

Libris.RO

Respect pentru oameni și cărti

Daniel David

TRATAT DE PSIHOTERAPII cognitive și comportamentale

Ediția a III-a revăzută și adăugită

POLIROM
2017

Cuprins

Prefață la ediția a III-a	15
Prefață la ediția a II-a	17
Introducere	19
Mulțumiri	25
Capitolul 1. Terapia cognitiv-comportamentală. Delimitări conceptuale și evoluție	27
1.1. Delimitări conceptuale	27
1.2. Istoric și evoluție	30
1.2.1. Evoluția terapiei cognitiv-comportamentale	30
1.2.1.1. Terapia comportamentală – prima paradigmă științifică în psihoterapie	30
1.2.1.2. Noua cale : terapia cognitivă (anii '60)	46
1.2.1.3. Sinteza : apariția terapiei cognitiv-comportamentale (anii '70)	48
1.2.2. Istoricul terapiei cognitiv-comportamentale din perspectivă epistemologică	53
1.3. Terapia cognitiv-comportamentală în România	57
Capitolul 2. Sănătate și boală	63
2.1. Aspecți generale	63
2.2. Paradigma cognitiv-comportamentală	71
2.2.1. Fundamente	71
2.2.2. Modelul ABC cognitiv	73
2.2.2.1. Evenimentul activator (A)	74
2.2.2.2. Prelucrările informaționale/cognițiile (B)	74
2.2.2.3. Prelucrări informaționale inconștiente	91
2.2.2.4. Funcțiile prelucrărilor informaționale	91
2.2.2.5. Consecințe (C)	94
2.2.3. Modelul ABC comportamental	105
2.2.3.1. Antecedente (A)	106
2.2.3.2. Comportament (<i>behavior</i>) (B)	106
2.2.3.3. Consecințe (C)	106
2.2.4. Implicații ale modelelor ABC cognitiv și ABC comportamental	108
2.2.5. Frontiere în abordarea cognitiv-comportamentală a sănătății și bolii	113
2.2.5.1. Limite ale terapiei cognitiv-comportamentale	113
2.2.5.2. Mituri referitoare la terapia cognitiv-comportamentală	114

Capitolul 3. Anatomia actului psihoterapeutic	119
Capitolul 4. Psihodiagnostic și evaluare clinică cognitiv-comportamentală	123
4.1. Fundamente	123
Capitolul 5. Conceptualizarea clinică cognitiv-comportamentală.....	133
5.1. Aspecte generale.....	133
5.2. Modele etiopatogenetice în conceptualizarea specifică.....	135
5.3. Modele etiopatogenetice în conceptualizarea generală	137
5.3.1. Modelul stres-vulnerabilitate.....	137
5.3.2. Modelul factorilor comuni	138
5.3.3. Modelul mecanismelor de coping succesiv	140
5.3.4. Modelul evadrinivelar al subiectului uman	141
5.3.5. Modelul triarhic al dinamicii terapeutice	144
5.4. Implicații clinice ale conceptualizării specifice și generale	146
Capitolul 6. Relația terapeutică cognitiv-comportamentală	147
6.1. Aspecte generale.....	147
6.2. Empatia	147
6.3. Acceptarea necondiționată	149
6.4. Congruența	149
6.5. Colaborarea	150
6.6. Rolul transferului și contratransferului în terapia cognitiv-comportamentală	151
Capitolul 7. Proceduri și tehnici de terapie cognitiv-comportamentală.....	153
7.1. Fundamente	153
7.2. Proceduri de intervenție la nivel cognitiv	155
7.2.1. Proceduri de restructurare cognitivă.....	157
7.2.1.1. Etapa 1: tehnici de identificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncționale și/sau iraționale	159
7.2.1.2. Etapa 2: tehnici de modificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncționale și/sau iraționale	163
7.2.1.3. Etapa 3: tehnici de control al contaminării psihologice	185
7.2.1.4. Etapa 4: tehnici de identificare și modificare a structurilor cognitive generale disfuncționale și/sau iraționale	188
7.2.1.5. Etapa 5: tehnici de identificare și modificare a structurilor cognitive inconștiente	188
7.2.2. Procedurile rezolvării de probleme și antrenamentului assertiv.....	189
7.2.3. Proceduri de inoculare a stresului <i>(Stress Inoculation Training – SIT)</i>	193
7.3. Proceduri de intervenție la nivel comportamental	194
7.3.1. Tehnici de accelerare a comportamentului.....	196
7.3.1.1. Prin modificarea consecințelor	196
7.3.1.2. Prin modificarea antecedentelor.....	203
7.3.2. Tehnici de decelerare a comportamentului	204
7.3.2.1. Prin modificarea antecedentelor.....	204
7.3.2.2. Prin modificarea consecințelor	205

