

PSIHOLOGIE - PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

IRINA HOLDEVICI
BARBARA CRĂCIUN

Psihoterapia eficientă



EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

COPERTA
Faber Studio

REDACTOR
Raluca Hurduc

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Ofelia Coșman

CORECTURĂ
Rodica Petcu
Elena Bițu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
HOLDEVICI, IRINA

Psihoterapia eficientă / Irina Holdevici și Barbara Crăciun. -
București: Editura Trei, 2013
Bibliogr.

ISBN 978-973-707-710-3

I. Crăciun, Barbara

615.851

© EDITURA TREI, 2013

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-710-3

Cuprins

<i>Cuvânt-înainte. Să alegem o psihoterapie eficientă</i>	7
I Abordarea cognitiv-comportamentală de scurtă durată	11
II Aplicații ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată	68
III Abordări centrate pe soluție	138
IV Relaxarea	186
V Hipnoza și terapia de scurtă durată	212
VI Hipnoza permisivă	356
VII Psihoterapii scurte de grup	423
<i>Bibliografie</i>	465

Cuvânt-înainte

Să alegem o psihoterapie eficientă

Epoca modernă se caracterizează printr-o creștere accentuată a influenței factorilor stresanți ce acționează asupra indivizilor și grupurilor dinspre și în multiple direcții. Ritmul foarte rapid al transformărilor care au loc în societate, bombardamentele informaționale prin intermediul rețelelor de mass-media, internetului și al rețelelor de socializare, cerințele tot mai complexe care se conturează în planul profesional și social, competența acerbă din toate domeniile, diminuarea influenței unor sisteme religioase și morale, creșterea importanței organizațiilor fundamentaliste și, nu în ultimul rând, efectele crizei economice exercită o presiune puternică asupra tuturor generațiilor.

În aceste condiții, numărul afecțiunilor psihice și psihosomatice este în continuă creștere. Putem spune că astăzi sindromul de epuizare profesională (*burn-out*) sau atacurile de panică sunt raportate ca fiind extrem de prezente și frecvente de către mulți pacienți. Din această perspectivă, și nu numai, sunt din ce în ce mai necesare intervențiile de specialitate din domeniul consilierii psihologice și psihoterapiei.

Costurile acestor intervenții trebuie să fie cât mai scăzute, iar durata cât mai redusă, pentru a-și susține eficiența. Dacă în prima jumătate a secolului XX psihanaliza freudiană deținea supremația în domeniul psihoterapiei, mult timp fiind considerată singura metodă de luat în seamă în acest domeniu, lucrurile au căpătat un alt contur în ultimii 30–40 de ani. Abordarea psihanalitică presupune o derulare terapeutică de lungă durată, costuri ridicate, precum și existența unor criterii de includere a pacienților într-un astfel de demers (vârstă, nivel intelectual, cultural, structură de personalitate etc.). Ulterior, psihanaliza a început să piardă teren în favoarea psihoterapiilor de scurtă durată, dintre care, astăzi, cea mai agreată

pare să fie abordarea cognitiv-comportamentală, decontată integral prin sistemul de plată al caselor de sănătate din Statele Unite ale Americii și din multe țări ale Uniunii Europene.

În afară de psihoterapia cognitiv-comportamentală, s-au dezvoltat și alte sisteme de psihoterapie de scurtă durată, dintre care putem menționa aici într-o ordine absolut aleatorie: psihoterapia dinamică de scurtă durată, psihoterapia strategică, psihoterapia sistemică, abordarea modular-contextuală, psihoterapia centrată pe problemă, psihoterapia centrată pe soluție, abordarea alegerilor realiste sau diversele variante ale hipnoterapiei de orientare ericksoniană.

Dorim să accentuăm faptul că nu contestăm valoarea psihoterapiilor de profunzime (psihanaliza ortodoxă freudiană, jungiană, adleriană, psihoterapia experiențială sau psihoterapia Unificării [Iolanda Mitrofan, 2004]) care își propun o restructurare de esență a personalității, dar, din cauza caracterului complex al acestora și duratei prelungite, rămânem adepții terapiei de scurtă durată.

