

Daniel David

**PSIHOLOGIE
CLINICĂ
SI PSIHOTERAPIE**

Fundamente

**POLIROM
2006**

Cuprins

Introducere	9
Capitolul 1. Psihologia clinică. Scurt istoric și delimitări conceptuale	13
1.1. Delimitări conceptuale	15
1.2. Scurt istoric	17
1.3. Particularități ale psihologiei clinice	18
Capitolul 2. Sănătate și boală	21
2.1. Modele de sanogeneză și patogeneză.....	23
2.2. Paradigma dinamic-psihanalitică.....	29
2.3. Paradigma umanist-existențial-experiențială.....	41
2.4. Paradigma cognitiv-comportamentală.....	48
Capitolul 3. Psihodiagnostic și evaluare clinică.....	67
3.1. Fundamente.....	69
3.2. Limite ale psihodiagnosticului și evaluări clinice nosologice.....	76
3.3. Noi direcții ale psihodiagnosticului și evaluări clinice.....	83
Capitolul 4. Consiliere psihologică și psihoterapie.....	85
4.1. Aspecte generale.....	87
4.2. Anatomia actului psihoterapeutic.....	93
4.3. Limite ale intervenției psihoterapeutice.....	102
4.4. Noi evoluții în consilierea psihologică și psihoterapie.....	111
4.5. Prototipul unui demers psihoterapeutic.....	116
4.6. Un exemplu de studiu de caz.....	119
Capitolul 5. Sugestie, hipnoză și hipnoterapie.....	127
5.1. Aspecte generale.....	129
5.2. Paradigma clasică în studiul hipnozei.....	131

Capitolul 4

**Consiliere psihologică
și psihoterapie**

4.1. Aspecte generale

Psihoterapia este intervenție psihologică în situații de sănătate și boală. Consilierea psihologică este intervenție psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale și/sau (b) în scopul prevenției și remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament. Așa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală, medicului etc., consilierea psihologică este specifică psihologului; psihoterapia este mai eterogenă, putând fi practică de mai mulți profesioniști (de exemplu, psihologi, medici), după un program riguros de pregătire. Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie prin faptul că, în timp ce psihoterapeutul se focalizează pe intervenție psihologică în psihopatologie, consilierul psihologic se focalizează pe optimizare și dezvoltare personală, probleme psihologice sau de patologie somatică în care sunt implicați factori psihologici. Altfel spus, în timp ce psihoterapeutul psiholog poate face tot ceea ce face consilierul psihologic, reciproca nu este valabilă (vezi și Anexa 4). Consilierea psihologică se deosebește și de consilierea educațională/școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară este focalizată pe probleme de educație și carieră, consilierea psihologică implică intervenția specialistului psiholog în optimizarea personală (sănătate) și în ameliorarea problemelor psiho-emoționale și de comportament. Deși diferite sub aspectul conținutului (tipul de probleme abordate), consilierea psihologică și psihoterapia sunt similare sub aspectul procesului și al mecanismelor implicate. Așadar, în cele ce urmează ne vom referi doar la psihoterapie, menționând consilierea psihologică doar acolo unde ea se comportă clar diferit de psihoterapie.

Psihoterapia poate fi individuală (obiectul intervenției este individul), în grup (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) și de grup (obiectul intervenției este grupul spre exemplu, cuplu, familie etc.). Pentru simplificarea limbajului, sintagma „de grup” se utilizează adesea și cu referire la psihoterapia „în grup”, lucru pe care îl vom face și noi pe parcursul acestei lucrări, acolo unde nu se nasc ambiguități.

Este evident faptul că intervenția psihologică este ghidată de mecanismele presupuse a fi implicate în starea de sănătate și boală. Așadar, în funcție de aceste mecanisme, avem mai multe orientări (paradigme) psihoterapeutice: (1) abordarea cognitiv-comportamentală (vezi subcapitolul 2.4.); (2) abordarea dinamic-psihanalitică (vezi subcapitolul 2.2.) și (3) abordarea umanist-existențial-experiențială (vezi

subcapitolul 2.3.). În cadrul acestor orientări există diverse școli, fiecare cu particularități teoretico-procedurale specifice. Se estimează (Bergin și Garfield, 1994) că există aproximativ 200 de școli de psihoterapie și peste 600 de tehnici de intervenție. Indiferent de tipul de școală psihoterapeutică, se pot evidenția câteva componente comune, care se presupune că au o contribuție majoră la promovarea sănătății și la remiterea tabloului clinic: (1) psihodiagnosticul și evaluarea clinică; (2) conceptualizarea clinică; (3) tehnicile de intervenție psihoterapeutică (ce implică și evaluarea rezultatelor și a evoluției pacientului); (4) relația psihoterapeutică. Aceste componente comune sunt proiecția clinică a mecanismelor etiopatogenetice descrise în Figura 4.1.

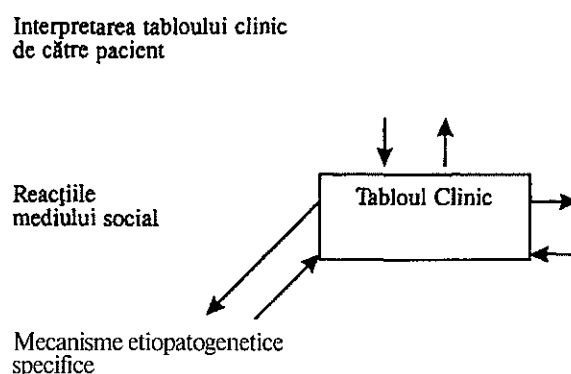


Figura 4.1. Mecanisme specifice și nespecifice implicate în etiopatogeneză

Așa cum arată Figura 4.1., odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice - agenți etiologici (declanșatori, favorizanți, detenți, predispozanți, de menținere) și modificări patogenetice (reacții ale organismului la agenții etiologici) -, simptomatologia (tabloul clinic identificat cu ajutorul psihodiagnosticului și evaluării clinice) este menținută și amplificată de intervenția unor factori nespecfici, extrem de complecși și greu de controlat. Pentru detalii privind mecanismele etiopatogenetice specifice implicate în diverse tulburări psihice, pot fi consultate lucrări de specialitate (Sarason și Sarason, 1999); modificarea lor se face prin tehnici de intervenție specifice. În ceea ce privește mecanismele etiopatogenetice nespecifice, ele pot menține sau amplifica simptomatologia generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice. Astfel, dacă subiectul își interpretează simptomatologia într-un mod negativ și dezastruos (vezi Figura 4.1.), aceasta duce, prin intermediul stresului și anxietății generate de această interpretare, la amplificarea simptomatologiei, în cazul unui pacient care își interpretează simptomele ca fiind incontrolabile, de nerezolvat, ca expresii ale unei boli ascunse și incurabile, ca fiind de neînțeles, sfârșitul lui ca persoană normală (este „nebun”) și deci ca sfârșitul carierei, familiei etc., și generează stres și anxietate prin mecanismul discrepanței cognitive

(de exemplu, „nu doresc să fiu considerat nebun, dar cred că sunt” ; „vreau să înțeleg ce se întâmplă, dar nu pot” etc.). Stresul și anxietatea astfel generate pot amplifica simptomatologia psihică și psihosomatică; 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 (de exemplu, modificări în ritmul cardiac ca urmare a unui efort deosebit în cursul zilei). O conceptualizare clinică, bine implementată aici, poate preveni aceste mecanisme etiopatogenetice nespecifice. Un al doilea factor etiopatogenetic nespecific extrem de important, care amplifică simptomatologia prin mecanismul discrepanței descris mai sus, este reprezentat de reacțiile mediului social la simptomatologie sau la performanțele scăzute ale pacientului, determinate de prezența tabloului clinic. Spre exemplu, ca urmare a unor simptome (amnezie, leșin, anxietate etc.), grupul de prieteni și cunoscuți începe să evite pacientul, nu îl mai antrenează în activități comune etc. în consecință, prin mecanismul discrepanței cognitive („vreau să fiu cu ei, dar nu pot, nu mă acceptă, îmi este rușine”, „vreau să reușesc în ceea ce fac, dar nu fac față sarcinilor” etc.), stresul și anxietatea astfel generate amplifică simptomatologia. Același lucru se întâmplă în cazul în care performanțele se reduc ca urmare a simptomatologiei. în cazul unor simptome nevrotice, capacitatea de concentrare a pacientului se reduce drastic. în consecință, performanțele sale (de exemplu, la serviciu) se reduc, antrenând critici și observații din partea celorlalți (a șefului, să zicem). Aceste noi conflicte amplifică și mențin simptomatologia deja existentă, putând chiar adăuga elemente noi. Relația terapeutică joacă rolul de tampon, care poate bloca acest mecanism etiopatogenetic.

Pacientul nu este o bilă inertă. El încearcă să facă față simptomatologiei, elaborând o serie de mecanisme de *coping* (vezi Figura 4.2.). Dacă acestea sunt adaptative (de exemplu, renunță la unele sarcini, reducând stresul), totul este în regulă, pacientul ameliorându-și sau rezolvându-și singur problemele. Dacă apelează la mecanisme de *coping* dezadaptative, acestea pot să-i mențină, să-i amplifice simptomatologia sau să-i genereze noi simptome (de exemplu, consumul de alcool, ca mecanism de *coping*, în cazul anxietății poate genera probleme noi în familie, la serviciu etc.). Apelul la asistența de specialitate trebuie văzut ca un mecanism de *coping* pe care pacientul îl utilizează pentru a face față distresului, adesea unul dintr-o serie anterioară de mecanisme de *coping*, mai mult sau mai puțin reușite, care însoțesc simptomatologia. Trebuie înțeles faptul că pacientul apelează la psihoterapie în mod voluntar numai atunci când experiențiază o stare de distres; altfel, dacă reacția subiectiv-afectivă nu este una de distres, în ciuda unor tulburări cognitive sau comportamentale, el intră în procesul psihoterapeutic numai constrâns de o instanță de judecată sau de grupul social, caz în care demersul terapeutic este foarte dificil și trebuie acordată o atenție specială construcției și cultivării unei relații terapeutice adecvate (vezi distincția dintre ego-distonic, prima situație descrisă mai sus, și ego-sintonic, a doua situație).

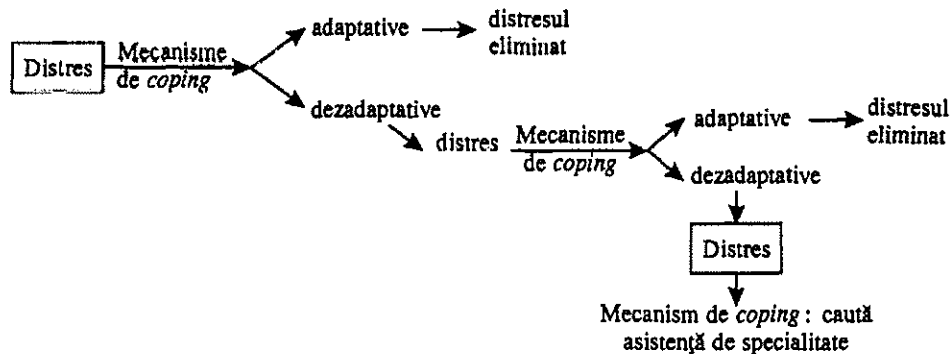


Figura 4.2. Evoluția tabloului clinic prin prisma mecanismelor de coping utilizate

T

Mecanism de coping: caută
asistență de specialitate

Figura 4.2. Evoluția tabloului clinic prin prisma mecanismelor de coping utilizate

Atunci când întâlnim un pacient, simptomatologia lui este adesea un amestec eterogen de aspecte subiectiv-afective (emoționale), cognitive, comportamentale și biologic/fiziologice, unele având funcția de cauze ale stărilor subiective, iar altele de mecanisme de coping (vezi Figura 4.3. și David *et al.*, 2000, pentru detalii). *Nivelul cognitiv* se referă la procesările informaționale și la conținutul acestora. *Nivelul cognitiv* determină calitatea nivelului subiectiv-afectiv. *Nivelul comportamental* se referă la ceea ce în psihologie este denumit prin „comportament operant”. Comportamentul operant este reprezentat în special de comportamentele motorii învățate, aflate sub control voluntar. *Nivelul biologic/fiziologic* se referă la toate modificările ce au loc în organismul nostru la nivel fiziologic și anatomic. Modificările la nivelul sistemului nervos vegetativ (de exemplu, dominanța simpaticului) generează intensitatea stării noastre subiective. *Nivelul subiectiv-afectiv* se referă la trăirile subiectului și la descrierea pe care acesta o face propriilor stări afective: pozitivă, negativă sau neutră. Mai mult, acesta se referă la etichetele verbale ale stării emoționale („mă simt anxios/dezamăgit/rușinat” etc.).