7.4. Proceduri de intervenție la nivel biologic	209
7.4.1. Proceduri de relaxare	210
7.4.1.1. Antrenamentul autogen	210
7.4.1.2. Relaxarea progresivă Jacobson	213
7.4.1.3. Tehnica biofeedback	215
7.4.1.4. Tehnica de control al respirației	217
7.4.2. Proceduri de activare fiziologică	218
7.4.2.1. Tehnica expunerii interoceptive/hiperventilației	218
7.4.2.2. Tehnica aplicării tensiunii (<i>applied tension</i>)	219
7.4.3. Tehnici de modificare a comportamentelor respondent	219
7.4.3.1. Tehnica expunerii (<i>flooding</i>)	219
7.4.3.2. Tehnica implozivă	220
7.4.3.3. Tehnica desensibilizării progresive	220
7.4.3.4. Tehnică expunerii gradate	221
7.5. Proceduri cognitiv-comportamentale multimodale	222
7.5.1. Sugestia, hipnoza și hipnoterapia	222
7.5.2. Proceduri meditative (<i>concentrative versus mindfulness</i>)	228
7.6. Proceduri eclectice	231
7.6.1. Tehnica interpretării viselor (din tradiția dinamic-psihanalitică)	231
7.6.2. Tehnica jocului de rol în condiții ecologice (din tradiția umanist-existențial-experiențială)	232
7.7. Prescripțiile cognitiv-comportamentale („temele pentru acasă”)	232
7.8. Particularități ale procedurilor cognitiv-comportamentale	234
7.8.1. Tehnici cognitiv-comportamentale de grup/în grup	234
7.8.2. Tehnici cognitiv-comportamentale autoadministrate (<i>self-help</i>)	235
7.8.3. Prescripții/sfaturi pentru viață	236
7.8.4. Adaptări la sugar, copil, adolescent și vârstă a treia	237
7.8.5. Variații culturale	238
7.8.6. Promovarea sănătății	238
7.8.7. Intervenții în situații de criză	241
7.9. Noi dezvoltări în procedurile cognitiv-comportamentale	241
7.9.1. Bombardamentul subliminal	242
7.9.2. Proceduri de realitate virtuală, roboterapie și aplicații online	247
7.9.3. Proceduri de abordare a prelucrărilor inconștiente de informație	249
7.9.4. Consiliere genetică și psihologie evoluționistă	249
7.9.5. Științe cognitive	250
7.10. Concluzii și discuții	251
Capitolul 8. Prototipul unui demers terapeutic cognitiv-comportamental	253
8.1. Fundamente	253
8.2. Secvențele de derulare a terapiei cognitiv-comportamentale	254
8.3. Exemplificarea unei ședințe terapeutice cu focalizare pe modelul ABC cognitiv	257
8.4. Studiu de caz (cazul Dana) – exemplificarea unui demers cognitiv-comportamental	263
8.4.1. Conceptualizarea cazului. O abordare din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale	266

