

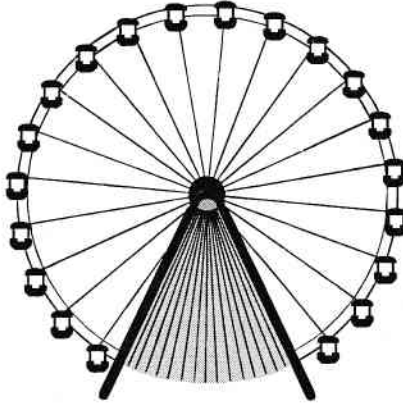
LBRIS

We know
books

**Robert D. Friedberg Jessica M. McClure
Jolene Hillwig Garcia**

Tehnici de terapie cognitivă pentru copii și adolescenți

Instrumente pentru optimizarea practicii clinice



Traducerea din limba engleză de
Mihaela Marian Mihăilaș

2024
Cluj-Napoca

 **ASCR**
editura

www.ascred.ro

CUPRINS

| | |
|---|-----|
| Despre autori | 5 |
| Mulțumiri | 9 |
| | |
| CAPITOLUL 1 - Începuturi | 13 |
| CAPITOLUL 2 - Folosirea eficientă a psihoevaluării | 27 |
| CAPITOLUL 3 - Psihoeducația | 79 |
| CAPITOLUL 4 - Intervenții comportamentale | 107 |
| CAPITOLUL 5 - Metode de autoinstruire și de restructurare cognitivă | 155 |
| CAPITOLUL 6 - Analiză rațională | 225 |
| CAPITOLUL 7 - Performanță, realizare și expunere | 279 |
| CAPITOLUL 8 - Observații finale | 337 |
| | |
| Bibliografie | 343 |
| Index | 369 |

Fișele destinate reproducerii și utilizării în practica clinică pot fi găsite în format pdf în pagina de produs a cărții, pe site-ul web al Editurii ASCR, www.ascr.ro.

ÎNCEPUTURI

Această carte le oferă clinicienilor practicieni în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale o gamă largă de tehnici și de proceduri, pentru a le facilita demersul clinic practic și pentru a-i conferi acestuia o eficacitate mai mare, atât pentru copii, cât și pentru terapeuți. Ea a fost concepută pentru a însoți cartea noastră anterioară, *Practica clinică a terapiei cognitive pentru copii și adolescenți: elemente de bază (Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts)* (Friedberg și McClure, 2002). Prima carte prezintă aspectele fundamentale ale tratamentului. Aici, prezentăm mai multe tehnici și proceduri utile pentru pacienții dificili, pentru rezolvarea cazurilor mai grele și mai complexe. Oferim o abordare de tip modular, pentru a-i ajuta pe clinicieni să aleagă tehnica adecvată pentru fiecare pacient. De asemenea, cartea încearcă să creeze o conexiune între manualele de tratament fundamentat empiric și situațiile întâlnite de noi în practica clinică obișnuită.

În capitolul acesta, prezentăm câteva repere teoretice din literatura de specialitate, care să-i ajute pe clinicieni să identifice modalitățile în care pot folosi componentele care s-au dovedit eficace în tratamentul susținut empiric sau în tratamentul informat. În plus, vom analiza abordarea modulară a tratamentului și modul în care aceasta poate oferi beneficii în cadrul activității clinice tipice.

Cercetările care susțin terapia cognitiv-comportamentală (TCC) cu copiii sunt riguroase din punct de vedere metodologic și au produs rezultate semnificative din perspectiva eficacității. Aceste rezultate promițătoare au impus necesitatea creionării unei practici terapeutice susținute empiric sau măcar însoțite de informații empirice. Cu toate acestea, numeroși practicieni sunt încă sceptici în privința utilizării protocoalelor de cercetare în practica clinică (Southam-Gerow, 2004; Weisz, 2004). Într-adevăr, eforturile de diseminare a tratamentului eficient în cadrul comunității au fost lipsite de succes (Addis, 2002; Carroll și Nuro, 2002; Chambless și Ollendick, 2001; Edwards, Dattilio și Bromley, 2004; Gotham 2006; Schulte, Bochum și Eifert, 2002; Seligman, 1995). Există mai multe motive care justifică această situație.