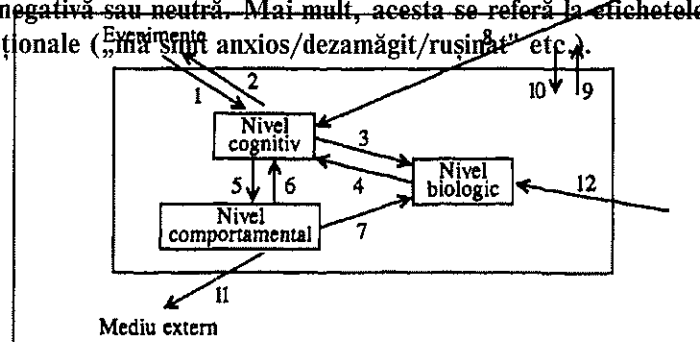


Figura 4.3. Modelul cvadrinivelar de analiză a subiectului uman (cognitiv, comportamental, biologic/fiziologic și subiectiv-afectiv; CCBS)

Între aceste nivele există numeroase interacțiuni (vezi Figura 4.3.)- Astfel:

- săgeata 1 - se referă la procesările informaționale ale stimulilor din mediul extern (de exemplu, procesul percepției);
- săgeata 2 - se referă la faptul că propriile cogniții influențează selecția stimulilor din mediu care urmează a fi procesați. De exemplu, în cazul depresiei, stilul cognitiv negativ îl va determina pe subiect să selecteze în special aspectele negative din mediu;
- săgeata 3 - se referă la faptul că procesările informaționale pot influența nivelul biologic/fiziologic. De exemplu, discrepanța cognitivă este una dintre cauzele de activare vegetativă (a sistemului nervos vegetativ);
- săgeata 4 - se referă la procesările informaționale ale stimulilor din mediul intern. În cazul atacului de panică, de exemplu, senzațiile corporale generează și amorsează procesările cognitive negative ale acestor senzații;
- săgeata 5 - se referă la faptul că comportamentul nostru este expresia procesărilor informaționale (de exemplu, achiziționarea deprinderilor);
- săgeata 6 - se referă la procesările informaționale ale stimulilor interni în timpul unui anumit comportament (de exemplu, achiziționarea deprinderilor);
- săgeata 7 - se referă la faptul că comportamentul poate influența nivelul biologic/fiziologic (stilul de viață etc.);
- săgeata 8 - se referă la procesările informaționale ale stării subiectiv-afective;
- săgeata 9 - se referă la faptul că starea noastră subiectivă este o variabilă dependentă sau un efect al interacțiunii dintre celelalte trei nivele: cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic (vezi Schachter și Singer, 1962);
- săgeata 10 - se referă la faptul că starea noastră subiectivă, pozitivă sau negativă antrenează mecanisme de *coping* la trei nivele: cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic;
- săgeata 11 - se referă la influența pe care comportamentul nostru o are asupra mediului extern;
- săgeata 12 - se referă la faptul că mediul extern poate influența mediul intern, nu doar prin procesările informaționale, dar și prin acțiune directă asupra nivelului biologic (de exemplu, acțiunea virusurilor, bacteriilor, traumatismele fizice etc.).

Prin prisma acestui model (vezi Figura 4.3.), în psihopatologie sunt importante trei căi etiopatogenetice:

(a) *Calea 1.2.9. (mecanisme etiopatogenetice specifice)*. În acest caz, interacțiunea dintre mediul extern și procesările informaționale poate determina o stare subiectivă negativă (sau o stare de stres). Pentru a modifica starea de stres, trebuie să se modifice:

- mediul extern (de exemplu, prin tehnica rezolvării de probleme);
- procesările informaționale (de exemplu, prin tehnici de restructurare cognitivă);

- nivelul comportamental (de pildă, prin tehnici comportamentale);
- nivelul biologic/fiziologic (prin farmacoterapie, tehnici de relaxare, hipnoterapie etc.).

Este foarte important ca modificările să se realizeze la toate cele patru nivele (dacă este posibil). Altfel, intervenția noastră va fi eficientă doar pentru o scurtă perioadă de timp din cauza nivelurilor rămase nemodificate, care vor funcționa ca prerechizite pentru o altă stare de stres, în noi condiții. Așa cum am arătat în capitolul 2, ordinea implementării modificărilor la aceste nivele trebuie stabilită în funcție de distincția: (1) problemă practică *versus* problemă emoțională; (2) problemă emoțională primară *versus* problemă emoțională secundară (metaemoția); (3) natura problemei pacientului, problemă care poate fi clinică, subclinică sau de tip criză.

(b) *Calea 9.10. (mecanisme de coping; mecanisme etiopatogenetice specifice).* În această situație, dacă mecanismele de *coping* sunt dezadaptative, ele pot amplifica starea noastră subiectivă negativă. În acest caz, este utilă tehnica inoculării stresului, prin faptul că îl învață pe pacient mecanisme de *coping* adaptative pentru a înlătura stresul.

(c) *Calea 8.9. (autoanaliza tabloului clinic; mecanism etiopatogenetic nespecific).* În acest caz, modul în care pacientul își interpretează starea subiectivă poate influența stresul (vezi Figura 4.1.). De exemplu, dacă pacientul nu își înțelege stresul și îl consideră semn al unei boli grave, această discrepanță cognitivă va amplifica, la rândul ei, starea de stres. Este necesară o intervenție la nivel cognitiv care să îi ofere pacientului o explicație rațională a propriului stres.

Aceste modele (vezi Figurile, 4.1., 4.2., 4.3.) ne ajută să înțelegem de ce, deși mai puțin validate sub aspect teoretico-experimental, abordările dinamic-psihoanalitice și umanist-existențial-experiențiale pot avea efect clinic. Mai precis spus, efectul este justificat de prezența unor factori nespecfici, cu rol terapeutic, comuni tuturor terapiilor, indiferent de școală. Astfel, terapiile dinamic-psihoanalitice pot avea efect clinic deoarece:

- relația terapeutică reduce intensitatea stresului la începutul terapiei și apoi generează nevroza de transfer, care este contextul pentru modificarea mecanismelor dezadaptative de *coping*;
- interpretarea oferită pacientului influențează direct calea 8.9. și îi sugerează necesitatea modificării la nivelul 1.2.9. și 9.10. (de exemplu, în lumina interpretării oferite, subiectul înțelege că stilul său cognitiv și mecanismele sale de *coping* sunt justificate pentru perioada copilăriei, dar nu sunt justificate pentru perioada de adult).

Terapiile umanist-existențial-experiențiale pot avea efect clinic deoarece:

- relația terapeutică este caracterizată prin empatie, congruență, acceptare necondiționată, astfel încât reduce starea de stres, oferind pacientului posibilitatea de a descoperi noi experiențe;
- reducând starea de stres și amorsând o stare subiectivă pozitivă și de asemenea stimulând pacientul să-și discrimineze și să-și înțeleagă simptomatologia, sunt influențate direct căile 8.9 și apoi indirect căile 12.9 și 9.10.

4.2. Anatomia actului psihoterapeutic

Indiferent de abordarea psihoterapeutică, prima fază a intervenției psihoterapeutice presupune *(psihodiagnosticul și evaluarea clinică* (evaluarea stării și nevoilor clientului în consilierea psihologică). Apoi, pe baza acestor informații, se trece la faza de *conceptualizare*, în care se oferă pacientului o explicație sau o interpretare pentru simptomele sale. Desigur, pacientul are propria lui interpretare, care poate opune rezistență explicației oferite de psihoterapeut. De aceea este foarte important ca explicația oferită de terapeut să fie acceptată de pacient și să ofere acestuia o perspectivă comprehensibilă asupra simptomatologiei și asupra modalității de eliminare a acesteia. Dacă simptomatologia prezentată de subiect este complexă, • atunci aceasta este descompusă în probleme specifice, care vor fi abordate fiecare în parte, prin *intervenție psihologică*. Toate aceste etape se realizează pe fondul unei *relații terapeutice* (de consiliere) adecvate, întreținută prin mijloace specifice fiecărei abordări psihoterapeutice.

Cercetările asupra eficienței psihoterapiei, efectuate în secolul XX, au fost sintetizate și prezentate recent într-un studiu de Lambert *et al.* (2002). Încercând să estimeze contribuția diverselor componente ale tratamentului psihoterapeutic la eficiența acestuia, rezultatele arată următoarea situație (vezi Figura 4.4.):

- relația terapeutică contribuie cu aproximativ 30% la eficiența psihoterapiei; Asociația Americană de Psihologie, prin Divizia de Psihoterapie, a inițiat recent un program de cercetare pentru a identifica componentele cele mai importante ale relației terapeutice; rezultatele acestui program de cercetare sunt prezentate în Anexa 2;

- tehnicile de intervenție psihoterapeutică contribuie cu 15% ;
- efectul placebo contribuie cu 15% ; în aceste condiții, efectul placebo se referă la speranța că tratamentul urmat va duce la ameliorarea tabloului clinic; aceasta este rezultatul unei conceptualizări clinice eficiente;

- factorul personal al pacientului acoperă 40 %. Elementele factorului personal pot fi împărțite în trei categorii: prima categorie include factori psihologici și de educație precum inteligența; a doua categorie include factori economici, iar a treia categorie se referă la suportul social pe care îl are pacientul. Un terapeut eficient este cel care, prin elementele psihoterapiei, poate mobiliza la maximum acești factori personali.

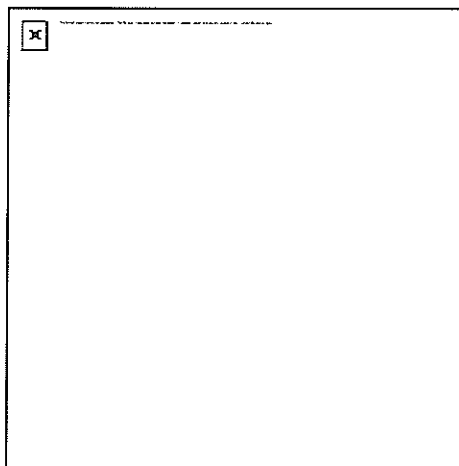


Figura 4.4. Contribuția componentelor psihoterapiei la ameliorarea simptomatologiei

În ciuda acestor date, programele de formare în domeniul clinic se focalizează - din păcate obsesiv - pe componenta de tehnică și procedură. Aceste rezultate (vezi Figura 4.4.) arată însă că programele de formare profesională trebuie regândite, astfel încât componentele lor să aproximeze ponderea prezentată mai sus. Sigur, aceste rezultate nu trebuie interpretate într-o manieră exagerată. Unii autori ar putea sugera că programele de formare pot ignora componenta de tehnică și placebo, focalizându-se pe celelalte două componente, care acoperă 70% din eficiența tratamentului. În acest context, dorim să menționăm că, indiferent de ponderea lor, toate componentele sunt necesare, ele potențându-se și constrângându-se reciproc. Imaginați-vă o intervenție psihoterapeutică în care nu se utilizează tehnici de intervenție (cum ar fi cele de diagnostic și evaluare clinică, de conceptualizare, de tratament) și în care nu se dezvoltă speranța de însănătoșire (efectul placebo) prin conceptualizarea clinică; în aceste condiții nu se poate dezvolta nici o relație terapeutică adecvată și nici factorul personal nu poate fi utilizat eficient.

Deoarece diagnosticul și evaluarea clinică au fost descrise în capitolul anterior, vom prezenta succint celelalte componente ale actului psihoterapeutic.

4.2.1. Conceptualizarea cazului

Conceptualizarea (explicarea/interpretarea) făcută tabloului clinic al pacientului este fundamentală în reducerea simptomatologiei și implementarea tratamentului (pentru detalii, vezi Frank, 1973). Există mai multe tipuri de conceptualizare clinică: cognitiv-comportamentală (nosologică, funcțională), dinamic-psihoanalitică

(numită adesea interpretare), umanist-existențial-experiențială, tipuri corespunzând principalelor orientări/paradigme în psihologia clinică. Pe lângă o conceptualizare generală, focalizată pe categoria nosologică în care se încadrează tabloul clinic global al pacientului, pe parcursul tratamentului se fac conceptualizări specifice pentru problemele de viață concrete prin care se exprimă diagnosticul nosologic. Deși conceptualizările generale și specifice se fac în funcție de angajamentul teoretic al profesionistului (pentru detalii, vezi Sarason și Sarason, 1999), se pot evidenția anumite trăsături comune ale acestora, dincolo de angajament. Astfel, conceptualizarea generală se face pe baza modelului stres - vulnerabilitate. Altfel spus, anumite evenimente stresante (cum ar fi stresorii psihosociali descriși de Axa 4 din DSM) interacționează cu o stare de vulnerabilitate biologică (de exemplu, tulburările medicale descrise de Axa 3 din DSM) și/sau psihologică (de exemplu, tulburările de personalitate de pe Axa 2 din DSM), generând tabloul clinic (de exemplu, tulburările de pe Axa 1 din DSM). În acest model, stresorii și vulnerabilitatea se constituie în mecanisme etiopatogenetice specifice. Raportul dintre intensitatea evenimentelor stresante și vulnerabilitate este diferit în funcție de tulburări. Astfel, în cazul anumitor tulburări (de exemplu, stres post-traumatic), un stresor foarte intens (cum ar fi violul) poate declanșa tabloul clinic chiar dacă nu există o vulnerabilitate foarte mare. În cazul altor tulburări (de exemplu, tulburare bipolară) o vulnerabilitate accentuată poate contribui la apariția tabloului clinic chiar în condițiile în care evenimentul stresant nu este foarte puternic, statistic descris (în funcție de cum l-ar considera majoritatea oamenilor). Alteori o combinație între un eveniment puternic stresant și o vulnerabilitate puternică generează tulburări severe (de exemplu, psihoză reactivă). Conceptualizarea clinică specifică se face pentru fiecare problemă care operaționalizează categoria nosologică în funcție de abordarea psihoterapeutică. În abordarea cognitiv-comportamentală, conceptualizarea problemelor specifice se face pe baza modelului ABC (Beck, 1976; Ellis, 1994).

Exemplu

Pacientul a fost diagnosticat cu tulburare depresivă majoră (diagnostic nosologic). Una dintre problemele specifice se referea la starea de panică asociată unui divorț potențial. Aplicarea modelului ABC asupra acestei probleme specifice a scos în evidență: (1) o problemă practică: dificultăți de comunicare și relaționare în cuplu (A); (2) o problemă emoțională: panică (C); (3) mecanismele etiopatogenetice cognitive: cogniții iraționale de genul „Soția trebuie cu necesitate (gândire absolutistă) să stea lângă mine și dacă mă părăsește, este groaznic (catastrofare), iar eu nu am nici o valoare (autodeprecieri)” (B).

