

**Robert L. Leahy**

TEHNICI DE  
**TERAPIE COGNITIVĂ**

Manualul clinicianului

Traducerea din limba engleză de  
Cassandra Bălălu



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

Cluj- Napoca  
2022

# Cuprins

Fișe	13
<b>Partea I Etapele inițiale ale terapiei cognitive</b>	
<b>Capitolul 1</b> Introducere	21
<b>Partea a II-a Tehnici</b>	
<b>Capitolul 2</b> Evidențierea gândurilor	35
<b>Capitolul 3</b> Evaluarea și testarea gândurilor	73
<b>Capitolul 4</b> Evaluarea asumpțiilor și a regulilor	123
<b>CAPITOLUL 5</b> Examinarea erorilor de logică și de procesare a informației	177
<b>CAPITOLUL 6</b> Modificarea procesului de luare a deciziilor	215
<b>CAPITOLUL 7</b> Reacția la gânduri intruzive și evaluarea acestora	257
<b>CAPITOLUL 8</b> Modificarea îngrijorărilor și a rumațiilor	289
<b>CAPITOLUL 9</b> Să vedem lucrurile în perspectivă	367
<b>CAPITOLUL 10</b> Identificarea și modificarea schemelor cognitive	409
<b>CAPITOLUL 11</b> Tehnici de reglare emoțională	465
<b>PARTEA A III-A Aplicații specifice</b>	
<b>CAPITOLUL 12</b> Analiza și disputarea distorsiunilor cognitive	509
<b>CAPITOLUL 13</b> Modificarea nevoii de aprobare	529
<b>CAPITOLUL 14</b> Disputarea atitudinii critice față de sine	535
<b>CAPITOLUL 15</b> Cum facem față furiei	547
<b>CAPITOLUL 16</b> Comentarii de final	557
Bibliografie	561
Index	571

## **PARTEA I**

# Etapele inițiale ale terapiei cognitive

## CAPITOLUL 1

# Introducere

Această a doua ediție a volumului *Tehnici de terapie cognitivă* oferă terapeuților o paletă largă de instrumente cognitive și comportamentale care pot fi folosite în tratarea depresiei, anxietății, furiei, problemelor de cuplu și a altor afecțiuni psihopatologice. Deși abordarea este în primul rând cognitivă, accentul căzând pe conținut, pe funcție și pe modul de gândire, am inclus și tehnici care reflectă contribuția altor tipuri de terapie (metacognitivă, prin acceptare și angajament, cea dialectic-comportamentală, activarea comportamentală și terapia centrată pe compasiune).

Modelul cognitiv a continuat să se dezvolte de la formularea inițială a lui Beck și Ellis. În acest model cognitiv de început, accentul se punea pe conținutul specific al gândirii, precum categoriile tipice de distorsiuni provocate de gândurile automate, asumțiunile subiacente, schemele și convingerile fundamentale. Modelul cognitiv pune accentul pe nevoia de a determina impactul schemelor asupra atenției și a memoriei și rolul jucat în menținerea convingerilor problematice. Așadar, modelul cognitiv identifică rolul pe care îl joacă biasarea de confirmare și procesarea la nivel de scheme în menținerea convingerilor negative ale persoanelor cu depresie, chiar și în prezența informațiilor pozitive care, cel mai probabil, ar contrazice aceste convingeri.

Această arhitectură cognitivă este atât păstrată în formularea actuală, cât și dezvoltată în continuare pentru a include o recunoaștere a faptului că tulburările de personalitate sunt caracterizate de scheme fixe despre sine și despre ceilalți și de stiluri de compensare, de evitare sau de menținere a schemei cognitive. În plus, conceptul de moduri introduce tipare de reacție coordonate și la nivel de sistem, care organizează cogniția, comportamentele motivate, funcționarea interpersonală, precum și reacțiile emoționale la procese complexe consecvente și care se auto-întrețin, cum sunt furia, mania sau depresia (Beck și Haigh, 2014). Modul este un construct supraordonat care reprezintă corelația dintre aceste componente diferite și care contribuie la menținerea și la extinderea sa în noi domenii ale vieții.

Deși recunoaștem contribuția importantă a modelului cognitiv, mai sunt și alte modele care au contribuit la gama largă de formulări, strategii și tehnici de care dispune terapeutul. Această nouă ediție recunoaște numeroase contribuții cruciale: cea a modelului metacognitiv propus de Wells (2007, 2008, 2011), aceea a modelului de activare comportamentală propus de Martell, Dimidjian și Herman-Dunn (2010), a terapiei prin acceptare și angajament (ACT) propuse de Hayes, Strosahl și Wilson (2003), a terapiei dialectic-comportamentale (DBT) propuse de Linehan (2015), a terapiei centrate pe compasiune (Gilbert, 2009) și a altor abordări. În plus, am inclus și

idei din idei din cercetările cu privire la luarea deciziilor (Kahneman, 2011), mindfulness (Teasdale și colab., 2012), și propriile mele cercetări în domeniul schemelor emoționale (Leahy, 2015).

După cum vom evidenția în primele capitole, modelul cognitiv susține că depresia, anxietatea, furia și alte tulburări sunt menținute, activate sau exacerbate de biasări în gândire. La baza acestor biasări se află, cu precădere, scheme cognitive care reprezintă tipare consecvente de organizare a informației pornind de la un concept preexistent. Conceptul de schemă este vechi în psihologie, datând de pe vremea lui Bartlett și Piaget. În anii '70, științele cognitive și domeniul cogniției sociale au acordat o importanță majoră rolului acestor scheme asupra atenției selective, a memoriei și interpretării informației. Astfel, modelul cognitiv derivă parțial din revoluția procesării informațiilor din domeniul psihologiei de la acea vreme.

Deși atât modelul schemelor elaborat de Beck, cât și cel al lui Young pun accentul pe dezvoltarea a acestor scheme în copilărie, cercetările din domeniul procesării la nivel de scheme indică faptul că schemele se pot forma în orice moment și că formarea acestora nu se află în sfera conștientizării imediate (Bargh și Morsella, 2008; Andersen, Saribay și Przybylinski, 2012; Fiske și Macrae, 2012). Cu toate că aceste scheme acționează automat, modelul cognitiv sugerează că ele pot fi accesate conștient prin diverse tehnici. Așadar, scopul este, în parte, de a face implicitul explicit.

Modelul cognitiv al terapiei se concentrează asupra psiho-educației pacientului în ceea ce privește convingerile sale fundamentale și a abordării ce urmează să fie adoptată în terapie. Astfel, în prima ședință de terapie, terapeutul îi comunică pacientului că se vor concentra asupra a ceea ce acesta gândește și face conștient în mod obișnuit, asupra modului în care el poate vedea lucrurile și se poate comporta altfel decât ceilalți și asupra modului în care teme de casă vor contribui la generalizarea beneficiilor ședințelor. În plus, biblioterapia este o componentă des întâlnită a terapiei cognitive, terapeutii oferind pacienților fișe cu informații referitoare la diverse probleme sau pot face sugestii de lectură pentru a-i ghida pe parcursul terapiei.

Abordarea cognitivă pune accentul pe importanța testării modului în care pacientul construiește realitatea prin raportarea la fapte concrete, pe măsură ce acestea se ivesc. Astfel, terapia urmărește să dezvăluie, prin întrebări și experimente comportamentale, ceea ce pacientul consideră a fi adevărat și, totodată, care sunt tiparele sale de gândire care stau la baza tulburărilor acestuia. De exemplu, individul depresiv are adeseori o atitudine negativă despre sine, despre viață în general și despre viitor și, în consecință, poate fi reticent să încerce noi comportamente care s-ar putea să nu ducă la rezultatele scontate și care ar putea produce și mai multe dezamăgiri și regrete. Terapia urmărește să încurajeze conștientizarea gândurilor care modelează și alimentează această negativitate și să ridice semne de întrebare în ceea ce privește aspectul infailibil al acestui mod de gândire. Terapeutul încurajează scepticismul față de orice gânduri care invalidează pacientul și atrage atenția asupra faptului că gândurile au consecințe și că acestea trebuie evaluate în funcție de nivelul de pragmatism și de conformitate cu faptele. Pe scurt, această abordare pune accentul pe o raportare empirică la realitate: „Care sunt consecințele acestui gând?”, „Care ar fi consecințele unei perspective alternative?” sau „Haideți să testăm acest gând prin raportare la realitate.”

