

IRINA HOLDEVICI

Tratat de psihoterapie cognitiv- comportamentală



Cuprins

I	Abordarea comportamentală în psihoterapie și consilierea psihologică	9
	Principiile și postulatele terapiei comportamentale	11
	Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale	13
	Strategiile și tehnicile specifice psihoterapiei comportamentale	15
II	Terapia cognitivă: metode și tehnici	25
	Strategii comportamentale	28
	Metodele și tehnicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale	30
	Testarea validității și combaterea gândurilor negative automate	42
	Evaluarea supozițiilor și convingerilor de bază	51
	Evaluarea tendințelor de îngrijorare	59
	Procesarea informației și erorile de logică	67
	Strategiile de combatere a gândirii lipsite de logică	70
	Alte strategii cognitiv-comportamentale	74
III	Conceptualizarea cazurilor în psihoterapia cognitiv-comportamentală	93
	Obstacole care stau în calea unei psihoterapii eficiente	103
	Rolul conceptualizării cazului în prevenirea și abordarea dificultăților care apar în timpul terapiei	116
	Schemele emoționale și rezistențele	132
	Eficiența sarcinilor pentru acasă	151
IV	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice	159
	Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic	164
	Psihoterapia fobiei de obiecte și situații concrete	174
	Fobiile sociale	180
	Factori care complică tratamentul pacienților fobici	206

V	Psihoterapia cognitiv-comportamentală a agorafobiei și a atacurilor de panică	210
	Modelul cognitiv al atacului de panică.....	213
	Tehnici psihoterapeutice utilizate în cazul atacurilor de panică.....	219
	Abordări comportamentale ale agorafobiei și atacurilor de panică.....	229
VI	Psihoterapia cognitiv-comportamentală a tulburării anxioase generalizate	236
	Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate	237
	Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise în cazul tulburărilor anxioase generalizate	249
VII	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburărilor hipocondriace	258
	Modelul cognitiv al tulburărilor hipocondriace	259
	Reacțiile comportamentale.....	261
	Tehnicile psihoterapeutice utilizate în cazul tulburărilor hipocondriace	267
VIII	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburărilor obsesiv-compulsive	279
	Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive	281
	Evaluarea reacțiilor comportamentale	287
	Tehnici psihoterapeutice utilizate în cadrul tehnicilor obsesiv-compulsive	291
	Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate	300
IX	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în alte tipuri de cazuri dificile: parasuicid, suicid, tulburări ale conduitei alimentare	305
	Psihoterapia pacienților cu conduite parasuicidare.....	305
	Terapia cognitiv-comportamentală la pacienții suicidari.....	314
	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările conduitei alimentare	328
X	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii	345
	Modelul cognitiv al depresiei	347
	Caracteristicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale în depresii	348

	Strategiile cognitiv-comportamentale de psihoterapie în depresie.....	354
	Psihoterapia cognitivă pentru persoanele cu tulburare depresivă cronică persistentă.....	367
XI	Detectarea precoce și terapia cognitiv-comportamentală la pacienții cu risc psihotic.....	383
	Modelul cognitiv al tulburării psihotice	391
	Strategii de intervenție terapeutică la pacienții cu risc psihotic	393
	Strategiile de intervenție terapeutică	397
	Combaterea tendințelor de izolare socială	417
	Prevenirea recăderilor.....	419
XII	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice	421
	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice apărute la copii și adolescenți.....	421
	Consilierea și terapia crizelor specifice vârstei înaintate	428
	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării posttraumatice de stres.....	440
	Consiliere și psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul crizelor produse de abuzul de substanțe psihoactive.....	476
	Intervenția cognitiv-comportamentală în cazul crizelor pacienților cu afecțiuni somatice	489
	Consilierea și terapia cognitiv-comportamentală bazată pe rezolvarea de probleme la pacienți cu tulburări psihice diagnosticate de medicul de familie.....	502
XIII	Cuplul și familia în criză: abordări cognitiv-comportamentale.....	511
	Managementul crizelor în relațiile de cuplu	511
	Terapia și consilierea cognitiv-comportamentală în cazul crizelor generate de divorț	526
	Terapia și consilierea psihologică în cazul crizelor generate de tulburările sexuale.....	534
	Consilierea cognitiv-comportamentală în alte tipuri de crize familiale.....	551
XIV	Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările de personalitate	563
	Tulburările de personalitate.....	563

Teorii cognitive ale tulburărilor de personalitate	571
Modelul cognitiv al tulburărilor de personalitate realizat de Young (1990)	586
Metodele psihoterapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienții cu tulburări de personalitate	590
Bibliografie	706

I

Abordarea comportamentală în psihoterapie și consilierea psihologică

Terapia comportamentală include o serie de tehnici având scopul de a-i determina pe oameni să-și modifice comportamentul. Multe dintre tehnicile recente includ și strategii cognitive care au condus la apariția orientării cognitiv-comportamentale în consiliere și psihoterapie.

