UNIVERSITATEA „BABEŞ-BOLYAI” CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ŞI ŞTIINŢE ALE EDUCAŢIEI
DEPARTAMENTUL DE PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

ÎNVĂŢĂMÂNT LA DISTANŢĂ

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

SUPORT DE CURS
- SEMESTRUL I -

Titular de curs: Profesor „Aaron T. Beck” univ. dr. psiholog Daniel DAVID
Activităţi de seminar: drd. Diana CÂNDEA
Tutori: drd. Roxana CARDOȘ și drd. Radu ȘOFLĂU

2015

FONDUL SOCIAL EUROPEAN
Investeşte în
OAMENI

ROMÂNIA
UNIVERSITATEA BABEŞ-BOLYAI CLUJ-NAPOCA
CENTRUL DE FORMARE CONTINUĂ, ÎNVĂŢĂMÂNT
LA DISTANŢĂ ŞI CU FRECVENŢĂ REDUSĂ
Str Ion I.C.Brătianu, nr.20, Cluj-Napoca
Tel.: (00) 40 - 740 - 077521
Fax: (00) 40 - 364 - 815679

I. Informaţii generale

Prezentul suport de curs a fost redactat de asist univ. dr. Bianca Macavei, reprezentând o sinteză a temelor abordate la curs (curs şi seminar).

1.1.Date de identificare a cursului

Date de contact ale titularului de curs:

Nume: Profesor „Aaron T. Beck" univ. dr. Daniel David
Birou: sediul Departamentul de Psihologie Clinică şi Ştiinţe ale Educaţiei, str. Republicii 37
Telefon: 0264-434141
Fax: 0264-590967
E-mail: danieldavid@psychology.ro
Consultaţii: Joi 10:00-12:00

Date de identificare curs şi contact tutori:

Numele cursului – Psihologie clinică şi psihoterapie
Codul cursului – PSY 3145
Anul, Semestrul – anul 3, sem. 1
Tipul cursului - Obligatoriu
Pagina web a cursului- http://www.psychology.ro
Tutori - ClinicaTutor@psychology.ro

1.2. Condiţionări şi cunoştinţe prerechizite

- Introducere în psihologie;
- Psihologie experimentală şi analiza datelor;
- Psihodiagnostic;
- Psihologia personalităţii.

1.3. Descrierea cursului

Cursul de Psihologie Clinică face parte din pachetul de discipline fundamentale ale specializării psihologie, nivel licenţă, din cadrul Facultăţii de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei a Universităţii „Babeş-Bolyai" din Cluj-Napoca. Disciplina urmăreşte formarea aplicativă a studenţilor în domeniul psihologiei umane, cu focalizare pe cunoştinţele declarative şi procedurale relevante pentru intervenţia pentru boală şi pentru promovarea sănătăţii.

Prerechizitele acestui curs sunt reprezentate de cunoştinţele de la materiile de Introducere în Psihologie, Psihologia personalităţii, Psihologie experimentală şi analiza datelor şi Psihodiagnostic.

În urma acestui curs, studenţii vor deprinde cunoştinţe legate de activităţile de diagnostic psihologic şi evaluare clinică a tulburărilor psihice, psihosomatice, a factorilor psihologici implicaţi în tulburările somatice, cercetarea psihologică fundamentală şi aplicativă în

domeniile clinice/medicale şi educaţie şi consiliere (intervenţie) psihologică în sănătate şi boală.

1.4. Organizarea temelor în cadrul cursului

Cursul de Psihologie Clinică şi Psihoterapie acoperă la un nivel mediu de generalitate una din ramurile aplicative fundamentale ale psihologiei. Ca urmare temele acestui curs sunt organizate astfel încât să acopere conceptele fundamentale cu care operează psihologia clinică şi psihoterapia şi să le detalieze la un nivel mediu de specificitate.

În acest sens, primul modul vizează constructele principale cu care operează psihologia clinică şi psihoterapia (ex. sănătate, boală), definirea lor şi discutarea caracteristicilor principale, a subconstructelor aferente (ex. semne, simptome), precum şi a relaţiilor dintre ele. Tot aici se discută evoluţia acestor discipline din punct de vedere istoric, al relaţiei cu alte discipline şi al fudamentării empirice. Modulul al doilea continuă aprofundarea constructelor discutate prezentând principalele modele etiopatogenetice şi de tratament din psihologia clinică, avantajele şi dezavantajele lor. Următoarele module cresc în specificitate discutând mai aprofundat câţiva din aceşti termeni fundamentali ai psihologiei clinice: modulul al treilea abordează diagnosticul şi evaluarea clinică, iar modulul al patrulea intervenţia de consiliere psihologică şi psihoterapie.

În acord cu paradigma favorizată în acest curs (*scientist practitioner* „omul de ştiinţă practician”), modulul cinci se focalizează pe latura cercetării în psihologia clinică, abordând una din paradigmele de cercetare specifice, cea a experimentului cu un singur subiect.

În acest mod cursul urmăreşte să acopere atât aspectele pragmatice, cât şi cele teoretice şi experimentale ale acestei discipline, construind optim pe nivelul anterior de cunoştinţe al studenţilor.

1.5. Formatul şi tipul activităţilor implicate de curs

Prezentul suport de curs este structurat pe cinci module. Parcurgerea acestora va presupune atât întâlniri faţă în faţă (consultaţii), cât şi muncă individuală. Consultațiile, pentru care prezenta este facultativa, reprezintă un sprijin direct acordat dumneavoastră din partea titularului și a tutorilor. Pe durata acestora vom recurge la prezentari contrase a informațiilor nucleare aferente fiecărui modul dar mai cu seama vă vom oferi, folosind mijloace auditive şi vizuale explicaţii alternative, răspunsuri directe la întrebările pe care ni le veți adresa. În ceea ce priveşte activitatea individuală, aceasta o veți gestiona dumneavoastră şi se va concretiza în parcurgerea tuturor materialelor bibliografice obligatorii, și realizarea proiectului de semestru. Reperele de timp și implicit perioadele în care veți rezolva fiecare activitate (proiect etc) sunt monitorizate de către noi prin intermediul calendarului disciplinei. Modalitatea de

notare şi, respectiv, ponderea acestor activităţi obligatorii, în nota finala vă sunt precizate în secţiunea politica de evaluare şi notare precum și în cadrul fiecărui modul.

Pe scurt, având în vedere particularităţile învăţământului la distanţă dar şi reglementările interne ale CFCID al UBB parcurgerea şi promovarea acestei discipline presupune antrenarea studenţilor în următoarele tipuri de activităţi:

a. consultaţii – pe parcursul semestrului vor fi organizate două întâlniri de consultaţii faţă în faţă; prezenţa la aceste întâlniri este facultativă;
b. realizarea unui proiect de semestru cu o temă;
c. forumul de discuţii – acesta va fi monitorizat de echipa de tutori şi supervizat de titularul disciplinei.

1.6. Materiale bibliografice:

Bibliografie obligatorie

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author (sau traducerea în limba română-DSM-IV-TR din 2003).

Mental Health: A Report of the General Surgeon; online: http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, S., şi Băban, A.S. (2000*). Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală*. Cluj-Napoca: Editura Risoprint,.

David, D. (2003). *Castele de nisip.* Bucureşti: Editura Tritonic.

David, D. (2006). *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*. Iaşi: Editura Polirom.

David, D (2006). *Psihologie clinică şi psihoterapie*. *Fundamente*. Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (2006/2012). *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*. Iaşi: Editura Polirom.

Acest curs preia porţiuni din cărţile mai sus-menţionate ale autorului, dreptul de copyright aparţinând autorului şi editurii. Materialele folosite în acest curs pot fi utilizate doar în scop didactic-educaţional.

Bibliografie facultativă

Băban, A.S. (1998). *Stres şi personalitate*. Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

David, D. (2000). *Prelucrări inconştiente de informaţie; implicaţii pentru mass.media, practica clinică şi juridică*. Cluj-Napoca: Editura Dacia.

Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2010). *Essentials of abnormal psychology*. Wadsworth: Cengage Learning.

Holdevici, I. (1996). *Elemente de psihoterapie*. Bucureşti: Editura All.

Iamandescu, B. I. (1999). *Elemente de psihosomatică generală şi aplicată*. Bucureşti: Editura Infomedica.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1994). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry; Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry*. London: Williams and Wilkins.

Lazarus, R. (2011). *Emoţie şi adaptare -O abordare cognitivă a proceselor afective*. Bucuresti: Editura Trei.
Miclea, M. (1997). *Stres şi apărare psihică*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). *Cognitive Science and Clinical Disorders*. London: Academic Press, Inc.
Tudose, F. (2000). *O abordare modernă a psihologiei medicale*. Bucureşti: Infomedica.
World Health Organization (1998). *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale şi de comportament*. Bucureşti: Editura All.

1.7. Materiale şi instrumente necesare pentru curs

- calculator conectat la internet (pentru a putea accesa bazele de date si resursele electronice suplimentare, precum şi pentru a putea consulta tutorii pentru întrebări)
- imprimantă (pentru tiparirea materialelor suport, a temelor redactate, a studiilor de caz)
- acces la resursele bibliografice (ex: abonament la Biblioteca Centrală „Lucian Blaga”)
- acces la echipamente de fotocopiere

1.8. Calendar al cursului

Pe parcursul semestrului în care se studiaza disciplina de faţă, sunt programate 2 întâlniri faţă în faţă (consultaţii) cu toţi studenţii; ele sunt destinate solutionarii, nemediate, a oricaror nelamuriri de continut sau a celor privind sarcinile individuale. Pentru prima întâlnire se recomandă lectura atentă a primelor trei module; la cea de a doua se discută ultimele doua module și se realizează o secvența recapitulativă pentru pregătirea examenului final. De asemenea în cadrul celor doua întâlniri studenții au posibilitatea de solicita titularului și/sau tutorilor sprijin pentru rezolvarea proiectului de semestru, în cazul în care nu au reușit singuri. Pentru a valorifica maximal timpul alocat celor două întâlniri studenţii sunt atenţionaţi asupra necesităţii suplimentării lecturii din suportul de curs cu parcurgerea obligatorie a cel puțin a uneia dintre sursele bibliografice de referință.

Calendarul consultaţiilor:

Prima întânire de consultaţii: **noiembrie 2015**

A doua întâlnire de consultaţii: **ianuarie 2016**

1.9. Politica de evaluare şi notare

Evaluarea cunoştinţelor declarative şi procedurale dobândite în cadrul acestui modul se va face:

- printr-un examen scris acoperind temele de curs (7 puncte) şi

- un referat (3 puncte) cu tema: *o analiză comparativă a relației terapeutice în abordările cognitiv-comportamentale și dinamic-psihanalitice*. Prezentarea referatului condiţionează susţinerea examenului scris.

Referatul va fi predat la a doua întâlnire de consultaţii din luan ianuarie.

Punctajul maxim la examenul scris (7 puncte) presupune parcurgerea:

- suportului de curs în format electronic;
- informaţiei de pe site-urile de Internet recomandate în textul suportului de curs;
- bibliografia obligatorie.

Pentru **predarea proiectelor** se vor respecta cu stricteţe cerintele formatorilor. Orice abatere de la acestea aduce după sine penalizari sau pierderea punctajului corespunzator acelei lucrări. Nerespectarea datei limită de predare a proiectului aduce după sine pierderea punctajului corespunzător acestuia şi imposibilitatea susţinerii examenului scris.

Evaluarea acestor lucrări se va face imediat după preluare, iar afişarea pe site a notelor acordate se va realiza la cel mult 2 săptămâni de la data depunerii/primirii lucrării. Daca studentul considera ca activitatea sa a fost subapreciată de către evaluatori atunci poate solicita feedback suplimentar prin contactarea titularului sau a tutorilor prin email.

1.10. Elemente de deontologie academică

Se vor avea în vedere următoarele detalii de natură organizatorică:

- Orice material elaborat de catre studenţi pe parcursul activităţilor va face dovada originalităţii. Studenţii ale căror lucrări se dovedesc a fi plagiate nu vor fi acceptaţi la examinarea finală.
- Orice tentativă de fraudă sau fraudă depistată va fi sancţionată prin acordrea notei minime sau, în anumite condiţii, prin exmatriculare.
- Rezultatele finale vor fi puse la dispoziţia studentilor prin afisaj electronic.
- Contestaţiile pot fi adresate în maxim 24 de ore de la afişarea rezultatelor iar solutionarea lor nu va depasi 48 de ore de la momentul depunerii.

1.11. Studenţi cu dizabilităţi:

Studenţii cu dizabilităţi vor beneficia de examinare care să le respecte dreptul la şanse egale, prin modalităţi specifice (de exemplu folosirea unul laptop cu sintetizator pentru studenţii cu deficienţe de vedere, posibilitatea unui examen oral sau dictării examenului). Titularul cursului şi echipa de tutori îşi exprima disponibilitatea, în limita constrangerilor tehnice si de timp, de a adapta conţinutul şi metodelor de transmitere a informaţiilor precum şi modalităţile de evaluare (examen oral, examen on line etc) în funcţie de tipul dizabilităţii cursantului.

1.12. Strategii de studiu recomandate:

Date fiind caracteristicile învăţământului la distanţă, se recomandă studenţilor o planificare foarte riguroasa a secvenţelor de studiu individual, coroborată cu secvenţe de dialog, mediate de reţeaua net, cu tutorii şi respectiv titularul de disciplină. Lectura fiecărui modul şi rezolvarea la timp a lucrărilor de evaluare garantează nivele înalte de înţelegere a conţinutului tematic şi totodată sporesc şansele promovării cu succes a acestei discipline.

Modulul 1

I. INTRODUCERE IN PSIHOLOGIA CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

I. Cuprinsul secvenței

În cadrul acestui modul vor fi definite şi detaliate principalele concepte ale psihologiei clinice, precum şi ale psihoterapiei. De asemenea vor fi discutate particularităţi ale psihologiei clinice şi ale terapiei, relaţia lor cu discipline colaterale, precum şi suportul lor empiric.

II. Obiectivele secvenței

- Să definească psihologia clinică, psihoterapiă, precum şi conceptele principale cu care operează
- Să descrie principalele caracteristici ale psihologiei clinice şi ale psihoterapiei
- Să descrie rolul şi atribuţiile psihologului clinician, precum şi al psihoterapeutului

III. Cuvinte cheie

- psihologie clinică, medicină, psihologie, psihologie de simţ comun, psihologie ştiinţifică, cercetare.

1.1 Introducere în psihologie

Definiţie

Psihologia clinică *este psihologia aplicată în patologie şi în optimizarea funcţionării subiecţilor umani sănătoşi (ex. profilaxia bolilor, optimizarea performanţelor intelectuale etc.).*

Patologia studiază modul în care se instalează, evoluează şi se termină bolile. Stabilirea rolului şi controlul factorilor psihologici implicaţi în patologie revin psihologiei clinice.

După cum rezultă şi din definiţie, un accent puternic se pune recent în psihologia clinică şi pe profilaxia bolilor şi optimizarea performanţelor subiecţilor umani sănătoşi. Profilaxia (prevenţia) poate fi primară, secundară sau terţiară.

Prevenţia primară se referă la intervenţia care previne instalarea bolii. Ea se adresează populaţiei sănătoase, dar cu vulnerabilitate la boală şi se realizează prin intervenţii la nivel de grup (selecţionat, comunitar, etc.).

Prevenţia secundară se referă la intervenţia care are loc imediat după apariţia bolii şi care are ca scop prevenirea complicaţiilor şi evoluţiei bolii (ex. reducerea riscului de suicid în depresie).

Prevenţia terţiară se face în cazul bolilor cronice şi urmăreşte reducerea complicaţiilor induse de complicaţiile bolii (ex. creşterea calităţii vieţii a persoanelor depresive cu tentative de suicid).

Ca orice abordare specifică, psihologia clinică are câteva caracteristici care o diferenţiază de alte abordări în psihologie sau, prin combinaţia lor, o individualizează în raport cu acestea.

(1) Astfel, diferenţele culturale sunt serios considerate în psihologia clinică în măsura în care sănătatea şi boală sunt influenţate de factorii culturali. Impactul acestor factori culturali este explicit menţionat şi în Manualul de Clasificare a Tulburărilor Mentale şi de Comportament (DSM). Această caracteristică a psihologiei clinice este accentuată în raport cu alte ramuri ale psihologiei (ex., neuroştiinţe cognitive) care investighează mecanisme bazale ale psihicului uman, mai puţin influenţate cultural.

(2) De asemenea, ţinând cont de faptul că psihologia clinică acoperă toate etapele de vârstă, pe lângă principiile generale implicate în sănătate şi boală indiferent de vârstă, se pune un accent mare şi asupra particularităţilor de vârstă. Alte ramuri ale psihologiei nu au această diversitate atât de clar stabilită. De pildă, psihologia muncii se referă mai ales la vârsta adultă, psihologia educaţională se referă mai ales la vârstele mai tinere etc.

Particularităţile psihologiei clinice în cazul vârstei înaintate reprezintă un obiect de investigaţie relativ recent. Acest lucru se datorează faptului că asistăm la o creştere a speranţei de viaţă, ceea ce duce implicit la o sporire a numărului populaţiei vârstnice. Deşi psihologia clinică a vârstnicului nu se deosebeşte ca fundamente de cea a adultului, există câteva elemente

diferenţiatorii. Primul se referă la prevalenţa unor tulburări psihice. Astfel, ne aşteptăm ca prevalenţa demenţelor şi a depresiilor severe să crească la vârsta înaintată. Al doilea aspect se referă la nevoile speciale acestei vârste (ex., servicii domiciliare, etc.). Al treilea aspect se referă la particularităţile diagnosticului psihologic care este uneori obstrucţionat de confuzia pacienţilor, lipsa motivaţiei, handicapuri senzoriale, etc.

(3) Aspectele de etică şi deontologie sunt factori majori care definesc domeniul psihologiei clinice, poate mai strict ca în cazul altor ramuri ale psihologiei [vezi Codul Deontologic al American Psychological Association la http://www.apa.org şi al Colegiului Psihologilor din România (vezi Anexa 5)], ţinând cont de faptul că actorii principali sunt bolnavii iar conceptele de bază sunt cele de sănătate şi boală, concepte cu implicaţii fundamentale pentru specia umană. Mai mult, trebuie spus că sub aspectul validării ştiinţifice psihologia clinică este avansată comparativ cu celelalte ramuri ale psihologiei aplicate, în paradigma practicii validate ştiinţific (evidence-based practice; EBP) (David, 2003). Fiind mereu apropiată de medicină şi preluând modelul acesteia, psihologia clinică a fost nevoită să implementeze proceduri eficiente care să amelioreze suferinţa pacienţilor. Constrânsă de standardele sistemului medical, psihologia clinică nu a fost lăsată să implementeze orice. Odată cu apariţia mişcării pentru o medicină validată ştiinţific (evidence-based medicine; EBM), psihologia clinică a fost prima ramură aplicată a psihologiei care a beneficiat de noua schimbare de paradigmă în modificarea modului în care este gândită cercetarea şi practica în domeniu.

(4) O eroare frecventă este asocierea psihologiei clinice şi a psihoterapiei cu patologia, ignorându-se aspectul de prevenţie a tulburărilor psihice şi de promovare a sănătăţii. Aşa cum am menţionat anterior, cele două aspecte în care sunt implicaţi factori psihologici, curativ şi de optimizare/profilaxie, definesc direcţiile majore de dezvoltare ale psihologiei clinice (Kaplan şi Sadock, 1998).

Modele de sanogeneză şi patogeneză

Sănătate vs. Boală

Definiţie

Starea de sănătate este definită în Constituţia OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii; http://www.who.int) ca fiind o stare de bine fizic, psihic şi social.

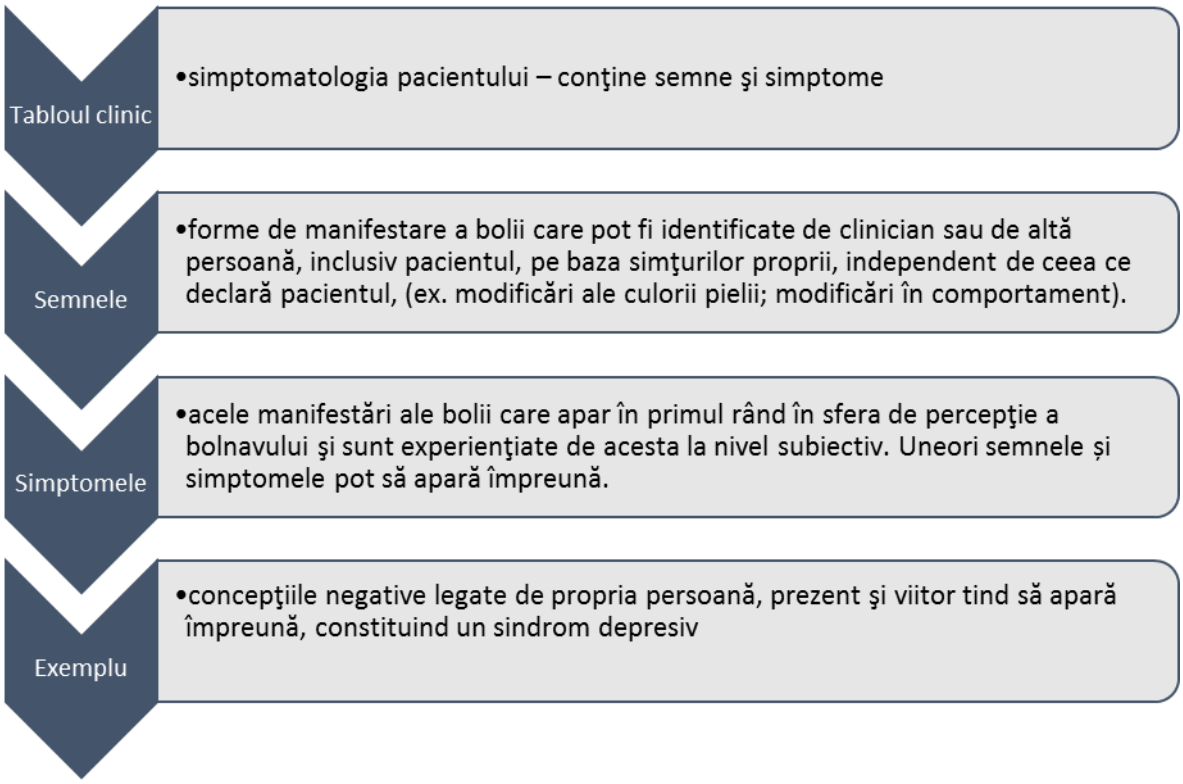
Boala, pe de altă parte, este definită ca o serie de modificări biologice şi/sau psiho-comportamentale care generează o stare de distres şi sau/dizabiliate sau un risc crescut spre distres şi/sau dizabilitate [American Psychiatric Association (APsyA), 1994; U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 1999].

a) *Incidenţa* se referă la numărul de cazuri noi dintr-o boală anume care apar într-o unitate de tip specificată; unitatea de timp tipică este 1 an de zile.

b) *Prevalenţa* se referă la numărul de cazuri dintr-o boală anume existente la un moment dat; prin „moment dat" înţelegem fie o evaluare punctuală (ex. 23 noiembrie 2006), fie un interval (ex. între 23 noiembrie 2005 şi 23 noiembrie 2006); pentru detalii privind aceste constructe şi modalitate lor de calcul vezi Kaplan şi Sadock (1998).

Componentele bolii:

(1) Manifestări (pentru detalii vezi Boloşiu, 1990). Fiecare boală presupune anumite modalităţi de manifestare, un anumit tablou clinic (în anumite situaţii boala poate să nu aibă un tabloul clinic identificabil sau uşor identificabil).



(2) Boala presupune anumiţi agenţi/factori etiologici (cauzali) (pentru detalii vezi (Price şi Lynn, 1981).

În clasificarea agenților/factorilor etiologici există două criteria importante: a) **natura** factorilor și **funcția** acestora.

a) **După natura lor**, ei se clasifică în agenţi exogeni şi agenţi endogeni.

La rândul lor, agenţii exogeni pot să fie:

- fizici (ex. mecanici, termici, electrici, prin energie radiantă etc.),
- chimici (ex. acizi, baze, săruri),
- biologici (ex. microbi, virusuri, paraziţi, ciuperci, diferite macromolecule organice etc.) - psiho-sociali (ex. stresul, stil de viaţă nesănătos).

Agenţii endogeni (ex. factori genetici) pot fi consideraţi:

- primari, producând diverse tipuri de anomalii ereditare; în ultimă instanţă ei sunt însă agenţi exogeni care au acţionat fie asupra

aparatului genetic al strămoşilor, fie asupra aparatului genetic în cursul existenţei individului.

b) **După funcţia lor,** agenţii etiologici se împart în: (1) factori declanşatori; (2) factori determinanţi; (3) factori favorizanţi; (4) factori predispozanţi/de risc şi (5) factori de menţinere.

1. Factorii declanşatori - produc în mod direct simptomatologia; ei sunt factori necesari declanşării tabloului clinic dar adesea nu sunt şi suficienţi. Exemplu: discrepanţa cognitivă dintre motivaţia pacientului (ex. scopuri, motive, etc.) şi evenimentele propriu-zise care au loc. Cu cât această discrepanţă este mai mare, cu atât problemele psihologice sunt mai severe.

2. Factorii determinanţi – produc în mod direct simptomatologia – dar sunt legaţi specific de un anumit tablou clinic (ex., bacilul Koch pentru tuberculoză). În psihopatologie până acum au fost clar identificaţi puţini factori determinanţi, mai ales de natură psihosocială.

3. Factorii favorizanţi -eficientizează acţiunea factorilor declanşatori şi determinanţi în apariţia tabloului clinic.

4. Factorii predispozanţi - au un caracter general, aparţin pacientului, au fost prezenţi înainte de instalarea tabloului clinic şi care prin interacţiune cu factorii declanşatori, determinanţi şi/sau favorizanţi duc la apariţia tabloului clinic.

5. Factorii de menţinere au rolul de a susţine simptomatologia.

(3) Reacţii de răspuns ale organismului la acţiunea agenţilor etiologici:

- Aceste reacţii pot fi specifice sau nespecifice, fiecare din ele la rândul lor putând fi locale sau cu caracter general.
- Se pot manifesta la nivel biologic (ex., modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (ex., deficienţe la nivelul memoriei implicite).
- Tratamentele etiologice şi cele patogenetice (etiopatogenetice) sunt un deziderat în tratamentul medical şi psihologic deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) şi proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic.
- Tratamentele simptomatice nu sunt cauzale şi de aceea rolul lor este de a exista până când este posibilă administrarea unor tratamente etiopatogenetice sau până când tabloul clinic se ameliorează ca urmare a evoluţiei naturale a bolii.

În baza celor discutate mai sus, o clasificare cu rol euristic a bolilor este prezentată în Tabelul 1. (pentru detalii vezi David, 2003). Această clasificare consideră simultan criteriul etiopatogenetic şi cel semiologic şi arată clar rolul tratamentelor psihologice şi al celor biomedicale în diverse categorii de tulburări.

Tabelul 1. O clasificare euristică a bolilor în funcţie de tabloul clinic şi mecanismele etiopatogenetice.

Semne şi simptome / **Mecanisme etiopatogenetice**	Predominant psihologice	**Predominant somatice**
Predominant psihologice	Tulburările psihice „clasice” [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)]	Tulburări psihosomatice (vezi Kaplan şi Sadock, 1998 pentru detalii) Tulburări somatoforme [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)]

Predominant somatice	Tulburări psihice datorate unor condiţii medicale sau consumului de substanţe [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)]	Tulburările somatice „clasice” [vezi ICD-10 pentru detalii (OMS, 1992)]

LEGENDĂ: ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; Clasificarea Statistică Internaţională a Maladiilor şi a Problemelor în Legătură cu Sănătatea; ediţia 10); APsyA (American Psychiatric Association; Asociaţia Psihiatrilor Americani); DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale; ediţia IV); OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii; World Health Organization).

- Tulburările care au un tablou clinic format din semne şi simptome predominant psihologice şi care implică mecanisme etiopatogenetice predominant psihologice necesită tratamente psihologice.
- În acest caz tratamentele medicamentoase sunt doar simptomatice şi nu vizează cauza tabloului clinic.

- Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne şi simptome psihologice, dar au mecanisme etiopatogenetice somatice necesită în primul rând un tratament medical; rolul diagnosticului diferenţial este foarte important şi psihologii trebuie să fie atenţi la această categorie care poate induce în eroare sugerând că este necesar în primul rând un tratament psihologic (în această situaţie tratamentul psihologic este simptomatic sau parţial patogenetic dar nu unul etiologic).
- Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne şi simptome somatice şi ale căror mecanismele etiopatogenetice sunt predominant somatice, formează nucleul tare al medicinii tradiţionale; în acest caz tratamentele psihologice sunt doar simptomatice, adjuvante celor medicale.
- Tulburările ale căror tablou clinic implică semne şi simptome somatice dar mecanismele etiopatogenetice sunt predominat psihologice sunt o provocare pentru psihologi şi medici.

Ele necesită, în mai mare măsură decât celelalte categorii de tulburări, muncă în echipă şi eventual un tratament psihologic şi medical combinat.

- Pentru psiholog este adesea o provocare a face psihoterapie cu această categorie de bolnavi, deoarece având simptomatologie somatică ei nu înţeleg clar şi nu acceptă uşor rolul factorilor psihologici în generarea ei; acest lucru reflectă lipsa culturii psihologice şi prezenţa unui model biomedical ortodox şi puternic nu doar la nivelul simţului comun ci şi la nivelul unui segment larg de profesionişti din domeniul sănătăţii.

Psihologie clinică versus psihologie

Psihologia clinică, aşa cum a fost definită şi mai sus, este psihologia aplicată în patologie şi în optimizarea funcţionării subiecţilor umani sănătoşi. Aşadar, psihologia clinică este o ramură a psihologiei, fiind fundamentată de dezvoltările teoretico-experimentale care aparţin psihologiei ştiinţifice. Termenii de psihologie clinică şi psihologie medicală sunt folosiţi adesea cu aceeaşi semnificaţie, preferându-se termenul de psihologie clinică de către psihologi şi cel de psihologie medicală de către medici. Spre deosebire de psihologia clinică (care se focalizează pe tratamentul bolii), psihologia sănătăţii se focalizează pe prevenţia primară a bolii. Prevenţia secundară şi terţiară sunt segmente comune ale psihologiei clinice şi psihologiei sănătăţii.

1.2 Introducere în psihoterapie

Ce este psihoterapia?

Definiţie

Psihoterapia este intervenţie psihologică în patologie şi în optimizarea subiecţilor umani sănătoşi (ex. profilaxia bolilor, optimizarea performanţelor intelectuale etc.).

Patologia studiază modul în care se instalează, evoluează şi se

termină bolile. Modificarea factorilor psihologici implicaţi în patologie revin intervenţiei psihoterapeutice. De asemenea, intervenţia psihoterapeutică vizează şi modificarea factorilor care ne predispun la îmbolnăvire, aducându-şi astfel contribuţia atât la profilaxia bolilor cât şi la menţinerea stării de sănătate şi a optimizării personale.

Evoluţia psihoterapiei şi relaţia ei cu disciplinele colaterale

Există trei tipuri de abordări terapeutice:

- cognitiv-comportamentală (dominantă);
- dinamic-psihanalitică;
- umanist-experienţială (orientarea ericksoniană este înglobată în această orientare, deşi unii consideră forţat acest lucru).

Ca abordare dominantă, terapia cognitiv-comportamentală prezintă o puternică tendinţă de a îngloba celelalte două forme de terapie, prin asimilarea aspectelor lor eficiente în termeni cognitiv-comportamentali.

De reţinut

Asumpţiile fundamentale din spatele acestor curente (substratul filosofic):

 determinismul – răspunsurile subiectului uman sunt guvernate de legi care trebuie identificate pentru a putea face predicţii asupra comportamentului (orientarea cognitiv-comportamentală şi psihanaliza freudiană);

 nondeterminismul – fiecare persoană este liberă şi are o voinţă liberă (orientarea umanist-experienţială);

 adeterminismul – comportamentul uman este guvernat de reguli, dar noi nu le putem cunoaşte pentru că metodele utilizate modifică regula (orientarea dinamic-psihanalitică modernă).

