

Seria *Collegium. Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Daniel David este conferențiar universitar doctor la Catedra de Psihologie a Universității „Babeș-Bolyai” din Cluj-Napoca, președintele Colegiului Psihologilor din România, filiala Cluj, și psiholog principal în psihologie clinică și psihoterapie. A obținut licența în psihologie (1996) la Universitatea „Babeș-Bolyai” și doctoratul în psihologie (1999) la aceeași universitate. A făcut studii postuniversitare (1999-2002) în psihologie clinică și psihopatologie (incluzând hipnoză și hipnoterapie) la Mount Sinai School of Medicine, New York, SUA, și a parcurs un program de formare (1998-2002) în psihoterapii cognitive și comportamentale la Albert Ellis Institute, SUA, și Academy of Cognitive Therapy, SUA. Complementar, a făcut un stagiu de pregătire în terapii dinamic-psihoanalitice și umanist-existențiale la Tennessee University-Psychological Clinic, SUA (1998-1999). Este director al Centrului Român de Psihoterapie Cognitivă și Rațional-Emotivă și Comportamentală, președinte al Asociației Române de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale și al International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health (<http://www.psychotherapy.ro>), organizații prin care a introdus, pentru prima dată în România, după standardele internaționale, psihoterapiile validate științific (de exemplu, psihoterapii cognitive și comportamentale). Daniel David este editor al revistei *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, indexată *PsyInfo*, *EBSCO*, *ProQuest* și *International Bibliography of Social Sciences*. Autorul este membru în asociații profesionale internaționale de profil, are numeroase premii și granturi internaționale (a implementat în țară primele studii clinice controlate și primul program postdoctoral în domeniu), desfășoară activități didactice, de cercetare și practică clinică și psihoterapeutică în țară și în străinătate (de exemplu, la Mount Sinai School of Medicine, SUA). Până în prezent, a publicat patru cărți și peste patruzeci de articole, majoritatea în reviste de prestigiu din străinătate.

© 2006 by Editura Polirom

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4, P.O. BOX 266, 700506

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37, P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

DAVID, DANIEL

Psihologie clinică și psihoterapie: fundamente / Daniel David. - Iași:

Polirom, 2006

ISBN (10)973-681-917-5

ISBN (13) 978-973-681-917-9

159.9

615.851

Printed in ROMANIA

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 |

| | |
|---|------------|
| 5.3. Paradigma cognitiv-comportamentală în studiul hipnozei..... | 134 |
| 5.4. Angajamentul cognivist în studiul hipnozei. Programul de cercetare al Seminarului de Studii Avansate asupra Hipnozei și Sugestiei..... | 138 |
| 5.5. Hipnoterapia..... | 150 |
| Capitolul 6. Fundamente ale cercetării clinice..... | 155 |
| 6.1. Despre știință..... | 157 |
| 6.2. Cercetare <i>versus</i> cercetare științifică..... | 167 |
| 6.3. Experimentul cu un singur subiect..... | 174 |
| Capitolul 7. Educate și formare în domeniul psihologiei clinice..... | 189 |
| 7.1. Aspecte generale..... | 191 |
| 7.2. Limite ale educației și formării profesionale în domeniul psihologiei clinice..... | 193 |
| 7.3. Noi evoluții și tendințe..... | 200 |
| Concluzii și discuții..... | 202 |
| <i>Bibliografie.....</i> | <i>203</i> |
| ANEXE..... | 211 |
| ANEXA 1. Lista tratamentelor psihoterapeutice validate științific și instrucțiuni de utilizare a lor (Asociația Psihologilor Americani/American Psychological Association)..... | 213 |
| ANEXA 2. Componente validate științific din relația psihoterapeutică (Asociația Psihologilor Americani/American Psychological Association)..... | 236 |
| ANEXA 3. Setul de instrumente psihologice pentru expertizarea și evaluarea copiilor/elevilor în vederea orientării școlare aprobate prin Hotărârea Guvernului României nr. 218 din 7 martie 2002..... | 238 |
| ANEXA 4. Colegiul Psihologilor din România, Comisia de psihologie clinică și psihoterapie, Proceduri de atestare, acreditare și certificare..... | 241 |
| ANEXA 5. Colegiul Psihologilor din România, Codul Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică..... | 261 |
| ANEXA 6. Proceduri și instrumente utilizate în sugestie, hipnoză și hipnoterapie..... | 287 |
| ANEXA 7. Regulament de Organizare a Programelor Formative ale Asociației de Psihoterapie Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)..... | 303 |

Introducere

Motto: „... Uneori nu ajunge să facem lucrurile diferit, ci trebuie să facem lucruri diferite...”

Puține domenii ale științei au generat atâta valoare și impostură ca domeniul clinic. Este interesant cum astăzi, în secolul internetului și al teoriei relativității, sănătatea și boala sunt încă abordate de un grup pestriț de profesioniști (de exemplu, medici, psihologi), paraprofesiști (vraci, vindecători) și impostori (cum ar fi astrologii, vrăjitorii). Chiar și în cadrul abordărilor profesionale există o mixtură dalileană de abordări științifice și pseudoștiințifice (abordări nevalidate, invalidate sau depășite de vremuri). Lucrările introductive în domeniu ilustrează foarte clar această stare de fapt. Vom găsi așadar prezentate laolaltă, în aceste lucrări, aspecte științifice și teorii de notorietate depășite de vremuri. Deși descriu bine starea domeniului, astfel de lucrări frânează dezvoltarea acestuia, deoarece pun pe picior de egalitate lucrurile validate cu lucrurile nevalidate sau depășite. Această lucrare își propune să fie altfel! Volumul de față, spre deosebire de majoritatea lucrărilor în domeniu, este tributar paradigmei practicii validate științific (*evidence-based practice*). Așadar, din domeniul vast al activităților psihologice clinice, vom prezenta doar acele demersuri care sunt validate științific și care, dacă sunt promovate, pot duce la dezvoltarea domeniului. Restul ține de istorie sau de pseudoștiință, iar această lucrare nu este una de istorie a psihologiei clinice și a psihoterapiei și nici o enciclopedie care arhivează toate ideile care au apărut în domeniu.

Nu înțeleg de ce, în lucrări de psihologie clinică, autorii se simt adesea datori să prezinte tot ceea ce există, în loc să exprime doar ceea ce este validat și să renunțe la ceea ce e depășit. În alte discipline mature apropiate, acest lucru nu se întâmplă. În lucrările de medicină, spre exemplu, se prezintă doar ceea ce este în fluxul principal de informație; nu vom vedea în astfel de lucrări descrieri ale tehnicilor de bioenergie, vindecări cu ierburi etc., deși toate acestea există și au existat în domeniul sănătății și bolii (și în prezent, adesea apar cărți specifice dedicate acestor tehnici). Probabil că, nesimțindu-se suficient de matură (este încă o disciplină tânără, în comparație cu medicina), psihologia clinică nu are curajul să fie tranșantă și să spună ferm: „asta merge”, „asta nu merge” și „asta este istorie”. Este important să conștientizăm însă că numai o astfel de abordare

tranzantă poate asigura dezvoltarea, deoarece ea ne permite să investim resursele existente în lucrurile care contează și să nu risipim aceste resurse, timpul nostru și al studenților noștri în abordări depășite de vremuri; este un semn de respect față de profesioniști, față de domeniu și față de studenți. Până nu demult, din cauza accesului dificil la informație, furnizorii de servicii de psihologie clinică din țară puteau face aproape absolut orice. Unii utilizează și astăzi teste psihologice nevalide, din secolul al XIX-lea. Alții utilizează metode de psihoterapie care amintesc de ritualuri barbare (cum ar fi proiecția în foc) sau de practicile unei babe cu o bogată experiență de viață. Modelul „guru” este dominant, și mulți studenți, privați informațional din cauza stilului propriu (pentru unii, cursul este încă mai important decât sursa bibliografică) sau a unui blocaj informațional obiectiv, au fost racolați în „culte psihoterapeutice”. Examinați, vă rog, lista școlilor de psihoterapie recunoscute de European Association for Psychotherapy și verificați apoi câte dintre ele apar în tratatele științifice de psihologie sau medicină. Veți fi surprinși să observați că sunt puține! Restul sunt „culte” organizate nu pe baza datelor științifice, ci pe ceea ce spune „guru” (fondatorul școlii). Odată cu accesul la informație, lucrurile se schimbă. Beneficiarii serviciilor de psihologie clinică sunt mai informați și nu mai acceptă orice. Mi-am încurajat mereu pacienții și studenții să-și dezvolte simțul rațional critic, iar atunci când li se oferă un serviciu, înainte de a-l cumpăra, să întrebe ce dovezi sunt că acesta funcționează. Faptul că există și se practică de sute de ani, că sunt instituite în Europa sau SUA care îl promovează, faptul că este bine organizat etc. nu este un argument sau o garanție că funcționează. Și astrologia sau vrăjitoria se practică de mii de ani, există institute de astrologie (vrăjitorie) și se oferă servicii și formare în domeniul bine organizate! în domeniul clinic, dacă ceva există în fluxul principal de informație științifică, merită cumpărat; dacă nu există, atunci nu merită cumpărat, căci fie este neștiințific, fie nu și-a dovedit încă valoarea științifică. Așadar, este timpul pentru o schimbare: să trecem, în abordarea domeniului psihologiei clinice, de la modelul „guru” la modelul științific. Schimbarea pentru care militez este similară cu cea în care spunem că nu mai punem pe picior de egalitate tratamentul cu ierburi medicinale și farmacoterapia, altoirile de plante și încrucișările de animale cu ingineria genetică, astrologia cu astronomia.

Volumul de față, intitulat *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*, prezintă fundamentele psihologiei clinice și ale psihoterapiei. El se focalizează asupra demersurilor validate științific, prezentând doar succint (și unde este obligatoriu pentru înțelegerea domeniului) abordările nevalidate, indiferent de notorietatea lor. Prin acest demers, dorim să promovăm fundamentele care constituie o grilă de lectură riguroasă a domeniului clinic. Ideile cuprinse în acest volum sunt atât o sinteză a literaturii de specialitate, cât și o reevaluare a unor publicații proprii naționale și internaționale anterioare. Integrarea lor în acest volum oferă o perspectivă comprehensivă și coerentă asupra domeniului clinic. Preferăm așadar, în locul unei „fugi pe orizontală”, în care am aborda totul într-un mod superficial, o „plimbare pe verticală”, în care să prezentăm doar ceea ce se înscrie în abordările

științifice actuale. Nivelul de analiză va fi unul mediu, după modelul tratatelor de referință (*handbook-urilor*) în domeniu, fără prezentări foarte generale, dar nici foarte detaliate. Detaliile pot fi regăsite în cărți de specialitate dedicate aspectelor specifice (de exemplu, diagnostic și evaluare clinică, psihoterapie cognitiv-comportamentală, cercetare clinică etc.), nici un volum în domeniu neputând aborda foarte detaliat domeniul psihologiei clinice, din cauza complexității sale. Acest nivel de analiză va fi accesibil și util studenților și profesioniștilor, pentru detalii putându-se consulta lucrările indicate în bibliografie. Sub aspect expozițional, acest volum va introduce pentru prima dată în limba română anumite constructe ale psihologiei clinice; în aceste cazuri, pe lângă termenii propuși de mine în limba română, voi prezenta și varianta lor în limba engleză; pentru a lăsa cititorul să evalueze dacă termenul ales este cel mai indicat și pentru a-l ajuta să ajungă mai ușor la sensul și semnificația constructelor prezentate. Mai mult, unii termeni nu sunt traduși în limba română, deoarece ei sunt termeni preluați *pass-partout* (*sic!*) și sunt utilizați ca atare în activitatea profesioniștilor din domeniu; o traducere a lor fără un acord mai general al grupului de experți ar putea crea confuzii și ar putea afecta coerența discursului teoretico-metodologic existent în domeniu. De asemenea, voi utiliza pe parcursul lucrării, ca interșanjabili, termenii de pacient, client, subiect, deși termenul de pacient va apărea mai des în contextul discuțiilor despre diagnostic clinic și psihoterapie, termenul de client în contextul discuțiilor despre consiliere psihologică și servicii, iar cel de subiect, în contextul discuțiilor despre cercetare. Sper că acest volum va oferi cititorilor fundamentele care să le permită abordarea și înțelegerea domeniului clinic din perspectivă științifică. Dacă, după parcurgerea acestui volum, cititorul nu va simți revoltă cu privire la multe demersuri deja studiate de el în domeniul clinic, înseamnă că această lucrare a fost o reușită. Dacă voi percepe revoltă și poziții critice, dacă studenții și profesioniștii vor întreba: „unde sunt dovezile pentru ceea ce ni se prezintă?”, față de multe demersuri din domeniul clinic, atunci lucrarea este o reușită.

Autorul

Notă: Mulțumesc Editurilor Tritonic (București, Cluj-Napoca) și A.S.C.R. (Cluj-Napoca), care mi-au permis să utilizez fragmente din lucrările publicate de-a lungul timpului la aceste două edituri. Lucrarea de față nu ar fi putut apărea în această formă fără ajutorul științific și administrativ al Aurei Szentagotai (asistent universitar doctorand la Universitatea Babeș-Bolyai) și al Biancăi Macavei (psiholog principal în psihoterapie cognitiv-comportamentală la Universitatea Babeș-Bolyai), cărora le mulțumesc. Mulțumesc, de asemenea, celor apropiați, carem-au înțeles și acceptat necondiționat (*sic!*) în perioada (stresantă) de elaborare a acestei lucrări. În domeniul scrisului, nimic nu este mai greu decât elaborarea unei lucrări cu caracter de tratat/manual într-un domeniu. Ești mereu forțat să pendulezi și să negociezi între detalii și principii, ținând calea de mijloc. Un balans în oricare parte duce fie la lucrări cu caracter prea general, fără substanță științifică, fie la un text prea detaliat, fără relevanță practică. Având angajamentul *scientist-practitioner*, acest lucru era de neacceptat pentru mine, așa că efortul de a ține calea de mijloc a fost considerabil; sper că a meritat și sper ca această lucrare să fie o reușită.

Capitolul 1

**Psihologia clinică. Scurt istoric
și delimitări conceptuale**

1.1. Delimitări conceptuale

Psihologia clinică este știința care studiază mecanismele psihologice implicate în starea de sănătate și boală. Așadar, ea, are două componente fundamentale. Prima componentă se referă la investigarea mecanismelor psihologice implicate în (a) promovarea și optimizarea sănătății și (b) prevenirea patologiei. A doua componentă se referă la investigarea mecanismelor psihologice implicate în patologie. Atunci când în abordarea clinică domină prima componentă, psihologia clinică se mai numește și psihologia sănătății. De asemenea, atunci când în cadrul celei de-a doua componente vorbim despre patologie somatică, psihologia clinică se mai numește și psihologia sănătății clinice (*clinical health psychology*) sau, într-o formulare mai veche și mai puțin utilizată astăzi în domeniul clinic, psihosomatică (în SUA, acest domeniu este denumit și medicină comportamentală). Când vorbim despre patologie psihică, psihologia clinică se mai numește și psihopatologie sau, mai puțin utilizat astăzi, psihologie medicală (deși, uneori, termenul de psihologie medicală include și aspectele de psihologia sănătății clinice). Aceste dezvoltări ale psihologiei clinice în funcție de obiectul studiat sunt astăzi demersuri specifice și independente. Așadar, în sens larg, psihologia clinică se referă la investigarea mecanismelor psihologice implicate în sănătate și boală, iar în sens restrâns, la mecanismele psihologice implicate în sănătatea și patologia mentală (psihică) - așa cum apare ea, spre exemplu, în Manualul de Clasificare a Tulburărilor Mentale și de Comportament : DSM. Indiferent de sens, se observă că termenul „clinic” nu se referă la clinică, spital, medical etc., ci la o abordare individualizată a subiectului uman, cu referire la starea lui de sănătate și boală. Prin urmare, psihologia clinică nu este clinică pentru că se practică în clinică; ea poate fi practică oriunde, subiectul uman fiind abordat individualizat, cu referire la starea lui de sănătate și boală. În raport cu medicina, care vizează aspectul curativ și profilactic al bolilor, psihologia clinică își aduce aportul la reliefa factorilor psihologici implicați în aceste aspecte. Așadar, medicina are o extensie mai largă decât psihologia clinică, aceasta din urmă referindu-se mai ales la factorii psihologici implicați în aspectul curativ și profilactic al bolilor, fără a se condiționa obligatoriu de analiza mecanismelor biomedicale (deși psihologia clinică este orientată spre abordări interdisciplinare bio-psiho-sociale). În raport cu psihologia, psihologia clinică este o ramură a acesteia, fiind fundamentată de dezvoltările teoretico-experimentale care aparțin

psihologiei. Trebuie însă menționat faptul că psihologia clinică nu este un receptor pasiv care aplică descoperirile din cercetarea fundamentală din psihologie. Psihologia clinică are propria cercetare fundamentală și aplicată, impulsionând prin ea dezvoltarea unor metode cu caracter general, care au fost asimilate în psihologie dincolo de domeniul clinic. Spre exemplu, constructul de „cogniții iraționale” a pătruns nu doar în tratatele de psihologie generală, dar și în lucrările de psihologie educațională (de exemplu, educația rațional-emoțională și comportamentală), psihologia muncii (de exemplu, eficiență rațională), psihologie pastorală (consiliere pastorală) etc.

Psihologul clinician îndeplinește mai multe funcții (vezi și Anexa 4, pentru detalii): (1) (psiho)diagnostic psihologic și evaluare clinică - vizează *identificarea* factorilor psihologici implicați în sănătate și boală; (2) intervenție/asistență psihologică generală și de specialitate - cea de specialitate, dobândită după programe avansate de formare profesională, fiind exprimată în consiliere psihologică și psihoterapie; vizează *controlul*, la diverse nivele de expertiză (generală *versus* specifică), al factorilor psihologici implicați în sănătate și boală; (3) cercetare - vizează *investigarea* rolului factorilor psihologici în sănătate și boală; (4) educație și formare - vizează *implicarea* celor deja formați în acest domeniu, atât în pregătirea noilor generații de profesioniști pentru a deveni psihologi clinicieni (de exemplu, psihologi specialiști în psihologia clinică), consilieri psihologici (de exemplu, psihologi specialiști în consiliere psihologică) și psihoterapeuți (de exemplu, psihologi specialiști în psihologie clinică) - formare inițială -, cât și în dezvoltarea lor profesională - formare continuă. Ca o particularitate importantă, psihologul clinician este adesea implicat în *activități judiciare*, care presupun aspecte legate de starea de sănătate și boală. Ele se referă la domeniul psihologiei și psihiatriei judiciare, și anume: protecția bolnavului mintal care a comis un act civil, măsurile de apărare socială împotriva bolnavului mintal care a comis sau prezintă riscul comiterii unui act antisocial, refuzul tratamentului de către bolnavul mintal etc. Spre exemplu, una dintre cele mai importante activități psihologice care trebuie realizate în domeniul judiciar constă în stabilirea discernământului. Discernământul este un concept psihologic și psihiatric cu rol în stabilirea responsabilității (concept de drept civil și penal) unei anumite fapte contravenționale sau penale. O altă activitate judiciară a psihologului clinician este aceea de expert angajat de instanțele de judecată atunci când cazul aflat pe rol necesită clarificări psihologice (cum ar fi aspectele legate de memoria martorilor). În principiu, indiferent de domeniul abordat (economic, educațional, judiciar, sănătate, sport etc.), dacă se vizează starea de sănătate și boală sub aspect psihologic, atunci domeniul este de competența psihologului clinician.

1.2. Scurt istoric

Apariția formală a psihologiei clinice a avut loc spre sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX (Lightner Witmer a propus termenul de *clinical psychology* în 1908) și a fost legată de evaluarea intelectuală și de asistența psihologică a subiecților suferinzi de handicap mental. Ulterior, ca urmare a rafinărilor conceptuale și a dezvoltărilor teoretico-metodologice, psihologia clinică și-a extins domeniul de aplicare, intervenind astăzi, după cum aminteam mai sus, în aspectul curativ al tuturor bolilor în care sunt implicați factori psihologici și în optimizarea subiecților umani sănătoși. Desigur, prerechizitele constituirii formale ale psihologiei clinice au apărut cu mult timp în urmă. Astfel, în perioada preistorică și în Antichitate identificăm două curente care încearcă să explice sănătatea și boala. Primul curent este unul de sorginte magică, în care bolile erau concepute ca fiind expresia faptului că bolnavul era posedat de un spirit. Dacă spiritul era rău (cel mai adesea în cazul în care bolnavul psihic avea comportamente antisociale sau auto-punitive), tratamentul consta în eliminarea acestui spirit prin ritualuri religioase (de exemplu, exorcizarea) sau prin anumite mijloace fizice cu fundament religios (trepanații). Dacă spiritul era bun (comportamentul bolnavului psihic nu era periculos sub aspect social sau pentru propria persoană), boala era considerată sacră, iar bolnavul era investit cu atribute religioase (spre exemplu, era considerat profet). Al doilea curent concepea boala ca fiind determinată de cauze naturale. Spre exemplu, Hippocrate definea epilepsia nu ca pe o boală sacră, ci ca pe o boală determinată de tulburări ale creierului. În perioada Evului Mediu, ideea antică potrivit căreia boala ar fi determinată de posesiunea de către un spirit rău a devenit dominantă. Bolnavii psihici (mai ales cei agresivi) erau declarați vrăjitori, posedați de diavol etc., iar tratamentele constau adesea în izolarea acestora în locuri improprii (legați în lanțuri), exorcism și, uneori, chiar execuție, dacă aceasta era în interesul Bisericii; menționăm însă că această perspectivă trebuie văzută nuanțat, cu un vârf al agresivității în perioada de impact maxim al Inchiziției. În epoca modernă, ca urmare a slăbirii rolului Bisericii în societate, modelul antic, conform căruia boala psihică este un fenomen natural, începe să devină dominant. Apar acum diverse orientări care încearcă să explice cum apare boala psihică, făcându-se apel la factori sociali și de mediu (Pinel), factori organici (Griesinger, Kraepelin) sau psihologici (Charcot, Freud, Janet, Mesmer). Perioada contemporană (secolul XXI) este cadrul în care psihologia clinică a devenit o știință de sine stătătoare, cu impact major la nivel social.

1.3. Particularități ale psihologiei clinice'

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

(1) Astfel, diferențele culturale sunt serios luate în considerație în psihologia clinică, în măsura în care sănătatea și boala sunt influențate de factorii culturali. Impactul acestor factori culturali este explicit menționat și în Manualul de Clasificare a Tulburărilor Mentale și de Comportament (DSM). Această caracteristică a psihologiei clinice este accentuată în raport cu alte ramuri ale psihologiei (de exemplu, neuroștiințele cognitive), care investighează mecanisme bazale ale psihicului uman mai puțin influențate cultural.

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

Astfel, practica psihologiei clinice are în cazul sugarului, copilului și adolescentului, spre exemplu, o serie de particularități:

(a) Consultația este rareori cerută de către copil. De cele mai multe ori, părintele sau persoana adultă solicită examinarea copilului, astfel că rolul acestora este fundamental.

(b) Atunci când decidem ceea ce este patologic și ceea ce este normal, trebuie să ținem cont de stadiul de dezvoltare al copilului. Astfel, urinatul în pat este normal la un copil de câteva luni, dar nu este normal la unul de paisprezece ani.

(c) în terapia copiilor sunt implicate mai mult metodele nonverbale (copiii se exprimă mai greu în cuvinte) și indirecte (de exemplu, adultul este angrenat în tratamentul copilului).

Pe de altă parte, psihologia clinică a adultului trebuie să țină seama de următoarele aspecte:

(a) Dezvoltarea intelectuală (cum ar fi stadiul operațiilor formale) este relativ încheiată, astfel că nu ne putem aștepta la modificări marcante în arhitectura cognitivă.

(b) Dezvoltarea personalității este, la rândul ei, relativ încheiată, astfel că schimbările majore în personalitatea subiectului nu pot fi atribuite unor mecanisme de dezvoltare ontogenetică normală.

Particularitățile psihologiei clinice în cazul vârstei înaintate reprezintă un obiect de investigație relativ recent. Acest lucru se datorează faptului că asistăm la o creștere a speranței de viață, ceea ce duce implicit la o sporire a numărului populației vârstnice. Deși psihologia clinică a vârstnicului nu se deosebește, ca fundamente, de cea a adultului, există câteva elemente diferențiatorii. Primul se referă la prevalența unor tulburări psihice. Astfel, ne așteptăm ca prevalența demențelor și a depresilor severe să crească la vârsta înaintată. Al doilea aspect se referă la nevoile speciale acestei vârste (servicii domiciliare etc.). Al treilea aspect se referă la particularitățile diagnosticului psihologic, care este uneori obstrucționat de confuzia pacienților, lipsa motivației, handicapuri senzoriale etc. O tendință recentă este aceea de a particulariza abordările psihologiei clinice nu doar în funcție de vârstă, ci și în funcție de diferențele de gen (*gender studies*).