Mai mult decât atât, terapeutii cognitiști analizează semnificația (sau lipsa semnificației) principalelor concepte folosite de indivizii anxioși sau depresivi pentru a se auto-învinovăți. Acestea pot include idei fără referent empiric, cum ar fi „persoană fără valoare” sau „fraier”. Am constatat că este foarte util ca pacienții să fie încurajați

să evite etichetele generale ale unor trăsături stabile (de exemplu, „Sunt un ratat”) și să ia în considerare detalii comportamentale mai specifice (de exemplu, „Nu am reușit să fac ce mi-am propus atunci”). Prin clarificarea și limitarea descrierilor la nivel de comportament, situație, precum și la un anumit interval de timp, terapeutul și pacientul pot avansa ideea că rezultatele obținute variază în funcție de context, de convingeri, de motivația de implicare și de comportamentul manifestat. Această perspectivă mai nuanțată îi permite pacientului să treacă de la o gândire rigidă la una flexibilă și să ia în considerare realizarea de experimente prin care să își testeze gândurile negative – de exemplu, aș putea spune „Haideți să încercăm să procedăm diferit în situația aceasta și să vedem ce se întâmplă”. Comportamentele pot fi schimbate, însă trăsăturile personale ne dau iluzia de permanență; în consecință, ne induc convingerea propriei incapacități de a ne schimba.

În modelul cognitiv, „realitatea” este un *sistem deschis*. Astfel, modelul cognitiv este constructivist în ideea în care „cel care cunoaște” – aici, deopotrivă terapeutul și pacientul – nu va deține niciodată toate informațiile. Nu există nicio modalitate exhaustivă de a verifica informațiile. Luarea deciziilor în lumea reală se bazează pe informații incomplete, se realizează în timp real, întotdeauna în condiții de incertitudine. Această perspectivă asupra unui sistem deschis reprezintă o informație-cheie în procesul de luare a deciziilor, pe care îl voi detalia în Capitolul 6. În lumea empirică, a cunoaște este mai degrabă o dovadă a probabilității decât a certitudinii. Predicțiile se bazează pe informații incomplete – întotdeauna. Recunoașterea faptului că gândirea inferențială este întotdeauna incompletă, nedeterminată și bazată pe probabilitate reprezintă un element esențial al perspectivei terapeutului cognitivist. Așadar, atunci când pacientul spune că are nevoie de certitudine – „Da, dar ar putea fi chiar avionul meu cel care se prăbușește!” – terapeutul cognitivist ar trebui să recunoască faptul că există cu adevărat posibilitatea ca anumite evenimente să ne afecteze existența și că acestea nu pot fi eliminate. Întrebarea reală pentru pacientul care are nevoie de certitudine este „De ce ne este greu să acceptăm incertitudinile?” Acest fel de întrebare induce o abordare nouă asupra „nevoilor de cunoaștere” ale pacientului, și anume, nevoia de a prezice cu certitudine. Analiza acestei nevoi demonstrează adesea că pacientul privește „certitudinea” ca făcând parte din dorința de control absolut – în absența căruia vor avea loc dezastrele. Vom vedea că creșterea toleranței la incertitudine este un important antidot împotriva grijilor și rumațiilor, prin care „cel care gândește” încearcă să epuizeze toate consecințele și soluțiile posibile cu scopul de a dobândi certitudinea. Pacienții trebuie să conștientizeze că luăm cu toții decizii într-o lume incertă, iar într-o lume incertă nu există certitudine. Viața se desfășoară în timp real, în condiții de informații și de control limitate.

Terapia cognitivă nu proclamă puterea gândirii pozitive. Terapeutul nu este un propovăduitor al optimismului. Terapeutul îi cere pacientului să observe avantajele și dezavantajele convingerilor sale și, de asemenea, să observe implicațiile pragmatice ale diferitelor moduri de a privi lucrurile. Este important să conștientizăm că o simplă analiză a unui gând nu reprezintă un verdict final. Informații noi pot apărea în permanență. Realitatea este un sistem fluid. Această perspectivă îi permite pacientului să observe că părerile pot fi revizuite, comportamentul poate fi modificat, noi decizii pot fi luate, strategii noi pot fi avute în vedere. Astfel, căutarea de soluții este un proces organic, evoluând constant într-un sistem dinamic de feedback reciproc – cu alte cuvinte, feedback în privința gândurilor, comportamentelor și rezultatelor. Dacă cineva ar fi să își imagineze un antidot epistemologic la neajutorare și lipsa de speranță, atunci acesta ar fi sistemul acesta organic, deschis și dinamic de a observa gânduri, comportamente și noi strategii.

Există întotdeauna o altă posibilitate, un alt mod de a privi lucrurile, un lucru nou de încercat.

Terapia cognitivă presupune în mod necesar punerea în aplicare a unor tehnici comportamentale precum programarea activităților, exersarea expunerii, auto-administrarea de recompense, realizarea unor „meniuri” cu posibile recompense, exerciții de asertivitate, precum și alte tehnici valoroase. Aceste tehnici comportamentale sunt apoi evaluate prin emiterea unor predicții inițiale („Ce prevedeți că o să se întâmple dacă parcurgeți această tehnică de expunere? Cât va dura starea de anxietate? Cât de intensă va fi? Ce nu veți putea face dacă vă veți simți anxios?”), colectarea dovezilor („Ce s-a întâmplat exact?”) și compararea acestora cu predicțiile formulate inițial. O componentă importantă a tehnicilor comportamentale o reprezintă modificarea convingerilor și, în consecință, a așteptărilor legate de viitor și a voinței de a adopta strategii comportamentale. Comportamentul afectează cogniția, iar aceasta afectează, la rândul său, disponibilitatea de a se angaja într-un anumit tip de comportament, precum și ceea ce se învață din diferitele experimente comportamentale. Ne place să privim aceste tehnici ca experimente comportamentale, întrucât ele nu doar că largesc repertoriul pacientului, dar modifică totodată și convingerile care au întreținut problema în tot acest răstimp. Terapeutul poate invita pacientul să testeze convingerea conform căreia neobținerea validării din partea celorlalți are repercusiuni dezastruoase. Aceasta presupune experimente comportamentale precum exersarea asertivității, prin intermediul căreia pacientul învață că experimentarea (sau exprimarea) dezaprobării nu produce, de cele mai multe ori, nicio schimbare în viața reală. Prin modificarea convingerilor asociate cu inactivitatea, terapeutul poate sprijini pacientul în dezvoltarea unei perspective noi asupra întreprinderii de acțiune. Aceste teste comportamentale sunt importante și în tratarea tulburărilor de panică; terapeutul încurajează pacientul să își inducă în mod intenționat senzațiile de care se teme, pentru a urmări ce se întâmplă și, prin metoda „flooding”, să se expună cu scopul de a provoca apariția gândurilor care îl sperie. Punctul-cheie aici este să punem în cuvinte ceea ce am învățat. Comportamentul este urmat de reflecție.

Deși modelul cognitiv tradițional pune accentul pe conținutul unui gând (de exemplu, „Sunt un fraier”), modele mai noi din terapia cognitiv-comportamentală (TCC) sugerează că reacția pacientului la un gând ar putea încă și mai relevantă. În acest volum am inclus tehnici de mindfulness, provenite din terapia metacognitivă, modele ale acceptării și un model cognitiv integrativ care susține faptul că, atunci când au gânduri intruzive, pacienții au frecvent griji și rumații. Pacienții sunt adesea „acaparati” de gânduri și percep apariția acestora ca pe o experiență mentală inacceptabilă. Diferitele abordări descrise mai sus îi sunt de folos terapeutului în abordarea următoarelor aspecte: interpretarea gândului ca fiind periculos, cu o însemnătate personală și incontrollabil, abilitatea de a „descentra” gândul sau de a ne distanța față de acesta, dorința de a întreprinde o acțiune în ciuda zgomotului de fond produs de apariția gândului și amplasarea gândului în contextul altor experiențe mentale tranzitorii. Vom analiza o selecție largă de tehnici pe care terapeutul o poate utiliza pentru a aborda aceste aspecte.