Clinicienii se confruntă cu numeroase dificultăți pe care protocoalele de cercetare se străduiesc să le evite. De exemplu, clinicienii tratează în general pacienții aflați în stare de stres puternic, care prezintă o comorbiditate ridicată

și care sunt foarte predispuși să întrerupă tratamentul (Weisz, 2004). Pe de altă parte, adesea participanții recrutați pentru cercetare sunt voluntari și sunt plătiți pentru aceasta. În mod frecvent, în clinicile obișnuite, părinții care solicită tratament pentru copiii lor nu recunosc problemele cu care se confruntă aceștia, de obicei nu sunt de acord cu obiectivele tratamentului și rareori apelează din proprie inițiativă la serviciile de specialitate (Creed și Kendall, 2005; Shirk și Karver, 2003). Populațiile clinice prezintă în general o psihopatologie de familie mai pronunțată și, din păcate, mulți dintre copiii aceștia suferă de pe urma anumitor forme de abuz (Weisz, 2004). În plus, clinicienii sunt deseori supuși unor presiuni impuse de cerințele privind productivitatea, de reglementări birocratice, de completarea unor formulare sau a documentațiilor curente (Southam-Gerow, 2004; Weisz, 2004). Southam-Gerow (2004) a observat cu exactitate faptul că autorii manualelor îi consideră în mod greșit pe clinicieni niște consumatori pasivi sau niște „utilizatori finali”. Conform opiniei sale, clinicienii ar trebui considerați niște participanți activi și creativi la dezvoltarea procesului terapeutic și care sunt capabili să ia decizii inteligente. După cum au afirmat Jones și Lyddon (2000, p. 340), „Elaborarea ghidurilor de bune practici nu este un proces rigid, ci mai degrabă unul aflat mereu în evoluție”. Cu alte cuvinte, cercetarea îi poate orienta pe clinicieni în direcția corectă, dar fiecare clinician care lucrează cu cazuri reale trebuie să găsească modalități specifice pentru a-și atinge obiectivul.

Abordarea modulară a TCC propusă în această carte pune la dispoziția clinicienilor o alternativă atractivă la manualele tradiționale, îmbinând precizia protocolului cu flexibilitatea și cu creativitatea clinică. Nu putem afirma cu certitudine faptul că o abordare modulară este o variantă mai bună decât terapia bazată pe manuale. Nu avem încă suficiente informații în această privință. Cu toate acestea, potențialul său de implementare în practica reală constituie un avantaj.

O ABORDARE MODULARĂ A TCC

O abordare modulară a intervenției terapeutice se bazează pe abilități și poate fi aplicată în cazul multor copii și adolescenți care prezintă afecțiuni multiple