În opinia noastră, caracteristicile psihoterapiei eficiente sunt următoarele:

- durata scurtă, dar variabilă în funcție de obiectivele terapeutice stabilite în cadrul diadei client-terapeut;
- algoritimizarea demersului terapeutic, care face ca terapia să depindă mai puțin de structura personalității clientului și mai mult de o serie de pași care trebuie urmați; acest procedeu poate fi însușit cu relativă ușurință de către psihoterapeuți în cadrul cursurilor de formare profesională;
- caracterul flexibil care face trimitere la posibilitatea introducerii acelor strategii care se potrivesc fiecărui client în parte, în funcție de problema cu care a venit în terapie;
- caracterul eclectic, presupunând împrumutul de metode și tehnici din alte sisteme terapeutice de scurtă durată. Precizăm însă că demersul terapeutic eficient nu reprezintă o colecție de metode combinate la întâmplare, ci un proces riguros care are ca fundament un plan terapeutic bine stabilit;
- conceptualizarea fiecărui caz în parte și individualizarea demersului terapeutic în funcție de configurarea pe care o aduce fiecare client problemelor sale;
- stabilirea cu claritate a obiectivelor terapiei, urmărirea îndeplinirii acestor obiective realiste, posibil de atins într-un interval de timp rezonabil;

- cuantificarea obiectivelor psihoterapiei;
- aplicarea tehnicilor specifice de intervenție pentru cazuistica individuală, pentru cupluri, familie sau grupuri;
- utilizarea unor strategii specifice care vizează atât nivelul conștient, cât și cel inconștient al clienților;
- demersul psihoterapeutic va avea un caracter profilactic, reparator, dar și autoformativ;
- intervenția psihoterapeutică se adresează unor clienți cu afecțiuni psihice, psihosomatice, *non-psihotice* sau unor persoane interesate de optimizarea performanțelor în diverse domenii de activitate (profesie, sport, învățare, artă);
- în cadrul acestui tip de demers psihoterapeutic nu se analizează în exces conflictele din trecut, accentul fiind pus pe prezent și viitor;
- menținerea unui caracter strategic, în sensul că îi vom propune clientului aplicarea unor strategii clar definite și structurate;
- caracterul sistematic, presupunând abordarea clientului în contextul social în care își desfășoară activitatea;
- durata psihoterapiei se desfășoară într-un număr aproximativ de 12–14 ședințe a câte 50–60 de minute, realizate la început săptămânal și apoi negociate de terapeut împreună cu clientul, în sensul scăderii frecvenței. Durata nu este fixă, ea putând fi scurtată sau prelungită după caz;
- utilizarea, în cadrul psihoterapiei, a sarcinilor pentru acasă (temele pentru acasă) care presupun exercițiile dintre întâlniri pe care clientul le are de făcut, exprimate prin îndeplinirea și cuantificarea unor activități diverse, prin practicarea unor comportamente achiziționate sau prin practicarea relaxării și autohipnozei în funcție de sugestiile terapeutului;
- acest gen de psihoterapie nu implică o psihodiagnoză în sensul clasic al cuvântului, ci utilizarea unor jurnale și scale de autoevaluare a problemelor și simptomelor pe care le-a adus clientul în terapie, precum și obținerea unor rezultate măsurabile ce privesc gradul de îndeplinire a obiectivelor;
- principalele componente ale unui demers de psihoterapie eficientă sunt, în opinia noastră: 1. psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată (Beck, 1995; Bond & Dryden, 2002; Cully & Teten, 2008); 2. psihoterapia centrată pe

soluție (Nelson & Thomas, 2007); 3. hipnoza și autohipnoza clinică (Hilgard și Hilgard, 1983) și 4. hipnoterapia de orientare ericksoniană (Rossi, 1980; Zeig și Rennick, 1991).