Terapia presupune de multe ori disconfort. Disconfortul poate fi, de fapt, un element important în terapia prin acceptare și angajament, în mindfulness, terapia comportamentală și dialectic-comportamentale și, nu în ultimul rând, în terapia centrată pe scheme emoționale. Subiectele care apar pot fi neplăcute, amintirile activate aduc tristețe și neliniște, adoptarea unui comportament nou duce la o creștere a gradului de disconfort. Neplăcut, dar uneori inevitabil, disconfortul poate constitui o experiență utilă atunci când este resimțit ca urmare a întreprinderii unor acțiuni relevante. Pacientul

poate învăța că are capacitatea de a tolera disconfortul, dacă sarcina de îndeplinit merită acest sacrificiu. În prezentul volum, revizuim o serie amplă de abordări relevante pentru reglarea emoțională – și pentru acceptarea emoțiilor dificile. De exemplu, terapia centrată pe scheme emoționale pe care am elaborat-o poate ajuta pacienții să recunoască și să își modifice convingerile conform cărora emoțiile lor vor dura o perioadă nedeterminată de timp, se vor amplifica și va fi nevoie de suprimarea sau de controlarea lor. Aceste opinii problematice în ceea ce privește emoțiile vor duce la mai multă evitare și pasivitate. Întrebarea pe care trebuie să o adresăm pacienților este: „Sunt valide aceste convingeri pe care le aveți despre propriile emoții?” În consecință, terapeutul poate utiliza o gamă vastă de tehnici aparținând unor abordări diverse pentru a discuta despre aceste convingeri problematice despre emoții, nu doar cu scopul de a facilita modificarea comportamentului, dar și pentru a aprofunda terapia și a o face mai plină de sens. Dacă terapia presupune evitarea unei atitudini superficiale, atunci ea va fi uneori neplăcută, alteori chiar dureroasă.

Tehnicile folosite ar trebui să conțină și conceptualizări ale cazului. Este adevărat că nu există un singur fel de conceptualizare, iar terapeuții aparținând unor diferite orientări terapeutice vor proceda diferit. Terapeutul cognitivist va acorda adesea atenție nivelurilor de procesare a cognițiilor – gânduri automate, asumptii subiacente și scheme despre sine sau despre ceilalți – și corelării acestor scheme și strategii de coping cu experiențe din copilărie, cu evenimente marcante din viață (actuale și trecute) și cu rezultatele acestor strategii de coping. Am constatat că, de fiecare dată, conceptualizarea evoluează pe parcursul terapiei, pe măsură ce terapeutul află mai multe despre strategiile metacognitive problematice ale pacientului (de exemplu, griji și ruminatii) și despre tendințele sale de evitare comportamentală, inerție, tipare disfuncționale de luare a deciziilor, alegere greșită a partenerilor sau prietenilor și alte componente importante care pot alimenta un lung șir de probleme similare. Terapeutul poate aprofunda sensul și semnificația descoperirilor din cadrul terapiei punând în mod repetat întrebarea: „Cum se leagă această informație nouă de celelalte lucruri pe care le știm deja?” Astfel, tehnicile folosite pot ajuta pacientul să depășească unele obstacole și să își schimbe modulul de gândire, însă conceptualizarea progresivă poate lărgi contextul și poate susține pacientul în recunoașterea eventualelor puncte slabe, nu doar a celor care declanșează problemele, dar și care sunt gândurile, atitudinile și alegerile care acutizează problema. Firește, scopul terapiei nu ar trebui să fie doar „a ne simți mai bine”; terapia ar trebui să îl ajute pe pacient să elaboreze o serie de tehnici eficiente pentru a face față problemelor viitoare. Astfel, prin folosirea altor tehnici alături de conceptualizare, pacientul poate dobândi încredere în propriile puteri.

Terapeutul cognitivist recunoaște că este posibil ca analiza rațională și descrierea proceselor de gândire să nu fie suficiente pentru a cataliza schimbarea. Evocarea emoțiilor, dezvoltarea motivației și tehnicile experiențiale care activează noi experiențe fenomenologice se pot dovedi și ele esențiale. Pacientul trebuie să confrunte realitatea cu gânduri și cu comportamente noi pentru a avea, la nivel emoțional, experiența importanței existențiale a unei reacții „raționale” sau, pur și simplu, cea a unui nou mod de a gândi. Terapeuții cognitivști ajută clienții să transforme gândurile în acțiuni prin implicarea lor în experimente comportamentale care transpun ideile în practică.

Anumiți critici ai terapiei cognitive susțin că aceasta ar fi prea rațională și prea simplistă, un exercițiu mai degrabă al cuvintelor, decât al emoțiilor. Am inserat un capitol despre tehnicile experiențiale din terapia centrată pe emoții, precum și alte modele, inclusiv o parte din cercetările proprii referitoare la procesarea emoțiilor. Este esențial să alternăm tehnicile de terapie cognitivă cu empatia, validarea și interviul motivațional – stiluri de desfășurare a terapiei care ajută pacientul să considere intervențiile cognitive relevante

din punct de vedere emoțional. Mă tot gândesc, totuși, cum pot explica acești critici toate schimbările emoționale dramatice pe care terapia cognitivă le facilitează la indivizii depresivi sau anxioși. Până la urmă, dacă terapia cognitivă ajută oamenii să devină mai puțin depresivi sau anxioși, atunci terapia acordă atenție emoțiilor în cel mai semnificativ mod – și anume schimbându-le pe cele negative.

Terapeuții care practică terapia cognitivă par adesea să aibă propriile „tehnici favorite”. Unii se bazează predominant pe planificarea activităților, examinarea dovezilor și documentarea zilnică a gândurilor disfuncționale, pe când alții se bazează mai curând pe tehnici care presupun jocul de rol rațional, dublul standard și testarea predicțiilor. Problema acestui repertoriu limitat este aceea că diferite tehnici funcționează pentru diferiți clienți și pentru diferite probleme. Unii pacienți răspund bine la restructurarea cognitivă, alții la activarea comportamentală, alții la tehnici metacognitive, iar alții la acceptare. Clinicianul nu trebuie să se limiteze la un anumit curent terapeutic. Până la urmă, pacienții ne caută pentru a beneficia cele mai bune instrumente de care dispunem și, întocmai ca în farmacoterapie, nu toate abordările funcționează pentru oricine. Este important să adaptăm tratamentul pacientului și nu pacientul tratamentului.

Îmi amintesc de o întrebare primită din partea unui stagiar acum câțiva ani: „Cum de știți ce întrebare să puneți?” Am presupus că se referea la „ce tehnică” să folosesc. Inițial, mi-am spus că nu este o întrebare prea bună – probabil pentru că nu aveam un răspuns pregătit –, dar ulterior mi-am dat seama că era de fapt o întrebare excelentă (și am regretat că nu am pus eu însumi întrebarea aceea). Ani mai târziu încă nu am un răspuns, dar am o mulțime de strategii. Cititorii interesați pot descoperi numeroase tehnici pe care nu le-au folosit până acum (sau de care nici măcar nu au auzit). Dar, cel mai probabil, cititorii vor considera această antologie o valoroasă „aducere-aminte” – ceva ce le va împropăta memoria și îi va ajuta să își dea seama că cele, să zicem, cinci tehnici pe care le folosesc acum cu pacienții lor pot fi completate de 50 de alte tehnici neutilizate de luni întregi (sau ani). Îmi imaginez că terapeuții vor recurge la această carte constant – mai ales când pregătesc ședințele de terapie, dar și atunci când se luptă cu blocajele pe care inevitabil le vor întâlni. A avea flexibilitatea de a ne întreba „Ce altceva mai putem încerca?” poate duce la schimbări substanțiale.