Orientarea comportamentală s-a structurat în perioada anilor 1950–1960 ca o reacție la perspectiva psihanalitică dominantă până atunci și a apărut aproape simultan în Statele Unite, Marea Britanie și Africa de Sud (Corey, 2001, p. 256). În ciuda opoziției și criticilor realizate de psihanalisti, noua orientare terapeutică a fost capabilă să supraviețuiască, demonstrând eficiența metodelor de condiționare în modificarea comportamentului și constituind o alternativă la terapia tradițională. Începând din anul 1960, Albert Bandura a dezvoltat teoria învățării care combină tehnicile condiționării clasice și operante cu învățarea observațională. După această perioadă au apărut o serie de școli terapeutice cognitiv-comportamentale dintre care menționăm terapia rațional-emoțională a lui Ellis, terapia cognitivă a lui Beck, strategiile de inoculare a stresului și antrenamentul de autoinstruire puse la punct de Meichenbaum. Începând cu anii '70 terapia comportamentală a devenit o orientare dominantă în psihologie, cu multiple aplicații în domeniul educației, psihoterapiei, psihiatriei, asistenței sociale, dar și în domeniul industriei și afacerilor. Deși implică strategii diferite, terapiile comportamentale au câteva caracteristici comune: focalizarea asupra comportamentului, accentul pus pe tehnicile de învățare și evaluarea riguroasă a rezultatelor (Kazdin, 1994). La ora

actuală, în cadrul orientării comportamentale un loc central îl ocupă terapia cognitiv-comportamentală care pune un accent deosebit pe rolul factorilor cognitivi în înțelegerea și modificarea comportamentului subiecților. Acești factori, cum ar fi, de pildă, vorbirea interioară, sunt considerați mediatori ai schimbărilor în plan comportamental (Bandura, 1969, 1986, Bech, 1976, Bech și Weishaav, 1995, Fishman și Franks, 1997, Goldfried și Davidson, 1976, Lazarus, 1989, London, 1986, Mahoney, 1977, 1979, 1991, Mechenbaum, 1977, 1985). Principiul de bază al orientării comportamentale în psihoterapie postulează faptul că ființa umană este producătorul și produsul mediului său înconjurător.

Dacă teoreticienii comportamenaliști de orientare radicală excludeau posibilitatea autodeterminării și libertății ființei umane, orientarea modernă actuală încurajează tehnicile care conferă clientului autocontrol și autonomie. Modificările realizate în plan comportamental contribuie la îmbogățirea repertoriului deprinderilor de a face față problemelor vieții, rezultatul fiind o multitudine de posibilități de răspuns într-o situație dată. Eliminând comportamentele dezadaptative care limitează alegerile, oamenii devin liberi să realizeze mai multe opțiuni care înainte nu le erau accesibile.

Din punct de vedere filosofic, orientarea comportamentală și cea umanistă au părut diametral opuse inițial, dar lucrările comportamenaliștilor contemporani au construit nenumărate punți între cele două orientări care, în cele din urmă, ar putea fuziona. Orientarea comportamentalistă limitată, bazată pe modelul stimul-reacție, a fost criticată inițial de Bandura (1974, 1977, 1986), părintele teoriei învățării sociale. Acesta respinge modelul mecanicist și determinist al comportamentului uman datorită faptului că se bazează exclusiv pe determinări de natură exterioară (din mediu).

Mulți autori care au urmat (Kazdin, 1994; Mechenbaum, 1977; Thoresen și Coates, 1980; Watson și Tharp, 1997) au utilizat tehnici comportamentale pentru a atinge obiective umaniste (evoluția ființei umane). Thoresen și Coates (1980) identifică trei mari direcții care fac posibilă convergența între orientarea umanistă și cea comportamentalistă în psihoterapie:

– considerarea terapiei ca fiind un demers orientat spre acțiune și nu ca o introspecție, mai curând pasivă, asupra problemelor care îi frământă pe clienți;

– preocuparea crescândă a terapeuților comportamentaliști în legătură cu maniera în care evenimentele externe sunt mediate de factori subiectivi, de natură cognitivă sau emoțională;

– accentul crescut pus asupra responsabilității personale în raport cu propriul comportament.

Odată înarmați cu tehnici de autoreglare a comportamentului, oamenii devin capabili să-și amelioreze semnificativ calitatea vieții.

Principiile și postulatele terapiei comportamentale

Spiegler și Guevremont (1998) ne prezintă câteva caracteristici ale terapiei comportamentale:

1. Terapia comportamentală are la bază principii științifice derivate din cercetarea experimentală din domeniul învățării, principii bazate pe date de observație și nu pe convingeri personale.

Principiile învățării se aplică în mod sistematic pentru a-i ajuta pe oameni să se debaraseze de comportamentele dezadaptative. Obiectivele tratamentului sunt exprimate în termeni concreți și obiectivi care fac posibilă repetarea intervenției terapeutice. În timpul terapiei sunt evaluate comportamentele problematice, precum și condițiile care contribuie la menținerea acestora. Eficiența metodelor de evaluare și intervenție este verificată prin intermediul unor metode de cercetare științifică. Conceptele care stau la baza demersului terapeutic și strategiile de intervenție sunt exprimate în mod explicit, testate empiric și revizuite permanent.

2. Terapia comportamentală se ocupă de problemele curente ale clienților și de factorii care le influențează în prezent, fără a pune accent pe perspectiva istorică. Tehnicile comportamentale sunt aplicate pentru a modifica factorii actuali relevanți care influențează comportamentul clienților.