Indicațiile nosografice pentru modelul terapeutic propus de noi sunt următoarele:

- tulburările emoționale: tulburarea anxioasă generalizată, atacurile de panică, agorafobia cu sau fără atacuri de panică, fobiile specifice, fobia socială, tulburarea depresivă ușoară și moderată, tulburările posttraumatice de stres;
- tulburările psihosomatice: astmul bronșic, hipertensiunea arterială, colita, gastrita și ulcerele, tulburările dermatologice (prurit, psoriazis), tulburările endocrinologice;
- tulburările conduitei alimentare: anorexie, bulimie, obezitate;
- tulburările sexuale psihogene;
- nevrozele motorii: balbismul, nevroza ticurilor;
- combaterea durerii în bolile psihosomatice cu caracter cronic sau în cazul recuperării după accidente sau traumatisme;
- relaționarea în cuplu și familie;
- tulburări de comportament la copii și adolescenți;
- deprinderi greșite: fumat, consum abuziv de alcool sau droguri, jocuri de noroc;
- optimizarea performanțelor umane în activitatea profesională, sport, învățare;
- combaterea tracului precompetițional și profesional.

Acest model de psihoterapie nu se potrivește la pacienții psihotici (schizofreni, paranoici, pacienți cu tulburare afectivă uni- și bipolară), la persoanele cu deficiențe mentale, la pacienții cu demențe de diverse tipuri sau la pacienții cu tulburări de personalitate.

Strategiile propuse în cadrul acestui tip de demers pot fi aplicate împreună cu o medicație psihiatrică ușoară, dar din experiența personală am observat că, de cele mai multe ori, rezultate pozitive se obțin și în absența acestui tratament medicamentos.

Formarea terapeuților în acest domeniu se realizează în sfera psihoterapiei cognitiv-comportamentale, a hipnozei ericksoniene și a terapiilor de scurtă durată.

I

Abordarea cognitiv-comportamentală de scurtă durată

1.1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată

Psihoterapia cognitiv-comportamentală scurtă își propune să asigure maximum de avantaje într-un timp cât mai scurt și cu costuri minime pentru client.

În cadrul acestui sistem terapeutic, timpul este utilizat în mod flexibil și nu toate ședințele de psihoterapie vor avea în mod obligatoriu aceeași durată și frecvență. Durata întregului demers terapeutic depinde de particularitățile personalității clienților, de împrejurările de viață, de stilul lor personal, de capacitatea de rezolvare a problemelor pe care aceștia o pun în practică, precum și de nivelul de inteligență. Ceea ce contează pentru acest tip de terapie sunt eficiența, atitudinea și îndeplinirea obiectivelor stabilite de client împreună cu terapeutul.

Curwen, Palmer și Rudelle (2008, pp. 3–4) prezintă câteva particularități ale acestui demers terapeutic:

- psihoterapia are un caracter pragmatic, nu presupune un demers de remodelare a structurii de bază a personalității clientului; presupune însă o modificare într-unul din sectoarele existenței clientului, ce va avea efecte și asupra altor zone ale acesteia;
- demersul terapeutic se bazează pe o perspectivă evoluționistă, conform căreia anumite modificări psihologice sunt inevitabile de-a lungul existenței subiectului (Gilligan, 1982;

Newgarten, 1979; Vaillant, 1977); această perspectivă este utilizată în scop terapeutic;

- problemele clientului sunt acceptate ca atare, dar în același timp sunt stimulate resursele și disponibilitățile latente ale fiecărei persoane, accentul fiind pus pe acestea, și nu pe deficiențe, puncte slabe sau simptome psihopatologice;
- multe modificări pozitive în viața clientului pot să se producă și după ce demersul terapeutic s-a încheiat deja;
- demersul terapeutic nu se desfășoară într-un timp nelimitat, ci dimpotrivă, se stabilesc limite pentru acesta;
- psihoterapia poate fi ineficientă în cazul în care este aplicată în mod neselectiv (Frances și Clarkin, 1981);
- psihoterapia trebuie să aibă o finalitate, nu trebuie să facem psihoterapie de dragul psihoterapiei, pentru că viața este mai importantă decât psihoterapia.