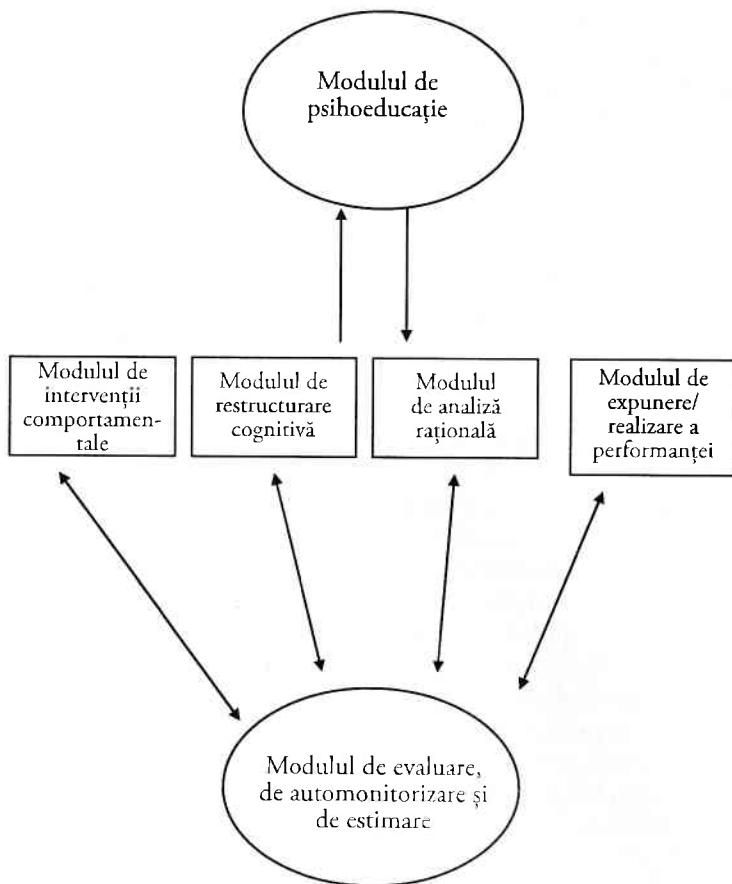
(Van Brunt, 2000). Chorpita, Daleiden și Weisz (2005b, p. 142) au definit modularitatea ca un proces de „defalcare a activităților complexe în părți mai simple care funcționează independent”. Abordarea modulară pe care am folosit-o în această carte rezidă în distilarea tehnicilor și a procedurilor individuale din manualele de tratament susținut empiric și gruparea lor în module, în funcție de sarcina terapeutică (Chorpita, Daleiden și Weisz, 2005a; Curry și Wells, 2005; Rogers, Reinecke și Curry, 2005). Tehnicile și procedurile prezentate în acest volum sunt organizate în șase module corespunzătoare următoarelor domenii: psihoeducație, evaluare și intervenții comportamentale, automonitorizare, restructurare cognitivă, analiză rațională și metode de expunere/experiențiale. În cadrul unui modul, toate tehnicile au același obiectiv terapeutic (de exemplu,

psihoeucația), dar ele diferă în funcție de nivelul de dezvoltare (copil sau adolescent), de populația țintă și sunt diferite ca format (terapie individuală, terapie de grup sau terapie de familie).

Construirea unei formulări de caz individualizate constituie pasul esențial în implementarea abordării modulare prezentate în această carte. Kendall, Chu, Gifford, Hayes și Nauta (1998) au afirmat pe bună dreptate că TCC pentru copii are ca element coordonator specific argumentarea teoretică, mai degrabă decât anumite tehnici. Specialiști reprezentând orientări teoretice diferite vor recunoaște unele dintre tehnicile care sunt asociate în mod tradițional altor paradigme terapeutice. Conexiunile dintre diversele tehnici prezentate în acest volum sunt de natură conceptuală. Rețineți faptul că elementele care conferă caracterul cognitiv al unei tehnici sunt contextul teoretic și mecanismul conceptual propus al modificării (J. S. Beck, 1995).

Figura 1.1 prezintă modulele și relațiile lor reciproce pe parcursul tratamentului. Evaluarea și psihoeucația reprezintă primele două module.

FIGURA 1.1. Abordarea modulară a TCC



Deși începeți cu evaluarea și cu psihoeducația, săgețile bidirecționale vă permit să reveniți la aceste tehnici pe durata procesului terapeutic, în timpul derulării procedurilor comportamentale, de restructurare cognitivă, de analiză rațională și de realizare a performanței.

