 138****4.3. Diagnosticul și simptomatologia tulburării ciclotimice 139****4.4 Nivelul biologic al tulburărilor bipolare 139****4.5. Axa cognitivă în tulburările bipolare 141****4.6. Axa emoțională în tulburările bipolare 142****4.7. Nivelul psihodinamic în tulburările bipolare..... 143****4.8. Nivelul interpersonal în tulburările bipolare..... 143****4.9. Psihoterapia tulburărilor bipolare..... 144**

CAPITOLUL 5

PSIHOTERAPIA SPECTRULUI SCHIZOFRENIEI 146**5.1. Tulburarea de personalitate schizotipală..... 146**

5.1.1. Diagnostic și simptomatologie 146

5.1.2. Nivelul biologic al tulburării de personalitate schizotipale.. 149

5.1.3. Axa cognitivă în tulburarea de personalitate schizotipală.... 150

5.1.4. Axa emoțională în tulburarea de personalitate schizotipală. 150

5.1.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de personalitate schizotipală

..... 150

5.1.6. Nivelul interpersonal în tulburarea de personalitate schizotipală

..... 151

5.1.7. Psihoterapia tulburării de personalitate schizotipală 151

5.2. Tulburarea delirantă..... 153

5.2.1. Diagnostic și simptomatologie 153

5.2.2. Nivelul biologic al tulburării delirante 154

5.2.3. Axa cognitivă în tulburarea delirantă 155

5.2.4. Axa emoțională în tulburarea delirantă 156

5.2.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea delirantă 156

5.2.6. Psihoterapia tulburării delirante 156

5.3. Tulburarea psihotică scurtă	157
5.4. Tulburarea schizofreniformă	158
5.5. Tulburarea schizoafectivă	159
5.6. Catatonia	161
5.7. Schizofrenia	163
5.7.1. Diagnostic și simptomatologie	163
5.7.2. Nivelul biologic al schizofreniei	172
5.7.3. Axa cognitivă în schizofrenie.....	179
5.7.4. Axa emoțională în schizofrenie.....	179
5.7.5. Nivelul psihodinamic în schizofrenie.....	181
5.7.6. Nivelul interpersonal în schizofrenie	182
5.7.7. Psihoterapia schizofreniei	183

CAPITOLUL 6

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE.....	199
6.1. Tulburările de personalitate.....	199
6.2. Psihoterapia tulburărilor de personalitate	207
6.3. Tulburarea de personalitate paranoidă	218
6.3.1. Diagnostic și simptomatologie	218
6.3.2. Psihoterapia tulburării de personalitate paranoidă	220
6.4. Tulburarea de personalitate schizoidă	222
6.4.1. Diagnostic și simptomatologie	222
6.4.2. Psihoterapia tulburării de personalitate schizoidă.....	224
6.5. Tulburarea de personalitate de antisocială.....	225
6.5.1. Diagnostic și simptomatologie	225
6.5.2. Psihoterapia tulburării de personalitate antisocială.....	227
6.6. Tulburarea de personalitate borderline.....	229
6.6.1. Diagnostic și simptomatologie	229
6.6.2. Psihoterapia tulburării de personalitate borderline	231
6.7. Tulburarea de personalitate histrionică.....	236
6.7.1. Diagnostic și simptomatologie	236

6.7.2. Psihoterapia tulburării de personalitate histrionică	238
6.8. Tulburarea de personalitate narcisistă.....	239
6.8.1. Diagnostic și simptomatologie	239
6.8.2. Psihoterapia tulburării de personalitate narcisistă	241
6.9. Tulburarea de personalitate evitantă	242
6.9.1. Diagnostic și simptomatologie	242
6.9.2. Psihoterapia tulburării de personalitate evitantă	244
6.10. Tulburarea de personalitate dependentă	245
6.10.1. Diagnostic și simptomatologie	245
6.10.2. Psihoterapia tulburării de personalitate dependentă	247
6.11. Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă	247
6.11.1. Diagnostic și simptomatologie	247
6.11.2. Psihoterapia tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă	249

CAPITOLUL 7

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR OBSESIV-COMPULSIVE.....	251
7.1. Tulburarea obsesiv-compulsivă	251
7.1.1. Diagnostic și simptomatologie	251
7.1.2. Nivelul biologic în tulburarea obsesiv-compulsivă.....	253
7.1.3. Axa cognitivă în tulburarea obsesiv-compulsivă	254
7.1.4. Axa emoțională în tulburarea obsesiv-compulsivă	255
7.1.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea obsesiv-compulsivă	256
7.1.6. Psihoterapia tulburării obsesiv-compulsive.....	257
7.2. Tulburarea de teaurizare compulsivă.....	260
7.2.1. Diagnostic și simptomatologie	260
7.2.2. Nivelul biologic în tûlburarea de teaurizare	261
7.2.3. Axa cognitivă în tulburarea de teaurizare	261
7.2.4. Axa emoțională în tulburarea de teaurizare	262
7.2.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de teaurizare	262
7.2.6. Nivelul interpersonal în tulburarea de teaurizare	263