8.4.2. Tratament/planul de intervenție. O abordare din perspectiva terapiei cognitive.....	268
8.5. Blocaje și erori în terapia cognitiv-comportamentală	270
Capitolul 9. Cercetare și eficiență în terapia cognitiv-comportamentală	273
9.1. Aspecte generale.....	273
9.2. Suport științific și psihoterapie.....	274
9.3. Suportul teoretico-experimental și clinic al terapiei cognitiv-comportamentale.....	280
9.3.1. Eficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul bolilor și promovarea sănătății.....	281
9.3.2. Eficiența/eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale față de alte forme de terapie	282
9.4. Factori comuni <i>versus</i> factori specifici în eficiența psihoterapiei	283
9.5. Psihoterapie <i>versus</i> farmacoterapie	285
9.6. Noi dezvoltări în cercetarea din terapia cognitiv-comportamentală	286
Capitolul 10. Educație și formare în terapia cognitiv-comportamentală	293
10.1. Aspecte generale.....	293
10.2. Aspecte specifice	295
10.2.1. Psihologia pozitivă	295
10.2.2. Provocarea paraprofesioniștilor	297
10.2.3. Provocarea terapiilor autoadministrate și online	298
10.2.4. Rolul factorilor comuni în procesul de formare	299
10.3. Noi dezvoltări și tendințe în formarea în terapia cognitiv-comportamentală	300
Capitolul 11. Noi direcții și frontiere în terapia cognitiv-comportamentală	303
Remarci finale	305
Resurse clinice, de formare și de cercetare în terapia cognitiv-comportamentală.....	307
Glosar	309
Bibliografie	317
ANEXE	
Anexa 1. Scale/teste clinice utilizate în terapia cognitiv-comportamentală	329
1.1. Profilul distresului emoțional (PDE ; autori : David Opris, MA, și Bianca Macavei, MA)	329
1.2. Chestionarul gândurilor automate (ATQ – <i>Automatic Thoughts Questionnaire</i> ; autori : dr. Steve Hollon și dr. Phillip Kendall), adaptat de Ramona Moldovan, MA	332
1.2.A. <i>Chestionarul Young de scheme cognitive (YSQ –</i> <i>Young Schema Questionnaire</i> ; <i>autor : dr. Jeffrey Young</i>), <i>adaptat de Simona Trip, MA</i>	334

1.2.B. <i>Scala de atitudini disfuncționale, formele A și B (DAS – Disfunctional Attitudes Scale, Versions A and B ; autori : dr. Aaron Beck et al.), adaptată de Bianca Macavei, MA.....</i>	341
1.3. Scala de cunoștințe raționale și iraționale (GABS-SF – <i>General Attitude and Beliefs Scale-Short Form</i> ; autori: dr. Helen Lindner et al.), adaptată de Bianca Macavei, MA.....	346
1.4. Scala de evaluare a intervenției în terapia cognitivă (CTRS – <i>Cognitive Therapy Rating Scale</i> , Academy of Cognitive Therapy ; autori : dr. Jeffrey Young și dr. Aaron Beck), adaptată de Bianca Macavei, MA.....	350
Anexa 2	
2.1. Fișe sintetice pentru terapia cognitiv-comportamentală	355
2.1.A. <i>Modelele ABC cognitiv și comportamental</i> (adaptate cu permisiune după modelele de la Albert Ellis Institute)	355
2.1.B. <i>Formular de Conceptualizare Clinică Modelul Bio-Psiho-Social „Stres-Vulnerabilitate”</i>	357
2.2. Decalogul iraționalității	358
2.3. Decalogul raționalității	358
2.4. Sfaturi pentru o viață rațională și fericită	360
2.5. Automonitorizarea demersului terapeutic.....	361
2.6. Prescripții psihologice – pastile psihologice	362
Anexa 3. Componente validate științific din relația psihoterapeutică (American Psychological Association – APA)	
	363
Anexa 4. Modificări (erate/revizuirile/adăugiri/corecturi) în ediția a II-a	
	365

Capitolul 1

Terapia cognitiv-comportamentală. Delimitări conceptuale și evoluție

1.1. Delimitări conceptuale

Clarificarea conceptuală este fundamentală pentru înțelegerea acestui domeniu complex. Așadar să analizăm în continuare construcțele-cheie din acest domeniu (după/vezi și David, 2003 ; David, 2006a/2013). Psihoterapia este intervenția psihologică în sănătate și boală. Prima componentă, sănătatea, se referă la abordarea mecanismelor psihologice de sanogeneză implicate în (a) promovarea și optimizarea sănătății și (b) prevenirea patologiei. A doua componentă, boala, se referă la abordarea mecanismelor psihologice de patogeneză implicate în patologie (clinică și/sau subclinică). Psihoterapia poate fi individuală (obiectul intervenției este individul), în grup (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) și de grup (obiectul intervenției este grupul – de exemplu, cuplul, familia etc.). Pentru simplificarea limbajului, sintagma „de grup” se utilizează adesea și cu referire la psihoterapia „în grup”, lucru pe care îl vom face și noi pe parcursul acestei lucrări, acolo unde nu se nasc ambiguități. Psihoterapia mai este numită și „tratament psihologic” și/sau „intervenție psihologică”, sintagma „psihopatologie subclinică” înlocuindu-se uneori cu cea de „probleme psihologice/de viață” (psihoemoționale și de comportament), iar cea de „psihopatologie” sau de „tulburări psihice/mentale”, cu „tulburări psihologice”; aceste sintagme sunt mai noi și urmăresc reliefarea componentelor psihologice validate științific în psihoterapie și patologie.