Psihologia în perioada modernă începe în secolul XVII cu Mesmer (pentru evoluţia conceptului în Antichitate şi Evul Mediu vezi cursul de psihologie clinică).

Mesmer era un medic vienez care considera că bolile psihice şi somatice îşi au originea în dezechilibrul magnetismului animal. Magnetismul animal era un fluid prin care corpurile cereşti influenţau organismele vii de pe pământ. Pentru a echilibra magnetismul animal se utilizau magneţi. Sigur că această perspectivă a fost infirmată de Academia Franceză de Ştiinţe dar Mesmer este acela care a orientat serios eforturile spre o explicaţie nonreligioasă a tulburările psihice şi somatice, pe acest motiv fiind acreditat ca părintele psihoterapiei moderne.

A. MESMER

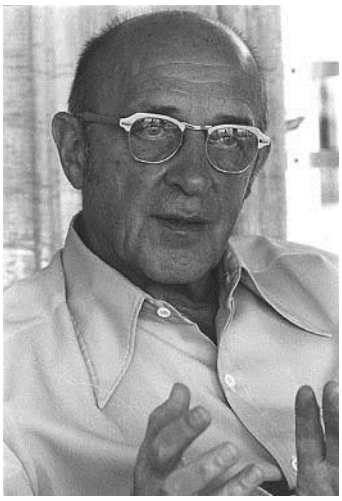
Timp de mai mulţi ani, de la sfârşitul secolului XIX până aproximativ în anii ’50 -’60, influenţa cea mai puternică în psihoterapie a fost cea a psihanalizei şi a terapiilor derivate din aceasta. De asemenea, în această perioadă apar terapiile experienţial-existenţialiste (ex. psihodrama-Moreno) care nu dobândesc însă o influenţă majoră.

Dezvoltarea terapiei comportamentale în anii ’50 şi ’60 s-a realizat datorită:

- dezvoltării cercetării fundamentale în psihologia experimentală şi maturizării behaviorismului;
- raportului Comisiei Reunite a Bolilor Mentale şi Sănătăţii în 1950 către Congresul S.U.A., conform căruia psihanaliza nu este foarte eficientă, fiind necesară dezvoltarea altor forme de psihoterapie;
- publicării de către Eysenck, în 1952, a unei metaanalize a 24 de studii, pe baza căreia acesta a concluzionat că nu există nici o cercetare care să susţină eficacitatea psihoterapiei şi că psihanaliza este mai puţin eficientă decât lipsa terapiei; acest articol a subliniat necesitatea unei psihoterapii ştiinţifice, bazate pe cercetare fundamentală;
- publicării în 1952 a cărţii lui Wolpe „Psihoterapie prin inhibiţie reciprocă".

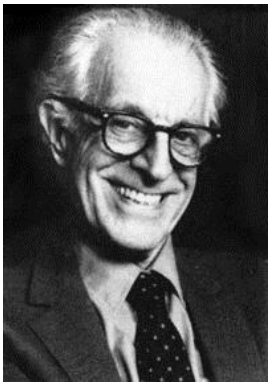
Cele mai importante figuri ale psihoterapiei comportamentale din acea perioadă au fost: Dollard, Eysenck, Miller, Skinner, Wolpe. În loc de a vedea problemele apărute ca fiind simptome ale unor tulburări, terapeuţii comportamentalişti le vedeau ca fiind răspunsuri

dezadaptative învăţate, care trebuie să reprezinte ţinta intervenţiei terapeutice. Tot în această perioadă apar terapiile umaniste (terapia centrată pe client - Rogers) care împreună cu terapiile existenţialiste apărute anterior vor forma curentul umanist-experienţial în psihoterapie.



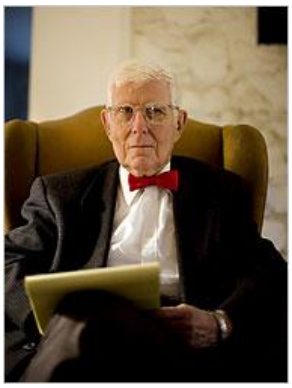
Carl Ransom Rogers (1902-1987) - a fost un psiholog american influent și unul dintre fondatorii abordării umaniste (sau abordarea centrată pe client), în psihologie . Rogers este considerat a fi unul dintre părinții fondatori a cercetarii in psihoterapie fiind onorat pentru cercetarile sale de pionierat, cu Premiul pentru contribuții științifice distinse de American Psychological Association (APA), în 1956. Abordarea centrată pe persoană, propria sa abordare unică pentru înțelegerea personalității și a relațiilor umane, a fost aplicată în diverse domenii, cum ar fi psihoterapie și consiliere (terapie centrată pe client), educație (învățarea centrată pe elev), organizații, precum și diferite procedee de grup. Pentru activitatea sa profesionala i s-a acordat Premiul pentru Contribuții profesionale deosebite in Psihologie de catre APA în 1972. În 1987 e nominalizat pentru Premiul Nobel pentru Pace, însa se stinge din viață cu câteva zile înainte de decernare.

În anii ’60 şi ’70 a apărut terapia cognitivă (ca nouă paradigmă). Conform terapiei cognitive, problemele emoţionale nu sunt produse de anumite evenimente, ci de modul în care aceste evenimente sunt interpretate. Strategia terapiei cognitive este de a rezolva problemele emoţionale prin determinarea pacientului să interpreteze evenimentele într-un mod mai adaptativ. Cele mai importante nume sunt ale lui **Ellis** şi **Beck** (consideraţi fondatorii terapiei cognitive). În această perioadă, terapia cognitivă a fost puternic legată de cercetarea fundamentală a psihoterapiei cognitive. Acest fapt a dat ocazia terapiei cognitive să devină în scurt timp cea mai eficace metodă de tratament a problemelor psihologice.



Albert Ellis (1913-2007) este considerat bunicul (the grandfather) terapiilor cognitiv-comportamentale si fondatorul terapiei rational-emotive si cognitiv-comportamentale (REBT). Dincolo de contribuţia sa iniţială şi decisivă la apariţia psihoterapiilor cognitive şi comportamentale (ex. prin modelul ABC), mai specific, Albert Ellis a introdus idei noi în psihoterapie precum: (1) umorul şi stilul "confruntaţional" în restructurările cognitive (atunci când tipul de client şi de problemă permite acest lucru); (2) rolul gândirii absolutiste (demandigness) şi a catastrofării ca mecanisme etiopatogenetice implicate în patologie şi rolul acceptării (acceptance) ca mecanism de sanogeneză; şi (3) rolul metacogniţiilor şi a metaemoţiilor (secondary emotions) în procesul terapeutic.

Anchetele de specialitate (ex. ale Asociatiei Psihologilor Americani) l-au considerat cel mai important psiholog in viata si unul dintre cei mai influenti in toata istoria psihologiei si psihoterapiei, unul dintre parintii "revolutiei cognitive" in psihologie.



Aaron T. Beck (n. la 18 iulie 1921) este psihiatru şi psihoterapeut, profesor universitar emerit la Pennsylvania University, SUA, director al Beck Institute for Cognitive Therapy and Research şi preşedinte de onoare al Academy of Cognitive Therapy, SUA. A creat „Psihoterapia cognitivă" (cognitiv-comportamentală) în anii '60, care este astăzi cea mai practicată formă de psihoterapie din lume.

În urma anchetelor de specialitate fiind considerat cel mai influent psihoterapeut în viaţă şi unul din primii 5 ca influenţă din istoria psihoterapiei. Pentru toată contribuţia academică a primit în 2006 faimosul premiu "Lasker Clinical Medical Research Award" (informal, considerat de cei din acest domeniu ca "the american Nobel for Clinical Medicine") şi a fost numit între cei 10 profesionişti care au format psihiatria americană modernă ("...10 individuals who shaped the face of American Psychiatry...").

În anii ’70 terapia cognitivă a asimilat asumpţiile corecte ale terapiei comportamentale prin lucrările lui Ellis, Bandura, Lazarus, Meinckebaum. În acest mod, a apărut ceea ce azi se numeşte **terapie cognitiv-comportamentală**.

Psihoterapie versus medicină

Medicina este ştiinţa care vizează aspectul curativ şi profilactic al bolilor. Intervenţiile medicale vizează mai ales modificări la nivelul organismului uman în vederea profilaxiei şi tratamentului bolilor. Intervenţia psihoterapeutică urmăreşte modificarea unor aspecte psihologice implicate în profilaxia şi tratamentul bolilor. Cum de cele mai multe ori factori somatici şi cei psihologici se află în interacţiune şi intervenţia medicală şi psihoterapeutică se pot combina în scopul eficientizării profilaxiei şi tratamentului bolilor.

Psihoterapie versus psihologie.

Psihoterapia, aşa cum a fost definită şi mai sus, este intervenţie psihologică în patologie şi în optimizarea subiecţilor umani sănătoşi. Aşadar între psihoterapie şi psihologie este o strânsă legătură, psihoterapia fiind fundamentată de dezvoltările teoretico-experimentale care aparţin psihologiei ştiinţifice.

Orientări psihoterapeutice actuale

În acest moment există trei mari orientări psihoterapeutice:

- **Orientarea cognitiv-comportamentală;**
- **Orientarea dinamic-psihanalitică;**
- **Orientarea umanist-experienţială (incluzând şi orientarea ericksoniană).**

Modelul CCBS (modelul nivelelor cognitiv, comportamental, biologic, subiectiv).

Nivelul cognitiv se referă la procesările informaţionale şi la conţinutul acestora. Există două tipuri de procesări informaţionale:

(a) conştiente - conştientizarea şi verbalizarea conţinutului mental şi a procesărilor informaţionale

(b) inconştiente. - se referă la faptul că nu putem verbaliza conţinutul mental şi procesările informaţionale şi că nu suntem conştienţi de existenţa acestora. Nivelul cognitiv determină calitatea nivelului subiectiv.

Nivelul comportamental se referă la ceea ce în psihologie este denumit comportament operant. Comportamentul operant este reprezentat în special de comportamentele motorii învăţate, aflate sub control voluntar.

Nivelul biologic se referă la toate modificările ce au loc în organismul nostru la nivel fiziologic şi anatomic. Modificările la nivelul sistemului nervos vegetativ generează intensitatea stării noastre subiective.

Nivelul subiectiv se referă la trăirile subiectului şi la descrierile pe care subiectul le face propriei stări: pozitivă, negativă sau neutră. Mai mult, acesta se referă la etichetele verbale ale stării emoţionale (ex. „mă simt anxios/dezamăgit/ruşinat" etc.).

Există numeroase interacţiuni între aceste nivele (vezi Fig. 1):

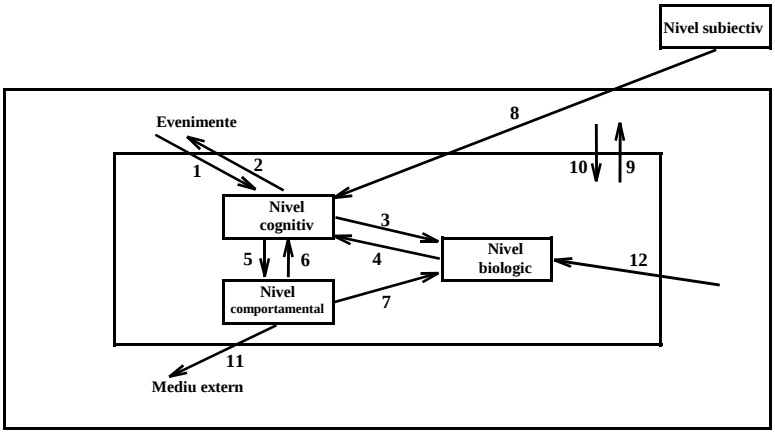


Fig. 1. *Modelul cvadrinivelar al analizei psihologice (CCBS).*

săgeata 1- se referă la procesările informaţionale ale stimulilor din mediul extern (ex. procesul percepţiei).

săgeata 2- se referă la faptul că propriile cogniţii influenţează selecţia stimulilor din mediu ce urmează a fi procesaţi. De exemplu, în cazul depresiei, stilul cognitiv negativ îl va determina pe subiect să selecteze din mediu în special aspectele negative.

săgeata 3- se referă la faptul că procesările informaţionale pot influenţa nivelul biologic. De exemplu, discrepanţa cognitivă este una dintre cauzele de activare vegetativă.

săgeata 4- se referă la procesările informaţionale ale stimulilor din mediul intern. În cazul atacului de panică, de exemplu, senzaţiile corporale generează şi amorsează procesările cognitive negative ale acestor senzaţii.

săgeata 5- se referă la faptul că comportamentul nostru este expresia procesărilor informaţionale (ex. achiziţionarea deprinderilor).

săgeata 6- se referă la procesările informaţionale ale stimulilor interni în timpul unui anumit comportament (ex. achiziţionarea deprinderilor).

săgeata 7- se referă la faptul că comportamentul poate influenţa nivelul biologic (ex. comportamentul de a mânca, stilul de viaţă etc.).

săgeata 8- se referă la procesările informaţionale ale stării subiective, mai exact la semnificaţia etichetei sale lingvistice.

săgeata 9- se referă la faptul că starea noastră subiectivă este o variabilă dependentă sau un efect al interacţiuni dintre celelalte trei nivele: cognitiv, comportamental şi biologic (vezi experimentul lui Singer şi Schachter, 1962).

săgeata 10- se referă la faptul că starea noastră subiectivă pozitivă sau negativă determină mecanisme de coping la trei nivele: cognitiv, comportamental şi biologic.

săgeata 11- se referă la influenţa pe care comportamentul nostru o are asupra mediului extern.

săgeata 12- se referă la faptul că mediul extern poate influenţa mediul intern, nu doar prin procesările informaţionale, dar şi prin acţiune directă asupra nivelului biologic (ex. acţiunea virusurilor, bacteriilor, traumatismele fizice etc.).

În psihopatologie, trei căi etiopatogenetice sunt importante:

În psihopatologie sunt importante căile următoare:

(a). Calea 1.2.9. În acest caz, interacţiunea dintre mediul extern şi procesările informaţionale pot determina o stare subiectivă negativă sau o stare de distres.

Pentru a modifica starea de distres, trebuie să se modifice:

- mediul extern, prin tehnica rezolvării de probleme;
- procesările informaţionale, prin tehnici de restructurări cognitive şi prin hipnoterapie;
- nivelul comportamental, prin modificări comportamentale şi tehnici hipnoterapeutice;
- nivelul biologic, prin chimioterapie, tehnici de relaxare, flooding, desensibilizare şi tehnici de hipnoterapie.

Este foarte important ca modificările să se realizeze la toate cele patru nivele (dacă este posibil), altfel, intervenţia noastră va fi eficientă doar pentru o scurtă perioadă de timp datorită nivelelor rămase nemodificate care vor funcţiona ca prerechizite pentru o altă stare de distres, în noi condiţii.

(b). Calea 10.9. În acest caz, dacă mecanismele de coping sunt dezadaptative, atunci ele pot amplifica starea noastră subiectivă negativă. În această situaţie este utilă tehnica inoculării stresului prin faptul că îl învaţă pe pacient mecanisme de coping adaptative pentru a înlătura distresul (vezi Cap. 2).

(c). Calea 8.9. În acest caz, modul în care subiectul îşi interpretează starea subiectivă poate influenţa distresul. De exemplu, dacă el nu îşi înţelege distresul şi îl consideră ca fiind semn al unei boli grave, atunci această discrepanţă cognitivă va amplifica la rândul ei starea de distres. Este necesară o intervenţie la nivel cognitiv care să îi ofere pacientului o explicaţie raţională a propriului distres. Această explicaţie trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- să fie acceptată de către pacient;
- să îi explice pacientului cauza tulburărilor, acest lucru sugerându-i şi existenţa unui tratament;
- nu este necesar să fie adevărată pentru a fi utilă.

După cum am menţionat anterior, în abordările integrative sunt utilizate trei tipuri de tehnici: cognitiv-comportamentale, dinamic-psihanalitice şi umanist-experienţiale, toate fiind interpretate din punctul de vedere al perspectivei cognitiv-comportamentale.

Temă de reflecţie

Identificaţi calea etiopatogenetica principala implicata în una dintre problemele clientei P.S.:

P.S. trece frecvent prin stări de dezamăgire profundă şi tristeţe, situaţii în care se gândeşte că acesta este debutul unei psihoze şi că, asemeni mamei sale, va trebui să fie internată într-un sanatoriu. Imaginea creată îi adânceşte starea de dezamăgire şi disperare, ducând-o în pragul depresiei.

Fundamentarea teoretico-experimentală a psihoterapiei; cercetare şi eficienţă în psihoterapie

Când discutăm despre fundamentarea teoretico-experiementală a psihoterapiei trebuie să avem în vedere două aspecte.

- Primul se referă la ancorarea pe care psihoterapia trebuie să o aibă în cercetarea fundamentală din psihologie (vezi curs-psihologie clinică).
- Al doilea aspect se referă la validarea experimentală a pachetelor de intervenţie psihoterapeutică. Această idee este preluată din medicină. În medicină înainte ca un pachet de tratament să fie eliberat pe piaţă el trebuie testat riguros (uneori ani în şir) luându-se în calcul: (a) eficienţa lui în comparaţie cu efectul placebo, (b) efectele secundare şi riscurile pe care le implică, (c) populaţia căreia i se adresează, (d) recăderile etc. Pe acest model şi sub presiunea caselor de asigurări de sănătate intervenţia psihoterapeutică trebuie să facă faţă acestor constrângeri, favorizându-se acele pachete de intervenţie psihoterapeutică care au trecut testul acid al verificării lor (vezi pentru detalii http://www.apa.org).

Din păcate, multe dintre cele peste 600 de tehnici de intervenţie psihoterapeutică (Bergin şi Garfield, 1994), combinate în pachete/proceduri de intervenţie, au fost adesea întemeiate pe experienţă clinică şi studii de caz şi rareori investigate în studii experimentale. Studiile experimentale existente totuşi privind eficienţa psihoterapiilor, au fost sumarizate în metaanalize cantitative (ex. Lambert şi colab., 2002; Wampold şi colab., 1997) care au arătat că psihoterapiile sunt eficiente pentru un spectru larg de tulburări psihice, iar acolo unde sunt eficiente, au efecte pe termen lung şi previn recăderile mai bine ca medicaţia psihotropă şi că diferenţele dintre diversele forme de psihoterapie nu sunt clar marcate (deşi există un avantaj al intervenţiilor cognitiv-comportamentale faţă de celelalte forme de terapie). Multe dintre aceste studii au fost însă criticate sub aspect metodologic, aşa încât concluziile metaanalizelor bazate pe ele sunt discutabile. În consecinţă, American Psychological Association (APA), prin Societatea pentru o Psihologie Clinică Ştiinţifică (Society for Science of Clinical Psychology; SSCP) din cadrul Diviziei de Psihologie Clinică (Divizia 12), a început un program de stabilire a criteriilor pe care o strategie de intervenţie psihoterapeutică trebuie să le respecte pentru a deveni validată ştiinţific. Criteriile minimale stabilite de APA pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat ştiinţific se referă la următoarele aspecte:

- *Trebuie să existe un manual care să descrie clar strategia de intervenţie*. Sigur, nu este vorba de o algoritmizare a intervenţiei clinice. Intervenţia psihoterapeutică trebuie

particularizată pentru pacientul cu care lucrăm. Este vorba despre nişte strategii euristice care apoi, în funcţie de condiţia pacientului şi de terapeut, sunt individualizate pentru fiecare caz, în funcţie de decizia terapeutului. Metaforic spus, prezenţa acestor strategii euristice reprezintă ştiinţa, iar particularizarea lor în cazul fiecărui pacient înseamnă ştiinţă făcută cu artă. Demersul este similar celui din medicină unde se utilizează Manuale şi Ghiduri Clinice de Tratament.

- *Tratamentul este investigat în cadrul unor studii clinice controlate (randomized clinical trials; RCT).* Pacienţii sunt distribuiţi randomizat în cel puţin două grupuri. Un grup de control (ex. nu primeşte tratament; este înscris pe o listă de aşteptare; sau primeşte un tratament clasic deja validat) şi un grup experimental care primeşte tratamentul investigat. Există, desigur, metode diferite pentru avansarea cunoaşterii; studiul de caz, observaţia sistematică, analiza unor situaţii problemă sau experienţa clinică pot duce la noi cunoştinţe; ele contribuie însă mai ales la elaborarea unor teorii/modele şi/sau la exemplificarea unor teorii/modele deja construite şi validate nu la testarea lor (vezi cazurile „micul Albert" şi „micul Peter"). Aceste cunoştinţe sunt contextuale şi nu pot fi generalizate. În măsura în care se conştientizează acest lucru şi această idee se exprimă atunci când formulăm concluziile pe baza rezultatelor obţinute cu aceste metode (ex. studiul de caz), putem spune că facem ştiinţă. În măsura în care utilizăm astfel de metode (ex. studiul de caz), dar în concluzii generalizăm rezultatele obţinute şi/sau considerăm teoriile/modele construite deja validate, acest demers este pseudoştiinţă. Pentru generalizarea rezultatelor şi/sau testarea unor teorii/modele avem nevoie de studii clinice controlate. Generalizarea utilizării unor tehnici de psihoterapie care nu au fost testate în studii clinice controlate este periculoasă. Dacă nu sunt eficiente (presupunând că nu reduc, dar nici nu amplifică simptomatologia deja existentă), ele duc la costuri şi la probleme etice. Uneori însă, tratamentele psihoterapeutice au consecinţe negative, amplificând simptomatologia; până la 10% dintre pacienţi pot să-şi amplifice simptomatologia ca urmare a efectelor secundare ale psihoterapiei (Lambert şi Ogles, 2003).
- *Performanţa grupului experimental trebuie să fie mai bună decât performanţa celui de control (sau egală cu a acestuia, dacă grupul de control primeşte un tratament*

clasic). În evaluarea rezultatelor unui program de intervenţie se iau în calcul atât criteriile statistice cât şi cele clinice (ecologice). Relevanţa statistică asigură generalizarea rezultatului în populaţie, iar relevanţa ecologică asigură implementarea lui în practică. Spre exemplu, dacă se aplică o procedură de relaxare care reduce tensiunea arterială de la 200 la 180, această diferenţă poate să fie semnificativă statistic deşi nu are relevanţă ecologică (pacientul este tot hipertensiv). O intervenţie eficientă va reduce tensiunea de la 200 la 120, ceea ce înseamnă semnificaţie statistică şi ecologică (pacientul se înscrie în limitele normalităţii pentru valoarea tensiunii arteriale sistolice).

Aceste criterii minime au fost însă îmbogăţite recent de către APA (vezi şi David, 2003), adăugându-se elemente noi:

- *Când grupul de control presupune lipsa tratamentului sau lista de aşteptare, este necesar un al treilea grup, grupul placebo*. Grupul placebo primeşte un tratament care se prezintă pacientului ca fiind eficient pentru condiţia lui, dar care, în fapt, nu vizează mecanismele etiopatogenetice presupuse a fi implicate în suferinţa pacientului. Ca exemple de tratamente psihologice placebo amintim: discuţiile libere, discuţiile pe teme specifice (ex. despre nutriţie), terapia suportivă etc. Prezenţa grupului placebo ne permite să testăm simultan nu doar eficienţa intervenţiei, ci şi teoria presupusă a justifica intervenţia respectivă. În lipsa grupului placebo putem spune doar că tratamentul este eficient, dar nu cunoaştem cauzele acestei eficienţe. Adesea când se propune un tratament nou, acesta apare ca un pachet conţinând tehnici de intervenţie şi teoria asociată lor. Acest pachet este prezentat şi în programele de formare în psihoterapie. Pentru a fi considerat ştiinţific, un program de intervenţie trebuie sa aibă atât tehnici eficiente cât şi teorii adecvate care să le justifice. Dacă facem disjuncţie între cele două, putem să ajungem la situaţii ciudate; într-un astfel de context tehnicile de mesmerism ar fi probabil considerate ştiinţifice. Să argumentăm prin analogie cele afirmate aici, descriind succint evoluţia mesmerismului (pentru detalii vezi Gauld, 1992). Franz Mesmer a fost un medic vienez care a elaborat o teorie conform căreia planetele şi stelele ne influenţează prin intermediul unui fluid numit „magnetism animal”. Magnetismul animal este prezent în fiecare din noi şi în mediul înconjurător. Dacă există un exces sau un deficit de magnetism animal în corpul

nostru atunci apare boala. Rolul tratamentului este acela de a echilibra deficitul existent. Cum se poate face acest lucru? Cum în acea perioadă se descoperiseră magneţii (lucruri interesante pentru oamenii acelor vremuri, care se influenţau – se atrăgeau sau se respingeau – reciproc, care atrăgeau şi influenţau alte corpuri), Mesmer a presupus că magneţii au proprietatea de a influenţa magnetismul animal şi, în consecinţă, a început să-i folosească în tratament; aceştia erau puşi pe zonele bolnave sau acolo unde apărea durerea. Mai târziu Mesmer a susţinut că el însuşi este înzestrat cu abilităţi speciale, este mai sensibil la magnetismul animal, prin care poate modifica deficitul care cauzează boala. În consecinţă, atingând bolnavii cu o baghetă sau făcând pase magnetice de-a lungul zonelor bolnave, el elimina dezechilibrul magnetismului animal şi simptomatologia asociată acestuia. Se afirmă că Mesmer a ameliorat sau vindecat suferinţa a peste 20.000 de pacienţi utilizând aceste proceduri (Gauld, 1992). Probabil că dacă aceste strategii ar fi fost comparate cu un grup de control într-un studiu clinic randomizat, mesmerismul ar fi fost considerat ştiinţific pe baza criteriilor minimale. Mesmer a cerut însă ca teoria lui să fie recunoscută ca fiind ştiinţifică. Ca urmare, Academia Franceză a numit o comisie condusă de Benjamin Franklin şi formată din personalităţi ale vremii (ex. Deslon, Guilotine, Lavoisier etc.). Pentru a testa teoria lui Mesmer, un grup de pacienţi a fost mesmerizat de către Mesmer însuşi, iar un alt grup a fost indus în eroare: li s-a spus că sunt mesmerizaţi, dar de fapt nu au fost. Cu toate acestea, ameliorarea suferinţei a fost aproximativ egală la cele două grupuri, infirmându-se astfel teoria lui Mesmer. Concluziile comisiei au arătat că magnetismul animal nu are nici un efect; vindecarea este dată de sugestibilitatea şi imaginaţia bolnavilor, ceea ce astăzi am numi efectul placebo. Prin prisma acestui exemplu, poate că înţelegem mai clar importanţa unui grup placebo în studiile de eficienţă a diverselor forme de tratament. Probabil că eficienţa multor forme de tratament, aşa-numitele tratamente alternative (ex. bioenergie), poate fi explicată prin acelaşi mecanism placebo. În acest context trebuie menţionat că, prin prisma ştiinţei, nu există tratamente ştiinţifice şi alternative (ex. de medicină alternativă), ci doar tratamente validate ştiinţific sau nevalidate ştiinţific. Urmând acest model, cercetările recente au arătat că multe forme de terapie sunt, de fapt, pseudoştiinţifice. Unul dintre cele

mai cunoscute cazuri este cel al „terapiei de reprocesare şi desensibilizare prin mişcarea ochilor” (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing; EDMR) (pentru detalii vezi Lilienfeld, 1996; McNally, 1999). Mişcarea ochilor, pe baza unui protocol stabilit de terapeut, duce la reprocesarea adaptativă a informaţiilor traumatizante şi la reducerea simptomatologiei în cazul stresului posttraumatic. O serie de studii clinice controlate (RCT) au arătat că această formă de terapie este eficientă în tratarea tulburării de stres post-traumatic. Când s-a analizat însă teoria care stă la baza acestor tehnici, s-a constatat că efectul pozitiv al intervenţiilor este explicat de factori comportamentali – mecanismul expunerii – şi nu de mişcarea ochilor, aşa cum sugera EMDR (în fapt se putea mişca ritmic orice, de la ochi la palme) (pentru detalii vezi McNally, 1999). Aşadar, deşi intervenţia pare să fie eficientă, teoria care o justifică este alta decât aceea propusă de autorii ei. Dacă EMDR ar fi prezentată ca o intervenţie eficientă pentru tulburarea de stres posttraumatic, ea ar fi considerată o intervenţie eficientă ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate. Deoarece EMDR îşi prezintă efectele intervenţiei ca fiind justificate de teoria originală (ex. mişcarea ochilor), ca sistem terapeutic (intervenţie + teorie) ea este considerată pseudoştiinţă. Aşadar, utilizată ca strategie de intervenţie ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate, EMDR este ştiinţă; utilizată ca strategie eficientă prin protocolul de mişcare al ochilor, EMDR este pseudoştiinţă.

Temă de reflecţie

Aduceţi argumente pro şi contra ideii conform căreia psihoterapia trebuie să îşi valideze pachetele de intervenţie, după modelul medicinii.

Dezbatere

Descrieți principalele asemănări și deosebiri dintre **psihoterapeut** și **psiholog clinician**.

Rolul şi atribuţiile psihoterapeutului versus ale psihologului clinician

Psihoterapeutul	Psihologul clinician
Psihoterapeutul îndeplineşte mai multe funcţii (a se consulta pentru detalii şi Regulamentul de atestare şi acreditare în psihoterapie al Comisiei de psihologie clinică şi psihoterapie www.copsi.ro):	**Psihologul clinician** îndeplineşte mai multe funcţii (a se consulta şi reglementările Comisiei de psihologie clinică şi psihoterapie a Colegiului Psihologilor din România - www.copsi.ro):
1. Diagnostic psihologic şi evaluare clinică - se referă la identificare factorilor psihologici implicaţi în problema în care se cere intervenţie psihoterapeutică; *- evaluarea psihologică circumscrisă de forma specifică de psihoterapie*	1. Diagnostic psihologic şi evaluare clinică - se referă la identificarea factorilor psihologici implicaţi în sănătate şi boală; *- investigarea şi psihodiagnosticul tulburărilor psihice şi al altor condiţii de patologie care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice;* *- evaluare multidemensională (ex. cognitivă şi neuropsihologică, comportamentală, a personalităţii);*
2. Consiliere psihologică şi intervenţie psihoterapeutică - se referă la controlul factorilor psihologici în boală şi în optimizarea subiecţilor umani sănătoşi; *- de optimizare, dezvoltare şi autocunoaştere;* *- în probleme psihologice, psihopatologice şi în situaţii de risc;* *- în menţinerea sănătăţii (ex. educaţia pentru sănătate, prevenţia primară etc.) şi confruntarea cu condiţia de boală şi impas existenţial (ex. tratament, prevenţie secundară, terţiară, recuperare etc.);* *- de optimizare a proceselor de cuplu, familie, grup, organizaţii şi colectivităţi.*	2. Consiliere psihologică şi intervenţie psihoterapeutică - se referă la controlul factorilor psihologici în boală şi în optimizarea funcţionării subiecţilor umani sănătoşi; *- educaţie pentru sănătate, promovarea sănătăţii şi a unui stil de viaţa sănătos (ex. prin prevenţie primara şi secundară);* *- intervenţii specifice;* *- consiliere şi terapie suportivă;* *- terapii de scurtă;* *- managementul conflictului, mediere şi negociere.*
3. Cercetare - se referă la investigarea rolului factorilor psihologici în sănătate şi boală; - iniţierea unor studii de caz sau experimente cu un singur subiect;	3. Cercetare - se referă la investigarea rolului factorilor psihologici în sănătate şi boală; *- participarea/iniţierea activităţilor de cercetare;*

4. Educaţie – se referă la popularizarea relaţiei dintre factorii psihologici şi boală şi sănătate; metode de control. *- organiza cursuri şi workshop-uri în limitele competenţelor date de nivelele de specializare*	4. Educaţie. *- organizarea workshop-urilor în cadrul definit de competenţele dobândite;*
Formare	
Formarea psihoterapeutului se face conform unor norme bine precizate de către Consiliul Mondial al Psihoterapiei prin Declaraţia de la Strasbourg, 1992. Formarea presupune: (1). O pregătire teoretică. Această pregătire teoretică este asigurată de curricula universitara a facultăţilor de psihologie. Pentru cei care nu sunt psihologi aceste cursuri pot fi oferite în regim de învăţământ la distanţă. (2). Formare într-o formă specifică de psihoterapie. Profesori care fac formarea trebuie să fie psihoterapeuţi formatori acreditaţi în acea formă de psihoterapie. (3). Practică cu caz. Cursanţii trebuie să fie angajaţi într-o instituţie a Ministerului Sănătăţii, Ministerului Educaţiei Naţionale sau în organizaţii guvernamentale sau nonguvernamentale unde oferă servicii de consiliere psihologică şi psihoterapie.	Psihologul clinician este acel licenţiat în psihologie care s-a specializat şi lucrează în domeniul clinic (ex. spitale, laboratoare de sănătate mintală, organizaţii nonguvernamentale care oferă servicii de consiliere şi psihoterapie, etc.).