7.2.7. Psihoterapia tulburării de teaurizare 263

7.3. Tricotilomania 264

7.3.1. Diagnostic și simptomatologie 264

7.3.2. Psihoterapia tricotilomaniei 266

CAPITOLUL 8

SOMNUL, VISELE ȘI PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE SOMN

..... 268

8.1. Somnul normal 268

8.2. Insomnia..... 271

8.2.1. Diagnostic și simptomatologie 271

8.2.2 Psihoterapia în insomnie 274

8.3. Bruxismul din timpul somnului 275

8.3.1. Diagnostic și simptomatologie 275

8.3.2. Tratamentul bruxismului nocturn..... 276

8. 4. Visele și interpretarea viselor 277

8.4.1. Visele și somnul 277

8.4.2. Analiza și interpretarea viselor..... 283

CAPITOLUL 9

PSIHOTERAPIA DEPENDENȚELOR 285

9.1. Tulburările în legătură cu o substanță..... 285

9.1.1. Diagnostic și simptomatologie 286

9.1.2. Nivelul biologic din tulburările în legătură cu o substanță .. 291

9.1.3. Axa cognitivă din tulburările în legătură cu o substanță 294

9.1.4. Axa emoțională din tulburările în legătură cu o substanță ... 295

9.1.5. Nivelul psihodinamic din tulburările în legătură cu o substanță

..... 297

9.1.6. Nivelul interpersonal din tulburările în legătură cu o substanță

..... 298

9.1.7. Psihoterapia tulburărilor în legătură cu o substanță 301

9.2. Alcoolul..... 309

9.3. Amfetamina.....	312
9.4. Cannabisul.....	315
9.5. Cocaina	317
9.6. Halucinogenele.....	320
9.7. Inhalantele.....	323
9.8. Opiaceele	325
9.9. Nicotina / fumatul.....	326
9.10. Jocul de noroc patologic.....	327
9.10.1. Diagnostic și simptomatologie	327
9.10.2. Nivelul biologic în jocul de noroc patologic	329
9.10.3. Axa cognitivă în jocul de noroc patologic.....	329
9.10.4. Axa emoțională în jocul de noroc patologic.....	330
9.10.5. Nivelul psihodinamic în jocul de noroc patologic.....	331
9.10.6. Nivelul interpersonal în jocul de noroc patologic	332
9.10.7. Psihoterapia jocului de noroc patologic	332

CAPITOLUL 10

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR PRODUSE DE TRAUME ȘI STRESORI

10.1. Sindromul de stres post-traumatic	333
10.1.1. Diagnostic și simptomatologie	333
10.1.2. Nivelul biologic al sindromului de stres post-traumatic	337
10.1.3. Axa cognitivă în sindromul de stres post-traumatic	338
10.1.4. Axa emoțională în sindromul de stres post-traumatic	340
10.1.5. Nivelul psihodinamic în sindromul de stres post-traumatic	341
10.1.6. Nivelul interpersonal în sindromul de stres post-traumatic	341
10.1.7. Psihoterapia sindromului de stres post-traumatic.....	343
10.2. Tulburarea acută de stres.....	348
10.3. Tulburările de adaptare.....	348

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DISOCIATIVE	351
11.1. Tulburarea de identitate disociativă.....	351
11.1.1. Diagnostic și simptomatologie	351
11.1.2. Nivelul biologic al tulburării de identitate disociativă.....	354
11.1.3. Axa cognitivă în tulburarea de identitate disociativă.....	354
11.1.4. Axa emoțională în tulburarea de identitate disociativă	354
11.1.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de identitate disociativă	355
11.1.6. Psihoterapia tulburării de identitate disociativă	356
11.2. Amnezia disociativă	359
11.2.1. Diagnostic și simptomatologie	359
11.2.2. Psihoterapia amneziei disociative	361
11.3. Tulburarea de depersonalizare/ derealizare.....	364
11.3.1. Diagnostic și simptomatologie	364
11.3.2. Psihoterapia tulburării de depersonalizare	366
 CAPITOLUL 12	
PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR CU SIMPTOME SOMATICE	367
12.1. Tulburarea cu simptome somatice	367
12.1.1. Diagnostic și simptomatologie	367
12.1.2. Nivelul biologic al tulburării cu simptome somatice	369
12.1.3. Axa cognitivă în tulburarea cu simptome somatice	370
12.1.4. Axa emoțională în tulburarea cu simptome somatice	370
12.1.5. Nivelul interpersonal în tulburarea cu simptome somatice	371
12.1.6. Psihoterapia tulburării cu simptome somatice	371
12.2. Tulburarea de anxietate de boală	373
12.2.1. Diagnostic și simptomatologie	373
12.2.2. Psihoterapia tulburării de anxietate de boală	375
12.3. Tulburarea de conversie (tulburarea cu simptome neurologice funcționale).....	377
12.3.1. Diagnostic și simptomatologie	377