Cartea de față prezintă o selecție largă de tehnici care pot fi folosite pentru aproape orice tulburare psihiatrică. În acest sens, ea este *transdiagnostică*. De exemplu, deși sunt prezente gânduri intruzive, precum și strategii și interpretări problematice care pot fi modificate.

Cu toate că acest volum nu reprezintă o abordare etapizată a terapiei cognitiv-comportamentale, este esențial ca terapeutul să ajute pacienții să înțeleagă natura terapiei. Acesta este, bineînțeles, un proces continuu, în care terapeutul avansează ideea conform căreia gândurile și sentimentele individului despre un anumit lucru și realitatea acelui lucru pot fi uneori foarte diferite, iar unul dintre scopurile terapiei este de a examina modul în care obiceiurile de gândire pot afecta negativ viața pacientului. Mulți pacienți vin la terapie cu asumții care nu sunt utile – de exemplu, că terapia presupune o simplă ventilare, că reexaminarea trecutului este punctul-cheie sau că toate afecțiunile psihologice pot fi reduse la cauze biologice și tratate medicamentos. Deși aceste idei au toate un sâmbure de adevăr, abordarea cognitiv-comportamentală este orientată spre acțiune, vizează problemele actuale, presupune implicare din partea pacientului și o relație de colaborare cu terapeutul.

De exemplu, în cadrul primei ședințe cu o pacientă cu un istoric de tentative de suicid și care, recent, aproape că reușise să ducă la bun sfârșit acest plan, am întreat-o ce spera să câștige din terapie. Ea a spus: „Vreau să înțeleg de ce sunt atât de negativistă.”

I-am răspuns: „A înțelege poate fi interesant și uneori util, dar această terapie este despre *schimbare*. Așadar, mă interesează ce doriți să schimbați. Modul de gândire, comportamentul, pasivitatea, modul de relaționare, tendința de a rumina și lipsa de speranță – acestea sunt lucrurile pe care am putea încerca să le schimbăm. Înțelegerea ar putea să ne ofere o teorie surprinzătoare, dar cred că am putea ajunge mult mai departe dacă ne-am concentra asupra schimbării.”

Pacienta s-a întors la ședința următoare spunând: „Am făcut terapie timp de mulți ani și acum e prima dată când pun problema așa – «Ce doresc să schimb?»”

Accentul plasat pe identificarea modurilor problematice de gândire și de coping, urmat de sugestia că poate există o alternativă la acestea, constituie principiul central al tuturor abordărilor din TCC. Toate se referă la schimbare. Așadar, dacă ar fi să ne gândim la „prima tehnică”, aceasta este – „Ce doriți să schimbați?” Obişnuiesc să introduc această idee prin ceva ce am ajuns să numesc „tehnica baghetei magice”: „Dacă aş avea o baghetă magică – pe care însă nu o am – și aş putea să o folosesc, ce ar trebui să se schimbe astfel încât să vă simțiți mai bine?” Evidențierea schimbării – antrenarea pacientului în căutarea de alternative – este un antidot esențial la neputință și lipsă de speranță.

Primele patru capitole – „Evidențierea gândurilor”, „Evaluarea și testarea gândurilor”, „Evaluarea asumpțiilor și a regulilor” și „Examinarea erorilor de logică și de procesare a informației” – oferă o sinteză a tehnicilor fundamentale folosite în terapia cognitivă. Aceste capitole ar trebui citite în serie. Capitolul 2 trece în revistă un număr de tehnici care pot ajuta pacienții să înțeleagă diferența dintre gânduri, emoții și realitate și să recunoască gândurile automate care îi determină dispoziția afectivă și comportamentul. De exemplu, un gând poate fi o descriere a realității, iar această descriere poate să corespundă sau nu cu realitatea. Aceste gânduri sau interpretări legate de realitate duc la emoții specifice. Scopul în terapie este să evaluăm corespondența dintre gânduri și realitatea la care acestea se referă. Capitolul 3 prezintă o serie de tehnici de evaluare și testare a acestor gânduri în raport cu faptele și de dezvoltare a unor moduri mai adaptative și mai flexibile de a trăi experiențele. Capitolul 4 abordează regulile condiționale (enunțuri de tipul „ar trebui să...”, „dacă... atunci” și „reguli despre ce trebuie să faci”), care determină adeseori inferențe eronate, mecanisme problematice de coping și menținerea schemelor cognitive negative. Capitolul 5 analizează erorile tipice care apar în logică și în procesarea informației, acestea ducând la apariția biasărilor de confirmare și a persistenței convingerilor negative mai generale. Recunoașterea acestor erori și corectarea lor reprezintă componente esențiale ale unei terapii cognitive eficiente. Capitolul 6, „Modificarea procesului de luare a deciziilor”, evaluează o serie de factori care stau la baza abordărilor problematice asupra luării deciziilor și pune la dispoziția terapeutului conceptualizări, strategii și tehnici pentru a îmbunătăți acest proces. Mulți oameni sunt depresivi și anxioși din cauza deciziilor defectuoase pe care le-au luat sau din cauza tendinței lor de a rumina și a procrastina în loc să își asume un risc rezonabil. Până la urmă, schimbarea este strâns legată de deciziile pe care le luăm. În Capitolul 7, trec în revistă tehnici aparținând unor modele teoretice care tratează modul în care un individ trăiește, evaluează și reacționează la gânduri intruzive. Bazându-se pe abordări metacognitive, legate de acceptare, de tip mindfulness și altele, terapeutul poate dobândi strategii utile pentru a remedia aceste blocaje frecvente. În Capitolul 8, prezint o serie de tehnici care vizează îngrijorările (sau ruminările), care îi pot oferi clinicianului o perspectivă detaliată asupra acestei vulnerabilități. Din nou,

tehnicele provin din modele cognitive și de evitare emoțională, antrenarea toleranței la incertitudine, teorii metacognitive, acceptare și altele. De-a lungul multor ani de terapie în care am abordat îngrijorările de diverse tipuri, am observat că este util să avem la dispoziție tehnici numeroase și variate, întrucât unii pacienți reacționează pozitiv la anumite abordări, în timp ce alții nu. Cititorul va trebui să testeze aceste tehnici pentru a vedea care dintre ele sunt potrivite pentru un anumit pacient și care nu. În Capitolul 9, abordez o problemă des întâlnită în anxietate, depresie și furie: *punerea lucrurilor în perspectivă*. Fără îndoială, trebuie să se ia în considerare faptul că termenul „rațional” își are originea în cuvântul grecesc „ratio”, care se referă tocmai la punerea lucrurilor în perspectivă. Capitolul 10 vizează elemente din terapia centrată pe scheme: evaluarea unor aspecte care țin de evidențierea și de identificarea schemelor, depistarea cauzei dezvoltării lor, evaluarea tiparelor de evitare, compensare și menținere a schemelor și anularea rigidității și caracterului generalizat ale acestor scheme prin intermediul a numeroase tehnici. În Capitolul 11, abordez reglarea emoțională prin intermediul a diverse tehnici provenite din terapia dialectic-comportamentală, terapia centrată pe scheme, abordări bazate pe mindfulness și acceptare, precum și altele asemenea. Clinicienii pot considera reglarea emoțională o prioritate în tratament în cazul în care dereglarea emoțională a pacientului este atât de severă încât reflectarea cognitivă, activarea comportamentală și expunerea sunt dificil de realizat sau atunci când siguranța pacientului sau a altora constituie o problemă.