(4). Supervizare. Supervizarea se face de psihoterapeuţi acreditaţi în acea formă de psihoterapie.
Această schemă generală de formare în psihoterapie ia o formă specifică în funcţie de programul de formarea al fiecărei şcoli de psihoterapie (pentru formarea în psihoterapii cognitive şi comportamentale consultaţi www.psychotherapy.ro).

De reţinut

Psihologia clinică este psihologia aplicată în patologie şi în optimizarea funcţionării subiecţilor umani sănătoşi (ex. profilaxia bolilor, optimizarea performanţelor intelectuale etc.). Profilaxia (prevenţia) poate fi primară, secundară sau terţiară.

Psihologul clinician îndeplineşte mai multe funcţii, şi anume: diagnostic psihologic şi evaluare clinică, consiliere psihologică şi intervenţie psihoterapeutică, cercetare şi educaţie.

Psihoterapia este intervenţie psihologică în patologie şi în optimizarea subiecţilor umani sănătoşi (ex. profilaxia bolilor, optimizarea performanţelor intelectuale etc.).

Astăzi există trei tipuri de abordări terapeutice: (1) cognitiv-comportamentală (dominantă), (2) dinamic-psihanalitică, (3) umanist-experienţială, terapia cognitiv-comportamentală prezentând o accentuată tendinţă de a îngloba celelalte două forme.

Psihoterapeutul îndeplineşte mai multe funcţii, şi anume: diagnostic psihologic şi evaluare clinică, consiliere psihologică şi intervenţie psihoterapeutică, cercetare şi educaţie.

Pornind de la datele care atestă impactul pe care modificarea factorilor psihologici îl are asupra aspectelor biochimice, se poate afirma că orice psihoterapie este farmacoterapie.

Bibliografie selectivă

APsyA (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition revised). American Psychiatric Association: Washington.

Boloşiu, H.D. (1990). Semiologie medicală. Cluj-Napoca: Medex.
Bergin, A.E., şi Garfield, S.L. (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley.
David, D. (2003). Castele de nisip: Ştiinţă şi pseudoştiinţă în psihopatologie. Editura Tritonic: Bucureşti, Cluj-Napoca.
David, D (2006a). Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.
David, D. (2006b). Metodologia cercetării clinice. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.
David, D. (2006c). *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*. Iaşi: Editura Polirom.
Kaplan, H.I., şi Sadock, B.J. (1998). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 8th Edition. Baltimore: Williams and Wilkins.
Lambert, M.J., şi Ogles, B.M. (2003) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. În M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Willey.
Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., şi Lohr, J.M. (2003). Science and pseudoscience in clinical psychology.
New York: Guilford Press.

MODULUL II

2. SĂNĂTATE ŞI BOALĂ; MODELE ETIOPATOGENETICE ŞI DE TRATAMENT UTILIZATE IN PSIHOLOGIA CLINICĂ

I. Cuprinsul secvenței

În cadrul acestui modul vom prezenta principalele aspecte legate de diagnostic şi evaluare clinică. Iniţial vom defini diagnosticul şi cele două modalităţi prin care acesta se realizează iar apoi vom trece la etapele stabilirii unui diagnostic nosologic. Ulterior vor fi abordate regulile ce facilitează comunicarea pe parcursul interviului de evaluare şi tehnicile de spargere a rezistenţelor pacientului. În final vor fi detaliate aspectele problematice ce ţin de utilizarea diagnosticului nosologic precum şi direcţiile de dezvoltare în acest sens.

II. Obiectivele secvenței

- Să cunoască principalele asumpţii ale modelului etiopatogentic şi de tratament al abordării dinamic-psihanalitice, umanist experienţiale și al abordării cognitiv comportamentale.
- Să analizeze comparativ cele trei tipuri de abordări
- Să descrie și să aplice modelele ABC cognitiv şi ABC comportamental

III. Cuvinte cheie

Abordarea dinamic-psihanalitice, Abordarea umanist-experienţială, Abordarea Cognitiv Comportamentală, Modelul ABC cognitiv-comportamental.

Abordarea biologică (modelul bio-medical)

Modelul biomedical. În cultura europeană are tradiţia cea mai mare, acoperind pârghiile de putere. Bazându-se pe descoperirile lui Pasteur şi Koch, vizând relaţia dintre diferite boli şi factorii infecţioşi, el are următoarele asumpţii fundamentale:

(1) Orice boală se explică printr-o cauză de natură fizică, infecţioasă sau toxică. Cunoaşterea acestor factori şi a rolului lor în instalarea, evoluţia şi terminarea bolilor constituie o ştiinţă care se numeşte etiopatogeneză;

(2) În orice boală există două categorii de manifestări: semne şi simptome. Semnele se referă la totalitatea modificărilor fizice ce se datorează impactului cu factorul cauzal. Simptomele reprezintă latura subiectivă, adică modul în care subiectul îşi trăieşte boala. Pentru practica medicală cea mai mare valoare o au semnele.

Limitele modelului:

O direcţie de contestare s-a născut chiar în rândul psihiatrilor, generând curentul antipsihiatrie (reprezentanţi Laing, Szase). Aceştia afirmă că noţiunea de boală mentală este un mit; boala mentală fie are substrat organic şi atunci este de competenţa neurologiei, fie nu are substrat organic şi atunci nu ţine de resortul medicinii. Mai mult, noţiunea de boală mentală, afirmă autorii, este o simplă etichetă care în loc să ţină de sfera juridică şi socială este încorporată în sfera medicinii. Deşi afirmaţia că psihiatrii nu fac altceva decât să se joace de-a medicii

reprezintă o poziţie extremistă, unele argumente serioase (precum cele vizând etiologia psihogenă a unor afecţiuni psihice) au pus sub semnul întrebării aplicarea acestui "model infecţios" în cazul tulburărilor psihice sau psihosomatice.

Abordarea dinamic-psihanalitică.

Ca o paradigmă ce a fost elaborată pornind în special de la observaţii şi intuiţii clinice, psihanaliza a abordat preponderent impactul inconştientului asupra tulburărilor emoţionale.

De reţinut

Asumpţiile fundamentale ale acestei perspective sunt:

⇒ psihicul are o structură nivelară formată din Id, Ego (Eu; conştient) şi SuperEgo (SupraEu; normele morale şi sociale) (vezi figura 2);

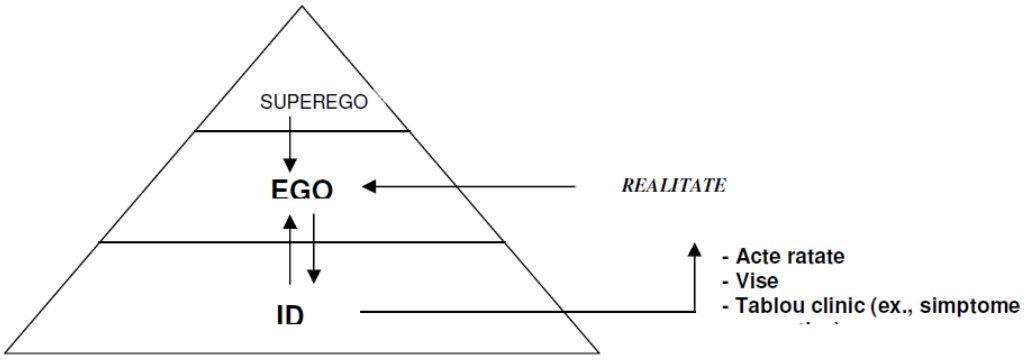


Figura 2. Structura psihicului uman în abordarea dinamic-psihanalitică

⇒ conţinutul refulat al Id-ului tinde să se exprime plenar la nivelul Ego-ului;

⇒ conştientizarea la nivelul Ego-ului a acestui conţinut refulat generează trăirile emoţionale negative;

⇒ odată generate trăirile emoţionale negative, Ego-ul apelează la mecanisme de apărare pentru a bloca conştientizarea lor (ex. represia). Întregul demers este sintetizat sub forma aşa-numitului "triunghi al conflictului" (vezi fig. 3).

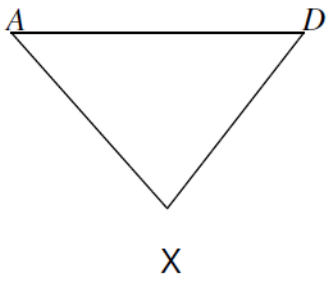


Fig. 3. Triunghiul conflictului.

Acesta are trei componente: **X** reprezintă conflictul propriu-zis inconştient, **A** – anxietatea generată de conştientizarea acestuia, iar **D** – mecanismele defensive la care subiectul apelează în scopul reducerii anxietăţii;

⇒ dacă se blochează conştientizarea trăirii emoţionale negative, emoţia se exprimă la nivel fiziologic printr-o stare de activare, prerechizită pentru o nouă stare emoţională, congruentă cu cea refulată (vezi tipul represor Weinberg, 1979 apud. David, 2000);

⇒ orice simptom apare datorită unui conflict actual care se reduce în fapt la un conflict bazal din prima copilărie;

⇒ eliminarea simptomatologiei se face prin eliminarea conflictului actual, realizată prin rezolvarea conflictului bazal prin intermediului nevrozei de transfer (conflictul terapeutic); acest demers este sintetizat în Fig. 4., unde **T** reprezintă relaţia terapeutică, unde se manifestă nevroza de transfer, **A** este cadrul actual din viaţa pacientului unde se manifestă conflictul actual, iar **C** reprezintă prima copilărie unde se manifestă conflictul bazal.

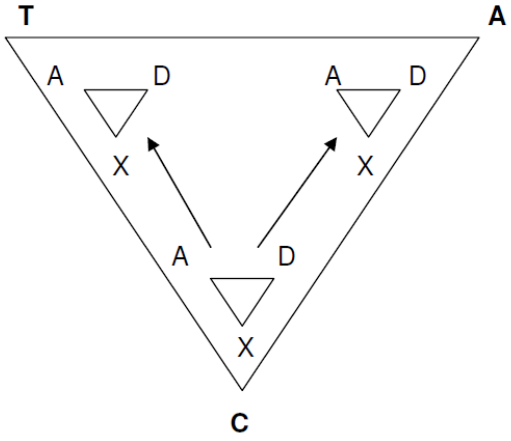


Fig. 4. Relaţiile dinamice în cadrul terapiei dinamic-psihanalitice (triunghiul terapeutic)

Aşadar, în abordarea dinamic-psihanalitică rolul Eu-lui este de a media între:

(1) cerinţele realităţii;

(2) nevoia de satisfacere a impulsurilor sexuale şi agresive (numite mai târziu instinctul vieţii, respectiv al morţii) localizate la nivelul Id-lui;

(3) valorile sociale şi morale internalizate sub forma SuperEu-lui.

În consecinţă, conform acestei abordări, există trei tipuri de anxietate:

1. Anxietatea realistă – rezultă din perceperea unor pericole reale sau posibile din realitatea înconjurătoare, cum ar fi posibilitatea de a fi muşcat de un câine rău.
2. Anxietatea nevrotică – rezultă din teama inconştientă că instinctele primare din Id vor prelua controlul asupra comportamentului persoanei, ceea ce ar putea atrage repercusiuni negative asupra individului (ex., pedepse pentru comportamente inadecvate social).
3. Anxietatea morală – rezultă din frica de a nu încălca normele morale şi religioase interiorizate sub forma SuperEu-ului; acest tip de anxietate se manifestă sub forma emoţiilor de ruşine şi vinovăţie.

Imediat după apariţia trăirii anxioase vor fi puse în acţiune mecanismele de apărare/defensive, cu ajutorul cărora Eu-l încearcă să rezolve conflictele apărute între Id, SuperEu şi realitate, protejând persoana de anxietatea generată de aceste conflicte. Altfel spus, mecanismele de apărare sunt acele procese care au ca scop protecţia Eu-lui împotriva dorinţelor instinctuale. De regulă, acestea se declanşează inconştient şi tind să acţioneze în sensul distorsionării perceperii realităţii, care se soldează cu o diminuare a trăirii anxioase. Mecanismele de apărare ale Eu-lui nu sunt utile sau inutile în sine. Eficienţa lor este dată de momentul şi durata folosirii lor. Astfel, negarea defensivă poate ajuta persoana care tocmai a suferit o traumă să îşi ţină sub control emoţiile negative extrem de intense; prelungirea utilizării negării poate însă duce la incapacitatea integrării evenimentului traumatic în viaţa persoanei, cu impact negativ asupra adaptării viitoare a acesteia.

Aceste mecanisme de apărare funcţionează automat, inconştient. Dezvoltările mai recente din ştiinţele cognitive (Lazarus, 1991) au reliefat însă şi mecanisme de apărare care sunt angajate conştient şi intenţionat (deşi cu timpul se pot automatiza); astfel evitarea este un mecanism care poate fi angajat intenţionat într-o fobie simplă pentru a preveni confruntarea cu stimulul fobic. Integrând acest demersuri, astăzi vorbim despre mecanisme de coping (adaptare) care includ atât mecanismele de apărare (defensive) descrise de tradiţia psihanalitică cât şi mecanismele de apărare angajate intenţionat şi conştient (ex., focalizate pe problemă sau pe emoţie).

Demersul aplicativ al acestui model poate fi sumarizat astfel:

(1) simptomatologia pacientului este determinată de un conflict actual;
(2) conflictul actual îşi are rădăcinile într-un conflict mai vechi, bazal, din istoria pacientului, mai precis din prima copilărie;
(3) pentru a rezolva conflictul actual, trebuie rezolvat conflictul bazal;
(4) pentru a rezolva conflictul bazal, el trebuie reactualizat;
(5) conflictul bazal este reactualizat şi trăit în cadrul terapiei sub forma nevrozei de transfer;
(6) pe baza materialului cules în cursul analizei despre conflictul actual şi bazal şi pe baza analizei nevrozei de transfer trăite în cursul terapiei, se construieşte explicaţia

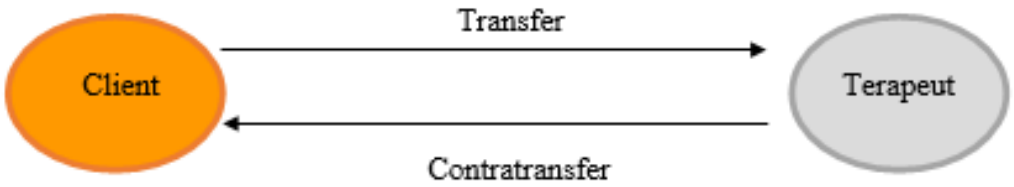
dinamică; întâi i se explică pacientului faptul că, comportamentul său faţă de terapeut (nevroza de transfer), reprezintă o transpunere în prezent a unor capacităţi şi stări afective din trecutul său; aceasta se realizează prin analiza materialului adunat în cursul psihoterapiei, prin compararea pattern-urilor afective şi comportamentale din terapie cu cele relatate de pacient din trecutul său. Eventual se poate relata mecanismul explicativ al acestui transfer. Acest demers întăreşte credinţa pacientului că vechile conflicte pot influenţa reacţii actuale evidente (vezi cel din cadrul terapiei). Această etapă poate genera reacţii puternice în care pacientul retrăieşte conflicte trecute. Conflictele trecute care vor fi retrăite în prezent cu ajutorul terapeutului, prin asistenţa şi prezenţa acestuia, vor fi rezolvate. Contribuie la rezolvare faptul că pacientul, adult fiind, are o altă perspectivă, alte modalităţi de interpretare faţa de perioada când era copil. Ulterior, prin acelaşi procedeu, se arată cum conflictul bazal a determinat în fapt conflictul actual.

Exemplu:

Situația: *Un bărbat vine la terapie explicând, printre alte probleme, că a întârziat la mai multe interviuri recente pentru slujbe, deși acest lucru nu i se întâmplă atunci când are alte întâlniri. Momentan se află în situația în care încearcă să promoveze în carieră, iar faptul că întârzie la interviuri îi sabotează succesul.*

Rezolvarea problemei: *Terapeutul și clientul descoperă că încercarea de a avansa în carieră stârnesc sentimente profunde de insecuritate și teamă de eșec. În timp ce întârzierile la interviurile pentru slujbă i-au sabotat succesul, i-a fost mai ușor să se gândească la asta ca la o problemă de time-management, protejând ideea că în alte circumstanțe ar merita sau ar fi capabil de o promovare. Acest lucru i-a permis să evite să depună foarte mult efort în obținerea promovării și totodată, să evite posibile suferințe asociate cu riscul respingerii sau al eșecului. Clientul își imagina eșecul mult mai catastrofic decât jena de a fi respins pe baza întârzierii. Odată ce a conștientizat acest lucru, clientul a devenit treptat mai capabil să reorganizeze și să lucreze cu problemele legate de insecuritate și încredere.*

Cadrul general în care se realizează acest demers aplicativ este determinat de relaţia terapeutică ai cărei factori principali îi constituie *transferul* şi *contratransferul.*



Transferul în sens larg se referă la totalitatea trăirilor afective pe care le experienţiază pacientul faţă de terapeut în cursul terapiei. În sens restrâns, transferul se referă numai la acele trăiri afective pe care le experienţează pacientul faţă de terapeut şi care reprezintă o repetare a trăirilor afective pe care acesta le-a avut faţă de persoane semnificative din trecutul său, mai ales din prima copilărie.

Exemplu de transfer:

Un client care se confuntă cu probleme legate de furie şi ostilitate poate resimţi aceleaşi sentimente faţă de terapeut în cadrul terapiei.

Contratransferul se referă, în sens larg, la totalitatea trăirilor afective pe care le experienţiază terapeutul faţă de pacient. În sens restrâns, contratransferul se referă numai la acele trăiri afective pe care terapeutul le experienţează faţă de pacient şi care reprezintă o repetare a trăirilor afective pe care terapeutul le-a avut faţă de persoane semnificative în cursul istoriei sale de viaţă sau care reprezintă o reacţie inconştientă la transferul pacientului. În general, se recomandă ca, pe cât posibil, contratransferul să nu apară, acest lucru fiind posibil printr-o pregătire prealabilă a terapeuţilor, pregătire în cursul căreia să se rezolve propriile conflicte. Cu toate acestea, scopul este utopic. Mai intens sau mai puţin intens, contratransferul se manifestă oricum în cadrul relaţiei transferenţiale. În acest caz, terapeuţii sunt pregătiţi să recunoască manifestările contratransferului şi să le blocheze sau să le utilizeze creativ în terapie.

Semne ale contratransferului:

- reacţii emoţionale puternice, pozitive sau negative, nejustificate de situaţia terapeutică faţă de pacient;
- fantezii sexuale cu pacientul;
- creşterea nejustificată terapeutic a frecvenţei întâlnirilor, etc.

Neconştientizarea contratransferului duce la ceea ce se numeşte *nevroză în doi*. Transferul pacientului stimulează contratransferul iar contratransferul stimulează transferul pacientului, menţinându-se astfel simptomatologia. Ieşirea din cercul vicios se realizează prin conştientizarea şi spargerea mecanismului fie de către terapeut (cel mai frecvent – datorită pregătirii sale), fie de către pacient, stimulând astfel terapia (mai rar).

Odată conştientizate, aceste manifestări ale contratransferului vor fi (1) blocate printr-o autoanaliză sau prin recurgerea la supervizare sau (2) utilizate creativ. Utilizarea creativă se referă la faptul că ele pot fi folosite la amplificarea transferului pacientului şi grăbirea instalării nevrozei de transfer, dinamizând astfel demersul terapeutic. *Nevroza de transfer* reprezintă o retrăire a conflictelor pacientului din prima copilărie în cadrul terapiei, uşurând astfel identificarea şi rezolvarea lor.

Tehnici de construcţie a relaţiei transferenţiale

(a). Tehnica psihanalitică clasică. Terapeutul este învăţat să adopte o neutralitate binevoitoare faţă de pacient. Această neutralitate binevoitoare implică o atitudine de acceptare a pacientului cu problemele sale, reţinere de la comentarii, critici sau încurajări adresate pacientului, nediscutarea unor aspecte personale din viaţa terapeutului. Prin tehnici nonintruzive (ex. asociaţii libere – în care pacientului i se cere să spună tot ceea ce-i vine în minte legat de un anumit eveniment, fără nici o reţinere sau constrângere, în ordinea în care îi vine, chiar dacă uneori s-ar putea să îşi amintească lucruri într-o ordine sau formă absurdă), pacientul este ghidat spre reamintirea unor episoade din viaţa sa în special din prima copilărie. Tot acest cadru terapeutic duce la o „infantilizare“ a pacientului în sens pozitiv din punct de vedere al scopului terapiei, datorită dezechilibrului relaţiei: pacientul “dă totul”, se dezvăluie, iar terapeutul rămâne neutru, superior. Acest dezechilibru al relaţiei aproximează în fapt relaţia părinte/copil şi ca urmare pacientul reacţionează în cursul terapiei cu pattern-uri cognitive, comportamentale

şi emoţionale amorsate prin investigarea trecutului său sau prin tehnica asociaţiilor libere, pattern-uri asemănătoare celor pe care le utiliza în copilărie faţă de persoanele semnificative. Mecanismul determinant al transferului este cel al *generalizării stimulului* cunoscut din psihologia behavioristă: un răspuns condiţionat clasic sau operant la un stimul X tinde să se producă şi în prezenţa altor stimuli Y asemănători stimulului X. În cazul nostru, răspunsul condiţionat (reacţiile infantile ale pacientului) determinate de stimulul X (o persoană semnificativă din copilărie) se produce în cazul stimulului Y (terapeutul) datorită asemănărilor dintre X şi Y. Explicaţia psihanalitică clasică, depăşită de studiile experimentale, sugera un mecanism "fantomatic", regresiuni în care pulsiunile sexuale şi agresive ale pacientului se separă de obiectul primar (persoane semnificative din copilărie), fixându-se asupra terapeutului. Deşi în esenţă fenomenul este acelaşi, explicaţia psihanalitică, angajând forţe cu calităţi antropomorfice greu de verificat experimental, a pierdut în faţa explicaţiei experimentale elegante a demersului behaviorist.

(b). Tehnici dinamice de scurtă durată. În cazul acestor tehnici se încearcă scurtarea timpului necesar generării relaţiei transferenţiale şi mecanismului de transfer prin:

(1) o atitudine mai activă a terapeutului şi o implicare mai directă (în locul neutralităţii binevoitoare) care avansează imaginea unui "părinte preocupat de a ghida prin încurajări şi observaţii critice dezvoltarea copilului său";

(2) întrebări şi chestionare directe în locul asociaţiilor libere cu privire la evenimente negate din trecutul şi prezentul pacientului (ex.: tehnica podului – i se cere direct pacientului să îşi amintească un eveniment din trecut asociat cu conflictul actual). Mecanismul angajat este cel al generalizării răspunsului.

Limite:

2. Validitate ştiinţifică scăzută - paradigma dinamic-psihanalitică supravieţuieşte mai ales la nivel de tehnică, ea generând metode terapeutice care au fost adesea reinterpretate prin prisma unor teorii moderne validate ştiinţific şi care nu sunt încă suficient investigate în studii clinice controlate pentru a li se confirma ferm eficienţa pe scară largă. Excepţie fac terapiile dinamice de scurtă durată,

care sunt mai bine investigate ştiinţific şi care sunt promovate ca terapii validate ştiinţific pentru diverse tulburări specifice (ex., tulburările afective de tip depresiv).

3. Teoriile iniţiale în mare parte invalidate – nu sunt încă confirmate ştiinţific pentru a fi promovate ca teorii actuale în fluxul principal de informaţii din psihologie (ex., în handbook-uri). Scurt spus, la nivel descriptiv, constructele dinamic-psihanalitice sunt adesea valide (ex., fenomenele de transfer şi contratransfer sunt o prezenţă reală în relaţiile interumane, mai ales de autoritate), dar la nivel explicativ ele nu mai sunt considerate serios, fiind înlocuite cu constructe validate ştiinţific.
4. Tehnicile dinamic-psihanalitice au fost reinterpretate - abordarea comportamentală a reinterpretat aceste tehnici în termenii teoriei învăţării, bine validată ştiinţific. De exemplu (pentru detalii vezi Dollard şi Miller, 1950) transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a învăţării, represia este un comportament învăţat deoarece este întărit prin reducerea anxietăţii etc. Mai mult, triunghiul conflictului (vezi figura 2.3.) este descris în psihoterapiile validate ştiinţific în termeni de eveniment activator (A), cogniţii (B) şi consecinţe (C) emoţionale, comportamentale şi fiziologice, constructe care au un suport ştiinţific riguros.

Triunghiul terapeutic (vezi figura 2.4.) a fost şi el adaptat, unele forme de psihoterapie lucrând mai ales la nivelul conflictului actual. Ideea este că uneori, aşa cum în medicină nu contează de unde am luat virusul care produce tabloul clinic, important fiind că îl avem şi că trebuie eliminat, tot aşa, în psihoterapie nu contează de unde a apărut conflictul actual, ci că îl avem şi că trebuie eliminat.

În alte forme de psihoterapii validate ştiinţific se utilizează totuşi şi analiza trecutului pacientului pentru a-l ajuta pe acesta să înţeleagă (dacă acest lucru este important pentru el şi pentru demersul terapeutic) cum s-a dezvoltat conflictul actual din conflictele bazale.

În fine, în alte forme de psihoterapii validate ştiinţific se utilizează toate cele trei componente ale triunghiului psihoterapeutic, conflictele din cadrul relaţiei

psihoterapeutice, interpretate prin prisma conflictelor bazale, fiind utilizate pentru a-i modela pacientului rezolvarea conflictelor actuale. Uneori conflictele bazale pot fi ignorate, cele din cadrul relaţiei terapeutice fiind utilizate direct pentru a-l ajuta pe pacient să înţeleagă conflictele actuale.

Evaluarea modelului

Aspecte pozitive	*Aspecte negative*
- a orientat interesul spre mecanisme etiopatogenetice de ordin psihologic (cauzalitate psihologică pentru simptomatologie psihică şi somatică); - a stimulat dezvoltarea psihologiei; - psihanaliza este un element atacat de toate celelalte curente - apar orientări alternative.	- a orientat focalizarea psihologiei pe probleme psihopatologice, ignorând subiecţii normali; - a devenit foarte influentă, o adevărată instituţie inertă la schimbare (prezintă opacitate la nou); - teoria psihanalitică nu e verificabilă/falsificabilă.

Temă de reflecţie

Unul dintre cazurile celebre în literatura psihanalitică este cel al "Micului Hans". Hans era un băieţel de patru ani care prezenta o teamă intensă atunci când vedea cai. Deoarece familia sa locuia în apropierea unui han unde staţionau multe căruţe, Hans evita să iasă afară din casă pe motiv că-i este teamă de zgomotul pe care l-ar face caii căzând (asistase în copilărie la prăbuşirea unui cal care transporta o căruţă foarte încărcată). Interpretarea psihanalitică accentua ideea de teamă de castrare legată de complexul Oedip (caii, mari şi puternici ar fi imaginea simbolică a tatălui său) . Găsiţi explicaţii umanist-experienţiale şi cognitiv-comportamentale la acest caz.

Probabil că cele mai reprezentative şcoli din abordarea dinamic-psihanalitică sunt psihanaliza clasică (S. Freud), psihanaliza jungiană (Jung), psihanaliza adleriană (Adler), psihanaliza eului (A. Freud, Hartman), psihanaliza supraeului/culturală (E. Fromm) şi abordările (psihanalitice) dinamice (Davenloo, Malan, Sifneos). Psihanaliza freudiană este prototipul acestor şcoli (vezi pentru detalii aici http://www.ipa.org.uk/ şi arhiva lucrprilor aici: http://www.freudarchives.org/), iar abordarea lui David Malan este prototipul pentru abordările mai noi, psihodinamice (Malan, D. (1999) *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics* (2nd edn). Oxford: Butterworth-Heinemann.).

Abordarea umanist-experienţială

De reţinut

Asumpţii de bază:

⇒ nondeterminismul – voinţă liberă, dreptul de a alege;

⇒ trăirea subiectivă, ca fiind cel mai important lucru;

⇒ subiectul uman trebuie studiat ca şi întreg, nu pe părţi (personalitatea este o unitate coerentă şi nu o sumă de secţiuni separate – vezi id, ego, superego);

⇒ fiecare subiect uman este unic - nu există legi generale despre modul în care funcţionează fiinţa umană;

⇒ metoda de studiu a subiectului uman – fenomenologia (actul de a gândi, memora, şi nu obiectele care declanşează percepţia, etc.);

⇒ nu hedonismul este forţa principală, ci sensul (căutăm sensul).

A - Z
Definiţie

Abordarea umanist-experienţială porneşte de la premisa că patologia psihică şi psihosomatică apare ca urmare a faptului că experienţele negative de viaţă blochează forţele pozitive care stau la baza personalităţii noastre. Dintre aceste forţe fac parte nevoia de securitate, afiliere, autorealizare, etc. Pentru a debloca aceste forţe pozitive şi implicit pentru a ameliora

patologia este nevoie de asigurarea unui context psihoterapeutic caracterizat prin empatie, acceptare necondiţionată şi congruenţă.

Empatia se referă la faptul că terapeutul înţelege cele comunicate de pacient ca şi cum ar fi în locul său, "ca şi cum ar fi el", fără însă a se identifica cu pacientul. Odată înţelese cele comunicate de pacient, ele trebuie comunicate acestuia înapoi într-o formă empatică. În mod normal, cele comunicate de pacient în cursul terapiei cuprind referiri la situaţii de viaţă sau situaţii interne ale subiectului şi la reacţiile sale comportamentale şi emoţionale la situaţiile respective. Reflectarea terapeutică empatică lasă să se vadă cele comunicate de pacient într-o formă structurată (ex.: evenimentul X generează comportamentul X producând trăirea subiectivă X), insistând asupra trăirilor sale emoţionale. Truax şi Tausch au elaborat o scală (vezi mai jos) pentru a evalua gradul de empatie a reflectărilor terapeutice. De obicei, prototipul reflectării empatice începe cu: "din cele ce mi-ai spus…" sau "înţeleg că…" sau "din cele ce mi-ai povestit înţeleg că…", urmând apoi mesajul propriu-zis.

Scala de empatie Truax-Tausch. Numărul maxim de puncte este 12. Cu cât scorul este mai mare cu atât terapeutul prezintă un grad de empatie mai mare.

0-2 puncte:	Terapeutul pune întrebări, formulează critici, dă sfaturi.
2-4 puncte:	Terapeutul reflectă aspecte exterioare (evenimente, comportamente) la care pacientul a făcut referire.
4-6 puncte:	Reflectările terapeutului includ şi trăiri ale pacientului, dar de importanţă secundară.
6-8 puncte:	Terapeutul reflectă o parte din trăirile principale ale pacientului (ex. din 3-4 trăiri majore, reflectă una).
8-10 puncte:	Terapeutul a surprins majoritatea sentimentelor exprimate de pacient.

10-12 puncte: Terapeutul a surprins toate conţinuturile semnificative exprimate de pacient,
punându-le uneori într-o formă metaforică ce facilitează relaţia terapeutică.

Exemplu:

Pacientul:

Prietena mea este extrem de sensibilă şi neajutorată. Totdeauna trebuie să o sprijin, să o ajut, chiar dacă uneori am eu nevoie de sprijin şi ajutor. Aceasta mă oboseşte şi mă enervează uneori atât de tare încât o urăsc şi aş dori să o văd moartă şi să mă lase în pace.