3. Clienții joacă un rol activ în cursul terapiei, angajându-se în diverse acțiuni menite să-i ajute să-și rezolve problemele și nu doar să vorbească despre acestea. Ei își monitorizează comportamentele atât în timpul, cât și în afara ședințelor de psihoterapie, învață și exersează

noi modele de comportament și noi strategii de a face față problemelor existenței.

4. Terapia comportamentală se desfășoară pe cât posibil în mediul natural al clientului. Abordarea terapeutică are la bază principiile învățării, clientul însușindu-și deprinderile de autoreglare a comportamentului, deprinderi care vor fi transferate în viața de zi cu zi. Sarcinile și temele pentru acasă reprezintă un element important al terapiei comportamentale.

5. Terapia comportamentală pune accent pe tehnicile de autocontrol comportamental. Clienții sunt instruiți să inițieze, să realizeze și să evalueze demersul terapeutic, fiind responsabili de propria lor schimbare.

6. Tehnicile terapeutice sunt astfel construite, încât să se potrivească fiecărui client în parte.

7. Demersul terapeutic presupune un proces de colaborare între client și terapeut, acesta din urmă informând permanent clientul cu privire la natura și progresele terapiei.

La aceste caracteristici Corey (2001) mai adaugă câteva:

8. Psihoterapia evoluează de la simplu la complex, de la situații facile la unele dificile și de la unele mai puțin amenințătoare la unele amenințătoare.

9. Demersul terapeutic comportamental este relativ scurt, incluzând mai puține ședințe de psihoterapie și un interval de timp mai puțin extins, comparativ cu alte sisteme terapeutice.

10. Tehnicile terapeutice se combină în anumite pachete de strategii în vederea creșterii eficienței psihoterapiei.

Obiectivele terapeutice ocupă un loc central în cadrul psihoterapiei comportamentale. Obiectivul central constă în a crea noi condiții pentru învățare pornindu-se de la supoziția că procesul de învățare poate ameliora comportamentul problematic. Clientul este cel care fixează obiectivele specifice terapiei sub directă îndrumare a terapeutului sau consilierului. Evaluări realizate pe parcursul terapiei evidențiază măsura în care obiectivele au fost atinse. Subliniem încă o dată faptul că obiectivele terapeutice trebuie să fie precise, concrete, clar formulate, măsurabile, înțelese și acceptate de client. Acestea rezultă în urma unor negocieri realizate între client și terapeut și sunt exprimate sub forma unor contracte terapeutice care ghidează demersul psihoterapeutic.

Cornier și Cornier (1998, pp. 228–231) descriu etapele selectării și definirii obiectivelor terapeutice:

- terapeutul oferă clientului motivația pentru stabilirea unor scopuri, explică necesitatea stabilirii acestora, precum și rolul lor în cursul terapiei și subliniază faptul că pacientul trebuie să joace un rol activ în cadrul acestui demers;
- clientul denumește modificările pozitive pe care le așteaptă de pe urma terapiei;
- atenția este focalizată asupra a ceea ce clientul dorește să realizeze și nu asupra a ceea ce el nu dorește să facă;
- clientul împreună cu terapeutul stabilesc dacă aceste obiective aparțin cu adevărat clientului și dacă au un caracter realist;
- se discută avantajele și dezavantajele (beneficiile și costurile) demersului de atingere a obiectivelor;
- clientul și terapeutul cad de acord dacă vor continua demersul de atingere a obiectivelor stabilite sau le vor reformula;
- odată stabilite obiectivele, începe demersul de definire a acestora.

Vor fi discutate conduitele asociate cu atingerea lor, condițiile necesare pentru schimbarea conținutului obiectivelor intermediare, precum și planurile de acțiune menite să conducă la atingerea obiectivelor.

Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale

Terapeuții comportamenaliști utilizează tehnici comune altor abordări cum ar fi: reflecția, clarificarea, rezumarea, întrebările deschise, dar și unele specifice. Astfel, după Spiegler și Guevremont (1998), terapeutul comportamentalist deține următoarele atribuții:

- culege în mod sistematic informații referitoare la antecedentele cu caracter situațional, amploarea și dimensiunile problemei în plan comportamental, precum și la consecințele acestora;
- clarifică împreună cu clientul problemele acestuia;
- planifică și stabilește comportamentele-țintă;
- formulează împreună cu clientul obiectivele terapiei;
- identifică acele condiții care mențin problema;

- implementează planul de schimbare;
- evaluează succesele demersului terapeutic;
- conduce viitoarele demersuri de evaluare.

Să presupunem, de pildă, că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru agorafobia care o împiedică să iasă din casă. Terapeutul va începe prin a analiza natura anxietății care o împiedică pe clientă să părăsească locuința. Acesta o va interoga în legătură cu modul în care percepe anxietatea, când a apărut aceasta și ce anume întreprinde în astfel de situații. Vor fi obținute informații în legătură cu gândurile care îi vin în minte, trăirile afective și consecințele problemei-simp-tom asupra existenței sale. Vor fi stabilite apoi obiectivele terapiei și vor fi puse în acțiune strategiile menite să reducă anxietatea până la un nivel controlabil. Terapeutul împreună cu clientul vor evalua pe parcursul psihoterapiei măsura în care au fost îndeplinite obiectivele terapeutice stabilite.