În partea a III-a – referitoare la aplicații specifice – am inclus patru capitole. În Capitolul 12, pun la dispoziție o listă ce cuprinde tehnici specifice pentru fiecare distorsiune cognitivă. Drept urmare, aici sunt incluse 10-15 tehnici însoțite de scurte exemple pentru analiza, provocarea și schimbarea diverselor categorii de gânduri distorsionate, precum cititul gândurilor, personalizarea, etichetarea și altele. (Unii terapeuți pot critica utilizarea termenului „distorsionat”, însă eu l-am păstrat, deoarece consider că multe dintre cazurile de depresie, anxietate și furie pot fi cauzate de distorsiuni în gândire. Cititorul poate înlocui „distorsiuni în” cu „biasat”, „inutil” sau „problematic”, dacă acești termeni par mai puțin peiorativi sau mai folositori.) Acest capitol poate fi un ghid practic pentru terapeuții în căutare de moduri de a structura o ședință – sau o serie de ședințe –, iar terapeuții sunt încurajați să adauge alte tehnici la lista aferentă fiecărei distorsiuni cognitive. În Capitolul 13, am inserat un studiu de caz însoțit de dialoguri despre modul în care poate fi modificată nevoia de validare. Repet, nu există un mod anume de desfășurare a unei ședințe, dar cititorul își poate face o idee despre modul în care poate decurge o ședință. În Capitolul 14, dau un exemplu similar despre modul în care se poate modifica gândirea critică față de sine. Din nou, cititorul va vedea cum sună un dialog și va putea compara stilul propriu cu stilul meu.

Întotdeauna am considerat de mare ajutor să observ clinicieni experimentați în timpul desfășurării unei ședințe de terapie. Modul în care veți practica terapie vă va reflecta însă stilul și tehnicile pe care le considerați cele mai eficace. În Capitolul 15, descriu tratamentul unui bărbat care suferea de probleme de management al furiei, aflat în pragul divorțului. Mulți pacienți cu probleme legate de furie au motivații diferite – unii doresc să se schimbe, în timp ce alții doresc să continue să arunce vina asupra celorlalți și să își minimizeze problema. Dialogurile descrise aici oferă un exemplu despre modul în care se realizează managementul furiei cu o anumită persoană. Strategiile specifice de intervenție în anumite tulburări – panică, fobie socială, tulburare obsesiv-compulsivă – nu se regăsesc aici, dar pot fi găsite în Leahy, Holland și McGinn (2012). O descriere în detaliu a unui caz specific, ilustrând numeroase tehnici de terapie cognitivă, este

disponibilă în excelentul volum al lui Judith Beck, *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, Second Edition*, apărut în 2011.

Criticii ar putea argumenta că terapia cognitivă este prea orientată pe tehnică și prea șablonizată. Sunt de acord că terapia cognitivă poate deveni mecanică, invalidantă, non-conceptuală, superficială și pur și simplu plictisitoare. Din acest motiv, am scris o carte despre rezistența în terapia cognitivă, punând accentul pe validare, aversiunea față de risc, rolurile de victimă, procesarea bazată pe scheme, autolimitarea și sentimentul de coerență (Leahy, 2001b); de asemenea, am scris despre importanța emoțiilor în TCC și despre modul de abordare a acestui subiect (Leahy, Tirsch și Napolitano, 2011; Leahy, 2015). Există cărți excelente care descriu conceptualizarea cazului în TCC (Persons și Tompkins, 1997; Beck, 2005; Kuyken, Padesky și Dudley, 2009). Aspectele legate de contratransfer pot fi conceptualizate și abordate prin prisma terapiei cognitive și pot susține terapeutul în înțelegerea lumii interioare și a strategiilor interpersonale ale pacientului prin intermediul propriei reacții la contratransfer (Leahy, 2001b; Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff și Perry, 2015). Cu toate acestea, trebuie să reținem că utilizarea de tehnici care evidențiază, analizează, testează, provoacă și modifică gânduri și comportamente păstrează unele aspecte esențiale. Terapia cognitivă este clădită pe aceste abordări recunoscute și confirmate.

Numeroși terapeuți preferă să practice propriul stil de terapie în care să integreze modele proprii specifice. Independența și inovația sunt calități demne de admirație, dar ele nu trebuie să primeze în fața demersurilor terapeutice inițiale bazate pe metode susținute empiric. De exemplu, ar fi mai logic ca intervențiile care vizează schemele cognitive să fie amânate până când modulele de tratament pentru tulburări de depresie și de anxietate – intervenții care s-au dovedit eficiente – ajung să fie atent testate. Nu este oare de datoria noastră să ne tratăm pacienții în primul rând utilizând tehnici despre care știm sigur că funcționează (bazându-ne pe literatura existentă)? Îmi amintesc de o stagiară care a lucrat la noi și care, deși inteligentă, a crezut că poate practica terapia cognitivă „în felul ei”, dar a ajuns să aibă o rată de abandon al terapiei considerabil de mare. În apărarea ei, și-a modificat stilul eclectic (care nu presupunea sarcini de lucru pentru acasă) pentru a urma un model elementar de terapie cognitivă bazat pe tehnici, structură și teme pentru acasă. Gradul ei de eficiență și rata de încheiere prematură a terapiei s-au îmbunătățit considerabil. În mod deosebit, recomand ca terapeuții să stăpânească tehnicile și abordările terapeutice care s-au dovedit eficiente. Înainte de a elabora o schemă teoretică majoră despre modul în care terapia cognitivă se poate modifica pentru a se adapta la un anumit pacient, ar fi important să se utilizeze intervențiile validate deja empiric.

În practica mea, recurg adesea la diverse tehnici – chiar și după ce pacientul pare să își fi modificat un gând negativ. Cred în *practica* sau învățarea excesivă – mai ales atunci când este vorba despre modificarea unor tipare de gândire care au persistat mult timp. Un avantaj al utilizării unor tehnici variate pentru a testa sau a pune la încercare un gând negativ este acela că pacientul va avea la dispoziție tehnici alternative pentru viitor, în cazul în care tehnicile aplicate inițial nu funcționează. Am abordat acest stil cu ani în urmă, pe când învățam terapia cognitivă sub supervizarea unui maestru al acestor tehnici, David Burns. Descriam o problemă avută cu un pacient, un gând negativ adânc înrădăcinat, să zicem, iar David obișnuia să îmi spună: „Enumeră 10 tehnici pe care ai putea să le folosești.” În practica propriu-zisă, am observat că această multitudine de tehnici reprezintă un excelent mod de a structura o ședință, cu un impact enorm asupra

pacienților, aceștia găsind o remarcabilă sursă de inspirație pentru a face față propriilor gânduri negative!

Am descoperit că este esențial să obținem constant feedback din partea pacienților. În plus, este util ca, sin când în când, pacientul și terapeutul să treacă în revistă tehnicile folosite, să le noteze și să evalueze care au fost de folos, care nu și să argumenteze aceste alegeri. De exemplu, este întotdeauna util să discutăm de ce analiza dovezilor care vin în sprijinul unui gând automat *nu* funcționează. Probabil că există în acel caz o altă convingere fundamentală, o regulă condițională sau o nevoie de certitudine absolută care trebuie explorată. Atunci când tehnicile dau greș, eșecul ne permite să descoperim ceva încă și mai fundamental, cum ar fi schemele sau regulile absolute. De altfel, clinicianul ambițios și curios ar trebui să fie încântat de eșecul unor tehnici, întrucât eșecul (și rezistența) în terapie pot servi drept căi de acces către probleme și mai fundamentale, care, la rândul lor, oferă excelente oportunități de a elabora conceptualizări de caz și de utiliza alte tehnici de analiză a convingerilor centrale ale pacienților.

Sunt de părere că tehnicile comportamentale sunt extrem de importante și am inclus o listă a acestora în Anexa A a volumului *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate*<sup>1</sup>. Cititorii interesați de tratarea amănunțită a terapiei comportamentale pot consulta *Contemporary Behavior Therapy, Sixth Edition*, editată de Michael D. Spiegler (2016). În calitate de terapeut specializat în terapia cognitivist (sau în cea cognitiv-comportamentală), consider că tehnicile comportamentale au scopul de a testa gândurile negative. De exemplu, programarea activităților, evaluarea sarcinilor de lucru și estimarea nivelului de plăcere în realizarea acestor sarcini reprezintă intervenții comportamentale care îi permit pacientului să testeze convingerile negative, precum „Nu mă pot bucura de nimic” sau „Sunt deprimat tot timpul”. Antrenarea asertivității este folosită pentru a testa gânduri ca „Nimeni nu mă place” și „Sunt pur și simplu timid”. Distragerea atenției este folosită pentru a testa idei precum „Nu am niciun control asupra gândurilor mele” sau „Îmi fac griji tot timpul”. Stabilirea ierarhiilor în tehnica expunerii pot schimba convingerea că un stimul specific este periculos și intolerabil. Expunerea prin tehnica imageriei confruntă ideea că până și gândul la ceva anume este insuportabil. Învățarea unor tehnici de relaxare poate îndeplini mai multe obiective: (1) poate analiza gândul „Sunt mereu emoționat”, (2) poate ajuta pacientul să își inducă gânduri sau stări mai calme care pot fi folosite pentru a înfrunta gândurile negative, (3) poate reduce nivelul general de stimulare, prin aceasta reducându-se implicit și probabilitatea ca emoția să primeze în cazul gândurilor negative. În cele din urmă, managementul contingențelor și al recompenselor poate ajuta la modificarea gândurilor negative în ceea ce privește competența. În fiecare caz în care aplicăm tehnici comportamentale, este recomandat ca pacientul să identifice gândurile negative automate și să întrebuițeze teste comportamentale ca o probă pentru aceste gânduri.