Consilierea psihologică este intervenția psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale (uneori numită sub acest aspect și *coaching psihologic*) și/sau (b) în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament. Așa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală, medicului etc., consilierea psihologică este specifică psihologului; psihoterapia este mai eterogenă, putând fi practicată de diversi profesioniști (psihologi, psihiatri), după un program riguros de pregătire (vezi capitolul 10). Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie prin faptul că, în timp ce psihoterapeutul poate face o intervenție psihologică în psihopatologie, consilierul psihologic nu are această competență, el focalizându-se pe optimizare și dezvoltare personală și/sau

probleme psihologice ori de patologie somatică în care sunt implicați factori psihologici. Altfel spus, în timp ce psihoterapeutul psiholog (nu și psihiatrul) poate face tot ceea ce face consilierul psihologic, reciproca nu este valabilă. Consilierea psihologică se deosebește și de consilierea educațională/școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară este focalizată pe probleme de educație și carieră, consilierea psihologică implică intervenția specialistului psiholog în optimizarea personală (sănătate) și în ameliorarea problemelor psihoemoționale și de comportament.

Deși diferite sub aspectul conținutului (tipul de probleme abordate), consilierea psihologică și psihoterapia sunt similare sub aspectul procesului și al mecanismelor implicate, fiind tributare unui demers specific în domeniu (de exemplu, cognitiv-comportamental, dinamic-psihanalitic, umanist-existențial-experiențial). În cele ce urmează ne vom referi doar la psihoterapie, menționând consilierea psihologică doar acolo unde ea se comportă net diferit de psihoterapie.

Orice sistem psihoterapeutic are două componente majore. Prima componentă este cea teoretică; aceasta angajează mecanismele etiopatogenetice implicate în sănătate și boală. Din ea este derivată a doua componentă, cea procedurală, care oferă pachete de intervenție psihoterapeutică. Deși uneori este posibil ca, istoric vorbind, teoria să se dezvolte pentru a conceptualiza o procedură de intervenție descoperită întâmplător, funcția ei în cadrul sistemului terapeutic rămâne aceeași. Așadar este evident faptul că intervenția psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în starea de sănătate și boală. În funcție de mecanismele considerate a fi implicate în starea de sănătate și boală, avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice (pentru detalii, vezi David, 2006a/2013 ; 2006b) : (1) abordarea cognitiv-comportamentală (asumptia filosofică principală, fără a fi exclusivă, este determinismul) ; (2) abordarea dinamic-psihanalitică (asumptia filosofică principală, fără a fi exclusivă, este indeterminismul) ; (3) abordarea umanist-existențial-experiențială (asumptia filosofică principală, fără a fi exclusivă, este nondeterminismul). În cadrul acestor orientări există diverse școli, fiecare cu particularități teoretico-procedurale specifice, iar în cadrul fiecărei școli avem teorii și modele de strategii terapeutice care implică tehnici de intervenție diverse. Se estimează (Bergin și Garfield, 1994 ; Lambert, 2013) că există cel puțin 200 de școli de psihoterapie bine definite și peste 600 de tehnici de intervenție clar delimitate. Acesta este un arsenal impresionant, care permite abordarea psihologică a sănătății și bolii în mod riguros.

În afara domeniului clinic, în literatura de specialitate și în practica psihologică sunt utilizati adesea o serie de termeni alternativi celor de „psihoterapie” și „consiliere psihologică” pentru a reliefa intervențiile în sănătate și boală. Scopul este acela de a reduce conotația încă negativă a tulburărilor psihice cu care sunt asociate concepțele de „psihoterapie” și „consiliere psihologică”. Astfel, pentru a exprima focalizarea pe normal și pe promovarea sănătății prin optimizare personală, se utilizează și termenul *coaching* (psihologic). În alte domenii decât cele clinice (de exemplu, educațional, industrial-organizațional, sportiv etc.) se preferă folosirea termenilor „intervenție psihologică”, „modificare”, „asistență”, „consultanță” etc. Indiferent de termenul utilizat, demersul teoretico-aplicativ și formativ este același, fundamentat pe abordările psihoterapeutice și/sau pe consiliere psihologică.