Un alt rol important al terapeutului comportamentalist constă în modelarea comportamentului. Bandura (1969, 1986) era de părere că achizițiile obținute în urma învățării directe pot fi atinse și prin intermediul observării comportamentului celorlalți. Datorită acestui fapt, clientul va putea să-și însușească noi modele de comportament prin intermediul imitației, terapeutul reprezentând un model de urmat. Deoarece clienții îl investesc pe terapeut cu autoritate, ei își vor modela atitudinile, convingerile și valorile imitându-l pe acesta.

Așa cum am mai subliniat, demersul terapeutic de tip comportamentalist se caracterizează, printre altele, și prin rolul activ jucat atât de terapeut, cât și de client. Terapeutul va fi cel care îl va învăța pe client noi modalități de comportament prin intermediul jocului de rol, modelării, repetărilor în plan comportamental, precum și al feedbackurilor cu privire la progresele înregistrate pe parcurs. Clientul va primi diverse sarcini pentru acasă (de pildă monitorizarea comportamentului problematic). Clientul trebuie să fie puternic motivat să coopereze atât în timpul ședințelor de psihoterapie, cât și în afara acestora, pentru că — în caz contrar — progresele terapiei sunt limitate. Pacientul este încurajat să experimenteze noile deprinderi pentru a face față problemelor vieții, pentru a-și lărgi repertoriul de comportamente cu caracter adaptativ și a transfera cele învățate în viața cotidiană. Terapia este considerată încheiată doar atunci când noile deprinderi de autoreglare psihică au fost generalizate și pot fi utilizate de client în afara terapiei.

Este evident faptul că demersul terapeutic nu se va reduce la un simplu „insight” (iluminare) cu privire la natura problemelor clientului, ci va presupune implementarea unor noi modele de comportament. Obiectivele terapiei sunt formulate în termeni concreți și măsurabili, fapt ce permite atât clientului, cât și terapeutului să evalueze progresele terapiei, ambii putând conștientiza momentul în care terapia poate să se încheie.

În cadrul terapiilor de orientare comportamentală nu se pune un accent deosebit asupra relației client–terapeut, ca în cazul terapiilor psihodinamice sau umaniste; factori cum ar fi căldura afectivă, empatia, comunicarea autentică, caracterul permisiv și de acceptare din cadrul relației terapeutice fiind considerați factori necesari, dar nu suficienți pentru ca schimbarea să aibă loc. Studiile clinice au evidențiat însă faptul că relația terapeut–client, chiar și în cazul terapiei comportamentale, poate contribui în mod esențial la procesul de schimbare (Granvold și Wodanski, 1994). Astfel, o bună relație terapeutică va oferi șansele creșterii receptivității clientului la demersul terapeutic. Nu este important numai modul în care clientul cooperează la psihoterapie, ci și expectațiile acestuia în legătură cu un final pozitiv, expectații care vor funcționa în calitate de autosugestii pozitive. Terapeutul de orientare comportamentală joacă un rol activ, obiectiv și suportiv în cadrul demersului terapeutic.

Strategiile și tehnicile specifice psihoterapiei comportamentale

1. Evaluarea

Evaluarea începe cu evidențierea problemelor și simptomelor clientului, a antecedentelor legate de acestea, precum și a consecințelor lor. Clientul va monitoriza frecvența și intensitatea problemelor-simptom, aceste monitorizări devenind un instrument al psihoterapiei care permite alcătuirea unor planuri terapeutice și evaluarea efectelor strategiilor aplicate. Instrumentele de evaluare includ inventarele și scalele de autoevaluare, precum și tehnici bazate pe

observația directă. Unul din punctele forte ale terapiei comportamentale constă în aceea că evaluările și autoevaluările realizate permanent pe parcursul terapiei permit depistarea rapidă a oricărei erori cât de mici apărute în cadrul demersului terapeutic. Schimbările în sfera comportamentală nu se produc după principiul „totul sau nimic”, ci gradat, în unele sectoare ale vieții, în timp ce altele pot rămâne neschimbate.

Tehnicile terapeutice sunt incluse în cadrul unor planuri de tratament și au un caracter eclectic. Lazarus (1989, 1992 b, 1996 b, 1977 a) este de părere că pot fi utilizate cu succes diverse metode de terapie, indiferent de fundamentarea lor teoretică. În viziunea sa, cu cât este mai extinsă aria strategiilor utilizate, cu atât terapeutul este mai eficient. De asemenea, tehnicile utilizate nu sunt alese la întâmplare dintr-un „pachet” de strategii, ci sunt special combinate ținând seama de problematica fiecărui subiect în parte, terapeutul dând dovadă de creativitate în realizarea acestor selecții.

2. Tehnicile de relaxare

Relaxarea a devenit o tehnică larg răspândită și foarte mult apreciată care îi ajută pe subiecți să facă față stresului vieții cotidiene. Relaxarea reprezintă o metodă de autoreglare care presupune destinderea musculară și calmare psihică. Există o multitudine de tehnici de relaxare; în Europa, cea mai cunoscută este metoda antrenamentului autogen a lui Schultz (1930), iar în SUA, tehnica relaxării progresive, propusă de Jacobson (1938). După învățarea relaxării este necesar ca aceasta să fie practică zilnic de către pacienți pentru a obține rezultatele scontate.