Metaanaliza realizată de Howard și colaboratorii săi (1986) a demonstrat faptul că 50% dintre clienți își ameliorează starea după a opta ședință de psihoterapie, iar 75%, după a douăzeci și șasea.

Principiile și metodele terapiei cognitiv-comportamentale

Unul dintre principiile de bază ale acestui demers terapeutic se referă la faptul că emoțiile, gândurile, stările fiziologice și comportamentele reprezintă elemente ale unui tot, astfel încât o modificare a unuia dintre ele se va reflecta și asupra celorlalte.

Demersul terapeutic pornește de la modificarea cognițiilor cu caracter dezadaptativ, modificare ce va avea efecte și asupra stărilor emoționale, proceselor fiziologice și comportamentelor. Procesele afective și comportamentele nu sunt determinate direct de stimulii exteriori (de împrejurări), ci de modul în care subiectul le interpretează. Acest adevăr se regăsește în maxima filosofului grec Epictet, care spunea: „Oamenii nu sunt perturbați de situații, ci de modul în care aceștia le privesc”.

Terapia cognitivă, în forma în care o cunoaștem astăzi, își are originea în studiile lui Beck (1964) asupra depresiei și are următoarele postulate:

- gândurile sunt cele care generează emoții și comportamente;
- tulburările emoționale sunt cauzate de un stil de gândire negativă, disfuncțională;
- aceste tulburări emoționale pot fi vindecate sau ameliorate prin modificarea gândurilor și convingerilor negative care au caracter dobândit.

Gândirea negativă include două componente: gândurile negative automate care apar în mod involuntar în anumite situații și convingerile negative disfuncționale care stau la baza acestora și reprezintă un fel de reguli de viață, formate în copilărie, în urma interacțiunii cu persoanele semnificative din anturajul subiectului și care îl ajută pe acesta din urmă să confere semnificație evenimentelor lumii înconjurătoare. Odată structurate aceste convingeri, ele vor determina modul de procesare al informațiilor, influențând felul în care o persoană gândește, simte și acționează.

Astfel, o persoană care nutrește convingerea că „existența este periculoasă” va trăi stări de anxietate în majoritatea situațiilor. O astfel de convingere cu caracter general, care afectează o mare parte din aspectele vieții clientului, reprezintă o schemă cognitivă sau o convingere cu caracter primar, cu un caracter rigid, global și suprageneralizat.

Între schemele cognitive (convingerile primare) și gândurile negative automate se situează convingerile intermediare, care pot îmbrăca trei forme (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008, p. 10):

- *Atitudini: este foarte rău să te afli în pericol;*
- *Reguli de viață: trebuie ca întotdeauna să mă simt în siguranță și să acționez cu prudență;*
- *Supoziții: dacă acționez cu prudență, existența va fi mai puțin periculoasă.*

Înainte de a trece la evaluarea și la aplicarea strategiilor psihoterapiei cognitiv-comportamentale, terapeutul trebuie să respecte anumite reguli valabile pentru orice demers de consiliere și terapie de scurtă durată: să manifeste o atitudine empatică și de acceptare necondiționată, să îl întâlnească pe client „pe terenul său” și să sesizeze corect problemele și simptomele acestuia. Terapeutul îl va ajuta pe client să-și identifice și să-și înțeleagă și accepte stările

afective, să detecteze gândurile negative automate care le-au generat și convingerile disfuncționale de bază. Acestea din urmă vor fi combătute prin metoda contraargumentării și înlocuite cu unele mai raționale, cu caracter adaptativ.

O primă etapă în demersul de combatere a gândurilor și convingerilor negative cuprinde familiarizarea clientului cu distorsiunile cognitive (Burns, 1980, 1989). Acestea reprezintă erori de logică, prin intermediul cărora oamenii alterează frecvent datele realității. Clienților li se explică faptul că persoanele stresate sau tulburate emoțional nutresc anumite gânduri sau convingeri care par credibile, dar care nu au nimic de-a face cu realitatea obiectivă, având un caracter nerealist. Este important ca subiectul să fie informat de faptul că aceste erori de logică sunt specifice majorității oamenilor și nu au nicio legătură cu nivelul de inteligență.