(3) Aspectele de etică și deontologie sunt factori majori care definesc domeniul psihologiei clinice, poate mai strict ca în cazul altor ramuri ale psihologiei (vezi Codul Deontologic al American Psychological Association pe <http://www.apa.org> și Codul Dentologic al Colegiului Psihologilor din România din Anexa 5), ținând cont de faptul că actorii principali sunt bolnavii, iar conceptele de bază sunt cele de sănătate și boală, concepte cu implicații fundamentale pentru specia umană. Mai mult, trebuie spus că, sub aspectul validării științifice în paradigma practicii validate științific (*evidence-based practice* - EBP), psihologia clinică este avansată comparativ cu celelalte ramuri ale psihologiei aplicate (David, 2003). Fiind mereu apropiată de medicină și preluând modelul acesteia, psihologia clinică a fost nevoită să implementeze proceduri eficiente, care să amelioreze suferința pacienților (vezi Anexa 1); așadar, constrânsă de standardele sistemului medical, psihologia clinică nu a fost lăsată să implementeze orice, ci a fost forțată să implementeze proceduri dacă nu riguroase, măcar sigure! Pe scurt, odată cu apariția mișcării pentru o medicină validată științific (*evidence-based medicine* - EBM), psihologia clinică a fost prima ramură aplicată a psihologiei care a beneficiat de noua schimbare de paradigmă în modificarea modului în care este gândită cercetarea și practica în domeniu, schimbare exprimată de constructul de validare științifică (*evidence-based*) și abordare critică a sistemului (*critical psychology*).

(4) O eroare frecventă este asocierea psihologiei clinice și a psihoterapiei cu patologia, ignorându-se aspectul de prevenție a tulburărilor psihice și de promovare a sănătății. Așa cum am menționat anterior, cele două aspecte în care sunt implicați factorii psihologici, curativ și de optimizare/profilaxie, definesc direcțiile majore de dezvoltare ale psihologiei clinice (Kaplan și Sadock, 1998). Profilaxia (prevenția) poate fi primară, secundară sau terțiară (Kaplan și Sadock, 1998). *Prevenția primară* se referă la intervenția care previne instalarea bolii. Ea se adresează

populației sănătoase, dar cu vulnerabilitate la boală, și se realizează adesea prin intervenții la nivel de grup (selecționat, comunitar etc.). *Prevenția secundară* se referă la intervenția care are loc imediat după apariția bolii și care are ca scop prevenirea complicațiilor și evoluției acesteia (de exemplu, reducerea riscului de suicid în tulburarea depresivă majoră). *Prevenția terțiară* se face în cazul bolilor cronice și urmărește reducerea problemelor induse de complicațiile bolii (cum ar fi creșterea calității vieții persoanelor depresive cu tentative de suicid).

r

Capitolul 2

Sănătate și boală

2.1. Modele de sanogeneză și patogeneză

Starea de sănătate este definită în Constituția WHO/OMS (World Health Organization/ Organizația Mondială a Sănătății, <http://www.who.int>) ca o stare de bine fizic, psihic și social. Boala, pe de altă parte, este definită ca o serie de modificări biologice și/sau psiho-comportamentale care generează o stare de distres și sau/ dizabiliate sau un risc crescut spre distres și/sau dizabilitate (American Psychiatric Association - APsA - 1994; U.S. Department of Health and Human Services - USDHHS - 1999). Două constructe strâns asociate celui de boală și care permit analize matematice sunt cele de incidență și prevalență. *Incidența* se referă la numărul de cazuri noi dintr-o boală anume, care apar într-o unitate de timp specificată ; unitatea de timp tipică este un an de zile. *Prevalența* se referă la numărul de cazuri dintr-o boală anume existente la un moment dat; prin „moment dat” înțelegem fie o evaluare punctuală (de exemplu, 23 noiembrie 2006), fie un interval, să zicem între 23 noiembrie 2005 și 23 noiembrie 2006. (Pentru detalii privind aceste constructe și modalitatea lor de calcul, vezi Kaplan și Sadock, 1998.)

Boala, așa cum este ea definită mai sus, are mai multe componente, pe care le discutăm succint în continuare:

(1) *Manifestări* (pentru detalii, vezi Boloșiu, 1990). Fiecare boală presupune anumite modalități de manifestare, un anumit tablou clinic (în anumite situații, boala poate să nu aibă un tabloul clinic identificabil sau ușor identificabil). Tabloul clinic - numit și simptomatologia pacientului - conține semne și simptome. Semiologia (din gr. *semion* - semn, marcă după care ceva poate fi cunoscut - *logos* - discurs, știință) este știința care se ocupă cu studiul acestora. *Semnele* (din lat. *signum* - semn, marcă) sunt forme de manifestare a bolii care pot fi identificate de clinician sau de altă persoană (inclusiv de către pacient pe baza simțurilor proprii), independent de ceea ce declară pacientul (de exemplu, modificări ale culorii pielii, modificări în comportament). *Simptomele* (din gr. *symptoma* - ceea ce se produce, apare, derivat de la *syn* - împreună - și *piptein* - a cădea) sunt acele manifestări ale bolii care apar în primul rând în sfera de percepție a bolnavului și sunt simțite de acesta la nivel subiectiv. Ele pot fi cunoscute de clinician doar indirect, prin intermediul declarațiilor pacientului (de exemplu, starea de frică). Unele semne și simptome tind să apară împreună, constituind sindroame (din gr. *syn* - împreună - și *dromos* - cale, cursă). Spre exemplu, concepțiile negative legate

de propria persoană considerată în prezent și în viitor tind să apară împreună, constituind un sindrom depresiv (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979). Un sindrom poate să aibă o etiologie multiplă. Dacă mecanismele etiopatogenetice ale unui sindrom sunt cunoscute, atunci, în principiu, putem vorbi despre boală. (Pentru detalii privind relațiile existente între conceptul de sindrom și cel de boală, vezi Boloșiu, 1990.) Tratamentele care vizează direct reducerea acestor manifestări, fără a schimba cauzele și mecanismele care le-au generat, se numesc tratamente simptomatice.

(2) *Boala presupune anumiți agenți/factori etiologici (cauzali)* (pentru detalii vezi Price și Lynn, 1981). Două criterii sunt mai importante în clasificarea acestor agenți/factori etiologici. *După natura lor*, ei se clasifică în agenți exogeni și agenți endogeni. La rândul lor, agenții exogeni pot să fie fizici (mecanici, termici, electrice, prin energie radiantă etc.), chimici (acizi, baze, săruri), biologici (microbi, virusuri, paraziți, ciuperci, diferite macromolecule organice etc.) și psiho-sociali (de exemplu, stresul, un stil de viață nesănătos). Agenții endogeni (cum ar fi factorii genetici) pot fi considerați primari, producând diverse tipuri de anomalii ereditare; în ultimă instanță, ei sunt însă agenți exogeni, care au acționat fie asupra aparatului genetic al strămoșilor noștri, fie asupra aparatului nostru genetic, în cursul existenței noastre. *După funcția lor*, agenții etiologici se împart în: (a) factori declanșatori; (b) factori determinanți; (c) factori favorizanți; (d) factori predispozanți/de risc și (e) factori de menținere.

Factorii declanșatori se referă la acei factori care produc în mod direct simptomatologia; ei sunt factori necesari declanșării tabloului clinic, dar adesea nu sunt și suficienți. Unul dintre factorii declanșatori cei mai importanți în psihopatologie se referă la discrepanța cognitivă dintre motivația pacientului (scopuri, motive, dorințe, expectanțe etc.) și evenimentele propriu-zise care au loc. Cu cât această discrepanță este mai mare, cu atât problemele psihologice sunt mai severe. Studiile arată că discrepanța este cu atât mai severă, cu cât motivația noastră este mai imperativă, extrema fiind formularea scopurilor și dorințelor noastre în termeni absoluți de „trebuie cu necesitate...” (David, Moore și Domuța, 2002; Ellis, 1994). Trebuie să facem o diferență clară între factorii declanșatori și cei determinanți.

Factorii determinanți au aceleași caracteristici ca și cei declanșatori - produc în mod direct simptomatologia -, dar ei sunt legați specific de un anumit tablou clinic (cum ar fi bacilul Koch pentru tuberculoză), în timp ce factorii declanșatori nu sunt specific legați de un tablou clinic (de exemplu, stresorii ca factori declanșatori pot genera tulburări depresive sau anxioase). În psihopatologie, până acum au fost clar identificați puțini factori determinanți, mai ales de natură psihosocială.

Factorii favorizanți joacă în psihopatologie rolul pe care catalizatorii îl joacă în reacțiile chimice. O serie de reacții chimice se pot desfășura și fără catalizatori, dar prezența acestora eficientizează întregul proces. Similar, factorii favorizanți eficientizează acțiunea factorilor declanșatori și determinanți în apariția tabloului clinic.

Factorii predispozanți sunt acei factori care au un caracter general, aparțin pacientului, au fost prezenți înainte de instalarea tabloului clinic și care, prin interacțiune cu factorii declanșatori, determinanți și/sau favorizanți, duc la apariția tabloului clinic.

Factorii de menținere au rolul de a susține simptomatologia. Acest rol poate fi jucat de factorii declanșatori, determinanți, favorizanți sau predispozanți care au declanșat tabloul clinic, dar și de alți factori care au apărut după generarea tabloului clinic. Toți acești factori etiologici descriși aici interacționează pentru a genera un anumit tablou clinic, dar aceasta nu înseamnă că de fiecare dată când apare un anumit tablou clinic, trebuie să fie prezenți factori din fiecare categorie menționată (de exemplu, în anumite situații, factorii favorizanți pot să nu fie prezenți, iar în psihopatologie este adesea dificil să se identifice factorii determinanți). Tratamentele care vizează modificarea acestor factori și, prin aceasta, reducerea tabloului clinic se numesc tratamente etiologice, ele vizând cauza manifestărilor bolilor.

(3) *Reacții de răspuns al organismului la acțiunea agenților etiologici* (pentru detalii, vezi Price și Lynn, 1981; Selye, 1976). Aceste reacții pot să fie specifice sau nespecifice, fiecare din ele, la rândul lor, putând să fie locale sau cu caracter general. De asemenea, ele se pot manifesta la nivel biologic (de exemplu, modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (de exemplu, deficiențe la nivelul memoriei implicite). Cu privire la modul în care apar aceste reacții, ca răspuns al organismului la acțiunea unor factori etiologici, a apărut o întreagă știință - patogenia (din gr. *pathos* - suferință - și *gennan* - a genera). Aceste reacții sunt identificabile prin analize de laborator (vezi testele medicale și psihologice). Tratamentele care vizează modificarea acestor reacții și, prin aceasta, ameliorarea tabloului clinic al pacientului se numesc tratamente patogenetice. Tratamentele etiologice și cele patogenetice (etiopatogenetice) sunt un deziderat în tratamentul medical și psihologic, deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) și proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic. Tratamentele simptomatice nu sunt cauzale și, de aceea, rolul lor este de a exista până când este posibilă administrarea unor tratamente etiopatogenetice sau până când tabloul clinic se ameliorează, ca urmare a evoluției naturale a bolii.

În baza celor discutate mai sus, o clasificare cu rol euristic a bolilor este prezentată în Tabelul 2.1. (pentru detalii, vezi David, 2003). Această clasificare consideră simultan criteriul etiopatogenetic și cel semiologic, arătând clar rolul tratamentelor psihologice și al celor biomedicale în diverse categorii de tulburări.

Tabelul 2.1. O clasificare euristică a bolilor în funcție de tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice

| Semne și simptome Mecanisme etiopatogenetice | Predominant psihologice | Predominant somatice |
|---|--|---|
| Predominant psihologice | Tulburările psihice „clasice” [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)] | Tulburări psihosomatice (vezi, pentru detalii Kaplan și Sadock, 1998) Tulburări somatoforme [vezi DSM-IV pentru detalii (APsyA, 1994)] |
| Predominant somatice | Tulburări psihice, datorate unor condiții medicale sau consumului de substanțe [vezi, pentru detalii DSM-IV (APsyA, 1994)] | Tulburările somatice „clasice” [vezi ICD-10 pentru detalii (WHO/OMS, 1992)] |

Legendă : ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/Clasificarea Statistică Internațională a Maladiilor și a Problemelor în legătură cu Sănătatea*, ediția a X-a); APsyA (*American Psychiatric Association/Asociația Psihiatrilor Americani*); DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*, ediția a IV-a); WHO/OMS (*World Health Organization/Organizația Mondială a Sănătății*).

Tulburările care au un tablou clinic format din semne și simptome predominant psihologice și care implică mecanisme etiopatogenetice predominant psihologice necesită tratamente psihologice. În acest caz, tratamentele medicamentoase sunt doar simptomatice și nu vizează cauza tabloului clinic. Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne și simptome psihologice, dar au mecanisme etiopatogenetice somatice, necesită în primul rând un tratament medical. Rolul diagnosticului diferențial este foarte important și psihologii trebuie să fie atenți la această categorie, care poate induce în eroare, sugerând că este necesar în primul rând un tratament psihologic (în această situație, tratamentul psihologic este simptomatic sau parțial patogenetic, dar nu unul etiologic). Tulburările care au un tablou clinic dominat de semne și simptome somatice și ale căror mecanisme etiopatogenetice sunt predominant somatice formează nucleul tare al medicinei tradiționale; în acest caz, tratamentele psihologice sunt doar simptomatice, adjuvante celor medicale. Tulburările al căror tablou clinic implică semne și simptome somatice, dar mecanismele etiopatogenetice sunt predominant psihologice, sunt o provocare pentru psihologi și medici. Ele necesită, în mai mare măsură decât celelalte categorii de tulburări, muncă în echipă și, eventual, un tratament psihologic și medical combinat. Pentru psiholog este adesea o provocare a face psihoterapie cu această categorie de bolnavi, deoarece, având simptomatologie somatică, ei nu înțeleg clar și nu acceptă ușor rolul factorilor psihologici în generarea ei; acest lucru reflectă lipsa culturii psihologice și prezența unui model biomedical ortodox

și puternic nu doar la nivelul unui segment larg de profesioniști din domeniul sănătății, ci și la nivelul simțului comun.

În general, relația dintre componenta biologică (B) și cea psihologică (P) este încă insuficient înțeleasă de către unii profesioniști. Figura 2.1., prezentată mai jos, arată că discursul psihologic și cel medical sunt adesea descrieri diferite ale aceleiași realități/fenomen (Kirsch, 1990). Altfel spus, așa cum Muhammad Aii și Cassius Clay sunt nume diferite pentru aceeași persoană, limbajul psihologic și cel biomedical sunt descrieri diferite ale aceluiași fenomen. După cum este absurd să spunem că Muhammad Aii este cauza lui Cassius Clay sau Cassius Clay îl cauzează pe Muhammad Aii, nu are sens să ne punem mereu problema dacă biologicul cauzează psihologicul sau invers, dacă factorii psihologici cauzează modificări biologice. În Figura 2.1., P_j se poate referi, de exemplu, la schemele cognitive negative. Desigur, ele nu există în aer, corespunzându-le, probabil, o anumită realitate neurobiologică (B_j); ipotetic, ea s-ar putea referi la un deficit de serotonină. Schema cognitivă negativă este cauză pentru o trăire depresivă (P₂). Acestei trăiri îi corespunde, desigur, o realitate neurobiologică (B₂) (ipotetic: o amplitudine scăzută a potențialului postsinaptic excitator).

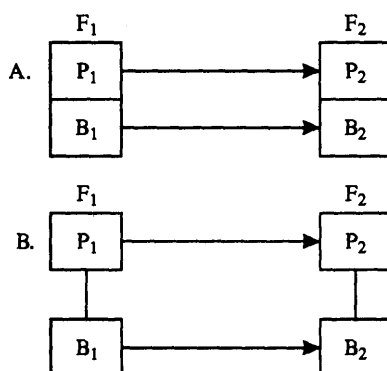


Figura 2.1. Relația dintre psihic (P) și biologic (B), în cazul a două fenomene (F : F₁ și F₂), prezentată în două modalități grafice (A și B)

Așadar, teoria psihologică și cea biologică a depresiei nu sunt alternative sau în opoziție. Ele sunt descrieri diferite ale aceluiași fenomen; în acest context, discursul „cauzal” trebuie menținut în cadrul aceluiași limbaj. Afirmatia „schemele cognitive cauzează trăirea depresivă” ar putea corespunde, în limbaj biomedical, urmând ipoteza noastră anterioară, afirmației „deficitul de serotonină determină o amplitudine redusă a potențialului postsinaptic excitator”. Deficitul de serotonină nu ne face să avem scheme cognitive negative, ci reprezintă descrierea biologică a schemelor cognitive negative! Similar, factorii psihologici nu cauzează modificări în indicatorii neurobiologici, ci corespund unor astfel de indicatori! Într-adevăr,

studiile existente arată că intervenția psihoterapeutică nu modifică doar factorii psihologici, ci influențează și metabolismul serotoninei. La fel, intervenția medicamentoasă afectează nu doar componenta biologică, ci și factorii psihologici; diferențele de eficiență dintre ele țin de nivelul de sofisticare la care s-a ajuns în cadrul teoriilor și tehnicilor biologice sau psihologice. Spre exemplu, în cazul tulburării depresive majore, atât psihoterapia, cât și medicația au aceeași eficiență la sfârșitul tratamentului, dar psihoterapia este mai eficientă pe termen lung, prevenind recăderile (Beck, 1976). În cazul tulburărilor de tip psihotic, intervenția medicamentoasă este mai avansată, astfel că nu are sens să utilizăm tehnici psihoterapeutice (de exemplu, comportamentale) pentru a controla, să zicem, halucinațiile în timpul episodului psihotic (deși există astfel de tehnici); în acest caz, tehnicile terapeutice intervin după și împreună cu tratamentul medicamentos, pentru a-i potența acestuia efectul. Așadar, dacă asupra unui fenomen avem atât teorii psihologice, cât și teorii biomedicale, care este teoria pe care o preferăm? Depinde de situație. Spre exemplu, am putea să facem o analiză neurocerebrală asociată deficitului de scris - citit. Am putea să facem însă și o analiză psihologică a acestui deficit. Care dintre cele două abordări este mai utilă în această situație? Analiza psihologică mă ajută să elaborez programe de intervenție pentru dezvoltarea scrisului - cititului. Nu există încă „pastile” care, odată înghițite, „să mă învețe” să scriu! În schimb, în alte situații, o analiză în termeni biologici este mai utilă decât una în termeni psihologici. Spre exemplu, prezența halucinațiilor poate fi explicată și psihologic, dar o teorie din perspectiva psihiatriei biologice este mai utilă deoarece ea s-a exprimat în tratamente medicamentoase care pot reduce intensitatea și frecvența acestora mai eficient decât intervențiile psiho-comportamentale. Rezumând, realitatea este complexă și multinivelară, limbajul psihologic și cel biologic servind adesea la descrieri diferite ale aceluiași fenomen (pentru detalii și implicații, vezi Kirsch, 1990); preferăm acea descriere care este cea mai avansată și, deci, mai utilă pentru un fenomen-țintă.

Mecanismele biologice implicate în starea de sănătate și boală sunt prezentate în lucrări de psihiatrie și medicină. În continuare, vom prezenta mecanismele psihologice implicate în sănătate și boală, așa cum sunt ele descrise în cele trei mari paradigme (modele/abordări) psihologice de sanogeneză și patogeneză: (1) abordarea dinamic- psihanalitică; (2) abordarea umanist-existențială-experiențială; (3) abordarea cognitiv-comportamentală. Le vom descrie succint mai jos, toate modelele psihologice de sanogeneză și patogeneză existente înscriindu-se, cu mici variații, în aceste trei paradigme psihologice.

2.2. Paradigma dinamic-psihanalitică

2.2.1. Fundamente

Abordarea dinamic-psihanalitică a fost primul model psihologic de sanogeneză și patogeneză psihică, bine structurat și diseminat în domeniul medical și psihologic. Ca paradigmă care a fost elaborată pornind în special de la observații și intuiții clinice, abordarea dinamic-psihanalitică a vizat preponderent impactul inconștientului asupra tabloului clinic. Asumpțiile fundamentale ale acestei perspective sunt:

(1) psihicul are o structură nivelară formată din Id (inconștient), Ego (Eu; conștient) și SuperEgo (SupraEu; normele morale și sociale) - vezi Figura 2.2.;

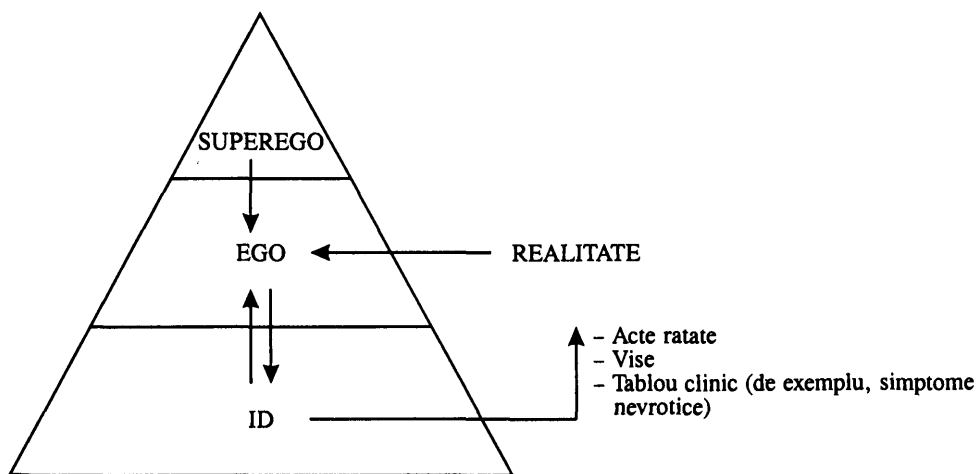


Figura 2.2. Structura psihicului uman în abordarea dinamic-psihanalitică

(2) conținutul refulat al Id-ului (de exemplu, pulsunile sexuale și agresive), care este guvernat de principiul plăcerii, tinde să se exprime plenar la nivelul Eului (conștientului);

(3) conștientizarea la nivelul Eului (care este guvernat de principiul realității) a acestui conținut refulat generează trăirile emoționale negative;

(4) odată generate trăirile emoționale negative, Eul, sub presiunea principiului realității și a SupraEului, apelează la mecanisme de apărare/defensive pentru a bloca conștientizarea lor. Primul mecanism angajat este represia/refularea. Dacă acest mecanism nu este eficient, atunci conținutul refulat se va exprima în vise, acte ratate sau simptome nevrotice (cum ar fi alte mecanisme de apărare, angajate ca a doua linie defensivă). Întregul demers este sintetizat sub forma așa-numitului „triunghi al conflictului” (vezi Figura 2.3.).

Acesta are trei componente: X reprezintă pulsivitatea, A - anxietatea generată de conștientizarea acesteia, iar D - mecanismele defensive (de apărare) la care subiectul apelează în scopul reducerii anxietății;

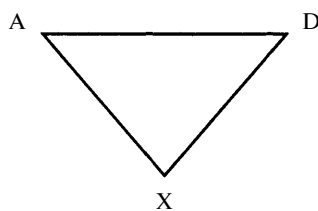


Figura 2.3. Triunghiul conflictului

(5) dacă se blochează conștientizarea trăirii emoționale negative, emoția se exprimă la nivel fiziologic printr-o stare de activare, prerechizită pentru o nouă stare emoțională, congruentă cu cea refulată (vezi tipul represor - Weinberg, 1979, *apud* David, 2000);

(6) orice simptom apare din cauza unui conflict actual, care se reduce, în fapt, la un conflict bazai din prima copilărie;

(7) eliminarea simptomatologiei se face prin eliminarea conflictului actual. Acest lucru se realizează prin rezolvarea conflictului bazai, prin intermediul nevrozei de transfer (conflictul terapeutic). Acest demers este sintetizat în Figura 2.4., unde T reprezintă relația terapeutică, în cadrul căreia se manifestă nevroza de transfer, A este cadrul actual din viața pacientului, unde se manifestă conflictul actual, iar C reprezintă prima copilărie, unde se manifestă conflictul bazai.