Practic, conceptualizarea clinică trebuie să răspundă la trei întrebări: (1) ce probleme are pacientul? (pe baza diagnosticului și evaluării clinice efectuate); (2) de ce au apărut aceste probleme? (care sunt mecanismele etiopatogenetice specifice

și nespecifice/generale); (3) ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme? (care este schema de tratament propusă). Este important aici să facem distincția dintre conceptualizarea clinică profesională și cea de interfață. Conceptualizarea clinică profesională asigură comunicarea între profesioniști. Prin conceptualizarea de interfață ne asigurăm că pacientul poate răspunde (pe tot parcursul intervenției) la cele trei întrebări descrise mai sus, indiferent de nivelul său educațional. La acest nivel, apar adesea diferențe între clinicieni experți și novici. Novicii vor ignora de multe ori conceptualizarea de interfață, ceea ce va determina o aderență scăzută la tratament a pacientului.

Lipsa unei conceptualizări clinice sau o conceptualizare clinică inadecvată, negativă, pot amplifica sau genera simptomatologia. Spre exemplu, dacă modificările benigne ale ritmului cardiac, ca urmare a unui efort fizic, sunt interpretate frecvent ca semne ale unui atac de cord iminent sau ale unei boli severe, în timp, unii dintre noi putem dezvolta atacuri de panică sau o nevroză cardiacă. Caracteristicile esențiale ale unei conceptualizări clinice eficiente sunt:

- să fie acceptată de pacient;
- să conceptualizeze teoretic problemele pacientului, transformând incompreensibilul în comprehensibil. Acest lucru este similar cu „principiul lui Rumpelstițkin”. Probabil că ne amintim din poveștile citite în copilărie că Rumpelstițkin este drăcușorul cel rău și urât care amenință o fată de împărat că îi va lua copilul pentru că a ajutat-o în diverse rânduri; fata de împărat își poate salva copilul doar dacă îi ghicește numele drăcușorului. În momentul când i s-a ghicit numele, Rumpelstițkin și-a pierdut toată forța malefică asupra fetei de împărat. La fel, dacă reușim să numim simptomatologia pacientului, să o încadrăm teoretic, ea devine mai comprehensibilă și își pierde o parte din forța „malefică”;
- să sugereze existența unor tehnici de intervenție eficiente în reducerea simptomatologiei.

Deci, așa cum se observă (vezi și Figura 4.1.), conceptualizarea clinică nu trebuie neapărat să fie adevărată pentru a fi utilă; este important ca pacientul să o creadă adevărată. Pacientul are nevoie de o conceptualizare care să-i explice simptomele și să-i sugereze o schemă de tratament, nu de un adevăr științific; din acest punct de vedere, conceptualizarea clinică poate fi un mit. Mitul este definit ca o narațiune tradițională, emanată de o societate primitivă care și-a explicat concret, cu ajutorul imaginației, fenomenele și evenimentele enigmatice cu caracter fie spațial, fie temporal, ce s-au petrecut în existența psiho-fizică a omului, în natura ambiantă și în universul vizibil ori nevăzut; aceste evenimente sunt în legătură cu destinul condiției cosmice umane, dar omul le atribuie obârșiei supranaturale din vremea creației primordiale. Ca atare, le consideră sacre, iar pe strămoșii arhetipali ai omenirii - ființe supranaturale în clipele de grație ale începuturilor (Kernbach, 1978). Adaptând această definiție la psihologia clinică,

mitul este o conceptualizare clinică despre care nu știm sigur dacă este sau nu adevărată (în baza literaturii de specialitate). Teza „conceptualizarea clinică nu trebuie să fie adevărată pentru a fi utilă în psihoterapie”, deși greu de înțeles și de acceptat pentru unii practicieni și cercetători, este o realitate care se bucură de un enorm suport experimental (pentru detalii, vezi Frank, 1973 ; Kirsch, 1990). Când conceptualizarea clinică se dovedește a fi adevărată - se bazează pe teorii validate științific -, ea dobândește calitatea de explicație clinică. Merită menționat aici că, în ciuda a ceea ce credea la început Sigmund Freud, nu adevărul îl eliberează pe bolnavul psihic, ci ceea ce consideră el adevărat (mitul)! Trebuie înțeles faptul că, uneori, mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic nu sunt cunoscute; situația este similară celei din medicină, unde încă nu se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer. Asumarea acestui lucru transformă demersul psihoterapeutic într-o abordare serioasă, științifică, ce se dezvoltă continuu prin cercetări teoretico-experimentale. Altfel, pare că am descoperit tot ceea ce era de descoperit în psihoterapie: închidem ușa cu cheia și plecăm... Un semnal de avertisment pentru acele școli de terapie care consideră că au deja un model care le ajută să înțeleagă și să știe totul!

4.2.2. Relația psihoterapeutică

Relația terapeutică este, în general, caracterizată ca o alianță de lucru și este descrisă ca o atitudine colaborativă și de încredere a pacientului față de terapeut, determinată de speranța pacientului că simptomatologia va fi eliminată și de acceptarea necondiționată a pacientului de către terapeut. Ea poate reduce anxietatea pacientului (vezi Figura 4.1.), ceea ce, la rândul său, reduce simptomatologia, furnizând clientului o nouă experiență emoțională și oportunitatea de a deosebi între trecut și prezent (Bergin și Garfield, 1994). Mai mult, în cazul terapiei dinamic-psiha-litice, relația terapeutică generează și nevroza de transfer; aceasta este stimulată de comportamentul terapeutului și este foarte importantă pentru următoarea etapă a tratamentului dinamic-psiha-nalitic (interpretarea). În alte forme de terapie (de exemplu, terapia cognitiv-comportamentală, terapia umanist-existențial-experiențială), alianța de lucru nu generează nevroza de transfer, pentru că terapeutul menține această „alianță” printr-un comportament empatic, congruent și colaborativ față de pacient (vezi capitolul 2).

Relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică:

- în abordarea cognitiv-comportamentală, nevoia de raționalitate face ca terapeutul să adopte o atitudine colaborativă, de adult/model;
- în abordarea dinamic-psiha-nalitică, nevoia de revenire la conflictele bazale din copilărie duce la o atitudine de neutralitate binevoitoare și infantilizare a pacientului, generând în final o relație de tip transferențial;

- în abordarea umanist-existențial-experiențială, nevoia de acceptare și siguranță duce la o relație dominată de empatic, acceptare necondiționată, congruență.

4.2.3. Tehnicile de intervenție

Tratamentul utilizat, incluzând prescripțiile psihoterapeutice (temele dintre ședințe), este strâns legat de conceptualizarea clinică și vizează modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză (pentru detalii, vezi Frank, 1973). Trebuie făcută o distincție clară între tehnici terapeutice și ritualuri terapeutice. Vorbim de tehnici terapeutice atunci când procedurile de intervenție sunt strâns legate de mecanismele etiopatogenetice specifice și nespecifice cuprinse în conceptualizarea clinică a tulburării pacientului; această funcție se întărește atunci când conceptualizarea clinică este și explicație clinică. Vorbim de ritual terapeutic atunci când tehnicile de intervenție sunt strâns legate de un mit terapeutic și/sau vizează mecanisme de tip placebo (pacientul crede că tratamentul este specific pentru tulburarea de care suferă, deși tratamentul nu este legat specific de problema sa). Ținând cont de faptul că nu cunoaștem mecanismele implicate în toate tulburările psihice și că, în consecință, adesea utilizăm mituri terapeutice, în practica clinică, pachetele de intervenție sunt adesea o combinație între tehnici și ritualuri terapeutice. Trebuie, de asemenea, înțeles faptul că, deși uneori cunoaștem mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic, nu avem tehnici suficient de avansate pentru a le modifica; situația este similară celei din medicină, unde, deși se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer, încă nu există medicația adecvată pentru a le modifica. Asumarea acestui lucru transformă demersul psihoterapeutic într-o abordare serioasă; altfel, pare că am descoperit tot ceea ce era de descoperit în psihoterapie, iar dacă totuși procesul terapeutic nu are succes, suntem tentați să afirmăm că aceasta nu este o limită a tratamentului sau a psihoterapeutului, ci o „rezistență” a pacientului!

Într-un tratament psihoterapeutic se regăsesc următoarele componente:

- *Lista de probleme.* Diagnosticul nosologic este particularizat în probleme de viață. Altfel spus, ne interesează modul în care aceste categorii nosologice se manifestă în probleme de viață pentru fiecare pacient, știut fiind faptul că același diagnostic nosologic se poate manifesta diferit la pacienți diferiți.
- *Scopurile.* Scopurile stabilite trebuie să fie clare și precise, eventual organizate pe termen scurt, mediu și lung.
- *Planul de tratament și procedurile utilizate.* Ele sunt strâns legate de conceptualizarea clinică și sunt proprii fiecărei modalități terapeutice, deși, în practică, asistăm adesea la un eclectism metodologic. Prescripțiile psihoterapeutice (temele dintre ședințele psihoterapeutice) sunt componente obligatorii ale planului de

tratament, cercetările arătând că ele au o contribuție importantă la eficiența psihoterapiei.

- *Obstacole scontate.* Ele trebuie clarificate de la început, iar planul de tratament trebuie astfel conceput, încât să nu fie afectat de aceste obstacole.

- *Rezultate obținute.* Se înregistrează rezultatele obținute și se urmărește evoluția pacientului în timpul terapiei și, pentru o perioadă, după terapie.

În cazul unui tratament medical pentru tulburările psihice, secvențele sunt asemănătoare, exceptându-se uneori stabilirea unei liste de probleme, deoarece tratamentul medicamentos este focalizat pe categoria nosologică. Trebuie menționat însă faptul că tratamentul medicamentos este însoțit de terapie suportivă unde se discută aspecte psihologice și probleme specifice asociate acestuia. Pentru multe tulburări, tratamentul psihologic și cel medicamentos se combină. Această combinație trebuie însă făcută pe baza unor studii care să ateste eficiența ei, deoarece adesea combinația nu duce la un tratament mai eficient, ci doar la un tratament mai costisitor. Spre exemplu, studiile arată că o combinație a tratamentului psihologic și medicamentos este indicată pentru tulburări psihotice, dar nu este indicată pentru tulburări de anxietate; există apoi semne de întrebare asupra eficienței acestei combinații în cazul tulburării depresive majore (Beck, 1995).

Tehnicile psihoterapeutice sunt specifice fiecărei modalități psihoterapeutice (pentru detalii, vezi David *et al.*, 2000): (1) dinamic-psihaanalitice (de exemplu, asociațiile libere, interpretarea visurilor etc.); (2) umanist-existențial-experiențiale (de exemplu, tehnici paradoxale) și (3) cognitiv-comportamentale (de exemplu, restructurări cognitive). În practică însă, se poate promova un eclecticism metodologic (se utilizează proceduri din diverse forme de psihoterapie), în condițiile în care avem o conceptualizare clinică riguroasă. În principiu, tehnicile de intervenție vizează următoarele nivele: (1) nivelul cognitiv (cum ar fi modificarea cognițiilor disfuncționale); (2) nivelul comportamental (de exemplu, modificarea comportamentelor dezadaptative); (3) nivelul biologic/fiziologic - modificări biologice prin tehnici de psihoterapie (de exemplu, relaxare) și medicale; modificările de la aceste nivele se exprimă în modificări la nivel subiectiv-afectiv. Unele tehnici psihoterapeutice sunt orientate asupra mediului subiectului, vizând modificări în cadrul acestuia (de exemplu, tehnica rezolvării de probleme). Tehnicile terapeutice sunt grupate în pachete de intervenție pentru tulburări specifice. Anexa 1 prezintă astfel de pachete validate științific, prototipul acestor pachete fiind reprezentat de intervențiile cognitiv-comportamentale. Tehnicile psihoterapeutice pot fi utilizate individual sau în grup. Implementarea lor în grup nu angajează modificări semnificative în modul de utilizare. Modificările intervin mai ales în organizarea grupului.

Construirea unui grup terapeutic

Construirea unui grup terapeutic presupune, în principiu, următoarele:

- (a) subiectul trebuie să beneficieze de pe urma grupului și grupul de pe urma subiectului;

(b) nu se introduc în grup subiecți extrem de agresivi, deoarece aceasta afectează dinamica grupului; pentru subiecții agresivi se organizează grupuri speciale;

(c) numărul membrilor grupului este, de obicei, între șase opt; un număr prea mare de subiecți poate afecta negativ dinamica grupului;

(d) pot fi incluși subiecți cu diverse probleme, respectându-se doar grupele mari de vârstă (copii, adolescenți, adulți).

Ședințele de grup au loc de aproximativ două ori pe săptămână. O atenție specială se acordă ședințelor inițiale de construcție a grupului. Exercițiile de încălzire și de familiarizare a subiecților în grup sunt foarte importante.

Exemplu

Tehnica „scaunului”. Pentru a facilita discuțiile, subiectul se prezintă ca și cum ar fi o altă persoană, care stă lângă el pe un scaun; se descrie la persoana a doua.

De asemenea, terapeutul trebuie să fie atent să stimuleze toți membrii grupului: îi încurajează pe cei tăcuți, îi „strunește” pe cei prea vorbăreți și intruzivi etc. Numărul mediu de ședințe de grup este de douăzeci și cinci.