La ora actuală se utilizează tehnici de relaxare eclectice combinate adesea cu alte strategii de tip comportamental cum ar fi desensibilizarea sistematică, antrenamentul asertiv, programe de „self-management”, relaxare prin intermediul unor dispozitive bazate pe bio-feedback, meditație sau imaginație dirijată cu autosugestii. Studiile clinice au evidențiat faptul că hipnoza, considerată de specialiști ca o relaxare mai profundă, contribuie la obținerea unor rezultate mai rapide și mai durabile în terapia comportamentală.

Corey (2001) este de părere că însușirea unei tehnici simple de relaxare durează între 4 și 8 ore de lucru sub îndrumarea terapeutului. Odată însușită, relaxarea devine o deprindere care, dacă este practică zilnic, timp de 15–25 de minute, conduce la o odihnă economi-

că, la reducerea anxietății și efectelor negative ale stresului, la echilibrare în plan psihosomatic și la optimizarea performanțelor în activitatea profesională. Dacă la început relaxarea a fost utilizată mai ales ca o parte a desensibilizării sistematice, aplicațiile acesteia s-au extins treptat la terapia tulburărilor anxioase, fobice, cardiovasculare, respiratorii, a migrenelor și tulburărilor de somn.

3. Desensibilizarea sistematică

Strategia comportamentală elaborată de Joseph Wolpe (1958) cere clientului să-și imagineze situații din ce în ce mai anxioase. Clientul își însușește o tehnică de relaxare și apoi i se cere ca în această stare să-și imagineze situații progresiv-anxioase. Treptat, acesta devine tot mai puțin sensibil la stimulii care îi produceau înainte anxietate. Tehnica poate fi considerată o metodă de expunere pentru că subiecților li se cere să se confrunte în plan mental cu imagini care produc anxietate. În cursul interviului preliminar terapeutul va culege informații referitoare la anxietate și la condițiile în care se manifestă aceasta.

Etapele desensibilizării sistematice sunt următoarele (Morris, 1986):

- însușirea unei tehnici de relaxare;
- alcătuirea unei ierarhii care să cuprindă situații anxioase, de la cea mai puțin anxioasă până la cea mai anxioasă;
- desensibilizarea propriu-zisă.

Antrenamentul de relaxare se realizează prin intermediul unei versiuni modificate a tehnicii lui Jacobson (1938), descrisă în detaliu de Wolpe (1990). După ce și-a însușit relaxarea musculară, clientului i se cere să-și imagineze scene agreabile (de pildă, că se află la munte întins în iarbă, urmărind alunecarea norilor pe un cer albastru etc.). I se cere apoi să practice relaxarea și acasă, timp de 30 de minute. Ulterior, se va lucra asupra alcătuirii listei cu situații anxioase, de intensitate progresiv crescătoare. Astfel, de exemplu, pentru un client suferind de fobie socială, cu teamă de respingere, situația cea mai anxioasă poate fi reprezentată de respingerea de către partenera de viață, următoarea, de respingerea de către un prieten apropiat, succedată de cea a unui coleg de serviciu, cel mai puțin anxioasă fiind ignorarea subiectului de către o persoană necunoscută întâlnită la o petrecere.

Desensibilizarea propriu-zisă începe după câteva ședințe în care clientul și-a însușit tehnica de relaxare și a alcătuit ierarhia stimulilor anxioși. La început, i se cere clientului să se relaxeze cu ochii

închiși, după care i se cere să-și imagineze o scenă neutră. Apoi acesta va trebui să-și imagineze scena cel mai puțin anxioasă din cadrul listei. Terapeutul îl va ghida progresiv cerându-i să-și imagineze scene cât mai anxioase până când clientul semnalează că simte anxietatea, moment în care scena este întreruptă. Se induce din nou starea de relaxare, după care se reiau scenele anxioase din cadrul ierarhiei. Tratamentul se consideră încheiat atunci când clientul reușește să rămână relaxat în timp ce își imaginează scena cea mai anxioasă.

Pentru ca tehnica să fie încununată de succes este necesar ca subiectul să realizeze și anumite teme pentru acasă care constau în practicarea relaxării și vizualizarea scenelor asupra cărora s-a lucrat în timpul ședințelor de terapie. Treptat, clienții vor ajunge să se confrunte și cu situații reale de viață pentru a-și controla anxietatea. Metoda s-a dovedit utilă și în tratamentul anxietății și fobiilor, obsesiilor, anorexiei nervoase, dar și al balbismului, tulburării imaginii corporale și chiar al depresiilor ușoare.

Tehnica desensibilizării sistematice este bine acceptată de clienți, pentru că aceștia sunt expuși gradat și simbolic la situații anxioase. Ei dețin controlul demersului terapeutic, putând încheia expunerea atunci când anxietatea depășește pragul lor de toleranță.