Pentru fiecare tehnică am inclus exemple de dialoguri terapeut-pacient. Consider că este util să vedem cum un terapeut se adresează unui pacient – pentru mine se creează astfel un model clar a ceea ce trebuie făcut. Sper ca acest volum să se dovedească folositor; cu toate acestea el nu poate substitui o formare și o supervizare directă. Din fericire, există oportunități excelente de a continua formarea prin webminarii, conferințe sponsorizate de Asociația de Terapii Comportamentale și Cognitive, Asociația Britanică de Psihoterapii Comportamentale și Cognitive din Marea Britanie, Asociația Americană de Anxietate și Depresie, precum și ateliere și conferințe locale și regionale. Academia de

<sup>1</sup> În original, *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders, Second Edition*, cartea a apărut în limba română în 2017 la editura ASCR, în traducerea Mihaelei Marian Mihăilaș.

Terapie Cognitivă este un organism de acreditare care oferă membrilor săi din întreaga lume oportunități fără precedent de a discuta subiecte ce țin de terapie. Și, bineînțeles, cea mai bună sursă de cunoaștere este să ne ascultăm pacienții – să îi ascultăm atent –, pentru a afla ceea ce funcționează și motivul pentru care alte lucruri nu funcționează. Astfel, dacă ascultăm și învățăm de la cei pe care îi ajutăm, terapia le va fi de un mai mare ajutor altor pacienți aflați în nevoie. Terapia nu este un demers abstract și teoretic, ci este experimentată în timp real cu oameni reali care se confruntă cu probleme reale.

Aceasta este o carte despre tehnici, dar cea mai valoroasă tehnică și cea mai însemnată intervenție o reprezintă orice acțiune prin care reușim să facem ca o persoană să se simtă îngrijită și ascultată. Îmi amintesc că, atunci când, în urmă cu mulți ani, mi-am închis cabinetul din Philadelphia pentru a mă muta la New York, mi-am întrebat pacienții ce le-a plăcut și ce nu le-a plăcut la tratamentul pe care îl propusesem. Spre marea mea surpriză, aproape nici unul nu a spus că a fost prea structurat și rațional. O femeie și-a exprimat astfel emoțiile: „Știam că vă păsa cu adevărat. Știam că veți fi acolo ori de câte ori aș avea nevoie.” Și ce a fost ce nu v-a plăcut? „Nu m-ați lăsat să vă îmbrățișez.”

Când folosiți această carte, vă rog să aveți constant în vedere că, în spatele fiecărei tehnici, ar trebui să se afle o persoană adevărată căreia îi pasă, care are compasiune pentru cei care suferă. Poate că asta este cea mai bună tehnică. Putem să o numim *compasiune*.

**PARTEA A II-A**

**Tehnici**

## CAPITOLUL 2

# Evidențierea gândurilor

O serie de modele cognitive ale stresului, anxietății și psihopatologiei subliniază importanța rolului evaluării, identificării cauzale și interpretării evenimentelor în stimularea și menținerea strategiilor problematice de coping. Terapia rațional-emoțională și comportamentală (Rational-Emotive Behavior Therapy – REBT) formulată de Ellis sugerează că „distorsiunile” sau „biasările” precum „catastrofarea” („Este îngrozitor că am luat o notă mică”), „exigența” sau „cerințele absolutiste” („Trebuie să fiu perfect” sau „Trebuie să îmi satisfac toate nevoile”), „gândirea globală” („Tot timpul mi se întâmplă numai mie”) și „toleranța scăzută la frustrare” („Nu pot să suport când trebuie să aștept atât de mult”) se află de cele mai multe ori la originea dificultăților psihologice (Ellis și Harper, 1975; Ellis, 2001). De exemplu, o studentă care consideră îngrozitor faptul că a luat nota 6 pe lucrarea ei crede că trebuie să fie perfectă în tot ceea ce face și nu „suportă” ideea că nu se ridică la nivelul propriilor așteptări. Deoarece ea se vede pe sine ca o ratată absolută, cel mai probabil va suferi de depresie și de anxietate.

Într-o notă similară, modelul cognitiv al psihopatologiei formulat de către Beck subliniază rolul central al gândirii în apariția și menținerea depresiei, a anxietății și a furiei (Beck, 1967, 1976; Beck, 2011; Beck, Emery și Greenberg, 1985; Beck, 1979). Biasările cognitive atribuie vulnerabilitate evenimentelor negative, astfel că o pierdere sau un obstacol vor fi mai degrabă interpretate într-o manieră exagerată, personalizată și negativă (Beck și Alford, 2009). Modelul cognitiv al lui Beck presupune existența a numeroase niveluri de evaluare cognitivă (Beck, 2011). Cel dintâi nivel este reprezentat de gândurile automate care își fac apariția spontan, par valide și sunt asociate cu un comportament problematic sau cu emoții neplăcute. Aceste gânduri automate pot fi clasificate în funcție de biasările sau de distorsiunile lor specifice – de exemplu, cititul gândurilor, personalizarea, etichetarea, prezicerea viitorului, catastrofarea sau gândirea dihotomică (de tipul totul-sau-nimic) (Beck, 1976; Beck, Emery și Greenberg, 1985; Beck, 1995, 2011). Gândurile automate pot fi adevărate sau false; de exemplu, gândul automat „Ea nu mă place” poate fi bazat pe cititul gândurilor (ceea ce înseamnă că nu dispun de suficiente dovezi pentru a trage această concluzie), dar cu toate acestea se poate dovedi adevărat. Vulnerabilitatea emoțională asociată acestui gând va proveni din asumptii subiacente, convingeri sau reguli condiționale (de exemplu, „Trebuie să am aprobarea tuturor pentru a fi o persoană care merită atenția și afecțiunea celorlalți”) și din schemele personale subiacente ale individului (cum ar fi, „Sunt imposibil de iubit” sau „Nu sunt bun de nimic”). Asumptiile sau regulile dezadaptative subiacente sunt, de obicei, rigide, suprageneralizate, imposibil de atins și predispun la vulnerabilitate

față de posibile episoade depresive sau stări de anxietate (vezi Dozois și Dobson, 2001; Dykman, Abramson, Alloy și Hartlage, 1989; Halberstadt și colab., 2007; Ingram, Miranda și Segal, 1998; Persons și Miranda, 1992; Everaert, Koster și Derakshan, 2012). Îndeosebi indivizii cu tendințe suicidare sunt caracterizați de biasări cognitive negative (Pinto și Whisman, 1996). Schemele personale sunt convingeri mai generale referitoare la imposibilitatea de a fi iubit, neajutorare, deținerea unui statut special și alte trăsături personale, la care se adaugă convingeri despre ceilalți conform cărora aceștia judecă, controlează, sunt iresponsabili ș.a.m.d. În capitolul despre abordări centrate pe scheme cognitive (Capitolul 10), vom aborda în detaliu schemele cognitive, însă indivizii cu schema cognitivă Incompetență vor anticipa adesea că vor eșua (precizarea viitorului), vor conchide că a da greș la ceva este absolut oribil (gândirea catastrofică) și că acest lucru simbolizează incompetența lor generală (schema). În mod similar, indivizii care consideră că trebuie să obțină aprobarea tuturor sunt mai vulnerabili la depresie și anxietate, întrucât inevitabil nu vor reuși să se ridice la nivelul acelor standarde. Cititul gândurilor și personalizarea îi vor face mai susceptibili să perceapă respingere atunci când aceasta nu există.