Tehnicile cuprinse în modulul de evaluare, de automonitorizare și de estimare îi îndrumă pe pacienți și pe terapeuți către ținte clinice adecvate, oferindu-le în același timp informații referitoare la modul în care decurge tratamentul. De exemplu, dacă pacientul prezintă anhedonie ridicată, se poate iniția programarea unor activități plăcute. Dacă prezintă un deficit de abilități sociale, atunci antrenarea sa în acest domeniu va fi o strategie logică de tratament. În unele situații, automonitorizarea și alte metode de evaluare pot indica necesitatea unei intervenții de restructurare cognitivă. În acest caz, poate fi încercată și evaluată una dintre tehnici. Dacă rezultatele indică faptul că intervenția a avut succes, terapeutul poate trece la o procedură mai avansată de restructurare cognitivă sau la o procedură aparținând modulelor următoare – analiză rațională sau expunere. Dacă evaluarea dovedește că procedura nu a avut succes, atunci poate fi selectată altă tehnică de restructurare cognitivă sau o intervenție aparținând modulului comportamental anterior. Capitolul 2 prezintă diverse metode de evaluare și de automonitorizare.

Psihoeducația le oferă copiilor, adolescenților, familiilor lor și terapeuților o idee clară asupra procesului terapeutic. Frank (1961) a afirmat în mod corect faptul că toate psihoterapiile cuprind o etapă dedicată argumentației în care se oferă pacientului explicații în legătură cu boala și cu însănătoșirea. Iată formularea lui Frank:

Argumentarea terapeutică îi permite în cele din urmă pacientului să înțeleagă semnificația simptomelor sale. Având în vedere faptul că pacientul le consideră deseori inexplicabile, ceea ce le sporește caracterul amenințător, posibilitatea de a le numi și de a le explica în termenii unei scheme conceptuale complexe este deosebit de liniștitoare. Primul pas în dobândirea controlului asupra oricărui fenomen este acela de a-i da un nume. (1961, p. 328)

Capitolul 3 prezintă numeroase tehnici specifice de psihoeducație.

Există patru module de intervenție: intervenții comportamentale, restructurare cognitivă, analiză rațională și realizare a performanței/expunere. Modulele sunt concepute ierarhic, în concordanță cu modul în care evoluează formarea abilităților: de la sarcini simple la sarcini complexe. În general, intervențiile comportamentale (Capitolul 4) sunt mai ușor de dobândit și de aplicat în cazul copiilor, în vreme ce intervențiile cu caracter cognitiv mai pronunțat, cum ar fi restructurarea cognitivă (Capitolul 5) sau analiza rațională (Capitolul 6), sunt abilități oarecum mai complicate. Expunerea și alte metode bazate pe realizarea performanței (Capitolul 7) sunt plasate mai târziu în secvența intervențiilor, pentru a permite dezvoltarea abilităților de coping care să faciliteze trecerea către sarcini experiențiale/de expunere.

Fundamentarea tratamentului pe conceptualizarea de caz este factorul care îi deosebește pe clinicieni de tehnicieni (Freeman, Pretzer, Fleming și Simon, 1990). O conceptualizare de caz sporește flexibilitatea strategiilor de tratament, îi permite terapeutului să identifice tehnicile care funcționează și procedurile care nu sunt eficiente și facilitează o rezolvare productivă atunci când tratamentul nu are rezultatele așteptate. Deși nu ne propunem să facem o analiză exhaustivă a conceptualizării de caz în acest capitol, există în cartea de față o secțiune referitoare la realizarea conceptualizării. Pentru cititorii care au nevoie de informații suplimentare referitoare la conceptualizarea de caz, recomandăm lucrările semnate de J.S. Beck (1995), Friedberg și McClure (2002), Kuyken, Padesky și Dudley (2009) și Persons (2008).