4. Strategiile de expunere

Spre deosebire de desensibilizarea sistematică, în cazul acestora expunerea se realizează în plan real. Se cunosc două variante ale strategiilor de expunere: desensibilizarea „in vivo” și metoda inversiunii. Desensibilizarea „in vivo” presupune confruntarea cu situații progresiv tot mai anxioase în planul vieții reale. Clienții pot încheia experiența de expunere atunci când anxietatea devine intolerabilă. Expunerea poate fi realizată împreună cu terapeutul sau cu o persoană de sprijin, special instruită. Aceasta va însoți clientul în călătoriile cu metroul sau îl va ajuta să se confrunte progresiv cu obiectul fobiei sale. În cazul în care poate fi realizată efectiv, desensibilizarea în plan real este mai eficientă decât cea realizată în plan imaginar pentru că generalizarea la situațiile de viață se produce mai repede, rezultatele fiind mai stabile în timp.

Metoda inversiunii („flooding”) constă într-o expunere prelungită în plan real sau imaginar la stimulii generatori de anxietate, fără declanșarea unor comportamente de reducere a acesteia. Ideea care

stă la baza acestei tehnici constă în aceea că și în cazul în care clientul trăiește o stare de anxietate intensă consecințele de care acesta se teme nu se produc cu adevărat.

Tehnica imersiunii în plan imaginativ are avantajul că nu presupune niciun fel de restricție referitoare la situațiile anxiogene, la care expunerea în plan real poate fi nu numai imorală, dar adesea chiar imposibilă, cum ar fi expunerea la situații de incendiu, viol sau catastrofă aeriană. Expunerea imaginară poate să reproducă circumstanțele în care a avut loc trauma, fără a avea însă consecințe negative concrete pentru client. Astfel, de pildă, supraviețuitorii unui accident aviatic pot prezenta o serie de simptome psihopatologice cum ar fi coșmaruri, reamintiri obsedante ale evenimentului, fobie de a zbura cu avionul, anxietate sau depresie. În cazul acestora, desensibilizarea prin tehnica imersiunii în plan imaginar i-ar putea ajuta să revină la starea normală.

Tehnica imersiunii și-a dovedit utilitatea în tratamentul tulburărilor anxioase, agorafobiei, fobiilor specifice și tulburărilor obsesiv-compulsive de stres. Deși eficientă, metoda este evitată de unii subiecți din cauza disconfortului generat de expunerea prelungită la situații anxiogene. Tehnicile de expunere nu sunt totdeauna suficiente pentru tratamentul anxietății, în cazul unor tulburări mai complexe fiind necesară combinarea acestora cu alte strategii terapeutice.

5. Desensibilizarea și reprocesarea prin metoda mișcărilor oculare (DRMO)

Tehnica a fost elaborată de Francine Shapiro (1995) și include o serie de tehnici comportamentale combinate cu utilizarea mișcărilor ritmice ale globilor oculari, tehnici utilizate în tratamentul amintirilor cu caracter traumatic. Metoda a fost aplicată asupra victimelor abuzurilor sexuale, șocurilor produse de confruntări militare, asupra supraviețuitorilor unor agresiuni sau accidente, dar și la clienți suferind de anxietate, atacuri de panică, depresie, reacții de doliu, fobii sau adicții (Shapiro, 1995). Cercetările cele mai complexe au fost realizate în cazul tulburărilor posttraumatice de stres.

Corey (2001, p. 271) prezintă etapele metodei desensibilizării și reprocesării prin metoda mișcărilor globilor oculari. Metoda are drept obiectiv restructurarea în plan cognitiv sau reprocesarea

informațiilor. În cadrul primei etape se realizează interviul clinic prin intermediul căruia se obțin informații cu privire la istoria vieții clientului. Se elaborează apoi planul de tratament care cuprinde definirea și conceptualizarea problemelor clientului și stabilirea obiectivelor terapeutice. Se insistă asupra amintirilor cu conținut negativ care generează simptome psihopatologice, asupra situațiilor prezente care favorizează menținerea simptomelor, precum și asupra deprinderilor și modelelor de comportament cu caracter adaptativ care îi sunt necesare clientului pentru o bună funcționare în plan individual și social.

– Etapa de pregătire cuprinde formarea alianței terapeutice și explicarea modului în care funcționează metoda care va fi aplicată. Sunt discutate expectațiile și eventualele îngrijorări ale clientului care va învăța o tehnică de relaxare.

– Etapa de evaluare își propune identificarea obiectivelor-țintă, a amintirilor traumatice care generează anxietate. Se identifică reacțiile emoționale fiziologice, imaginile și cognițiile cu conținut negativ asociate cu evenimentul traumatic, precum și gândurile și convingerile realiste care ar putea contribui la reducerea anxietății.

– Etapa de desensibilizare presupune vizualizarea imaginilor cu caracter traumatizant, verbalizarea gândurilor și convingerilor negative și conștientizarea senzațiilor fiziologice. Expunerea este limitată în timp și nu durează mai mult de un minut, după care se declanșează o nouă asociație. În timpul acestui demers, clientul este instruit să urmărească degetul arătător al terapeutului care se mișcă ritmic și rapid în fața ochilor clientului de aproximativ 12 până la 24 de ori. În continuare, clientului i se cere să blocheze experiențele negative inspirând profund și apoi să relateze ce anume își imaginează, simte sau gândește.