Ce este terapia cognitiv-comportamentală? Scurt și simplu spus, terapia cognitiv-comportamentală este o combinare teoretico-metodologică fundamentată

științific a terapiei comportamentale cu terapia cognitivă, cu aplicații în patologie și sănătate; aşadar ea are, pe lângă un caracter clinic (tratarea bolilor), și un profund caracter educațional (de dezvoltare) și preventiv (optimizare, promovare a sănătății).

• *Terapia comportamentală.* Ideea de bază (Skinner, 1953, 1974; Watson, 1913) este că toate reacțiile/răspunsurile organismului uman (subiectiv-emoționale, cognitive, comportamentale, psihobiologice), ca întreg, pot fi conceptualizate ca fiind comportamente deschise/exteriorizate (*overt behavior; public behavior*) sau închise/interiorizate (*covert behavior; private behavior*). *Comportamentele exteriorizate* se referă la acele răspunsuri ale organismului uman ca întreg care pot fi observate și măsurate, direct sau cu ajutorul unor aparate, independent de subiectivitatea celui care le produce. Atunci când sunt generate utilizând mai ales musculatura striată și pot fi, în principiu, dublate de experiența faptului că au fost produse voluntar, intenționat, ele se numesc *comportamente operante*, în sensul că operează asupra mediului (ca atunci când mă deplasez dintr-un loc în altul). Atunci când sunt produse automat de stimuli, implicând mai ales răspunsurile înăscute/necondiționate ale organismului, ele se mai numesc *comportamente respondente* (de exemplu, clipitul sau modificările în conductanță electrică a pielii – răspuns psihobiologic). *Comportamentele interiorizate* se referă la acele reacții/răspunsuri ale organismului uman ca întreg care nu pot fi măsurate și observate independent de subiectivitatea celui care le produce. De exemplu, gândul „mi-e frică” este un comportament interiorizat. Ele pot fi însă măsurate și observate riguros în mod indirect, dependent de organismul care le produce. De exemplu, subiectul poate verbaliza gândul respectiv, care apoi poate fi măsurat. A măsura un comportament înseamnă a atribui numere unor caracteristici ale acestuia (vezi David, 2006a/2013; 2006b). Principalele caracteristici ale comportamentului luate în calcul atunci când îl măsurăm, fără a fi exclusive, sunt: (1) frecvența; (2) intensitatea/aplitudinea; (3) durata; (4) latența. Nivelul de detaliere în definirea unui comportament-țintă și a caracteristicilor sale măsurate este stabilit de cel care conduce analiza. Uneori, el se poate referi la un comportament foarte simplu (de exemplu, de câte ori ating un anumit obiect, de câte ori clipesc), alteori, la unul foarte complex (de exemplu, frecvența căsătoriei, durata secvenței cognitive în rezolvarea unei probleme); este important de reținut: comportamentele nu se referă la orice reacții (ale celulei, ale stomacului), ci doar la cele conceptualizate de cel care face analiza ca fiind ale organismului ca întreg. Comportamentele, fie ele exteriorizate sau interiorizate, sunt guvernate de două principii fundamentale ale învățării: (1) principiul condiționării clasice și (2) principiul condiționării operante, ambele discutate în secțiunile următoare ale lucrării. Modificând un răspuns – adesea comportamentul exteriorizat (de exemplu, comportamentul operant și respondent/psihobiologic) – se modifică în principiu și celelalte comportamente interiorizate asociate (de exemplu, trăirea subiectiv-emoțională, cognițiile).

• *Terapia (rațională) cognitivă.* Ideea fundamentală (Beck, 1976; Ellis, 1958, 1962) este că prelucrările informaționale (cognițiile), fie ele conștiente sau inconștiente, generează răspunsurile subiectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și unele reacții psihobiologice ale subiectului uman. Schimbarea acestor răspunsuri se face modificând prelucrările informaționale care le-au generat.

În raport cu psihologia și medicina/psihiatria, terapia cognitiv-comportamentală este o specializare în cadrul acestora, fiind fundamentată de dezvoltările teoretico-experimentale care aparțin psihologiei și medicinei/psihiatriei. Trebuie însă menționat faptul că terapia cognitiv-comportamentală nu este un receptor pasiv, care doar aplică descoperirile din cercetarea fundamentală din psihologie și/sau medicină/psihiatrie. Ea are propria cercetare fundamentală și aplicată, impulsionând prin aceasta dezvoltarea unor metode cu caracter general, care au fost asimilate în psihologie și medicină/psihiatrie. De exemplu, constructul *cogniții iraționale* a pătruns nu doar în tratatele de psihologie generală (Gleitman, 1990; Gleitman et al., 2011), ci și în lucrările de psihologie educațională (cum ar fi educația rațional-emotivă și comportamentală), psihologia muncii (de exemplu, eficiență rațională), psihologie pastorală (consiliere pastorală) etc. În psihiatrie (vezi Kaplan și Sadock, 1998; Sadock et al., 2014), abordarea cognitiv-comportamentală a generat noi modele de etiopatogeneză pentru tulburările psihice (de exemplu, tulburarea depresivă majoră).