Mecanismele intervenției în psihoterapia de grup

Psihoterapia de grup acționează prin mecanisme specifice. Dacă în psihoterapia individuală factorii principali ai reușitei sunt o relație terapeutică adecvată, un psihodiagnostic și o conceptualizare clinică corecte și tehnici de intervenție eficace, în psihoterapia de grup, factorii reușitei sunt:

(a) accesul la o cantitate mai mare de informație terapeutică;

(b) instalarea speranței; văzând că unii membri ai grupului au reușit, subiectul înțelege că și el poate reuși;

(c) învățarea prin modelare și imitație;

(d) suportul social al grupului;

(e) universalitatea; subiectul înțelege că problema pe care o are nu îl vizează doar pe el, ci apare și la alte persoane.

Adesea, o combinație între psihoterapia individuală și cea de grup este extrem de eficace; în funcție de evoluția pacientului, acesta poate fi orientat în diverse momente de la psihoterapia individuală la cea de grup, și invers. În general, psihoterapia individuală este indicată în cazuri mai severe, iar psihoterapia de grup, în cazuri mai puțin severe, adesea cu rol educativ și profilactic (dificultăți de relaționare interpersonală, lipsa asertivității etc.), fără însă ca acest lucru să fie o prescripție. Ca regulă generală, înainte de psihoterapia de grup este indicată o secvență de psihoterapie individuală.

Înregistrarea rezultatelor și urmărirea evoluției cazului

Această secțiune include concluziile asupra cazului și evoluției acestuia în timpul tratamentului și prezentarea planului de urmărire a evoluției pacientului

după încheierea tratamentului, pentru a preveni recăderile (pentru detalii, vezi Sarason și Sarason, 1999). În cadrul acestei etape, un element important este înregistrarea rezultatelor obținute. Evaluarea rezultatelor în această etapă 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:

- în primul rând, ea oferă un *feedback* pozitiv terapeutului și pacientului, referitor la intervenția terapeutică (este ea eficace? o putem stopa? dacă nu este eficace, ce trebuie făcut? etc.);
- în al doilea rând, evaluarea este necesară activităților administrative din cadrul în care terapeutul își desfășoară activitatea (de exemplu, statistica intervențiilor, a reușitelor și eșecurilor într-o anumită perioadă de timp în cadrul unui spital);
- în al treilea rând, datele culese pot face obiectul unor analize științifice și al publicării.

4.3. Limite ale intervenției psihoterapeutice

Problemele referitoare la modul în care se face intervenția și tratamentul în consilierea psihologică și psihoterapie sunt descrise în cele ce urmează. Practic, dacă tratamentele tulburărilor psihice sunt eficiente și valide științific, atunci ne așteptăm ca: (1) numărul lor să fie constrâns de suportul lor științific; (2) să existe date științifice care să susțină eficiența lor și (3) promovarea lor să fie făcută prin suportul științific de care se bucură. Să urmărim modul în care aceste predicții sunt confirmate de starea existentă în domeniu.

4.3.1. Numărul exagerat de mare de forme de tratament

În paralel cu creșterea numărului de categorii nosologice, asistăm și la o creștere a formelor de tratament (Bergin și Garfield, 1994). Numai în psihoterapie avem peste 200 de școli și peste 600 de tehnici (Bergin și Garfield, 1994). Foarte bine, am fi tentați să spunem! Cu cât numărul de tratamente disponibile este mai mare, cu atât șansa de ameliorare a suferinței psihice este mai mare. Așa să fie oare? Din păcate, creșterea numărului de tratamente a mers în paralel cu creșterea artificială a numărului de categorii nosologice, fiind așadar ea însăși artificială. De unde știm acest lucru? Dacă creșterea numărului de tratamente ar duce la apariția mai multor metode de intervenție eficiente, atunci:

- prevalența tulburărilor psihice ar trebui să se reducă odată cu înmulțirea tratamentelor eficiente;
- am asista la clarificarea unor modele etiopatogenetice pentru foarte multe tulburări psihice.

Din păcate, numărul mare de tratamente nu a dus la scăderea prevalenței principalelor tulburări psihice sau la clarificarea semnificativă a unor mecanisme etiopatogenetice (Lilienfeld *et al*, 2003). Mai mult, prevalența unor tulburări psihice (de exemplu, de tip depresiv) a crescut în ultimele decenii (Mental Health, *A Report of the Surgeon General*, 1999). Sigur, se poate contraargumenta că, odată cu dezvoltarea societății, s-au dezvoltat și diversificat și factorii care determină tulburările psihice (cum ar fi stresul). Aceasta ar însemna că tratamentele sunt

eficiente, dar, deoarece numărul de boli a crescut foarte mult, eficiența lor nu a afectat semnificativ prevalența și incidența tulburărilor psihice. Acest contraargument este interesant, dar la o examinare logică atentă nu este suficient de puternic. Dacă el este adevărat, ne-am aștepta ca efectul lui să se exprime direct în creșterea incidenței bolilor psihice (numărul de tulburări psihice noi care au apărut într-o anumită perioadă să crească), nu neapărat în creșterea prevalenței lor (presupunând că cei suferinzi sunt tratați). Or, noi am arătat că prevalența tulburărilor psihice (de exemplu, numărul de boli existente la un moment dat) a fost și este în creștere. Încercând totuși să salvăm ipoteza că tratamentele sunt eficiente, folosind o formulă de tip Duhanes-Quine (Greenwood, 1989), am putea modifica ipoteza auxiliară și am putea spune că tratamentele sunt eficiente, dar cei suferinzi nu au acces la ele; prin urmare, și prevalența, și incidența tulburărilor psihice sunt mari. Cei suferinzi nu au acces la aceste tratamente eficiente, deoarece ele sunt foarte scumpe (într-adevăr, costurile tratamentelor tulburărilor psihice sunt uriașe, în SUA cheltuiându-se anual peste o sută de miliarde de USD) sau nu sunt suficient de bine diseminate (2/3 din cei diagnosticabili cu o tulburare psihică nu caută și nu primesc nici un tratament). Ținând cont că (1) tulburările psihice se numără printre principalele cauze de mortalitate în țările dezvoltate, existând așadar un interes crescut în tratarea lor (de exemplu, conform estimărilor WHO/OMS, tulburările psihice sunt cauza numărul doi de morbiditate și mortalitate în țările dezvoltate; USDHHS, 1999) și că (2) datele experimentale arată că tratamentele pentru tulburările psihice sunt adesea simptomatice și eficiența acestora este departe de a fi mulțumitoare (de exemplu, în cazul tulburării depresive majore, în urma tratamentului medicamentos doar aproximativ 45-70% dintre pacienți își ameliorează simptomatologia, iar la întreruperea acestuia, tabloul clinic reapare la 50-70% dintre ei - Antonuccio *et al*, 1995; Deckersbach *et al*, 2000; DeRubeis *et al*, 2001), credem că ipoteza conform căreia avem tratamente foarte eficiente, dar ele nu ajung la cei suferinzi este puțin probabil să fie adevărată. În baza datelor pe care le-am analizat, credem (vezi și Dawes, 1994) că mai probabilă este concluzia conform căreia avem tratamente foarte multe, relativ eficiente (cu eficiență mulțumitoare pentru anumite condiții - tulburările de anxietate, de exemplu - și mai puțin eficiente pentru alte condiții - de exemplu, tulburări bipolare) și greu accesibile. Promovarea abordărilor mai bine validate științific (cum ar fi cele cognitiv-comportamentale și biomedicale) este calea care ne poate scoate din acest labirint format din sute de tratamente artificiale care nu ne duc nicăieri.

4.3.2. Lipsa suportului științific

Cele peste 600 de tehnici de intervenție psihoterapeutică (Bergin și Garfield, 1994) au fost adesea întemeiate pe experiență clinică și studii de caz și rareori investigate în studii experimentale. Studiile experimentale existente totuși, privind eficiența psihoterapiilor, au fost rezumate în metaanalize cantitative (de exemplu, Lambert *et al.*, 2002; Wampold *et al.*, 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 și previn recăderile mai bine ca medicația psihotropă) și că diferențele dintre diversele forme de psihoterapie nu sunt semnificative (deși există un ușor avantaj al psihoterapiilor cognitiv-comportamentale față de celelalte forme de psihoterapie). Multe dintre aceste studii au fost însă criticate sub aspect metodologic, așa încât concluziile metaanalizelor bazate pe ele sunt discutabile. În consecință, Asociația Psihologilor Americani (APA), prin Societatea pentru o Psihologie Clinică Științifică (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 intervenție psihoterapeutică trebuie să le respecte pentru a deveni validată științific (pentru detalii, vezi APA la <http://www.apa.org> și Anexa 1). Criteriile minimale stabilite de APA pentru ca un tratament psihoterapeutic să fie validat științific se referă la următoarele aspecte:

- *Trebuie să existe un manual care să descrie clar strategia de intervenție.* Sigur, nu este vorba de o algoritmizare a intervenției clinice. Intervenția psihoterapeutică trebuie particularizată pentru pacientul cu care lucrăm. Este vorba despre niște strategii euristice care, apoi, în funcție de condiția pacientului și de terapeut, sunt individualizate pentru fiecare caz. Metaforic spus, prezența acestor strategii euristice reprezintă știința, iar particularizarea lor în cazul fiecărui pacient înseamnă știință făcută cu artă.
- *Tratamentul este investigat în cadrul unor studii clinice controlate (randomized clinical trials - RCT).* Pacienții sunt distribuiți randomizat în cel puțin două grupuri: un grup de control (aceasta de exemplu, nu primește tratament; este înscris pe o listă de așteptare; primește un tratament clasic deja validat) și un grup experimental, care primește tratamentul investigat. Suntem conștienți de faptul că există metode diferite pentru avansarea cunoașterii. Studiul de caz, observația sistematică, analiza unor situații-problemă sau experiența clinică pot duce la noi cunoștințe. Aceste cunoștințe sunt însă contextuale, ele nu pot fi generalizate. În măsura în care se conștientizează acest lucru și această idee se exprimă atunci când formulăm concluziile pe baza rezultatelor obținute cu aceste metode (de exemplu, studiul de caz), putem spune că facem știință. În măsura în care utilizăm astfel de metode (cum ar fi studiul de caz), dar generalizăm în concluzii rezultatele obținute, acest demers este pseudoștiință. Pentru generalizarea rezultatelor 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 ridicate și la probleme etice. Uneori însă, tratamentele psihoterapeutice au consecințe negative, amplificând simptomatologia; până la 10% dintre pacienți pot să-și amplifice simptomatologia ca urmare a efectelor secundare ale psihoterapiei (Lambert și Ogles, 2003). Să examinăm, în continuare, modul în care ignorarea celor prezentate în această secțiune a lucrării poate avea consecințe negative serioase asupra sănătății pacienților. Imediat după atacul terorist din 11 septembrie 2001, segmente largi de populație și profesioniști din SUA au primit servicii psihoterapeutice de asistență pentru situații critice (*critical incident stress debriefing* - CISD). Unele segmente de populație au fost chiar obligate să urmeze astfel de tratamente (pompierii, polițiștii și muncitorii implicați direct în acțiunile de salvare etc.)! Ce anume a determinat utilizarea pe scară largă a acestui tip de servicii și chiar forțarea lor în cazul unor subiecți care nu doreau asistență psihologică? Să explicăm ceea ce s-a întâmplat (personal, am participat la procesul de elaborare a unor materiale și servicii psihologice pentru cei afectați de evenimentul din 11 septembrie 2001 prin Academy of Cognitive Therapy, SUA, astfel că am avut acces nu doar la datele experimentale care le susțineau, ci și la procesul de implementare și promovare practică a acestora). În baza unor analize clinice și studii de caz (Bonnano, 2004), s-a observat că într-o situație traumatizantă avem cel puțin trei categorii de reacții psihologice: (1) reacții dezadaptative, de patologie (de exemplu, de stres acut sau stres posttraumatic); (2) reacții negative funcționale (de exemplu, emoționale negative intense, dar care nu îndeplinesc criteriile pentru o categorie nosologică: stări intense de stres, teamă, tristețe, nemulțumire etc.) și (3) lipsa unor reacții emoționale negative intense. În mod normal, pentru subiecții care experiențiază prima categorie de reacții psihologice se oferă asistență de specialitate bazată pe studii clinice controlate. S-a observat însă faptul că în practica clinică unii subiecți, care au reacții emoționale negative intense fără a se încadra într-o categorie nosologică, pot dezvolta ulterior probleme de stres posttraumatic. Pentru a evita această situație, s-a presupus, pe baza practicii clinice, că utilizarea CISD poate preveni acest lucru. Pe scurt (pentru detalii, vezi Kagee, 2002), CISD vizează terapie suportivă, ventilare emoțională, încurajarea discutării evenimentului traumatizant și a exprimării emoționale etc. Într-adevăr, analizele de caz anterioare au sugerat eficiența CISD. Iată însă că studiile clinice controlate efectuate recent arată că CISD poate amplifica simptomatologia în loc să o reducă și să prevină apariția stresului posttraumatic (pentru detalii, vezi Kagee, 2002). Altfel spus, dacă nu s-ar utiliza CISD, reacțiile psihologice negative intense (categoria 2 prezentată mai sus) s-ar diminua de la sine, ele reprezentând de fapt nu reacții patologice, ci reacții adaptative ale organismului la situații stresante; ele ne ajută să prelucrăm informațiile traumatizante, asimilându-le în structura noastră

de cunoștințe. Încurajând subiecții să discute despre ele și să le controleze, aceste reacții emoționale negative se pot accentua și transforma în psihopatologie în cazul anumitor subiecți (de exemplu, la cei represivi)! Iată cum utilizarea pe scară largă, nereflexivă, a unor proceduri care nu au fost încă investigate riguros (de exemplu, sub aspectul generalizării lor) poate duce la consecințe negative severe. Probabil că studiile clinice controlate vor arăta dacă și în ce condiții CISD este eficient, dar rezultatele pe care le avem acum, bazate mai mult pe analize de caz și studii clinice necontrolate, nu justifică utilizarea lui pe scară largă.