– Etapa implementării și consolidării cognițiilor pozitive care au fost inițial identificate ca înlocuitoare ale celor negative. De exemplu, victima unui viol poate nutri convingerea negativă: „Ar fi trebuit să mă lupt mai mult sau să fug”, convingere ce poate fi înlocuită cu afirmații de tipul următor: „Acum dețin controlul asupra situației” sau „În acele condiții am făcut ceea ce era omenește posibil”. Obiectivul demersului terapeutic constă în realizarea unei asocieri între evenimentul traumatic și cogniții cu conținut adaptativ în așa fel încât amintirile traumatizante să nu mai aibă forța de a produce anxietate și gânduri negative.

– În etapa a cincea, după implementarea cognițiilor pozitive, clientului i se cere să vizualizeze din nou evenimentul traumatic împreună cu gândurile și convingerile pozitive și apoi să-și scaneze corpul prin intermediul atenției îndreptate spre interior și să identifice tensiunile musculare existente. Tehnica și-a atins obiectivul când clientul reușește să vizualizeze evenimentul traumatic și, în același timp, să declanșeze cogniții cu conținut pozitiv și să-și simtă corpul relaxat. Clientului i se va trasa sarcina ca, în timpul temelor pentru acasă, să vizualizeze evenimentul negativ, respectiv imaginile, emoțiile și gândurile care îl însoțesc. Acesta va ține un jurnal în care va nota toate aspectele psihologice negative. De asemenea, între ședințele de terapie, acesta va trebui să practice o tehnică de relaxare, imaginația dirijată, meditația, respirația controlată și automonitorizarea propriilor trăiri.

Evaluarea rezultatelor trebuie realizată la începutul fiecărei ședințe de psihoterapie, când se analizează temele pentru acasă sub aspectul progreselor obținute. Urmează redefinirea problemelor clientului, stabilirea unor noi obiective terapeutice și continuarea practicării tehnicilor de desensibilizare, restructurare cognitivă și automonitorizare. Rezultatele terapiei sunt evaluate de client și terapeut în cadrul unui demers de tip colaborativ. În opinia noastră, tehnica desensibilizării și reprocesării prin intermediul mișcărilor globilor oculari include elemente de hipnoză clinică, acestea contribuind la sporirea eficienței sale.

6. Antrenamentul asertiv

Acesta reprezintă o tehnică de antrenare a abilităților sociale și se adresează persoanelor cărora le lipsesc abilitățile sociale sau au dificultăți în stabilirea unor relații interpersonale acasă, la locul de muncă, la studii sau în perioadele de petrecere a timpului liber. Antrenamentul sau psihoterapia asertivă este utilă pentru următoarele categorii de subiecți (Corey, 2001):

- cei care nu sunt capabili să-și exprime iritarea sau mânia;
- cei care au dificultăți în a spune „nu”;
- cei excesiv de politicoși care îi lasă pe ceilalți să profite de pe urma lor;
- cei cărora le este greu să-și exprime dragostea sau alte sentimente pozitive;
- cei care consideră că nu au dreptul să-și exprime gândurile, convingerile sau sentimentele.

Supoziția care stă la baza antrenamentului asertiv este că oamenii au dreptul, dar nu și obligația de a se autoexprima.

Obiectivele antrenamentului asertiv sunt următoarele:

- lărgirea repertoriului de comportamente cu caracter adaptativ care să permită subiecților să decidă când anume trebuie să se comporte în mod asertiv;
- învățarea acestora să se exprime pe ei înșiși ținând seama de sentimentele și drepturile celorlalți, pentru că asertivitatea nu presupune agresivitate.

Persoanele asertive își apără drepturile fără însă a le încălca pe ale celorlalți. Majoritatea programelor de dezvoltare a asertivității au la bază principiile terapiei cognitiv-comportamentale care postulează faptul că oamenii nu se comportă asertiv deoarece nutresc gânduri și convingeri negative disfuncționale cu privire la faptul că nu au dreptul să-și exprime sentimentele sau ideile sau că nu merită un tratament bun din partea celorlalți. Un astfel de mod de gândire conduce la pasivitate. Tehnicile de antrenament asertiv nu se mulțumesc să înarmeze subiecții doar cu metode de a face față unor situații dificile, ci contribuie și la modificarea gândurilor și convingerilor disfuncționale care stau în calea asertivității, acestea fiind înlocuite cu afirmații mai constructive.

Deși antrenamentul se poate realiza și individual, Alberti și Emmons (1995 a) consideră că acesta este mai eficient dacă se desfășoară în grup. Avantajele lucrului în grup sunt următoarele:

- grupul creează condiții pentru experimentarea noilor modele de comportament achiziționate;
- în grup subiectul primește ghidare, sprijin și feedbackuri nu numai de la terapeut, ci și de la ceilalți membri ai grupului;
- deoarece antrenamentul asertiv are ca obiectiv procesarea terapeutică a anxietății specifice situațiilor psihosociale, grupul permite subiecților depășirea acestor dificultăți într-un mediu securizant.