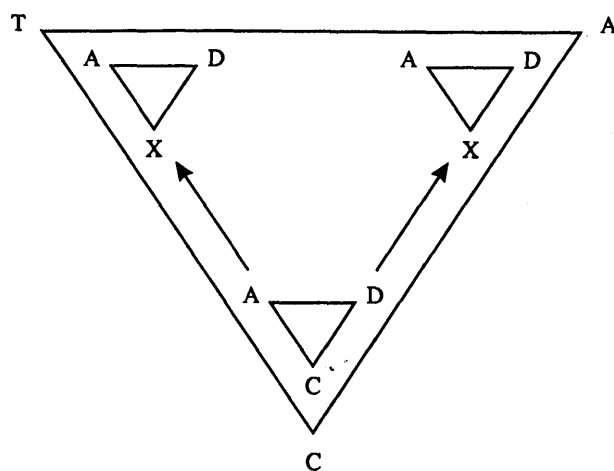


Figura 2.4. Relațiile dinamice în cadrul terapiei dinamic-psihanalitice

Așadar, în abordarea dinamic-psihanalitică, rolul Eului este acela de a media între (1) cerințele realității; (2) nevoia de satisfacere a impulsurilor sexuale și agresive (numite mai târziu instinctul vieții, respectiv al morții), localizate la nivelul Id-ului și (3) valorile sociale și morale internalizate sub forma SupraEului. În consecință, conform acești abordări, există trei tipuri de anxietate:

1. Anxietatea realistă - rezultă din perceperea unor pericole reale sau posibile din realitatea înconjurătoare, cum ar fi posibilitatea de a fi mușcat de un câine agresiv;
2. Anxietatea nevrotică - rezultă din teama inconștientă că instinctele primare din Id vor prelua controlul asupra comportamentului persoanei, ceea ce ar putea atrage repercusiuni negative asupra individului (cum ar fi pedepse pentru comportamente inadecvate social);
3. Anxietatea morală - rezultă din frica de a nu încălca normele morale și religioase interiorizate sub forma SupraEului; acest tip de anxietate se manifestă adesea sub forma emoțiilor de rușine și vinovăție.

Imediat după apariția trăirii anxioase (vezi Figurile 2.3. și 2.4.), vor fi puse în acțiune *mecanismele de apărare/defensive*, cu ajutorul cărora Eul încearcă să rezolve conflictele apărute între Id, SupraEu și realitate, protejând persoana de anxietatea generată de aceste conflicte. Altfel spus, mecanismele de apărare sunt acele procese care au ca scop protecția Eului împotriva dorințelor instinctuale. De regulă, acestea se declanșează inconștient și tind să acționeze în sensul distorsionării percepției realității, distorsiune care se soldează cu o diminuare a trăirii anxioase. Mecanismele de apărare ale Eului nu sunt utile sau inutile în sine. Eficiența lor este dată de momentul și durata folosirii lor. Astfel, negarea defensivă poate ajuta persoana care tocmai a suferit o traumă să își țină sub control emoțiile negative extrem de intense; prelungirea utilizării negării poate duce însă la incapacitatea integrării evenimentului traumatic în

viața persoanei, cu impact negativ asupra adaptării viitoare a acesteia. Mecanismele de apărare cele mai importante, descrise de Sigmund Freud (*Noi observații asupra psihonevrozelor de apărare*, 1896; *Inhibiție, simptom și angoasă*, 1926) și Anna Freud (*Mecanismele de apărare ale Eului*, 1936) sunt detaliate mai jos (vezi Tabelul 2.2.). Pe fondul general al anxietății nevrotice, jocul și combinația acestora sunt implicate în apariția diverselor tulburări psihice specifice (vezi DSM).

Tabelul 2.2. *Mecanismele de apărare ale Eului, descrise în tradiția dinamic-psihoanalitică*

| Mecanismul de apărare | Descriere | Exemple |
|--------------------------------|--|---|
| Negarea defensivă | Credința că stimulul care duce la apariția anxietății nu există. Refuzul de a crede și accepta ceea ce s-a întâmplat/realitatea. | 0 persoană căreia i-a murit cineva apropiat refuză să creadă și continuă să se comporte ca și cum celălalt ar fi încă în viață. 0 persoană căreia i s-a diagnosticat o boală gravă neagă diagnosticul și pretinde că medicul a greșit. |
| Regresia | Reîntoarcerea la o etapă anterioară de dezvoltare. | Un adult care tocmai a aflat că nu a promovat examenul de licență se așază pe jos și începe să plângă. 0 soție enervată aruncă după soț cu vaza cu flori. |
| Reacția inversă | Adoptarea unei convingeri/reacții opuse celei inițiale, deoarece aceasta este indezirabilă și ar genera anxietate. | 0 persoană care are prejudecăți față de o anumită etnie se va manifesta extrem de prietenos față de reprezentanții respectivei etnii. Mama unui copil nedorit va avea față de acesta un comportament extrem de protector și de tandru. |
| Proiecția | Atribuirea propriilor impulsuri sau trăsături negative unei alte persoane. | 0 persoană care nu a reușit să își argumenteze punctul de vedere susține că interlocutorul său este prost. 0 femeie care tocmai s-a despărțit de partenerul ei susține că vina pentru eșecul cuplului este în întregime a acestuia. |
| Sublimarea | Manifestarea impulsurilor inacceptabile într-o manieră acceptabilă social. | 0 persoană își va manifesta impulsurile agresive practicând sporturi violente. Un bărbat își va manifesta impulsurile sexuale devenind dansator sau pictând nuduri feminine. |
| Deplasarea | Redirecționarea impulsurilor către o țintă mai puțin amenințătoare. | 0 persoană trănțește ușa, pentru a nu-l lovi pe cel care l-a supărat. Un soț iritat de o discuție cu șeful își descarcă nervii certându-se cu soția. |
| Intelectualizarea/ Izolarea | Evitarea emoțiilor inacceptabile prin centrarea pe aspectele intelectuale. | 0 persoană aflată în doliu se concentrează pe detaliile de organizare a înmormântării, pentru a evita tristețea și deprimarea. |

| | | |
|---|--|---|
| Represia | înlăturarea din conștiință, în mod neintenționat, a unor impulsuri, idei sau evenimente. | 0 persoană abuzată sexual în copilărie va dezvolta amnezie față de episodul respectiv. |
| Raționalizarea | Oferirea unei justificări raționale, logice și plauzibile în locul adevăratului motiv, pentru a apărea într-o lumină favorabilă. | Un angajat concediat din cauza incompetenței va susține că, de fapt, nu l-a plăcut șeful său. Un student care și-a picat examenul deoarece nu a învățat suficient va pretinde că profesorul nu le-a dat destul timp pentru rezolvarea subiectelor. |
| Identificarea | Alierea cu o altă persoană (sau grup de persoane) și adoptarea comportamentelor și a reacțiilor acesteia (acestora). | Un elev agresat frecvent de un grup de colegi mai mari va începe să se îmbrace și să se comporte asemenea lor. |
| Disocierea | Separarea în memorie a diverselor aspecte ale unui eveniment traumatic sau neplăcut. | 0 femeie care a fost agresată sexual își poate aminti cum a decurs evenimentul, dar nu și cum s-a simțit în acel moment. |
| Supresia/ Suprimarea | Evitarea intenționată a reamintirii problemelor, dorințelor, emoțiilor perturbatoare. | 0 persoană care a trecut printr-un moment dificil sau jenant va evita să se gândească la momentul respectiv. |
| Anulare retroactivă (<i>Undoing</i>) | Anularea retroactivă a unor gânduri, cuvinte, gesturi, acte pe care persoana le regretă, prin angajarea în gânduri, cuvinte, gesturi, acte opuse celor dinainte. | 0 persoană care a spus la un moment dat ceva exagerat de critic la adresa părinților săi va reveni și va spune ceva pozitiv despre aceștia. |
| Compensarea/ Substituția | înlocuirea unui obiect cu un altul, analog. încercarea de a compensa nereușitele într-un domeniu prin rezultate superioare în altul. | Studentul mediocru va munci pentru a deveni un atlet de excepție. Partenerul nefericit în căsnicie va deveni un părinte deosebit. |

Notă: Exemplele din Tabelul 2.2. ilustrează mecanismele de apărare, fără ca aceasta să însemne automat că prezența lor este o dovadă a prezenței mecanismelor de apărare.

Aceste mecanisme de apărare funcționează automat, inconștient. Studiile mai recente din științele cognitive (Lazarus, 1991) au reliefat însă și mecanisme de apărare care sunt angajate conștient și intenționat (deși, cu timpul, se pot automatiza); astfel, evitarea este un mecanism care poate fi angajat intenționat într-o fobie simplă, pentru a preveni confruntarea cu stimulul fobie. Integrând aceste demersuri, vorbim astăzi despre constructul de mecanisme de *coping* (adaptare) care include (a) atât constructul de mecanisme de apărare (defensive), descris de tradiția dinamic-psihanalitică, dar și (b) de constructul de mecanisme de adaptare angajate intenționat și conștient (de exemplu, cele focalizate pe problemă sau pe emoție).

Demersul aplicativ al abordării dinamic-psihanalitice poate fi sumarizat astfel:

- (1) simptomatologia pacientului este determinată de un conflict actual;
- (2) conflictul actual își are rădăcinile într-un conflict mai vechi, bazai, din istoria pacientului, adesea din prima copilărie;

(3) pentru a rezolva conflictul actual, trebuie rezolvat conflictul bazai;

(4) pentru a rezolva conflictul bazai, el trebuie reactualizat;

(5) conflictul bazai este reactualizat și re trăit în cadrul terapiei sub forma nevrozei de transfer; nevroza de transfer reprezintă o retrăire, în cadrul terapiei și/ sau asupra terapeutului, a conflictelor din prima copilărie a pacientului, la o intensitate care periclitează continuarea terapiei. În consecință, nevroza de transfer devine obiect al psihoterapiei, ușurând astfel înțelegerea și rezolvarea conflictelor actuale, prin analiza conflictelor bazale.

(6) pe baza materialului cules în cursul analizei despre conflictul actual și bazai și în baza analizei nevrozei de transfer trăite în cursul terapiei, se construiește conceptualizarea (interpretarea/explicația) dinamic-psihaanalitică. Astfel, pacientului i se explică inițial faptul că atitudinea sa față de terapeut (nevroza de transfer) reprezintă o transpunere în prezent a unor paternuri psiho-emoționale și comportamentale din trecutul său (conflictul bazai). Aceasta se realizează prin analiza materialului adunat în cursul psihoterapiei (cu accent pe prima copilărie), prin compararea paternurilor afective și comportamentale din terapie cu cele relatate de pacient din trecutul său. Acest demers întărește credința pacientului că vechile conflicte pot influența reacțiile actuale (vezi cel din cadrul terapiei). În această etapă, pot apărea reacții puternice, în cadrul cărora pacientul retrăiește conflicte trecute. Conflictele trecute, retrăite în prezent cu ajutorul terapeutului, vor fi rezolvate pe baza asistenței și prezenței acestuia. La rezolvare contribuie faptul că pacientul, adult fiind, are o altă perspectivă, alte modalități de interpretare față de perioada când era copil. Ulterior, prin același procedeu, se arată cum conflictul bazai a determinat, în fapt, conflictul actual.

Exemplu

Cazuistică proprie: pacienta s-a prezentat cu o simptomatologie complexă, una dintre probleme fiind legată de relația cu soțul. Era căsătorită de trei ani. Implicându-se în afaceri, soțul era nevoit să călătorească frecvent și să lipsească mult de acasă. Treptat, s-au îndepărtat unul de altul și acum se pune problema divorțului. Pacienta nu și-a discutat deschis propriile nemulțumiri cu privire la soțul ei („el ar fi trebuit să-și dea seama că sunt supărată”), ci l-a îndepărtat, devenind rece cu el (conflictul prezent). În terapie, relația a fost una bună, până în momentul când a realizat că nu controlează terapeutul și că nu este mai specială decât ceilalți pacienți ai săi; întârziind la ședință, a dorit să-l determine pe terapeut să-și amâne următoarele ședințe, pentru a putea lucra împreună. După refuzul acestuia, atmosfera terapeutică s-a schimbat treptat, pacienta devenind mai puțin cooperantă, mai distantă și mai rece, începând să amâne anumite întâlniri programate, fără motive serioase (conflictul terapeutic). Pe baza materialului cules în cadrul terapiei prin diverse tehnici (de exemplu, asociații libere, analiza viselor, interviul clinic), s-a izolat următoarea situație: pacienta - pe când avea în jur de patru ani - și părinții ei au

fost loviți de o mașină pe trecerea de pietoni. Mama a fost foarte grav accidentată, în timp ce tatăl a fost ușor accidentat, iar fetița a scăpat neatinsă. Venind ambulanța, tatăl (eroul ei la această vârstă critică) s-a urcat lângă soție și au plecat, uitând-o pe fetița pe trotuar. În timpul spitalizării mamei, ea a stat la bunici și a refuzat să-și vadă părinții, considerându-i morți (conflictul bazai). În prima fază, paternurile de reacție din cadrul conflictului bazai au fost utilizate pentru a interpreta conflictul terapeutic, pacientei arătându-i-se, într-o manieră socratică, cum aceleași paternuri au fost transpuse din trecut în context terapeutic. Mai precis spus, întâi s-a discutat despre conflictul terapeutic. Apoi s-a adus în discuție conflictul bazai. În cele din urmă, pacienta a fost întrebată dacă vede vreo similitudine între cele două. Dacă prezentarea lor a fost clară și corectă (vezi și Figura 2.3.), această similitudine este identificată rapid de pacient. Dacă însă acest lucru nu se întâmplă, este fie o eroare terapeutică de conceptualizare, fie o rezistență a pacientului, rezistență care trebuie abordată direct, ca un nou semn al conflictului terapeutic. Când a înțeles legătura dintre conflictul bazai și cel terapeutic, reacția față de soț a fost interpretată prin prisma reacțiilor avute față de tată și terapeut. Odată avut acest *insight* și pornind de la faptul că aceste tipuri de reacții, normale pentru o fetiță, nu se justifică atunci când ești adult, s-a trecut la elaborarea unor paternuri de reacție la conflicte non-defensive și adaptate vârstei.

Cadrul general în care se realizează acest demers aplicativ dinamic-psihoanalitic este determinat de relația terapeutică, ai cărei factori principali îi constituie transferul și contratransferul.

Relația de tip transferențial

Transferul, în sens larg, se referă la totalitatea trăirilor afective și a paternurilor psiho-comportamentale pe care le experimentează pacientul față de terapeut în cursul terapiei. În sens restrâns, transferul se referă numai la acele trăiri afective și paternuri psiho-comportamentale pe care le are pacientul față de terapeut și care reprezintă o repetare a trăirilor afective și a paternurilor psiho-comportamentale pe care acesta le-a avut față de persoane semnificative din trecutul său (mai ales din prima copilărie). Când transferul devine atât de intens încât poate bloca demersul terapeutic, înseamnă că s-a instalat nevroza de transfer.

Contra-transferul se referă, în sens larg, la totalitatea trăirilor afective și a paternurilor psiho-comportamentale pe care le are terapeutul față de pacient. În sens restrâns, contra-transferul se referă numai la acele trăiri afective și paternuri psiho-comportamentale pe care terapeutul le experimentează față de pacient și care reprezintă o repetare a trăirilor afective și a paternurilor psiho-comportamentale pe care terapeutul le-a avut față de persoane semnificative în cursul istoriei sale de viață (cu accent pe prima copilărie); uneori, contra-transferul reprezintă o reacție inconștientă la transferul pacientului. În general, se recomandă ca, pe cât posibil, contra-transferul să nu apară, acest lucru fiind realizabil printr-o pregătire prealabilă

a terapeuților (de exemplu, prin analiză personală), pregătire în cursul căreia se rezolvă propriile conflicte majore. Cu toate acestea, mai intens sau mai puțin intens, contratransferul se manifestă în cadrul relației transferențiale. În acest caz, terapeuții sunt pregătiți să recunoască manifestările contratransferului și să le blocheze sau să le utilizeze creativ în terapie (de exemplu, amplificând transferul pacientului, pentru a genera nevroza de transfer). Semnele cele mai tipice ale contratransferului sunt:

- reacții emoționale puternice, pozitive sau negative, față de pacient, nejustificate de situația terapeutică;
- fantezii sexuale cu pacientul;
- creșterea (nejustificată terapeutic) a frecvenței întâlnirilor etc.

Neconștientizarea contratransferului duce la ceea ce se numește „nevroză în doi”. Transferul pacientului stimulează contratransferul, iar contratransferul stimulează transferul pacientului, menținându-se astfel simptomatologia. Ieșirea din cercul vicios se realizează prin conștientizarea și spargerea mecanismului, fie de către terapeut (cel mai frecvent datorită pregătirii sale), fie de către pacient (mai rar), stimulând astfel terapia.

Odată conștientizate aceste manifestări ale contratransferului, ele (1) vor fi blocate prin autoanaliză sau prin recurgerea la supervizare sau (2) vor fi utilizate creativ. Așa cum am spus anterior, utilizarea creativă se referă la faptul că ele pot fi folosite la amplificarea transferului pacientului și grăbirea instalării nevrozei de transfer, dinamizând astfel demersul terapeutic.

Tehnici de construcție a relației transferențiale

(a) Tehnica psihanalitică clasică

Terapeutul adoptă o neutralitate binevoitoare față de pacient. Această neutralitate binevoitoare implică o atitudine de acceptare a pacientului cu problemele sale, reținerea de la comentarii, critici sau încurajări adresate pacientului, nediscutarea unor aspecte personale din viața terapeutului. Prin tehnici non-intruzive (de exemplu, asociații libere, în care pacientului i se cere să spună tot ceea ce-i vine în minte legat de un anumit eveniment, fără nici o reținere sau constrângere, în ordinea în care îi vine, chiar dacă uneori s-ar putea să-și amintească lucruri într-o ordine sau formă absurdă), pacientul este ghidat spre reamintirea unor episoade din viața sa, în special din prima copilărie. Tot acest cadru terapeutic duce la o „infantilizare” a pacientului în sens pozitiv, din punct de vedere al scopului terapiei, datorită dezechilibrului relației: pacientul „dă totul”, se dezvăluie, iar terapeutul rămâne neutru, superior, dar binevoitor. Acest dezechilibru al relației aproximează relația părinte/copil și, prin urmare, pacientul reacționează în cursul terapiei cu paternuri cognitive, comportamentale și emoționale amorțite de investigarea trecutului său prin tehnica asociațiilor libere, paternuri psiho-emoționale și comportamentale asemănătoare celor pe care le utiliza în copilărie față de persoanele semnificative.

Mecanismul determinant al transferului este cel al generalizării stimulului, cunoscut din psihologia behavioristă: un răspuns condiționat clasic sau operant la un stimul X tinde să se producă și în prezența altor stimuli XX, asemănători stimulului X. În cazul nostru, răspunsul condiționat (reacțiile infantile ale pacientului), determinat de stimulul X (o persoană semnificativă din copilărie), se produce în cazul stimulului XX (terapeutul) datorită asemănărilor dintre X și XX. Explicația psihanalitică clasică, depășită de studiile experimentale, sugera un mecanism obscur, bazat pe regresii în care pulsunile sexuale și agresive ale pacientului se separă de obiectul primar (persoane semnificative din copilărie), fixându-se asupra terapeutului. Deși fenomenul este în esență același, explicația psihanalitică (angajând forțe cu calități antropomorfe greu de verificat experimental) a pierdut în fața explicației experimentale elegante a demersului behaviorist.

(b) Tehnici ale terapiei dinamic-psihanalitice de scurtă durată

În cazul acestor tehnici, se încearcă scurtarea timpului necesar generării relației transferențiale și nevrozei de transfer prin:

(1) o atitudine activă și directivă a terapeutului (în locul neutralității binevoitoare), care avansează imaginea unui „părinte preocupat de a ghida prin încurajări și observații critice dezvoltarea copilului său” ;

(2) întrebări directe, în locul asociațiilor libere, cu privire la evenimente negate din trecutul și prezentul pacientului (de exemplu, tehnica podului - i se cere direct pacientului să-și amintească un eveniment din trecut, asociat cu conflictul actual).

Evoluția relației transferențiale

Relația transferențială începe de obicei cu o atmosferă caldă: „alianță de lucru” între terapeut și pacient, ca urmare a dorinței pacientului de a se vindeca, de a se elibera de simptomatologie. În timp, ca urmare a comportamentului terapeutului, se amorsează anumite paternuri de răspuns „infantile”, care pot fi pozitive (transfer pozitiv) sau negative (transfer negativ). Când aceste paternuri de răspuns ating o anumită intensitate, se generează ceea ce se numește nevroză de transfer. Acum este momentul ca, pe baza materialului adunat, să se facă interpretarea terapeutică, în vederea eliminării simptomatologiei, prin eliminarea mai întâi a nevrozei de transfer.

Sintetizând acest subcapitol, impactul inconștientului asupra tulburărilor psihice în cadrul paradigmei dinamic-psihanalitice se realizează astfel:

(1) conținutul inconștient generează trăiri emoționale negative;

(2) conflictul inconștient bazal susține conflictul inconștient actual, care determină simptomatologia; altfel spus, există o congruență între trăirile emoționale trecute inconștiente (bazale) și trăirile emoționale prezente (actuale).

Unele fundamente ale acestei perspective dinamic-psihanalitice par să fie susținute de observații clinice și studii de caz deja celebre, precum și de diverse demersuri experimentale, realizate în cadrul tradiției psihanalitice sau în afara ei.

Exemple (analize de caz; *apud* David, 2000)

(1) Într-o analiză de caz, clasică pentru demonstrarea amneziei organice, Claparede (1911) a înțepat o pacientă cu sindrom Korsakoff cu un ac pe care îl avea ascuns în mână. Ulterior, pacienta a refuzat să mai dea mâna cu el, deși ea nu avea nici un fel de memorie explicită a aceluia incident.

(2) Doamna D., un caz raportat de Janet (1893, 1904), a dobândit un somnambulism isteric, însoțit de amnezie, după ce câțiva bărbați au făcut o glumă: aducându-1 acasă pe soțul ei, care era într-o stare avansată de ebrietate, și lăsându-1 pe jos în fața ușii, au anunțat-o că este mort. Ea nu avea nici un fel de amintire conștientă în legătură cu acest eveniment, dar era „înghețată de groază” de fiecare dată când trecea pe lângă ușă.

(3) Bagby (1928) a raportat cazul unei femei care avea o fobie față de apa curgătoare. Ea nu își amintea în ce fel de circumstanțe a dobândit această tulburare, până când a fost vizitată de o rudă, care i-a amorsat memoria din copilărie pentru un incident în care ea a fost prinsă sub o cascadă.

(4) Levinson (1967) a raportat cazul unei femei care, după o intervenție chirurgicală, a devenit în mod inexplicabil deprimată. Spre surprinderea lui, sub hipnoză, femeia a afirmat: „Chirurgul a spus că poate fi cancer”. Investigațiile ulterioare au dezvăluit faptul că, în timpul intervenției, chirurgul a descoperit o tumoră posibil malignă, și a discutat această problemă în timp ce pacienta era sub anestezie.

Exemple (studii experimentale; *apud* David, 2000)

(1) Blum (1967, 1979) și colaboratorii săi au cerut unor subiecți hipnotizați să își amintească o experiență din copilărie, experiență conflictuală, în care le era amenințată propria persoană. Apoi s-au administrat sugestii de amnezie a aceluia eveniment, subiecții fiind lăsați într-o stare de *arousal* emoțional. Experimentatorii au arătat că *arousalul*, manipulat în acest fel, influențează performanța în cazul unor teste cognitive și de personalitate. În mod similar, Bower (1981) a utilizat o tehnică hipnotică de inducere a unor dispoziții afective, care implica administrarea unor sugestii de vizualizare și experiențiere a unor evenimente cu valențe emoționale și de experiențiere a unei anumite intensități afective în cursul acestor reamintiri. Sugestia posthipnotică a fost că nu își vor aminti imaginile care au generat emoțiile, dar că vor răspunde la un stimul (de exemplu, o bucată de hârtie colorată) printr-o anumită stare emoțională, ceea ce s-a și întâmplat.

(2) Levitt și colaboratorii săi (de exemplu, Levitt și Chapman, 1979; Levitt, Persky și Brady, 1964) au administrat sugestii directe pentru anxietate, urmate de sugestii pentru amnezie. În ambele cazuri, subiecții au manifestat semne de *arousal* emoțional ridicat, atât la testele psihologice standard (cum ar fi răspunsul la MMPI sau tehnici proiective), cât și la testul sarcinilor experimentale (de exemplu, indici psihofiziologici, performanța la testul Stroop), comparativ cu lotul de control. Reyher și colaboratorii (1967) au mers și mai departe, arătând că procedurile de

acest tip pot produce o varietate de simptome somatice cum ar fi: greața, cefalea, transpirațiile. Oricum, datorită amneziei, subiecții din cadrul acestor experimente nu sunt conștienți de sursa stării lor clinice.

Cu excepția lucrărilor lui Bower (1981), toate celelalte studii experimentale prezentate mai sus au fost inițiate și interpretate în tradiția dinamic-psihoanalitică, în care amnezia posthipnotică este văzută ca analogă a represiei. Astfel, experiențierea unor emoții sau a altor semne de conflict, în condițiile imposibilității reamintirii conștiente a sursei acestor stări emoționale, a fost considerată ca fiind analogă cu reîntoarcerea conținutului reprimat, cum a fost ea descrisă în teoria freudiană clasică. Astăzi, acest lucru nu mai este valabil, cercetările (Naish, 1986) arătând că cele două constructe (amnezia posthipnotică *versus* represia) se referă la fenomene diferite.