Terapeutul cognitiv-comportamental este de obicei psiholog sau psihiatru. Se acceptă în programele de formare și asistenți sociali sau medici cu altă specialitate decât psihiatria, dar după completarea cursurilor universitare cu un pachet de discipline psihologice (pentru detalii, vezi Colegiul Psihologilor din România, la <http://www.copsi.ro>). Terapeutul cognitiv-comportamental îndeplinește mai multe funcții: (1) *psihodiagnostic și evaluare clinică* – circumscrise intervenției cognitiv-comportamentale; (2) *intervenție de specialitate – cognitiv-comportamentală* – în sănătate și boală; (3) *cercetare* – vizează *investigarea* rolului factorilor psihologici în sănătate și boală; (4) *educație și formare* – vizează *implicarea* celor deja formați în acest domeniu în pregătirea noilor generații de profesioniști pentru a deveni (psiho)terapeuți cognitiv-comportamentali.

1.2. Istoric și evoluție

1.2.1. Evoluția terapiei cognitiv-comportamentale

Perspectiva asupra evoluției terapiei cognitiv-comportamentale prezentată în continuare este una asumată la nivelul comunității științifice (vezi și National Association of Cognitive-Behavioral Therapists, la <http://www.nacbt.org/>, accesat în ianuarie 2017) și a mai fost exprimată în lucrările noastre anterioare (vezi David, 2003b; David et al., 1998/2000).

1.2.1.1. Terapia comportamentală – prima paradigmă științifică în psihoterapie

Rădăcinile terapiei comportamentale se află în behaviorism (psihologia comportamentului). Behaviorismul nu este o abordare unitară, sub acest nume fiind reunite diversele sale variații. Articolul lui John Broadus Watson (1878-1958) „Psychology

Respect pentru oameni și cărti

as the behaviorist views it" (1913) este considerat manifestul mișcării behavioriste, în care psihologia a fost definită clar, pentru prima dată, ca știință a comportamentului, deși, după cum vom vedea în continuare, comportamentul a fost descris diferit în mișcări behavioriste diferite. Elementul fundamental din perspectiva behaviorismului (vezi și Baum, 1994 pentru detalii) era „exorcizarea” psihologiei de termeni „mentalisti”, subiectivi, și explicarea comportamentului uman prin mecanisme obiective; așa cum chimia a renunțat la „flogiston”, biologia, la „forța vieții”, și fizica, la „cauzele aristoteliene”, devenind științe, și psihologia trebuia să renunțe la „constructele mentaliste”, preluate din simțul comun (de exemplu, la conștiință, voință), pentru a deveni o știință. Mentalismul este contradictoriu. De exemplu, el nu poate să explice cum o realitate nonfizică (psihicul) afectează o realitate fizică (comportamentul). În plus, include o serie de construcțe și formulări antropomorfice (cum ar fi „conștiința selectează...”, „anxietatea ne face să evităm situații...”, „voința ne determină comportamentul...” etc.) care duc în final la ipoteza „omulețului” (*homunculus*) din mintea noastră, asemănător nouă, care coordonează toate procesele mentale, așa cum noi am conduce o mașină; însă întrebarea-cheie devine atunci: cine coordonează „omulețul”? Și revenim astfel de unde am pornit... Adesea „omulețul” este exprimat metaforic prin construcțele „voință” și/sau „liber-arbitru”, care nu adaugă însă nimic la varianța explicată din comportamentul nostru, fiind aşadar important să fim „exorcizați” de ele și de „omuleț”. Recent, studiile de psihologie cognitivă au reîntărit, prin dovezi neurocerebrale, această idee (vezi Wegner, 2002, 2003), anume că voința este o iluzie, un epifenomen, fără rol cauzal în determinarea comportamentului.