Reflectările terapeutului:

0-2 puncte: Nu e bine să doreşti moartea prietenei tale; cel mai bun lucru ar fi să te odihneşti, eventual să-ţi iei o vacanţă şi să pleci undeva singur. Apoi ar trebui să te aduni mai bine pentru a putea rezolva situaţia.

2-4 puncte: Din cele ce îmi spui, înţeleg că prietena ta are frecvent nevoie de ajutorul tău, ajutor pe care tu îi oferi întotdeauna.

4-6 puncte: Înţeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te oboseşte.

6-8 puncte: Înţeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te oboseşte, simţind nevoia de puţină linişte.

8-10 puncte: Din ce mi-ai spus am înţeles că prietena ta este foarte neajutorată şi astfel te solicită extrem de mult, iar acest lucru te oboseşte, simţind nevoia de puţină linişte la care nu poţi ajunge alături de ea, ceea ce te face să-ţi urăşti prietena şi să-i doreşti moartea uneori.

10-12 puncte: Te simţi ca un sclav suprasolicitat.

Comunicarea empatică cu pacientul generează încredere reciprocă, facilitând evoluţia terapiei şi eliminând reticenţele pacientului prin oferirea unui cadru interpersonal cald, tolerant, înţelegător.

Acceptarea necondiţionată presupune acceptarea pacientului cu toate problemele sale, acceptarea lui ca întreg, ca om, fără ca aceasta să însemne faptul că suntem de acord cu ce

face sau gândeşte. Îl acceptăm ca persoană care are nevoie de ajutor, nu pentru a fi de acord cu el sau a-l încuraja să continue. Acest lucru este foarte important în terapie. Pacientul, văzând că este acceptat necondiţionat, începe să se accepte şi el necondiţionat, să fie mai tolerant cu el însuşi, cu simptomele sale, reducându-se astfel gradul de vinovăţie şi crescând stima de sine, cu implicaţii pozitive pentru continuarea tratamentului şi ameliorarea simptomatologiei.

Congruenţa se referă la gradul de suprapunere între comportamentul manifest al terapeutului şi comportamentul interior. Orice discrepanţă generează îndoieli şi neîncredere din partea pacientului, cu efecte negative asupra evoluţiei terapiei.

Congruenţa presupune conştientizarea din partea terapeutului a trăirilor emoţionale vizavi de pacient, atât a celor pozitive cât şi a celor negative iar apoi comunicarea lor către pacient. Sigur, rămâne la latitudinea terapeutului alegerea momentului comunicării astfel încât cele comunicate să nu interfereze cu procesul terapeutic.

În cazul în care cele comunicate au un conţinut negativ, ele trebuie să fie date în termenii "eu comunicare" şi nu "tu comunicare" pentru a avea un impact favorabil asupra pacientului. "Eu comunicare" se referă la faptul că se insistă pe obiecţii aduse comportamentului pacientului şi nu lui ca persoană. Apare astfel posibilitatea ca el să îşi modifice comportamentul criticat; de asemenea se evidenţiază impactul negativ al comportamentului asupra terapeutului şi trăirile pe care acesta le experienţiază, stimulând astfel schimbarea comportamentului în cazul unei relaţii terapeutice adecvate. "Tu comunicare" se referă la faptul că pacientul este criticat pentru comportamentul său global; aceasta sugerează că nu ar fi nimeni care să schimbe acest comportament deoarece însuşi cel care îl produce este vinovat.

Ex. Pacientul întârzie la şedinţe. Odată ce terapeutul conştientizează faptul că acest lucru îi generează nervozitatea, urmează comunicarea:

tu comunicare: - "Eşti neserios şi împrăştiat"

eu comunicare: - "Faptul că întârzii la şedinţe (focalizare pe comportament, pe eveniment, duce la posibilitatea ca eul să facă schimbarea) mă pune în dilemă (eu sunt în dilemă): să amân şedinţele cu ceilalţi pacienţi sau să lucrez mai puţin cu tine".

Prin reflectările empatice structurate pe care le face, terapeutul ajută pacientul să descopere mecanismele tulburărilor sale. Odată clarificate aceste mecanisme, pacientul, de cele mai multe ori singur, dar la nevoie şi ajutat de terapeut, ştie şi poate elabora modalitatea eficace de rezolvare a simptomatologiei. Scurt spus, în acest caz terapeutul oferă explicaţia indirect, dând impresia pacientului că a descoperit-o singur, ceea ce ar contribui la o mai mare acceptare a explicaţiei de către pacient.

Sugestii pentru formularea unor critici:

- înainte de critică spui ceva pozitiv;
- critici comportamentul, nu persoana;
- evidenţiezi consecinţele negative faţă de tine (emoţionale şi comportamentale);
- sugerezi un comportament dezirabil în locul celui criticat;
- anticipezi o pedeapsă pentru menţinerea comportamentului indezirabil / o recompensă pentru schimbarea acestuia.

Abordarea rogersiană

Conform abordării rogersiene, fiinţa umană trebuie văzută ca un întreg unitar şi independent (Sinele). Dezvoltarea Sinelui depinde de prezenţa mai multor factori, unii înnăscuţi, alţii care ţin de mediul social în care trăieşte persoana (Rogers, 1961):

1. Valorizarea instinctivă a aspectelor utile (Organismic valuing) - organismele au învăţat în filogeneză şi ştiu din instinct ce este bine sau bun pentru ele.
2. Aprecierea necondiţionată (Positive regard) – desemnează iubirea, afecţiunea, atenţia, grija şi este unul dintre aspectele pe care le valorizăm în mod instinctiv ca fiinţe umane.
3. Aprecierea de sine necondiţionată (Positive self-regard) – desemnează stima de sine, autovalorizarea, imaginea de sine pozitivă, valorizate de toate fiinţele umane. Aprecierea de sine necondiţionată se formează în cursul dezvoltării ontogenetice, ca urmare a interacţiunii cu persoane care ne apreciază.
4. Condiţii de valorizare (Conditions of worth) – în cursul dezvoltării noastre ontogenetice, personele din jur ne oferă ceea ce avem nevoie doar dacă satisfacem anumite condiţii care ne fac să „meritām” ceea ce primim.

5. Aprecierea de sine condiţionată (Conditional positive self-regard) – ca urmare a prezenţei condiţiilor de valorizare în viaţa noastră, în timp învăţăm să ne apreciem doar dacă putem să satisfacem anumite standarde.
6. Sinele ideal (Ideal self) – Consecinţa prezenţei în mediul în care trăim a condiţiilor de valorizare, aprecierea condiţionată din partea celor din jur, aprecierea de sine condiţionată şi blocarea tendinţelor de autoactualizare este formarea Sinelui ideal, pe care nu îl vom putea atinge niciodată.
7. Sinele real (Real self) – Consecinţa valorizării instictive a aspectelor folositoare, a aprecierii necondiţionate, a aprecierii de sine necondiţionate şi a tendinţelor spre autoactualizarea este structurarea Sinelui real (adică a persoanei care poţi deveni dacă totul merge bine, în condiţiile în care contextul este favorabil).

Toate fiinţele umane posedă nevoia de autoactualizare, adică de a-şi realiza pe deplin potenţialul de creştere şi dezvoltare. În plus, ne naştem cu capacitatea de a recunoaşte acele lucruri sau aspecte care ne sunt folositoare în dezvoltare, şi valorizăm în mod instinctiv iubirea, afecţiunea, atenţia, grija – într-un cuvânt aprecierea necondiţionată.

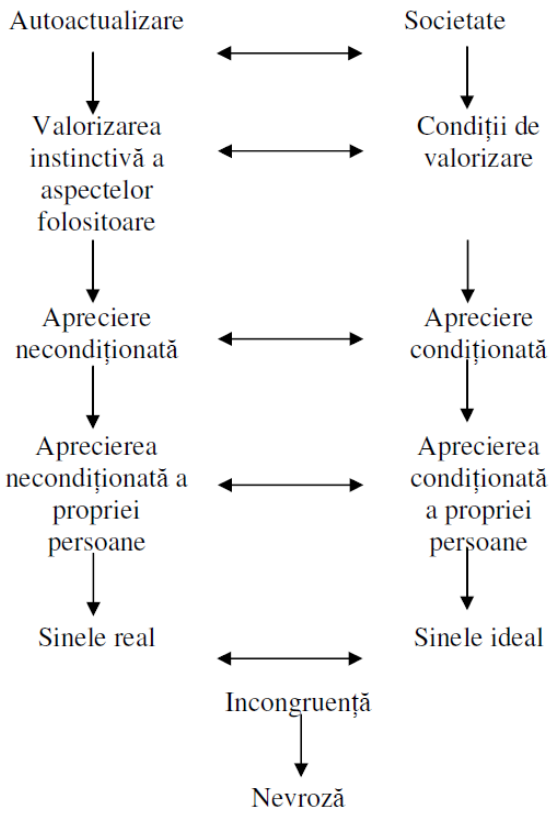


Figura 5. Mecanismele etiopatogenetice implicate în patologie conform abordării rogersiene.

Dacă mediul în care trăim ne permite să utilizăm aceste capacităţi naturale pentru a ne realiza potenţialul de care dispunem, ne vom dezvolta în mod armonios şi vom deveni persoane pe deplin adaptate şi funcţionale (fully-functioning persons).

Deseori însă, mediul social impune anumite condiţii de valorizare, adică anumite criterii pe care trebuie să le atingem pentru a fi valorizaţi de cei din jur şi de societate. Aceste condiţii de valorizare pot interfera cu ceea ce ar trebui să facem pentru a ne satisface nevoile de autoactualizare şi cu lucrurile pe care le valorizăm instinctiv. Ca urmare, vom dezvolta o apreciere se sine condiţionată, iar Sinele nostru ideal va desemna persoana care am dori să fim, dar nu vom ajunge niciodată. Discrepanţa dintre ceea ce suntem (Sinele real) şi ceea ce ar trebui să fim (Sinele ideal) se numeşte **incongruenţă/discrepanţă**. Consecinţa prezenţei incongruenţei este suferinţa psihică de tip nevrotic.

În situaţiile în care persoana sesizează o discrepanţă între ceea ce este şi ceea ce ar trebui să fie (ca urmare a prezenţei condiţiilor de valorizare), trăirea subiectivă va fi una de distres. Altfel spus, situaţiile ameninţătoare sunt cele în care persoana nu poate primi apreciere deoarece nu corespunde condiţiilor de valorizare. Răspunsurile posibile în situaţiile ameninţătoare sunt fie evadarea din situaţie sau evitarea situaţiei, fie apelul la mecanisme defensive.

Conform lui Carl Rogers, există două tipuri de defense: (1) negarea şi (2) distorsiunea perceptivă.

(1). Negarea – se referă la evitarea situaţiei efective şi la blocarea conştientizării sau reamintirii unui eveniment ameninţător.

(2). Distorsiunea perceptivă se referă la reinterpretarea situaţiei în termeni mai puţin ameninţători pentru propria persoană (ex. recursul la atribuiri externe).

Departe de a rezolva problema, utilizarea acestor mecanisme defensive duce la adâncirea diferenţei dintre Sinele ideal şi Sinele real, ceea ce are drept consecinţă utilizarea tot mai frecventă a defenselor. În final, persoana este depăşită de situaţie, comportamentul acesteia devine haotic, emoţiile sunt din ce în ce mai inadecvate, iar Sinele se dezintegrează, rezultând psihoza.

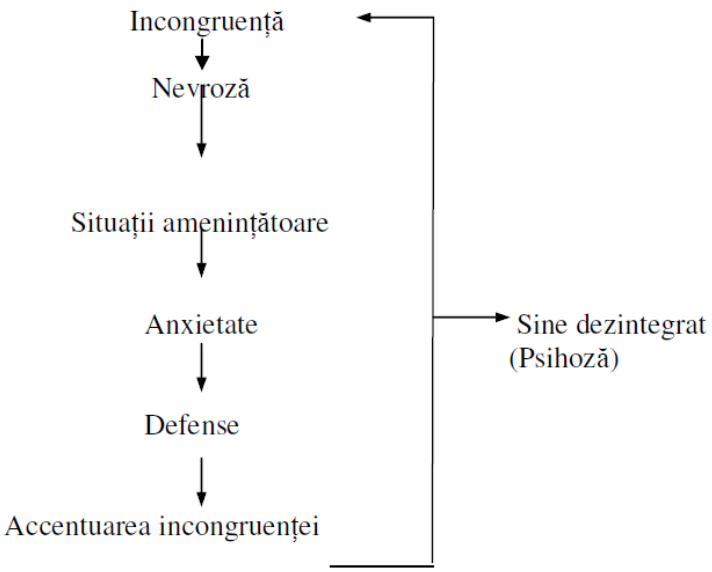


Figura 6. Mecanisme etiopatogenetice implicate în tulburări de tip psihotic după abordarea rogersiană.

Limite:

Ca şi în cazul abordării dinamic-psihanalitce puţine aspecte teoretice elaborate în această paradigmă au supravieţuit studiilor ştiinţifice sau au fost testate ştiinţific. Dificultatea în a operaţionaliza „forţele pozitive" sau celelalte constructe ale acestui demers (ex., sinele ideal) a făcut ca aceste abordări să nu penetreze serios fluxul principal de informaţii din psihologie, deşi ele sunt încă bine reprezentate în domeniul psihologiei clinice, mai ales la nivelul construirii relaţiei terapeutice. Evident că această reprezentare nu este una omogenă; în timp ce anumite abordări sunt mai riguroase şi bine reprezentate în domeniul clinic (ex., terapia rogersiană) altele (ex., abordarea neurolingvistică) sunt considerate invalidate sau fără valenţă euristică evidentă la momentul actual. Este drept că deşi nu se regăsesc în lucrările majore de psihologie şi psihiatrie astfel de abordări (ex., programarea neurolingvistică) pot fi regăsite în programe de formare profesională oferite studenţilor de diverse grupuri şi institute.

Evaluarea modelului

Aspecte pozitive	Aspecte negative
- pune accentul pe latura emoţională, ignorată până atunci; - are la bază ideea de nondeterminare (destinul ni-l facem noi); - este a treia forţă în psihologie (evidenţiază alte aspecte, deşi nu a reuşit să se impună).	- a pornit „pompos", promiţând mai mult decât a putut da (a criticat behaviorismul şi psihanaliza, dar nu a oferit o tehnologie psihologică alternativă); - a împins psihologia spre o latură neştiinţifică (negând existenţa legilor generale).

Temă de reflecţie

Faceţi reflectări empatice şi evaluaţi-le pe scara Truax-Tausch:

Clienta: Iubitul meu nu mă sună să îmi spună că trebuie să rămână după program. Acest lucru mă face să fiu foarte nervoasă şi să mă gândesc că nu îmi spune adevărul. Sincer, cred ca are pe altcineva. Mi-ar fi foarte greu dacă aş afla că acest lucru este adevărat.

Clientul: Mă enervează că prietena mea cea mai bună întîrzie de fiecare dată când ieşim în oraş. Nici nu mă sună să mă anunțe că va trebui să o aştept și nici nu își cere scuze.

Clientul: Mă irită la culme faptul că şeful meu mă tot critică. Ai crede că nu fac nimic bine şi asta e o nedreptate! Mi-a şi spus că dacă nu devin mai eficient o să mă dea afară!

Probabil că cele mai reprezentative şcoli din această paradigmă sunt terapia rogersiană (Rogers), logoterapia (Frankl), terapia gestaltistă (Pearl). Psihoterapia rogersiană este prototipul acestei paradigme (vezi aici: http://www.nrogers.com/carlrogersbio.html şi aici: http://www.psychnet-uk.com/x_new_site/psychotherapy/psychotherapy_client_centered.html). Abordarea rogersiană este cel mai bine reprezentată/definită de lucrările lui Carl Rogers (lucrări cheie: Rogers, C. (1951). Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory. London: Constable; Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In (ed.) S. Koch, *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context.* New York: McGraw Hill; Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable), ale unor autori ai domeniului (Kirschenbaum, H., şi Henderson, V. (1989). The Carl Rogers reader. Houghton Mifflin Harcourt; Patterson, C. H. la http://www.sageofasheville.com/pub_downloads/CARL_ROGERS_AND_HUMANISTIC_EDUCATION.pdf), de unele scrieri istorice în care este descrisă sintetic abordarea (Hergenhahn, B. R. (1986): An introduction to the history of psychology, Wadsworth, Inc.) şi de unele scrieri biografice (Boeree, C.G. (1998). Carl Rogers. 1902-1987. Accesat la http://webspace.ship.edu/cgboer/rogers.html).

Abordarea cognitiv-comportamentală.

De reţinut

Abordarea cognitiv-comportamentală este fundamentată de câteva principii, prezentate în continuare:

⇒ Problemele psihice sunt răspunsuri dezadaptative învăţate, susţinute de cogniţii disfuncţionale (dezadaptative/iraţionale); mare parte din psihopatologie este rezultatul gândirii disfuncţionale;

⇒ Factorii generatori ai gândirii disfuncţionale sunt influenţele genetice şi de mediu;

⇒ Modalitatea optimă de a reduce distresul şi comportamentele dezadaptative este modificarea cogniţiilor disfuncţionale;

⇒ Cogniţiile disfuncţionale care generează psihopatologia pot fi identificate şi schimbate; modificarea acestora implică efort şi perseverenţă din partea individului.

Pornind de la aceste principii, în abordările cognitiv-comportamentale s-a dezvoltat un model terapeutic riguros şi elegant, **modelul ABC** (Ellis, 1994), cu **trei** componente principale:

A (activating events) = evenimentul activator (stimulii interni şi externi). Elementele activatoare reprezintă: **(1)** situaţii obiective**, (2)** gânduri, emoţii şi comportamente legate de acestea sau **(3)** evenimente, gânduri şi amintiri din trecut legate de situaţia actuală. A-ul antrenează întreaga personalitate a individului.

B (beliefs) = convingerile persoanei (elementul cognitiv de prelucrare informaţională). Acestea se interpun între evenimentul activator şi consecinţele comportamentale, cognitive, fiziologice sau subiective/emoţionale. Convingerile persoanei nu sunt doar declanşate de evenimentul activator, ci acestea mediază modul de percepere şi reprezentare a evenimentului activator (A).

C (consequences) = consecinţele procesării cognitive a elementului activator şi anume: răspunsuri comportamentale, biologice/fiziologice şi emoţionale.

Trebuie precizat faptul că distincţia între A, B şi C este una metodologică, făcută în scopul clarităţii explicaţiei; în realitate, cele trei componente interacţionează, ele coexistând. La aceste componente de bază se mai adaugă două, cu rol major în intervenţia psihoterapeutică, transformând modelul ABC în modelul ABCDE:

D (disputing) = restructurarea cogniţiilor dezadaptative şi iraţionale.

E (effective) = asimilarea unor noi cogniţii eficiente, adaptative şi raţionale în locul celor anterioare.

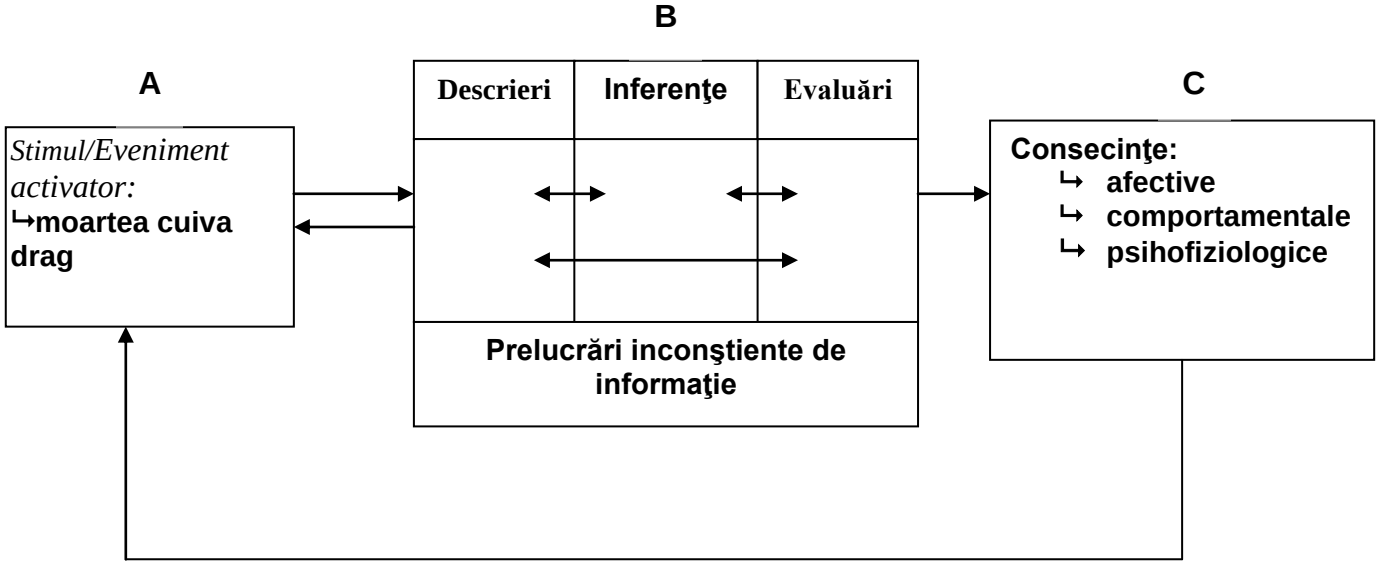


Figura 7. Arhitectura sistemului cognitiv uman din perspectiva abordării cognitiv-comportamentale.

I. Evenimentul activator (A)

Eveniment activator (A)

Stimulul este orice eveniment intern sau extern care poate afecta activitatea analizatorilor noştri.

În funcţie de nivelul de analiză ales, stimulul poate să fie:

1. simplu (ex., un spot luminos);
2. foarte complex (ex., un eveniment de viaţă precum moartea unei persoane apropiate);
3. subliminal (nu poate fi perceput conştient);
4. supraliminal (poate fi perceput conştient).

Odată perceput, el declanşează o serie de **prelucrări informaţionale**. Unele prelucrări informaţionale au un dublaj lingvistic şi, în consecinţă, pot fi conştientizate, în timp ce alte prelucrări informaţionale nu au un dublaj lingvistic, neputând pot fi conştientizate (David, 2000). Prelucrările informaţionale care au un dublaj lingvistic pot funcţiona conştient sau inconştient (ex., automatizarea unor deprinderi învăţate conştient).

Prelucrări Informaţionale (B)

II. Prelucrările informaţionale (B)

Prelucrările informaţionale care au un dublaj lingvistic pot fi analizate, în principiu, printr-o infinitate de criterii. Din punct de vedere clinic, următoarele categorii sunt cele mai importante.

Descrierile şi Inferenţele

Reprezentarea perceptuală, care este modalitatea de proiecţie a stimulului în sistemul nostru cognitiv, generează la rândul său un lanţ de prelucrări informaţionale.

Definiţie

Descrierile reprezintă acele prelucrări informaţionale care au un dublaj lingvistic şi care descriu/reflectă stimulii în sistemul cognitiv prin propoziţii de observaţie (protocolare).

Spre exemplu, „Este ora 10, iar soţia nu a ajuns încă acasă.” este o descriere. Uneori descrierea poate să fie distorsionată; de pildă, într-o situaţie problematică pacienţii anxioşi vor avea tendinţa să remarce în primul rând aspectele negative şi ameninţătoare ale acesteia (vezi de asemenea şi „figurile duble”).

Definiţie

Inferenţele pornesc de la descrieri, dar trec dincolo de actul perceptiv. De exemplu: „Faptul că soţia nu este acasă la ora 10 arată că mă înşeală şi că nu mă iubeşte”.

Dacă descrierile şi inferenţele sunt uşor accesibile conştient atunci ele sunt numite **gânduri automate** (gândurile automate includ orice tip de prelucrare informaţională, inclusiv imaginile mentale); ele au un caracter concret fiind asociate automat cu evenimente specifice de viaţă (A). **Gândurile automate** derivă din structuri cognitive de tip descrieri şi inferenţe mai generale, numite **credinţe centrale**, **codate în sistemul cognitiv sub formă de scheme cognitive.**

Descrierile şi inferenţele pot fi funcţionale sau disfuncţionale. Disfuncţionalitatea se referă la faptul că nu sunt susţinute

- **logic** (nu respectă principiile logicii);
- **empiric** (nu sunt dovezi care să le susţină);
- **pragmatic/funcţional** (nu ne ajută).

Aaron Beck a descris cele mai importante categorii de descrieri şi inferenţe disfuncţionale (definite logic şi empiric) asociate cu psihopatologia (prin această asociere sunt şi nefuncţionale):

1. *Gândirea dihotomică* – plasarea experienţelor de viaţă şi a persoanelor în două categorii distincte, diametral opuse (ex. bun-rău, inteligent-prost, frumos-urât etc.).
2. *Inferenţa arbitrară* - extragerea unei concluzii specifice, în lipsa dovezilor care să o susţină sau în prezenţa dovezilor care o infirmă.
3. *Abstracţiunea selectivă* – centrarea pe un detaliu scos din context, ignorând totodată aspectele mai relevante ale situaţiei şi conceptualizarea întregii experienţe pe baza segmentului respectiv.
4. *Minimalizarea şi maximizarea* – evaluarea eronată a semnificaţiei sau magnitudinii unui eveniment, într-o măsură suficient de mare pentru a constitui o distorsiune.
5. *Suprageneralizarea* - extragerea unei reguli generale sau concluzii pe baza unuia sau mai multor incidente izolate şi utilizarea acestei reguli în alte situaţii asociate sau nu cu incidentul respectiv.
6. *Personalizarea* – tendinţa de a asocia nejustificat evenimente externe cu propria persoană. (după Beck şi colab., 1979).

Alte **descrieri şi inferenţe**, deşi corecte logic şi empiric, (ex., „copii nu mă iubesc”), **nu** sunt funcţionale (pragmatice), generând distres; ele fac aşadar obiectul intervenţiei psihoterapeutice.

Imaginaţi-vă următoarea situaţie: este ora 21; o mamă îşi aşteaptă copilul care a promis ca vine la ora 20. Ea se gândeşte: „Poate i s-a întamplat ceva. Daca nu m-a anunţat că întârzie, e clar că i s-a întamplat ceva rău. Atunci când nu îi anunţi înseamna că nu îţi pasă de cei dragi, înseamnă că nu îi respecţi”.

Ce fel de descrieri şi inferenţe disfuncţionale identificaţi? Care ar fi alternativele funcţionale?

Definiţie

Evaluările sunt acele prelucrări informaţionale care se fac în legătură cu descrierile şi inferenţele, ele putând fi **raţionale** sau **iraţionale**. În acest context, termenul „raţional” se referă la suportul logic, empiric sau pragmatic. „Iraţional” înseamnă că ceva nu are suport logic, empiric sau pragmatic. **Albert Ellis** (1962, 1994) a descris cele mai importante procese cognitive (de prelucrare informaţională) evaluative (definite logic şi empiric) asociate cu psihopatologia (prin această asociere sunt şi nefuncţionale), pe care le prezentăm în continuare.

Trebuie absolutist versus stilul preferenţial

Specia umană are caracteristica de a avea dorinţe. Din păcate însă, realitatea nu ne satisface mereu aceste dorinţe. Discrepanţa dintre ceea ce ne dorim şi ceea ce se întâmplă este una dintre cauzele fundamentale implicate în psihopatologie (Beck, 1976; Ellis, 1994). Rezolvarea acestei discrepanţe poate lua diverse forme:

a) Budismul: cele patru adevăruri nobile ale budismului ne învaţă că: **(1)** viaţa este suferinţă; **(2)** suferinţa rezultă din dorinţă; **(3)** pentru a elimina suferinţa trebuie eliminată dorinţa; **(4)** eliminând dorinţa se ajunge la starea de nimicire şi eliberare (Nirvana). Aşadar, rezolvarea acestei discrepanţe cognitive s-ar putea face nimicind dorinţa. Un astfel de demers ar fi însă nerealist şi greu de acceptat pentru cultura europeană şi nord-americană, în care dorinţele sunt cultivate.

b) Şcoala Epicuriană sugera nu eliminarea dorinţelor, ca în varianta budistă, ci reducerea lor drastică la un set care să asigure nevoile de bază, biologice şi sociale. În acest fel, având mai puţine dorinţe, probabilitatea ca ele să fie nesatisfăcute scade şi oamenii pot trăi într-o stare psihologică de pace sufletească (ataraxie).

c) Şcoala Stoică rezolvă problema discrepanţei arătând că aceasta este o iluzie. Stoicii erau panteişti, considerând că Dumnezeu este prezent în tot ceea ce există. Dacă Dumnezeu este în tot, atunci cum poate exista răul? Răul nu există spuneau stoicii. Răul este corelatul binelui. Binele, aşadar, nu poate există fără rău şi în consecinţă, răul este bine! Această etică eroică a stoicilor poate merge până la afirma că un stoic înlănţuit şi torturat este liber căci nimeni nu îi poate lua libertatea de a simţi durere.

Oricât de interesante sunt aceste abordări filosofice, ele ar putea fi asimilate doar de un segment îngust din populaţie. Pornind de la analiza mecanismelor de bază ale funcţionării cognitive, psihologia (Beck, 1976; Ellis, 1962) propune o perspectivă care acoperă un segment larg al populaţiei. **Putem avea un număr nelimitat de dorinţe, ceea ce contează este modul în care le formulăm**! Unii dintre noi uită uneori că nu sunt dumnezei şi pornind de la dorinţe fac un salt metafizic şi ajung să considere că dacă ei doresc ceva, atunci acel ceva trebuie cu necesitate să se întâmple. Raţional ar fi să ne dorim cât mai multe lucruri, dar să nu uităm că simplu fapt că ne dorim ceva, oricât de mult, nu înseamnă că acel lucru trebuie să se întâmple. Aşadar, în timp ce **formularea absolutistă şi rigidă a dorinţelor în termeni de „trebuie" este un proces cognitiv iraţional, formularea preferenţială şi flexibilă este un proces cognitiv raţional**. Alternativa la formularea absolutistă nu este aşadar acceptarea-nepăsarea, ci formularea intensă a unor dorinţe în termeni preferenţiali.

Un analist fin, dar încă novice în abordările cognitiv-comportamentale ar putea întreba „Cum rămâne atunci cu codurile etice şi morale?" Dumnezeu nu a spus că „…ar fi de dorit să nu furi", ci formularea este în sens imperativ. O analiză atentă a demersului cognitiv-comportamental arată că aceasta este o pseudoproblemă. Dacă „trebuie" apare ca o condiţie într-un proces cognitiv de tipul „Dacă…atunci", el este considerat raţional. Spre exemplu:

„Dacă eşti un bun creştin, atunci trebuie să nu furi” sau „Dacă vrei să intri la şcoala militară, atunci trebuie să treci testul psihologic”. Deşi în aceste exemple „trebuie” este imperativ, el nu este absolutist şi rigid deoarece noi optăm liberi dacă suntem sau nu buni creştini sau dacă vrem sau nu să mergem la şcoala militară. Odată ce avem aceste opţiuni, „trebuie” devine imperativ. Aşadar, dacă „trebuie” apare într-o formulare condiţională el este raţional. Evident, este important ca însăşi condiţionarea să fie una raţională, acceptată social. Mulţi pacienţi dezvoltă condiţionări iraţionale: „Dacă vreau să fiu iubită de soţ, trebuie să-i accept toate toanele”; în acest caz, deşi „trebuie” este condiţional, el este iraţional deoarece condiţionarea însăşi este una iraţională.

Temă de reflecţie

Daţi exemple de situaţii în care un stil de gândire absolutist ne ajută. Argumentaţi.

Catastrofarea versus non-catastrofarea:

În situaţii negative de viaţă unii oameni au tendinţa de a aloca totalitatea resurselor lor cognitive prelucrării acestor evenimente de viaţă. A **catastrofa** înseamnă *a evalua un eveniment negativ ca fiind cel mai rău lucru care ţi se poate întâmpla.*

Iraţionalitatea - aşa cum este exprimată aici - se referă la faptul că oricât de sever ar fi un eveniment negativ, a-l evalua ca fiind cel mai rău lucru care se poate întâmpla este eronat. În principiu, putem oricând găsi un eveniment potenţial care să fie mai rău decât ceea ce noi definim la un moment dat ca fiind răul cel mai mare. Procesul raţional este de a evalua un eveniment negativ pe un continuum, ţinând cont de faptul că oricât de rău este ceea ce s-a întâmplat nu putem afirma că este cel mai rău lucru care ni se poate întâmpla. Transformarea acestor cunoştinţe în proceduri clinice nu este un lucru uşor.