2.2.2. Noi evoluții și tendințe

Demersul dinamic-psihoanalitic nu este unul omogen. Demersul originar (Freud) considera conținutul inconștientului ca fiind reprezentat mai ales de pulsioni sexuale și agresive (instinctul vieții și, mai târziu, al morții), iar conflictul se realiza între Id și Eu. Ulterior, ca urmare a unor dezvoltări pe orizontală, unii autori au descris conținutul inconștientului ca fiind reprezentat de arhetipuri (Jung) sau de voința de putere (Adler). Mai târziu, ca urmare a unor dezvoltări pe verticală, s-a considerat că de fapt conflictul putea să realizeze și la nivelul Eului, între motive conștiente (psihoanaliza eului: Anna Freud, Heinz Hartman), sau la nivelul SupraEului, între Eu și SupraEu sau între diferite norme morale ale SupraEului (un exemplu ar fi psihoanaliza SupraEului: Karen Horney, Eric Fromm).

Evaluată astăzi prin prisma validității științifice, paradigma dinamic-psihoanalitică supraviețuiește mai ales la nivel de tehnică, ea generând metode terapeutice care au fost adesea reinterpretate prin prisma unor teorii moderne validate științific, dar care nu sunt încă suficient investigate în studii clinice controlate, pentru a li se confirma ferm eficiența pe scară largă. Excepție fac terapiile dinamice de scurtă durată (Davenloo, Malan), care sunt mai bine investigate științific și care sunt promovate ca terapii validate științific pentru diverse tulburări specifice (de exemplu, tulburările de tip depresiv). Teoriile dinamic-psihoanalitice inițiale au fost în mare parte invalidate (de exemplu, dezvoltarea ontogenetică) sau încă nu sunt confirmate științific, pentru a fi promovate ca teorii actuale în fluxul principal de informații din psihologie (în tratate de exemplu). Pe scurt, la nivel descriptiv, unele constructe dinamic-psihoanalitice sunt valide (de exemplu, fenomenele de transfer și contra-transfer sunt o prezență reală în relațiile interumane, mai ales de autoritate), dar, la nivel explicativ, ele nu mai sunt serios luate în considerare, fiind înlocuite cu

constructe validate științific. În psihoterapie, spre exemplu, abordarea cognitiv-comportamentală a reinterpretat tehnicile dinamic-psihoanalitice în termenii teoriei învățării, bine validată științific. De exemplu (pentru detalii, vezi Dollard și Miller, 1950), transferul este interpretat ca un aspect specific al fenomenului de generalizare a învățării; represia este un comportament învățat, deoarece este întărit prin reducerea anxietății etc. Mai mult, triunghiul conflictului (vezi Figura 2.3.) este descris, în psihoterapiile validate științific, în termeni de eveniment activator (A), cogniții (B) și consecințe (C) emoționale, comportamentale și fiziologice, constructe care au un suport științific riguros. În condițiile reconceptualizării triunghiului conflictului, și triunghiul terapeutic (vezi Figura 2.4.) a fost adaptat, unele forme de psihoterapie validată științific lucrând mai ales la nivelul conflictului actual. Ideea este că uneori, așa cum în medicină nu contează de unde am luat virusul care produce tabloul clinic, important fiind faptul că îl avem și că trebuie eliminat, tot așa, în psihoterapie nu contează de unde a apărut conflictul actual, ci faptul că îl avem și că trebuie eliminat. În alte forme de psihoterapii validate științific, se utilizează totuși și analiza trecutului pacientului, pentru a-l ajuta pe acesta să înțeleagă (dacă acest lucru este important pentru el și pentru demersul terapeutic) cum s-a dezvoltat conflictul actual din conflictele bazale. Trecutul pacientului se poate referi atât la prima copilărie (cum făcea abordarea dinamic-psihoanalitică freudiană), cât și la trecutul mai recent (cum fac abordările dinamic-psihoanalitice moderne). În fine, în alte forme de psihoterapii validate științific se utilizează toate cele trei componente ale triunghiului psihoterapeutic, conflictele din cadrul relației psihoterapeutice, interpretate prin prisma conflictelor bazale, fiind utilizate pentru a-i modela pacientului rezolvarea conflictelor actuale. Uneori conflictele bazale pot fi ignorate complet, cele din cadrul relației terapeutice fiind utilizate direct pentru a-l ajuta pe pacient să înțeleagă conflictele actuale.

2.3. Paradigma umanist-existențial-experiențială

2.3.1. Fundamente

Abordarea umanist-existențial-experiențială pornește de la premisa că patologia psihică și psihosomatică apare ca urmare a faptului că experiențele negative de viață blochează „forțele pozitive” care stau la baza personalității noastre. Diverse școli s-au focalizat pe diverse „forțe” (în sensul de mobiluri sau mecanisme de bază ale funcționării psihice) considerate mai importante: terapia rogersiană (autodeterminare); terapia gestaltistă (experiența ca întreg coerent - *gestalt*); logoterapia (voința de sens); psihodrama (spontaneitatea); analiza tranzacțională (comunicarea); terapia ericksoniană și/sau programarea neurolingvistică (comunicarea conștient - inconștient) etc. Pentru a debloca aceste forțe pozitive care promovează direct starea de sănătate și, implicit, pentru a ameliora patologia, este nevoie de asigurarea unui context psihoterapeutic caracterizat prin empatie, acceptare necondiționată a pacientului și congruență, la care se pot adăuga anumite proceduri terapeutice, specifice diverselor școli; este de remarcat faptul că în această paradigmă, relația terapeutică este considerată adesea o condiție necesară și suficientă pentru ameliorarea patologiei, tehnicile de intervenție nefăcând altceva decât să potențeze efectul acesteia în eliberarea forțelor pozitive, care promovează apoi, direct și automat, starea de sănătate.

Empatia se referă la faptul că terapeutul înțelege cele comunicate de pacient ca și cum ar fi în locul său, „ca și cum ar fi el”, fără a se identifica însă cu pacientul. Odată înțelese cele comunicate de pacient, ele trebuie recomunicate acestuia într-o formă empatică. În mod normal, cele comunicate de pacient în cursul terapiei cuprind referiri la situații de viață sau experiențe interne ale subiectului și la reacțiile sale comportamentale și emoționale la situațiile respective. Reflectarea terapeutică empatică lasă să transpară cele comunicate de pacient într-o formă structurată (de exemplu: evenimentul X generează comportamentul Y, producând trăirea subiectivă Z), insistând asupra trăirilor sale emoționale. De obicei, prototipul reflectării empatică începe cu „din cele ce mi-ai spus, înțeleg că...” sau „din cele ce mi-ai povestit, înțeleg că...”, urmând apoi mesajul structurat ca mai sus. Există

numeroase instrumente care pot evalua gradul de empatie al terapeutului. Mai jos este prezentată o astfel de scală, care poate fi utilizată relativ simplu în domeniul clinic. Ea se bazează pe cercetările lui Truax și Carkhuff (1967). Numărul maxim de puncte este 12. Cu cât scorul este mai mare, cu atât terapeutul prezintă un grad mai mare de empatie.

0-2 puncte: Terapeutul pune întrebări, formulează critici, dă sfaturi.

2-4 puncte: Terapeutul reflectă aspecte exterioare (evenimente, comportamente) la care pacientul a făcut referire.

4-6 puncte: Reflectările terapeutului includ și trăiri ale pacientului, dar de importanță secundară.

6-8 puncte: Terapeutul reflectă o parte din trăirile principale ale pacientului (de exemplu, din trei-patru trăiri majore, reflectă una).

8-10 puncte: Terapeutul a surprins majoritatea sentimentelor exprimate de pacient.

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

Exemplu

Pacientul: Prietena mea este extrem de sensibilă și neajutorată. Totdeauna trebuie să o sprijin, să o ajut, chiar dacă uneori eu sunt cel care are nevoie de sprijin și ajutor. Aceasta mă obosește și mă enervează uneori atât de tare, încât o urăsc și aș dori să o văd moartă și să mă lase în pace.

Reflectările terapeutului:

0-2 puncte: Nu e bine să dorești moartea prietenei tale; cel mai bun lucru ar fi să te odihnești, eventual să-ți iei o vacanță și să pleci undeva singur. Apoi ar trebui să te aduni mai bine, pentru a putea rezolva situația.

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

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

6-8 puncte: Înțeleg că prietena ta te solicită extrem de mult, iar acest lucru te obosește și simți nevoia de puțină liniște.

8-10 puncte: Din ceea ce mi-ai spus, am înțeles că prietena ta este foarte neajutorată și te solicită extrem de mult, iar acest lucru te obosește și te face să simți nevoia de puțină liniște, la care nu poți ajunge alături de ea, ceea ce te face uneori să o urăști și să-i dorești moartea.

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

Comunicarea empatică cu pacientul generează încredere reciprocă, facilitând evoluția terapiei și eliminând reticențele pacientului, prin oferirea unui cadru interpersonal cald, tolerant, înțelegător.

Acceptarea necondiționată presupune acceptarea pacientului cu toate problemele sale, acceptarea lui ca întreg, ca om, fără ca aceasta să însemne că suntem de acord cu ceea ce face sau gândește. Îl acceptăm ca persoană care are nevoie de ajutor, nu pentru a fi de acord cu el. Acest lucru este foarte important în terapie. Pacientul, văzând că este acceptat necondiționat, începe să se accepte și el necondiționat, să fie mai tolerant cu el însuși, cu simptomele sale, reducându-se astfel gradul de vinovăție, cu implicații pozitive asupra continuării tratamentului și ameliorării simptomatologiei.

Congruența se referă la gradul de suprapunere între comportamentul manifest al terapeutului și comportamentul (trăirile) interior (interioare). Orice discrepanță generează îndoieli și neîncredere din partea pacientului, cu efecte negative asupra evoluției terapiei. Congruența presupune conștientizarea de către terapeut a trăirilor emoționale vizavi de pacient, atât a celor pozitive, cât și a celor negative, iar apoi comunicarea lor către pacient. Sigur, rămâne la latitudinea terapeutului alegerea momentului comunicării, astfel încât cele comunicate să nu interfereze cu procesul terapeutic. În cazul în care cele comunicate au un conținut negativ, ele trebuie să fie comunicate astfel încât să protejăm șinele pacientului și să ne focalizăm pe comportamentul său. În acest fel, dăm credit și permitem pacientului, neevaluat negativ, să se implice în schimbarea comportamentului. În acest context, introducem conceptele de „eu comunicare” *versus* „tu comunicare”. „Eu comunicare” se referă la faptul că se insistă pe obiecții aduse comportamentului pacientului, și nu lui, ca persoană, cu accent pe consecințele negative ale comportamentului său asupra noastră, ca terapeuți. Apare astfel posibilitatea ca pacientul, necriticat ca persoană, să-și modifice comportamentul criticat. De asemenea, se evidențiază impactul negativ al comportamentului asupra terapeutului și trăirile pe care acesta le experimentează, stimulând astfel schimbarea comportamentului în cazul unei relații terapeutice adecvate. „Tu comunicare” se referă la faptul că pacientul este criticat pentru comportamentul său global; aceasta sugerează că nimeni nu ar putea să schimbe acest comportament, deoarece însuși cel care îl produce este învinovățit.

Exemplu

Pacientul întârzie la ședințe. Odată ce terapeutul conștientizează faptul că acest lucru îi generează nervozitate, urmează comunicarea:

Tu comunicare : „Ești nereserios și împrăștiat.”

Eu comunicare: „Faptul că întârzi la ședințe (focalizare pe comportament, pe eveniment, care lasă posibilitatea pacientului să facă schimbarea) mă pune într-o dilemă (eu, ca terapeut, mă aflu într-o dilemă): să amân ședințele cu ceilalți pacienți sau să lucrez mai puțin cu tine.”

Așadar, prin reflectările empatice structurate, pe care le face pe fondul acceptării necondiționate a pacientului și a congruenței, terapeutul ajută pacientul să descopere mecanismele tulburărilor sale (X-Y-Z), exprimate mai ales prin blocaje și inhibiții

ale tendințelor pozitive. Odată clarificate aceste mecanisme, pacientul, de cele mai multe ori singur, dar, la nevoie, și ajutat de terapeut, descoperă și poate elabora modalitatea eficace de rezolvare a problemelor pe care le are. Adesea, acest tip de abordare oferă indirect pacientului conceptualizarea (explicația) clinică, dându-i acestuia impresia că a descoperit-o singur; aceasta contribuie la o mai bună acceptare a conceptualizării clinice de către pacient. Exemplificăm în continuare această paradigmă, prin descrierea succintă a uneia dintre cele mai reprezentative școli ale demersului umanist-existențialist-experiențial: terapia centrată pe client (terapia rogersiană).

Abordarea rogersiană

Conform abordării rogersiene, ființa umană trebuie văzută ca un întreg unitar și independent (Șinele). Dezvoltarea Sinelui depinde de prezența mai multor factori, unii înnașcuți, alții care țin de mediul social în care trăiește persoana (vezi Figurile 2.5. și 2.6.; de asemenea, vezi Rogers, 1961):

(1) Valorizarea instinctivă a aspectelor utile (*organismic valuing*) - organismele au învățat în filogeneză și știu din instinct ceea ce este bine sau rău pentru ele.

(2) Aprecierea necondiționată (*positive regard*) - desemnează iubirea, afecțiunea, atenția, grija și este unul dintre aspectele pe care le valorizăm în mod instinctiv ca ființe umane.

(3) Aprecierea de sine necondiționată (*positive self-regard*) - desemnează stima de sine, autovalorizarea, imaginea de sine pozitivă, valorizate de toate ființele umane. Aprecierea de sine necondiționată se formează în cursul dezvoltării ontogenetice, ca urmare a interacțiunii cu persoane care ne apreciază.

(4) Condiții de valorizare (*conditions of worth*) - în cursul dezvoltării noastre ontogenetice, persoanele din jur ne oferă ceea ce avem nevoie doar dacă satisfacem anumite condiții, care ne fac să „merităm” ceea ce primim.

(5) Aprecierea de sine condiționată (*conditional positive self-regard*) - ca urmare a prezenței condițiilor de valorizare în viața noastră, în timp, învățăm să ne apreciem doar dacă putem să satisfacem anumite standarde.

(6) Șinele ideal (*ideal self*) - consecința prezenței în mediul în care trăim a condițiilor de valorizare, aprecierea condiționată din partea celor din jur, aprecierea de sine condiționată și blocarea tendințelor de autoactualizare este formarea Sinelui ideal, pe care nu îl vom putea atinge niciodată.

(7) Șinele real (*real self*) - consecința valorizării instinctive a aspectelor folosite, a aprecierii necondiționate, a aprecierii de sine necondiționate și a tendințelor spre autoactualizare este structurarea Sinelui real (adică a persoanei care poți deveni dacă totul merge bine, în condițiile în care contextul este favorabil).

Toate ființele umane posedă nevoia de autoactualizare, adică de a-și realiza pe deplin potențialul de creștere și dezvoltare. În plus, ne naștem cu capacitatea de a recunoaște acele lucruri sau aspecte care ne sunt folositoare în dezvoltare și

tipuri de defense : negarea și distorsiunea perceptivă. Negarea se referă la evitarea situației efective și la blocarea conștientizării sau reamintirii unui eveniment amenințător. Distorsiunea perceptivă se referă la reinterpretarea situației în termeni mai puțin amenințatori pentru propria persoană (cum ar fi recursul la atribuire externe). Depart de a rezolva problema, utilizarea acestor mecanisme defensive duce la adâncirea diferenței dintre Șinele ideal și Șinele real, ceea ce are drept consecință utilizarea tot mai frecventă a defenselor. În final, persoana este depășită de situație, comportamentul acesteia devine haotic, emoțiile sunt din ce în ce mai inadecvate, iar Șinele se dezintegrează, rezultând psihoza.

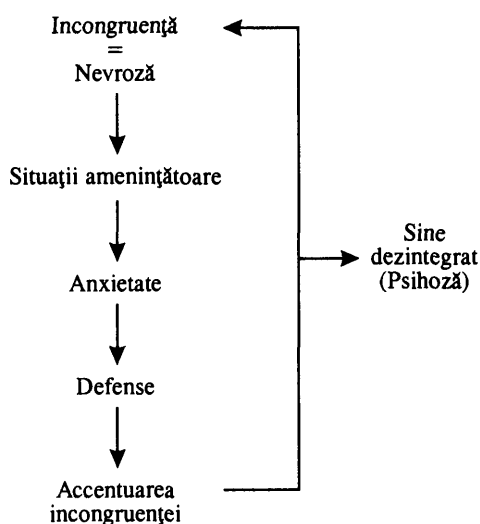


Figura 2.6. Mecanisme etiopatogenetice implicate în tulburări de tip psihotic, după abordarea rogersiană

2.3.2. Noi dezvoltări și tendințe

Ca și în cazul paradigmei dinamic-psihoanalitice, puține aspecte teoretice elaborate în această paradigmă au supraviețuit studiilor științifice sau au fost testate științific. Dificultatea de a operaționaliza „forțele pozitive” sau celelalte constructe ale acestui demers (de exemplu, șinele ideal) a făcut ca aceste abordări să nu penetreze serios fluxul principal de informații din psihologie, deși ele sunt încă bine reprezentate în domeniul psihologiei clinice, mai ales la nivelul construirii relației terapeutice în majoritatea formelor de psihoterapie (cu excepția celor de tip dinamic-psihoanalitic). Evident că această reprezentare nu este una omogenă; în

timp ce anumite abordări sunt mai riguroase și bine reprezentate în domeniul clinic (cum e cazul terapiei rogersiene) altele (ca, de exemplu, abordarea neurolingvistică) sunt considerate invalide sau fără valență euristică evidentă la momentul actual. Este drept că, deși nu se regăsesc în lucrările majore de psihologie și psihiatrie, astfel de abordări nevalide (de pildă, programarea neurolingvistică) pot fi regăsite în programe de formare profesională oferite studenților de diverse grupuri și institute; la fel de drept este și că există programe de formare în astrologie, bioenergie și parapsihologic, fără ca acest lucru să le transforme în abordări științifice!

2.4. Paradigma cognitiv-comportamentală

2.4.1. Fundamente

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

(1) Problemele psihice sunt răspunsuri dezadaptative învățate, susținute de cogniții disfuncționale (dezadaptative/iraționale); o mare parte din psihopatologie este rezultatul gândirii disfuncționale;

(2) Factorii generatori ai gândirii disfuncționale sunt influențele genetice și de mediu;

(3) Modalitatea optimă de a reduce distresul și comportamentele dezadaptative este modificarea cognițiilor disfuncționale;

(4) Cognițiile disfuncționale care generează psihopatologia pot fi identificate și schimbate; modificarea acestora implică efort și perseverență din partea subiectului.

Pornind de la aceste principii, în abordările cognitiv-comportamentale s-a dezvoltat un model terapeutic riguros și elegant, modelul ABC (Beck, 1976; Ellis, 1994), cu trei componente principale:

A. (*activating events*) = evenimentul activator (stimulii interni și externi). Elementele activatoare reprezintă: (1) situații obiective, (2) gânduri, emoții și comportamente legate de acestea sau (3) evenimente, gânduri și amintiri din trecut legate de situația actuală. *A* antrenează întreaga personalitate a individului.

B. (*beliefs*) = convingerile (cognițiile/credințele) persoanei (elementul cognitiv de prelucrare informațională). Acestea se interpun între evenimentul activator și consecințele comportamentale, biologice/fiziologice sau subiective-afective (emoționale). Convingerile persoanei nu sunt doar declanșate de evenimentul activator, ci mediază modul de percepere și reprezentare a evenimentului activator (*A*).

C. (*consequences*) — consecințele procesării cognitive a elementului activator, și anume: răspunsuri comportamentale, biologice/fiziologice și emoționale.

Trebuie precizat faptul că distincția între *A*, *B* și *C* este una metodologică, făcută în scopul clarității explicației; în realitate, cele trei componente interacționează, ele

coexistând. La aceste componente de bază se mai adaugă două, cu rol major în intervenția psihoterapeutică, transformând modelul ABC în modelul ABCDE (Ellis, 1994):

D. (*disputing*) = restructurarea cognițiilor disfuncționale și iraționale.

E. (*effective*) – asimilarea unor noi cogniții eficiente, funcționale și raționale în locul celor disfuncționale.

Arhitectura sistemului cognitiv uman din perspectiva paradigmei cognitiv-comportamentale este prezentată în Figura 2.7.

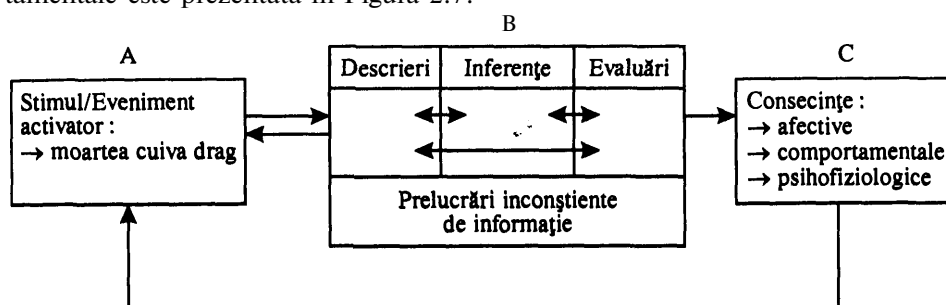


Figura 2.7. Arhitectura sistemului cognitiv uman, din perspectiva paradigmei cognitiv-comportamentale

Evenimentul activator (A)

Stimulul este orice eveniment intern sau extern care poate afecta activitatea analizatorilor noștri. În funcție de nivelul de analiză ales, stimulul poate să fie foarte simplu (de exemplu, un spot luminos) sau foarte complex (de pildă, un eveniment de viață, cum ar fi moartea unei persoane apropiate). Stimulul poate fi subliminal (nu poate fi perceput conștient) sau supraliminal (poate fi perceput conștient). Odată perceput, el declanșează o serie de *prelucrări informaționale*. Unele prelucrări informaționale au un dublaj lingvistic și, în consecință, pot fi conștientizate, în timp ce alte prelucrări informaționale nu au un dublaj lingvistic, neputând fi conștientizate (David, 2000). Prelucrările informaționale care au un dublaj lingvistic pot funcționa conștient sau inconștient (de exemplu, automatizarea unor deprinderi învățate conștient).

Prelucrările informaționale (B)

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

I. Descrieri și inferențe

Reprezentarea perceptuală, care este modalitatea de proiecție a stimulului în sistemul nostru cognitiv, generează, la rândul său, un lanț de prelucrări informaționale. *Descrierile* reprezintă acele prelucrări informaționale care au un dublaj lingvistic și care descriu/reflectă stimulii în sistemul cognitiv prin propoziții de

observație (protocolare). Spre exemplu, aserțiunea „Este ora zece, iar soția nu a ajuns încă acasă” este o descriere. Uneori, descrierea poate să fie distorsionată; de pildă, într-o situație problematică, pacienții anxioși vor avea tendința să remarce în primul rând aspectele negative și amenințătoare ale acesteia și să ignore aspectele pozitive de siguranță (vezi, de asemenea, și „figurile duble”). *Inferențele* pornesc de la descrieri, dar trec dincolo de actul perceptiv (de exemplu, „Faptul că soția nu este acasă la ora zece arată că mă înșală și că nu mă iubește”). Dacă descrierile și inferențele pot fi accesate conștient, atunci ele sunt numite gânduri automate (gândurile automate includ orice tip de prelucrare informațională, inclusiv imaginile mentale); ele au un caracter concret, fiind asociate automat cu evenimente specifice de viață (4). Gândurile automate derivă din structuri cognitive de tip descrieri și inferențe mai generale, numite credințe centrale, codate în sistemul cognitiv sub formă de scheme cognitive. Descrierile și inferențele pot să fie funcționale sau disfuncționale. Disfuncționalitatea se referă la faptul că nu sunt susținute logic (nu respectă principiile logicii), empiric (nu sunt dovezi care să le susțină) sau pragmatic/funcțional (nu ne ajută). Aaron Beck (Beck, 1976) a descris cele mai importante categorii de descrieri și inferențe disfuncționale (definite logic și empiric) asociate cu psihopatologia (prin această asociere, sunt și nefuncționale):

(1) Gândirea dihotomică - plasarea experiențelor de viață și a persoanelor în două categorii distincte, diametral opuse (de exemplu, bun-rău, inteligent-prost, frumos-urât etc.).

(2) Inferența arbitrară - extragerea unei concluzii specifice, în lipsa dovezilor care să o susțină sau în prezența dovezilor care o infirmă.

(3) Abstracțiunea selectivă - centrarea pe un detaliu scos din context, ignorând totodată aspectele mai relevante ale situației, și conceptualizarea întregii experiențe pe baza segmentului respectiv.

(4) Minimalizarea și maximizarea - evaluarea eronată a semnificației sau magnitudinii unui eveniment, într-o măsură suficient de mare pentru a constitui o distorsiune.