Prezentăm în cele ce urmează lista principalelor distorsiuni cognitive adaptată de Curver, Palmer și Rudell (2008) după Beck (1964), Ellis (1963) și Burns (1989):

- *Gândirea de tip dihotomic* („alb-negru“; „totul sau nimic“)

Se caracterizează prin aceea că subiectul se evaluează pe sine însuși, pe ceilalți, împrejurările și lumea în general în culori extreme. Acest mod de gândire este absolutist și nu permite nuanțe de cenușiu. Astfel, de pildă, un individ se va aprecia pe sine ca fiind lipsit de valoare în toate domeniile, dacă a comis la un moment dat o greșeală minoră.

- *Personalizarea și blamarea*

Personalizarea caracterizează modul de gândire al unei persoane care se blamează pe sine pentru toate lucrurile care merg prost, asumându-și responsabilitatea pentru evenimente pe care nu le poate controla pe deplin („Eu sunt vinovată pentru eșecul școlar al fiului meu“). Atitudinea opusă constă în blamarea celorlalți sau a împrejurărilor, ignorând contribuția persoanei la producerea problemei („Soțul meu este vinovat pentru destrămarea căsniciei noastre“).

- *Catastrofizarea*

Are loc în situația în care persoana prevede faptul că evenimentele vor lua o întorsătură negativă. Acest tip de gândire este specific subiecților anxioși care se gândesc la tot ce este mai rău în orice situație („Voi fi cu siguranță respins la interviul de ocupare a postului pe care îl doresc“, „Nu-mi voi mai găsi niciodată un loc de muncă“).

- *Judecata afectivă*

Se caracterizează prin aceea că persoana trage concluzii referitoare la un eveniment doar pe baza trăirilor sale afective, ignorând total datele realității. De pildă, un tânăr a cărui prietenă a întârziat la întâlnire își spune în gând: „M-a părăsit“, ignorând faptul că fata ar fi putut fi blocată în trafic și și-a uitat acasă telefonul mobil.

- *Afirmațiile de tip absolutist („Trebuie neapărat să...“)*

Subiectul se conduce după niște imperative categorice care îi spun cum trebuie să fie el, alte persoane sau lumea înconjurătoare. Dorințele și expectațiile sale devin niște imperative categorice („Eu trebuie neapărat să obțin întotdeauna și cu orice preț afecțiunea și prețuirea celorlalți“). Atunci când expectațiile unei astfel de persoane nu sunt îndeplinite, ea va deveni perturbată emoțional, simțind depresie, mânie și frustrare.

- *Abstragerea selectivă*

Persoana acordă o atenție exagerată unui aspect negativ minor pe care îl ruminează la nesfârșit, ignorând toate celelalte aspecte pozitive. În acest fel, dacă un autor a primit o serie de cronici pozitive ale cărții sale și doar una negativă, el va tinde să se concentreze doar asupra acesteia din urmă.

- *Descalificarea pozitivului*

Clientul va ignora aspectele pozitive ale unei situații, afirmând faptul că acestea nu prezintă importanță (exemplu: un student care a avut numai note bune la examene va considera că profesorii s-au înșelat în cazul său).

- *Suprageneralizarea*

Persoana este de părere că o experiență negativă singulară se va repeta la nesfârșit. Astfel, o fată părăsită de prieten va fi convinsă că niciun băiat nu o va mai curta și iubi vreodată.

- *Amplificarea și minimalizarea*

Subiectul face această eroare de logică atunci când se evaluează pe sine, pe ceilalți sau lumea înconjurătoare; acesta va avea tendința să amplifice aspectele negative și să le minimalizeze pe cele pozitive (exemplu: un angajat care a primit o apreciere care include și laude, și critici le va amplifica pe acestea din urmă, considerându-se o persoană lipsită de valoare).

- *Etichetarea*

Persoana se evaluează pe sine sau pe ceilalți prin intermediul unor etichete cu caracter general („Sunt un ratat“; „El este o canalie“; „Sunt un prost“).