Dacă ar fi să vă gândiţi, care ar fi cel mai rău lucru care vi s-ar putea întâmpla? După ce daţi răspunsul încercaţi să alte elemente care să facă situaţia şi mai rea decât v-aţi imaginat-o anterior. Comparaţi apoi „cel mai rău lucru din lume" cu situaţiile pe care persoanele în general le consideră a fi groaznice/ catastrofale.

Toleranţa scăzută la frustrare versus toleranţa crescută la frustrare:

Ca proces cognitiv iraţional, *toleranţa scăzută la frustrare* se referă la evaluarea unei situaţii ca fiind intolerabilă, în sensul că este imposibil de acceptat şi trăit cu ea. Procesul cognitiv raţional se referă la faptul că evaluăm o situaţie ca fiind foarte dificil de tolerat, dar faptul că nu ne place nu înseamnă că este imposibil de trăit cu ea; faptul că nu suntem dispuşi să o mai tolerăm şi că facem tot ce depinde de noi să o schimbăm, nu înseamnă că este imposibil de tolerat.

Evaluarea globală versus evaluarea contextuală:

Evaluarea în termeni globali este o caracteristică a speciei noastre. Avem în mod natural tendinţa de a ne **evalua pe noi înşine** (ex., incapabil/valoros), **pe ceilalţi** (buni/răi) şi **realitatea** (dreaptă/nedreaptă). Aceste evaluări se fac adesea pornind doar de la câteva comportamente sau fenomene. Din punct de vedere logic acest proces este o eroare deoarece nu putem trage concluzii ferme şi generale într-un raţionament de tip inductiv. Altfel spus, faptul că avem eşecuri nu înseamnă că suntem incapabili, ci doar că avem comportamente insuficient de performante. Noi trebuie să ne acceptam necondiţionat ca persoane pentru simplul fapt că existăm şi să învăţăm să ne evaluăm **comportamentele**, care dacă sunt neperformante trebuie îmbunătăţite.

Acest lucru este valabil şi în cazul evenimentelor pozitive. A spune în urma unor succese că suntem buni este tot un proces iraţional de evaluare globală.

Implicaţiile sunt uriaşe. Acest demers este similar cu textul biblic, care spune că nu trebuie să pedepsim păcătosul ci păcatul. Şi noi, ca terapeuţi, acceptăm necondiţionat

pacientul, însă nu şi comportamentele sale; lucrăm împreună cu el (cel acceptat) să şi le schimbe. În acest sens, nu avem nici o problemă în a accepta în terapie criminali, violatori etc. deoarece, deşi îi acceptam ca persoane, nu suntem de acord cu comportamentele lor şi lucrăm împreună să le schimbăm. În cadrul intervenţiei terapeutice pacienţii sunt învăţaţi în mod activ şi directiv să conştientizeze şi să accepte faptul că fac parte dintr-o structură socială în cadrul căreia trebuie să manifeste grijă şi înţelegere pentru cei din jur; acest lucru presupune acceptarea celorlalţi ca fiinţe umane valoroase, indiferent dacă se comportă moral, competent sau corect, fără însă a le accepta comportamentele sau gândurile negative sau greşite. Totodată, având în vedere că oamenii sunt înclinaţi să caute mereu gratificarea imediată şi împlinirea rapidă a dorinţelor lor, unul dintre obiectivele intervenţiei noastre este ca pacienţii să înveţe să îşi urmărească cu realism scopurile, fără a emite expectanţe iluzorii asupra condiţiilor de viaţă.

Analizele de psihologie evoluţionistă (vezi şi Ellis, 1994) arată că evaluările iraţionale sunt **rezultatul** unui proces adaptativ. Timp de zeci de mii de ani specia noastră s-a adaptat la un mediu şi sarcini relativ simple (ex., a găsi hrană, adăpost şi a procrea). **În acest mediu**, un stil iraţional era adaptativ: sarcinile fiind simple, o hipermotivare în termeni de „trebuie" nu afecta performanţa; un stil catastrofic de gândire te proteja în măsura în care erai mereu vigilent şi gata să reacţionezi la pericol, fie că acesta era sau nu real; toleranţa scăzută la frustrare te ajuta să schimbi situaţia (ex. să ucizi masculul dominat pentru a-i lua locul), iar evaluarea globală îţi permitea categorizarea rapidă a fiinţelor sau lucrurilor din jurul tău (ex., utile sau inutile). **În mediul modern, hipercomplex**, sarcinile sunt complicate şi deschise. *Ceea ce era util într-un mediu simplu şi bine definit devine vulnerabilitate la boală într-un mediu complex.* O hipermotivare în sarcini complexe duce la scăderea performanţei. O anticipare a pericolului în situaţii sociale controlate (ex., în faţa unei clase) duce la ceea ce numim „anxietate de performanţă". O toleranţă scăzută la frustrare care se exprima în acte violente este drastic pedepsită. Evaluarea globală manifestată prin dispreţ faţă de ceilalţi sau faţă de propria persoană debilitează individul în interacţiunile sale sociale. Studiile existente sugerează că în timp ce **iraţionalitatea ridicată** generează **emoţii care implică supraactivare sau subactivare fiziologică**, **nivelurile scăzute de iraţionalitate** se asociază mai degrabă cu o **activare**

fiziologică medie spre ridicată (David, Montgomery, Macavei şi Bovbjerg, 2005). Conform legii optimului motivaţional (Yerkes şi Dodson, 1908) până la un punct, cu cât creşte intensitatea motivaţiei creşte şi performanţa în sarcină, după care o creştere a motivaţiei duce la o scădere a performanţei. Altfel spus, o activare fiziologică medie spre ridicată dată de prezenţa unor scopuri formulate în termeni preferenţiali şi asociată cu emoţii funcţionale ar susţine performanţa optimă în sarcini complexe. În timp ce stilul preferenţial se asociază cu emoţii funcţionale şi ne menţine în zona optimului motivaţional, stilul absolutist se asociază cu emoţii disfuncţionale şi poate duce la o motivare excesivă însoţită de o scădere a performanţei. Aşadar, **un stil iraţional într-un mediu complex constituie un factor de vulnerabilitate spre psihopatologie**. Deşi în sarcini simple şi bine structurate cei care au un patern dominant iraţional pot fi la fel de performanţi ca cei cu un patern cognitiv dominant raţional, ei sunt serios afectaţi în ceea ce priveşte starea de sănătate. Iraţionalitatea este un factor de vulnerabilitate. Apariţia tabloului clinic este condiţionată de apariţia evenimentelor care pun în mişcare vulnerabilitatea. Dacă evenimentele de viaţă confirmă iraţionalitatea, nu va apărea tabloul clinic. Spre exemplu, un proces iraţional de genul „Trebuie să fiu apreciat de toţi colegii, altfel este groaznic" nu va genera psihopatologie dacă se întâmplă ca în prezent toţi colegii să mă respecte. Acest proces iraţional este însă un factor de vulnerabilitate, căci dacă în viitor se întâmplă ca anumiţi colegi să nu mă mai respecte aş putea ajunge să resimt o serie de emoţii negative.

Temă de reflecţie

Găsiţi exemple concrete care să ilustreze faptul că evaluarea globală era adaptativă în mediul primitiv. De ce este ea astăzi iraţională/ disfuncţioanală? Oferiţi şi aici exemple de situaţii în care evaluarea propriei persoane, a celorlalţi sau a lumii în termeni globali are consecinţe dezadaptative.

1. *Prelucrări informaţionale inconştiente*

Uneori între evenimentul activator **(A)** şi consecinţe **(C)** se interpun **prelucrări informaţionale inconştiente (B).** Aceste prelucrări informaţionale nu pot fi conştientizate, ele bazându-se pe structuri subcorticale (ex. amigdala). Consecinţele lor devin însă un nou eveniment activator care poate amorsa prelucrări informaţionale conştiente. Unii autori (Beck, 1976; Ellis, 1994) sugerează că consecinţele acestor prelucrări informaţionale în cazul speciei umane **nu** sunt suficient de puternice pentru a deveni clinice. Ele sunt însă suficient de puternice pentru a deveni un eveniment activator care declanşează evaluări iraţionale care la rândul lor au consecinţe clinice; aşadar, indiferent dacă consecinţele lor directe sunt de intensitate clinică sau nu, aceste prelucrări informaţionale sunt mecanisme importante în lanţul etiopatogenetic. Modificarea lor se poate face prin tehnici comportamentale (vezi David, Holdevici, Szamoskozi şi Băban, 2000).

Funcţii ale prelucrărilor informaţionale

Unele prelucrări informaţionale pot avea funcţie de **mecanism de coping**. Aceasta se întâmplă atunci *când ele urmează unui eveniment activator de tip stare afectivă şi prin ele încercăm să modulăm starea afectivă.* Altfel spus, un **mecanism de coping** nu este o structură cognitivă, ci este o funcţie pe care o dobândeşte o structură cognitivă atunci când are rolul de o modula o stare afectivă (Cramer, 1998).

Exemplu:

Prezenţa unei stări afective negative determinată de autodepreciere („sunt incapabil”) poate fi redusă prin compensarea autodeprecierii prin prelucrări informaţionale de genul „dacă lucrez serios şi de două ori mai mult ca ceilalţi atunci voi avea şi eu o performanţă bună; totul trebuie să fie perfect!” O astfel de persoană va avea un comportament perfecţionist fiind evaluată adesea ca serioasă şi de încredere. Evident că un stil perfecţionist poate rezulta şi fără procesul de compensare, dintr-un stil cognitiv raţional „fac tot ceea ce depinde de mine să fiu bun dar accept faptul că uneori voi avea eşecuri”. Deşi în situaţii normale cele două persoane din exemplul de mai sus nu s-ar deosebi sub aspectul performanţei comportamentale, în situaţii de criză şi de aglomerare a sarcinilor, cea care utiliza un mecanism de compensare poate claca, apărând

simptome nevrotice. Constructele care pot fi utilizate pentru a descriere cele două situaţii sunt cele de **sănătate mentală iluzorie** şi de **sănătate mentală**. **Sănătatea mentală iluzorie** se referă la faptul că există o vulnerabilitate mare pentru psihopatologie care însă este bine compensată. **Sănătate mentală** se referă la o stare de bine fizic, psihic şi social în condiţiile unei vulnerabilităţi scăzute pentru psihopatologie.

Temă de reflecţie

Ca urmare a unei stări emoţionale negative, o persoană dezvoltă ca mecanism de coping o credinţă de genul: „dacă vreau ca ceilalţi să mă accepte, trebuie să le accept toate părerile şi comportamentele. Dacă las de la mine şi nu mă cert cu nimeni, ceilalţi nu mă vor respinge." Ce fel de consecinţe negative pot fi urmarea acestui mod de gândire? Care ar fi o alternativă funcţională?

III. Consecinţe (C)

Consecinţe (C)

Consecinţele prelucrărilor informaţionale (conştiente sau inconştiente) sunt adaptative sau dezadaptative. Ele se manifestă la trei niveluri:

(1) subiectiv/emoţional;

(2) comportamental;

(3) fiziologic;

Interacţiunile acestor niveluri împreună cu prelucrările_informaţionale asociate formează tulburări psihice specifice sau experienţe integrative (ex. altruism).

Odată generate, aceste consecinţe devin un nou stimul (A2), generând un alt lanţ de prelucrări informaţionale, numite metacogniţii (B2), şi alte consecinţe, numite metaconsecinţe (C2), care la rândul lor generează un alt lanţ şi aşa mai departe, după modelul de mai jos:

A ⟶ B ⟶ C/A2 ⟶ B2 ⟶ C2

unde: A (dificultăţi de comunicare în cuplu); B (dacă mă părăseşte este groaznic); C (panică); B2 (faptul că am aceste stări de panică arată că sunt o persoană slabă); C2 (stare depresivă).

Temă de reflecţie

Completaţi tabelul de mai jos pornind de la un element activator.

A ANTECEDENTE	B GÂNDURI	C CONSECINŢE
Rezumaţi pe scurt situaţia (A) în legătură cu care vă faceţi probleme (ex. ce ar vedea o cameră video?)	Cerinţe **absolutiste** (ex. trebuie absolutist); **Catastrofarea** (ex. este groaznic, îngrozitor, oribil); **Intoleranţa la frustrare** (ex. nu suport); **Evaluarea globală** (ex. Eu sunt rău, lipsit de valoare).	Emoţii negative care nu ne ajută: • Frica - Anxietatea • Furia - Mânia • Gelozia • Depresia • Ruşinea

La nivel comportamental se face distincţie între **comportamentele adaptative** şi **comportamentele dezadaptative.** *Comportamentele adaptative* sunt acele reacţii observabile şi măsurabile, învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt utile persoanei şi o ajută să se adapteze eficient la mediul său. *Comportamentele dezadaptative* sunt acele reacţii observabile şi măsurabile, învăţate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt în detrimentul persoanei şi o împiedică să se adapteze eficient la mediul său (David şi colab., 2000). Un comportament

nu este adaptativ sau dezadaptativ în sine; el devine adaptativ sau dezadaptativ doar raportat la un anumit context.

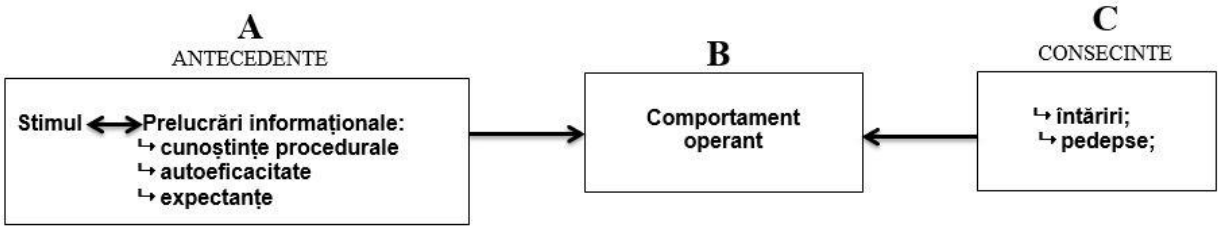
Comportamentele noastre sunt generate de prelucrări informaţionale amorsate de stimuli şi sunt menţinute de consecinţele lor.

Stimulii pot fi:

1. externi - orice din afara organismului care influenţează activitatea analizatorilor;
2. interni - modificările biologice, subiective prelucrate informaţional cu ajutorul analizatorilor (David şi colab., 2000).

Consecinţele includ:

1. **întăririle pozitive** - se referă la ceva care adăugat unui comportament, adică făcut contingent cu el, creşte probabilitatea acestuia de a fi continuat; spre exemplu, fac un comportament pentru a obţine o sumă de bani, un cadou etc**.**
2. **întăririle negative** - se referă la faptul că fac un comportament pentru a evita ceva neplăcut; spre exemplu, îmi fac lecţiile pentru a nu fi pedepsit, fac curat pentru a nu fi certat de părinţi;
3. **pedepsele** - o consecinţă a unui comportament, care scade probabilitatea acestuia de a fi continuat; spre exemplu, nu mai vorbesc în clasă pentru că data trecută când am făcut acest lucru am fost pedepsit şi mi s-a pus o absenţă nemotivată.



Modelul ABC comportamental: o prezentare schematică (David, 2006)

Cele mai importante **prelucrări informaţionale** implicate în generarea comportamentelor sunt de tip descriere şi inferenţă şi anume:

(1) cunoştinţe procedurale (ca să fac un comportament trebuie să ştiu cum să-l fac);

(2) autoeficacitate (ca să fac un comportament trebuie să am încredere că pot să-l fac);

(3) expectanţe pozitive (fac un comportament dacă mă aştept să-mi aducă beneficii).

În acest context înţelegem de ce simple sfaturi (ce să faci), care sunt de o importanţă vitală pentru pacient (ex., să nu mănânce dulciuri dacă suferă de diabet), adesea nu se exprimă în schimbări comportamentale; trebuie să îi spunem nu doar ce să facă, ci şi **cum** să facă (cunoştinţe procedurale), ce beneficii îi va aduce comportamentul (expectanţe pozitive) şi să-l ajutăm să înţeleagă că este capabil să facă acest lucru (autoeficacitate). De asemenea este important să asociem aceste comportamente cu anumite evenimente activatoare (contexte de viaţă) şi să le întărim atunci când se produc. În plus trebuie să conştientizăm faptul că accelerarea sau decelerarea unui comportament este natural şi automat însoţită de decelerarea respectiv accelerarea comportamentului opus (A*). În terapie urmărim însă de multe ori o decelerare a unui comportament dezadaptativ (A) însoţită de accelerarea unui comportament adaptativ (B). Comportamentul adaptativ B trebuie să aibă următoarele caracteristici (Catania şi Brigham, 1978):

- să fie **incompatibil** cu comportamentul dezadaptativ A;
- să aducă **aceleaşi beneficii** ca şi comportamentul dezadaptativ A;
- să fie **adaptativ**.

Se observă că dacă am rămâne doar la tendinţa naturală de a accelera A* în loc de B, nu am respecta decât prima condiţie a unei schimbări eficace de comportament (să fie incompatibil cu A), ceea ce ar face ca intervenţia terapeutică să nu-şi aibă rostul (Shank şi Shaffer, 1984).

Exemplu.

(1). comportamentul A: fumează

Acest comportament are următoarele beneficii: elimină anxietatea şi stresul, atrage atenţia şi stima celorlalţi etc.

(2). comportamentul A*: nu fumează

Acest comportament este incompatibil cu A, este adaptativ, dar nu are aceleaşi beneficii ca A (ex. nu îi reduce anxietatea).

(3). comportamentul B: face sport, aleargă

Acest comportament este incompatibil cu A (este greu să alergi şi să fumezi în acelaşi timp), este adaptativ, are aceleaşi beneficii ca şi A (reduce stresul şi anxietatea, atrage atenţia şi stima celorlalţi).

Temă de reflecţie

Dacă aţi dori sa-l convingeţi pe un coleg să facă mai mult sport, cum aţi proceda? Ce fel de informaţii i-aţi oferi?

Video

Urmăriţi o secvenţă video în care este exemplificată aplicarea modelului **ABC – cognitiv**

La nivel fiziologic consecinţele prelucrărilor informaţionale sunt mai ales în sensul producerii unui dezechilibru al sistemului nervos vegetativ. Acest dezechilibru poate fi în direcţia predominanţei simpaticului şi a creşterii activării fiziologice (aşa cum apare în tulburările de anxietate, ducând la semne ca modificarea conductanţei electrice a pielii, creşterea ritmului cardiac, a frecvenţei respiraţiei, a tensiunii arteriale etc.) (David şi colab, 2000). Alteori, manifestările pot presupune subactivarea fiziologică (aşa cum se întâmplă în tulburări de tip depresiv) (David şi colab., 2005).

La nivel subiectiv-afectiv se face o distincţie clară între **trăirile emoţionale funcţionale**

şi **trăirile emoţionale disfuncţionale**. Diferenţele dintre aceste tipuri de trăiri emoţionale sunt atât calitative, cât şi cantitative (Ellis, 1994; Ellis şi Harper, 1975).

Funcţionalitatea/ disfuncţionalitatea emoţiilor este dată de experienţa subiectivă, cogniţiile asociate (convingeri raţionale versus iraţionale) şi consecinţele acestor emoţii (ex. consecinţe comportamentale) (Ellis şi DiGiuseppe, 1993). Astfel, **emoţiile negative funcţionale** reflectă prezenţa unei experienţe subiective **negative**, a convingerilor **raţionale**, precum şi a unor consecinţe comportamentale **adaptative**. **Emoţiile negative disfuncţionale**, pe de altă parte, indică prezenţa unei experienţe subiective **negative**, a convingerilor **iraţionale** şi a consecinţelor comportamentale **dezadaptative** (Ellis şi DiGiuseppe, 1993). Definite astfel, emoţiile negative disfuncţionale corespund problemelor de intensitate şi natură clinică (ex. anxietate, depresie, furie, vinovăţie etc.), iar emoţiile negative funcţionale corespund reacţiilor negative fireşti (ex., îngrijorare, tristeţe, nemulţumire, părere de rău etc.) asociate cu evenimente negative de viaţă (Bonnano, 2004; Ellis şi DiGiuseppe, 1993). De exemplu, studii recente (David şi colab., 2005) arată că într-o situaţie de viaţă stresantă (operaţie la sân iminentă) femeile care întreţin convingeri iraţionale vor trăi emoţii negative disfuncţionale intense. Pe de altă parte, pacientele cu niveluri scăzute de iraţionalitate vor experienţia emoţii negative funcţionale intense. Evident că o emoţie disfuncţională implică şi echivalenta funcţională (dacă eşti deprimat eşti şi trist; dacă eşti anxios eşti şi îngrijorat; dacă eşti furios eşti şi nemulţumit; dacă te simţi vinovat, ai şi păreri de rău); prezenţa unei emoţii funcţionale nu implică însă şi echivalentă disfuncţională (poţi să fii trist fără a fi deprimat; poţi să fii îngrijorat fără a fi anxios; poţi să fii nemulţumit fără a fi agresiv; poţi să regrete fără a te simţi vinovat).

Temă de reflecţie

Doi studenţi se confruntă cu o situaţie de examinare. Unul este anxios, celălalt îngrijorat. Cum credeţi că ar gândi cei doi, cum credeţi că s-ar simţi şi ce consecinţe comportamentale ar avea cele două emoţii?

Vom prezenta în cele ce urmează ***procedura terapiei cognitiv-comportamentale*** într-un mod sintetic şi didactic.

Faza I (aproximativ 2-5 şedinţe)

- stabilirea unei relaţii terapeutice caracterizate prin: empatie, congruenţă, acceptare necondiţionată şi colaborare. Aceasta înseamnă familiarizarea pacientului cu mediul terapeutic al terapiei cognitive, sublinierea importanţei realizării sarcinilor date pentru acasă, ilustrarea pentru pacient a relaţiei dintre cogniţii şi emoţii;
- diagnosticul clinic (diagnosticul tulburării mentale, anamneza, depistarea factorilor predispozanţi, declanşatori şi de menţinere, descrierea simptomelor, etc.);
- stabilirea problemelor care trebuie rezolvate în decursul terapiei în funcţie de priorităţi, având în vedere problemele cele mai semnificative pentru pacient şi cele care pot fi cel mai rapid ameliorate.

Faza II (7-10 şedinţe, în funcţie de numărul problemelor identificate)

- concentrarea asupra problemelor specifice formulate în termeni comportamentali:

Analiza funcţională

(1) Identificarea *antecedentelor şi a consecinţelor* comportamentului ce trebuie modificat.

- *Antecedente*: - stimuli (loc, timp, evenimente);
  - cogniţii dezadaptative (ex. expectanţe nerealiste, etc.);
  - stare subiectivă (ex. negativă);
  - modificări biologice (ex. durere, activarea sistemului vegetativ, etc.).

- *Consecinţe*: - întăriri pozitive sau negative,
  - pedepse.

(2) Modificarea *antecedentelor şi a consecinţelor* pentru a elimina un comportament cu ajutorul unor tehnici specifice (vezi capitolul următor);

(3) Urmărirea;

(4) Concentrarea asupra următoarei probleme de pe listă, etc.

Faza III (5-7 şedinţe)

- concentrarea asupra factorilor generali şi modificarea acestora (ex. stil cognitiv, stil de viaţă dezadaptativ, predispoziţii biologice, etc.) care au predispus, au influenţat, au declanşat şi au menţinut tulburările clinice, privite sub forma unui set de probleme rezolvabile prin tehnici specifice (ex. modificarea asumpţiilor dezadaptative).

Faza IV

- evaluare (ex. experimentul cu un singur subiect),
- urmărire.

Evaluarea modelului:

Aspecte pozitive	Aspecte negative
- reprezintă o abordare eficientă şi pragmatică (oferă o modalitate practică de intervenţie); - este o abordare ştiinţifică (porneşte de la asumpţii testate experimental); - este aplicabilă în psihopatologie, dar şi la subiecţii umani sănătoşi.	- este o abordare uşor mecanicistă - accentuează prea puţin trăirile subiective, operaţionalizându-le comportamental; - se bazează mult pe studii pe animale; - etologia arată că există o anumită pregătire genetică pentru anumite comportamente (preparedness).

Probabil că cele mai reprezentative şcoli ale paradigmei cognitiv-comportamentale (vezi pentru detalii http://www.eabct.com şi http://psihoterapiecbt.ro) sunt terapia comportamentală (Watson, Skinner), REBT (Ellis, Dryden, DiGiuseppe), terapia cognitivă (Beck, Freeman, Leahy), modificările cognitiv-comportamentale (Meichenbaum), terapia multimodală (Lazarus etc.). REBT (www.rebt.org) şi terapia cognitivă (www.beckinstitute.org) reprezintă prototipul acestor abordări. REBT este cel mai bine reprezentată/descrisă de studiile lui Albert Ellis (vezi aici pentru o listă exhaustivă: http://www.albertellis.org/public/ellis_biblio.html), ale colaboratorilor săi (ex. Windy Dryden: http://www.windydryden.com/cognitivebehaviouraltherapybooks.aspx), şi de unele sinteze biografice (Abrams, M., şi Abrams, L. (2005): A Brief Biography of Dr. Albert Ellis 1913-2007. Accesată aici http://www.rebt.ws/albertellisbiography.html).

Tendinţe integrative: paradigma scientist-practitioner şi modelul bio-psiho-social.

De reţinut

Paradigma scientist - practitioner încearcă să îi facă pe practicieni mai înclinaţi spre cercetare, iar pe oamenii de ştiinţă "mai practicieni". Pentru a-i face pe practicieni mai înclinaţi spre cercetare este necesar ca aceştia să **abordeze**, să **monitorizeze**, să **evalueze** şi să **testeze** continuu ipoteze la nivelul "moment-to-moment" cu propriii pacienţi. De asemenea, practicienii sunt stimulaţi - dacă nu să facă cercetare fundamentală - să fie interesaţi de aceasta, punându-se la curent cu cele mai noi descoperiri în ştiinţă. Pentru a-i face pe oamenii de ştiinţă mai practicieni, ei trebuie stimulaţi să realizeze cercetare fundamentală mai ecologică, aceasta fiind mai aproape de nevoile şi problemele practice.

Modelul bio-psiho-social.

Modelul îşi are originea în orientarea psihosomatică, culminând cu activitatea şcolii de la Chicago a lui Alexander. Rezultatele experimentale care au dus la conturarea acestui

model au demonstrat existenţa unor corelaţii între comportament şi vulnerabilitatea faţă de diverse boli. Astfel, s-a demonstrat că comportamentul de tip A creşte riscul afecţiunilor cardiovasculare. Modificările importante din viaţa unui individ, fie ele pozitive sau negative, determină susceptibilitate crescută la infecţiile căilor respiratorii superioare. Există o corelaţie mare între nivelul scăzut al parametrilor imunitari şi confruntarea cu pierderea fiinţelor apropiate. În perioadele de examen scade concentraţia de imunoglobulină secretorie care constituie prima linie de apărare împotriva infecţiilor, mai ales pe tractul respirator. De asemenea, studiile prospective realizate pe eşantioane mari de subiecţi (peste 4 000) timp de 10-20 ani au arătat că rata mortalităţii prin cancer era de două ori mai mare la subiecţii cu un scor mare al depresiei evaluată cu chestionarul MMPI decât la subiecţii cu valori medii sau mici ale depresiei. Deşi ultimul din punct de vedere al evoluţiei istorice, acest model bio-psiho-social tinde să se impună în practica clinică, pledând pentru o abordare interdisciplinară a afecţiunilor psihice, psihosomatice şi chiar a celor numite clasic tulburări somatice.

De reţinut

Asumpţiile acestui model se prezintă astfel:

⇒ Subiectul uman trebuie analizat la 4 nivele diferite, interacţiunea dintre acestea putând produce şi explica tulburările mentale, fizice şi psihosomatice, precum şi starea normală.

⇒ **Nivelul cognitiv** se referă la procesările informaţionale şi la conţinutul acestora. Există două tipuri de procesări informaţionale: conştiente şi inconştiente. *Procesările informaţionale conştiente* se referă la conştientizarea şi verbalizarea conţinutului mental şi a procesărilor informaţionale. *Procesările informaţionale inconştiente* se referă la faptul că nu putem verbaliza conţinutul mental şi procesările informaţionale şi că nu suntem conştienţi de existenţa acestora. Prelucrările informaţionale determină calitatea trăirilor noastre.

⇒ **Nivelul comportamental** se referă la ceea ce în psihologie este denumit comportament

operant. Comportamentul operant este reprezentat în special de comportamentele motorii învăţate aflate sub control voluntar.

⇒ **Nivelul biologic** se referă la toate modificările ce au loc în organismul nostru la nivel fiziologic şi anatomic. Modificările la nivelul sistemului nervos vegetativ generează intensitatea stării noastre subiective.

⇒ **Nivelul subiectiv** se referă la descrierile pe care subiectul le face propriei stări: pozitivă, negativă sau neutră. Mai mult, acesta se referă la etichetele verbale ale stării emoţionale (ex. "mă simt anxios/dezamăgit/ruşinat", etc.).

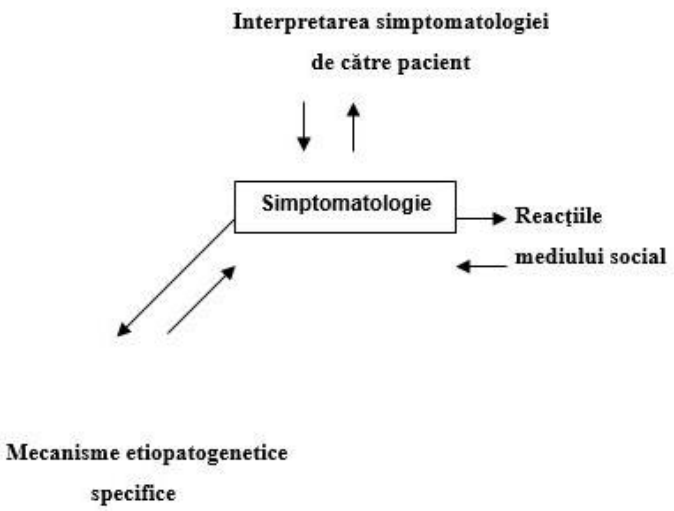


Fig 8. Mecanismele etiopatogenetice în simptomatologia tulburărilor psihice şi psihosomatice

Odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice, **simptomatologia** tulburărilor psihice şi psihosomatice este menţinută şi amplificată prin intervenţia unor factori extrem de complecşi şi greu de controlat. Astfel, dacă subiectul îşi *interpretează simptomatologia* într-un mod negativ şi dezastruos, aceasta duce prin intermediul stresului şi anxietăţii generate de această interpretare la amplificarea simptomatologiei. Un pacient care îşi interpretează simptomele ca fiind incontrolabile, de nerezolvat, ca expresii ale unei boli ascunse şi incurabile, ca de

neînţeles, ca sfârşitul lui ca persoană normală, deci şi sfârşitul carierei, familiei, etc. generează stres şi anxietate prin mecanismul discrepanţei cognitive (ex.: "nu doresc să fiu considerat nebun, dar uite că sunt"; "vreau să înţeleg ce se întâmplă dar nu pot", etc.). Stresul şi anxietatea astfel generate pot amplifica simptomatologia care în unele cazuri, dacă nu ar fi fost prelucrată de subiect în mod exagerat negativ, nici nu ar fi fost prea intensă sau remarcată, dispărând odată cu trecerea timpului (ex.: modificări în ritmul cardiac ca urmare a unui efort deosebit în cursul zilei).