- *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).* În evaluarea rezultatelor unui program de intervenție se iau în calcul atât criteriile statistice, cât și cele clinice (ecologice). Relevanța statistică asigură generalizarea rezultatului în rândul populației, iar relevanța ecologică asigură implementarea lui în practică. Spre exemplu, dacă se aplică o procedură de relaxare ce reduce tensiunea arterială de la 200 la 180, această diferență poate să fie semnificativă statistic, deși nu are relevanță ecologică (pacientul este tot hipertensiv). O intervenție eficientă va reduce tensiunea de la 200 la 120, fapt care înregistrează o semnificație statistică și ecologică (pacientul se înscrie în limitele normalității pentru valoarea tensiunii arteriale sistolice).

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

- *Când grupul de control presupune lipsa tratamentului sau lista de așteptare, este necesar un al treilea grup, grupul placebo.* Grupul placebo primește un tratament care se prezintă pacientului ca fiind eficient pentru condiția lui, dar care, în fapt, nu vizează mecanismele etiopatogenetice presupuse a fi implicate în suferința pacientului. Ca exemple de tratamente psihologice placebo, amintim: discuțiile libere, discuții pe teme specifice (de exemplu, despre nutriție), terapie suportivă etc. Prezența grupului placebo ne permite să testăm simultan nu doar eficiența intervenției, ci și teoria presupusă a justifica intervenția respectivă. În lipsa grupului placebo, putem spune doar că tratamentul este eficient, dar nu cunoaștem cauzele acestei eficiente. Adesea, când se propune un tratament nou, acesta apare ca un pachet conținând tehnici de intervenție și teoria asociată lor. Acest pachet este prezentat și în programele de formare în psihoterapie. Pentru a fi considerat științific, un program de intervenție trebuie să aibă atât tehnici eficiente, cât și teorii adecvate care să le justifice. Dacă facem disjuncție între cele două, putem să ajungem la situații ciudate; într-un astfel de context, tehnicile de mesmerism ar fi, probabil, considerate ca științifice. Să argumentăm prin analogie cele afirmate aici, descriind succint evoluția mesmerismului (pentru detalii, vezi Gauld, 1992). Mesmer a fost un medic vienez care a elaborat teoria conform căreia planetele și stelele ne influențează prin intermediul unui fluid numit „magnetism animal”. Magnetismul animal este prezent în fiecare din noi și 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 magneții (lucruri interesante pentru oamenii acelor vremuri, lucruri care se influențau - se atrăgeau sau se respingeau - reciproc, care atrăgeau și influențau alte corpuri), Mesmer a presupus că magneții au proprietatea de a influența magnetismul animal și, în consecință, a început să-i folosească în tratament; aceștia erau puși pe zonele bolnave sau acolo unde apărea durerea. Mai târziu, Mesmer a susținut că el este înzestrat cu niște abilități speciale, este mai sensibil la magnetismul animal, prin care poate modifica deficitul care cauzează boala. În consecință, atingând bolnavii cu o baghetă sau făcând pase magnetice de-a lungul zonelor bolnave, el elimina dezechilibrul magnetismului animal și simptomatologia. Se afirmă că Mesmer a ameliorat sau vindecat suferința a peste 20.000 de pacienți 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 științific pe baza criteriilor minimale. Mesmer a cerut însă ca teoria lui să fie recunoscută ca fiind științifică. Ca urmare, Academia Franceză a numit o comisie condusă de Benjamin Franklin și formată din personalități ale vremii (Deslon, Guilotine, Lavoasier etc.) pentru a testa teoria lui Mesmer; un grup de pacienți a fost mesmerizat de către Mesmer însuși, iar un alt grup a fost indus în eroare: li s-a spus că sunt mesmerizați, dar, de fapt, nu au fost. Cu toate acestea, ameliorarea suferinței 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 și imaginația bolnavilor, ceea ce astăzi am numi *efectul placebo*. Prin prisma acestui exemplu, poate că înțelegem mai clar importanța unui grup placebo în studiile de eficiență a diverselor forme de tratament. Probabil că eficiența multor forme de tratament, așa-numitele tratamente alternative (de exemplu, bioenergie), poate fi explicată prin același mecanism placebo. În acest context, trebuie menționat că, prin prisma științei, nu există tratamente științifice și alternative (de exemplu, de medicină alternativă), ci doar tratamente validate științific sau nevalidate științific. Urmând acest model, cercetările recente au arătat că multe forme de terapie sunt de fapt pseudoștiințifice. Cel mai cunoscut caz este cel al „terapii de reprocesare și desensibilizare prin mișcarea ochilor” (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing - EMDR; pentru detalii, vezi Lilienfeld, 1996; McNally, 1999); mișcarea ochilor pe baza unui protocol stabilit de terapeut duce la reprocesarea adaptativă a informațiilor traumatizante și 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 posttraumatic. Când s-a analizat însă teoria care stă la baza acestor tehnici, s-a constatat că efectul pozitiv al intervențiilor este explicat de factori comportamentali - mecanismul expunerii -, și nu de mișcarea ochilor,

așa cum sugera EMDR (pentru detalii, vezi McNally, 1999). Așadar, deși intervenția pare să fie eficientă, teoria care o justifică este alta decât aceea propusă de autorii ei. Dacă EMDR ar fi prezentată ca o intervenție eficientă pentru tulburarea de stres posttraumatic, ea ar fi considerată o tehnică eficientă ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate. Deoarece EMDR își prezintă eficiența intervenției ca fiind justificată de teoria originală (de exemplu, mișcarea ochilor), ca sistem terapeutic (intervenție + teorie) ea este considerată pseudoștiință. Utilizată ca strategie de intervenție ale cărei mecanisme urmează să fie clarificate, EMDR este știință; utilizată ca strategie eficientă prin protocolul de mișcare al ochilor, EMDR este pseudoștiință.

4.3.3. *Lobby și tradiție versus suport științific. Cazul stimei de sine*

Multe tratamente și tehnici de intervenție în psihopatologie au început să fie folosite pe scară largă nu ca urmare a suportului științific, ci ca urmare a *lobby-ului*. Să dăm un exemplu în acest sens. Mișcarea New Age a stimulat, printre altele, și ideea că la baza problemelor noastre psihologice stă stima de sine scăzută (pentru detalii, vezi Dawes, 1994). Dacă ai o stimă crescută față de propria persoană și dacă te simți bine, atunci și comportamentele pro-sociale vor fi mai numeroase. Ca urmare a unor traume sau probleme din trecut, dezvoltăm o stimă de sine scăzută față de propria persoană, care ne predispune la noi eșecuri și, în consecință, la noi probleme psihologice. Tratamentul trebuie așadar să vizeze creșterea stimei de sine. Stima de sine este definită ca fiind reprezentarea în termeni de judecăți de valoare pe care fiecare o avem despre propria persoană (autoevaluare globală). Această idee este parte integrantă a psihologiei de simț comun, dar a pătruns ca idee principală și în știință (pentru detalii, vezi Dawes, 1994). Faptul că a pătruns în știință nu este rău; important este modul în care a pătruns și dacă locul acestei idei și tratamentele bazate pe ea sunt de domeniul științei sau al mitului. Vom vedea în continuare cum sistemul teoretico-aplicativ al stimei de sine a pătruns în domeniul științei prin mijloace neștiințifice (pentru detalii, vezi și raportul Fundației Joseph Rowntree la <http://www.jrf.org> referitor la validitatea științifică a acestui construct, raport bazat pe o analiză exhaustivă a literaturii științifice).

Parlamentarul John Vasconcellos din statul California a fost impresionat de poveștile (le numim povești deoarece se bazează pe fapte neverificate științifice) și literatura nevalidată științific (dar publicată de profesioniști) care prezentau stima de sine ca pe un factor fundamental pentru sănătatea noastră psihică. La propunerea acestuia, Parlamentul Statului California a creat un grup de lucru (Task Force) pentru a examina și promova conceptul stimei de sine, iar guvernatorul George

Deukmejian a oferit în 1986 un buget acestui grup de lucru. Rezultatele au fost publicate într-o lucrare intitulată *The social importance of self-esteem* (Meca et al., 1989). Ideile fundamentale ale acestei lucrări sunt:

- o stimă de sine crescută duce la consecințe psiho-comportamentale pozitive;
- o stimă de sine scăzută duce la consecințe psiho-comportamentale negative;
- programele de creștere a stimei de sine trebuie încurajate la nivel individual, familial, de grup, comunitar și social.

O analiză atentă a datelor pe baza cărora s-au elaborat aceste concluzii arată o cu totul altă situație (pentru detalii, vezi Dawes, 1994; Ellis, 1994):

- Cele mai multe studii examinate și incluse în lucrarea menționată (Meca et al., 1989) erau studii corelaționale, nu experimentale. Așadar, a concluziona că stima de sine este cauză pentru diverse aspecte psiho-comportamentale arată triumful ipotezei și dorinței asupra fenomenului.

• O mare parte dintre corelațiile semnificative au o valoare scăzută a mărimii efectului. Spre exemplu, corelația medie dintre stima de sine și performanța academică este de 0,17 ; într-un limbaj mai simplu, aceasta arată că stima de sine explică doar 3% din performanța școlară. Asta înseamnă că performanța școlară este determinată de alți factori, care sunt mult mai importanți (acoperind 97% din performanța școlară) decât stima de sine.

• În plus, o stimă de sine prea mare duce adesea la comportamente agresive, antisociale. Teoria clasică susținea că infractorii și multe persoane agresive au o stimă scăzută față de propria persoană. Cercetările recente au nuanțat însă această concluzie (DiGiuseppe și Tafrate, 2003). Pe lângă cei cu stimă de sine scăzută, există un grup de astfel de persoane care au o stimă de sine foarte crescută, astfel că orice incongruență între dorințele lor și ceea ce se întâmplă duce la reacții emoționale negative. Morala este că stima de sine trebuie să fie undeva la nivel mediu, o stimă de sine prea scăzută sau prea crescută putând duce la probleme psihologice.

• Stima de sine este un construct „irațional” (Ellis, 1994) sau elaborat irațional (*sic!*). El se bazează pe faptul că noi facem evaluări globale asupra propriei persoane, pornind de la comportamentele noastre. Dacă comportamentele sunt performante, atunci ne evaluăm pozitiv și experiențiem emoții pozitive, iar dacă comportamentele sunt neperformante, ne evaluăm negativ și experiențiem emoții disfuncționale negative (de exemplu, stare depresivă). Din păcate, aceste evaluări sunt învățate și încurajate social; ele constituie norma într-o societate modernă bazată pe autonomie, independență și valoare personală. Aceste evaluări nu sunt însă justificate logic și științific. Ele corespund unei erori logice, și anume „saltul în argumentare” : pornind de la câteva comportamente, facem o evaluare globală a propriei persoane fără ca legătura să fie suficientă logic. Spre exemplu, dacă nu am reușit la un examen (și mai am câteva performanțe scăzute), am tendința să spun că sunt prost și voi experienția emoții disfuncționale negative (cum ar fi

starea depresivă). Din punct de vedere logic, eticheta de „prost” sugerează că și comportamentele mele viitoare vor fi neperformante, căci un prost are și va avea întotdeauna comportamente neperformante. Pe de altă parte, cercetările arată că aceste etichete și trăsăturile de personalitate acoperă doar 30% din varianta comportamentului nostru și, așadar, acest proces de evaluare este unul irațional (de exemplu, un prost poate avea uneori comportamente performante!). Deși irațional, acest proces este util atunci când avem comportamente performante, căci ne face să ne simțim bine și valoroși, dar trebuie să conștientizăm că, atunci când comportamentele sunt neperformante, tot el ne aruncă în suferință emoțională (de exemplu, depresie). Avem altă variantă? Da, așa cum apare și în capitolul 2, o variantă rațională. Varianta rațională este înlocuirea conceptului de stimă de sine cu cel de acceptare necondiționată, care este logic corect și mai pragmatic (Ellis, 1994; Rogers, 1961). În acest caz, noi ne evaluăm comportamentele, nu persoana; persoana noastră este acceptată necondiționat indiferent de performanță, căci este prea complexă (și în schimbare) pentru a fi evaluată global pornind doar de la niște comportamente concrete. În consecință, atunci când am un eșec, voi spune că am avut un comportament neperformant, nu că sunt neperformant ca persoană. Această filosofie se regăsește în marile religii ale lumii; spre exemplu, în creștinism ea este foarte bine reflectată de formula „pedepsim păcatul, dar îl iertăm pe păcătos!”. Acest mod de evaluare este unul logic, iar datele empirice (Chamberlain și Haaga, 2001; David *et al.*, 2002a) arată că implementarea lui în viața de zi cu zi este un factor protectiv față de evenimentele stresante. Sigur, a realiza acest lucru este greu, căci este contraintuitiv. Atunci când sunt învățați această „filosofie validată științific”, cei mai mulți oameni o asimilează astfel: când au performanțe pozitive, se evaluează pozitiv (în termenii stimei de sine), iar când au performanțe negative, își evaluează comportamentul fără a-și evalua persoana (în termenii acceptării necondiționate), aceasta ducând la emoții negative funcționale (de exemplu, tristețe), nu disfuncționale (de exemplu, stare depresivă); este o modalitate pragmatică de a găsi o cale apropiată de raționalitate într-o societate irațională!