Informația primită este canalizată prin rețeaua creată de aceste gânduri automate (de exemplu, „M-a respins?”) și apoi evaluată în funcție de asumțiile subiacente („Dacă nu primesc validare, atunci nu sunt bun de nimic”). Asumțiile subiacente se află în strânsă legătură cu schemele personale (precum „Sunt imposibil de iubit”), întărind în continuare convingerea negativă despre sine și confirmând încă o dată neîncrederea în ceilalți și frica resimțită față de aceștia. Aceste scheme personale negative („Sunt imposibil de iubit”, „fără valoare”, „plin de defecte”) duc la atenție și memorie selective; cu alte cuvinte acești indivizi vor detecta sau interpreta și își vor reaminti mai cu seamă informații aflate în concordanță cu schema respectivă, adâncindu-se și mai mult în aceasta. Astfel, modurile de gândire specifice depresiei și anxietății sunt „bazate pe teorie și cercetare”, în sensul în care persoanele afectate caută fără încetare „informațiile” care să confirme schema – cu alte cuvinte, „biasare de confirmare”. De exemplu, indivizii care suferă de depresie au mai multe șanse să își reamintească experiențe negative și au o memorie a evenimentelor mai generalizată (Kircanski, Joormann și Gotlib, 2012; Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane și Whitney, 2002; Williams și colab., 2007), în timp ce indivizii cu anxietate acordă mai multă atenție informațiilor referitoare la o amenințare, dar nu își vor aminti mai multe informații legate de pericol în comparație cu persoanele fără anxietate (Coles și Heimberg, 2002; Mogg, Bradley, Williams și Mathews, 1993). Modelul cognitiv identifică biasări cognitive și strategii de coping specifice fiecărei tulburări psihice, permițând astfel conturarea unei conceptualizări mai detaliate (Beck și Haigh, 2014).

Modelul cognitiv actual, formulat de Beck și colegii săi, subliniază importanța gândirii științifice care caută infirmarea sau „falsificarea” unei convingeri – el analizează modul în care o convingere poate fi demonstrată ca fiind eronată sau inadecvată, în loc să se caute dovezi care să o confirme (vezi Popper, 1959). Individul care suferă de depresie se va concentra punctual asupra unor informații care corespund mai degrabă cu starea negativă de a fi depresiv, ignorând relevanța dovezilor care o infirmă. Modelul cognitiv caută să analizeze ambele tipuri de dovezi.

Cu toate că, în această carte, promovez modelul de terapie cognitivă al lui Beck, nu pot să nu recunosc și contribuția substanțială a lui Albert Ellis și a colegilor săi (vezi Dryden și DiGiuseppe, 1990; Ellis, 1994; Tafrate, Kassonov și Dunedin, 2002). Sistemul lui Ellis, elaborat concomitent cu modelul lui Beck, oferă o abordare mai integrată a psihopatologiei prin reiterarea unui set de vulnerabilități cognitive frecvent

întâlnite. Acestea includ toleranța scăzută la frustrare, afirmații de tipul „trebuie să...” și alte distorsiuni cognitive iraționale și absolutiste (David, Lynn și Ellis, 2010). Această abordare nu contravine modelului bazat pe terapia rațional-emoțională și comportamentală propus de Ellis și poate fi integrată cu folos acestuia.

Biasările care țin de gândurile automate, precum și asumțiile dezadaptative sunt prezente în oricare dintre tulburările de anxietate și de comportament. De exemplu, persoana care suferă de anxietate socială are tendința să citească gândurile („Ea poate vedea că sunt anxios – transpir”) și să gândească catastrofic („Este îngrozitor că oamenii văd că sunt anxios”). Persoana cu tulburare obsesiv-compulsivă prezice viitorul („Dacă ating asta, o să mă contaminez!”) și gândește catastrofic („O să fac Ebola!”). Și pacienții cu tulburări de panică practică prezic viitorul („O să pierd controlul”) și gândesc catastrofic („O să fac un infarct, dacă anxietatea va crește”). Iar pacientul depresiv este angajat în numeroase biasări cognitive – deprecierea aspectelor pozitive („Oricine poate absolvi o facultate”), etichetarea („Sunt un ratat”) și prezicerea viitorului („Nu o să mai fiu fericit niciodată”) (Beck și Haigh, 2014).

Pe parcursul acestui capitol (și al acestei cărți), doresc să analizez modul în care terapeuții își pot ajuta pacienții să identifice și să evalueze tot felul de gânduri (vezi Leahy, 2011a). Modelul cognitiv al psihopatologiei recunoaște factori comuni în distorsiuni ale gândirii și biasări cognitive aparținând unor categorii distincte de diagnostic (de exemplu, distorsiuni care generează gânduri automate), dar recunoaște și conceptualizări specifice fiecărei categorii de diagnostic. Scopul este de a ajuta pacienții să adapteze o abordare cognitivă la problemele personale, făcându-i să înțeleagă importanța identificării tipare în gândire pentru a-și modifica gândurile inutile.

## TEHNICĂ:

### Cum facem diferența dintre evenimente, gânduri și emoții

#### Descriere

Un „eveniment” poate reprezenta o situație specifică („Am luat un 6 la examen”) care se întâmplă fie în trecut, fie în prezent sau viitor („S-ar putea să iau un 6”). Poate reprezenta, de asemenea, o senzație („Îmi simt inima bătând repede”) și poate fi real sau anticipat. (În Capitolul 11 descriu modul în care o „emoție” poate fi „un eveniment”, în măsura în care individul este conștient că „se simte anxios”, și apoi face o serie de interpretări ale respectivei anxietăți – cum ar fi, „Voi fi întotdeauna anxios” sau „Anxietatea este un semn al slăbiciunii mele.”) Adesea, indivizii depresivi, anxioși sau furioși pot pretinde că „motivul” pentru care s-au comportat sau simțit într-un anumit mod este că un eveniment a avut loc sau urmează să aibă loc: „M-am simțit deznădăjduit pentru că mi-am pierdut slujba” sau „Sunt agitat pentru că urmează să dau un examen.” Conexiunea implicită este aceea că un eveniment atrage întotdeauna după sine un sentiment. În mod similar, individul poate atribui evenimentului cauza comportamentului său: „Am plecat de la petrecere pentru că nu cunoșteam pe nimeni acolo.” Aceste explicații pot părea plauzibile și sunt destul de des întâlnite, dar terapeutul cognitivist va dori să analizeze în profunzime modul în care interpretarea evenimentului a condus la un anumit comportament sau la o anumită emoție. De exemplu, este posibil să nu ne simțim deznădăjduți după ce ne-am pierdut slujba sau să nu alegem să plecăm de la o petrecere dacă nu cunoaștem pe

nimeni. Elementul-cheie este reprezentat de gândul referitor la eveniment și de emoțiile și comportamentele care sunt evocate de aceste gânduri.

### Întrebări de adresat/Intervenție

Terapeutul poate ajuta pacientul să facă diferența dintre evenimente, gânduri, emoții și comportamente spunând următoarele: „Ne interesează să observăm cum gândiți și ce simțiți cu privire la evenimente din viață. Să ne imaginăm următorul eveniment sau următoarea situație. Șefa vă spune că ați rămas în urmă cu sarcinile de serviciu și că trebuie să terminați totul până după-amiază. În cazul acesta, «evenimentul» este reprezentat de șefa care vă vorbește și de ceea ce vă transmite aceasta. Ați putea spune «Asta m-ar agita», ceea ce nu este un mod neobișnuit de a reacționa. Dar este posibil ca oamenii să aibă alte gânduri și emoții față de același eveniment. Este posibil ca unii oameni să nu se simtă agitați – acest eveniment i-ar putea motiva să lucreze din greu și să se concentreze. Își pot spune «Chiar trebuie să mă concentrez asupra acestei sarcini acum și să o finalizez, așa că nu voi lăsa nimic să mă distragă.» Dar o altă persoană se poate simți agitată întrucât se gândește «Nu voi termina niciodată sarcina aceasta și atunci șefa chiar o să se enerveze și s-ar putea să fiu concediat.» Așadar avem același eveniment, însă gânduri diferite și emoții diferite.”