Friedberg și McClure (2002) au indicat elementele fundamentale ale conceptualizării de caz, aceasta cuprinzând istoricul dezvoltării pacientului, contextul cultural, antecedentele comportamentale, structurile cognitive și simptomele manifeste. Simptomele manifeste sunt cele care determină tinerii să apeleze la tratament. Deși acestea sunt esențiale și deseori necesită o abordare urgentă, ele reprezintă doar o parte a tabloului. În modelul nostru, simptomele manifeste sunt cel mai bine înțelese în contextul istoriei trecute învățate, al factorilor culturali, al influențelor sistemice și al variabilelor de dezvoltare. Aceste variabile au o influență bidirecțională asupra simptomelor manifeste. Ele modelează și sunt la rândul lor modelate de tabloul clinic. Pentru a conceptualiza un caz și pentru a implementa cu succes un pachet de tratament, este nevoie să se obțină informații relevante în legătură cu pacientul, după cum vom explica mai jos.

Elementele fundamentale privind dezvoltarea care se referă la autoreglare (de exemplu, alimentația, somnul, igiena corporală), reactivitatea la schimbări ale activităților de rutină și adaptarea la școală trebuie luate în considerare. În continuare, trebuie verificat modul în care tânărul *funcționează la școală* (de exemplu, performanța sa școlară, prezența la cursuri, istoricul problemelor disciplinare, cum ar fi detenția, suspendarea și eliminările, precum și experiențele sale în spații precum cantina școlii, sala de sport și spațiile de recreere). *Funcționarea socială* este, la rândul său, foarte importantă (Cine sunt prietenii pacientului? Cum s-au împrietenit? Cât durează prietenii? Care este istoricul relațiilor amoroase/sexuale ale pacientului? Participă la petreceri prilejuite de aniversări ale prietenilor? Rămâne peste noapte să doarmă la prieteni? Merge să danseze?) Trebuie să strângeți informații specifice în legătură cu *funcționarea familiei* (istoricul psihiatric și medical al părinților/fraților. Ce tehnici disciplinare sunt folosite? Este prezentă violența domestică? Părinții împărtășesc aceleași opinii în privința disciplinei? Cum vede copilul organizarea familiei? Cine este persoana cu cea mai mare responsabilitate? Cine are un rol periferic?) Desigur, trebuie obținute informații în legătură cu *consumul de substanțe* al copilului (droguri, alcool, mâncare, laxative, medicamente achiziționate fără rețetă), informații despre *afecțiunile sale medicale*, precum și un *istoric al infracțiunilor* acestuia.

Trebuie strânse și informații cu caracter etnocultural. Se vor avea în vedere nivelul aculturației, identitatea etnoculturală și convingerile etnoculturale specifice. Este necesar să întrebați pacientul care sunt convingerile sale culturale în legătură cu afecțiunea manifestă și cu tratamentul. Orice experiențe legate de prejudecăți, discriminare, opresiune și marginalizare trebuie să transpară în conceptualizarea de caz.

După ce ați strâns aceste informații și le-ați sintetizat, veți începe procesul inferențial. Suntem de acord cu constatarea lui Persons (1995) privind faptul că este preferabil să se folosească formulări simple în locul celor complexe. Persons sugerează să se folosească o rubrică simplă pentru folosirea informațiilor privind pacientul, în scopul formulării unei imagini despre sine (de exemplu, „Eu sunt...”), a unei imagini despre lume („Lumea este...”, „Mediul înconjurător este...”) și a unei imagini despre ceilalți („Oamenii sunt...”). Aceste elemente se combină într-un tablou complet care spune „Eu sunt _____ într-o lume _____, unde ceilalți oameni sunt _____.”

Componentele „lumea” și „ceilalți oameni” afectează în mod direct modul în care tânărul pacient privește terapia și pe terapeut. De pildă, un pacient care îi percepe pe ceilalți ca fiind ostili, critici, nepăsători și/sau autoritari se va teme de evaluare negativă și de coerciție din partea terapeutului. Pe de altă parte, un tânăr pacient care îi consideră pe ceilalți inferiori, subordonați și/sau lipsiți de calitate îl va desconsidera pe terapeut, va considera că tratamentul este o pierdere de timp și se va comporta cu terapeutul ca și cum ar dori „să scape odată”.