Așadar, la o analiză riguroasă (Dawes, 1994), studiile de specialitate arată că stima de sine este asociată cu anumite aspecte psiho-comportamentale; această asociere poate să varieze de la una foarte mică până la una foarte mare. În baza datelor de care dispunem nu putem afirma că stima de sine este un factor causal important pentru aspecte psiho-comportamentale negative și, în consecință, programele de dezvoltare ale acesteia trebuie susținute prin educație publică. Acolo unde aceste programe de dezvoltare a stimei de sine au fost implementate pe scară largă fără a considera serios datele științifice este locul unde politica, în alianță cu simțul comun și apelând la *lobby*, au învins știința.

4.4. Noi evoluții în consilierea psihologică și psihoterapie

Ținând cont de limitele intervențiilor în domeniul clinic, limite prezentate mai sus, tratamentul în acest domeniu al psihologiei clinice trebuie să aibă următoarele caracteristici:

Suport științific

Suportul științific trebuie să se înscrie în paradigma unei practici validate științific (după modelul medicinei validate științific - EBM). EBM (Dawes, 1994) nu este o idee nouă. Originile ei filosofice datează din secolul al XIX-lea, poate chiar de mai înainte. Aceste idei au devenit însă intens promovate și ridicate la rangul de standarde în domeniu, mai ales sub presiunea caselor de asigurări de sănătate, interesate în a-și reduce costurile prin focalizarea resurselor doar asupra acelor proceduri medicale și non-medicale care sunt validate științific (Dawes, 1994). Această politică a caselor de asigurări de sănătate a dus la apariția unor mișcări de promovare a științei în domeniul clinic, prin apariția medicinei validate științific (*evidence-based medicine* - EBM) și a psihoterapiei validate științific (*evidence-based psychotherapy* - EBP). Mulți profesioniști și pacienți cred că tratamentele administrate de profesioniști, respectiv primite de pacient într-un cadru medical (cum ar fi spitalul) sunt validate științific (sunt mai bune decât nimic, decât alte tratamente mai vechi sau decât un tratament placebo). Ei bine, iată că lucrurile nu stau deloc așa. Estimările făcute în anii '70 și '80 de către US Congress Office of Technology Assessment arătau că doar aproximativ 10-20% din procedurile medicale erau susținute științific. Aceasta înseamnă că în cazul a 80% dintre tratamentele pe care le primeam în acei ani nu știam dacă sunt sau nu științifice, mai precis, dacă sunt eficiente sau nu! Stau astăzi lucrurile altfel? Se pare că lucrurile s-au îmbunătățit, dar nu foarte mult. Estimări recente arată un procent cu puțin peste 20% de proceduri validate științific din totalitatea procedurilor medicale folosite. Sigur că aceste procente diferă în funcție de domeniul medical specific. Tabelul 4.1. redă astfel de estimări pentru o serie de categorii de tratamente medicale. Clasificarea vizează următoarele categorii ale validării științifice: (1) tratamente susținute științific - există studii clinice controlate care arată că procedurile respective sunt mai eficiente decât tratamentele anterioare, grupul placebo

sau de control; (2) tratamente pseudovalidate științific - nu există studii clinice controlate, dar practica clinică și consensul profesioniștilor sugerează că aceste tratamente sunt eficiente; (3) tratamente non științifice - nu sunt susținute de studii, practică clinică sau consensul profesioniștilor sau au fost chiar invalidate de acestea.

Tabelul 4.1. Procentajul tipurilor de tratamente utilizate în practica medicală din SUA și Europa (vezi, pentru detalii, A. Booth la <http://www.shef.ac.uk/seharr/ir/percent.html>)

Domeniul și studiile pe baza cărora s-au formulat aceste procente	Tratamente validate științific	Tratamente pseudovalidate științific	Tratamente non-valide
Psihiatrie Summers <i>et al.</i> (1996)	53 %	10 %	37 %
Medicină generală Suarez-Varela <i>et al.</i> (1999)	38 %	4 %	58 %
Medicină internă Nordin-Johansson <i>et al.</i> (2000)	50 %	34 %	12 %
Chirurgie generală Lee <i>et al.</i> (2000)	14 %	64 %	22 %
Tratamentul cancerului (SUA) Djulgovic <i>et al.</i> (1999)	24 %	21 %	55 %
Chirurgie vasculară Howes <i>et al.</i> (1997)	24 %	71 %	5 %
Dermatologie Jemec <i>et al.</i> (1998)	38 %	33 %	23 %
Chirurgie pediatrică Kenny <i>et al.</i> (1997)	11 %	66 %	23 %
Anestezie Myles <i>et al.</i> (1999)	32 %	64,7 %	3,3 %

Amintindu-ne limitele acestor studii, limite care derivă chiar din cele ale metodei științifice (de exemplu, eșantionarea, dificultățile de generalizare a rezultatelor), rămâne totuși impresionant faptul că un număr extrem de mic de tratamente medicale sunt bine validate științific. Cât privește psihiatria, mai aproape de demersul nostru, cercetările arată că, deși din punctul de vedere al validării științifice stă mai bine decât alte domenii medicale (cum ar fi chirurgia), procentul de tratamente validate științific este totuși scăzut luând în calcul standardele domeniului, discursul în domeniu (profesioniștii argumentează și prezintă în lucrări de specialitate faptul că tratamentele oferite sunt validate științific), credințele pacienților și, în general, ceea ce așteaptă orice om de bun simț de la medicină. Aceste date confirmă rezultatele din anii '70-'80 și arată că progresul a fost infim. Analizând aceste date, înțelegem că declarația făcută de Dr. Robert Califf, director al Duke University Clinical Research Institute, în revista *TIME*, la data de 12 octombrie 1998, și anume că doar aproximativ 15% dintre serviciile oferite de medici sunt validate științific, este ea însăși bine validată științific.

Eclectism procedural susținut științific

Există o tendință la nivelul practicii de a construi pachete de intervenție care să includă tehnici și proceduri din diverse tradiții ale psihopatologiei. Acest eclectism procedural este de încurajat în măsura în care el este dublat de studii de eficiență a pachetelor astfel construite. În același timp, trebuie să diferențiem acest eclectism la nivel de procedură de eclectismul la nivel de teorie. Eclectismul procedural presupune utilizarea unor tehnici cu angajamente teoretice diferite, dar reunite într-un cadru teoretic comun, integrativ (conceptualizare clinică coerentă și validă). Eclectismul teoretic presupune utilizarea unor teorii diferite asupra aceluiași fenomen, ceea ce duce frecvent la contradicție în propriul discurs și, în consecință, trebuie evitat; nu putem folosi și teorii dinamic-psihanalitice și umanist-existențialist-experiențiale și cognitiv-comportamentale asupra aceluiași fenomen, acestea fiind adesea contradictorii. Vom folosi doar acea teorie care este susținută de datele științifice și care poate asimila proceduri din tradiții diferite. O teorie științifică reinterpretează și integrează aspectele valide ale teoriilor anterioare în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. Așa cum am mai spus, în psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală a reinterpretat tehnicile dinamic-psihanalitice în termenii teoriei învățării, care lipsea în abordarea lui Sigmund Freud. De exemplu: (1) transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a învățării; (2) represiă este un comportament învățat, deoarece este întărit prin reducerea anxietății; (3) interpretarea clinică este utilă chiar dacă nu este adevărată, deoarece oferă pacientului o istorie coerentă de viață (mitul terapeutic); (4) tehnica asociațiilor libere este folosită pentru obținerea de material reprimat (inconștient), deoarece pacientul interpretează acceptarea de către psihoterapeut a verbalizărilor sale ca iertare și astfel teama asociată cu aceste idei se reduce etc. (Udolf, 1981).

Testarea eficienței procedurii și a teoriei schimbării

Așa cum am menționat anterior, un tratament științific trebuie să fie testat atât sub aspectul eficienței procedurii, cât și sub aspectul corectitudinii teoriei care stă la baza procedurii. O disociere între aceste două componente poate duce la situații în care, deși tratamentul funcționează, cauza acestei eficiențe este alta decât cea care ne este oferită de teoria pe baza căreia s-a elaborat tratamentul sau la situația în care, deși teoria pare corectă, tratamentul este de o eficacitate îndoielnică.

Vom menționa în continuare principalele conexiuni dintre teorie și procedurile pe care acesta le generează. De la început, trebuie să specificăm clar că influența rezultatelor cercetării fundamentale în practica clinică se realizează prin penetrarea unor filtre succesive. Aceste filtre nu au un rol regresiv pentru știință, ci unul protectiv pentru pacient. Secvența este următoarea:

- Cercetarea fundamentală descoperă un principiu, o regularitate. Prima condiție este ca acest principiu să fie relevant pentru domeniul clinic. Adesea, aceste principii se descoperă prin analiza subiecților umani sănătoși, astfel că ele pot

să nu potrivească funcționarea subiecților umani cu diverse forme de psihopatologie. Spre exemplu, principiul disonanței cognitive a fost bine susținut experimental (Festinger, 1957); el ne spune că dacă apare o disonanță între comportamentul nostru și credințele noastre, în timp credințele se reduc la nivelul comportamentului. Acest principiu pare să nu funcționeze la fel de bine în cazul subiecților suferinzi de depresie majoră (Beck *et al.*, 1979). Astfel, acești pacienți se pot implica performant în diverse activități (ca urmare a sarcinilor terapeutice), dar continuă să susțină că sunt proști și incapabili de a face ceva! Chiar atunci când în studii ni se spune că s-a investigat anxietatea sau depresia, o analiză atentă relevă adesea probleme subclinice (de exemplu, scorul mare la o scală de anxietate a unor subiecți normali), nu clinice (de exemplu, pacienți diagnosticați cu diverse tulburări de anxietate).

- Odată identificat un principiu cu relevanță clinică, el trebuie transformat într-o procedură de intervenție. Dacă nu se poate face acest lucru, descoperirea are valoare teoretică, dar nu are impact asupra practicii clinice.
- Procedura trebuie testată în studii de eficiență. În prima fază sunt expuși acestor proceduri subiecți sănătoși, pentru a se urmări modul în care subiecții umani reacționează la aceste procedee. Dacă ele se dovedesc nepericuloase (dacă, de exemplu, nu generează probleme noi subiecților sănătoși cărora le-au fost administrate), atunci urmează să fie aplicate pacienților pentru care au fost elaborate. Se vizează comparații cu grupuri de control și placebo, adesea într-un mediu controlat, de laborator. Dacă procedurile se dovedesc eficiente statistic și clinic (ecologic - o mărime considerabilă a efectului), atunci se trece la următorul filtru.
- Procedurile eficiente sunt supuse unor studii de eficiență ecologică în practică. Se studiază modul cum funcționează efectiv în practica reală (de exemplu, în clinica X). Uneori este posibil ca o procedură de intervenție dovedită eficientă în studii de laborator să nu funcționeze în practica reală. În studiile de laborator se utilizează adesea populații selecționate (de exemplu, doar pacienți cu tulburare depresivă majoră), în timp ce în practica reală tulburarea depresivă majoră, de exemplu, este frecvent acompaniată și de alte tulburări (cum ar fi anumite tulburări de personalitate). Această comorbiditate poate face ca o procedură eficientă în laborator să nu mai funcționeze în practica reală.
- Procedurile care dovedesc eficiență ecologică sunt supuse analizei costurilor. Dacă implementarea lor într-o clinică duce la reducerea costurilor sau la o creștere nesemnificativă a costurilor în raport cu beneficiile aduse, atunci procedura va fi implementată. Dacă nu se întâmplă așa, atunci, în ciuda eficienței clinice, se va renunța la ea. Faptul că orice pacient ar beneficia de o intervenție psihologică nu înseamnă că acesta va primi automat respectiva intervenție. Sistemul sanitar este un sistem cu resurse limitate. Așadar, se vor implementa numai acele proceduri care sunt eficiente din punct de vedere științific și al costurilor.

- Un ultim filtru este cel al acomodării protocolului într-un cadru dat. Uneori anumite proceduri nu pot fi implementate din cauza spațiului, personalului etc.

Aceste filtre generează adesea un oarecare decalaj între obținerea rezultatelor cercetării fundamentale și aplicarea lor. Acest lucru este însă unul obișnuit în știință. Nu toate rezultatele cercetării fundamentale din genetică s-au constituit deja în aplicații ale ingineriei genetice; ele trebuie testate în legătură cu siguranța și eficiența lor. De asemenea, în domeniul psihofarmacologiei nu toate tratamentele experimentale sunt implementate în practică. Ele trebuie să treacă prin filtrele menționate mai sus și abia apoi vor fi implementate pe scară largă.

4.5. Prototipul unui demers psihoterapeutic

Demersul psihoterapeutic prezentat în continuare este unul prototipic. El va fi adaptat în funcție de tipul de psihoterapie (individuală, în grup, de grup) și de nevoile pacientului.

Ședința 1 (45-50 minute)

Prima ședință are rol explorator. În cadrul ei:

(1) Psihoterapeutul își face o idee generală despre problemele pacientului. Nu se intră în detalii, ci doar se încearcă obținerea unei perspective generale care să-i permită terapeutului să-și evalueze competența vizavi de problemele pacientului.

(2) Se face educația legată de boală a pacientului. Este bine să insistăm asupra faptului că tulburările psihice pot implica mecanisme psihologice, biologice sau o combinație a acestora. În funcție de ceea ce se identifică, se va alege tratamentul adecvat, uneori fiind necesară combinația psihoterapiei cu tratamentul medical. În cazul unor tulburări severe, se cere control medical pentru a identifica potențialele mecanisme etiopatogenetice biologice.