Un al doilea factor extrem de important care amplifică simptomatologia prin mecanismul descris mai sus este reprezentat de *reacţiile mediului social* la simptomatologie sau la performanţele scăzute ale pacientului determinate de simptome. Spre exemplu, ca urmare a unor simptome (amnezie, leşin, anxietate, etc.) grupul de prieteni şi cunoscuţi începe să evite pacientul, nu îl mai antrenează în activităţi comune, etc. În consecinţă, prin mecanismul discrepanţei cognitive (ex.: "vreau să fiu cu ei dar nu pot, nu mă acceptă", "vreau să reuşesc în ceea ce fac dar nu fac faţă sarcinilor", etc.), stresul şi anxietatea astfel generate amplifică simptomatologia. Acelaşi lucru se întâmplă în cazul în care performanţele se reduc ca urmare a simptomelor. În cazul unor simptome nevrotice, capacitatea pacientului de concentrare se reduce drastic. În consecinţă, performanţele sale (la serviciu, spre exemplu) se reduc, antrenând critici şi observaţii din partea celorlalţi (şeful). Aceste noi conflicte amplifică în fapt şi menţin simptomatologia deja existentă, putând adăuga chiar elemente noi.

Pacientul nu este o "bilă inertă". El încearcă să facă faţă simptomatologiei elaborând o serie de ***mecanisme de coping.*** Dacă acestea sunt adaptative (ex. renunţă la unele sarcini reducând stresul, etc.), totul este O.K., pacientul ameliorându-şi sau rezolvându-şi singur problemele. Dacă apelează la mecanisme de coping dezadaptative, acestea pot să îi menţină sau să îi amplifice simptomatologia sau să îi genereze simptome noi (ex. consumul de alcool ca mecanism de coping în cazul anxietăţii poate genera probleme noi în familie, la muncă, etc.). Apelul la asistenţa de specialitate trebuie văzut ca un mecanism de coping la care apelează pacientul pentru a face faţă distresului care însoţeşte simptomatologia.

De reţinut

Modelele etiopatogenetice şi de tratament utilizate în psihologia clinică sunt: modelul bio-medical, modelul dinamic-psihanalitic, modelul umanist experienţial, modelul cognitiv-comportamental modelul bio-psiho-social. *Abordarea dinamic – psihanalitică* se centrează în special pe impactul inconştientului asupra tulburărilor emoţionale şi psihice. În cadrul demersului psihanalitic, acesta are două nivele: **(1)** conţinutul inconştient generează prin conştientizare trăiri emoţionale negative, **(2)** conflictul inconştient bazal susţine conflictul inconştient actual care determină simptomatologia; altfel spus, există o congruenţă între trăirile emoţionale trecute inconştiente (bazale) şi trăirile emoţionale prezente (actuale). Intervenţia psihoterapeutică se desfăşoară în cadrul relaţiei transferenţiale, ai căror factori sunt transferul şi contratransferul.

Abordarea umanist-experienţială porneşte de la premisa că patologia psihică şi psihosomatică apare ca urmare a faptului că experienţele negative de viaţă blochează forţele pozitive, care stau la baza personalităţii noastre. Pentru a debloca aceste forţe pozitive şi implicit pentru a ameliora patologia este nevoie de asigurarea unui context psihoterapeutic caracterizat prin empatie, acceptare necondiţionată şi congruenţă.

Modelul cognitiv-comportamental consideră problemele psihologice ca fiind răspunsuri dezadaptative învăţate, susţinute de cogniţii disfuncţionale. Pentru a trata eficient problemele psihologice, este necesar să modificăm comportamentele dezadaptative şi cogniţiile prin tehnici specifice de modificare cognitiv-comportamentală.

Asumpţiile de bază ale *modelului bio-psiho-social* se referă la faptul că subiectul uman trebuie analizat la patru nivele (cognitiv, comportamental, biologic, subiectiv); interacţiunea dintre acestea poate produce şi explica tulburările mentale, fizice şi psihosomatice, precum şi starea normală.

Bibliografie selectivă

Catania, A.C., şi Brigham, T.A. (1978). Handbook of applied behavior analysis. Social and Instructional Processes. New York: Irvington Publishers.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy for emotional disorders. International New York: University Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., şi Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, Ş., şi Băban, A. (2000). Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenţie cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice şi optimizare umană. Ediţia II. Cluj-Napoca: Risoprint.
David, D. (2003). Castele de nisip: Ştiinţă şi pseudoştiinţă în psihopatologie. Editura Tritonic: Bucureşti, Cluj-Napoca.
David, D (2006a). Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.
David, D. (2006b). Metodologia cercetării clinice. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.
David, D. (2006c). Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale. Iaşi: Editura Polirom.
Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Carol Publishing Group.
Ellis, A., şi Harper, R.A. (1975). A new guide to rational living (rev. ed.). Hollywood, CA: Wilshire Books Company.
Ellis, A.. şi DiGiuseppe, R. (1993). Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative? Cognitive Therapy and Research, 17, 471-477.
Lazarus, R.S. (1991). Emotion and adaptation. Oxford University Press: New York.

MODULUL III. DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC ŞI EVALUARE CLINICĂ

I. Cuprinsul secvenţei

În cadrul acestui modul vom prezenta principalele aspecte legate de diagnostic şi evaluare clinică. Iniţial vom defini diagnosticul şi cele două modalităţi prin care acesta se realizează iar apoi vom trece la etapele stabilirii unui diagnostic nosologic. Ulterior vor fi abordate regulile ce facilitează comunicarea pe parcursul interviului de evaluare şi tehnicile de spargere a rezistenţelor pacientului. În final vor fi detaliate aspectele problematice ce ţin de utilizarea diagnosticului nosologic precum şi direcţiile de dezvoltare în acest sens.

II. Obiectivele secvenţei

- Să prezinte etapele diagnosticului şi evaluării clinice de tip nosologic
- Să descrie regulile ce facilitează comunicarea în cadrul interviului
- Să analizeze comparativ diagnosticul nosologic şi celelalte tipuri de diagnostic

III. Cuvinte cheie

psihodiagnostic, diagnostic nosologic, tehnici de spargere a rezistenţelor, diagnostic etiopatogenetic

Definiţie

Diagnosticul este, din punct de vedere etimologic, o activitate de cunoaştere.

Psihodiagnosticul se referă la *cunoaşterea factorilor psihici implicaţi în geneza tulburărilor psihice şi psihosomatice*

Diagnosticul şi evaluarea clinică se pot face prin două mari modalităţi:

- *diagnostic nosologic* (încadrarea pacientului într-o categorie nosologică şi particularizarea acesteia pe subiect);
- *diagnostic funcţional* (pe problemă) - fiecare problemă este tratată separat (accent pe factorii activatori, consecinţe, factori ce fac să fluctueze simptomul, etc.).

Modul în care se realizează diagnosticul psihic face obiectul unor lucrări de referinţă (ex.: DSM, ICD, etc.) astfel că în cele ce urmează nu vom detalia acest demers, prezentând doar nucleul său tare. Ne vom focaliza în cele ce urmează pe modul în care se realizează diagnosticul nosologic. Stabilirea unui diagnostic nosologic este un proces care se desfăşoară în mai multe etape pe care le prezentăm în continuare.

Fazele procesului de diagnostic şi evaluare clinică

Faza I

Interviul începe cu o discuţie despre lucruri care îl pun pe bolnav într-o poziţie confortabilă, de încredere şi siguranţă. Aceasta duce la dezanxietizarea lui şi apare posibilitatea de a intra în comunicare cu terapeutul. De asemenea, în această fază se înregistrează numele şi prenumele pacientului, vârsta, cetăţenia, naţionalitatea şi domiciliul, date furnizate de

pacient sau aparţinători— în cazul unor tulburări grave sau a copiilor. Se notează şi motivul trimiterii.

Exemplu:

În cazul unui student la fizică, putem începe interviul cu discuţii despre premiile luate, proiecte pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă terapeutul dovedeşte cunoştinţe în domeniul de interes al pacientului, aceasta poate contribui la stimularea evoluţiei terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedii. Doar că o eventuală pregătire anterioară— în cazul în care ştim cu cine vom discuta— s-ar putea să fie utilă. Apoi, treptat se virează spre obiectul terapiei, menţinând un limbaj de interfaţă cu caracteristici diferite de la pacient la pacient: "Bun, hai acum să ne întoarcem puţin la problemele noastre. Întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără) apoi am să te întreb cum a început. Deci, ce probleme (necazuri) sunt, ce te supără (deranjează)?"

În continuare, interviul trebuie să vizeze:

- descrierea acurată a simptomatologiei;
- debutul şi evoluţia acesteia: de când au început; de când aţi observat aceste modificări; înainte de Crăciun ? (în cazul în care pacientul are dificultăţi în a-şi reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naştere, etc.);
- alte boli somatice sau psihice, internări anterioare;
- condiţii social-economice şi informaţii familiale.

La sfârşitul acestei faze, facem un ***diagnostic nosologic ipotetic*** *şi identificăm anumiţi* ***factori ipotetici*** *declanşatori, predispozanţi şi de menţinere a simptomatologiei.*

Exemplu:

Tulburare depresiv-majoră (categorie nosologică), factori declanşatori (moartea mamei), factori predispozanţi (personalitate depresivă, stresuri repetate anterioare), factori de menţinere (condiţiile economice - trăieşte din banii primiţi de la rude).

Faza II

În faza a doua a interviului urmează o *investigare detaliată a comportamentului şi funcţiilor psihice*. Investigarea prin interviu trebuie să fie dublată de o investigare obiectivă prin teste psihologice acolo unde acest lucru este posibil. Prezentăm în continuare principalele funcţii psihice şi modalităţile prin care acestea pot fi investigate cu ajutorul interviului şi al testelor psihologice.

Componentele psihologice investigate în cadrul interviului clinic

Componenta psihică investigată	Interviu	Test psihologic
Factorul perceptiv	Când sunt stresaţi multor oameni li se întâmplă să vadă lucruri nu există. Vi s-a întâmplat vreodată aşa ceva?	Bender-Santucci Benton

Comportament	Observarea mimicii, gesticii, interacţiunii sociale posturii, comportamentului motor. • Un aspect general neîngrijit, murdar, ne poate duce cu gândul la un diagnostic prezumtiv de alcoolism, schizofrenie, depresie, demenţă, dependenţă de drog. • Un aspect general caracterizat printr-o vestimentaţie şi machiaj ţipător, neasortat, ne poate duce cu gândul la un diagnostic prezumtiv de manie. • Nerespectarea uzanţelor sociale sugerează un diagnostic de demenţă sau schizofrenie, etc.	
Memorie	Am să vă spun 10 cifre. Vă rog să încercaţi să le memoraţi deoarece apoi vi se va cere să vi le amintiţi.	Ray-verbal, Ray-figură complexă, Wechsler-Scala de memorie a cifrelor
Dispoziție	Cum vă simţiţi în general? În ce stare de spirit vă simţiţi acum?	Chestionarele de distres, anxietate, depresie etc.

Personalitate		MMPI
Depersonalizare, derealizare	Ați simțit că unele lucruri sunt ireale? Ați simțit că parcă nu mai sunteți dumnevoastră înșivă?	
Obsesii	Există gânduri care vă vin în minte chiar dacă nu vă doriți acest lucru?	
Compulsii	Simțiti uneori că trebuie neapărat să faceți anumite lucruri?	
Atenție		Toulouse-Pieron, Praga
Gândire și inteligență		Raven, Wechsler, Probele piagetiene Probe de diagnostic formativ
Orientarea	Unde vă aflați? Ce zi este astăzi? În ce an suntem?	
Conștiința bolii	a) Cum credeţi că vă văd ceilalţi? Ce credeţi că gândesc ei despre dumneavoastră? (b) Vă consideraţi o persoană sănătoasă, fără probleme? (c) Ce probleme credeţi că aveţi? (d) Consideraţi necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră?	

Delir	Cum îşi motivează comportamentele şi simptomele. Novicii au tendinţa de a intra în detaliile delirului, stimulându-l de fapt prin întrebările puse. Nu este necesară o analiză mai detaliată decât analiza necesară schemei de tratament (ex. analiza necesară clasificării delirului şi identificării structurii sale generale: delir de persecuţie, erotic etc.).

La sfârşitul acestei faze, diagnosticul prezumtiv se clarifică şi se precizează.

Faza III

În faza a treia se poate trece la o investigaţie detaliată în cadrul evaluării clinice care vizează surprinderea ***structurii şi dinamicii individuale a pacientului*** şi oferă informaţii suplimentare celor obţinute în primele două faze care au contribuit la diagnosticul nosologic. Se are în vedere aici diagnosticarea prin interviu, dar uneori şi testarea psihologică a stării prezente a pacientului şi a modului în care se adaptează la situaţiile concrete, a problematicii comportamentelor simptomatice, a situaţiei somatice a pacientului, a dinamicii şi structurii personalităţii, a comportamentului interpersonal, a principiilor morale şi atitudinilor sociale, a funcţiilor şi identităţii eului, a mecanismelor defensive şi de coping, a conflictelor şi dinamicii lor, a identităţii şi imaginii de sine, a inteligenţei, abilităţilor şi competenţelor, a determinanţilor sociali şi situaţiilor curente de viaţă, a problemelor de ecologie socială şi familială, a controlului şi autocontrolului comportamentului, etc.

La sfârşitul diagnosticării şi evaluării clinice avem atât o categorie nosologică de diagnostic cât şi particularizarea acesteia prin surprinderea dinamicii individuale a

pacientului. În funcţie de pacient şi de obiectivele terapeutului (câtă informaţie consideră ca fiind relevantă), această etapă de diagnostic şi evaluare clinică se poate dura 1-2 şedinţe. În cursul acestor şedinţe se începe deja construirea relaţiei terapeutice.

Video

Urmăriţi o secvenţă de aplicare a interviului clinic semi-structurat pe baza DSM (Structured Clinical Interview for DSM Disorders-SCID) pentru tulburarea depresiv-majoră).

Temă de reflecţie

Exersaţi fazele diagnosticului nosologic în cazul unui subiect cu anxietate socială; ce informaţii aţi putea obţine în fiecare etapă a evaluării, ce rezistenţe aţi putea întâmpina?

Reguli facilitatoare ale diagnosticării şi evaluării clinice

Pentru a facilita diagnosticul clinic trebuie să ţinem cont de următoarele aspecte:

1. alternanţa întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări ţintite (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise şi fluente/închise);
2. comunicare nonverbală adecvată;
3. reflectări empatice frecvente;
4. atenţie la ce spune pacientul, dar şi la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra lucrurilor (ex.: ori de câte ori povesteşte de soţie apare o undă de nervozitate în comportament şi cuvintele folosite, deşi prezintă lucruri pozitive referitoare la aceasta).

Tehnici de spargere a rezistenţelor

În interviu apar rezistenţe ale pacientului şi dificultăţi în comunicare şi în obţinerea de informaţii relevante pentru tratament. Aceste rezistenţe au diverse surse:

1. pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susţine o comunicare relevantă;
2. expectanţele sale faţă de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcute: ex.: terapeut prea tânăr/bătrân; terapeut femeie/bărbat; cabinetul terapeutic sărăcăcios/luxos, etc.;
3. a fost adus împotriva voinţei lui (ex.: ameninţat cu divorţul, cu pierderea pensiei, etc.).

În primul caz se apelează la obţinerea de informaţii de la familie, rude. Ele trebuie coroborate pentru a avea o perspectivă unitară şi a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care pacientul poate fi intervievat, pentru a compara perspectiva pacientului cu cea a familiei sau rudelor, etc.

În cazul al doilea spargerea rezistenţelor se bazează pe următoarea regulă susţinută de studii de psihologie socială: pe măsură ce pacientul împărtăşeşte experienţe personale, terapeutul începe să fie perceput mai pozitiv. Aceasta înseamnă că pacientul trebuie făcut să vorbească, urmând ca apoi atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtăşeşte terapeutului tot mai multe elemente personale. Următorul algoritm este indicat:

Terapeut: - Ce probleme sunt?

Pacient: - Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că eşti prea tânăr să mă înţelegi şi să mă ajuţi.

T: - Din cele ce îmi spuneţi, înţeleg că sunteţi dezamăgit să întâlniţi un terapeut prea tânăr (reflectare empatică a rezistenţei lui).

P: - Da, mă aşteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.

T: - Cred că aveţi dreptate să gândiţi astfel. Toţi am dori la necaz să avem un om matur şi puternic lângă noi care să ne ajute (suntem de acord cu rezistenţa lui).

P: - Da.

T: - Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă în care probabil veţi avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să ştiu ce probleme sunt ca să vă pot recomanda cel mai bun terapeut pentru problemele respective. Deci ce necazuri sunt?

P: - (de cele mai multe ori începe să împărtăşească problemele personale).

În cazul al treilea, mecanismul angajat pentru spargerea rezistenţelor este de aceeaşi factură:

T: - Ce probleme sunt?
P: - Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar am venit de gura nevestimii. Şi nu am nici o problemă.
T: - Înţeleg că trebuie să fiţi extrem de revoltat şi nemulţumit că aţi fost adus aici.
P: - Da.
T: - Oricine s-ar simţi la fel în locul dumneavoastră. Cred că şi eu aş fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinţei mele. Dar oricum, cine va adus aici?
P: - Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.
T: - De ce? (Dacă pacientul începe să vorbească despre probleme,O.K.), dacă nu:
P: - Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu mai multe decât orice om.
T: - Totuşi mi se pare că aveţi o problemă mai ciudată (cu umor): cu soţia dvs., gândiţi cam diferit. Sau mă înşel?
P: - A, nu cred că aveţi dreptate. Să vedeţi (pacientul începe să vorbească despre relaţia cu soţia, rezultând şi presupusele probleme pentru care soţia i-a cerut să meargă la un psiholog).

Aşadar, tehnicile pentru spargerea rezistenţelor urmează **trei paşi** principali:
(1) reflectarea empatică;
(2) abordarea indirectă;
(3) oferirea de întăriri.

Lucru pe grupuri

Aveţi un pacient care ajunge în cabinetul dumneavoastră şi spune că a venit să vadă cum este la psiholog, dar că este aproape convins că nu aveţi cum să-l ajutaţi. Construiţi un dialog prin care să

exemplicați ce anume i-ați spune pentru a sparge rezistența acestuia.

Diagnostic descriptiv versus diagnostic etiopatogenetic

Înainte de Kraepelin, diagnosticul tulburărilor psihice a fost, plastic spus, în derivă. Isaac Ray i-a continuat pe Esquiron şi Pinel în distincţia dintre nebunie, („insanity"), incluzând mania şi demenţa (astăzi schizofrenie) şi deficienţă mentală, (incluzând idioţenia şi imbecilitatea). S-a negat însă constant în această perioadă validitatea unor clasificări mai specifice ale tulburărilor psihice (Kihlstrom, 2002). Kraepelin (1896) a încercat să aplice modelul medical şi tulburărilor psihice. În consecinţă, primele lui propuneri au fost de a elabora o **clasificare bazată pe etiopatogeneză** şi de a evita un diagnostic descriptiv, bazat doar pe semne şi simptome. Trebuie să eliminăm în acest context o concepţie greşită care există în literatura de specialitate. Modelul medical şi diagnosticul etiopatogenetic nu înseamnă reducţionism biomedical. Kraepelin a înţeles prin model medical, un model în care boala are anumite manifestări, cauze (etiologie) şi reacţii patogenetice (vezi capitolul 2), mecanismele etiopatogentice nefiind doar biomedicale ci şi psihosociale (Kihlstrom, 2002). Kraepelin şi-a dat însă curând seama că, din păcate, cunoştinţele limitate despre etiopatogeneza tulburărilor psihice din acea perioadă nu îi permiteau un sistem de clasificare bazat pe etiopatogeneză. Aşadar, a doua propunere a lui a fost pentru un sistem de clasificare bazat pe **evoluţia şi prognosticul tulburării** (Kihlstrom, 2002). Ceea ce face ca psihozele maniaco-depresive să fie similare între ele şi diferite de schizofrenie nu se referă atât de mult la simptome şi semne cât la evoluţie: psihozele maniaco-depresive tind să se amelioreze pe când schizofrenia tinde să se agraveze. Această a doua propunere are însă o problemă majoră. Un diagnostic corect poate fi făcut doar posthoc, după apariţia şi evoluţia bolii şi prin urmare, el nu ajută foarte mult în procesul de tratament. Deoarece Kraepelin (Kraepelin şi Diefendorf, 1907) şi-a bazat activitatea ştiinţifică pe asumpţia că tulburări similare se exprimă prin simptome şi semne similare şi au o etiopatogenie similară, şi deoarece în acea vreme nu putea cunoaşte clar aspectele de etiopatogeneză a tulburărilor psihice, a acceptat provizoriu un **diagnostic descriptiv**, **categorial**, **focalizat pe semne şi simptome**. Paradoxal, intenţia lui Kraepelin de a evita un diagnostic descriptiv a dus tocmai acolo.

Problema este că până în zilele noastre diagnosticul nosologic psihiatric a rămas unul descriptiv, uitând angajamentul etiopatogenetic anterior (Kihlstrom, 2002). Acest angajament descriptiv, de clasificare a semnelor şi simptomelor în diverse categorii, este unul problematic. Clasificarea semnelor şi simptomelor se poate face după diverse criterii (în principiu o infinitate!) şi nu puţine au fost cazurile în care s-au construit categorii sau scos categorii nosologice din ghidurile de clasificare a tulburărilor psihice pe baza unor criterii instituite sub presiune socială (Borges, 1995; Kihlstrom, 2002); cazurile masturbării şi homosexualităţii sunt ilustrative în acest sens (Borges, 1995). Este adevărat însă că în ultimele ediţii ale DSM se încearcă găsirea unor criterii susţinute ştiinţific de clasificare a semnelor şi simptomelor. Din păcate se ignoră încă diagnosticul etiopatogenetic şi în consecinţă cunoaşterea noastră rămâne la nivel descriptiv şi nu ajunge la nivel explicativ; ca urmare şi tratamentele administrate şi elaborate pe baza unui diagnostic descriptiv au mai puţine şanse să atace mecanisme etiopatogenetice relevante, aceste tratamentele fiind adesea simptomatice.

Problemele diagnosticului şi evaluării clinice menţionate anterior pot fi ameliorate utilizând următoarele strategii de tratament:

- Dezvoltarea unui **diagnostic focalizat pe mecanisme etiopatogenetice** (pentru detalii vezi Kihlstrom, 2002). Modalitatea de diagnostic a bolilor somatice este strâns legată de identificarea mecanismelor etiopatogenetice implicate în tabloul clinic. Diagnosticul tulburărilor psihice este încă un diagnostic focalizat pe simptome şi semne, elementele principale fiind identificarea, iar apoi clasificarea lor pentru a genera diverse categorii nosologice.
- Utilizarea unui instrumentar adecvat şi adaptarea unor teste bazate pe cercetări fundamentale.
- Realizarea unui **diagnostic dimensional**. Conform acestui model, clasificările tulburărilor psihice ar trebui făcute pe nişte dimensiuni care să exprime trecerea treptată de la normalitate la patologie la un prag determinat statistic. S-a încercat propunerea unor astfel de dimensiuni (pentru detalii vezi Doyle, 1990), dar cum

lista lor nu a fost clar stabilită, acest sistem de clasificare nu s-a generalizat încă.

- Realizarea unui **diagnostic categorial pe baza unor criterii versus pe bază de prototip** (pentru detalii vezi, Westen, Heim, Morrison, Patterson, şi Campbell, 2002). Diagnosticul DSM este unul categorial, categoriile fiind instituite pe baza unor criterii clare. Un caz devine membru al categoriei prin comparaţie cu criteriile care definesc acea categorie. Cercetările din psihologia cognitivă arată însă că noi clasificăm rareori lucrurile pe bază de criterii (Rosch, 1973). Sistemul cognitiv uman clasifică lucrurile preponderent pe bază de prototip. Termenul de prototip are două înţelesuri. Unul dintre ele se referă la un exemplar tip, în timp ce celălalt se referă la un exemplar ideal, un portret-robot care însumează caracteristice mai multor membri ai categoriei. Aşadar, atunci când încadrăm un obiect într-o categorie, nu îl comparăm cu caracteristicile esenţiale ale categoriei respective, ci cu un exemplar prototip. Pentru a eficientiza clasificare psihiatrică şi a o face ecologică, s-a sugerat utilizarea prototipului în cadrul DSM. Există deja propuneri concrete pentru un diagnostic nosologic psihiatric pe bază de prototip (pentru detalii şi exemple vezi Westen şi colab., 2002), ele urmând a fi investigate sub aspectul validităţii lor în studii viitoare.
- Realizarea unui **diagnostic psihologic focalizat pe simptom** (pentru detalii vezi Persons, 1986). Aşa cum am spus deja, diagnosticul categorial poate duce adesea la situaţii nedorite. Astfel, categoriile nosologice pot să includă pacienţi cu un tablou clinic parţial diferit; aceasta deoarece pentru a fi incluşi într-o categorie nosologică, pacienţii trebuie să satisfacă un număr de simptome dintr-o listă mai lungă. Acel număr poate include însă simptome diferite din lista dată. Un diagnostic psihologic alternativ s-ar focaliza pe funcţiile psihologice afectate în diverse tulburări psihice, funcţii care apar în mai multe categorii nosologice. Spre exemplu, tulburările de tip delirant apar în mai multe categorii nosologice (ex. tulburări delirante, schizofrenie etc.). Această abordare ar putea duce la clarificarea mecanismelor care generează aceste simptome specifice, prin includerea în cercetare a unor pacienţi cu simptome omogene.

Dezbatere

Dezbateţi următoarea afirmaţie:"Diagnosticul nosologic nu este util pentru un clinician."

De reţinut

Psihodiagnosticul se referă la cunoaşterea factorilor psihici implicaţi în geneza tulburărilor psihice şi psihosomatice. Diagnosticul se poate face în **două mari modalităţi**: **diagnostic nosologic** şi **diagnostic funcţional** (pe problemă).

Etapele unei evaluări clinice vizează succesiv:

(1) stabilirea unui diagnostic psihologic ipotetic şi identificarea anumitor factori ipotetici declanşatori, predispozanţi şi de menţinere a simptomatologiei;

(2) investigarea detaliată a comportamentului şi funcţiilor psihice care duce la precizarea şi clarificarea diagnosticului prezumtiv;

(3) surprinderea structurii şi dinamicii individuale a pacientului.

Bibliografie selectivă

David, D (2006a). *Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente.* Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (2006c/2012). *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*. Iaşi: Editura Polirom.

MODULUL IV. CONSILIERE ŞI PSIHOTERAPIE; PREZENTARE GENERALĂ

I. Cuprinsul secvenţei

În cadrul acestui modul vom prezenta comparativ psihoterapia şi consilierea psihologice, precum şi factorii implicaţi în cele două forme de intervenţie.

II. Obiectivele secvenţei

- Să definească comparativ psihoterapia şi consilierea psihologică
- Să enumere şi să descrie factorii implicaţi în cele două tipuri de intervenţie

III. Cuvinte cheie

psihoterapie şi consiliere psihologică, demers psihoterapeutic şi de consiliere

Notă! Secţiunea este prezentată detalita în David, D (2006a). Psihologie clinică şi psihoterapie. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.

Definiţie

<u>În sens larg</u>, **psihoterapia** este definită ca *intervenţie psihologică în patologie şi optimizarea funcţionării subiecţilor umani sănătoşi*. <u>În sens restrâns</u>, psihoterapia reprezintă psihologie aplicată, altfel spus, psihoterapia *înseamnă intervenţie psihologică în practica clinică*.

Dacă psihoterapia este intervenţie psihologică orientată mai ales spre patologie, **consilierea** este *intervenţie psihologică orientată predominant spre optimizarea subiecţilor umani sănătoşi* (ex. crearea unui sistem coerent de scopuri în viaţă, dezvoltarea autonomiei clienţilor, etc.).

Aşadar termenii de consiliere şi psihoterapie sunt termeni cu semnificaţie apropiată. Dacă psihoterapia este definită în sens larg, atunci termenul de consiliere este o subcategorie specifică psihoterapiei. Dacă psihoterapia este definită în sens restrâns, atunci consilierea şi psihoterapia au domenii diferite de aplicaţie: patologia pentru psihoterapie şi optimizarea personală pentru consiliere.

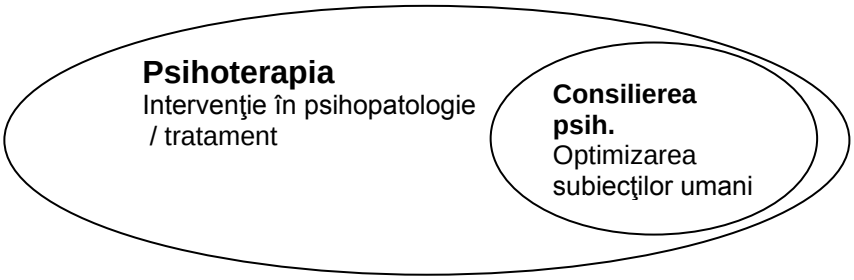


Fig.9 Domeniile psihoterapiei şi consilierii psihologice

Factorii oricărui demers psihoterapeutic sau de consiliere constau în:

1. *diagnostic psihologic şi evaluare clinică* (evaluarea stării actuale în consiliere; descrisă detaliat în capitolul anterior);
2. *relaţia terapeutică (de consiliere)* - este caracterizată ca o alianţă de lucru descrisă ca o atitudine caldă, colaborativă şi de încredere a pacientului faţă de terapeut, determinată de speranţa pacientului că simptomatologia va fi eliminată şi de acceptarea necondiţionată a pacientului de către terapeut. Ea poate reduce anxietatea pacientului, ceea ce reduce la rândul său simptomatologia, furnizând clientului o nouă experienţă emoţională şi oportunitatea de a discrimina între trecut şi prezent (Bergin & Garfield, 1994). Mai mult, în cazul terapiei dinamice, relaţia terapeutică generează şi nevroza de transfer; aceasta este stimulată prin comportamentul terapeutului (într-o manieră profesională) şi este foarte importantă pentru următoarea etapă a tratamentului dinamic. În alte forme de terapie (ex. terapia cognitiv-comportamentală, terapia umanistă), alianţa de lucru nu generează nevroza de transfer pentru că

terapeutul menţine această "alianţă" printr-un comportament empatic, congruent şi colaborativ faţă de pacient.

Relația terapeutică cognitiv-comportamentală se caracterizează prin empatie, acceptare necondiționatăa pacientului, congruență și colaborare (vezi abordarea umanist-existențială pentru definirea empatiei, acceptării necondiționate și congruenței). Colaborarea se referă la faptul că demersul terapeutic este bine structurat şi se face după o agendă comună, negociată şi convenită cu pacientul, iar apoi se verifică mereu dacă obiectivele terapeutului şi ale pacientului coincid. Bilanţurile periodice şi feedbackul oferit şi cerut pacientului sunt activităţi frecvente pe parcursul şedinţei terapeutice, care întăresc colaborarea. Acest proces întărește constant relaţia terapeutică, păstrând-o la parametrii care asigură eficienţa procesului psihoterapeutic. Atunci când apar probleme în cadrul relaţiei terapeutice ca urmare a procesului de colaborare, acestea se pun pe agenda terapeutică, fiind abordate imediat şi folosite ca oportunităţi de învăţare ce pot fi transferate asupra problemei actuale a pacientului. Sentimentul pacientului trebuie să fie că el persoană (inteligentă şi capabilă de schimbare), şi terapeutul se află de o parte baricadei, iar de cealaltă parte se află problemele sale. Dacă sentimentul său este că el şi problemele sale se află de o parte a baricadei,iar de cealaltă parte se terapeutul, cu o agendă proprie, care încearcă să-1 persuadeze într-un fel altul, eficienţa intervenţiei va fi drastic redusă.

3. *conceptualizarea* sau explicaţia dată simptomelor pacientului (problemelor clientului-în consiliere):

- stimulează nevoia de a modifica cogniţiile şi comportamentele dezadaptative;
- reduce de asemenea şi simptomatologia, pentru că pacientul îşi înţelege tulburarea, astfel încât anxietatea determinată de incontrolabilitatea şi neînţelegerea simptomelor este eliminată, şi pentru că accentueză speranţele şi expectanţele de recuperare (efect placebo);
- este o prerechizită pentru schimbarea mecanismelor dezadaptative de coping, a cogniţiilor şi interacţiunii cu mediul.

Conceptualizarea clinică trebuie să răspundă la 3 întrebări:

- ce probleme are pacientul? (pe baza diagnosticului şi evaluării clinice)

- de ce au apărut aceste probleme? (care sunt mecanismele etiopatogenetice)
- ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme?