FOLOSIREA CONCEPTUALIZĂRII DE CAZ PENTRU COORDONAREA TCC MODULARE

Iată câteva exemplificări ale modului în care conceptualizarea de caz influențează TCC de tip modular. Să luăm cazul unei fete de 10 ani care se percepe ca fiind incapabilă („Sunt neajutorată.”), într-o lume în care ceilalți sunt autoritari, o lume care o respinge. Aceste convingeri despre lume și despre ceilalți oameni vor contura în mod fundamental percepția copilului despre terapeut și despre terapie. Tânăra va fi înclinată să interpreteze intervențiile terapeutice ca fiind coercitive, iar întrebările socratice ca pe o critică implicită. Prima dumneavoastră sarcină va fi aceea de a plasa intervențiile modulare într-un context care protejează autonomia, controlul și colaborarea și care inspiră înțelegere. De aceea, psihoeducația este un factor primordial. Intervențiile modulare în sine trebuie să se concentreze asupra diminuării sentimentului de lipsă de speranță al pacientului. Pe măsură ce tratamentul avansează, puteți trece la abordarea imaginii sale despre ceilalți și despre lume. Odată cu succesul tratamentului, convingerile pacientului despre ceilalți ca fiind autoritari și despre lume ca fiind ostilă, vor fi infirmate.

Într-un alt exemplu de caz, un tânăr de 17 ani era convins că „Dacă nu dețin întotdeauna controlul asupra mea, asupra celorlalți și asupra lumii înseamnă că sunt incompetent, deoarece lumea este un loc periculos, iar ceilalți sunt impredictibili și despotici.” Pentru acest pacient, controlul absolut este

echivalent cu siguranța și cu competența. Structurarea adecvată a ședințelor de terapie și colaborarea consecventă vor ajuta la atenuarea radicalismului și a asprimii perspectivei sale în legătură cu ceilalți și cu lumea. Cu toate acestea, pentru a-și dovedi competența, el trebuie să-și păstreze controlul absolut și sigur asupra tuturor lucrurilor. Sunt recomandate intervențiile modulare care au ca obiectiv analiza avantajelor și a dezavantajelor deținerii controlului perfect, evaluarea factorilor determinanți alternativi ai „competenței”, testarea dovezilor pentru a vedea dacă există o relație între competență și control; sunt recomandate și experimentele comportamentale în care pacientul „pierde” un oarecare control, dar își păstrează competența.

Coerența teoretică este, în opinia noastră, un element esențial pentru desfășurarea unei bune practici clinice. Alegerea procedurilor și a tehnicilor trebuie coordonată conform teoriei cognitiv-comportamentale. Conceptualizarea cognitiv-comportamentală de caz previne derapajul teoretic. Mai mult decât atât, recurgerea la conceptualizare vă permite să accesați mecanisme ale schimbării. Astfel, puteți vedea de ce tratamentul merge bine sau progresează prea lent sau stagnează. În felul acesta, obstacolele pot fi depășite.

COORDONAREA PROCEDURILOR CU PROCESELE PSIHOTERAPEUTICE

Orice clinician recunoaște fără rezerve faptul că psihoterapia este în mod fundamental un demers interpersonal (Southam-Gerow, 2004). Noi credem că relația dintre terapeut și pacient este necesară, dar nu suficientă, pentru a duce la o schimbare terapeutică. Din acest motiv, recomandăm ca fiecare procedură să fie atent coordonată cu procesele psihoterapeutice (Shirk și Karver, 2006). Relația și intervenția terapeutică nu sunt independente una de cealaltă. Procedurile și construirea relațiilor sunt sarcini simultane. Ele cooperează în stabilirea unor alianțe de lucru puternice. Pe scurt, intervențiile construiesc relații bune, iar alianțele puternice sporesc eficacitatea intervențiilor.