### Exemplu

TERAPEUT: Îmi puteți spune puțin din ce motiv vă simțeați agitat la muncă?

PACIENT: Păi, șefa mea a făcut ceva corecturi la ce lucrasem și mi-a zis să revin la ea când sunt gata.

TERAPEUT: Deci v-ați simțit agitat pentru că șefa v-a corectat munca?

PACIENT: Da. De-asta am avut o zi proastă ieri. Așa e tot timpul. Pur și simplu nu mă place. Știu asta.

TERAPEUT: În regulă, pare că sunt multe lucruri la mijloc aici. În terapia noastră vom face o distincție între un eveniment – cum e șefa care vă dă un feedback – și gândurile și emoțiile pe care le aveți. În cazul acesta, emoțiile au fost de anxietate și poate puțină indignare, iar gândul avut a fost că nu vă place.

PACIENT: Păi, tot timpul îmi critică munca.

TERAPEUT: În regulă, deci evenimentul – sau situația – este că *v-a dat feedback*. Puteți să vă imaginați pe altcineva rugat să facă anumite corecturi la ce a lucrat și care nu a devenit atât de agitat?

PACIENT: Cred că da.

TERAPEUT: Așadar, în cazul acesta, e posibil să vă gândiți la situație într-un anumit mod – că este ceva legat de dumneavoastră, faceți presupuneri despre ceea ce gândește ea și apoi vă îngrijorați că așa se întâmplă tot timpul. Acestea sunt gândurile pe care le aveți, dar evenimentul este doar că șefa v-a dat feedback. Acum, gândurile proprii pot fi corecte, pot fi exagerate sau pot exista și alte gânduri care apar, dar același eveniment poate duce la emoții diferite, pentru că avem gânduri diferite.

## Temă de casă

Pacientul poate folosi Fișa 2.1 pentru a consemna evenimentele, gândurile și sentimentele.<sup>2</sup> Terapeutul poate menționa că scopul este acela de a identifica tipurile de gânduri și de emoții care apar atunci când au loc diferite evenimente și de a vedea ce relație există între gânduri și emoții.

## Probleme posibile

Unii pacienți insistă că o situație sau un eveniment nu necesită explicații suplimentare pentru a justifica modul în care se simt, gândesc sau se comportă. De exemplu, pacientul poate spune „Oricine s-ar simți agitat dacă șeful i-ar face niște corecturi” sau „Bineînțeles că m-am simțit anxios, asta s-a întâmplat.”

Într-adevăr, în conversațiile de zi cu zi considerăm adesea un eveniment ca fiind o explicație suficientă pentru un gând sau un sentiment: „Bineînțeles că s-a simțit disperată. Nu mai are serviciu.” Un element esențial al terapiei cognitive este de a-l ajuta pe pacient să își dea seama că aceleași evenimente pot da naștere la gânduri, sentimente și comportamente diferite. De exemplu, un bărbat care a fost concediat a explicat: „Mă simt lipsit de speranță în momentul acesta. Mi-am pierdut slujba acum două săptămâni.” Terapeutul i-a spus: „Oricui îi e greu când își pierde locul de muncă, dar oamenii pot adopta diferite moduri de a se gândi și de a reacționa la o situație, oricât de dificilă ar fi. Dacă v-ați gândit că trebuie să vă simțiți lipsit de speranță pentru că v-ați pierdut slujba, atunci e posibil să vă izolați, să renunțați la a mai încerca și să vă simțiți trist. Dar dacă v-ați gândit că sunt lucruri productive pe care le puteți face până când vă găsiți un alt loc de muncă, atunci e posibil să vă simțiți mai plin de energie, mai dornic de provocări și mai activ. Cunoașteți persoane care și-au pierdut slujbele și care au luat atitudine, au mers la interviuri, și-au folosit timpul dintre slujbe în moduri productive?” Important este să ajutăm pacientul să ia în considerare posibilitatea ca evenimentele să nu ducă în mod necesar la un singur rezultat și să fie flexibil, curios, creativ și să se adapteze la ideea că există atâtea alte gânduri și comportamente pe care le poate adopta.

## Referiri la alte tehnici

A face diferența dintre evenimente, gânduri și emoții reprezintă, de obicei, primul pas atunci când se utilizează o serie vastă de alte tehnici, precum a explica modul în care gândurile creează emoții, a face deosebirea dintre gânduri și fapte și a vedea că există variație în măsura în care avem încredere în propriile gânduri. În plus, toate tehnicile legate de interpretări alternative, de soluționarea problemelor și de acceptare sunt relevante.

## Fișe

Fișa 2.1 (Cum facem diferența dintre evenimente, gânduri și emoții)

---

<sup>2</sup> Toate fișele se găsesc la sfârșit de capitol.

## TEHNICĂ: Modul în care gândurile creează emoții

### Descriere

Principala asumție aflată la baza terapiei cognitive evidențiază faptul că modul în care o persoană interpretează un eveniment determină modul în care aceasta se simte și se comportă. Mulți oameni sunt surprinși să afle că sentimentele lor sunt rezultatul modului în care gândesc referitor la un eveniment și că modificând interpretarea respectivului eveniment își vor putea modifica și sentimentele. În acest capitol, trec în revistă o serie de tehnici prin care putem ajuta pacienții să învețe cum să recunoască modurile în care gândurile și emoțiile lor interacționează. Până la urmă, oamenii vin la terapie nu pentru că au impresia că sunt iraționali, ci pentru că emoțiile, comportamentele și relațiile lor sunt problematice. Trebuie luate în considerare două aspecte esențiale:

1. *Gândurile și emoțiile sunt fenomene distincte.*
2. *Gândurile creează emoții (și comportamente).*

Gândurile nu sunt echivalente cu sentimentele (deși putem avea gânduri despre sentimentele noastre). Sentimentele reprezintă trăiri interioare ale emoțiilor; de exemplu, mă simt anxios, depresiv, nervos, speriat, deznădăjduit, fericit, extatic, indiferent, curios, neputincios, plin de regrete sau autocritic. A spune că am un anumit sentiment sau o anumită emoție este similar cu a spune că „Fierul ăsta încins mă frige” sau că „Îmi place brișa asta.” Nu putem pune la îndoială sentimentele – nu ar avea sens să îi spunem unui pacient „De fapt, nu sunteți anxios.” A face acest lucru ar fi echivalent cu a spune, în esență, că fierul încins nu l-a fript cu adevărat pe pacient atunci când a spus *Au*. „Au” semnaleză o senzație – în același mod în care cuvintele „Sunt fericit” sau „Sunt trist” semnaleză sentimente. Nu contestăm sentimentele. În schimb, evaluăm gândurile care dau naștere la respectivele sentimente. Gândurile pot fi testate punându-le în raport cu faptele concrete.

Terapeuții le pot explica pacienților modul în care gândurile lor pot crea sentimente sau pot intensifica ori neutraliza o emoție. De exemplu, să luăm în considerare sentimentele diferite derivate din aceste două afirmații: „Cred că este imposibil să mă iubească cineva, așadar mă simt lipsită de speranță” sau „Cred că îmi este mai bine fără el, așadar mă simt ușurată și plină de speranță.” În Figura 2.1 sunt oferite exemple explicative suplimentare.

<b>Gând:</b> Cred că...	<b>Emoție:</b> Așadar mă simt...
<i>O să dau greș.</i>	<i>Anxios, frustrat.</i>
<i>Am dat greș.</i>	<i>Trist.</i>
<i>Are impresia că sunt plictisitor.</i>	<i>Anxios, trist.</i>
<i>Mă insultă.</i>	<i>Nervos, anxios.</i>

**FIGURA 2.1.** Modul în care gândurile creează emoții