- *Inferențele arbitrare*

Acest tip de gândire se caracterizează prin aceea că subiectul trage concluzii negative fără a avea suficiente dovezi și îmbracă de obicei două forme:

Citirea gândurilor: clientul crede că știe ce gândesc ceilalți, ignorând alte explicații posibile ale unor comportamente sau atitudini (un angajat se întâlnește cu șeful său, care este încruntat, și interpretează acest lucru ca reprezentând nemulțumirea acestuia față de el, ignorând faptul că șeful ar putea fi supărat și din multe alte motive).

Ghicirea viitorului: persoana prezice faptul că evenimentele viitoare vor avea un final negativ (un pacient cărui i s-a recomandat o tomografie computerizată va trage concluzia că suferă de o boală gravă).

Trebuie subliniat faptul că un gând negativ sau o convingere disfuncțională poate include mai multe tipuri de distorsionări cognitive. De asemenea, un anumit subiect poate utiliza mai frecvent un pachet de astfel de distorsionări, cum ar fi imperativele categorice, inferențele arbitrare sau judecățile afective, în timp ce diferitele tulburări emoționale au la rândul lor tipare specifice de erori de logică.

Caracteristicile terapiei cognitiv-comportamentale de scurtă durată (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008, p. 17) pornesc de la faptul că:

- stilul abordat de către psihoterapeut are un caracter activ și directiv, dar în același timp este bazat pe înțelegere și comunicare empatică;
- formularea problemelor reprezintă o etapă importantă.

Terapeutul va culege informații referitoare la problemele clientului, pe baza mesajelor verbale și nonverbale oferite de acesta. Interviu de evaluare are loc la începutul terapiei (prima ședință de psihoterapie), iar în urma acestuia se realizează conceptualizarea cazului în termeni cognitiv-comportamentali, conceptualizare care va fi revizuită în funcție de noile informații care apar pe parcurs. Aceasta poate include evenimentul activator extern (situația), gândurile negative automate, convingerile disfuncționale sau schemele cognitive de bază, stările emoționale, reacțiile fiziologice comportamentale problematice și factorii precipitatori ai acestora.

Relația terapeutică are un caracter colaborativ, clientul și terapeutul lucrând împreună la formularea și soluționarea problemelor clientului. În același timp, aceasta are și un caracter educațional, clientul fiind informat într-un limbaj accesibil asupra principiilor și strategiilor terapeutice. Clientul este încurajat să participe activ la demersul terapeutic și să-și asume responsabilitatea acestuia, încă de la primele ședințe de psihoterapie. Obiectivele și ordinea de zi a fiecărei ședințe de terapie (agenda ședinței) se stabilesc împreună de către psihoterapeut și client, aceștia oferindu-și în mod reciproc feedbackuri la finalul întâlnirilor.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată se potrivește în cazul problemelor relativ simple, clar și precis delimitate. Pentru tulburările din sfera personalității, este necesar un demers cognitiv-comportamental ceva mai lung.

Structura unei ședințe de psihoterapie

Cu excepția primei ședințe, toate celelalte au o structură relativ standardizată, care însă nu trebuie urmată în mod rigid. Această structură îi ajută pe terapeut și client să economisească timp, să nu omită elemente importante, să mențină o atitudine și o orientare pragmatică și să monitorizeze mai ușor progresele înregistrate. Etapele unei ședințe de terapie sunt următoarele:

- evaluarea dispoziției clientului;
- trecerea în revistă a evenimentelor care au avut loc în cursul ultimei săptămâni;
- stabilirea agendei pentru ședința respectivă;
- feedbackuri și conexiuni cu ședințele anterioare;
- evaluarea îndeplinirii sarcinilor pentru acasă;
- parcurgerea punctelor stabilite în agendă (ordinea de zi);
- trasarea noilor teme pentru acasă;
- solicitarea unor feedbackuri referitoare la modul în care s-a desfășurat ședința de psihoterapie.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată este orientată către scop.