Colaborarea dintre pacient și terapeut potențează alianța terapeutică. Creed și Kendall (2005) au constatat că impunerea unui ritm prea alert pentru pacient și comportamentul exagerat de oficial al terapeutului prezic niveluri mai scăzute ale alianței. Curiozitatea terapeuților stimulează în mod frecvent colaborarea. Terapeuții curioși provoacă deseori curiozitatea tinerilor pacienți, iar experimentele comportamentale se bazează pe curiozitate. Kingery și colab. (2006) încurajează terapeuții să-i îndemne pe tinerii pacienți să integreze în terapie aspecte ale vieții personale (prieteni, interese, pasiuni). Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro și Compton (2006) le recomandă terapeuților să folosească o modalitate adecvată de auto-dezvăluire cu tinerii pacienți. Această dezvăluire din partea terapeutului îmbunătățește relația și, în același timp, îi atribuie terapeutului rolul unui model de coping.

Friedberg și McClure (2002) au conceput o rubrică utilă din punct de vedere clinic pentru integrarea variabilelor referitoare la structura, procesul și conținutul psihoterapeutic, așa cum indică tabelul 1.1. *Structura* se referă la procedurile și la

tehnicele care caracterizează TCC. Aceste elemente cuprind, dar nu se limitează la structura ședinței de terapie, psihoeducația, evaluarea, automonitorizarea, sarcini comportamentale, trainingul abilităților sociale, restructurarea cognitivă, analiza rațională și expunerea. De exemplu, terapia cognitivă creată de Beck folosește o structură fixă a ședinței de terapie (A.T. Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979; J.S. Beck, 1995) care cuprinde verificarea stării afective, feedback referitor la ședințele anterioare, analiza temei de casă, stabilirea agendei, procesarea conținutului ședinței, repartizarea temei de casă și feedback/recapitulare. Trebuie reținut faptul că structura ședinței trebuie menținută pe tot parcursul terapiei, atunci când sunt folosite procedurile descrise în acest text.

Conținutul este materialul terapeutic direct identificat prin intermediul structurii. Conținutul este reprezentat de gândurile automate ale fiecărui pacient, de emoțiile sale și răspunsul la instrumentele de evaluare, de gândurile adaptative și rezultatele experimentelor comportamentale.

Procesul adaugă o a treia dimensiune. Se referă la modul în care copiii răspund la structura și la conținutul ședinței de terapie. Nu există reacții identice la aceeași procedură. Reacțiile idiosincratice ale copiilor la procedurile cognitiv-comportamentale sunt aspecte importante în înțelegerea procesului terapeutic. Pos și Greenberg (2007) au constatat că pacienții prezintă stări cognitive, comportamentale și emoționale problematice în timpul ședinței de terapie. Participarea la procesul terapeutic facilitează recunoașterea acestor markeri care constituie în același timp ocazii pentru intervenție. Yontef (2007, p. 23) recomandă în mod corect: „Terapeutul trebuie să recunoască ocaziile și să învețe succesiunea în care apar elementele.” Markerii procesării în cazul copiilor

TABELUL 1.1. Exemple pentru structura, conținutul și procesul terapeutic

| Structura | Conținutul | Procesul ipotetic |
|---|---|--|
| Stabilirea agendei | „Nu știu – tu decizi.” | Supunere, pasivitate, perfecționism, teama de o evaluare negativă, teama de schimbare. |
| Feedback | „Ești un terapeut de doi bani. Măcar ai absolvit liceul?” | Provocare, competitivitate, căutarea independenței. |
| Temă de casă/ analiză | „Rezolvată perfect”, nu a tăiat nimic, nu sunt greșeli. | Teama de evaluarea negativă, căutarea aprobării. |
| Automonitorizare/ evaluare | Ai rupt formularele și ți-ai zis „Tu ești mai interesat de formularele acestea decât mine.” | Pacientul îl consideră pe terapeut rigid, nepăsător și lipsit de înțelegere. |
| Restructurare cognitivă | Gânduri adaptative banale și optimiste: „Nu mi se va întâmpla nimic rău.” | Evitare, intoleranță la afectivitate negativă. |
| Experimente comportamentale/ expunere | „Este o prostie. De ce aș vrea să fiu mai îngrijorat sau mai neliniștit decât acum?” | Evitare, autoeficacitate scăzută. |