12.3.2. Psihoterapia tulburării de conversie	379
12.4. Factori psihologici care afectează alte tulburări medicale ..	381
12.4.1. Diagnostic și simptomatologie	381
12.4.2. Boli dermatologice agravate de factori psihologici.....	382
12.4.3. Oboseala	383
12.4.4. Sindromul de colon iritabil.....	384
12.4.5. Cardiomiopatia Takotsubo	387
12.4.6. Psiho-oncologia	387
12.5. Tulburarea factică (sindromul Munchausen).....	392
12.5.1. Diagnostic și simptomatologie	392
12.5.2. Psihoterapia tulburării factice.....	393
 CAPITOLUL 13	
PSIHOSEXOLOGIA	394
13.1. Disfuncțiile sexuale	394
13.2. Ejacularea tardivă	395
13.2.1. Diagnostic și simptomatologie	395
13.2.2. Nivelul biologic în ejacularea tardivă	396
13.2.3. Axa cognitivă în ejacularea tardivă.....	396
13.2.4. Axa emoțională în ejacularea tardivă	397
13.2.5. Nivelul psihodinamic în ejacularea tardivă.....	397
13.2.6. Psihoterapia ejaculării tardive	398
13.3. Disfuncția erectilă.....	398
13.3.1. Diagnostic și simptomatologie	398
13.3.2. Axa cognitivă în disfuncția erectilă.....	399
13.3.3. Axa emoțională în disfuncția erectilă.....	400
13.3.4. Nivelul psihodinamic în disfuncția erectilă.....	400
13.3.5. Nivelul interpersonal în disfuncția erectilă	401
13.3.6. Psihoterapia disfuncției erectile.....	401
13.4. Ejacularea precoce	403
13.4.1. Diagnostic și simptomatologie	403

13.4.2. Psihoterapia ejaculării precoce.....	405
13.5. Tulburarea de orgasm a femeii.....	406
13.5.1. Diagnostic și simptomatologie.....	406
13.5.2. Nivelul biologic în tulburarea de orgasm a femeii.....	407
13.5.3. Axa cognitivă în tulburarea de orgasm a femeii	407
13.5.4. Axa emoțională în tulburarea de orgasm a femeii	408
13.5.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de orgasm a femeii	408
13.5.6. Nivelul interpersonal în tulburarea de orgasm a femeii	408
13.5.7. Psihoterapia tulburării de orgasm a femeii.....	409
13.6. Dorința sexuală diminuată și tulburarea de excitație sexuală la femeie	410
13.6.1. Diagnostic și simptomatologie.....	410
13.6.2. Nivelul biologic în tulburarea de excitație sexuală la femeie	411
13.6.3. Axa cognitivă în tulburarea de excitație sexuală la femeie	411
13.6.4. Axa emoțională în tulburarea de excitație sexuală la femeie	412
13.6.5. Nivelul psihodinamic în tulburarea de excitație sexuală la femeie.....	412
13.6.6. Nivelul interpersonal în tulburarea de excitație sexuală la femeie.....	412
13.6.7. Psihoterapia tulburării de excitație sexuală la femeie	413
13.7. Tulburarea durerii genito-pelvine la penetrare	415
13.7.1. Diagnostic și simptomatologie.....	415
13.7.2. Psihoterapia tulburării durerii genito-pelvine la penetrare.	416
13.8. Dependența de sex	417
13.8.1. Diagnostic și simptomatologie.....	417
13.8.2. Psihoterapia dependenței de sex.....	419
13.9. Parafiliile	419
13.9.1. Diagnostic și simptomatologie.....	419
13.9.2. Nivelul biologic în parafilii.....	420
13.9.3. Axa cognitivă în parafilii	421

13.9.4. Nivelul psihodinamic în parafilii.....	421
13.9.5. Psihoterapia parafililor	422

CAPITOLUL 14

STUDIU DE CAZ: DANIEL.....	424
14.1. Diagnostic și simptomatologie	424
14.1.1. Diagnostic conform DSM5	424
14.1.2. Patologia asociată: boala Charcot-Marie-Tooth.....	426
14.2. Diagnostic diferențial	427
14.2.1. Diagnostic diferențial cu depresia majoră cu elemente psihotice	427
14.2.2. Diagnostic diferențial cu tulburarea bipolară cu elemente psihotice	429
14.2.3. Diagnostic diferențial cu tulburarea schizoafectivă	430
14.3. Simptomatologie	430
14.4. Istoricul cazului	431
14.5. Conceptualizarea cazului.....	433
14.5.1. Aspecte privind dinamica familială.....	433
14.5.2. Formularea cazului din perspectivă integrativă strategică .	435
14.6. Tratamentul psihoterapeutic.....	439
14.6.1. Strategia psihoterapeutică.....	439
14.6.2. Sumarul ședințelor de psihoterapie	443
Bibliografie.....	451

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE

1.1 Anxietatea generalizată

1.1.1. Diagnostic și simptomatologie

Tulburarea de anxietate generalizată a fost adesea descrisă ca tulburare anxioasă „de bază” (Holmes & Newman, 2006). Această conceptualizare se datorează debutului său relativ, evoluției persistente și rezistenței la schimbare (Hersen & Thomas, 2006).