Atunci când clientul își prezintă problemele în fața terapeutului, acesta din urmă îl încurajează să le exprime în termeni comportamentali. Astfel, unui client care afirmă că se simte deprimat, terapeutul îi va cere să explice în ce mod se manifestă depresia sa. Un alt exemplu: dacă pacientul se plânge că nu mai ține o dietă corespunzătoare sau că a abandonat activitățile care înainte îi făceau plăcere, modificarea în sens pozitiv a acestor comportamente poate deveni unul dintre obiectivele terapiei.

Reamintim faptul că obiectivele terapiei vor fi stabilite de comun acord de către client și terapeut. Există situații în care, la începutul terapiei, clientul își fixează obiective nerealiste sau contraproductive (de exemplu, un subiect cu fobie socială ar dori să nu mai simtă *nicio-dată* teamă atunci când se află într-un loc public), caz în care terapeutul îl va ajuta să stabilească obiective mai realiste, posibil de atins.

Specificul terapiei cognitiv-comportamentale constă în combaterea stilului distorsionat de gândire. Așa cum am subliniat, terapia cognitiv-comportamentală pornește de la premisa că gândurile și convingerile sunt cele care determină stările afective, comportamentele și reacțiile fiziologice ale individului. Gândurile negative sunt combătute, spre exemplu, prin intermediul metodei dialogului socratic, ajutându-l pe client să sesizeze caracterul nerealist și lipsit de logică al acestora.

Palmer și Dryden (1995) și Palmer și Strickland (1996) ne prezintă o listă de întrebări care îi pot fi utile terapeutului specializat în psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată.

Prezentăm mai jos câteva dintre acestea:

1. Care este dovada că respectiva convingere este adevărată?
2. Oare un om de știință ar fi de acord cu punctul tău de vedere?
3. Unde scrie așa ceva?
4. Ar fi de acord colegii sau prietenii cu ideile tale?
5. Este toată lumea de acord cu acest punct de vedere? Dacă nu este, ce crezi că îi determină pe ceilalți să nu fie de acord?
6. Ce anume face ca această situație să fie atât de îngrozitoare?
7. Va mai fi atât de rău peste o lună, două sau mai multe luni?
8. Oare nu exagerezi importanța problemei tale?
9. Oare nu prezici o situație, fără a avea dovezi că cel mai rău lucru se va întâmpla?

10. Dacă nu vei putea suporta acest lucru, oare ce se va întâmpla cu adevărat?
11. Oare nu cumva te concentrezi prea mult asupra slăbiciunilor tale, ignorându-ți calitățile?
12. Nu cumva te stresezi în privința modului în care vor evolua lucrurile în loc să le iei ca atare și să încerci să rezolvi situația?
13. Unde te duce un astfel de gând sau atitudine?
14. Oare convingerea ta te ajută să-ți atingi obiectivele?
15. Nu gândești cumva în termenii „totul sau nimic“?
16. Nu cumva îți pui etichete cu caracter general („incapabil“) dacă ai făcut o greșeală minoră?
17. Oare nu privești evoluția evenimentelor în mod prea personal?
18. Nu îți stabilești singur standarde rigide, de genul „trebuie neapărat“; oare au aceste standarde sau reguli un caracter constructiv?
19. Oare nu dai vina în mod excesiv pe ceilalți, pentru a te simți bine pe moment?

Terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată generează modificări în comportamentul clientului încă *înainte* ca demersul terapeutic să se fi încheiat. Clientul își va însuși o serie de abilități și deprinderi sociale și de rezolvare de probleme, deprinderi care îl vor transforma în propriul său terapeut. Acest lucru se întâmplă deoarece clientul are un rol activ în timpul ședințelor de terapie și în cadrul realizării sarcinilor pentru acasă. Trebuie menționat că demersul terapeutic este limitat în timp și presupune obligatoriu și lucrul individual al clientului (sarcinile pentru acasă).

Evaluarea și psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată implică o serie de răspunsuri la următoarele întrebări:

Care este problema clientului?

Este terapia cognitiv-comportamentală potrivită pentru respectivul client și pentru problema acestuia?