Înainte de a discuta concret apariția și evoluția terapiei comportamentale, să analizăm succint behaviorismul și variațiile sale (vezi pentru detalii Baum, 1994), care au fundamentat apariția ei.

1.2.1.1.1. Behaviorismul: fundamente și variații

I. Behaviorismul filosofic. Acesta este influențat de pozitivismul logic (Carnap, 1937). Asumția fundamentală este că ceea ce este observabil și măsurabil sunt doar stimulii care acționează asupra organismului uman și răspunsurile sale comportamentale (*overt behavior*). Fenomenele mentale nu există ontologic, ele fiind doar fenomene de limbaj, reductibile la stimuli și comportament. De exemplu, în acest cadru, gândirea nu există! Pentru o minte simplă, acest lucru este evident eronat și fără sens, poate chiar o insultă! La urma urmei, toți simțim și știm că gândim (unii chiar în acest moment!). Să analizăm însă mai atent această idee. Gândirea, prin prisma behaviorismului filosofic, este un termen care descrie anumite situații-stimul și anumite răspunsuri (comportamente exteriorizate) ale subiectului uman. De pildă, gândurile de tipul „mi-e frică” sunt, de fapt, niște etichete lingvistice care descriu anumite răspunsuri ale organismului (de exemplu, tremur) într-o situație-țintă (de exemplu, văd un urs). Gilbert Ryle (1900-1976), prin analiza bazată pe „eroarea categoriei” (*category mistake*), argumentează genial această idee (Ryle, 1949). De exemplu, ce ușor ne vine să explicăm un anumit pattern comportamental (cineva roșește, se bâlbâie, tremură) prin caracteristici individuale (este anxious). Evident că, dacă vă întreb de unde știți că subiectul este anxious, îmi veți spune că acest lucru se

vede din patternul comportamental (roșește, se bâlbâie, tremură). Oricine a studiat logica vă va spune însă că acest demers este unul tautologic, circular, fără valoare explicativă. „Anxios” este un termen care descrie patternul comportamental, nu îl explică; aşadar între termenul „anxios” și patternul comportamental este un mecanism semiotic, nu unul cauzal, similar, de exemplu, relației dintre termenul „jaguar” și ființele vii care sunt denumite astfel. Nu este absurd să spunem că termenul „jaguar”, care definește în fapt o categorie, cauzează ființele vii denumite astfel și incluse în categoria jaguar? Ei bine, atunci de ce nu ne pare la fel de absurd să spunem că anxietatea, ca fenomen psihic, generează patternurile comportamentale descrise mai sus? Răspunsul este simplu: nu ni se pare absurd deoarece această tautologie, la care se ajunge adesea prin eroarea categoriei, ne dă iluzia cunoașterii. Iar noi avem nevoie de aceste iluzii ale cunoașterii pentru că ne dă sens, semnificație și predictibilitate, deși adesea ne îndepărtează de adevăr; or, noi știm că, din punct de vedere psihologic, ceva nu trebuie să fie adevărat pentru a fi util! Zeii olimpieni au dat sens și semnificație vechilor greci; unde sunt ei astăzi? Dacă în anumite cazuri (cel al jaguarului, de exemplu) eroarea categoriei nu generează nici măcar cunoaștere iluzorie, noi dându-ne seama de absurdul explicației, în alte cazuri (cel al anxietății) ea produce ușor cunoaștere iluzorie. Aceasta se întâmplă mai ales în situațiile în care eroarea categoriei implică comportamentul uman și în cazul aşa-numitelor fenomene psihice, unde, având puține cunoștințe riguroase, există loc de astfel de greșeli, perpetuate și întărite de-a lungul a sute de ani de psihologia de simț comun.