Conform cu DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013, p.198) criteriile diagnostice pentru anxietatea generalizată sunt:

A. Anxietate și îngrijorare excesivă, care apare în majoritatea zilelor, timp de minim 6 luni, legat de o serie de evenimente sau activități (cum este performanța la serviciu sau la școală);

B. Individul găsește că este dificil să își controleze îngrijorarea;

C. Anxietatea și îngrijorarea se asociază cu cel puțin trei din următoarele simptome (din care unele simptome sunt prezente în majoritatea zilelor în ultimele 6 luni):

1. Agitație sau sentimentul că „se află pe muchie”;

2. Obosește ușor;

3. Dificultăți de concentrare sau i se goleşte mintea;

4. Iritabilitate;

5. Tensiune musculară;

6. Tulburare de somn (dificultăți de adormire, somn întrerupt, agitație, somn neodihnitor).

D. Anxietatea, îngrijorarea sau simptomele fizice produc distress semnificativ din punct de vedere clinic sau afectare socială, ocupațională sau în alte domenii importante de funcționare.

E. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (de exemplu abuz de droguri, medicație) sau unei alte boli medicale (de exemplu hipertiroidism).

F. Tulburarea nu poate fi explicată mai bine de o altă tulburare mentală (anxietatea sau îngrijorarea privitor la atacurile de panică din tulburarea de panică; teama de evaluarea negativă din anxietatea socială; contaminarea sau alte obsesii în tulburarea obsesiv-compulsivă; separarea de figurile de atașament în anxietatea de separare; reamintirea evenimentelor traumatiche în sindromul de stres post-traumatic; creșterea în greutate în anorexia nervoasă; plângerile fizice în tulburările somatoforme; defectele corporale percepute în dismorfismul corporal; boala serioasă în tulburarea de anxietate de boală; sau conținutul delirului în schizofrenie sau tulburarea delirantă).

Elementul caracteristic al anxietății generalizate este îngrijorarea excesivă legat de diverse subiecte, îngrijorare care este incontrollabilă, difuză și constantă, ceea ce duce la anxietate cronică. Îngrijorarea este de altfel definită ca „înșiruire de gânduri și imagini, conectate unui afect negativ și relativ incontrollabilă” (Hersen & Thomas, 2006, p.101). Practic, îngrijorarea este o încercare de rezolvare mentală a unei probleme al cărei deznodământ este incert și poate include variante negative. Este o încercare de ocolire a amenințării percepute prin evitare cognitivă. Spre deosebire de planificarea cognitivă, îngrijorarea nu implică rezolvarea activă de probleme sau tehnici de coping. Mai mult, îngrijorarea duce la amânarea deciziilor, datorită temerilor privitor la potențialele consecințe ale unei decizii. Desigur, nu numai persoanele anxioase se îngrijorează. Îngrijorarea apare și la indivizii care nu sunt anxioși, însă la clienții care suferă de anxietate îngrijorarea este incontrollabilă (Hersen & Thomas, 2006).

Prevalența este de 0,4-3,6 %, apărând mai ales în țările dezvoltate. Vârsta medie de debut este de 30 de ani, dar simptomele pot apărea foarte devreme în cursul vieții, manifestându-se ca temperament anxios. Multe persoane cu anxietate generalizată spun că s-au simțit anxioase și temătoare toată viața, deși debutul tulburării este rar înainte de adolescență. De multe ori comorbiditatea anxietății generalizate este crescută: se asociază frecvent cu alte tulburări de anxietate și cu depresia majoră - o treime din clienții cu anxietate generalizată au și depresie (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2. Nivelul biologic în anxietatea generalizată

Factorul genetic intervine în etiologia anxietății generalizate prin faptul că trăsăturile moștenite genetic, cum sunt neuroticismul și afectul negativ intervin în geneza anxietății (Zinbarg & Barlow, 1996). O treime din riscul de anxietate generalizată este genetic, factorii genetici suprapunându-se cu riscul de alte tulburări de anxietate și depresia majoră (Aragona, n.d.). De asemenea, existența unei rude de gradul unu cu anxietate generalizată crește riscul de

aparitie al tulburării. Se presupune că există o vulnerabilitate biologică la anxietate, vulnerabilitate activată de factorii de mediu (Hersen & Thomas, 2006).