Este important să facem distincția între conceptualizarea clinică profesională și cea de interfață. Conceptualizarea clinică profesională asigură comunicarea între profesioniști. Prin conceptuluaizarea clinică de interfață ne asigurăm că pacientul poate răspunde pe tot parcursul intervenției la cele trei întrebări descrise mai sus, indiferent de nivelul său educațional. Totdată se face distincția între conceptualizarea generală care este focalizată pe categoria nosologică în care se încadrează tabloul clinic global al pacientului și conceptualizările specifice focalizate pe problemele de viață concrete prin care se exprimă diagnosticul nosologic.

Caracteristicile esenţiale ale unei conceptualizări clinice eficiente:

- să fie acceptată de pacient;
- să conceptualizeze teoretic problemele pacientului, transformând incomprehensibilul în comprehensibil. Dacă reuşim să numim simptomatologia pacientului, să o încadrăm teoretic, ea devine mai comprehensibilă şi îşi pierde o parte din forţa „malefică”;
- să sugereze existenţa unor tehnici de intervenţie eficiente în reducerea simptomatologiei

4. *tehnicile* sunt strâns legate de conceptualizarea terapeutică şi vizează <u>modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză</u>;

5. *evaluarea rezultatelor intervenţiei* se face prin două modalități:

- modalitate subiectivă (declarațiile clientului);
- modalitate obiectivă (înregistrarea datelor comportamentale sau a frecvenței simptomelor pe parcursul terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros).

Evaluarea rezultatelor intervenției este importantă din mai multe motive:

1. oferă un feedback pozitiv terapeutului și pacientului, referitor la intervenția psihoterapeutică;

2. evaluarea este necesară activităților administrative din cadrul căruia terapeutul își desfășoară activitatea;
3. datele culese pot face obiectului unor analize științifice și al publicării.

Video

Urmăriți o scurtă secvență a unei părți dintr-o ședință de psihoterapie.

De reţinut

Dacă psihoterapia este definită în sens larg, atunci termenul de **consiliere** este o subcategorie specifică **psihoterapiei**. Dacă psihoterapia este definită în sens restrâns, atunci **consilierea** şi **psihoterapia** au domenii diferite de aplicaţie: patologia pentru psihoterapie şi optimizarea personală pentru consiliere.

Factorii oricărui demers psihoterapeutic sau de consiliere constau în: diagnostic psihologic şi evaluare clinică, relaţia terapeutică (de consiliere), conceptualizarea, tehnicile de intervenţie, evaluarea rezultatelor intervenţiei.

Lucru pe grupuri

Pe baza informațiilor de mai jos, construiți o conceptualizare specifică de interfață a problemei emoționale pe care o are clienta folosind modelul ABC.

Gina este în ultimul an de masterat la Drept și de curând a reușit să obțină locul de muncă mult visat la o firmă de avocatură de renume. Dintotdeauna și-a dorit să își facă o carieră în acest domeniu și a muncit din greu pentru asta. A învățat foarte bine și a avut cea mai bună performanță academică din școala primară și până la master. Părinții i-au spus mereu că pentru a ajunge sus trebuie să muncească mult astfel încât totul să iasă perfect. Gina se prezintă la psiholog spunând că are dificultăți în a se adapta la locul de muncă. Atunci când ajunge la

serviciu începe să îi fie foarte teamă că poate o să primească ceva de făcut şi nu o sa ştie cum anume. Crede că tot ce face trebuie să fie perfect, altfel cu siguranță șeful ei va considera că este incapabilă și o va da afară. Gina consideră că un astfel de eșec ar fi de nesuportat și că nu ar putea să facă fața unei astfel de situații. Din această cauză nu se poate concentra la serviciu și nu reușește să se organizeze așa cum și-ar dori. Atunci când ajunge acasă se gândește aproape tot timpul la ce se va întâmpla a doua zi.

Temă de reflecţie

Identificați 2 posibile obstacole ce ar putea afecta colaborarea în cadrul relației terapeutice; descrieți cum le-ați aborda astfel încât să vă ajute să consolidați procesul terapeutic.

Bibliografie

Bergin, A.E., şi Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.

David, D (2006a). *Psihologie clinică şi psihoterapie*. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (2006c/2012). *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*. Iaşi: Editura Polirom.

MODULUL V. PARADIGME DE CERCETARE ÎN PSIHOLOGIA CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE – EXPERIMENTUL CU UN SINGUR SUBIECT

I. Cuprinsul secvenței

În prima parte a acestui modul va fi prezentat un scurt istoric al metodei experimentului cu un singur subiect şi va fi discutat modul în care această metodă este utilizată în cercetarea fundamentală şi aplicată. În continuare experimentul cu un singur subiect va fi analizat prin prisma caracteristicilor sale definitorii.

II. Obiectivele secvenței

- Să descrie contextul în care o fost consacrată metoda experimentului cu un singur subiect
- Să descrie caracteristicile experimentului cu un singur subiect
- Să prezinte tipurile de design ale experimentului cu un singur subiect, avantajele şi dezavantajele lor

III. Cuvinte cheie

experiment cu un singur subiect, “scientist-practitioner”.

Notă! Secţiunea este cel mai bine reprezentată în (1) Catania, A.C., şi Brigham, T.A. (1978). Handbook of applied behavior analysis. Social and Instructional Processes. New York: Irvington Publishers şi (2) David, D. (2006b). Metodologia cercetării clinice. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.

Cercetarea este un element fundamental pentru înțelegerea fenomenelor de interes pentru psihologia clinică precum psihopatologia și sănătatea mentală. Cercetarea oferă o serie de date care ghidează practica clinică prin faptul că evidențiază care sunt metodele de prevenție,

psihodiagnostic și tratament validate științific. Alegerea testelor psihologice sau a oricărei alte metode de evaluare psihologică trebuie să se bazeze pe datele oferite de cercetare cu privire la validitatea și fidelitatea lor. Totodată, datele oferite de cercetare ar trebui să identifice care sunt acele intervenții care sunt mai eficiente decât lipsa unui tratament sau a altor forme standard de intervenție. Cercetarea, oferă, de asemenea idei pentru aplicații și noi direcții de cercetare în domeniul psihologiei clinice. Diversitatea de întrebări cu care se confruntă cercetătorii din domeniul psihologiei clinice se reflectă și în varietatea de metode de cercetare care sunt folosite de către aceștia. Designurile de cercetare folosite variază de la experimente cu un singur subiect care studiază un singur individ la un moment dat, la studii pe scală largă derulate în mai multe locații ce includ mii de participanți. În cele ce urmează prezentăm două tipuri de design caracteristice cercetării din domeniul clinic: experimentul cu un singur subiect și studiul clinic controlat.

Video

Urmăriți următorul video care ilustrează importanța cerectării în psihologia clinică.

Experimentul cu un singur subiect este un demers relativ recent în psihologia clinică experimentală, fiind expresia unei schimbări de mentalitate şi completări paradigmatice în cercetarea fundamentală şi aplicată, cu implicaţii euristice atât pentru cercetarea cât şi pentru practica psihologică (Catania şi Brigham, 1978; Morley şi Adams, 1989). Mai clar spus, experimentul cu un singur subiect s-a dezvoltat în paradigma behavioristă (comportamentală) în anii ‘60 dar abia recent a fost asimilat serios în bagajul metodologic al psihologiei experimentale academice (Baer, 1978; Kazdin, 1978).

Scurt istoric

În perioada când psihologia se năştea ca ştiinţă de sine stătătoare (aproximativ sfârşitul secolului XIX-1879) se făcea riguros distincţie între cercetarea fundamentală şi aplicarea rezultatelor acestei cercetări (Baer, 1978; Catania şi Brigham, 1978; Kazdin, 1978).

Cercetarea fundamentală

Cercetarea fundamentală, realizată în psihologie de psihologii experimentalişti, avea următoarele obiective angajate şi susţinute de cercetătorii ancoraţi paradigmei experimentale din acea perioadă: **(a)** încercarea de a descoperi noi cunoştinţe; **(b)** descoperirea unei teorii unificate a comportamentului uman din care ar deriva toate cunoştinţele necesare practicii psihologice. Ea se desfăşura în laborator, unde variabilele ce influenţau comportamentul uman puteau fi bine controlate. Mai mult, cercetarea fundamentală urmărea identificarea şi studierea fiecărei variabile care ar fi putut influenţa comportamentul uman. Această întreprindere, deşi promiţătoare în angajament, era oarecum riscantă din cel puţin două motive: **(1)** în fond există un număr nelimitat de variabile care ar putea influenţa comportamentul uman; **(2)** unele variabile au o influenţă slabă, tranzitorie, inconsistentă asupra comportamentului, fără impact pragmatic semnificativ.

Pentru a-şi realiza obiectivele menţionate mai sus, cercetarea fundamentală recurgea aproape constant la următoarea **metodologie**: designuri experimentale multifactoriale, grupuri eşantionate de subiecţi şi statistică descriptivă şi inferenţială adaptată designurilor multifactoriale.

Aplicarea rezultatelor cercetării fundamentale s-a găsit rapid în impas. Aceasta deoarece psihologii clinicieni au descoperit în scurt timp faptul că puţine rezultate ale cercetării fundamentale au o aplicaţie serioasă şi eficientă în practica lor clinică. În consecinţă, s-a produs o ruptură între psihologii experimentalişti şi psihologii clinicieni, ultimii încercând să-şi facă "meseria" în felul lor, bazându-se pe experienţa şi observaţiile lor clinice (Baer, 1978). Această ruptură a fost accentuată de faptul că metodologia utilizată de psihologii experimentalişti era inutilizabilă în cercetarea clinică. Spre exemplu, este aproape imposibil de realizat un eşantion semnificativ de populaţie clinică cu aceleaşi caracteristici, istoric al bolii, evoluţie, simptomatologie, etc., pentru o cercetare care să satisfacă rigorile metodologice ale cercetării fundamentale clasice.

Mai mult, de-a lungul anilor s-a iscat o polemică dură, psihologii experimentalişti susţinând că ceea ce fac psihologii clinicieni este o joacă, sau orice altceva, dar **nu** ştiinţă. Pe de altă parte, psihologii clinicieni au ripostat, susţinând că psihologii experimentalişti fac ştiinţă de dragul ştiinţei, cunoştinţele dobândite de ei fiind fără vreun impact pragmatic sau valoare ecologică (Catania şi Brigham, 1978).

Scientist – practitioner

În acest context, în anii '60, odată cu naşterea psihoterapiei cognitiv-comportamentale, apare în metodologia psihologică o nouă orientare de inspiraţie cognitiv-comportamentală (mai ales de influenţă behavioristă). Această nouă metodologie - experimentul cu un singur subiect - acoperă prăpastia existentă între psihologii experimentalişti şi psihologii clinicieni, promovând în acelaşi timp un nou tip de psiholog: "scientist-practitioner"- psihologul practician şi omul de ştiinţă în acelaşi timp (Baer, 1978; Morley şi Adams, 1989).

Temă de reflecţie

În ce fel de cunoştinţe – cele obţinute prin cercetare fundamentală sau cele obţinute prin practica clinică - , credeţi că putem avea mai multă încredere şi de ce?

Caracteristicile experimentului cu un singur subiect

Experimentul cu un singur subiect *urmăreşte relevarea relaţiilor cauzale între diversele variabile independente şi comportamentul uman văzut ca variabilă dependentă.* În acest context, comportamentul este definit ca orice reacţie observabilă şi măsurabilă a subiectului uman. În acest scop el promovează noi tipuri de designuri experimentale: designul

ABAB, designul cu nivele de bază multiple, designul manipulărilor simultane şi designul schimbării criteriului.

În paradigma experimentului cu un singur subiect se renunţă la identificarea şi mai ales la studierea variabilelor independente ce au un efect slab, tranzitoriu şi inconsistent asupra comportamentului uman. În schimb, atenţia se focalizează pe studierea variabilelor care au un efect puternic, stabil, clar şi vizibil asupra comportamentului uman (Baer, 1978). Identificarea acestui efect este uşoară şi evidentă; ea transpare vizual din graficele elaborate şi analizele statistice descriptive (ex.: graficul de frecvenţă a apariţiei unui comportament). În acest sens se diminuează ponderea statisticii inferenţiale, al cărei scop era tocmai identificarea efectului variabilelor independente cu impact mai redus asupra variabilelor dependente, efect care de cele mai multe ori fiind slab, avea nevoie de metode speciale pentru a fi relevat (ex.: analiza de varianţă, testele de semnificaţie, etc.). Se păstrează în acelaşi timp statistica descriptivă cu rol important în stabilirea relaţiei de cauzalitate între variabila independentă şi variabila dependentă în cazul paradigmei experimentului cu un singur subiect (Baer, 1978).

Sintetizând cele afirmate mai sus, putem spune că experimentul cu un singur subiect are **două** obiective.

Îndeplinirea criteriilor experimentale

Primul obiectiv se referă la îndeplinirea criteriilor experimentale: *efect semnificativ şi bine controlat al variabilei independente asupra variabilei dependente* aflată în studiu, cu implicaţii asupra *validităţii interne* a demersului experimental.

Efect puternic, stabil şi vizibil

Al doilea obiectiv urmăreşte criteriul pragmatic: obţinerea unui *efect puternic, stabil şi vizibil pe graficele elaborate*, al variabilei independente, care permite o *inferenţă cauzală apelând uneori doar la mijloacele statisticii descriptive*. Acest al doilea criteriu are un impact serios asupra *validităţii externe* a demersului experimental, adică asupra generalizării concluziilor formulate. În experimentul cu un singur subiect, concluziile formulate sunt susţinute de rezultate obţinute prin studiul unui singur subiect. Ne putem pune întrebările: care este gradul de generalitate al concluziei astfel formulate? Este ea valabilă şi în cazul altor subiecţi? Ca o regulă generală, validitatea externă a demersului experimental cu un singur subiect este uşor mai redusă în comparaţie cu demersurile factoriale clasice. Totuşi, când

efectul variabilei independente este puternic şi vizibil fără inferenţe statistice complicate (cum adesea se întâmplă în experimentul cu un singur subiect), validitatea externă este şi ea crescută. Acest lucru se poate verifica şi prin repetarea experimentului în alte designuri experimentale cu un singur subiect sau în demersuri experimentale clasice dacă problema investigată permite acest lucru.

Experimentul cu un singur subiect este în acelaşi timp un instrument de cercetare fundamentală şi cercetare aplicată. Spre exemplu, el poate fi utilizat pentru studiul impactului întăririlor asupra comportamentului (cercetare fundamentală), dar şi pentru a releva progresele realizate de un pacient în urma unei intervenţii psihoterapeutice în care am modificat contingenţele comportamentale specifice din mediul său (ex. atenţia colegilor după fiecare comportament agresiv în clasă). Altfel spus, utilizat de un practician în activitatea sa clinică, spre exemplu, **experimentul cu un singur subiect** îl transformă pe acesta într-un om de ştiinţă ce descoperă noi relaţii cauzale între diverse variabile. Mai mult, cuantificarea obiectivă promovată de **experimentul cu un singur subiect** completează fericit evaluarea subiectivă făcută de subiect privind spre exemplu evoluţia simptomatologiei lui, funcţie de intervenţia psihoterapeutică realizată. Invers, un om de ştiinţă utilizând **experimentul cu un singur subiect** devine în acelaşi timp un practician care se confruntă cu modificarea comportamentală a unui subiect ţintă. Aceasta este una din faţetele **perspectivei "scientist-practitioner"**, perspectivă ce se bucură de o tot mai largă influenţă în ştiinţa psihologică a acestui sfârşit de secol.

Desigur, unii "scientist-practitioners" sunt mai mult "scientists". În acest caz, în activitatea lor va domina metodologia psihologică clasică. Dar utilizarea experimentului cu un singur subiect le poate îmbogăţi cunoştinţele la care au ajuns prin metode clasice; altfel spus, ei pot testa mai uşor impactul pragmatic al cunoştinţelor dobândite. Dacă un "scientist-practitioner" este mai mult "practitioner", experimentul cu un singur subiect va deveni metodologia lui de bază în cercetare şi practică. Dar şi în acest caz cunoaşterea metodologiei clasice este necesară deoarece ea îl poate menţine conectat la ultimele descoperiri şi realizări ale cercetării fundamentale clasice, lărgindu-i în acelaşi timp bagajul de metode de investigaţie psihologică; de fapt, aşa cum aminteam anterior, metodele clasice de investigaţie se pot completa şi corobora elegant cu metodologia experimentului cu un singur subiect.

Coroborând datele pe care le avem şi luând în considerare şi împletirea strânsă între metodologia clasică psihologică şi experimentul cu un singur subiect, putem afirma cu certitudine că distincţia clasică la începutul secolului XIX între cercetarea fundamentală şi aplicarea cercetării fundamentale nu se mai susţine. În cel mai bun caz putem vorbi despre **cercetare fundamentală** (utilizează preponderent metode psihologice clasice, mai rar experimentul cu un singur subiect) şi **cercetare aplicată** (utilizează preponderent experimentul cu un singur subiect- mai ales în clinică, dar şi unele metode psihologice clasice).

Temă de reflecţie

Găsiţi cât mai multe situaţii concrete, în care experimentul cu un singur subiect constituie o metodă de investigare mai adecvată decât metodologia clasică; care sunt caracteristicile situaţiei care v-au determinat să optaţi pentru experimentul cu un singur subiect?

Designuri ale experimentului cu un singur subiect

În cele ce urmează prezentăm unul dintre tipurile de designuri ale exprimentului cu un singur subiect

Designul ABAB

În prima fază a acestui design, (A), se măsoară obiectiv (frecvenţa, durata, amplitudinea, etc.) şi repetat comportamentul ce urmează să facă obiectul intervenţiei psihologice. Se stabileşte astfel **nivelul de bază** al comportamentului investigat.

În faza a doua, (B), după stabilizarea comportamentului în faza (A) se introduce intervenţia psihologică ce vizează modificarea acestui comportament.

În faza a treia, (A), se elimină intervenţia psihologică aşteptându-ne în acest caz, ca urmare a unei posibile relaţii cauzale între comportament (variabila dependentă) şi intervenţia psihologică (variabila independentă), comportamentul să revină la nivelul său de bază.

În faza a patra, (B), se aplică din nou intervenţia psihologică în scopul rezolvării problemei pacientului.

Exemplu:

În faza A am măsurat timp de 6 zile comportamentul de a răspunde la întrebările profesorului al unui elev nonasertiv ale cărui performanţe şcolare erau scăzute nu din cauza dificultăţilor de învăţare, ci din cauza dificultăţilor emoţionale. În faza B am introdus intervenţia terapeutică – întăriri pozitive din partea profesorului. Dacă această intervenţie este eficace, ne aşteptăm ca în această fază frecvenţa comportamentului să crească. În faza a treia, pentru a fi siguri de relaţia cauzală între intervenţie şi modificarea comportamentală, am eliminat întăririle pozitive, aşteptându-ne ca frecvenţa comportamentului asertiv să scadă din nou. În faza a patra, B, am introdus din nou intervenţia terapeutică în scopul rezolvării simptomatologiei pacientului.

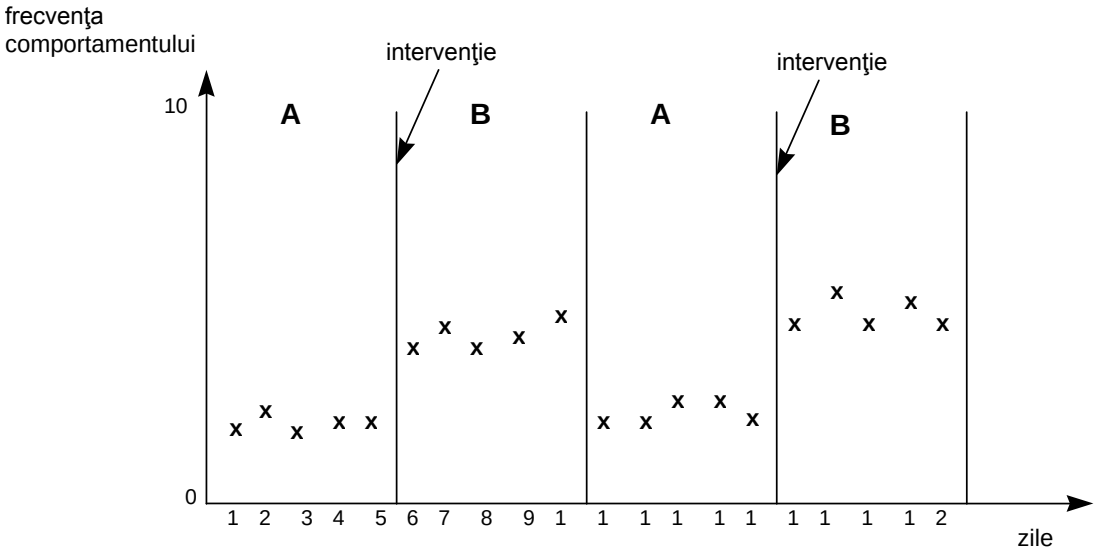


Fig. 10 Design experimental ABAB

Dezavantajele şi limitele designului ABAB.

- faza a treia a acestui design s-ar putea să nu funcţioneze. Aceasta deoarece: **(a)** intervenţia noastră nu a fost cauza modificării comportamentului, **(b)** deşi intervenţia a fost iniţial cauza modificării comportamentului, ulterior alţi factori au ajuns să controleze acest comportament (ex. interesul din partea colegilor), sau **(c)** extincţia – retragerea întăririlor pozitive ale comportamentului ia un timp lung pentru a reduce frecvenţa comportamentelor ţintă şi uneori nu funcţionează eficient.
- designul implică aspecte neetice şi nepragmatice. De ce, odată ce am reuşit să reducem simptomatologia subiectului, să o producem din nou numai în numele unor cerinţe metodologice şi de investigaţie ştiinţifică?

Alte tipuri de design caracteristice experimentului cu un singur subiect: designul cu niveluri de bază multiple, designul manipulărilor simultane, designul schimbării criteriului (vezi David, D. (2006b). Metodologia cercetării clinice. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom).

Studiul clinic controlat este o cercetare experimentală al cărei obiectiv principal este compararea eficienței unei intervenții prin raportare la un grup de control (de exemplu, fără tratament, listă de aşteptare, placebo, tratament standard). Totodată, într-un astfel de studiu se poate investiga și teoria schimbării și se poate face analiza cost-beneficii a intervenției. Teoria schimbării ne poate spune care sunt mecanismele prin care intervenția își face efectul, iar analiza cost-beneficii ne arată dacă intervenția poate fi aplicată ținând cont de resursele limitate ale sistemului de sănătate.

Controlul în studiile clinice este fundamental și se realizează în mai multe feluri: (1) manipularea variabilei independente (de exemplu, variabila independentă *tratament*, cu două condiții: „tratament psihoterapeutic” și „tratament medicamentos”); 2. includerea și/sau excluderea explicită în/din studiu a unor variabile care pot afecta relația variabilă independentă-variabilă dependentă; 3. distribuirea randomizată a subiecțiilor în condițiile de tratament; 4. statistic (de exemplu, corelația parțială, ANCOVA etc.). Dacă într-un studiu clinic sunt îndeplinite cel puțin condițiile 1 și 3 , vorbim despre studii clinice randomizate, controlate

(experiment). Dacă este îndeplinită doar condiția 1, vorbim despre studii clinice nerandomizate, necontrolate (cvasiexperiment). In baza acestui control se discută astăzi despre două categorii de studii clinice controlate. Studiile de eficiență (efficacy) se derulează astfel încât se maximizează validitatea internă, iar cele de eficacitate (effectiveness) se derulează în așa fel încât se maximizează validitatea externă (de exemplu, se utilizează subiecți cu diferite tulburări psihologice).

Multe dintre tehnicile de intervenție psihoterapeutică au fost adesea întemeiate pe experiență și studii de caz, rareori fiind investigate în studii clinice controlate. Astfel, studiile clinice controlate sunt importante deoarece oferă dovezi mult mai riguroase cu privire la eficiența unei intervenții. Asociația Psihologilor Americani (APA) și Societatea pentru o Psihologie Clinică Științifică (Society for Science for Clinical Psychology-SSCP) au stabilit o serie de criterii pe care o intervenție psihoterapeutică trebuie să le respecte pentru a deveni validată științific. Criteriile minime stabilite de APA pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat științific sunt cele ale unui studiu clinic controlat, adaptat pentru investigația psihoterapiei:

- Trebuie să existe un manual care să descrie clar strategia de intervenție;
- Tratamentul trebuie investigat în cadrul unor studii clinice randomizate;
- Performanța grupului experimental trebuie să fie mai bună decât performanța celui de control (sau egală cu a acestuia, dacă grupul de control primește un tratament clasic);
- Trebuie menținut la minimum rolul cercetătorilor și al expectanțelor subiecților asupra măsurătorilor efectuate.
- Când grupul de control presupune lipsa tratamenului sau lista de așteptare este necesar un al treila grup-grupul placebo.

Deși rezultatele studiilor clinice controlate sunt deosebit de importante în practica clinică, evidențând care sunt cele mai eficiente forme de tratament, acest lucru nu înseamnă că o intervenție care s-a dovedit eficientă într-un astfel de studiu va funcționa pentru fiecare pacient cu care psihoterapeutul lucrează. Trebuie ținut cont că într-un studiu clinic controlat decizia cu privire la eficiența intervenției se bazează pe comparația mediei unor grupuri de indivizi, ceea ce înseamnă că pentru unii subiecții intervenția este mai puțin eficientă decât pentru alții. Totodată, , controlul ridicat din studiile clinice controlate face ca implementarea intervenției în

cabinetul terapeutului să nu fie întotdeauna în aceeași manieră, de exemplu, clientul se confruntă cu mai multe probleme psihologice ce necesită adaptarea intervenției la particularitățile și contextul lui.

Temă de reflecţie

Identificați 3 potențiale dezavantaje ale studiului clinic controlat.

De reţinut

Experimentul cu un singur subiect s-a dezvoltat în paradigma behavioristă, acoperind prăpastia care exista între psihologii experimentaliști și psihologii clinicieni, promovând în același timp un nou tip de psiholog: "scientist-practitioner"- psihologul practician și omul de știință în același timp.

Experimentul cu un singur subiect urmărește relevarea relațiilor cauzale între diversele variabile independente și comportamentul uman văzut ca variabilă dependentă. Obiectivele acestui tip de experiment sunt (1) îndeplinirea criteriilor experimentale și (2) obținerea unui efect puternic a variabilei independente.

Experimentul cu un singur subiect este în același timp un instrument de cercetare fundamentală și cercetare aplicată.

Studiul clinic controlat este o cercetare experimentală în cadrul căreia se vizează testarea eficienței unei intervenții clinice. Acest tip de cercetare este considerat standardul de aur în cercetarea din psihologia clinică, rezultatele acestuia ghidând practica clinică prin oferirea de dovezi empirice cu privire la cele mai eficiente tratamente psihoterapeutice.

Bibliografie

Catania, A.C., şi Brigham, T.A. (1978). *Handbook of applied behavior analysis. Social and Instructional Processes.* New York: Irvington Publishers.

David, D. (2006b). *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*. Iaşi: Editura Polirom.

Kazdin, A. (1978). *History of behavioral modification: Experimental foundation of contemporary research*. Baltimore: University Park Press.

Bibliografie selectivă

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: APA.

Anderson. J.R. (1990). *Cognitive psychology and its implications*. New York: WH Freeman and Company.

Anderson. J.R. (2000). *Cognitive Psychology and its Implications*. New York: Worth Publishing, Fifth edition.

Antonuccio, D.O., Danton, W.G., şi DeNelsky (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 574-585.

Ayllon, T., şi Azrin, N.H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Baum, A., Gatchel, R.J., şi Krantz, D.S. (1997). *An Introduction to Health Psychology*. Third edition. New York: McGraw-Hill.

Baum, W.M. (1994). *Understanding behaviorism: Science, behavior, and culture*. New York: Harper Collins.

Bechterev, V.M. (1933). *General Principles of Human Reflexology: An Introduction to the Objective Study of Personality*. London: Jarrolds Publishers.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy for emotional disorders*. International New York: University Press.

Beck, A.T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62,* 953-959.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., şi Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Benson, H. (1996). *Timeless Healing.* NY: Simon & Shuster.

Benson, H., şi Procter, W. (1984). *Beyond the relaxation response.* New York: Times Brooks.

Bergin, A.E., şi Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change.* New York: John Wiley.

Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York: Grune & Stratton.

Boloşiu, H.D. (1990). *Semiologie medicală*. Cluj-Napoca: Medex.

Bonnano, G.A. (2004). Loss, trauma and human resielience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59,* 20-28.

Brehm, J.W. (1966). *A Theory of Psychological Reactance*. New York: Academic Press.

Bruner, J.S., şi Krech, D. (Eds.). (1950). *Perception and personality: A symposium* (1949, Denver). Durham, NC: Duke University Press.

Burns, D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy.* New York: Harper Collins Publishers.

Butler, A.C., şi Beck, J.S. (2000). Cognitive therapy outcomes: A review of meta-analyses. *Journal of the Norwegian Psychological Association, 37,* 1-9.

Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage: An Account of Recent Research Into the Function of Emotional Excitement*, 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts.

Catania, A.C., şi Brigham, T.A. (1978). *Handbook of applied behavior analysis. Social and Instructional Processes.* New York: Irvington Publishers.

Christensen, A., Moran, P., şi Wiebe, J. (1999). Assessment of Irrational Health Beliefs: Relation to Health Practices and Medical Regimen Adherence. *Health Psychology, 18,* 169-176.

Clark, D.M. (1995). Anxiety states: panic and generalized anxiety. În K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk şi D. Clark. (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide.* Oxford: Oxford University Press.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference? *Journal of Personality, 66,* 919-946.

Davenloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Dawes, R.M. (1994). *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The Free Press.

David, D (2006a/2012). *Psihologie clinică şi psihoterapie*. Fundamente. Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (1996). Memoria implicită. Clarificări teoretico-metodologice şi implicaţii practice. *Studia Universitatis, 1-2,* 155-185.

David, D. (2000). *Prelucrări inconştiente de informaţie. Contaminarea psihologică în mass-media, practica clinică şi juridică*. Cluj-Napoca: Editura Dacia.

David, D. (2003). *Castele de nisip: Ştiinţă şi pseudoştiinţă în psihopatologie.* Editura Tritonic: Bucureşti, Cluj-Napoca.

David, D. (2003a). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT); The view of a cognitive psychologist. În W. Dryden (Ed.), *Theoretical developments in REBT.* London: Brunner/Routledge.

David, D. (2003b). Cognitive-behavioral therapy in search of itself. *European Cognitive and Behavioral Therapist,* European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, October, 2003.

David, D. (2006b). *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*. Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (2006c/2012). *Tratat de psihoterapii cognitive şi comportamentale*. Iaşi: Editura Polirom.

David, D. (Ed). (2006d). *A Critical Review of Current Trends in Psychotherapy and Clinical Psychology*. New York: Nova Science Press.

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, Ş., şi Băban, A. (1998). *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenţie cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice şi optimizare umană. Ediţia I.* Cluj-Napoca: Risoprint.

David, D., Holdevici, I., Szamoskozi, Ş., şi Băban, A. (2000). *Psihoterapie şi hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenţie cognitiv-comportamentală în tulburări psihice, psihosomatice şi optimizare umană. Ediţia II.* Cluj-Napoca: Risoprint.

David, D., Lynn, S. J., & Ellis, A. (2009). *Rational and Irrational Beliefs: Research, Theory, and Clinical Practice*. Oxford University Press.

David, D., Macavei, B., Szentagotai, A., şi McMahon, J. (2005). Cognitive Restructuring and Mental Contamination: an Empirical Re-Conceptualization. *Journal of Rational Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 1*, 21-55.

David, D., Montgomery, M., Macavei, B., şi Bovbjerg, D. (2005). An empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distress. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 499-516.

David, D., Schnur, J., şi Belloiu, A. (2002). Another search for the "hot" cognitions: Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 2,* 93-131.

David, D., şi Miclea, A. (2002). The case of behavior therapy in Romania. *Behavior Therapist, 21,* 181-186.

David, D., şi Szentagotai, A. (2006). Cognition in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model. *Clinical Psychology Review, 26,* 284-298.