pot fi reacții specifice: lăcrimarea, îmbujorarea, schimbarea poziției corpului, scutură din picior, schimbarea subiectului, ascunderea sub masă, cinism, aroganță, iritare, pesimism, dorința de a mulțumi interlocutorul, respingere sau superficialitate.

Îmbinarea procedurilor și a proceselor într-o structură psihoterapeutică coerentă reprezintă un factor esențial. Iată câteva exemple clinice. O pacientă agresivă în vârstă de 13 ani, pe nume Tanya, credea că este ținta atacurilor majorității celor din jur. Ea se obișnuise să interpreteze în mod greșit acțiunile inofensive ale acestora ca fiind amenințări deliberate. Cum posibilitatea de a fi atacată i se părea mereu iminentă, ea era pregătită să contraatace preventiv. În ședința de terapie, ea a răspuns la un comentariu inofensiv („Trebuie să-ți fie greu când te gândești că ești absolut singură.”) înțepată și furioasă („Chiar ești enervant. Mă jighești. Du-te-n...”). Având acest marker clar ar procesului, terapeutul a intervenit, întrebând-o „Ce ți-a trecut prin minte atunci când am spus acest lucru?” Într-un moment de intuiție, Tanya a făcut observația că a perceput cuvintele terapeutului ca pe o critică, implicând faptul că ar fi prea slabă pentru a face față stresului din viața sa.

Într-un alt exemplu, Chloe, o pacientă în vârstă de 16 ani suferind de anorexie, își inhiba în mod obișnuit gândurile și sentimentele. Ea credea că cel mai ușor mod de a deține puterea este de a avea secrete. De aceea, sarcina de a-i împărtăși terapeutului gândurile și propriile sentimente s-a dovedit a fi și mai dificilă, percepend aceste confesiuni ca pe niște înfrângeri. Chloe aducea la ședințe jurnale foarte superficiale ale propriilor gânduri. Acestea erau lipsite de expresivitate emoțională și ofereau o prezentare exclusiv intelectuală și mult prea impersonală. Atunci, terapeutul a folosit jurnalele cu gândurile pacientei pentru a surprinde convingerile disfuncționale legate de mărturisirea și de exprimarea sentimentelor. Chloe a identificat unele convingeri, cum ar fi: „Oamenii mă vor respinge și mă vor constrânge. Dacă mă ascund, nu voi fi o țintă atât de ușoară”, „Faptul că mă ascund îmi permite să dețin controlul și, cu cât am mai mult control, cu atât voi fi acceptată mai ușor”, „Nimeni nu-mi va oferi ceea ce doresc. Trebuie să-i înșel ca să obțin ceva”. După ce au fost înregistrate aceste convingeri, terapeutul a trecut la o testare a dovezilor („Ce te determină să fi convinsă că eu te voi respinge și că te voi constrânge în vreun fel?” „Ce te determină să te îndoiești că eu te voi respinge și că te voi constrânge în vreun fel?”) și la proceduri de reatribuire („Pe lângă ascunderea propriilor gânduri și sentimente, care sunt celelalte modalități prin care poți dovedi că ești competentă și care te ajută să devii acceptabilă?”). Combinând procesul lui Chloe (în care își inhiba gândurile și sentimentele pentru a se proteja împotriva constrângerilor potențiale, crezând că înșelarea celorlalți constituia modalitatea cea mai potrivită de a obține ceea ce dorește) cu procedurile terapeutice (cum ar fi testarea dovezilor și reatribuirea), terapeutul a reușit să testeze presupunerile lui Chloe.