Se estimează că genele contribuie în proporție de 30-50% la dezvoltarea unei tulburări de anxietate generalizată, în timp ce factorii non-genetici sunt responsabili în proporție de 50-70%. Factorii de mediu, pe de altă parte, contribuie la geneza anxietății prin intermediul mecanismelor epigenetice, încă din viața intrauterină. De exemplu, femeile însărcinate care au o tulburare de anxietate și nu se află sub tratament medicamentos prezintă modificări ale metilării ADN-ului, impactând gena receptorului de glucocorticoid, ceea ce crește riscul de anxietate la copil (Patriquin & Mathew, 2017).

Epigenomul este de asemenea responsabil de transmiterea inter-generațională de informații, ca engramă a experiențelor din mediu, atât ale mamei, cât și ale tatălui, astfel încât să pregătească copilul la nivel de programare endocrină, dezvoltare a creierului și fenotip comportamental. Cu alte cuvinte, dacă părinții sunt expuși unei anumite traume, copilul se naște "pregătit" pentru a face față traumelor respective, iar în lipsa traumei pot apare îngrijorările caracteristice anxietății, deși stimulul lipsește. Metilarea anumitor porțiuni din ADN pare a fi responsabilă de această transmitere inter-generațională. Astfel, experiențele stresante și traumele părinților sunt transmise generațiilor următoare prin modificări epigenetice (Schiele et al., 2020).

La nivel morfopatologic, studiile de computer-tomografie arată că apar o serie de modificări la nivelul cortexului prefrontal și amigdalei. De fapt, amigdală este hiper-activată atunci când clientul este expus la furie și nu prezintă modificări semnificative comparativ cu un grup de control în fața expunerii la frică. Un alt aspect este acela al deteriorării conexiunilor dintre cingulatul posterior și amigdală (Li et al., 2020).

În lobul temporal superior există o densitate crescută a materiei cenușii comparativ cu substanța albă, iar amigdală este crescută ca volum, probabil o hipertrofie datorată stresului. De asemenea, există un hiper-metabolism la nivelul cortexului prefrontal, probabil mai degrabă ca un efect decât o cauză a anxietății (Martin et al., 2009).

Faptul că amigdală este hipertrofiată la persoanele anxioase se leagă de rolul pe care îl joacă aceasta în modularea fricii. Multe studii de computer-tomografie arată de altfel o activare crescută a amigdalei și insulei în timpul procesării emoțiilor negative (Li et al., 2020). Această hiperactivitate a amigdalei ar putea fi de asemenea responsabilă de interpretările inexacte ale comportamentului social al celorlalți în cazul persoanelor cu tulburare de anxietate generalizată. La nivel de neurotransmițători, asistăm la o scădere a

transmiterii inhibitorii și o activare a neurotransmiterii excitatorii. Se pare de altfel că anxietatea generalizată are și o componentă care se leagă de serotonină (Martin et al., 2009).

Toate aceste aspecte neurobiologice indică stresul ca și componentă majoră a genezei tulburării de anxietate generalizate. Deși stresul pe termen scurt este adaptativ atunci când ne confruntăm cu situații acute, stresul cronic maladaptativ are un impact negativ asupra corpului uman, ducând inclusiv la tulburări mentale, cum este anxietatea generalizată (Patriquin & Mathew, 2017).

Spre deosebire de alte tulburări de anxietate, activarea fiziologică lipsește însă în anxietatea generalizată (Hersen & Thomas, 2006). În timp ce alte tulburări de anxietate se asociază cu un nivel crescut al activării fiziologice, anxietatea generalizată se caracterizează prin inflexibilitate a sistemului nervos autonom, respectiv o lipsă de reactivitate a acestuia (Thayer et al., 1996). Tonusul vagal scăzut și lipsa de reactivitate a sistemului nervos autonom se leagă de dificultățile de procesare a informației (Porges, 2009). Pe de altă parte, apare o frecvență crescută a simptomelor somatice, cum sunt tremurăturile și palpitațiile (G. Masi et al., 2004). În general, persoanele care suferă de anxietate generalizată au dereglări fiziologice mai frecvente, comparativ cu cei care nu sunt anxioși, respectiv frecvență cardiacă crescută, și nivel ridicat de conductivitate al pielii (Patriquin & Mathew, 2017).