7. Programele de „self-management”

și de comportament autodirijat (Corey, 2001, p. 275)

Aceste programe au drept scop să-î învețe pe clienți tehnici de reglare și autoreglare psihică în scopul de a-și conduce existența într-un mod mai eficient. Strategiile de „self-management” au pătruns în do-

meniul terapiei și mai ales în cel al consilierii psihologice începând cu anii '70 și cuprind metode de automonitorizare, autorecompensare, contracte realizate cu propria persoană și controlul stimulilor. Ideea care stă la baza acestor programe constă în aceea că oamenii trebuie să învețe diverse strategii de a rezolva situații problematice, aceștia asumându-și responsabilitatea punerii lor în aplicare în viața de zi cu zi. Clienții care urmează cursuri de „self-management” sunt cei care decid ce comportament ar dori să modifice (fumatul, consumul de alcool sau droguri, mâncatul excesiv etc.). Aceștia descoperă, de regulă, faptul că ceea ce îi împiedică să-și atingă obiectivele este lipsa anumitor deprinderi de viață.

Cornier și Cornier (1998) prezintă caracteristicile unui program eficient de „self-management”:

- o combinație de metode și tehnici este de cele mai multe ori mai eficientă decât aplicarea unei singure strategii;
- strategiile de „self-management” trebuie utilizate cu regularitate o perioadă suficient de lungă de timp pentru a se obține rezultate evidente;
- clienții trebuie să-și stabilească obiective realiste și să evalueze permanent maniera în care acestea sunt îndeplinite;
- utilizarea metodei autoîntăririlor reprezintă un element important în cadrul programelor de „self-management”;
- un anumit nivel de suport social este necesar pentru menținerea schimbărilor care au fost obținute.

Programele de comportament autodirijat reprezintă o variantă a celor de „self-management”. Watson și Tharp (1997) ne propun un astfel de program care cuprinde patru trepte:

1. Stabilirea obiectivelor

Terapeutul consilier împreună cu clientul vor cădea de acord în legătură cu schimbările comportamentale dorite. Se va lucra asupra fiecărui obiectiv în parte, acestea fiind abordate pe rând. Obiectivele trebuie să fie posibil de atins, măsurabile, exprimate pozitiv și semnificative pentru client.

2. Transformarea obiectivelor în comportamente-„țintă”

Pentru a realiza acest, lucru clientul va trebui să răspundă la întrebarea: ce tip de comportament aș dori să crească sau să scadă în frecvență?

3. Automonitorizarea

Clientul va fi instruit să-și observe și să-și noteze în mod sistematic și deliberat comportamentele prin intermediul unor jurnale în care se va nota nu numai frecvența și intensitatea unui comportament specific, ci și elemente legate de antecedentele, cauzele și consecințele acestuia.

4. Stabilirea unor planuri care să cuprindă strategii de schimbare

Acest stadiu va începe cu o comparație între datele obținute în urma automonitorizării unui comportament și standardele clientului referitoare la comportamentele dezirabile. Clienții vor realiza apoi o evaluare a modificărilor pe care doresc să le obțină în plan comportamental și vor declanșa acțiuni menite să conducă la schimbările respective.

Tehnica autoîntăririi este utilizată apoi pentru a facilita implementarea noilor metode de comportament în viața cotidiană. Planul de acțiune este revizuit și adaptat în mod continuu, pe măsură ce sunt culese informații care prezintă aspectele pozitive sau dificultățile aplicării strategiilor de schimbare.

II

Terapia cognitivă: metode și tehnici

Derubeis, Tang și Beck (2003) subliniază faptul că bazele teoretice și strategiile terapiei cognitive au evoluat în ultimele cinci decenii începând cu studiile lui Beck (1963) asupra clienților depresivi. Deși aflat inițial pe poziții psihanalitice, autorul a constatat că formulările psihodinamice asupra sindromului depresiv sufereau de o serie de neajunsuri. Pornind de la acestea, Beck a elaborat un model cognitiv al depresiei, care pune accentul pe gândurile negative și pe distorsionările cognitive care se întâlneau frecvent în discursurile depresiilor. Autorul a subliniat faptul că aspectele cognitive sunt mai importante și mai verificabile în cazul depresiei decât procesele motivaționale dinamice postulate de psihanaliză.

Mai precis, Beck susține faptul că la persoanele depresive funcționează mecanisme distorsionate de procesare a informației, mecanisme care au drept rezultat o viziune negativă a clientului asupra propriei persoane, a viitorului și a lumii în general. Aceste conținuturi cognitive stau la baza simptomelor comportamentale afective și motivaționale ale depresivului.

Modelul cognitiv al depresiei postulează faptul că, pentru înțelegerea unei tulburări emoționale, terapeutul și clientul trebuie să se concentreze prioritar asupra conținutului cognitiv care însoțește reacția clientului la un eveniment negativ. Valoarea euristică și terapeutică a modelului cognitiv constă în accentul acordat unor instanțe psihice ușor de accesat, de natură conștientă sau preconștientă, clientul fiind învățat să le controleze. Modelul nu ține seama de motivațiile de natură inconștientă, care trebuie evidențiate în cadrul demersului psihanalitic.

În cursul terapiei cognitive este accesată așa-numita „triadă cognitivă” care se referă la gândurile și convingerile negative ale clientului cu privire la propria persoană, viitor și lume, în general (Beck,