(5) Suprageneralizarea (generalizarea excesivă) - extragerea unei reguli generale sau concluzii pe baza unui sau mai multor incidente izolate și utilizarea acestei reguli în alte situații asociate sau nu cu incidentul respectiv.

(6) Personalizarea - tendința de a asocia nejustificat evenimente externe cu propria persoană.

Alte descrieri și inferențe, deși corecte logic și empiric, (de exemplu, „copiii nu mă iubesc”), pot să nu fie funcționale (pragmatice), generând stres; ele fac, așadar, obiectul intervenției psihoterapeutice (cum ar fi, de pildă, restructurări cognitive prin tehnici pragmatice).

II. Evaluări

Evaluările sunt acele prelucrări informaționale care se fac în legătură cu descrierile și inferențele, ele putând fi raționale sau iraționale. În acest context,

termenul „rațional” se referă la suportul logic, empiric sau pragmatic. „Irațional” înseamnă că ceva nu are suport logic, empiric sau pragmatic. Albert Ellis (Ellis, 1962; 1994) a descris cele mai importante procese cognitive (de prelucrare informațională), evaluative (definite logic și empiric), asociate cu psihopatologia (prin această asociere sunt și nefuncționale). Le prezentăm, în continuare, pe cele mai importante:

„ *Trebuie* ” absolutist versus *stilul preferențial*

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

(a) Budismul: cele patru adevăruri nobile ale budismului ne învață că: (1) viața este suferință; (2) suferința rezultă din dorință; (3) pentru a elimina suferința, trebuie eliminată dorința; (4) eliminând dorința, se ajunge la starea de nimicire și eliberare (Nirvana). Așadar, rezolvarea acestei discrepanțe cognitive s-ar putea face nimicind dorința. Un astfel de demers ar fi însă nerealist și greu de acceptat pentru cultura europeană și nord-americană, în care dorințele sunt cultivate.

(b) Școala epicureică sugera nu eliminarea dorințelor, ca în varianta budistă, ci reducerea lor drastică la un set care să asigure nevoile de bază, biologice și sociale. În acest fel, având mai puține dorințe, probabilitatea ca ele să fie nesatisfăcute scade, iar oamenii pot trăi într-o stare psihologică de pace sufletească (ataraxie).

(c) Școala stoică rezolvă problema discrepanței, arătând că aceasta este o iluzie. Stoicii erau panteiști, considerând că Dumnezeu este prezent în tot ceea ce există. Dacă Dumnezeu este în tot, atunci cum poate exista răul? Răul nu există, spuneau stoicii. Răul este un corelativ al binelui. Binele, așadar, nu poate exista fără rău și, în consecință, răul este bine! Această etică eroică a stoicilor poate merge până la a afirma că un stoic înlănțuit și torturat este liber, căci nimeni nu îi poate lua libertatea de a simți durere.

Oricât de interesante sunt aceste abordări filosofice, ele ar putea fi asimilate doar de un segment restrâns de populație. Pornind de la analiza mecanismelor de bază ale funcționării cognitive, psihologia (Beck, 1976; Ellis, 1962) propune o perspectivă care acoperă un segment larg al populației. Astfel, putem avea un număr nelimitat de dorințe; ceea ce contează este modul în care le formulăm! Unii dintre noi uită uneori că nu sunt dumnezei (și că dorința noastră exprimată prin cuvânt nu devine automat realitate) și, pornind de la dorințe, fac un salt metafizic și ajung să considere că dacă ei doresc ceva, atunci acel ceva trebuie cu necesitate să se întâmple. Rațional ar fi să ne dorim cât mai multe lucruri, dar să nu uităm că simplul fapt că ne dorim ceva, oricât de mult, nu înseamnă că acel lucru trebuie să se întâmple. Așadar, în timp ce formularea absolutistă și rigidă a dorințelor în

termeni de „trebuie” este un proces cognitiv irațional, formularea preferențială și flexibilă este un proces cognitiv rațional. Alternativa la formularea absolutistă (trebuie cu necesitate) nu este, așadar, acceptarea/nepăsarea (indiferența), ci formularea intensă a unor dorințe în termeni preferențiali (prefer).

Un analist fin, dar încă novice în abordările cognitiv-comportamentale, ar putea întreba: „Cum rămâne atunci cu codurile etice și morale?”. Dumnezeu nu a spus că „...ar fi de dorit să nu furi”, ci formularea are sens imperativ. O analiză atentă a demersului cognitiv-comportamental arată că aceasta este o pseudo-problemă. Dacă „trebuie” apare ca o condiție într-un proces cognitiv de tipul „Dacă..., atunci...”, el este considerat rațional. De exemplu: „Dacă ești un bun creștin, atunci trebuie să nu furi” sau „Dacă vrei să intri la școala militară, atunci trebuie să treci testul psihologic”. Deși, în aceste exemple, „trebuie” este imperativ, el nu este absolutist și rigid, deoarece noi optăm liberi dacă suntem sau nu buni creștini sau dacă vrem sau nu să mergem la școala militară. Odată ce avem aceste opțiuni, „trebuie” devine imperativ. Așadar, dacă „trebuie” apare într-o formulare condițională, el este rațional. Evident, este important ca însăși condiționarea să fie una rațională, acceptată social. Mulți pacienți dezvoltă condiționări iraționale: „Dacă vreau să fiu iubită de soț, trebuie să-i accept toate toanele”; în acest caz, deși „trebuie” este condițional, el este irațional, deoarece condiționarea însăși este una irațională. Plastic spus, sfânta treime a nebuniei este formată din: (1) eu trebuie cu necesitate... (de exemplu, să reușesc, să fiu primul); (2) ceilalți trebuie cu necesitate... (de exemplu, să mă respecte); (3) viața trebuie cu necesitate... (de exemplu, să fie dreaptă). Dacă am flexibiliza și transforma acest stil absolutist în unul preferențial - (1) eu prefer și fac tot ceea ce depinde de mine... (de exemplu, să reușesc, să fiu primul); (2) mi-ar plăcea și fac tot ceea ce depinde de mine ca ceilalți... (de exemplu, să mă respecte); (3) mi-ar plăcea și fac tot ceea ce depinde de mine ca viața... (de exemplu, să fie dreaptă) -, atunci mare parte din psihopatologie ar fi eliminată.

Catastrofarea versus non-catastrofarea

În situații negative de viață, unii oameni au tendința de a aloca totalitatea resurselor lor cognitive prelucrării acestor evenimente. A catastrofa înseamnă a evalua un eveniment negativ ca fiind cel mai rău lucru care ți se poate întâmpla. Iraționalitatea - așa cum este exprimată aici - se referă la faptul că oricât de sever ar fi un eveniment negativ, a-l evalua ca fiind cel mai rău lucru care se poate întâmpla este eronat. În principiu, putem oricând găsi un eveniment potențial care să fie mai rău decât ceea ce noi definim la un moment dat ca fiind răul cel mai mare. Procesul rațional este de a evalua un eveniment negativ pe un continuum, ținând cont de faptul că oricât de rău este ceea ce s-a întâmplat, nu putem afirma că este cel mai rău lucru care ni se poate întâmpla. Transformarea acestor cunoștințe în proceduri clinice nu este un lucru ușor și trebuie făcută cu grijă, pe fondul unei relații terapeutice adecvate.

Toleranța scăzută la frustrare versus toleranța crescută la frustrare

Ca proces cognitiv irațional, toleranța scăzută la frustrare se referă la evaluarea unei situații ca fiind intolerabilă, în sensul că este imposibil de acceptat și de trăit cu acea situație. Procesul cognitiv rațional se referă la faptul că evaluăm o situație ca fiind foarte dificil de tolerat, dar faptul că nu ne place nu înseamnă că este imposibil de trăit cu ea; faptul că nu suntem dispuși să o mai tolerăm și că facem tot ce depinde de noi pentru a o schimba nu înseamnă că este imposibil de tolerat.

Evaluarea globală versus evaluarea contextuală

Evaluarea în termeni globali este o caracteristică a speciei noastre. Avem, în mod natural, tendința de a ne evalua pe noi înșine (în termeni de genul incapabil/valoros), pe ceilalți (buni/răi) și realitatea (dreaptă/nedreaptă). Aceste evaluări se fac adesea pornind doar de la câteva comportamente sau fenomene. Din punct de vedere logic, acest proces este o eroare, deoarece nu putem trage concluzii ferme și generale în urma unui raționament de tip inductiv. Altfel spus, faptul că avem eșecuri nu înseamnă că suntem incapabili, ci doar că avem comportamente insuficient de performante. Noi trebuie să ne acceptăm necondiționat ca persoane pentru simplul fapt că existăm și să învățăm să ne evaluăm comportamentele care, dacă sunt neperformante, trebuie îmbunătățite.

Acest lucru este valabil și în cazul evenimentelor pozitive. A spune, în urma unor succese, că suntem buni este tot un proces irațional de evaluare globală. Implicațiile sunt uriașe. Programele de dezvoltare a stimei de sine sunt un medicament psihologic care face mai mult rău decât bine. Dezvoltând stima de sine, noi nu îl învățăm pe client decât să promoveze un proces irațional de evaluare globală. Așa cum, pornind de la succese, se va evalua pozitiv (și va avea o stimă de sine pozitivă), în urma unui eșec, va fi antrenat să se evalueze negativ. Alternativa este ca el să învețe să se accepte necondiționat ca persoană, să evalueze comportamentele și performanțele pe care le are, iar atunci când este cazul, să nu le accepte, ci să încerce să le modifice. Acest demers este similar cu textul biblic, care spune că nu trebuie să pedepsim păcătosul, ci păcatul. Și noi, ca terapeuți, acceptăm necondiționat pacientul, însă nu și comportamentele sale; lucrăm împreună cu el (cel acceptat) ca să și le schimbe. În acest sens, nu avem nici o problemă în a accepta în terapie criminali, violatori etc., deoarece, deși îi acceptăm ca persoane, nu suntem de acord cu comportamentele lor și lucrăm împreună pentru a le schimba, în cadrul intervenției terapeutice, pacienții sunt învățați în mod activ și directiv să conștientizeze și să accepte faptul că fac parte dintr-o structură socială în cadrul căreia trebuie să manifeste grijă și înțelegere pentru cei din jur; acest lucru presupune acceptarea celorlalți ca ființe umane valoroase, indiferent dacă se comportă moral, competent sau corect, fără însă a le accepta comportamentele sau gândurile negative sau greșite. Totodată, având în vedere că oamenii sunt înclinați să caute mereu gratificarea imediată și împlinirea rapidă a dorințelor lor, unul dintre obiectivele intervenției noastre este ca pacienții să învețe să își urmărească cu realism scopurile, fără a emite expectanțe iluzorii asupra condițiilor de viață.

Analizele de psihologie evoluționistă (vezi și Ellis, 1994) arată că evaluările iraționale sunt rezultatul unui proces adaptativ. Timp de zeci de mii de ani, specia noastră s-a adaptat la un mediu și la o serie de sarcini relativ simple și bine definite (de exemplu, a găsi hrană, adăpost și a procrea). În acest mediu, un stil irațional era adaptativ: (a) sarcinile fiind simple, o hipermotivare în termeni de „trebuie” nu afecta performanța; (b) un stil catastrofic de gândire te proteja în măsura în care erai mereu vigilent și gata să reacționezi la pericol, fie că acesta era sau nu real; (c) toleranța scăzută la frustrare te ajuta să schimbi situația (de exemplu, să ucizi masculul dominant pentru a-i lua locul), iar (d) evaluarea globală îți permitea categorizarea rapidă a ființelor sau lucrurilor din jurul tău (de pildă, în utile sau inutile). În mediul modern, hipercomplex, sarcinile sunt complicate și deschise. Ceea ce era util într-un mediu simplu și bine definit devine vulnerabilitate la boală într-un mediu complex. O hipermotivare în sarcini complexe duce la scăderea performanței. O anticipare a pericolului în situații sociale controlate (de exemplu, în fața unei clase) duce la ceea ce numim „anxietate de performanță”. O toleranță scăzută la frustrare care se exprimă în acte violente este drastic pedepsită. Evaluarea globală manifestată prin dispreț față de ceilalți sau față de propria persoană debilitază individul în interacțiunile sale sociale. Studiile existente sugerează că, în timp ce iraționalitatea ridicată generează emoții care implică supraactivare sau subactivare fiziologică, nivelurile scăzute de iraționalitate se asociază mai degrabă cu o activare fiziologică medie spre ridicată (David *et al.*, 2005). Conform legii optimului motivational (Yerkes și Dodson, 1908), până la un punct, cu cât crește intensitatea motivației, crește și performanța în sarcină, după care o creștere a motivației duce la o scădere a performanței. Altfel spus, o activare fiziologică medie spre ridicată, dată de prezența unor scopuri formulate în termeni preferențiali și asociată cu emoții funcționale ar susține performanța optimă în sarcini complexe, în timp ce stilul preferențial se asociază cu emoții funcționale și ne menține în zona optimului motivational, stilul absolutist se asociază cu emoții disfuncționale și poate duce la o motivare excesivă, însoțită de o scădere a performanței. Așadar, un stil irațional într-un mediu complex constituie un factor de vulnerabilitate spre psihopatologie. Deși, în sarcini simple și bine structurate, cei care au un patern dominant irațional pot să fie la fel de performanți ca și cei cu un patern cognitiv dominant rațional, ei sunt serios afectați în ceea ce privește starea de sănătate. Iraționalitatea este un factor de vulnerabilitate. Apariția tabloului clinic este condiționată de apariția evenimentelor care pun în mișcare vulnerabilitatea. Dacă evenimentele de viață confirmă iraționalitatea, nu va apărea tabloul clinic. De exemplu, un proces irațional de genul „Trebuie să fiu apreciat de toți colegii, altfel este groaznic” nu va genera psihopatologie, dacă se întâmplă ca în prezent toți colegii să mă respecte. Acest proces irațional este însă un factor de vulnerabilitate, căci, dacă în viitor se va întâmpla ca anumiți colegi să nu mă mai respecte, aș putea ajunge să experiențiez o serie de emoții negative.

III. Prelucrări informaționale inconștiente

Uneori între evenimentul activator (*A*) și consecințe (*Q*) se interpun prelucrări informaționale inconștiente (*B*). Aceste prelucrări informaționale nu pot fi conștientizate, ele bazându-se pe structuri subcorticele (de exemplu, amigdala). Consecințele lor devin însă un nou eveniment activator (*A*) care poate amorsa prelucrări informaționale conștiente (*B*). Unii autori (Beck, 1976; Ellis, 1994) sugerează că, în cazul speciei umane consecințele acestor prelucrări informaționale nu sunt suficient de puternice pentru a deveni clinice. Ele sunt însă suficient de puternice pentru a deveni un eveniment activator (*A*) care declanșează evaluări iraționale (*B*), care, la rândul lor, au consecințe clinice (*Q*; așadar, indiferent dacă consecințele lor directe sunt de intensitate clinică sau nu, aceste prelucrări informaționale sunt mecanisme importante în lanțul etiopatogenetic. Modificarea lor se poate face prin tehnici comportamentale (vezi David *et al.*, 2000).

IV. Funcții ale prelucrărilor informaționale

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

Exemplu

Prezența unei stări afective negative determinată de autodeprecieri („sunt incapabil”) poate fi redusă prin compensarea autodeprecierii prin prelucrări informaționale de genul „dacă lucrez serios și de două ori mai mult ca ceilalți, atunci voi avea și eu o performanță bună; totul trebuie să fie perfect! ”. O astfel de persoană va avea un comportament perfecționist, fiind evaluată adesea ca serioasă și de încredere. Evident că un stil perfecționist poate rezulta și fără procesul de compensare, dintr-un stil cognitiv rațional: „Fac tot ceea ce depinde de mine să fiu bun, dar accept faptul că uneori voi avea eșecuri”. Deși, în situații normale, cele două persoane din exemplul de mai sus nu s-ar deosebi sub aspectul performanței comportamentale, în situații de criză și de aglomerare a sarcinilor, cea care utilizează un mecanism de compensare poate claca, apărând simptome nevrotice. Constructele care pot fi utilizate pentru a descrie cele două situații sunt cele de sănătate mentală iluzorie și de sănătate mentală. Sănătatea mentală iluzorie se referă la faptul că există o vulnerabilitate mare pentru psihopatologie, care însă este compensată, compensare care poate ceda la solicitări mari și neprevăzute. Sănătatea mentală se referă la o stare de bine fizic, psihic și social, în condițiile unei vulnerabilități scăzute pentru psihopatologie.

Consecințe (C)

Consecințele prelucrărilor informaționale (conștiente sau inconștiente) sunt adaptative sau dezadaptative. Ele se manifestă la trei nivele: (1) subiectiv-afectiv; (2) comportamental; și (3) biologic/fiziologic; interacțiunile acestor nivele împreună cu prelucrările informaționale asociate, formează tulburări psihice specifice (vezi DSM) sau experiențe integrative (de exemplu, altruism). Odată generate, aceste consecințe devin un nou stimul (A2), generând un alt lanț de prelucrări informaționale, numite metacogniții (B2), și alte consecințe, numite metaconsecințe (C2), care, la rândul lor, generează un alt lanț, și așa mai departe, după modelul de mai jos:



Legendă: A (dificultăți de comunicare în cuplu); B (dacă mă părăsește, este groaznic); C (panică); B2 (faptul că am aceste stări de panică arată că sunt o persoană slabă); C2 (stare depresivă)

La nivel comportamental, se face distincție între comportamentele adaptative și comportamentele dezadaptative. Comportamentele adaptative sunt acele reacții observabile și măsurabile, învățate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt utile persoanei și o ajută să se adapteze eficient la mediul său. Comportamentele dezadaptative sunt acele reacții observabile și măsurabile, învățate în cursul dezvoltării ontogenetice, care sunt în detrimentul persoanei și o împiedică să se adapteze eficient la mediul său (David *et al.*, 2000). Un comportament nu este adaptativ sau dezadaptativ în sine; el devine adaptativ sau dezadaptativ doar raportat la un anumit context. Comportamentele noastre sunt generate de prelucrări informaționale amorțate de stimuli și sunt menținute de consecințele lor. *Stimulii* pot fi externi (orice, din afara organismului, care influențează activitatea analizatorilor) sau interni (David *et al.*, 2000). *Consecințele* includ întăririle pozitive și întăririle negative (care cresc frecvența comportamentului-țintă), precum și pedepsele (care scad frecvența comportamentului-țintă). Întărirea este o consecință a comportamentului, care influențează probabilitatea acestuia de a fi continuat. Ea poate fi, așa cum am afirmat mai sus, pozitivă sau negativă. Întărirea pozitivă se referă la ceva care, adăugat unui comportament, adică făcut contingent cu el, crește probabilitatea acestuia de a fi continuat; spre exemplu, adopt un comportament pentru a obține o sumă de bani, un cadou etc. Întărirea negativă se referă la faptul că adopt un comportament pentru a evita ceva neplăcut; spre exemplu, îmi fee lecțiile pentru a nu fi pedepsit, fac curat pentru a nu fi certat de părinți. Pedepsa este o consecință a unui comportament, care scade probabilitatea acestuia de a fi continuat; spre exemplu, nu mai vorbesc în clasă pentru că data trecută când am făcut acest lucru am fost pedepsit și mi s-a pus o absență nemotivată. Pedepsa este eficientă doar dacă:

- urmează imediat comportamentului dezadaptativ;
- este marcată de un avertisment;

- este administrată nonagresiv, calm;
- întărește comportamentul opus A* ;
- comportamentul urmat de pedeapsă nu primește alte întăriri pozitive.

Cele mai importante *prelucrări informaționale* implicate în generarea comportamentelor sunt de tip descriere și inferență, și anume: (1) cunoștințe procedurale (ca să adopt un comportament, trebuie să știu cum să-l fac); (2) autoeficacitate (ca să adopt un comportament trebuie să am încredere că pot să-l fac); (3) expectanțe pozitive (adopt un comportament dacă mă aștept să-mi aducă beneficii). În acest context înțelegem de ce, adesea, simple sfaturi (indicându-ți ce să faci), care sunt de o importanță vitală pentru pacient (de exemplu, să nu mănânce dulciuri dacă suferă de diabet), adesea nu se exprimă în schimbări comportamentale. Pentru o schimbare eficientă, trebuie să îi spunem nu doar ce să adopte, ci și cum să facă comportamentele prescrise (cunoștințe procedurale), ce beneficii îi va aduce comportamentul (expectanțe pozitive) și să-l ajutăm să înțeleagă că este capabil să facă acest lucru (autoeficacitate). De asemenea, este important să asociem aceste comportamente cu anumite evenimente activatoare (contexte de viață) și să le întărim atunci când se produc. În plus, trebuie să conștientizăm faptul că accelerarea sau decelerarea unui comportament sunt naturale și însoțite automat de decelerarea, respectiv accelerarea comportamentului opus (A*). În terapie urmărim însă de multe ori o decelerare a unui comportament dezadaptativ (A), însoțită de accelerarea unui comportament adaptativ (B). Comportamentul adaptativ B trebuie să aibă următoarele caracteristici (Catania și Brigham, 1978):

- să fie incompatibil cu comportamentul dezadaptativ A;
- să aducă aceleași beneficii ca și comportamentul dezadaptativ A;
- să fie adaptativ.

Se observă că dacă am rămâne doar la tendința naturală de a accelera A* în loc de B, nu am respecta decât prima condiție a unei schimbări eficiente de comportament (să fie incompatibil cu A), ceea ce ar face ca intervenția terapeutică să nu-și aibă rostul.

Exemplu

(1) comportamentul A: fumează.

Acest comportament are următoarele beneficii pentru pacientul-țintă: elimină anxietatea și stresul, atrage atenția și stima celorlalți etc.

(2) comportamentul A* : nu fumează.

Acest comportament este incompatibil cu A, este adaptativ, dar nu are aceleași beneficii ca A (de exemplu, nu îi reduce anxietatea).

(3) comportamentul B: face sport, alergă.

Acest comportament este incompatibil cu A (este greu să alergi și să fumezi în același timp), este adaptativ, are aceleași beneficii ca și A (reduce stresul și anxietatea, atrage atenția și stima celorlalți).

• *La nivel biologic/fiziologic*, consecințele prelucrărilor informaționale sunt mai ales în sensul producerii unui dezechilibru al sistemului nervos vegetativ. Acest dezechilibru poate fi în direcția predominanței simpaticului și a creșterii activării fiziologice (așa cum apare în tulburările de anxietate, ducând la semne ca modificarea conductanței electrice a pielii, creșterea ritmului cardiac, a frecvenței respirației, a tensiunii arteriale etc. - David *et al.*, 2000). Alteori, manifestările pot presupune subactivarea fiziologică (așa cum se întâmplă în tulburări de tip depresiv - David *et al.*, 2005).

• *La nivel subiectiv-afectiv*, se face o distincție clară între trăirile emoționale funcționale (pozitive și negative) și trăirile emoționale disfuncționale (pozitive și negative). Diferențele dintre aceste tipuri de trăiri emoționale sunt atât calitative, cât și cantitative (Ellis, 1994; Ellis și Harper, 1975). Funcționalitatea/disfuncționalitatea emoțiilor este dată de experiența subiectivă, cognițiile asociate (convingeri raționale *versus* iraționale) și consecințele acestor emoții (de exemplu, consecințe comportamentale - Ellis și DiGiuseppe, 1993). Astfel, emoțiile negative funcționale reflectă prezența unei experiențe subiective negative, a convingerilor raționale, precum și a unor consecințe comportamentale adaptative. Emoțiile pozitive funcționale reflectă prezența unei experiențe subiective pozitive, a convingerilor raționale, precum și a unor consecințe comportamentale adaptative. Emoțiile negative disfuncționale, pe de altă parte, indică prezența unei experiențe subiective negative, a convingerilor iraționale și a consecințelor comportamentale dezadaptative. Emoțiile pozitive disfuncționale, pe de altă parte, indică prezența unei experiențe subiective pozitive, a convingerilor iraționale și a consecințelor comportamentale dezadaptative (Ellis și DiGiuseppe, 1993). Clinic, emoțiile negative sunt mai relevante, în timp ce emoțiile pozitive disfuncționale sunt mai puțin studiate deocamdată. Definite astfel, emoțiile negative disfuncționale corespund problemelor de intensitate și natură clinică (de exemplu, anxietate, depresie, furie, vinovăție etc.), iar emoțiile negative funcționale corespund reacțiilor negative firești (îngrijorare, tristețe, nemulțumire, părere de rău etc.), asociate cu evenimente negative de viață (Bonnano, 2004; Ellis și DiGiuseppe, 1993). De exemplu, studii recente (David *et al.*, 2005) arată că într-o situație de viață stresantă (cum ar fi o operație la sân iminentă), femeile care întrețin convingeri iraționale vor trăi emoții negative disfuncționale intense. Pe de altă parte, pacientele cu nivele scăzute de iraționalitate vor trăi emoții negative funcționale intense. Evident că o emoție disfuncțională implică și echivalența funcțională (dacă ești deprimat, ești și trist; dacă ești anxios, ești și îngrijorat; dacă ești furios, ești și nemulțumit; dacă te simți vinovat, ai și păreri de rău); prezența unei emoții funcționale nu implică însă și echivalență disfuncțională (poți să fii trist fără a fi deprimat; poți să fii îngrijorat fără a fi anxios; poți să fii nemulțumit fără a fi agresiv; poți să ai regrete fără a te simți vinovat).