1.1.3. Axa cognitivă în anxietatea generalizată

Persoanele care suferă de anxietate generalizată consideră că lumea este un loc periculos, astfel încât, pentru a evita posibilele pericole sau pentru a planifica modalități de gestionare a pericolelor, scanează constant mediul pentru a identifica potențialele indicii ale amenințărilor (Ridgway, n.d.). Însă datorită faptului că nu există o amenințare actuală și nici un pericol fizic, amenințarea existând doar în viitor, la nivel mental, individul nu poate evita amenințarea ca și adaptare comportamentală, iar îngrijorarea este singura strategie de coping (Hersen & Thomas, 2006). Indivizii care suferă de anxietate generalizată cred că îngrijorarea îi va ajuta la rezolvarea problemelor cu care se confruntă (Clark & Beck, 2011). Mai mult, aceștia cred că îngrijorarea îi va pregăti pentru evenimentul negativ de care se tem și adesea au credința superstițioasă că dacă se îngrijorează vis-a-vis de un anumit eveniment, atunci acest eveniment posibil să nu aibă loc (Hersen & Thomas, 2006). Fontaine și Fontaine (2008, p. 382) enumeră următoarele avantaje percepute de client pentru faptul că se îngrijorează:

- Control în manieră superstițioasă a evenimentelor viitoare, persoana considerând că dacă se îngrijorează are șanse să diminueze situațiile potențial negative din viitor;

- Evitarea dezamăgirii sau a situațiilor în care persoana este blamată;
- Găsirea celor mai bune modalități de a face față problemelor;
- Motivație pentru a deveni activ; și
- Prezentarea unor caracteristici pozitive ale personalității.

Practic aceste avantaje percepute de anxios îl determină să își întrețină tendința de îngrijorare. De fapt, clientul este blocat între avantajele fals percepute ale îngrijorării și dorința de a nu se gândi la consecințele pe care consideră că trebuie să le evite (Fontaine & Fontaine, 2008).

Una dintre probleme este însă aceea că persoanele cu tulburare de anxietate generalizată interpretează stimulii ambigui sau neutri ca fiind amenințatori și au tendința de a fi biasați în ce privește indiciile negative, chiar dacă acestea sunt vagi (Mathews & Mackintosh, 1998). Îngrijorarea caracteristică anxietății generalizate face ca memoria de lucru să fie de asemenea afectată (Rapee et al., 2009).

Intensitatea, durata sau frecvența anxietății sau grijilor este disproporționată la anxioși, comparativ cu probabilitatea sau impactul evenimentului anticipat. Adesea se îngrijorează privitor la circumstanțele zilnice, cum sunt posibilele responsabilități la serviciu, sănătate, starea financiară, sănătatea membrilor familiei, nenorocul copiilor sau chestiuni minore (treburile casei, întârzierea la întâlniri) (American Psychiatric Association, 2013).

Există câteva trăsături care diferențiază tulburarea de anxietate generalizată de anxietatea nepatologică. În primul rând, grijile asociate cu tulburarea de anxietate generalizată sunt excesive și interferează cu funcționarea psihosocială, în timp ce grijile vieții de zi cu zi, la persoanele care nu sunt anxioase, nu sunt excesive și sunt percepute ca gestionabile, putând fi lăsate deoparte atunci când apar chestiuni mai presante. În al doilea rând, grijile asociate cu tulburarea de anxietate generalizată sunt mai pronunțate și produc stres, au durată mai mare și frecvent apar în lipsa factorilor declanșatori. Cu cât este mai largă gama circumstanțelor de viață pentru care persoana se îngrijorează (de exemplu finanțe, siguranța copiilor, performanța la serviciu), cu atât este mai probabil ca simptomele sale să întrunească criteriile diagnostice de anxietate generalizată. În al treilea rând, grijile zilnice sunt mult mai rar acompaniate de simptome fizice (agitație, etc.) (American Psychiatric Association, 2013).

Îngrijorările din anxietate sunt clasificate în (Fontaine & Fontaine, 2008, p. 380):

- Îngrijorări de tip 1, care decurg din problemele de zi cu zi, cum ar fi grijile privitor la locul de muncă, lipsa de bani sau conflicte cu alte persoane; și

- Îngrijorări de tip 2, care provin din probleme inexistente în prezent, dar care ar putea apare la un moment dat, ca de exemplu posibilitatea de a face cancer într-un viitor incert (deși nu există indicii de acest gen) ori posibilitatea ca un membru al familiei să aibă o problemă.

Stilul inflexibil de procesare al informației se reflectă în mod special în procesarea emoțională, clienții fiind deosebit de atenți la pericolele potențiale din mediu. Mai mult decât atât, evită chiar și cuvintele amenințătoare și procesează în mod exagerat și extensiv aceste cuvinte (Hersen & Thomas, 2006). Evită imaginile mentale și apelează la strategii de evitare comportamentală situațională și cognitivă pentru a îndepărta anxietatea sau alte emoții neplăcute: de exemplu evită situațiile stresante, are comportamente rigide, încearcă să își spună să nu se mai gândească la anumite lucruri, etc. În același scop sunt folosite comportamentele securizante sau superstițioase – de exemplu poartă o amuletă pentru protecție (Fontaine & Fontaine, 2008).