(3) Se face educația pacientului pentru psihoterapie. Se explică pacientului ce este psihoterapia, cum funcționează, care va fi structura ședințelor și la ce să se aștepte. Se poate estima numărul aproximativ de ședințe și costul acestora; numărul aproximativ se estimează pe baza literaturii de specialitate. De asemenea, efectele posibile (de exemplu, vindecare, ameliorare, controlul simptomelor etc.) se prezintă pacientului tot pe baza literaturii de specialitate.

(4) Se administrează pacientului bateria de teste psihologice (unele teste se pot da pentru a fi completate acasă); este indicat ca bateria de teste psihologice să vizeze toate cele patru nivele (subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic) și aspectele stabile ale acestora, exprimate în structuri de personalitate și mecanisme defensive.

În această primă ședință, rolul terapeutului este unul de educator; pacientul trebuie să simtă că, după primirea acestor informații, poate lua, fără a fi judecat, decizia de a începe sau nu psihoterapia.

Ședința 2 (45-50 minute)

(1) Se colectează rezultatele la testele psihologice, care vor fi cotate și interpretate pentru ședința 3.

(2) Se face un interviu clinic pentru a evalua starea de sănătate și/sau de boală a pacientului. Este bine ca acest interviu clinic să fie ghidat de SCID/DSM. O atenție deosebită trebuie acordată identificării tulburărilor de personalitate; adesea, acestea sunt mascate de intensitatea tulburărilor clinice, dar neidentificarea lor poate duce la dificultăți în implementarea psihoterapiei.

Ședința 3 (45-50 minute)

(1) Se mai culeg informații suplimentare, dacă este cazul.

(2) Se face conceptualizarea generală, pe baza informațiilor culese prin interviu și examinare psihologică. Conceptualizarea generală se face prin prisma modelului stres - vulnerabilitate. Altfel spus, un eveniment stresant (de exemplu, divorțul; stresorii psihosociali de pe Axa 4 din DSM) a interacționat cu o stare de vulnerabilitate (de exemplu, evaluări catastrofice; tulburările de personalitate de pe Axa 2 din DSM), generând mai multe probleme (de exemplu, tulburare de panică; alte tulburări de pe Axa 1 din DSM).

(3) Se stabilește o listă de probleme specifice, traducând conceptualizarea generală în probleme specifice de viață pentru pacient. Atenție: același diagnostic nosologic (de exemplu, tulburare depresivă majoră) se poate manifesta diferit (în probleme de viață diferite) la pacienți diferiți (de exemplu, probleme în familie *versus* probleme la serviciu)!

Aceste ședințe pot fi organizate pe parcursul unei săptămâni, fără să existe un interval standard. La sfârșitul lor, pacientul trebuie să știe: (1) ce probleme are; (2) de ce au apărut aceste probleme și (3) ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme (schema de tratament). Unii pacienți se opresc la acest nivel, informațiile dobândite dându-le o stare de liniște prin predictibilitatea pe care o generează.

Ședința 4... (45-50 minute)

Următoarele ședințe se focalizează asupra problemelor de pe lista stabilită (aproximativ două ședințe săptămânal). Fiecare problemă de pe listă este descompusă în probleme emoționale și probleme practice. După ce se ameliorează problemele emoționale, se trece la abordarea problemelor practice. După ce s-a ameliorat o problemă de pe listă, se trece la următoarea problemă. Fiecare școală terapeutică va aborda problemele prin prisma procedurilor proprii. Noi sugerăm ca fiecare problemă să fie abordată prin prisma modelului ABC - vezi subcapitolul 2.4. (Beck, 1976; Ellis, 1994), deoarece este demersul psihoterapeutic cel mai bine validat la momentul actual.

După abordarea tuturor problemelor de pe listă, se trece la ultima secvență a psihoterapiei, și anume la integrarea și prevenirea recăderilor. Aceste ședințe (în număr de aproximativ trei-cinci) se pot programa o dată pe săptămână sau la două săptămâni și au rolul (1) de a-1 face pe pacient să înțeleagă elementele comune implicate în diversele probleme de pe lista stabilită (de exemplu, cogniția irațională

„toți ceilalți trebuie cu necesitate să mă respecte” se manifestă specific în relația cu soția - „soția trebuie...” - și cu șeful - „șeful trebuie...”) și dacă este cazul, să le modificăm; (2) de a-l învăța pe pacient să fie propriul său psihoterapeut și să funcționeze autonom, prin întreruperea gradată a relației psihoterapeutice. Mai mult, pacientului i se lasă posibilitatea unor reveniri în cazul unor recăderi și psihoterapeutul poate planifica urmărirea evoluției pacientului prin telefoane sau întâlniri scurte (de exemplu, 20 de minute) la intervale stabilite de el, în funcție de tipul tulburării pacientului.

Dacă pacientul se prezintă cu probleme subclinice (de exemplu, emoții funcționale negative) și/sau pentru optimizare și dezvoltare personală, atunci intervenția poate eluda stabilirea diagnosticului nosologic, începând cu ședința 1 și continuând cu stabilirea listei de probleme, cele mai multe de tip practic. Dacă pacientul se prezintă în situație de criză (de exemplu, atac de panică), atunci intervenția psihologică se utilizează în scop suportiv și/sau pentru ameliorarea rapidă a tabloului clinic, chiar dacă tratamentul este orientat simptomatic, și nu etiopatogenetic; după ieșirea din situația de criză, se poate începe o intervenție orientată etiopatogenetic.

4.6. Un exemplu de studiu de caz

4.6.1. Istoricul cazului

Dana are douăzeci și opt de ani, este medic, are un copil, locuiește cu soțul ei și, în ultimii trei ani, a lucrat ca rezident într-o secție de medicină internă.

A. Acuzele principale

Dana a primit tratament psihologic pentru atacuri de panică și anxietate generalizată în perioada de sfârșit a anului 1999 și început a anului 2000 (optsprezece ședințe). Cu două luni înainte de începerea tratamentului, avusese deja trei atacuri de panică și se temea de probabilitatea de a mai face un altul. De asemenea, ea menționa:

De prin 1991, m-am simțit agitată și extrem de anxioasă în legătură cu viața mea (de exemplu, „viitoarea mea profesie de medic”), relațiile interpersonale (de exemplu, „cu colegii și cu soțul”) și cele mai importante activități ale mele (de exemplu, „rezultatele școlare, doctoratul”) deși, sincer vorbind, sunt mult mai îngrijorată de recente atacuri de panică.

a. Istoricul tulburării prezente

În 1991, Dana s-a mutat într-un alt oraș, departe de părinții ei supraprotectivi, pentru a studia medicina la o universitate de prestigiu. De atunci, a început să se simtă neajutorată și să aibă atacuri de anxietate și „îngrijorare în legătură cu orice” (simptome emoționale). Aceste trăiri emoționale se asociau adesea cu tensiune musculară, senzație de slăbiciune, oboseală și tulburări de somn (simptome fiziologice), întrucât simțea că îi este greu să controleze aceste manifestări fiziologice, Dana a început să evite activitățile care presupuneau efort fizic (simptome comportamentale). Se gândea de multe ori că toate aceste simptome arată că valoarea sa ca persoană este scăzută (simptome cognitive). În consecință, se simțea deseori neajutorată și avea o stimă de sine scăzută. Inițial, medicul de familie, iar apoi un psihiatru i-au prescris Buspar (Buspirona), în 1993. După ce a urmat prescripțiile medicale timp de câteva luni, Dana a întrerupt tratamentul medicamentos, întrucât simptomatologia se ameliorase mult mai puțin decât se așteptase ea. Primul atac de panică a survenit în timp ce își pregătea examenul de doctorat, cam la două luni

înainte de prima noastră întâlnire (în 1999). Aproximativ o lună mai târziu, a avut un al doilea atac de panică, în timp ce făcea curățenie în apartament. Cel de-al treilea atac de panică a survenit cu o săptămână înainte de prima noastră întâlnire, în timp ce se afla singură acasă, pregătind o lucrare pentru un congres științific de gastroenterologie. Simptomele de panică au inclus următoarele: simptome emoționale - teamă intensă de a nu-și pierde controlul, neajutorare și disconfort; simptome cognitive - convingerea că va muri, că are probleme cu inima și că va leșina și va cădea jos; simptome comportamentale - evitarea efortului fizic și căutarea unor locuri în care să fie în siguranță în caz că leșină; simptome fiziologice - palpitații, tremurături și dureri de piept. Din cauza acestor simptome de atac de panică, Dana a consultat un psihiatru care i-a prescris Xanax, cu aproximativ două luni înainte de prima noastră întâlnire.

Stresorii majori din viața Danei erau, în principal, psihosociali. Ea fusese un copil supraprotejat de către părinții ei. Depărtarea de casă și de protecția acestora în perioada facultății a constituit stresorul principal, care s-ar putea să fi precipitat instalarea anxietății generalizate (1991). Mai mult, înainte de căsătorie (care a avut loc în 1998), Dana spera că viitorul ei soț se va dovedi de un real ajutor în viața sa; credea că el o va ajuta să își depășească anxietatea și „îngrijorarea în legătură cu orice”. Din nefericire, soțul Danei avea o profesie care presupunea extrem de multă muncă. Acesta era asistent universitar și cercetător, astfel încât se întâmpla frecvent să lucreze până seara târziu și în *week-end*, implicându-se destul de puțin în întreținerea familiei și educația copilului (nașterea fiului lor a constituit pentru Dana un alt motiv de stres și o ocazie de îngrijorare: „Fiind atât de ocupată, cum voi putea oare să îmi fac suficient timp pentru fiul meu? ”). Ca urmare, Dana s-a simțit copleșită de viața sa ca soție, mamă, medic și studentă, împărțită între slujba de medic cu normă întreagă, asigurarea curățeniei apartamentului, gătitul meselor, educarea copilului și pregătirea examenelor de doctorat. Acestea au fost împrejurările în care a avut loc primul său atac de panică (1999).

b. Istoric personal și social

Dana era copil unic la părinți. Ea își descria tatăl ca fiind foarte rigid, autoritar și preocupat de viitorul fiicei sale; ea susținea că, din cauza atitudinii lui autoritare, i-a fost mereu teamă să discute cu el sau să îi ceară ceva (acest lucru fiind valabil și în perioada adultă). Pe mama sa o descria ca fiind o persoană caldă și preocupată de educația și de viitorul fiicei sale. Dana își amintește că, în timp ce era la grădiniță și apoi în școala primară și gimnaziu, era supraprotejată de către părinții ei, ceea ce nu îi plăcea deloc. De exemplu, aceștia o duceau la școală în fiecare dimineață, iar după-masa veneau și o luau acasă. Astfel, ea nu reușea niciodată să își facă prieteni sau să intre în grupul colegilor. În acest context, ea se descria ca fiind o fetiță (iar acum o femeie) cu abilități sociale limitate și puțin asertivă, atât acasă cât, și în alte situații sociale. În perioada liceului, a început pregătirea

pentru admiterea la Facultatea de Medicină. Ambii părinți își doreau mult ca ea să devină medic. Aceștia au lăsat-o să aibă un prieten (deși relația dintre ei nu a fost prea intensă), cu toate că tinerilor li se permitea să se întâlnească doar acasă la Dana și puteau ieși împreună câteva ore după masa. După admiterea la facultate (1991), Dana a fost nevoită să se mute în alt oraș. În timpul anului I (ea avea 18 ani), părinții obișnuiau să o viziteze în mod regulat. Nu i-au permis să locuiască într-un cămin studențesc și i-au închiriat un apartament, pentru a putea să învețe în liniște. În timpul primului an de facultate, a început să experimenteze puternic simptomele de anxietate generalizată și unolo simptome de depresie subclinică. Se simțea singură, neajutorată și începuse să se îngrijoreze în legătură cu orice (însă nu și de faptul că fusese separată de părinții ei - acesta a fost unul dintre motivele pentru care am respins un posibil diagnostic de anxietate de separare!). În cel de-al doilea an de facultate (1993), a consultat un medic generalist și un psihiatru, care i-au prescris Buspar (Buspirona). După câteva luni, Dana a renunțat la tratament, deoarece simptomele de anxietate generalizată persistau, în ciuda medicației. În ciuda prezenței simptomatologiei, a absolvit cu succes Facultatea de Medicină în 1997, devenind medic stagiar în gastroenterologie în același an. În aceeași perioadă l-a cunoscut și pe viitorul său soț, pe care îl descrie ca fiind un bărbat inteligent, puternic și matur, cu cincisprezece ani mai în vârstă decât ea. Cei doi s-au plăcut și s-au căsătorit în 1998. În prezent locuiesc în orașul în care ea a absolvit facultatea. La un an de la căsătorie s-a născut fiul lor. Tot în 1998, Dana și-a început studiile doctorale în medicină. Pe parcursul celui de-al doilea an de căsnicie (1999), ea are primul atac de panică. Eu (D.D.) am cunoscut-o în 1999, după ce avusese deja trei atacuri. În paralel cu intervenția psihoterapeutică, Dana a urmat un tratament medicamentos (Xanax), prescris de medicul psihiatru.

B. Istoric medical

Dana nu avea nici un fel de probleme medicale care să îi influențeze funcționarea psihică, problemele psihice curente sau procesul de tratament.

C. Status mental

Pacienta era bine orientată tempo-spațial, cu o dispoziție anxioasă.

D. Diagnostic DSM IV

Axa 1 (tulburări clinice): Tulburare de panică fără agorafobie și tulburare de anxietate generalizată; depresie subclinică - pacienta prezenta unele simptome de depresie, fără însă a fi îndeplinite toate criteriile pentru nici una dintre tulburările depressive.