Teoria evaluării

Teoria evaluării este cea mai bine susținută științific pentru a înțelege modificările de la nivel subiectiv-afectiv. Conform teoriei evaluării (Folkman și Lazarus, 1988; Lazarus, 1991; Smith și Lazarus, 1993), apariția emoțiilor are la bază interacțiunea (tranzacția) dintre individ și mediu. Tranzacția include atât scopurile persoanei, cât și reprezentările mentale ale evenimentelor din mediul înconjurător. Aceasta corespunde legăturii A-B din modelul ABCDE (Beck, 1976; Ellis, 1994) în teoria clinică cognitiv-comportamentală. Altfel spus, evenimentele din mediu sunt mai întâi reprezentate prin descrieri și inferențe în sistemul cognitiv. Ulterior, reprezentările sunt procesate din punctul de vedere al relevanței lor pentru scopurile persoanei, procesare definită prin termenii de „evaluare” și „convingere evaluativă” (B-ul din modelul ABCDE). Deși reprezentările mentale contribuie la producerea emoțiilor, doar evaluările determină în mod direct apariția acestora. În continuare, emoțiile generate (C-ul din modelul ABCDE) duc la angajarea mecanismelor de *coping*, care vor modifica interacțiunea persoană - mediu, ceea ce va duce la noi evaluări și la schimbări în calitatea și intensitatea emoțiilor resimțite (vezi Figura 2.8.).

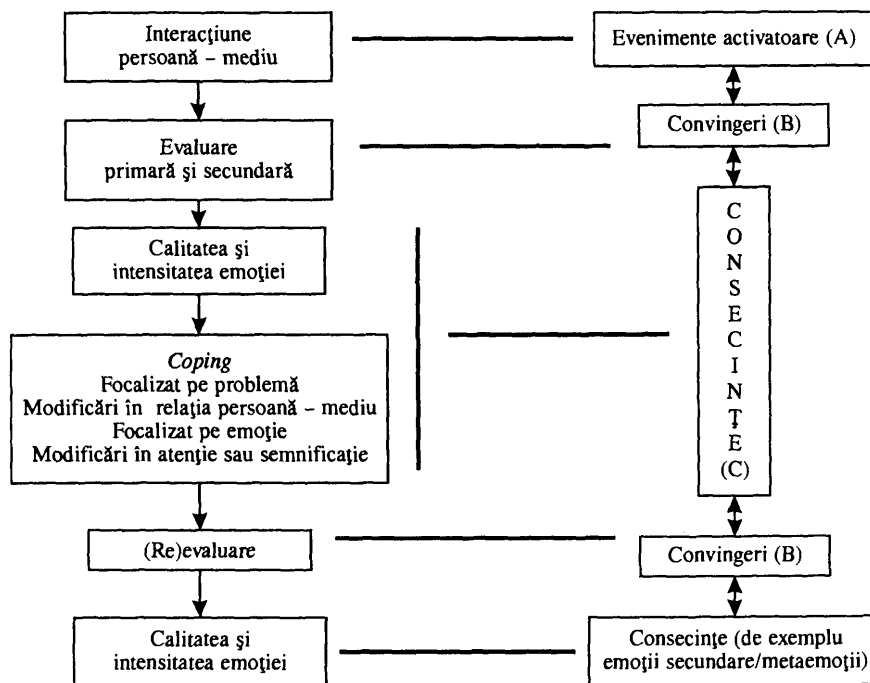


Figura 2.8. O analogie între teoria evaluării și teoria clinică cognitiv-comportamentală

Pornind de la teoria evaluării, evaluările pot fi descrise la două nivele: (1) procesări informaționale specifice și (2) teme relaționale centrale.

Procesările informaționale specifice sunt de trei tipuri:

(1) *Evaluarea primară* are ca și componente relevanța motivațională și congruența motivațională. Cele două componente reflectă, pe de o parte, măsura în care evenimentul este relevant pentru scopurile/dorințele persoanei, iar pe de altă parte, măsura în care acesta este congruent cu scopurile persoanei. În situațiile în care un eveniment este relevant pentru scopurile persoanei, dar nu este congruent cu acestea, formularea scopurilor respective în termeni absoluți („trebuie”) se va solda cu apariția emoțiilor negative disfuncționale (de exemplu, „Este extrem de important pentru mine să fiu apreciat de prietenii mei, însă aceștia nu mă apreciază așa cum ar trebui să o facă”). În aceleași condiții, formularea scopurilor în termeni preferențiali („prefer”) duce la trăirea unor emoții negative, dar funcționale (de exemplu, „Este extrem de important pentru mine să fiu apreciat de prietenii mei, însă aceștia nu mă apreciază așa cum ar prefera să o facă”).

(2) *Evaluarea secundară* : componentele acesteia vizează resursele și opțiunile de coping ale persoanei în situații negative (Smith *et al.*, 1993). Acestea sunt: responsabilizarea celorlalți sau a propriei persoane; expectanțele pozitive sau negative față de viitor; potențialul de *coping* focalizat pe problemă; și potențialul de *coping* focalizat pe emoție.

- Responsabilizarea celorlalți sau a propriei persoane se referă la desemnarea persoanei sau a situației responsabile de evenimentul apărut. În contextul formulării scopurilor în termeni iraționali, desemnarea persoanei sau a situației responsabile de evenimentul negativ în termeni de evaluare globală se asociază cu emoții negative disfuncționale (de exemplu, „Eu sunt vinovat de eșecul la examen, deoarece trebuia să fi învățat mai mult” sau „Profesorul este vinovat”).
- Expectanțele pozitive sau negative față de viitor se referă la posibilitatea de a induce schimbări în situația existentă. În asociere cu evaluarea globală negativă a propriei persoane, aceste expectanțe vor înclina spre polul negativ, ducând la emoții negative disfuncționale (de exemplu, „O persoană incompetentă cum sunt eu nu poate face nimic pentru ca lucrurile să se schimbe în bine pe viitor”).
- Potențialul de *coping* focalizat pe problemă reflectă evaluarea abilității persoanei de a acționa direct asupra situației. În asociere cu evaluarea globală negativă a propriei persoane, acesta duce la apariția emoțiilor negative disfuncționale (de exemplu, „Nu am abilitățile necesare pentru a face față acestei situații și asta înseamnă că sunt un incapabil”).
- Potențialul de *coping* focalizat pe emoție reflectă evaluarea abilității persoanei de a se adapta psihologic la situația apărută. În asociere cu toleranța scăzută la frustrare și tendința spre catastrofă, acesta duce la trăirea emoțiilor negative disfuncționale (de exemplu, „În situația aceasta nu pot să mă controlez și asta este îngrozitor și insuportabil”).

(3) *Reevaluarea*: se referă la modificarea evaluărilor pe baza unor noi informații despre situația din mediu și/sau persoană.

Temele relaționale centrale

Modalitatea particulară de combinare a componentelor evaluării primare și secundare se reflectă în conturarea unor teme centrale, subiacente emoțiilor generate. De exemplu, anxietatea are ca temă centrală „pericolul - amenințarea” și este rezultatul asocierii dintre următoarele componente: relevanță motivațională ridicată, congruență motivațională scăzută și potențial scăzut de *coping* focalizat pe emoție, dublate de prezența următoarelor convingeri disfuncționale: „trebuie” absolutist, toleranța scăzută la frustrare, catastrofare. Tabelul 2.3. sumarizează relația dintre cogniții și emoții prin prisma teoriei abordate mai sus.

Tabelul 2.3. *Teoria evaluării asupra formării emoțiilor (stânga) și un model asupra formării emoțiilor, bazat atât pe teoria evaluării, cât și pe teoria clinică cognitiv-comportamentală (dreapta)*

| Teoria evaluării (Smith <i>et al.</i> , 1993) | | | Teoria clinică cognitiv-comportamentală (David <i>et al.</i> , 2002a) | | |
|---|---|--|---|---|--|
| Emoția | Teme relaționale centrale | Componentele evaluării | Emoții : disfuncționale și funcționale | Teme relaționale centrale | Componente de evaluare relevante |
| Furie | Culpabilizarea/ blamarea celorlalți | Relevant motivațional Incongruent motivațional Responsabilizarea altora (de exemplu, alte persoane, condițiile de viață) | Furie | Culpabilizarea/ blamarea celorlalți | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu cerințele absolutiste Responsabilizarea altora (de exemplu, ceilalți, condițiile de viață etc.) |
| | | | Nemulțumire | | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu preferințele persoanei Responsabilizarea altora (de exemplu, ceilalți, condițiile de viață etc.) |
| Vinovăție | Autoculpabilizare/ blamarea propriei persoane | Relevant motivațional Incongruent motivațional Responsabilizarea propriei persoane | Vinovăție | Autoculpabilizare/ blamarea propriei persoane | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu cerințele absolutiste Responsabilizarea propriei persoane (eu) |
| | | | Remușcare | | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu preferințele persoanei Responsabilizarea propriei persoane (eu) |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|-------------------|---|--|
| Frică - de anxietate | Pericol - Amenințare | Relevant motivațional Incongruent motivațional Potențial scăzut sau incert <i>coping</i> focalizat pe emoție | Frică - Anxietate | Pericol - Amenințare | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu cerințele absolutiste Potențial scăzut sau incert de <i>coping</i> focalizat pe emoție (catastrofare, toleranță scăzută la frustrare) |
| | | | Îngrijorare | | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu preferințele persoanei Potențial de <i>coping</i> focalizat pe emoție (evaluări non-catastrofale, toleranță la frustrare) |
| Tristețe - Deprimare | Pierdere irevocabilă ; neputință în fața pierderii sau adversității | Relevant motivațional Incongruent motivațional Potențial scăzut de <i>coping</i> focalizat pe problemă Expectanțe negative față de viitor | Deprimare | Pierdere irevocabilă ; neputință în fața pierderii sau adversității | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu cerințele absolutiste Potențial scăzut de <i>coping</i> focalizat pe problemă (evaluarea globală negativă a propriei persoane) Expectanțe negative față de viitor |
| | | | Tristețe | | Relevant motivațional Incongruent motivațional cu preferințele persoanei Potențial de <i>coping</i> focalizat pe problemă (absența evaluării globale negative a propriei persoane) Expectanțe negative față de viitor |

2.4.2. Implicații ale modelului ABC

Sintetizat, modelul ABC apare ca în Figura 2.9.

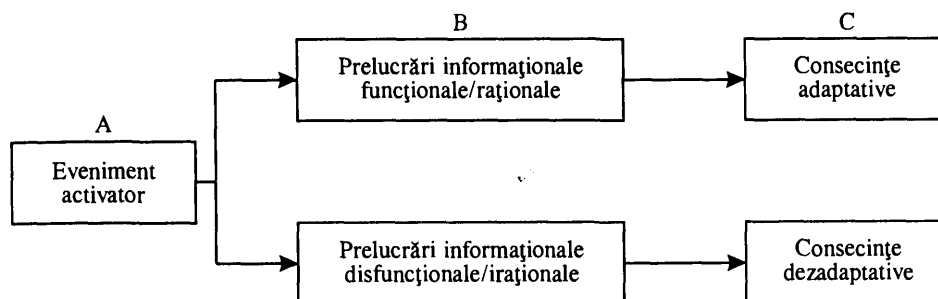


Figura 2.9. Modelul ABC într-o prezentare schematică

Trebuie să fim atenți, în înțelegerea modelului ABC, la modul în care interpretăm ceea ce spune pacientul. Limbajul acestuia este un punct de pornire important, dar este necesar să verificăm semnificația lui. Spre exemplu, un pacient poate afirma că își dorește să fie apreciat de ceilalți oameni, ceea ce pare o evaluare rațională; la o analiză atentă însă, se poate găsi că, de fapt, evaluarea este una irațională, pacientul crezând că ceilalți trebuie cu necesitate să-l aprecieze. Similar, în cazul emoțiilor, un pacient poate menționa că este deprimat, dar la o analiză atentă, se dovedește o emoție funcțională de tristețe (sau invers). Neînțelegerea acestor nuanțe poate duce la erori importante în psihoterapie.

Tabloul clinic este format din consecințele (C) prelucrărilor informaționale, la care se adaugă adesea descrierile și inferențele. Evaluările sunt considerate factori de vulnerabilitate care, în interacțiune cu evenimente de viață, generează tabloul clinic, acesta incluzând componente cognitive (descriseri și inferențe) comportamentale, biologice/fiziologice și subiectiv-afective. În acest sens, un tratament etiopatogenetic trebuie să vizeze obligatoriu modificarea evaluărilor. Modificarea descrierilor și inferențelor va duce la schimbări la nivel subiectiv-afectiv, comportamental și al unor reacții biologice/fiziologice, dar pacientul va rămâne cu vulnerabilitate psihologică, care, în interacțiune cu situații de viață viitoare, poate duce la reinstalarea tabloului clinic.

Se face, așadar, o diferență clară între probleme de ordin practic (A) și probleme emoționale (C). Problema practică este reprezentată de situația-stimul (A). Uneori ea nu poate fi modificată, dar alteori poate fi schimbată prin proceduri specifice. Cele mai cunoscute modalități de intervenție terapeutică pentru modificarea problemei practice sunt: (1) rezolvarea de probleme; (2) antrenamentul asertiv; (3) tehnicile

de negociere și rezolvarea conflictelor; (4) tehnicile decizionale; (5) tehnicile de dezvoltare a abilităților sociale etc. (în principiu, orice intervenție care modifică situația stimul; pentru detalii, vezi David *et al.*, 2000). Problema emoțională este reprezentată de tabloul clinic, cu accent pe componenta subiectiv-afectivă a acestuia.

Secvența terapeutică este ghidată de distincția dintre „a te simți mai bine” (tratament simptomatic), „a te face bine” și „a rămâne sănătos” (tratament etiopatogenetic). O rezolvare a problemei practice (A) ar duce și la ameliorarea problemei emoționale (C), însă pacientul ar rămâne cu vulnerabilitatea cognitivă și ar fi predispus la recăderi (s-ar simți mai bine, fără a se race bine). Secvența indicată este rezolvarea problemei emoționale disfuncționale, prin modificarea prelucrărilor informaționale disfuncționale (și aici se începe cu metaemoția, dacă aceasta există), iar în etapa a doua se intervine pentru a rezolva problema practică (dacă este posibil). În acest fel, pacientul ajunge nu doar să se simtă mai bine, ci și să se facă mai bine.

Identificarea proceselor informaționale relevante pentru patologie este fundamentală în demersul psihoterapeutic, ea putându-se face prin diverse proceduri:

(1) întrebări directe: „La ce te gândeai de te-ai întristat?”.

(2) Imagerie dirijată: cerem pacientului să își imagineze situația-stimul și reacțiile care apar în această situație, iar în acest context se pune întrebarea „La ce te gândești acum ? ”.

(3) Observațiile din cursul ședințelor: în cursul ședințelor de psihoterapie, se declanșează adesea trăiri emoționale cu relevanță clinică. Ele trebuie observate și utilizate creativ în practica clinică. Atunci când ele apar, pacientul poate fi întrebat: „La ce te gândești acum ? ”, pentru a identifica prelucrările informaționale relevante clinic.

Numai imaginația și deontologia ne limitează în a găsi proceduri prin care să identificăm prelucrările informaționale implicate în patologie. De exemplu, este evident faptul că în cazul copiilor tehnicile descrise mai sus pot fi mai puțin relevante. Așadar, tehnicile care implică jocul, poveștile etc. pot fi mult mai utile în a accesa prelucrările informaționale relevante. Abordarea cognitiv-comportamentală se caracterizează prin conceptualizarea cognitivă a cazului. Dacă nu există o conceptualizare cognitivă a cazului, atunci, indiferent de tehnicile utilizate, abordarea nu este una cognitiv-comportamentală. Odată făcută conceptualizarea cognitivă, putem apela la o gamă variată de tehnici eficiente în a modifica prelucrările informaționale, indiferent de orientarea terapeutică din care provin. Spre exemplu, analiza viselor (de origine dinamic-psihaanalitică) este o tehnică importantă, care ne poate ajuta să identificăm și să modificăm prelucrările informaționale disfuncționale și iraționale ale pacientului. Așadar, din nou, doar imaginația și deontologia ne limitează în a găsi proceduri prin care să modificăm prelucrările informaționale implicate în patologie. Este însă important să înțelegem că psihoterapia cognitiv-comportamentală utilizează un bagaj larg de tehnici, de la tehnici mai directive (logice, empirice, pragmatice etc.)

la tehnici mai puțin directive (de exemplu, umorul, ironia și autoironia) sau chiar non-directive (metaforice, povești, jocuri, tehnici de consiliere pastorală etc.). Este o eroare fundamentală a crede că tehnicile sau forma de terapie se aleg în funcție de personalitatea psihoterapeutului („forma de psihoterapie care mi se potrivește”). Un terapeut eficient trebuie să fie capabil să utilizeze orice tehnică, în funcție de nevoile pacientului; evident că personalitatea terapeutului colorează tehnicile utilizate, dar acest lucru nu înseamnă că ele sunt selectate în funcție de personalitatea lui.

2.4.3. Noi evoluții și tendințe

Paradigma cognitiv-comportamentală are un serios suport științific. Există sute de studii (pentru o trecere în revistă, vezi David și Szentagotai, sub tipar; David *et al.*, 2005) care susțin acest model. Așadar, ea constituie prototipul pentru psihoterapia validată științific (vezi Anexa 1). Ironic, limitele ei derivă din caracterul său științific. Astfel, trebuie spus clar:

(1) Nu cunoaștem mecanismele cognitive implicate în toate tulburările psihice; de aceea, acesta este un model științific care se dezvoltă continuu prin cercetări. Acest lucru este similar cu situația din medicină, unde se fac încă cercetări pentru a găsi mecanismele etiopatogenetice implicate în diverse tulburări (de exemplu, în diverse forme de cancer);

(2) Chiar și atunci când cunoaștem aceste mecanisme, uneori nu avem tehnici suficiente de eficiente pentru a le schimba; cercetările aflate în derulare încearcă să elaboreze proceduri moderne și mai avansate de intervenție psihoterapeutică. Din nou, acest lucru este similar cu situația din medicină unde, deși cunoaștem uneori mecanismele etiopatogenetice implicate în diverse boli, nu avem încă tratamente eficiente pentru a le influența.

Există o serie de concepții eronate asupra acestui model, promovate în special de profesioniștii din domeniu care nu sunt racordați la demersul științific în domeniul clinic. Astfel de concepții, prin raportare la literatura de specialitate, devin mituri. Le prezentăm succint în continuare pe cele mai importante, pentru a le putea evita.

Mitul 1. Abordarea cognitiv-comportamentală se focalizează obsesiv pe cogniții, ignorând trăirea emoțională a subiectului uman. Fals. Scopul principal al intervenției cognitiv-comportamentale este ameliorarea tabloului clinic al pacientului, în cadrul căruia aspectele subiectiv-afective sunt dominante. Modificarea cognițiilor este doar un mijloc pentru a modifica tabloul clinic, nu un scop în sine! Scopul este reducerea distresului, a emoțiilor disfuncționale și a comportamentelor dezadaptative; în baza datelor existente în literatura de specialitate, acest lucru se poate și trebuie făcut prin modificarea factorilor etiopatogenetici cognitivi.

Mitul 2. Intervenția cognitiv-comportamentală este un tratament simptomatic. Fals. Intervenția cognitiv-comportamentală este printre puținele intervenții etiopatogenetice din psihoterapie. Pornind de la cercetări riguroase de psihologie clinică experimentală care investighează mecanismele etiopatogenetice implicate în starea de sănătate și boală, tehnicile utilizate vizează tocmai modificarea acestora. În plus, modificarea este foarte profundă, ajungând la scheme cognitive și evaluări, componente importante ale personalității și ale stilului de viață al pacientului.

Mitul 3. Abordarea cognitiv-comportamentală este prea tehnicizată, ea nefiind potrivită pentru anumiți pacienți și anumite forme de patologie. Fals. Însăși formularea arată naivitatea și lipsa de profesionalism a celor care au astfel de credințe. Abordarea cognitiv-comportamentală, ca orice altă formă de psihoterapie, are o componentă științifică (limbaj, teorii, proceduri) și una de interfață (traducerea clinică a limbajului, teoriei și procedurilor în cazul pacientului-țintă). Citirea unor cărți care descriu terapia cognitiv-comportamentală (componentă științifică), fără o formare profesională în domeniu (care asigură și componenta de interfață), duce la un astfel de mit. Abordarea cognitiv-comportamentală este o abordare integrativă, cu un spectru larg de tehnici și proceduri validate științific, selectarea acestora într-un caz-țintă făcându-se în funcție de pacient și de problemele pe care acesta le are.

Exemplu

În cazul unui stres posttraumatic apărut după un viol, un autodidact în terapia cognitiv-comportamentală ar putea să încerce direct să restructureze cognițiile iraționale de genul „...nu meritam asta, nu trebuia să se întâmple...” (gândire absolutistă) sau „...este groaznic ce mi s-a întâmplat...” (catastrofare), care într-adevăr sunt mecanisme etiopatogenetice ale tulburării. Ar putea întreba (încercând să-i arate pacientului direct eroarea în gândire): „unde scrie că nu trebuia să se întâmple ? ” sau „pe ce te bazezi când spui că a fost groaznic ? ”. Această strategie corectă teoretic este greșită clinic. Într-un astfel de caz, o abordare cognitiv-comportamentală adecvată ar căuta ca pe fondul unei relații terapeutice bune, să restructureze indirect, prin modelare, cognițiile iraționale ale pacientului. Spre exemplu, terapeutul ar putea spune: „... înțeleg că a fost teribil de rău...” (varianta rațională a catastrofării) sau „...cred că ți-ai fi dorit teribil de mult să nu se întâmple asta...” (varianta rațională a gândirii absolutiste).

Capitolul 3

Psihodiagnostic și evaluare clinică

3.1. Fundamente

Din punct de vedere etimologic, termenul de diagnostic (gr. *diagnostikos* - capacitate de a distinge; de la *dia* - între - și *gnosis* - cunoaștere) denotă o activitate de cunoaștere. Psihodiagnosticul se referă la cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman, cu relevanță pentru diverse activități. Psihodiagnosticul clinic vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală. Cunoașterea acestor factori psihologici se realizează prin procesul de evaluare (clinică în cazul nostru), în care se utilizează metode diverse precum testarea psihologică, interviu clinic (liber, semistructurat, structurat) etc. Modul în care se realizează (psiho)diagnosticul și evaluarea clinică face obiectul mai multor lucrări de referință [de exemplu: *Manualul de diagnostic al tulburărilor mentale și de comportament (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM)*; *Clasificarea internațională a bolilor, secțiunea „Boli mentale”, (International Classification of Diseases - ICD)*; *Interviul clinic structurat pentru DSM-IV-TR (SCID) (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR; First et al., 2002)*]. Așadar, în continuare vom prezenta nucleul tare al demersului de psihodiagnostic și evaluare clinică.

Modelul de psihodiagnostic și evaluare clinică prezentat în continuare este unul prototip în domeniul clinic - psihodiagnostic și evaluare clinică nosologică - (gr. *nosos* - rău, boală), care se referă la încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o anumită categorie de tulburare psihică. Menționăm însă că, în funcție de orientarea teoretică din psihologia clinică, există și alte modele de psihodiagnostic și evaluare clinică (de exemplu, psihodiagnostic și evaluare clinică funcțională, în care nu se urmărește încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o categorie nosologică, ci identificarea unor factori psihologici, cognitivi-comportamentali, care să explice tabloul clinic și problemele de viață ale pacientului (pentru detalii, vezi subcapitolul 2.4. și Kaplan *et al.*, 1994).

În cazul unui proces de psihodiagnostic și evaluare clinică nosologică, secvențele sunt următoarele:

- încadrarea tabloului clinic al pacientului într-o anumită categorie nosologică (fazele I și II se realizează prin interviu clinic și testare psihologică);
- Particularizarea, detalierea și sintetizarea datelor culese în fazele I și II, pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de categoria nosologică în care a fost încadrat tabloul său clinic. De asemenea, aici se detaliază diagnosticul nosologic în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient (faza III se realizează prin interviu clinic și testare psihologică).