Intoleranța la incertitudine este de asemenea redusă: persoanele anxioase au o tendință excesivă de a considera ca fiind inacceptabilă posibilitatea, indiferent cât de mică, ca un eveniment oarecare să se producă (Fontaine & Fontaine, 2008).

Erorile cognitive din anxietatea generalizată sunt în primul rând (Clark & Beck, 2011, p. 56):

- Minimalizare, respectiv subestimarea aspectelor pozitive ale resurselor personale;

- Abstragerea selectivă, adică concentrarea prioritară asupra slăbiciunilor proprii;

- Amplificarea, ceea ce înseamnă de exemplu a considera defectele ca fiind un neajuns serios; și

- Catastrofizarea: greșelile sau amenințarea au consecințe dezastruoase.

O altă caracteristică a persoanelor anxioase este stilul de gândire abstract. Gândirea constructivă și reflexivă sunt deteriorate (Clark & Beck, 2011), iar supra-generalizarea este un efect al gândirii abstracte. De altfel, gândirea abstractă repetitivă este un marker diagnostic, atât în anxietate (îngrijorările), cât și în depresie (ruminația) (Van Lier et al., 2014)

Persoanele care suferă de tulburare de anxietate generalizată sunt adesea perfecționiste, caută aprobarea în mod excesiv și au nevoie de reasigurări

constante (Hersen & Thomas, 2006), iar nevoia de auto-sacrificiu este crescută (Koerner et al., 2015).

Temperamentul pare a juca de asemenea un rol important în apariția anxietății generalizate. Încă din copilărie, persoanele cu temperament dezinhbat au tendința de a căuta aventura, în timp ce aceia cu temperament inhibat sunt timizi și evită situațiile noi și nefamiliare. Stilul temperamental inhibat duce la hiperexcitabilitate în legătură cu stimulii din mediu și respectiv comportament de evitare, ceea ce nu face altceva decât să întărească simptomatologia anxioasă (Hersen & Thomas, 2006).

1.1.4. Axa emoțională în anxietatea generalizată

Procesarea emoțională este dificilă pentru clientul cu anxietate generalizată. În mod interesant, răspunsul cardiovascular la stimulii care induc frică este scăzut la pacienții cu anxietate, ceea ce înseamnă că frica nu este pe deplin accesată, iar procesarea emoțională nu are loc pe deplin. Datorită faptului că se îngrijorează foarte mult înainte de un eveniment potențial stresant, nivelul de frică la producerea evenimentului este mai scăzut comparativ cu al persoanelor care nu sunt anxioase. Practic, suprimarea afectivă apare la nivelul amigdalei, care prezintă o activitate diminuată în astfel de circumstanțe (Hersen & Thomas, 2006). Se presupune de altfel că unul din rolurile îngrijorării în anxietatea generalizată este acela de distanțare de emoții. Nivelele crescute ale îngrijorării se asociază de asemenea cu claritatea emoțională scăzută, precum și dificultăți de identificare și descriere a emoțiilor (Jacobson & Newman, 2014).

Persoanele care suferă de anxietate generalizată au o expresie emoțională restrânsă, empatie diminuată, spontaneitate scăzută și evită să pară vulnerabile din punct de vedere emoțional (Llera & Newman, 2014). Anxioșii au o mare intensitate a experiențelor emoționale, dar au dificultăți în a le eticheta și exprima. Sunt motivați de evitarea emoțiilor și a senzațiilor fizice asociate acestora (Hersen & Thomas, 2006).

Cu alte cuvinte, anxietatea generalizată este caracterizată de dificultăți de reglare emoțională, care cuprinde patru componente distincte (Mennin, 2006):

- Intensitate emoțională crescută;
- Dificultăți semnificative de identificare, descriere și clarificare a propriei experiențe emoționale;
- Reactivitate cognitivă negativă la emoții, având credințe catastrofice despre consecințele emoțiilor (atât cele negative, cât și cele pozitive), astfel că individul nu poate lăsa ca experiența emoțională să se desfășoare; și

- Gestionare maladaptativă: dacă individul are emoții negative, caută să se liniștească cât mai repede.

De fapt, anxiosul încearcă din toate puterile să suprimă sau să își controleze propriile experiențe emoționale. Dar nu numai reglarea emoțională este afectată în anxietatea generalizată, ci și percepția emoțională. Persoanele care suferă de anxietate au o capacitate mai redusă decât restul populației în ce privește identificarea emoțiilor în general, dar au o sensibilitate crescută la identificarea fricii celorlalți (Rutter et al., 2019).

Unul dintre factorii de mediu importanți în apariția anxietății generalizate este comportamentul părinților față de copil. Intervine mecanismul condiționării operante: părinții recompensează comportamentul anxios al copilului, întărind astfel anxietatea (Hersen & Thomas, 2006). Modelarea socială contribuie de asemenea: copiii părinților anxioși au o probabilitate mai mare de a deveni anxioși la rândul lor, prin copierea comportamentului părinților (Bandura, 1988).