Axa 2 (tulburări de personalitate): Nimic semnificativ clinic. Pacienta prezenta unele caracteristici de personalitate dependentă. Totuși, în urma unei analize atente, comportamentele dependente au rezultat a fi legate de tulburările de anxietate, iar

celelalte caracteristici ale personalității nu îndeplineau toate criteriile pentru un diagnostic separat de tulburare de personalitate de tip dependent.

Axa 3 (boli somatice sau alte condiții medicale): Nimic semnificativ.

Axa 4 (stresori psihosociali): Suport social inadecvat, copleșită de împrejurările vieții (probleme la domiciliu, condiții de muncă solicitante, solicitări academice)

Axa 5 (indicele general de funcționare - GAF): GAF 60 (curent: 1999). Indicele cel mai ridicat în decursul ultimului an - 70.

4.6.2. Conceptualizarea cazului. O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. Factori etiologici

Probabil că separarea Danei de părinții săi supraprotectivi (factori declanșatori), lipsa de abilități sociale și lipsa asertivității (factori predispozanți), precum și integrarea ei într-un context cu totul nou (factori favorizanți - cum ar fi alt oraș, alți colegi, cerințe diferite) au precipitat și apoi menținut anxietatea generalizată și simptomele de depresie subclinică. Este posibil ca tulburarea de panică să fi fost precipitată de lipsa de suport din partea soțului și de faptul că se simțea copleșită de sarcinile asumate (factori declanșatori). Dana se așteptase la suport emoțional din partea soțului său; în schimb, simțea că după căsătorie avea și mai multe obligații decât înainte, astfel încât acestea au sfârșit prin a o copleși. Acest moment coincide cu declanșarea primului atac de panică.

B. Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

O situație problematică tipică pentru Dana este cea legată de primul său atac de panică. În timp ce își pregătea examenul de doctorat în camera sa, a avut un gând automat de genul: „Nu voi reuși să mă pregătesc cum trebuie în următoarele zile, deoarece nu mă ajută nimeni cu celelalte sarcini și nu am suficient timp pentru a-mi pregăti examenul”. Din punct de vedere emoțional, s-a simțit foarte anxioasă, s-a oprit din citit și s-a ridicat din fotoliu. Apoi a simțit că nu mai poate respira, dureri la nivelul pieptului, palpitații și tremurături incontrolabile. În acel moment, a avut un alt gând automat/interpretare catastrofică: „Sunt bolnavă și am un atac de cord!”. Simptomele anterioare s-au intensificat (panică legată de panică - emoție secundară), iar lumea i s-a părut ciudată și ireală. Emoțional, a experiențiat puternice trăiri de teamă și disconfort. A ieșit din cameră și a încercat să ajungă la baie pentru a se spăla pe față cu apă rece.

O a doua situație tipică este ilustrată de cel de-al doilea atac de panică. În timp ce făcea curățenie în apartament, Dana a observat că are palpitații. Gândul automat/

interpretarea catastrofică a fost: „Nu din nou! Voi muri și nimeni nu va mai avea grijă de fiul meu”. În minutele următoare s-a declanșat un nou atac de panică, cu palpitații, dureri de piept și tremurături. A încercat să ajungă la un fotoliu (în caz că leșină) și la telefon pentru a-l suna pe soțul său (până la urmă nu l-a mai sunat).

O a treia situație a apărut pe când își pregătea lucrarea pentru un congres științific de gastroenterologie. Atunci s-a gândit: „Nu am suficient timp pentru a face o lucrare bună. Nimeni nu mă ajută să am mai mult timp”. A simțit că are palpitații și aproape imediat i-a venit în minte următorul gând/interpretare catastrofică: „Vai de mine, sunt cu adevărat bolnavă! Voi leșina și voi cădea jos! ”. În câteva minute, a trăit un al treilea atac de panică, însă de data aceasta teama de a nu-și pierde controlul și de a nu înnebuni au fost mai puternice. A ieșit din cameră și a mers în sufragerie pentru a fi mai aproape de telefon și s-a așezat într-un fotoliu, încercând să se relaxeze. În ciuda asigurărilor repetate, date de medicul generalist, că nu este nimic în neregulă cu sănătatea ei, Dana a continuat să pună atacurile sale de panică și stările de anxietate pe seama unei boli somatice nediagnosticate. În consecință, deși s-a dovedit deschisă la ideea urmăririi unui tratament psihoterapeutic, nu a fost la fel de receptivă la o conceptualizare psihologică a problemelor sale.

C. Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor

Dana a crescut într-o familie cu părinți extrem de protectivi. Responsabilitatea ei era să învețe bine, în timp ce părinții îi asigurau toate cele necesare. Avea, așadar, suficient timp la dispoziție pentru a-și organiza activitățile școlare și, în consecință, era o elevă foarte bună. Experiențele ei de viață au dus la dezvoltarea a trei credințe centrale. *Prima credință centrală* (schemă cognitivă) se referă la competență: „a face totul la standarde înalte”. Această credință este frecvent evaluată: „Trebuie să fac totul la standarde înalte, altfel sunt incapabilă, detestabilă și slabă”. *Cea de-a doua credință centrală* se referă la responsabilitate și control: „Dacă ceilalți nu mă ajută, nu mă pot concentra și nu pot să dețin controlul și să reușesc în situațiile importante din viața mea”. Această cogniție este evaluată: „Persoanele apropiate mie trebuie să mă ajute să controlez situația, pentru ca să mă pot concentra și să îmi ating obiectivele importante. Dacă nu mă ajută, este groaznic și nu pot suporta așa ceva”. *Cea de-a treia credință centrală* se leagă de confort și control și pare a fi implicată în apariția emoțiilor secundare (panica legată de panică): „Dacă sunt neajutorată și nu mă pot controla, atunci și eu, și ceilalți vom avea de suferit”. Această cogniție este evaluată negativ: „Trebuie să dețin întotdeauna controlul, altfel este groaznic și insuportabil”.

D. Aspecte pozitive și puncte tari ale clientului

Dana este o persoană inteligentă, sănătoasă fizic. Îubește medicina și este foarte disciplinată. Își dorește tot ce este mai bun pentru ea și familia ei, nici un efort nefiind prea mare pentru a obține acest lucru. A trăit cu anxietate generalizată timp

de aproape șapte ani. Mecanismele *coping* utilizate în toți acești ani au fost: evitarea problemelor, evitarea eforului fizic și studiul intens.

E. Ipoteza de lucru

Dana a dezvoltat anxietate generalizată deoarece credințele ei centrale (factori predispozanți) au făcut-o să interpreteze o gamă largă de situații (factori declanșatori) ca fiind amenințătoare. Probabil că separarea de părinții supraprotectivi și integrarea într-un mediu complet nou (factori favorizanți, cum ar fi alt oraș, alți colegi, cerințe mai ridicate decât în liceu) au precipitat anxietatea generalizată și depresia subclinică, activând aceste credințe centrale. Mai mult, lipsa de asertivitate și abilități sociale (caracteristici ale personalității dependente) s-ar putea să fi amplificat și să fi contribuit la simptomatologia anxioasă și depresivă. Ulterior, în urma asocierii acestui fond de anxietate generalizată (factor predispozant) cu (1) presiunile evenimentelor de viață de după căsătorie și (2) frustrarea generată de așteptările legate de susținerea din partea soțului (factori declanșatori), s-au dezvoltat atacurile de panică. Acestea au fost stimulate de interpretările catastrofice, care duc frecvent la instalarea panicii în legătură cu panica.

4.6.3. Tratament/Planul de intervenție. O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. Lista de probleme

(1) atacurile de panică ale Danei; (2) sentimentul de îngrijorare în legătură cu orice lucru (anxietate generalizată și depresie subclinică); (3) relația cu soțul legată de suportul din partea acestuia; (4) stimă de sine și asertivitate scăzute și abilități sociale deficitare.

B. Scopuri terapeutice

(1) reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii în legătură cu panica); (2) reducerea gândirii distorsionate negative cu impact asupra anxietății generalizate și depresiei subclinice; (3) stimularea asertivității și dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor în vederea îmbunătățirii relației cu soțul și a capacității de soluționare a problemelor practice; (4) îmbunătățirea abilităților sociale, cu impact asupra trăsăturilor de personalitate dependentă.

C. Planificarea terapiei

Planul de tratament a vizat, în prima fază, reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii legate de panică) și, apoi, diminuarea anxietății generalizate și

a depresiei subclinice. Ne-am propus, de asemenea, să lucrăm asupra asertivității, stimei de sine și a abilităților sociale (cu impact asupra unora dintre trăsăturile de personalitate dependentă). În ultima parte a terapiei, au fost abordate unele probleme practice și a fost introdus un program de prevenție a recăderilor.

Pentru atacurile de panică, am folosit un pachet de tratament ce conține: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995), pentru reducerea interpretărilor catastrofice (gândurilor automate) și (2) hiperventilație/tehnici de control al respirației (Ost, 1987), pentru a explica (în parte) și controla simptomele de panică. De asemenea, la începutul intervenției a fost utilizată o tehnică de distragere a atenției, atât în scop didactic (cogniție *versus* emoție), cât și terapeutic (managementul rapid al simptomelor). Ulterior, pachetul de intervenție pentru panică a fost adaptat pentru anxietate generalizată și depresie subclinică, constând în: (1) tehnici de restructurare cognitivă (Beck, 1976; Clark, 1995), pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale și (2) tehnici de relaxare (Ost, 1987), pentru reducerea activării fiziologice cronice. Ne-am concentrat, de asemenea, și pe modificarea (la diferite nivele de abstractizare) a cognițiilor evaluative asociate credințelor centrale. Pentru a crește asertivitatea și a îmbunătăți abilitățile sociale, am folosit antrenamentul asertiv. *Training-ul* pentru dezvoltarea abilităților sociale și de rezolvare a problemelor a fost folosit cu scopul de a ajuta pacienta să devină mai încrezătoare în sine și mai puțin dependentă.

Pachetul de tehnici a fost implementat după cum urmează:

(1) Pentru panică, pacienta a fost învățată o tehnică de distragere a atenției (de exemplu, să descrie în detaliu toate obiectele din cameră). Această tehnică a avut ca scop: (a) combaterea convingerii Danei că nu are control asupra anxietății sale; (b) să îi ofere o modalitate de management a simptomelor, utilă pentru situațiile în care atacarea gândurilor automate ar fi dificilă; (c) să constituie o demonstrație de impact a modelului cognitiv al anxietății, față de care Dana a fost destul de reticentă la început. Apoi i s-a prezentat tehnica hiperventilației. Aceasta a fost utilă în modificarea interpretărilor catastrofice a senzațiilor corporale experiențiate în timpul atacurilor de panică. Tehnica de control a respirației a fost de asemenea folosită, deoarece reduce hiperventilația.

(2) Pentru modificarea gândurilor automate, a interpretărilor catastrofice și, mai târziu, a credințelor centrale, pacienta a fost învățată tehnici de restructurare cognitivă și tehnici comportamentale. De asemenea, ne-am focalizat și pe modificarea cognițiilor evaluative, prin intervenție la diferite nivele de abstractizare. Aceste tehnici au ajutat-o pe Dana să își înțeleagă gândurile și asumptiile dezadaptative și să își reducă semnificativ simptomele de anxietate și de panică, depresia subclinică și unele trăsături specifice personalității dependente.

(3) Dana a învățat o tehnică de relaxare și o tehnică de control a respirației. Tehnica de relaxare a avut cel mai mare efect asupra anxietății generalizate prin reducerea *arousal-ului* cronic.

(4) Antrenamentul asertiv și *training-u* pentru îmbunătățirea abilităților sociale și a abilităților de rezolvare a problemelor au fost introduse pentru a îmbunătăți relațiile interpersonale ale Danei (în special cu soțul ei) și capacitatea sa de rezolvare a problemelor. Aceste intervenții au avut, de asemenea, obiectivul de a o ajuta să fie mai puțin dependentă.

(5) La sfârșitul tratamentului, a fost introdus un program de prevenire a recăderilor.

D. Obstacole în terapie

Întrucât Dana era medic și deci pregătită în modelul bio-medical, a fost greu de convins de legătura dintre cogniții și emoții printr-o abordare convențională. În consecință, s-a evitat impunerea logicii tratamentului (de exemplu, relația dintre cogniții și atacul de panică). În schimb, s-a optat pentru utilizarea unui număr mai mare de metode decât în mod obișnuit, pentru ilustrarea acestei relații: (1) biblioterapia - cărți de medicină psihosomatică și lucrări despre emoții și cogniții; (2) exemple incluzând literatura privind experimentele lui Schachter și Singer, 1962 (asupra emoțiilor și cognițiilor). La sfârșitul acestui program educațional, pacienta a fost foarte surprinsă de impactul cognițiilor asupra emoțiilor și a fost interesată să introducă aceste idei nu doar în demersul nostru terapeutic, ci și în practica sa de gastroenterolog.

4.6.4. Rezultate, concluzii și urmărirea evoluției pacientului

Tratamentul Danei s-a extins pe parcursul a optsprezece ședințe. La șase luni după încheierea terapiei, nu s-au mai înregistrat atacuri de panică sau simptome de depresie subclinică. Totuși, au persistat unele simptome de anxietate generalizată, însă acestea nu au mai îndeplinit criteriile DSM IV pentru tulburarea de anxietate generalizată. Asertivitatea Danei și abilitățile sale sociale s-au îmbunătățit semnificativ, fapt care a avut un impact pozitiv asupra relațiilor sale (inclusiv cu soțul și părinții) și a reducerii trăsăturilor specifice personalității dependente. Toate aceste rezultate au fost operaționalizate într-un design experimental cu un singur subiect: cu nivele de bază multiple în cazul simptomelor.