David, D., Szentagotai, A., Kallay, E., şi Macavei, B. (2005). A synopsis of rational emotive behavior therapy: Fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-behavior Therapy, 23,* 175-221.

David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology, 64*(6), 728-746.

Deckersbach, T., Gershuny, B.S., şi Otto, M.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy for depression. Applications and outcome. *Psychiatric Clinics of North America, 23,* 795-809.

DeRubeis, R.J., Tang, T.Z., şi Beck, A.T. (2001). Cognitive therapy. În K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies,* (pp. 349-392). New York: Guilford Press.

Djulbegovic, B., Loughran, T.P.Jr., Hornung, C.A., Kloecker, G., Efthimidiadis, E.N., Hardley, T.J., Englert, J., Hoskins, M., şi Goldsmith, G.H. (1999). The quality of medical evidence in hematology-oncology. *American Journal of Medicine, 2,* 198-205.

Dobson, K.S. (2001*). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.

Dollard, J., şi Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.

Dryden, W (ed.). (2003). *Rational emotive behavior therapy; Theoretical developments*. Brunner-Routledge. New-York.

Dryden, W., & David, D. (2008). Rational emotive behavior therapy: Current status. Journal of *Cognitive Psychotherapy, 22*(3), 195-209.

D'Zurilla, T., Nezu, A.M., şi Maguth Nezu, C. (2006). *Problem-Solving Therapy, Third Edition A Positive Approach to Clinical Intervention.* New York: Springer Publishing.

Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *Journal of General Psychology, 59,* 35-49.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1975). *A Guide to rational living*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Ellis, A. (1975a). *How to live with a neurotic. Rev. ed.* North Hollywood, CA; Wilshire Books.

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Carol Publishing Group.

Ellis, A., şi Harper, R.A. (1975). *A new guide to rational living (rev. ed.).* Hollywood, CA: Wilshire Books Company.

Ellis, A.. şi DiGiuseppe, R. (1993). Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative? *Cognitive Therapy and Research, 17,* 471-477.

Estes, W.K. (1950). Toward a statistical theory of learning. *Psychological Review, 57,* 94-107.

Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16,* 319-324.

Eysenck, M., şi Keane, M. (2000). *Cognitive Psychology: A Student's Handbook*, 4th Edition. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon M., şi Williams, J.B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition*. (SCID-I/P). Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute: New York.

Folkman, S., şi Lazarus, R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science and Medicine, 26,* 309-317.

Frank, J.D. (1973). *Persuation and healing.* Baltimore: John HopkinsUniversity Press.

Gauld, A. (1992). *The history of hipnotism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gleitman, H. (1990). *Basic Psychology*. New York: W.W. Norton & Co.

Gleitman, H., Fridlund, A.J., şi Reisberg, D. (2000). *Basic Psychology, 5th Ed*. New York: Norton.

Goldfried, M.R. (1985). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration.* New York: Springer Publishing Company.

Goldfried, M.R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration: An evolving view.* New York: Springer Publishing Company.

Goldfried, M.R., Decenteceo, E.T., şi Weinberg, L. (1974). Systematic rational restructuring as a self-control technique. *Behavior Therapy, 5*, 247-254.

Greenwald, A.G. (1992). New Look 3: Reclaiming unconscious cognition. *American Psychologist, 47*, 766-779.

Greenwood, J.D. (1989). *Explanation and experiment in social psychological science. Realism and the social constitution of action.* New York: Springer-Verlag.

Guidano, V., şi Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.

Guthrie, E.R. (1930). Conditioning as a Principle of Learning. *Psychological Review, 37*, 412-428.

Guthrie, E.R. (1934). Pavlov's Theory of Conditioning. *Psychological Review, 41*, 199-206.

Haggbloom et al. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century. *Review of General Psychology, 6*, 139-152.

Hammen, C.L., şi Glass, D.R. (1975). Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 718-721.

Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., şi Clark, D. (Eds.) (1989). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide.* Oxford: Oxford University Press.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., şi Clark, D.C. (1991). *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide.* Oxford: Oxford University Press.

Hayes, S.C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 58-66.

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 35*, 639-665.

Hergenhahn, B.R. (1986). *An Introduction to the History of Psychology.* Belmont, CA: Wadsworth Publishing.

Hersch, J. (1981). *Mirarea filozofică. Istoria filozofiei europene*. Bucureşti: Editura Humanitas.

Howes, N., Chagla, L., Thorpe, M., şi McCulloch, P. (1997). Surgical practice is evidence based. *British Journal of Surgery, 9,* 1220-1223.

Hull, C. (1943). *Principles of Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Hunsley, J., şi DiGiulio, G. (2002). Dodo bird, phoenix, or urban legend? ... *The Scientific Review of Mental Health Practice, 1,* 11–24.

Iamandescu, I.B. (2002). *Stresul psihic din perspectivă psihologică şi psihosomatică*. Bucureşti: Ed. Infomedica.

Ianoşi, I. (1996). *O istorie a filosofiei româneşti*. Cluj-Napoca: Ed. Biblioteca Apostrof.

Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation, 2nd edition*. Chicago: Chicago University Press.

Jacoby, L.L. (1991). A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory. *Journal of Memory and Language, 30,* 513-514.

James, W. (1981). *Pragmatism*. Indianapolis, Cambridge: Hackett Publishing (publicat pentru prima dată în 1907).

Jemec, G.B.E., Thorsteinsdottir, H., şi Wulf, H.C. (1998). Evidence-based dermatologic out-patient treatment. *International Journal of Dermatology, 11,* 850-854.

Johnson, H.M. (1994). Process of successful intentional forgetting. *Psychological Bulletin, 116,* 274-292.

Kagee, A. (2002). Concerns about the effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions. *Critical care, 6,* 315-317.

Kaplan, H.I., şi Sadock, B.J. (1998). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 8th Edition*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Kazdin, A. (1978). *History of behavioral modification: Experimental foundation of contemporary research.* Baltimore: University Park Press.

Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs.* Volume 1. New York: Norton.

Kendall, P., şi Hollon, S. (1979). *Cognitive-behavior intervention: Theory, research, and procedures.* New York: Academic Press.

Kenny, S.E., Shankar, K.R., Rintala, R., Lamont, G.L., şi Lloyd, D.A. (1997). Evidence-based surgery: Interventions in a regional paediatric surgical unit. *Archive of Disease in Childhood, 1*, 50-53.

Kernbach, V. (1978). *Miturile esenţiale*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică.

Kessel, R.P & deHaan, E.H. (2003). Implicit learning in memory rehabilitation: A meta-analysis on errorless learning and vanishing cues methods. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 25,* 805-814.

Kipling, R. (1895). *If*. Complete collection of poems by Rudyard Kipling. http://www.poetryloverspage.com/poets/kipling/kipling_ind.html

Kirsch, I. (1990). *Changing expectations. A key to effective psychotherapy*. Pacific: Brooks/Cole Publishing Comp.

Kobassa, S. (1979). Stressful events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1-11.

Korzybski, A. (1933). *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics. Fifth Edition.* Brooklyn, NY: Institute of General Semantics.

Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolution*. Chicago: University of Chicago Press.

Lambert, M.J., şi Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. În Norcross, John C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford University Press.

Lambert, M.J., şi Ogles, B.M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. În M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Willey.

Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. În J.M. Schlein (Ed.), *Research in psychotherapy* (vol. 3, pp. 90-103). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Lazarus, A.A. (1971). *Behavior Therapy and Beyond.* New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A.A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation.* Oxford University Press: New York.

LeDoux, J.E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience, 23,* 155–184.

Lee, J.S., Urschel, D.M., şi Urschel, J.D. (2000). Is general thoracic surgical practice evidence based? *Annals of Thoracic Surgery, 2,* 429-431.

Lewicki, P. (1986). *Non-conscious social information processing*. New York: Academic Press.

Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. În M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, (pp.19-64). New York: Academic Press.

Lieberman, D.A., Sunnucks, W.L., şi Kirk, J.D.J. (1998). Reinforcement without awareness: I. Voice level. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 51B*, 301-316.

Lilienfeld, S.O. (1996). EMDR therapy: Less than meets the eyes? *Skeptical Inquirer, 20,* 25-31.

Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., şi Lohr, J.M. (2003). *Science and pseudoscience in clinical psychology*. New York: Guilford Press.

Lindsley, O.R, (1956). Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Research Reports, 5,* 118-139.

Lyons, L.C., şi Woods, P.J. (1991). The Efficacy of rational emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review, 11,* 357-369.

Mahoney, M. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.

Mahoney, M.J. (Ed.) (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice.* Washington: Springer Publication Company.

Malan, D.H. (1963). *A Study of brief psychotherapy*. London: Tavistock.

Mason, J.W. (1968). A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system. *Psychosomatic Medicine, 30,* 631-653.

Maultsby, M.C. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

McConnell, R.B. (1987). *Art, Science, and Human Progress*. New York: Universe Books.

McNally, R.J. (1999). EMDR and mesmerism: A comparative historial analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 13,* 225-236.

Meichebaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.

Meichenbaum, D. (2003). Cognitive-Behavior Therapy: Folktales and the Unexpurgated History. *Cognitive Therapy and Research, 27,* 125-129.

Merikle, P.M. (1992). Perception without awareness: critical issues. *American Psychologist, 47,* 792-795.

Miclea, M. (1994). *Psihologie cognitivă.* Iaşi: Editura Polirom.

Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11,* 147-172.

Mowrer, O., şi Mowrer, W. (1938). Enuresis: A methods for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 8,* 436-459.

Mowrer, O.H. (1950). *Learning Theory and Personality Dynamics*. New York: The Ronald Press Co.

Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior.* New York/London: John Wiley & Sons, Inc., 1st Edition.

Myles, P.S., Bain, D.L., Johnson, F., şi McMahon, R. (1999). Is anaesthesia evidence-based? A survey of anaesthetic practice. *British Journal of Anaesthesia, 4,* 591-595.

Neimeyer, R.A., şi Mahoney, M.J. (1995). *Constructivism in Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.

Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Croft.

Nordin-Johansson, A., şi Asplund, K. (2000). Randomized controlled trials and consensus as a basis for interventions in internal medicine. *Journal of Internal Medicine, 1,* 94-104.

OMS (1992). *International Statistical Classification of Disorders and Related Health Problems.* Geneva: WHO.

Ost, L.G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and a review of controlled studies. *Behavior Research and Therapy, 26,* 13-22.

Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex.* Oxford: Oxford University Press.

Price, R.H., şi Lynn, S.J. (1981). *Abnormal psychology in the human context.* Illinois: The Dorsey Press.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., şi colab. (1992). In search of the structure of change. În *Self Change: Social Psychological and Clinical Perspectives* (pp. 87-114) , Y. Klar, J.D. Fisher, J.M. Chinsky & A. Nadler. New York, NY: Springer-Verlag.

Rachman, S., şi Hodgson, R. (1974). Synchrony and desynchrony in measures of fear. *Behaviour Research & Therapy, 12,* 311-318.

Rachman, S., şi Teasdale, J. (1969). *Aversion therapy and behavior disorders: an analysis.* Coral Gables, FL: University of Miami Press.

Rachman, S., şi Teasdale, J. (1970). *Aversion therapy and behavior disorders*. Riverside, NY: Behavior Science Book Service.

Reid, W.J. (1997). Evaluating the Dodo's verdict: Do all interventions have equivalent outcomes? *Social Work Research, 21,* 5-16.

Rescorla, R. (1988). Pavlovian conditioning: it's not what you think it is. *American Psychologist, 43,* 151-160.

Richter, H.E., şi Miller, N.E. (Eds.) (1982*). Biofeedback: Basic. Problems and Clinical Applications.* New York: Elsevier Science Publications.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6,* 412-415.

Rotter, J.B. (1960). Some implications of a social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures. *Psychological Review, 67,* 301-316.

Ryle, G. (1949). *The Concept of Mind.* Chicago: The University of Chicago Press.

Sarason, I.G., şi Sarason, B.R. (1999). *Abnormal psychology. The problem of maladaptive behavior.* New Jersey: Prentince Hall.

Schachter, S., şi Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychologial Review, 69,* 379-399.

Scheel, M.J., Hanson, W.E., şi Razzhavaikina, T.I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy: A review of therapist delivery methods, clients acceptability

and factors that affect compliance. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 41,* 38–55.

Schultz, J.H., şi Luthe, W. (1969). *Autogenic therapy: Vol. 1. Autogenic methods*. New York: Grune and Stratton.

Sechenov, I. (1935). *Selected works.* Moscow-Leningrad: State Publishing House.

Segal, Z., Williams, M., şi Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse.* New York: Guilford Press.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M.E.P. (1998). *Learned Optimism*. New York: Pocket Books.

Seligman, M.E.P., şi Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. *American Psychologist, 55*, 5-15.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Shapiro, M.B. (1961). The single case in fundamental clinical research. *British Journal of Medical Psychology, 34*, 255-262.

Skinner, B.F. (1948). *Walden Two.* New York: Macmillan.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Skinner, B.F. (1971). *Beyond Freedon and Dignitiy*. New York: Alfred A. Knopf.

Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.

Smith, C.A., Haynes, K.N., Lazarus, R.S., şi Pope, L.K. (1993). In Search of the "Hot" Cognitions: Attributions, Appraisals and their Relation to Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, vol. 65*, 916-929.

Smith, C.A., şi Lazarus, R. (1993). Appraisal, components, core relational theme, and the emotions. *Cognition and Emotion, 7,* 233-269.

Smith, M.L., Glass, G.V., şi Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Solomon, R., şi Wynne, L.C. (1953). Traumatic avoidance learning: Acquisition in normal dogs. *Psychological Monography, 67,* întregul număr 354.

Spiegler, M.D., şi Guevremont, D. (1993). *Contemporary Behavior Therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Stein, D.J., şi Young, J.E. (Eds) (1992). *Cognitive. Science and Clinical Disorders*. San Diego: Academic Press.

Suarez-Varela, M.M., Llopis-Gonzalez, A., Bell, J., Tallon-Guerola, M., Perez-Benajas, A., şi Carrion-Carrion, C. (1999). Evidence based general practice. *European Journal of Epidemiology, 9,* 815-819.

Summers, A., şi Kehoe, R.F. (1996). Is psychiatric treatment evidence-based? *Lancet, 347,* 406-410.

Szentagotai, A., Schnur, J., DiGiuseppe, R., Macavei, B., Kallay, E., şi David, D. (2005). The organization and the nature of irrational beliefs: Schemas or appraisal? *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 5(2),* 139-158.

Taylor, S.E. (1993). *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*. New York: Basic Books.

Thorndike, E.L. (1916). *The principles of teaching, based on psychology*. New York: A.G. Seiler.

Tolman, E.C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *The Psychological Review, 55,* 189-208.

Truax, C.B., şi Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy.* Chicago: Aldine Publishing Company.

Udolf, R. (1981). *Handbook of hypnosis for professionals*. New York: Van Nostrand.

USDHHS (1999). *Mental health: A report of the surgeon general-Executive Summary.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human services, Substance Abuse and Mental Health Services Health, National Institute of Mental Health.

Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., şi Ahn, H. (1997). A metaanalysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, ”All must have prizes”. *Psychological Bulletin, 3,* 203-215.

Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: Gilford Press.

Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20,* 158-177.

Watson, J.B., şi MacDougall, W. (1929). *The battle of behaviorism: An exposition and an exposure.* [A debate between the leading behaviorist and the leading instinct theorist of the early 20th century.]

Watson, J.B., şi Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 1-14.

Wegner DM. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101,* 34–52.

Wegner, D.M. (2002). *The illusion of conscious will.* Cambridge, MA: MIT Press.

Wegner, D.M. (2003). The mind's best trick: How we experience conscious will. *Trends in Cognitive Science, 7,* 65-69.

Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D., şi Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 542-549.

Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., şi Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin, 117,* 450-468.

Wellman, H.M., Harris, P.L., Banerjee, M, şi Sinclair, A. (1995). Early understandings of emotion: Evidence from natural language. *Cognition and Emotion, 9,* 117-149.

Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalised anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 2,* 86-95.

Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New York: John Wiley and Sons Ltd.

Wessler, R.L., Hankin, S., şi Stern, J. (2001). *Succeeding with Difficult Clients: Applications of Cognitive Appraisal Therapy (Practical Resources for the Mental Health Professional).* San Diego, CA: Academic Press.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA**:** Stanford University Press.

Yerkes, R.M., şi Dodson, J.D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18,* 459-482.

Glosar

I. CONSTRUCTE DE BAZĂ ALE TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE

- Cogniţie – formă de prelucrare informaţională (semantică, imagistică). Ea poate să fie conştientă sau inconştientă; se mai utilizează şi termenii de convingeri/credinţe/gânduri dar este preferat, fără a fi exclusiv, cel de cogniţie deoarece reflectă mai bine caracteristica prelucrării informaţionale de a fi conştientă sau inconştientă.
- Prelucrare informaţională – cu referire la conţinut informaţional şi la procesul informaţional care îl determină.
- Conţinut informaţional – cu referire la rezultatul (ex. gând, imagine) procesului informaţional; are caracter specific prin faptul că se referă la ceva anume; poate avea caracter local – este asociat cu o situaţie ţintă – sau general – are caracter transsituaţional-.
- Procesul informaţional – cu referire la mecanismul de generare a conţinutului informaţional; are caracter nespecific, putând fi modelat prin regula „dacă-atunci” şi putând acomoda orice conţinut informaţional. Poate avea, în funcţie de conţinutul pe care îl determină, caracter local sau general.
- Structură cognitivă – ansamblul conţinutului informaţional şi al procesului informaţional care îl determină. În funcţie de ele poate avea caracter local sau general şi implică componente specifice (conţinutul informaţional) şi nespecifice (procesul informaţional).
- Cogniţii iraţionale – cu referire la cogniţii evaluative („hot cognitions” – cogniţii calde): nu au susţinere empirică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii de disfuncţionale/dezadaptative/nesănătoase dar cu referire la cogniţii evaluative se preferă termenul de iraţionale. Sunt implicate în apariţia şi apoi evaluarea cogniţiilor reci („cold cognitons”) (vezi mai jos).
- Cognitiţii raţionale – cu referire la cogniţii evaluative („hot cognitions” – cogniţii calde): au susţinere emprică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii de funcţionale/adaptative/sănătoase dar cu referire la cogniţii evaluative se preferă termenul de raţionale. Sunt implicate în apariţia şi apoi evaluarea cogniţiilor reci („cold cognition”) (vezi mai jos).

- Cogniţii disfuncţionale – cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale („cold cognitions" – cogniţii reci): nu au susţinere empirică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii de iraţionale/dezadaptative/nesănătoase dar cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale se preferă termenul de disfuncţionale.
- Cogniţii funcţionale – cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale („cold cognitions" – cogniţii reci): au susţinere empirică, logică şi/sau pragmatică; se mai utilizează şi termenii de raţionale/adaptative/sănătoase dar cu referire la cogniţii descriptive şi inferenţiale se preferă termenul de funcţionale.
- Cogniţii negative – cogniţii cu valenţă negativă; ele pot să fie funcţionale sau raţionale, respectiv disfuncţionale sau iraţionale.
- Cogniţii pozitive – cogniţii cu valenţă pozitivă; ele pot să fie funcţionale sau raţionale, respectiv disfuncţionale sau iraţionale. Ele sunt promovate de psihologia şi terapia pozitivă; a se observa însă că uneori ele pot să fie disfuncţionale sau iraţionale (ex. iluzii pozitive exagerate, optimism nerealist, sănătate mentală iluzorie), generând probleme psiho-comportamentale şi emoţionale.
- Scheme cognitive – modalitate de reprezentare în sistemul cognitiv a cogniţiilor.
- Gânduri automate – cu referire la cogniţii (funcţionale şi/sau disfuncţionale respectiv raţionale şi/sau iraţionale) care apar automat în situaţii specifice şi generează răspunsuri afectiv-emoţionale/subiective, comportamententale, şi psihofiziologice în situaţii specifice. Ele sunt structuri cognitive locale şi dacă sunt disfuncţionale/iraţionale pot avea funcţie de vulnerabilitate locală.
- Cogniţii intermediare şi centrale - cu referire la cogniţii funcţionale şi/sau disfuncţionale cu caracter general care amorsează gânduri automate în situaţii specifice. Cogniţiile centrale disfuncţionale: (1) autoevaluare negativă sub aspectul performanţei: autodepreciere/neajutorării (ex. „Sunt prost") şi (2) autoevaluare negativă sub aspectul acceptării de către ceilalţi: autoexcludere/neacceptare (ex. „Nu mă iubeşte nimeni"), generează cogniţiile intermediare disfuncţionale care sunt de trei tipuri: (1) atitudini; (2) asumpţii (pozitive –cu rol compensator- şi negative); (3) reguli (cu rol compensator). Ele

sunt structuri cognitive generale şi dacă sunt disfuncţionale pot avea funcţie de vulnerabilitate generală.

- Cogniţii evaluative centrale şi intermediare – pot fi locale sau generale: trebuie/preferinţa este o cogniţie evaluativă centrală din care derivă cogniţiile evaluative intermediare: catastrofarea/non-catastrofarea; toleranţa scăzută la frustrare/toleranţa crescută la frustrare; evaluarea globală/evaluarea contextuală.
- Vulnerabilitate locală – cu referire la gândurile automate; ea este şi parte a tabloului clinic.
- Vulnerabilitate generală – cu referire la structurile cognitive generale (cogniţii centrale, intermediate şi evaluative generale)
- Comportament – orice reacţie/răspuns observabil şi măsurabil al organismului ca întreg.
- Comportament exteriorizat – orice reacţie/răspuns al organismului ca întreg observabilă şi măsurabilă, direct sau cu aparatură specifică, independent de cel care îl produce.
- Comportament interiorizat – orice reacţie/răspuns al organismului ca întreg observabilă şi măsurabilă indirect, dependent de cel care îl produce.
- Comportament operant – un comportament exteriorizat, care în principiu poate fi experienţiat ca voluntar, care adesea implică musculatura striată şi care operează asupra mediului; dacă este asociat cu un stimul discriminativ/discriminant atunci se numeşte comportament operant discriminat.
- Comportament respondent – un comportament exteriorizat, înăscut, experienţiat ca involuntar/automat; dacă este determinat de un stimul necondiţionat se numeşte şi răspuns necondiţionat; dacă este generat de un stimul condiţionat se numeşte şi răspuns condiţionat.
- Comportamente adaptative – comportamente asociate cu cogniţii funcţionale şi raţionale; se mai utilizează şi termenii de raţionale/funcţionale/sănătoase/adecvate dar, cu referie la comportament, se preferă cel de adaptative.
- Comportamente dezadaptative – comportamente asociate cu cogniţii disfuncţionale şi iraţionale; se mai utilizează şi termenii de

iraţionale/disfuncţionale/nesănătoase/neadecvate dar cu referire la comportament se preferă cel de dezadaptative.

- Consecinţă comportamentală – orice consecinţă a comportamentului care influenţează apoi ocurenţa acestuia. Ca urmare a evoluţiei speciei două tipuri de consecinţe (primare) ale comportamentului operant sunt fundamentele în influenţarea acestuia: (1) întărirea (reinforcer sau positive reinforcer) (ex. hrană, sex) şi (2) pedeapsă (punisher sau negative reinforcer) (ex. frig, arsură, lipsa hranei). Stimuli care devin asociaţi cu întăririle primare devin întăriri secundare (ex. obiecte, expresii verbale etc.).
- Întărire – orice consecinţă a unui comportament care creşte ocurenţa acestuia.
- Procesul de întărire pozitivă (positive reinforcement) - procesul prin care o întărire (positive reinforcer) creşte ocurenţa (ex. frecvenţa, durata, intensitatea etc.) comportamentului care o produce
- Procesul de întărire negativă (negative reinforcement) - procesul prin care o pedeapsă (punisher/negative reinforcer) creşte ocurenţa comportamentului care o elimină; dacă prin comportament se previne apariţia unei pedepse atunci procesul se numeşte *procesul de evitare* (avoidance).
- Procesul de pedepsire (punishment) - procesul prin care o pedeapsă (punisher/negative reinforcer) reduce ocurenţa comportamentului care o produce.
- Chaining – procesul de relaţionare comportamentală, de combinarea a unor comportamente existente în repertoriul organismului într-un act mai complex prin tehnici comportamentale (prompting, ghidare, întărire).
- Shaping – procesul de aproximare succesivă a unui comportament prin tehnici comportamentale (prompting, ghidare, întărire)
- Stimul – orice care influenţează, conştient sau inconştient, activitatea unui analizator; trei categorii sunt fundamentale: din afara organismului care acţionează asupra exteroceptorilor; din interiorul organismului care acţionează asupra interoceptorilor şi proprioceptorilor.
- Stimul necondiţionat – un stimul care determină un răspuns necondiţionat al organismului uman.

- Stimul condiţionat – un stimul care determină un răspuns condiţionat al organismului uman.
- Stimul discriminativ – stimul în prezenţa căruia apare un comportament operant.
- Condiţionare clasică – procesul prin care un stimul condiţionat prin asociere cu un stimul necondiţionat generează un răspuns condiţionat, similar răspunsului necondiţionat.
- Condiţionare operantă – procesul prin care un organism produce un comportament operant ca urmare a contingenţelor sale (stimuli: antecedente şi consecinţe).
- Emoţii funcţionale – emoţii asociate cu cogniţii funcţionale/raţionale; se mai folosesc termenii de raţionale/adaptative/funcţionale/sănătoase/adecvate dar cu referire la emoţii şi stări afective se preferă termenul de funcţionale.
- Emoţii disfuncţionale – emoţii asociate cu cogniţii disfuncţionale/iraţionale; se mai folosesc termenii de iraţionale/dezadaptative/disfuncţionale/nesănătoase/neadecvate dar cu referire la emoţii şi stări afective se preferă termenul de disfuncţionale.
- Mecanisme de coping – cu referire la (a) mecanisme de apărare/defensive (angajate automat şi inconştient) şi la (b) cele de adaptare (angajate voluntar şi conştient) prin care modulăm trăirea afectivă; ele pot fi adaptative (ex. reduc distresul) sau dezadaptative (ex. cresc distresul); alţi termeni utilizaţi sunt raţionale/funcţionale/sănătoase/utile, respectiv iraţionale/disfuncţionale/nesănătoase/inutile; cu referire la mecanisme de coping se preferă însă termenii de adaptative respectiv dezadaptative.

II. TEHNICI ŞI PROCEDURI CLASICE COGNITIV-COMPORTAMENTALE

- Proceduri de Restructurare cognitivă – modificarea cogniţiilor prin înlocuirea celor disfuncţionale şi iraţionale cu cele funcţionale şi raţionale (ex. prin tehnici empirice, logice, pragmatice, filosofice, metaforice, spirituale, umoristice şi ironice etc.).
- Proceduri de Antrenament asertiv şi de Abilităţi sociale – modificare a problemei practice prin modificarea comportamentului de interacţiunea socială (ex. prin tehnici de comunicare şi negociere, tehnici de autocontrol emoţional şi comportamental etc.).
- Proceduri de Rezolvare de probleme – modificare a problemei practice prin influenţarea situaţiilor din mediu (ex. prin tehnici de luare a deciziilor, prin experimente comportamentale etc.).
- Proceduri de Inoculare a stresului – învăţarea de mecanisme de coping adaptative care înlocuiesc mecanismele de coping dezadaptative (ex. prin tehnica de autodialog etc.).
- Proceduri de relaxare – echilibrarea balanţei vegetative (reducerea stării de activare fiziologică, adesea cu dominaţa parasimpatică, prin răspunsul de relaxare) prin tehnici psihologice (ex. tehnica antrenamentului autogen, tehnica de relaxare progresivă Jacobson, tehnica de biofeedback, tehnici de control al respiraţiei etc.).
- Proceduri de activare fiziologică - influenţarea balanţei vegetative prin controlul respiraţiei (ex. tehnica expunerii interoceptive, tehnica aplicării tensiunii/applied tension etc.).
- Tehnica de desensibilizare – remiterea unui răspuns condiţionat patologic (ex. frică) prin mecanismul inhibiţiei condiţionate (ex. inhibiţie reciprocă).
- Tehnica de expunere (flooding) – remiterea unui răspuns condiţionat patologic (ex. frică) prin mecanismul inhibiţiei condiţionate (de stingere).
- Tehnica de modelare – asimilarea unui patern comportamental prin „copierea” unui model care îl execută.
- Proceduri de accelerare comportamentală – tehnici de achiziţie a unui comportament operant pe baza manipulării antecendentelor şi consecinţelor sale.

- Proceduri de decelerare comportamentală – tehnici de eliminare a unui comportament operant pe baza manipulării antecedentelor şi consecinţelor sale.
- Hipnoză – proceduri utilizate pentru modificări complexe, afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice cu ajutorul sugestiei.
- „Mindfulness" – procedură meditativă utiliză pentru modificări complexe, afectiv-emoţionale/subiective, cognitive, comportamentale şi psihofiziologice/biologice.

III. MODELE TERAPEUTICE

- Psihoterapia este o ştiinţă, dar nu este organizată în paradigme unificatoare, prototip pentru ştiinţa avansată. Ea este organizată într-o serie de şcoli/abordări/modele relativ închise, care au unul sau mai mulţi fondatori (care dau adesea numele şcolii), reunite în paradigme care au asumpţii filosofice similare şi/sau compatibile. Cei mai reprezentativi fondatori de şcoli sunt discutaţi sintetic/educaţional aici: http://webspace.ship.edu/cgboer/perscontents.html şi aici: http://pandc.ca/?cat=carl_rogers&page=rogerian_therapy
- Paradigma dinamic-psihanalitică – se referă la un set de cunoştinţe şi practici clinice comune, stabilite de fondatorii acestei paradigme. Acestă paradigmă cuprinde o serie de şcoli/abordări/modele care s-au dezvoltat istoric în cadrul paradigmei. O şcoală/abordare/model se referă la (1) scrierile fondatorului şi scrieri reprezentative despre el şi (2) scrieri ale colaboratorilor (unii „elevii") săi reprezentativi. Probabil că cele mai reprezentative şcoli sunt psihanaliza clasică (S. Freud), psihanaliza jungiană (Jung), psihanaliza adleriană (Adler), psihanaliza eului (A. Freud, Hartman), psihanaliza supraeului/culturală (E. Fromm) şi abordările (psihanalitice) dinamice (Davenloo, Malan, Sifneos). Psihanaliza freudiană este prototipul acestor şcoli (vezi aici http://www.ipa.org.uk/).
- Paradigma umanist-existenţial-experienţială se referă la un set de cunoştinţe şi practici clinice comune, stabilite de fondatorii acestei paradigme. Acestă paradigmă cuprinde o serie de şcoli/abordări/modele, care s-au dezvoltat istoric în cadrul paradigmei. O şcoală/abordare/model se referă la (1) scrierile fondatorului şi scrieri reprezentative despre el şi (2) scrieri ale colaboratorilor (unii „elevii") săi reprezentativi. Probabil că

cele mai reprezentative şcoli sunt terapia rogersiană (Rogers), logoterapia (Frankl), terapia gestaltistă (Pearl). Psihoterapia rogersiană este prototipul acestei paradigme (vezi aici: http://www.nrogers.com/carlrogersbio.html şi aici: http://www.psychnet-uk.com/x_new_site/psychotherapy/psychotherapy_client_centered.html).

- Paradigma cognitiv-comportamentală – se referă la un set de cunoştinţe şi practici clinice comune, stabilite de fondatorii acestei paradigme. Acestă paradigmă cuprinde o serie de şcoli/abordări/modele, care s-au dezvoltat istoric în cadrul paradigmei. O şcoală/abordare/model se referă la (1) scrierile fondatorului şi scrieri reprezentative despre el şi (2) scrieri ale colaboratorilor (unii „elevii") săi reprezentativi. Probabil că cele mai reprezentative şcoli (vezi pentru detalii htt://www.eabct.com şi http://psihoterapiecbt.ro) sunt terapia comportamentală (Watson, Skinner), REBT (Ellis, Dryden, DiGiuseppe), terapia cognitivă (Beck, Freeman, Leahy), modificările cognitiv-comportamentale (Meichenbaum), terapia multimodală (Lazarus etc.). REBT (www.rebt.org) şi terapia cognitivă (www.beckinstitute.org) reprezintă prototipul acestor abordări