Ajută conceptualizarea cazului în termeni cognitiv-comportamentali la stabilirea obiectivelor ?

Nu toți clienții care se prezintă la psihoterapie au fost diagnosticați cu o tulburare psihică în conformitate cu Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani (D.S.M. IV, A.P.A.,

1994), iar unii dintre aceștia nici măcar nu suferă de o astfel de tulburare, cum ar fi de pildă un client care este insuficient de asertiv.

Terapeutul va trebui să evalueze clientul și să decidă dacă toate problemele sale sau doar o parte dintre acestea se potrivesc abordării cognitiv-comportamentale de scurtă durată.

Studiile au demonstrat că terapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată poate fi utilizată cu succes în următoarele situații (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008, p. 31–32):

- tulburări ale conduitei alimentare (Agras *et al.*, 1993; Fairburn *et al.*, 1991; Garner *et al.*; 1993);
- probleme de cuplu (Baucom *et al.*, 1990);
- tulburarea anxioasă generalizată (Buttler *et al.*, 1991);
- depresia reactivă (Bowens, 1990; Miller *et al.*, 1989; Thase *et al.*; 1991);
- depresia majoră (Dobson, 1989);
- abuzul de substanțe (Woody *et al.*, 1983);
- atacuri de panică (Clark, 1986, 1988).

Unul dintre motivele importante pentru utilizarea demersului cognitiv-comportamental de scurtă durată se bazează pe înregistrarea unor progrese terapeutice evidente într-un interval scurt de timp. Curwen, Palmer și Rudell (2008) au evidențiat patru criterii pe baza cărora se poate decide dacă pacientul este potrivit pentru acest tip de terapie:

- Problemele clientului pot fi identificate cu precizie și pot fi soluționate într-un interval scurt de timp;
- Subiectul răspunde pozitiv încă de la primul contact cu terapeutul, realizat în cadrul primei ședințe de psihoterapie;
- Clientul este capabil să înțeleagă în ce constau problemele sale, precum și specificul demersului terapeutic;
- Nu există contraindicații majore pentru terapie.

Safran și Segal (1990 a) au pus la punct o scală pentru determinarea măsurii în care clientul este potrivit pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată, cu următorii itemi (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008):

- gradul de accesibilitate al gândurilor negative automate;

- conștientizarea și capacitatea de a diferenția emoțiile;
- acceptarea responsabilității personale pentru schimbare;
- compatibilitatea cu stilul de lucru specific terapiei cognitiv-comportamentale;
- capacitatea subiectului de a relaționa în timpul ședinței de psihoterapie (de a forma alianța terapeutică) și în afara acesteia;
- caracterul cronic sau acut al afecțiunii;
- capacitatea subiectului de a se focaliza asupra problemelor sale;
- atitudinea optimistă/pesimistă cu privire la rezultatele psihoterapiei;
- măsura în care comportamentul clientului pune în pericol demersul terapeutic (rezistențe, comportamente de evitare).

Așa cum am specificat, una dintre sarcinile de importanță majoră pentru terapeut este conceptualizarea cazului în termeni cognitiv-comportamentali. Acest demers se referă la identificarea gândurilor negative automate, a convingerilor disfuncționale de bază și a modului în care acestea influențează stările emoționale, comportamentul și reacțiile fiziologice ale subiectului.

Terapia este focalizată asupra prezentului, dar, cu toate acestea, este cunoscut faptul că modul negativ de gândire s-a format în decursul timpului, interacțiunile subiectului cu persoanele semnificative din copilărie contribuind la structurarea convingerilor disfuncționale de bază, care se activează sub influența stimulilor activatori externi.

Conceptualizarea cazului poate îmbrăca forma următoare (Curwen, Palmer și Ruddell, 2008, p. 39):

Trecut	Prezent
Factori predispozanți (experiențe timpurii)	Factori care mențin problema (situații curente)
Supoziții și convingeri de bază	Cogniții (gânduri negative automate)
Factori precipitatori (incidente critice)	Emoții, comportamente și reacții fiziologice
Activarea supozițiilor și convingerilor disfuncționale primare (de bază)	