II. Behaviorismul metodologic. Behaviorismul metodologic își are rădăcinile în realism (Greenwood, 1989). Realismul face o distincție clară între „ceea ce există” (copaci, munte etc.) și „ceea ce experiențiem” noi (perceperea copacilor, a munților etc.). Această distincție generează o alta, cea dintre descriere (la nivelul experiențierii) și explicație (la nivelul a ceea ce este). De exemplu, noi am experiențiat mereu faptul că noaptea vine după zi sau răsăritul după apus, dar abia prin studiu științific am găsit explicația acestei experiențe (mișcările relative ale Pământului și Soarelui). Cu referire la psihologie, behaviorismul metodologic recunoaște existența fenomenelor mentale, dar nu le atribuie un rol cauzal în generarea comportamentului. Ele sunt epifenomene experiențiate, care nu pot fi investigate obiectiv; chiar dacă ar putea fi investigate obiectiv, efortul ar fi doar unul epistemic, fără valoare pragmatică, în măsura în care avem de-a face cu epifenomene, fără valoare cauzală și/sau explicativă. Așa cum osul are culoare albă din cauza calciului (selectat în evoluția speciei pentru că asigură rezistență osului), și creierul nostru (dezvoltat în evoluția speciei pentru a rezolva probleme complexe) are ca epifenomene procesele mentale. Așa cum culoarea albă există, dar nu determină țăria osului, și fenomenele mentale există, dar nu au rol cauzal în privința comportamentului rezolutiv și/sau proceselor fiziole ale creierului. Așadar, metodologic, ele sunt ignorate, focalizarea făcându-se pe stimuli și relațiile acestora cu comportamentul exteriorizat, observabil și măsurabil independent de organismul care îl produce (*overt behavior*). Asocierile complexe între stimuli și răspuns (comportament), guvernate de legile contiguității (de exemplu, stimulii și răspunsurile care apar împreună tend să se asocize), frecvenței (de exemplu, cu cât stimulii și răspunsurile apar mai frecvent împreună, cu atât asocierea lor este mai

puternică) și recentei (de exemplu, într-o situație-stimul trebuie să se manifeste ultimul răspuns generat în situația respectivă), explică complexitatea comportamentului uman. Reprezentantul acestui demers este Watson, o personalitate extraordinară, fost președinte al American Psychological Association (Asociația Americană de Psihologie, APA), al cărui articol „Psychology as the behaviorist views it” (1913) este considerat, așa cum am spus mai sus, manifestul mișcării behavioriste, în care psihologia a fost definită clar și pentru prima dată ca știință a comportamentului.

III. Behaviorismul radical. Behaviorismul radical își are originile în pragmatism. Ideile fundamentale ale pragmatismului sunt (vezi Marga, 1988; Pierce, 1935):

- viața/practica este temeiul cunoașterii ;
- cunoașterea este activitate ;
- adevărul unei judecăți este conferit de reușita acțiunii pe care o cauzează/determină ;
- realitatea este, în ultimă instanță, rezultatul unor inferențe ipotetice operate de o comunitate nelimitată de oameni (de știință) ; comunitatea nelimitată este întruchiparea rațiunii în pragmatism. Așadar diferența dintre „ceea ce este” și „ceea ce experiențiem” nu mai are relevanță.

Pragmatismul elimină, se pare, distincția dintre discursul teoretic și cel practic, ambele reducându-se la reușita acțiunii pe care o orientează. Din această perspectivă, nu există diferență între descriere și explicație ; explicația nu înseamnă decât descrierea unui fenomen în termeni familiari. Cu referire la psihologie, behaviorismul radical consideră fenomenele mentale (cum ar fi gândirea) comportamente interiorizate (*covert behaviors*), care se supun acelorași principii de condiționare clasică și/sau operantă ca și cele exteriorizate (*overt behaviors*). Mai mult, spre deosebire de behaviorismul filosofic și metodologic, aici comportamentele nu sunt condiționate de acțiunea prealabilă a stimulilor, ci pot fi produse spontan de organismul uman, putându-se apoi asocia cu diverse situații-stimul, fără ca acest lucru să însemne că sunt cauzate de acestea. Reprezentantul acestui demers este Frederick Burhus Skinner (1904-1990), care, într-o anchetă a APA (Haggstrom, 2002), a fost desemnat drept cel mai influent psiholog al secolului XX.

După aceste precizări de nuanță, putem spune că behaviorismul, în diversele sale forme, are o constantă : focalizarea trebuie făcută doar asupra răspunsurilor organismului uman care sunt observabile și măsurabile în mod riguros, indirect și dependent de organismul care le produce sau direct și independent de organismul care le produce, cu influențe directe din evoluționism – Charles Darwin (1809-1889).

1.2.1.1.2. Behaviorismul în acțiune

(sfârșitul secolului al XIX-lea – începutul secolului XX)

Această secțiune se bazează pe analiza făcută de Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989, 1991), la care se adaugă contribuțiile noastre (David, 2003, 2003a, 2003b ; David *et al.*, 2002 ; David *et al.*, 1998/2000) asupra modului în care behaviorismul (psihologia comportamentală) s-a transformat în terapie comportamentală (vezi și Hergenhahn, 1986).