Faza I. Este indicat ca interviul să înceapă cu o discuție despre situații care îl pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la dezanxietizarea lui și poate facilita comunicarea dintre pacient și clinician. În această fază se înregistrează, de asemenea, numele și prenumele pacientului, vârsta, cetățenia, naționalitatea și domiciliul, date furnizate de pacient sau aparținători - în cazul unor tulburări grave sau a copiilor. Se notează și motivul trimerii. Spre exemplu, în cazul unui student la Fizică, am început interviul cu discuții despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă terapeutul dovedește cunoștințe în domeniul de interes al pacientului, aceasta poate contribui la dezvoltarea pozitivă mai rapidă a relației terapeutice. Nu înseamnă că trebuie să fim enciclopedii, doar că o eventuală pregătire anterioară - în cazul în care știm cu cine vom discuta - se poate dovedi utilă. Apoi, treptat, se virează spre obiectul interviului, menținând un limbaj de interfață, cu caracteristici diferite de la pacient la pacient.

Exemplu

„Bun, hai acum să ne întoarcem puțin la problemele noastre. Întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără) apoi am să te întreb cum a început. Deci, ce probleme (necazuri) sunt ? Ce te supără (deranjează) ? ”

În continuare, interviul trebuie să vizeze următoarele aspecte, care aproximează de fapt axele de diagnostic din DSM:

- descrierea acurată a tabloului clinic (Axa 1 - tulburările clinice - și Axa 2 - tulburările de personalitate), debutul și evoluția acestuia: „De când au început problemele ? De când ai observat aceste modificări ? Înainte de Crăciun ? ” (în cazul în care pacientul are dificultăți în a-și reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naștere etc.);
- prezența altor boli somatice sau psihice, internări anterioare (Axa 3 - condițiile medicale);
- condițiile social-economice, informații despre familie, situații stresante (Axa 4 - stresorii psihosociali);
- o perspectivă generală asupra stării pacientului (Axa 5 - indicele global de funcționare).

Această fază se încheie prin realizarea unui diagnostic nosologic ipotetic și identificarea unor factori ipotetici declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a simptomatologiei.

Exemplu

Tulburare de adaptare cu elemente depresive (categorie nosologică - Axa 1), factori declanșatori (moartea mamei - Axa 4), factori predispozanți (personalitate de tip dependent - Axa 2), factori favorizanți (stresori anteriori repetați), factori de menținere (condițiile economice - trăiește din banii primiți de la rude).

Faza II. în faza a doua a interviului, urmează o investigare detaliată a comportamentului și funcțiilor psihice. Investigarea prin interviu trebuie să fie dublată de o investigare obiectivă prin teste psihologice, acolo unde acest lucru este posibil, în Tabelul 3.1. vom prezenta un exemplu schematizat de aspecte care trebuie urmărite în cursul interviului și testele psihologice aferente utilizate cel mai des (pentru un model detaliat, vezi SCID, First *et al.*, 2002).

Tabelul 3.1. Componentele psihologice investigate în cursul interviului clinic

| Componenta psihică investigată | Interviu | Test psihologic |
|--------------------------------|--|--|
| Factorul perceptiv | Mulți oameni, atunci când sunt stresați, li se întâmplă să vadă lucruri care nu există. Vi s-a întâmplat vreodată așa ceva? | Bender-Santucci Benton |
| Comportament | Observarea mimicii, gesticii, interacțiunii sociale, posturii, comportamentului motor. <ul style="list-style-type: none"> • Un aspect general néîngrijit, murdar, ne poate duce cu gândul la un diagnostic prezumtiv de alcoolism, schizofrenie, depresie, demență, dependență de substanțe. • Un aspect general caracterizat printr-o vestimentație excentrică, neasortată, și machiaj țipător, poate duce cu gândul la un diagnostic prezumtiv de manie. • Nerespectarea uzanțelor sociale sugerează un diagnostic de demență sau schizofrenie etc. | |
| Memorie | Am să vă spun zece cifre. Vă rog să încercați să le memorați, deoarece apoi vă voi cere să vi le amintiți. | Rey - figură complexă; Rey - verbal; Wechsler - Scala de memorie a cifrelor |
| Dispoziție afectivă | Cum vă simțiți în general? în ce stare de spirit vă aflați acum? | Chestionarele de distres, anxietate, depresie etc. |
| Personalitate | | MMPI |
| Depersonalizare Derealizare | Ați simțit că unele lucruri sunt ireale? Ați simțit că parcă nu mai sunteți dumneavoastră înșivă? | |
| Obsesii | Vă vin în minte gânduri chiar dacă nu doriți acest lucru? | |
| Compulsii | Simțiți uneori că trebuie neapărat să faceți anumite lucruri? | |
| Atenție | | Toulouse-Pieron, Praga |
| Gândire și inteligență | Cum își motivează comportamentele și simptomele? în cazul unui delir, novicii au tendința de a intra în detaliile delirului, stimulându-l, de fapt, prin întrebările puse. <i>Notă:</i> Nu este necesară o analiză mai detaliată decât analiza necesară schemei de tratament (cum ar fi analiza necesară clasificării delirului și a identificării structurii sale generale: delir de persecuție, erotic etc.). | Matrici progresive Raven; Scalele de inteligență Wechsler; Probleme piagetiene, probe de diagnostic formativ |

| | | |
|------------------|---|--|
| Orientarea | Unde vă aflați ? Ce zi este astăzi ? în ce an suntem ? | |
| Conștiința bolii | <ul style="list-style-type: none"> • Cum credeți că vă văd ceilalți ? Ce credeți că gândesc ei despre dumneavoastră ? • Vă considerați o persoană sănătoasă, fără probleme ? • Ce probleme credeți că aveți ? • Considerați necesar tratamentul pentru problemele dumneavoastră ? | |

La sfârșitul acestei faze, se clarifică și se definitivează diagnosticul nosologic prezumtiv.

Fam III. în faza a treia, în cadrul psihodiagnosticului și evaluării clinice, se poate trece la o investigație detaliată, care vizează surprinderea structurii și dinamicii individuale a pacientului și oferă informații suplimentare (față de cele obținute în primele două faze care au contribuit la un diagnosticul nosologic), prin reliefarea modului în care categoria nosologică se particularizează în cazul pacientului în discuție. Analiza vizează cele patru nivele de analiză a subiectului uman: subiectiv-afectiv (emoțional), cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Mai precis, se urmărește aici evaluarea psihologică detaliată a:

- stării prezente a pacientului și a modului în care acesta se adaptează la situațiile concrete;
- problematicii comportamentelor simptomatice;
- situației somatice a pacientului;
- dinamicii și structurii personalității;
- comportamentului interpersonal;
- principiilor morale și atitudinilor sociale;
- mecanismelor defensive și de *coping*, precum și a conflictelor și dinamicii lor;
- identității și imaginii de sine;
- determinanților sociali și situațiilor curente de viață;
- problemelor de ecologie socială și familială;
- controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor etc.

La sfârșitul fazei a treia, avem atât o categorie de diagnostic nosologic, cât și particularizarea acesteia prin surprinderea dinamicii individuale a pacientului.

Trecerea de la psihodiagnosticul nosologic la intervenția psihologică propriu-zisă (consiliere psihologică, psihoterapie etc.) se face prin intermediul unei liste de probleme. Aici ne interesează modul în care categoria nosologică se exprimă în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient. în acest scop, se face o listă cu probleme concrete de viață. Astfel, doi pacienți cu același diagnostic nosologic (de exemplu, tulburare depresivă majoră) pot avea probleme de viață diferite (de exemplu,

în timp ce în cazul unui pacient problemele se reflectă mai ales în relațiile la locul de muncă, la celălalt se reflectă în relațiile familiale). Se recomandă ca lista să nu cuprindă mai mult de opt, zece probleme. O listă prea lungă descurajează pacientul și face dificilă organizarea procesului psihoterapeutic. Dacă numărul de probleme este foarte mare, sugerăm formularea uneia/unora dintre ele în termeni mai generali. De exemplu, dacă există probleme de comunicare cu soțul, cu copiii și cu părinții nu vom formula trei probleme, ci una: probleme de comunicare cu familia. Demersul psihoterapeutic trebuie început cu o problemă importantă pentru pacient, dar despre care știm, în baza experienței și a literaturii de specialitate, că poate fi rezolvată relativ ușor. Dacă începem cu o problemă periferică (cum ar fi renunțarea la fumat în cazul unui pacient care are atacuri de panică), pacientul poate considera tratamentul neimportant. În cazul în care începem cu o problemă majoră, greu de rezolvat, pacientul nu vede eficiența psihoterapiei; acest lucru este important de ținut minte dacă luăm în calcul că numărul mediu de ședințe de psihoterapie în condiții ecologice este mai mic decât cinci! Așadar, problema cu care începem demersul terapeutic trebuie să fie una importantă și relativ ușor de ameliorat (de exemplu, atacuri de panică). Negocierea acestui demers, în cazul în care pacientul dorește un altul (*Atenție!* Dorința pacientului de a începe cu o problemă periferică poate sugera defense și dificultăți în relația psihoterapeutică.), se face transparent, mizând și pe autoritatea profesională a psihoterapeutului. Psihoterapeuții novici au tendința să abordeze mai multe probleme simultan. Aceasta este o eroare psihoterapeutică ce trebuie evitată. Abia după ce am rezolvat sau ameliorat o problemă, trecem la următoarea. Uneori, demersul psihoterapeutic poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales dacă diagnosticul nosologic nu este cerut în mod formal sau dacă se lucrează pe probleme subclinice sau de autocunoaștere, optimizare și dezvoltare personală.

În funcție de pacient și de obiectivele terapeutului (care evaluează câtă informație consideră că ar fi relevantă), etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică se poate întinde pe parcursul a una, două ședințe.

Rezumând, psihodiagnosticul și evaluarea clinică nosologică presupun următoarele componente principale:

- Formularea diagnosticului nosologic - DSM - faza I și II;
- Detalierea diagnosticului nosologic prin surprinderea dinamicii acestuia în cazul unui pacient-țintă (faza III);
- Operaționalizarea diagnosticului nosologic în probleme de viață specifice pacientului (stabilirea listei de probleme).

Prezentăm în continuare câteva sugestii pentru îmbunătățirea demersului clinic în ceea ce privește diagnosticul și evaluarea clinică.

Reguli facilitatoare ale diagnosticării și evaluării clinice:

- (1) Alternanța întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări ținute/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise și fluente);

- (2) Comunicare non-verbală adecvată;
- (3) Reflectări empatică frecvente;
- (4) Atenție la ce spune pacientul, dar și la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra lucrurilor (de exemplu, ori de câte ori povestește despre soție, apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre aceasta).

Tehnici de spargere a rezistențelor

În timpul interviului clinic, pot să apară o serie de rezistențe din partea pacientului și dificultăți de comunicare în obținerea de informații relevante pentru tratament. Sursele acestor rezistențe pot fi diverse:

- (1) Pacientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susține o comunicare relevantă;
- (2) Expectanțele sale față de terapeut sau terapie sunt nesatisfăcute: terapeut prea tânăr/bătrân; terapeut femeie/bărbat; cabinetul terapeutic sărăcăcios/luxos etc.;
- (3) A fost adus împotriva voinței lui (amenințat cu divorțul, cu pierderea pensiei etc.).

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

În cazul al doilea, spargerea rezistențelor se bazează pe următoarea regulă, susținută de studii de psihologie socială (Gilbert *et al.*, 1993): pe măsură ce pacientul împărtășește clinicianului experiențe personale, acesta începe să fie perceput mai pozitiv de către pacient. Aceasta înseamnă că este important ca pacientul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtășește terapeutului tot mai multe elemente personale. Este indicată următoarea strategie clinică:

Terapeut: — Ce probleme sunt ?

Pacient: — Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că ești prea tânăr să mă înțelegi și să mă ajuți.

T: — Din cele ce îmi spunei, înțeleg că sunteți dezamăgit să întâlniți un terapeut prea tânăr *{reflectare empatică a rezistenței lui}*.

P: — Da, mă așteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.

T: — Cred că aveți dreptate să gândiți astfel. Toți am dori, la necaz, să avem un om matur și puternic lângă noi care să ne ajute *(suntem de acord cu rezistența lui)*.

P: - Da.

T: — Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă, în care, probabil, veți avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să știu ce probleme sunt, ca să vă pot recomanda cel mai bun terapeut pentru problemele respective. Deci, ce necazuri sunt? *(oportunitate de dialog)*.

P: — ...*(de cele mai multe ori, începe să împărtășească problemele personale)*.
în al treilea caz, mecanismul angajat pentru spargerea rezistențelor este de aceeași factură:

T: — Ce probleme sunt ?

P: — Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar am venit de gura nevesti-mii. Și nu am nici o problemă!

T: — Înțeleg că trebuie să fiți extrem de revoltat și nemulțumit că ați fost adus aici *(reflectarea empatică a rezistenței pacientului)*.

P: - Da.

T: — Oricine în locul dumneavoastră ar simți la fel. Cred că și eu aș fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinței mele *(suntem de acord cu rezistența lui)*. Dar, oricum, cine v-a adus aici?

P: — Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.

T: — De ce credeți că dorește acest lucru ?

P: — Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu mai multe decât orice om.

T: — Totuși mi se pare că aveți o problemă mai ciudată *(cu umor)* - cu soția dumneavoastră, gândiți cam diferit. Sau mă înșel? *(oportunitate de dialog)*.

P: — A, nu cred că aveți dreptate. Să vedeți *(pacientul începe să vorbească despre relația cu soția, rezultând de aici și presupusele probleme pentru care soția i-a cerut să meargă la un psiholog)*.

Așadar, tehnicile pentru spargerea rezistențelor urmează trei pași principali:

- (1) reflectarea empatică a rezistenței pacientului;
- (2) abordarea indirectă a pacientului;
- (3) oferirea de întăriri pentru implicarea pacientului în procesul de diagnostic.

3.2. Limite ale psihodiagnosticului și evaluări clinice nosologice

3.2.1. Numărul exagerat de mare de categorii diagnostice și tendința de patologizare a vieții cotidiene

Faptul că există un număr mare de categorii diagnostice nosologice nu este o problemă în sine; dimpotrivă, numărul mare de categorii nosologice identificate și create până acum ar putea arăta robustețea cercetărilor în acest domeniu și maturitatea lui. Dacă acest număr mare de categorii nosologice nu are însă o justificare științifică, ci una socio-economică, acest lucru devine o problemă pentru știință. Să vedem cum stau lucrurile. De la apariția primei ediții a DSM (1952) și până la ultimele ediții (DSM-IV, 1990) numărul categoriilor diagnostice a crescut cu 300% (Houts, 2002). Unii autori (Houts, 2002) au arătat că această creștere este artificială și neobișnuită și că ea nu se bazează pe date științifice, ci pe condiții socio-economice și politice. Apărătorii DSM (Wakefield, 1999) ne spun, pe de altă parte, că această creștere nu este neobișnuită pentru știința medicală și că ea este justificată de dezvoltările științifice din această perioadă. Altfel spus, cercetările din psihopatologie au dus la descoperirea unor noi tulburări psihice, după cum și cercetările din medicină au dus la descoperirea unor noi boli somatice. Spre exemplu, numărul de categorii diagnostice ale bolilor sistemului circulator a crescut cu 200%, iar cel al sistemului digestiv, cu 123% de la ICD-8 (1980) la ICD-10 (1990) (Wakefield, 1999). Dacă această analogie este corectă, ne așteptăm ca factorii (cercetarea științifică) care au dus la creșterea numărului de categorii diagnostice pentru bolile somatice să fie răspunzători și de creșterea numărului de categorii diagnostice. La o analiză mai atentă însă, această analogie este eronată. Creșterea numărului de categorii diagnostice în ICD este, în principal, rezultatul recodării unor categorii preexistente, nu neapărat al descoperirii unor tulburări sau boli (Houts, 2002), pe când creșterea numărului de categorii în DSM este rezultatul adăugării de noi categorii (Houts, 2002). De fapt, de-a lungul timpului, din DSM s-au scos și s-au adăugat tulburări în funcție de presiunile și schimbările sociale. Spre exemplu, în primele ediții ale DSM, homosexualitatea era o categorie nosologică inclusă în lista tulburărilor psihice. Sub presiunea schimbărilor și mișcărilor

sociale, aceasta a fost scoasă din DSM în 1974, rămânând doar homosexualitatea în formă ego-distoncică (Houts, 2002). În plus, masturbarea a făcut carieră în psihiatrie ca „boală psihică” sau ca factor important în diverse probleme psihice (Dawes, 1994); în schimb, astăzi ea este considerată un comportament sexual sănătos, în măsura în care nu se manifestă ego-distoncic. Probabil că psihopatologia datorează scuze multor oameni care, de-a lungul timpului, au fost diagnosticați ca bolnavi psihic deoarece erau homosexuali sau se masturbau!

În plus, numărul extrem de mare de categorii nosologice duce la o tendință de patologizare a vieții cotidiene (Beutler și Malik, 2002). O examinare succintă a ultimelor ediții ale DSM (de exemplu, DSM-IV, 1994) reliefează categorii nosologice precum:

- probleme de relaționare cu partenerul;
- probleme ocupaționale (cum ar fi insatisfacția la locul de muncă);
- probleme școlare;
- non-complianța cu tratamentul;
- neglijarea copilului;
- probleme de relaționare între frați.

Examinând aceste categorii nosologice, pare că viața normală, fără patologie, nu mai poate fi găsită în lumea în care trăim. Viața pare să fie o mare boală psihică! Exemplele prezentate mai sus reflectă probleme de viață, care țin adesea de domeniul socio-moral, dar iată că ele sunt considerate acum tulburări psihice. Observăm că este foarte greu să eviți încadrarea într-o categorie nosologică pe parcursul vieții. Mai mult, în definiția tulburării psihice prezentată în capitolul 2 (vezi subcapitolul 2.1.), câțiva termeni sunt atât de ambigui, încât utilizarea lor devine periculoasă și fiecare ne putem trezi că ni s-ar putea potrivi un diagnostic psihiatric. Să analizăm acești termeni:

- *Modificare psihică și comportamentală.* Cât de *modificată* trebuie să fie *modificarea* pentru a ieși din sfera normalității? Când discutăm despre modificări la nivel biologic, lucrurile sunt mai clare. Aici se pot stabili statistic anumite limite în care un parametru poate varia, rămânând totuși în limitele normalității (chiar dacă și aici pot să apară unele excepții). În ceea ce privește aspectele psihologice și comportamentale, lucrurile sunt mai complicate. *Un prim criteriu* care a fost propus pentru a face delimitarea între normal și patologic a fost cel statistic (Pichot, 1967). Conform acestui criteriu, normal înseamnă ceea ce aproximează media populației (ceea ce fac cei mai mulți oameni). Deși util, acest criteriu nu este satisfăcător. Probabil că el nu ar funcționa eficient nici măcar în domeniul biologic. Căria, spre exemplu, este o prezență frecventă la majoritatea populației, fără ca aceasta să o facă stare de normalitate. Aplicat în domeniul psiho-comportamental, acest criteriu ridică probleme serioase; spre exemplu, probabil că în Evul Mediu, un stil de gândire normal și non-patologic era acela care considera că

Pământul este plat, iar un stil de gândire patologic, delirant, era acela care susținea că Pământul este rotund! *Al doilea criteriu* propus pentru a delimita normalitatea de anormalitate este criteriul cultural-ideal (Pichot, 1967). Conform acestui criteriu, normal este ceea ce se așteaptă a fi normal într-o societate, idealul pe care grupul social respectiv îl stabilește pentru starea de sănătate. Așadar, ceea ce este considerat normal într-un context socio-cultural poate fi considerat patologic în alt context socio-cultural. *Al treilea criteriu* este cel funcțional (Pichot, 1967). El arată că normalul înseamnă capacitatea de a-ți atinge scopurile importante în viață, fără a interfera cu funcționalitatea celuilalt. Astăzi normalitatea este definită în psihopatologie într-un cadru delimitat aproximativ de cele trei criterii menționate, cu un accent mai puternic pe criteriul funcțional. Așadar, după atâția ani de cercetare, normalitatea încă nu este clar definită în psihopatologie, iar distincția dintre normalitate și patologie este una relativă și aproximativă.

- *Distres și dizabilitate.* Stresul este o prezență constantă în viața noastră. El este unul dintre factorii importanți pentru viață și menținerea ei (Selye, 1955). Distresul, în schimb, este definit ca un stres care are consecințe psihologice și biologice negative. Dar unde este limita dintre stres și distres? Această diferență dintre stres și distres este cantitativă sau calitativă? Psihopatologia nu poate răspunde încă riguros la aceste întrebări (Ellis, 1994; Lazarus, 1966). În plus, distincția dintre stresul benefic (eustres) și distres se face adesea *post hoc*, adică după apariția efectelor lor. Dacă efectele sunt negative, atunci stresul se interpretează ca distres, iar dacă efectele sunt pozitive, stresul este interpretat ca eustres; așadar, această distincție nu are încă valoare predictivă sau explicativă, ci doar una clasificatorie, *post hoc*.

- *Risc spre distres și dizabilitate.* Acest element al definiției este unul cu adevărat periculos pentru patologizarea vieții cotidiene. Ce înseamnă risc? Risc înseamnă probabilitatea de a apărea ceva negativ. Prin definiție, riscul presupune predicție asupra apariției stării de distres și dizabilitate viitoare și sugerează că noi, psihologii, putem face această predicție. Întrebarea pe care merită să ne-o punem este însă următoarea: este justificat un tratament bazat pe acest element, „risc spre distres și/sau dizabilitate”? Datele științifice pe care le avem în acest moment ne arată că *nu*, nu este justificat (Dawes, 1994). Predicțiile pe care le putem face privind dezvoltarea unor probleme psihice viitoare sunt extrem de imprecise în acest moment. Chiar cunoscând factorii etiologici de risc (de exemplu, favorizanți, predispozanți, determinanți) și eventualele caracteristici ale mediului pacientului, probabilitatea de a face o predicție acurată asupra dezvoltării unor tulburări psihice este extrem de mică (Dawes, 1994). Probabil că dezvoltările științifice viitoare ne vor oferi instrumente pentru a putea face predicții acurate, dar nu este cazul acum să credem că putem face acest lucru. Dacă cineva susține contrariul, probabil că ascunde foarte bine datele științifice pe care își fundamentează ideea. Pentru a argumenta și mai clar această concluzie, să luăm un exemplu la limită și să ne

focalizăm pe tulburările psihice presupuse a avea o componentă genetică puternică. Astfel, chiar presupunând că prin consiliere genetică se estimează că cineva are un risc de 75% pentru a dezvolta schizofrenie, totuși nu putem fi siguri că această persoană va dezvolta tulburarea pe parcursul vieții; în schimb, este posibil ca un individ cu un risc calculat de 25% de a dezvolta schizofrenie să facă schizofrenie pe parcursul vieții. Așadar, predicțiile noastre statistice nu se exprimă cu necesitate la nivelul individului; deoarece tratamentul în psihopatologie nu este administrat unui „pacient statistic”, ci unui pacient anume, derivă problema administrării unor tratamente pe baza unui risc calculat de a dezvolta o tulburare psihică, în condițiile în care știm că aceste tratamente au și o mulțime de efecte secundare. Pe aceeași linie a argumentării ideii că predicțiile noastre sunt extrem de imprecise în acest moment, un alt aspect care trebuie discutat este predicția pe baza unei analize clinice detaliate. Ni se spune adesea că predicția făcută în urma unui psihodiagnostic și a unei evaluări clinice este mai precisă decât o predicție statistică, pe baza includerii pacientului în anumite clase și categorii, în urma rezultatului la anumite teste psihologice sau în urma unor analize demografice - diagnostic statistic - (pentru detalii, vezi Dawes, 1994). La prima vedere, această ipoteză este una rezonabilă. Printr-un diagnostic individualizat cu ajutorul interviului clinic, putem afla informații relevante și detaliate legate de pacient, care ne pot ajuta apoi în predicțiile pe care le facem referitor la comportamentul acestuia. Spre exemplu, rezultatele obținute în urma aplicării unui test psihologic ne pot indica, prin raportarea la etalon, că pacientul nostru are un coeficient de inteligență de nivel mediu. La o analiză clinică însă, acest rezultat statistic ne poate arăta lucruri diferite: (1) pacientul este mai inteligent, dar este extrem de anxios la testare; (2) pacientul a fost mai inteligent, dar s-a deteriorat cognitiv, ca urmare a unei traume cerebrale; (3) pacientul a fost mai puțin inteligent, dar a evoluat ușor ca urmare a unor programe de îmbogățire cognitivă etc. Toate aceste informații culese prin analize clinice aduc un bagaj important de date, care ne pot ajuta în predicțiile pe care le vom face despre performanțele acestui pacient. Pare evident, dar așa să fie? Ce spun cercetările? O meta-analiză ce rezuma rezultatele a peste patruzeci și cinci de studii (Sawyer, 1966) a arătat clar că această ipoteză este falsă. Un diagnostic clinic particularizat pentru cazul pacientului nu este mai eficient în predicțiile pe care le putem face asupra comportamentelor viitoare ale acestuia decât un diagnostic statistic. Această concluzie a fost confirmată în mai multe meta-analize publicate de-a lungul anilor, sintetizând rezultatele a zeci de studii (printre care Dawes, Faust și Meehl, 1989; Meehl, 1954). De ce se dovedește predicția statistică cel puțin la fel de eficientă ca predicția clinică, în ciuda a ceea ce ne pare evident? Una dintre explicații este că metodele statistice sunt astfel concepute încât să poată evidenția paternurile existente într-o colecție de date, dincolo de zgomotul și semnalul distorsionat (Dawes, 1994). Oamenii, pe de altă parte, fie ei și clinicieni profesioniști, prin însăși structura lor cognitivă au

dificultăți în a combina informații calitativ diferite sau indicatori rar asociați în viața de zi cu zi (de exemplu, frecvența înotului și performanțele manageriale, știut fiind faptul că adesea între acești indicatori există o relație semnificativă statistic - vezi Anderson, 1990). În consecință, în predicțiile pe care le facem, utilizăm adesea sisteme de decizie descriptive, nu normative, dar care ne distorsionează predicțiile. Spre exemplu, două dintre cele mai cunoscute distorsiuni sunt introduse de accesibilitatea și reprezentativitatea informațiilor (pentru detalii, vezi Kahneman și Tversky, 1972; Tversky și Kahneman, 1973); adesea facem predicții pe baza informației accesibile la un anumit moment, ignorând informația care nu este accesibilă în contextul dat, dar care ar fi fost importantă în predicție. Pe de altă parte, dacă ceva este foarte reprezentativ pentru o categorie, aceasta nu înseamnă că acel ceva este și foarte probabil. Dacă, spre exemplu, se prezintă următoarele două afirmații:

- o femeie fumătoare a făcut cancer la plămâni;
- o femeie a făcut cancer la plămâni,

majoritatea subiecților afirmă că primul eveniment este mai probabil decât cel de-a doilea, deoarece sintagma „o femeie fumătoare” este mai reprezentativă pentru cancerul la plămâni decât sintagma „o femeie”. Desigur, o analiză logică arată, evident, că a doua situație este mai probabilă.