Stilul de atașament se leagă de asemenea de geneza anxietății. Dacă figura de atașament nu este disponibilă pentru copil, rezultatul va fi un atașament de tip nesigur, iar modelul copilului despre lume va fi acela al unui loc periculos, imprevizibil și de necontrolat, astfel încât va supra-estima probabilitatea evenimentelor negative și va sub-estima capacitatea sa de a le gestiona. Clienții care suferă de anxietate generalizată își descriu adesea părinții ca fiind supra-protectori, dar lipsiți de căldură emoțională sau apar inversiuni de rol în familie – copii parentificați (Hersen & Thomas, 2006).

1.1.5. Nivelul psihodinamic în anxietatea generalizată

În termeni psihodinamici, îngrijorarea, folosită cu scopul evitării confruntării directe cu problemele, poartă numele de mecanism de apărare. Conform teoriei Freudiene, mecanismele de apărare sunt activate, astfel încât persoana să evite să se gândească la evenimente sau emoții dificile, conflictuale sau traumatice. Rolul defenselor este acela de a păstra amenințarea reală în afara sferei conștiente, așa încât să nu devină mult prea traumatică (F. N. Busch, 2009). Karen Horney arăta că experiențele interpersonale traumatice sau periculoase conduc la un set de dorințe, expectanțe, credințe și sentimente vis-a-vis de propria persoană și de lumea înconjurătoare. În mod tipic, aceste dorințe implică obținerea iubirii, stabilității sau protecției și se leagă de teama că ceilalți vor abandona, abuza, critica sau dezamăgi. Aceste dorințe sunt însă atât de puternice încât individul evită să se gândească la dorințele, emoțiile și amintirile care au contribuit la

frică sau ele se află în afara sferei conștiente. O modalitate de evitare este tocmai îngrijorarea privitor la evenimentele de zi cu zi (F. N. Busch, 2009).

Anxietatea este considerată de asemenea o temă fundamentală a existenței noastre. Individul se simte amenințat, pierde senzația de siguranță, sau cu alte cuvinte este amenințat la nivelul structurilor existențiale (Längle, 1997).

Pe de altă parte, persoana anxioasă este prea puțin în contact cu partea de Copil din structura eului, fiind mai degrabă condusă de un Părinte Normativ, care de altfel contribuie la latura sa perfecționistă. Scenariul de viață este de tip „După”, respectiv scenariul lui Damocles, căruia i s-a permis să se bucure de fericirea de a fi rege, până când a observat că deasupra capului său atârna o sabie agățată de un singur fir de păr de cal. Motto-ul scenariilor “După” spune: “Poți să te bucuri o vreme, dar după aceea vor începe necazurile” (Berne, 2016). Clientul are practic un scenariu de viață constituit din tipare maladadaptative și repetitive, laolaltă cu emoții amplificate. Aceste scenarii sunt rezultatul unor suprageneralizări negative sau dureroase: de exemplu, la ora actuală oamenii sunt percepuți în mod eronat ca fiind amenințători, așa cum s-a întâmplat la un moment dat în trecut.

1.1.6. Nivelul interpersonal în anxietatea generalizată

Teama și expectanțele negative privitor la situațiile sociale fac ca persoanele care suferă de anxietate generalizată să aibă un comportament interpersonal problematic, ceea ce face ca ceilalți să reacționeze de așa manieră încât întăresc expectanțele negative ale clientului (Wachtel, 2005). Hersen și Thomas (2006) ilustrează acest mecanism prin următorul exemplu: o persoană care își face griji că ceilalți vor gândi despre ea în mod negativ poate acționa printr-o atitudine de superioritate, astfel încât să își crească stima de sine, numai că astfel pare condescendentă, lipsită de empatie și absorbită de propria persoană, ceea ce o îndepărtează pe ceilalți. Ca urmare, oamenii nu mai doresc să interacționeze cu ea în viitor, ceea ce îi confirmă temerile.

Aceste tipare poartă numele de cicluri interpersonale negative (Safran et al., 1993). De fapt, cele mai multe îngrijorări ale persoanelor cu tulburare de anxietate generalizată se referă tocmai la expectanța de a fi respins de ceilalți. De altfel, anxietatea socială este cea mai frecventă comorbiditate a anxietății generalizate (Hersen & Thomas, 2006). Cei cu anxietate generalizată au și tendința de a supra-estima sau sub-estima în mod considerabil impactul negativ pe care îl au asupra celorlalți. Acționează în relație cu ceilalți pe baza fricilor proprii și nu pe baza situațiilor obiective, astfel încât tiparele de interacțiune cu ceilalți sunt adesea maladadaptative (Erickson & Newman, 2005). În plus, anxietatea generalizată se asociază mai frecvent decât alte