3.2.2. Utilizarea unui instrumentar psihologic depășit

În stabilirea unui diagnostic nosologic se utilizează adesea date de laborator rezultate din testarea psihologică. Cercetările arată că testele psihologice au o validitate direct comparabilă cu cea a testelor medicale (Meyer *et al.*, 2001; pentru discuții, vezi Garb *et al.*, 2002; Smith, 2001). Din păcate, în ciuda acestui instrumentar psihologic riguros, se utilizează adesea și teste depășite teoretic și/sau fără calități psihometrice adecvate. Astfel, Lilienfeld *et al.*, (2000), făcând o examinare critică și extensivă a testelor proiective, arată slaba lor validitate și fidelitate. În ciuda acestor rezultate, testele proiective sunt parte integrantă și importantă a activității de testare psihologică în domeniul clinic. *Rorschach-u*, spre exemplu, este încă unul dintre cele mai utilizate teste psihologice în evaluarea clinică (Lilienfeld *et al.*, 2000); ironic, el trebuie susținut, căci în grupul probelor proiective el este un instrument rezonabil în comparație cu alte probe (cum ar fi testul Szondi), ale căror teorii nu doar că sunt invalidate științific, dar sunt anacronice! În paralel cu utilizarea unui instrumentar psihologic depășit, problema este accentuată prin ignorarea noilor sarcini experimentale, expresie a dezvoltării cercetărilor fundamentale de psihologie. Aceste sarcini care evaluează riguros și punctual funcții psihologice specifice nu au fost încă adaptate pentru a se constitui

în teste psihologice, deși se știe faptul că o sarcină experimentală standardizată și etalonată devine test psihologic (Anastasi, 1988). Spre exemplu, deși studiile de memorie implicită au penetrat deja domeniul clinic, atât sub aspect teoretic, cât și aplicativ (David, 1999), nu avem încă un test de memorie implicită, în ciuda existenței a numeroase sarcini experimentale de memorie implicită. Se pare că testarea psihologică, într-o manieră asemănătoare producției de medicamente, s-a transformat într-o industrie în care marketingul și inerția sistemului mențin un instrumentar psihologic adesea depășit și blochează noile dezvoltări în domeniu. Asistăm astfel uneori în acest domeniu la triumful marketingului asupra științei! În plus, utilizarea unui instrumentar psihologic depășit este încurajată uneori prin decizii politice și guvernamentale. Aceste situații reflectă clar triumful *lobby-ului* asupra științei. Să exemplificăm cu un caz mai apropiat nouă. Guvernul României, prin ordonanța Hotărârea de Guvern nr. 218 din 7 martie 2002, a stabilit lista testelor psihologice care trebuie utilizate pentru orientarea școlară a elevilor (pentru detalii, vezi Anexa 3). îmi amintesc clar că atunci când am citit această listă în cadrul unui grup de colegi de la Universitatea Babeș-Bolyai, am izbucnit în râs, râs care mai apoi ne-a lăsat însă un gust amar. Mi-am amintit, în acele momente, de Paul Feyerabend și de argumentul lui că știința este un mit al cărui adevăr se votează (iată, uneori chiar în Guvern)! Multe teste prezentate în lista respectivă sunt teste depășite teoretic și metodologic, teste care au fost criticate în literatura de specialitate și pe care un laborator serios de psihologie nu le mai recunoaște ca instrumente de primă alegere. Am avut atunci clar impresia că, sub anumite aspecte, știința psihologică a rămas la nivelul începutului de secol XX.

3.2.3. Diagnostic descriptiv *versus* diagnostic etiopatogenetic

Înainte de Kraepelin, diagnosticul tulburărilor psihice a fost, plastic spus, în derivă. Isaac Ray i-a continuat pe Esquiron și Pinel în distincția dintre nebunie, (*insanity*), incluzând mania și demența (astăzi numită schizofrenie) și deficiență mentală, incluzând idiotenia și imbecilitatea. S-a negat însă constant, în această perioadă, validitatea unor clasificări mai specifice ale tulburărilor psihice (Kihlstrom, 2002). Kraepelin (1896) a încercat să aplice modelul medical și tulburărilor psihice, în consecință, primele lui propuneri au fost de a elabora o clasificare nosologică bazată pe etiopatogeneza și de a evita un diagnostic nosologic categorial descriptiv, bazat doar pe semne și simptome. Trebuie să eliminăm, în acest context, o concepție greșită care există în literatura de specialitate. Modelul medical și diagnosticul etiopatogenetic nu înseamnă reducționism biomedical. Kraepelin a înțeles, prin model medical, un model în care boala are anumite manifestări, cauze (etiologie)

și reacții patogenetice (vezi capitolul 2), mecanismele etiopatogenetice nefiind doar biomedicale, ci și psihosociale (Kihlstrom, 2002). Kraepelin și-a dat însă curând seama că, din păcate, cunoștințele limitate despre etiopatogeneza tulburărilor psihice din acea perioadă nu îi permiteau crearea unui sistem de clasificare bazat pe etiopatogeneza. Așadar, a doua propunere a lui a fost pentru un sistem de clasificare bazat pe evoluția și prognosticul tulburării (Kihlstrom, 2002). Ceea ce face ca psihozele maniaco-depresive să fie similare între ele și diferite de schizofrenie nu se referă atât de mult la simptome și semne, cât la evoluție: psihozele maniaco-depresive tind să se amelioreze, pe când schizofrenia tinde să se agraveze. Această a doua propunere are însă o problemă majoră. Un diagnostic corect poate fi făcut doar *post hoc*, după apariția și evoluția bolii și, prin urmare, el nu ajută foarte mult în procesul de tratament. Deoarece Kraepelin (Kraepelin și Diefendorf, 1907) și-a bazat activitatea științifică pe ipoteza că tulburări similare se exprimă prin simptome și semne similare și au o etiopatogenie similară și deoarece în acea vreme nu putea cunoaște clar aspectele de etiopatogeneza a tulburărilor psihice, a acceptat provizoriu un diagnostic nosologic categorial descriptiv, focalizat pe semne și simptome. Paradoxal, intenția lui Kraepelin de a evita un diagnostic descriptiv a dus tocmai acolo. Problema este că până în zilele noastre, diagnosticul nosologic a rămas unul descriptiv, uitând angajamentul etiopatogenetic anterior (Kihlstrom, 2002). Acest angajament descriptiv, de clasificare a semnelor și simptomelor în diverse categorii, este unul problematic. Clasificarea semnelor și simptomelor se poate face după diverse criterii (în principiu, o infinitate!) și nu puține au fost cazurile în care s-au construit categorii sau au fost scoase categorii nosologice din ghidurile de clasificare a tulburărilor psihice pe baza unor criterii instituite sub presiune socială (Borges, 1995; Kihlstrom, 2002); cazurile masturbării și homosexualității, descrise anterior, sunt ilustrative în acest sens (Borges, 1995). Este adevărat însă că, în ultimele ediții ale DSM, se încearcă găsirea unor criterii susținute științific de clasificare a semnelor și simptomelor. Din păcate, se ignoră încă diagnosticul etiopatogenetic și, în consecință, cunoașterea noastră rămâne la nivel descriptiv și nu ajunge la nivel explicativ; ca urmare, și tratamentele administrate și elaborate pe baza unui diagnostic nosologic categorial descriptiv au mai puține șanse să atace mecanisme etiopatogenetice relevante, aceste tratamente fiind adesea simptomatice.

3.3. Noi direcții ale psihodiagnosticului și evaluări clinice

Problemele psihodiagnosticului și evaluării clinice menționate anterior pot fi ameliorate utilizând următoarele strategii:

- Dezvoltarea unui diagnostic nosologic categorial focalizat pe mecanisme etiopatogenetice (pentru detalii, vezi Kihlstrom, 2002). Modalitatea de diagnostic al bolilor somatice este strâns legată de identificarea mecanismelor etiopatogenetice implicate în tabloul clinic. Diagnosticul tulburărilor psihice este încă un diagnostic focalizat pe simptome și semne, elementele principale fiind identificarea, iar apoi clasificarea lor pentru a genera diverse categorii nosologice.

- Realizarea unui diagnostic nosologic categorial pe bază de prototip, nu pe baza unor criterii (pentru detalii, vezi Westen *et al.*, 2002). Diagnosticul DSM este unul categorial, categoriile fiind instituite pe baza unor criterii clare. Un caz devine membru al categoriei prin comparație cu criteriile care definesc acea categorie. Cercetările din psihologia cognitivă arată însă că rareori clasificăm lucrurile pe bază de criterii (Rosch, 1973). Sistemul cognitiv uman clasifică lucrurile preponderent pe bază de prototip. Termenul de prototip are două înțelesuri. Unul dintre ele se referă la un exemplar tip, în timp ce celălalt se referă la un exemplar ideal, un portret-robot care însumează caracteristicile mai multor membri ai categoriei. Așadar, atunci când încadrăm un obiect într-o categorie, nu îl comparăm cu caracteristicile esențiale ale categoriei respective, ci cu un exemplar-prototip. Pentru a eficientiza clasificarea nosologică și a o face ecologică, s-a sugerat utilizarea prototipului în cadrul DSM. Există deja propuneri concrete pentru un diagnostic nosologic categorial pe bază de prototip (pentru detalii și exemple, vezi Westen *et al.*, 2002), ele urmând a fi investigate sub aspectul validității lor în studii viitoare.

- Realizarea unui diagnostic dimensional. Conform acestui model, clasificările tulburărilor psihice ar trebui făcute pe niște dimensiuni (de exemplu, neuroticism) care să exprime trecerea treptată de la normalitate la patologie, la un prag determinat statistic. S-a încercat propunerea unor astfel de dimensiuni (pentru detalii, vezi Dawes, 1994), dar cum lista lor nu a fost clar stabilită, acest sistem de clasificare nu s-a generalizat încă.

- Realizarea unui diagnostic psihologic focalizat pe simptom (pentru detalii, vezi Person, 1986). Așa cum am spus deja, diagnosticul categorial poate duce adesea la situații nedorite. Astfel, categoriile nosologice pot să includă pacienți cu un tablou clinic parțial diferit; aceasta deoarece, adesea, pentru a fi incluși într-o categorie nosologică, pacienții trebuie să satisfacă un număr de simptome dintr-o listă mai lungă. Acel număr poate include însă simptome diferite din lista dată. Un diagnostic psihologic alternativ s-ar focaliza pe funcțiile psihologice afectate în diverse tulburări psihice, funcții care apar în mai multe categorii nosologice. Spre exemplu, ideile de tip delirant apar în mai multe categorii nosologice (tulburări delirante, schizofrenie etc.). Această abordare ar putea duce la clarificarea mecanismelor care generează aceste simptome specifice, prin includerea în cercetare a unor pacienți cu simptome omogene.

- Utilizarea unui instrumentar psihologic adecvat teoretico-metodologic și adaptarea unor teste bazate pe cercetări fundamentale.

r

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.

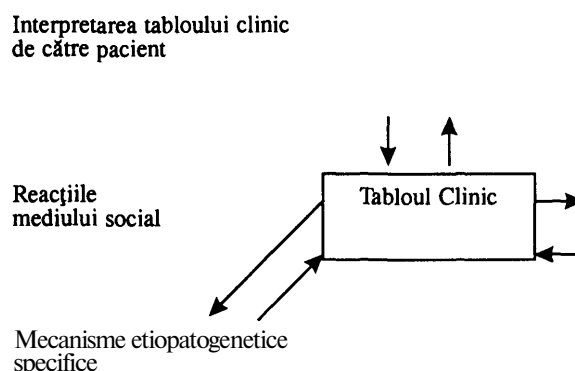


Figura 4.1. Mecanisme specifice și nespecifice implicate în etiopatogeneză

Așa cum arată Figura 4.1., odată generată prin mecanisme etiopatogenetice specifice - agenți etiologici (declanșatori, favorizanți, detenriinanți, 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 nespecifici, 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., îi generează stres și anxietate prin mecanismul discrepantei 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).

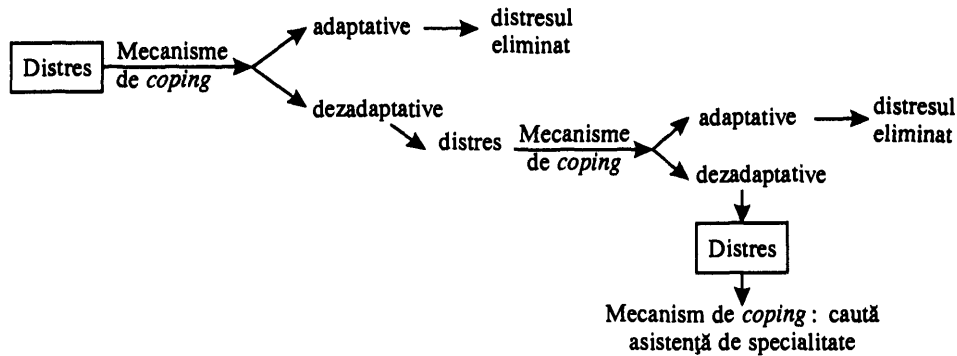


Figura 4.2. Evoluția tabloului clinic prin prisma mecanismelor de *coping* utilizate

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 subiecte, 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 propriei stări afective: pozitivă, negativă sau neutră. Mai mult, acesta se referă la etichetele verbale ale stării emoționale („mă simt anxios/dezamăgit/rușinat” etc.).

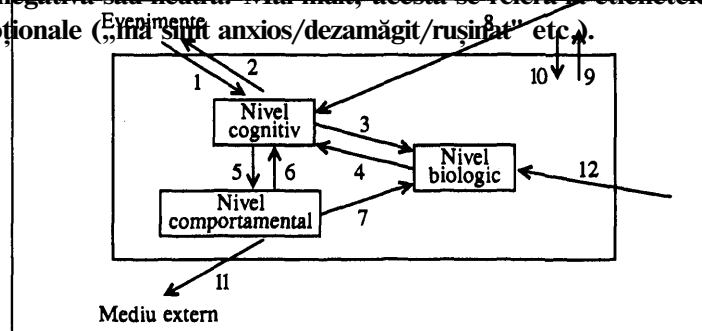


Figura 4.3. Modelul cvadrinivelar de analiză a subiectului uman (cognitiv, comportamental, biologic/fiziologic și subiectiv-afectiv ; CCBS)

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 distres). Pentru a modifica starea de distres, 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 distresul.

(c) *Calea 8.9. (autoanaliza tabloului clinic; mecanism etiopatogenetic nespecific)*. În acest caz, modul în care pacientul își interpretează starea subiectivă poate influența distresul (vezi Figura 4.1.). De exemplu, dacă pacientul nu își înțelege distresul 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-psihanalitice și umanist-existențial-experiențiale pot avea efect clinic. Mai precis spus, efectul este justificat de prezența unor factori nespecifici, cu rol terapeutic, comuni tuturor terapiilor, indiferent de școală. Astfel, terapiile dinamic-psihanalitice 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.

r

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.

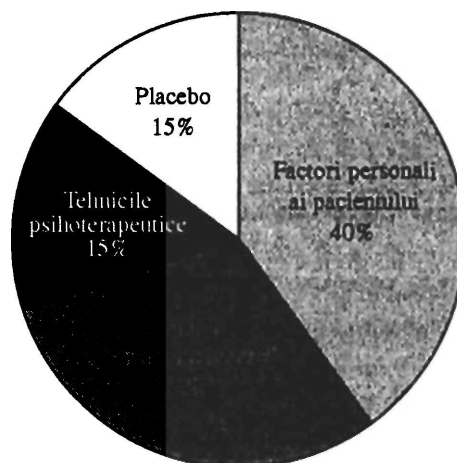


Figura 4.4. Contribuția componentelor psihoterapiei la ameliorarea simptomatologiei

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 psihosociale 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). Alături 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 clinicienii 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 Rumpelstičkin”. Probabil că ne amintim din poveștile citite în copilărie că Rumpelstičkin 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, Rumpelstičkin 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 semn 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-psihoanalitice, relația terapeutică generează și nevroza de transfer; aceasta este stimulată de comportamentul terapeutului și este foarte importantă pentru următoarea etapă a tratamentului dinamic-psihoanalitic (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-psihoanalitică, 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 empatie, 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 eclecticism 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-psihoanalitice (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 eficiente, 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 eficientă; 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 cheltuindu-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 experimentează 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 disjunție 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, Guillotine, 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) Djulbegovic <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-psihoanalitice 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-psihoanalitice 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) represiia 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 folositoare 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 studentesc 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 unele 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 (Bupirona). 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 experimentat 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 nediate diagnosticate. În consecință, deși s-a dovedit deschisă la ideea urmării 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. Iubește 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 asumțiile 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 in 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.

Capitolul 5

Sugestie, hipnoză și hipnoterapie

5.1. Aspecte generale

Acest capitol reprezintă o dezvoltare teoretico-metodologică naturală, sintetică și cumulativă a lucrărilor anterioare ale autorului, dezvoltare reclamată de evoluția rapidă a cercetărilor din domeniu. În consecință, capitolul reia temele prezentate de autor și în alte lucrări (David, 1997; David, *et al.*, 2000), teme care sunt însă revizuite, completate și actualizate în concordanță cu cele mai recente evoluții din domeniu.

Pentru început, trebuie clarificat faptul că hipnoterapia reprezintă o intervenție psihologică realizată cu ajutorul hipnozei. Așadar, ea este parte a consilierii psihologice și psihoterapiei. O tratăm într-un capitol separat numai din rațiuni didactice, pentru a ușura expoziția textului și a simplifica acest capitol, fără a sugera că hipnoterapia ar fi o formă distinctă de psihoterapie. Așa cum se precizează și în normele Colegiului Psihologilor din România (vezi Anexa 4), hipnoza, sugestia și hipnoterapia se regăsesc în mai multe forme de psihoterapie (de exemplu, hipnoanaliza poate fi identificată în psihanaliză, hipnoza eriksoniană în terapia eriksoniană, hipnoza cognitiv-comportamentală în cadrul terapiilor cognitive și comportamentale etc.) și nu sunt asimilabile ca modalități de psihoterapie de sine stătătoare.

Puține teme din psihologie atrag în măsura în care o face hipnoza. Cauzele acestui interes sunt multiple. Hipnoza fascinează prin neobișnuitul său și nu știm dacă ceea ce atrage este interesul de a-i descifra taina sau dorința de a te lăsa furat de ea (Gheorghiu, 1977). Știm însă cu certitudine că cercetările experimentale moderne sunt expresia a două paradigme aflate fundamental în opoziție: (1) paradigma clasică sau a transei, având ca reprezentanți de marcă autori precum Edmonston, Erickson, Hilgard și Spiegel (Naish, 1986); (2) paradigma cognitiv-comportamentală de inspirație socială, reprezentată de autori precum Barber, Kirsch, Lynn, Spanos și Wagstaff (Naish, 1986).

Ne aflăm, parafrazându-l pe Kuhn (1962), într-o fază de cercetare științifică a hipnozei, extraordinară, dar și paradoxală.

Cercetarea este extraordinară (vezi Kuhn, 1962) deoarece este expresia luptei între cele două paradigme mai sus menționate. Cercetarea este paradoxală deoarece lupta între paradigme durează de aproximativ patruzeci de ani, fără a se întrevădea clar un câștigător. Or, Kuhn (1976) arată că, în timp, ar fi trebuit să se întâmple

unul din următoarele două lucruri: (1) schimbarea de paradigmă prin înlocuirea paradigmei vechi (clasică) cu noua paradigmă (cognitiv-comportamentală) sau (2) asimilarea paradigmei noi în paradigma clasică. Nu s-a întâmplat însă nimic și această stagnare la nivel paradigmatic are consecințe negative asupra elaborărilor teoretice și aplicative în domeniu. În cărțile actuale despre hipnoză găsim tratate și prezentate aproximativ aceleași tehnici și proceduri ca acum douăzeci-treizeci de ani, progresul fiind deci infim. Hipnoza nu este considerată astăzi un domeniu major de interes în cercetarea științifică mondială. În SUA și Marea Britanie, uneori ea nu este văzută ca o întreprindere serioasă. Cauzele sunt naivitatea, ambiguitatea și, uneori, comicul conceptelor utilizate în paradigma clasică, fără valențe euristice, pe de o parte, și dogmatismul teoretico-metodologic behaviorist care limitează încă abordarea cognitiv-comportamentală, pe de altă parte. Se face simțită astfel necesitatea unei perspective noi asupra hipnozei, care să depășească impasul în care s-a ajuns și care să revitalizeze activitatea de cercetare fundamentală și aplicativă în domeniu, integrând însă asumțiile valide ale paradigmatelor anterioare. Din punct de vedere istoric, paradigma clasică a fost prima care s-a impus în studiul modern și experimental al hipnozei; de aici și denumirea de clasică.

5.2. Paradigma clasică în studiul hipnozei

Paradigma clasică a generat atât teorii și orientări științifice asupra hipnozei (cum ar fi teoria neodisociaționistă - Hilgard), cât și teorii și orientări naive situate în apropierea simțului comun, fără o bază experimentală riguroasă (de exemplu, orientarea New Age, cu implicații asupra hipnozei). Cu toată această diversitate, se poate evidenția un nucleu comun de asumptions teoretico-metodologice proprii acestei paradigme:

- prin procedura de inducție hipnotică (vezi Anexa 6) se induce o stare de transă hipnotică numită și *hipnoză neutrală* (Edmonston, 1981) sau *transă A* (Barber, 1969). Înțelegem prin *transa A* o stare de conștiință caracterizată prin faptul că subiectul „slăbește” legătura cu mediul înconjurător, comportamentul este trăit ca involuntar, atenția se concentrează pe un stimul intern sau extern, iar la nivel biologic/fiziologic apare o stare de relaxare;
- transa hipnotică are diferite nivele de adâncime, care pot fi evaluate cu diverse scale de hipnotizabilitate (de exemplu, Scala de Sugestibilitate Barber - vezi Anexa 6 etc.);
- pe fondul transei A se fac sugestii hipnotice specifice, generându-se fenomenele hipnotice țintă (de exemplu, catalepsia brațului). Transa A este considerată o condiție absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice țintă. Ea poate fi interpretată ca un fenomen hipnotic difuz, care urmează și este generat de procedura de inducție hipnotică; la rândul ei, transa A precede, condiționează și explică apariția fenomenelor hipnotice țintă;
- realizarea fenomenelor hipnotice depinde de nivelul de adâncime a transei; unele necesită, ca o condiție prealabilă pentru apariția lor, doar un nivel superficial de adâncime a transei (de exemplu, catalepsia brațului), altele presupun un nivel profund de adâncime a transei (de exemplu, amnezia posthipnotică);
- hipnotizabilitatea (răspunsurile subiectului la stimulul-sugestie pe fondul transei A) reprezintă o trăsătură relativ stabilă de personalitate, fiind greu și puțin modificabilă prin tehnici și exerciții specifice (de exemplu, *biofeedback*, deprivare senzorială etc.). Figura 5.1., prezentată în continuare, ilustrează această perspectivă clasică asupra hipnozei.

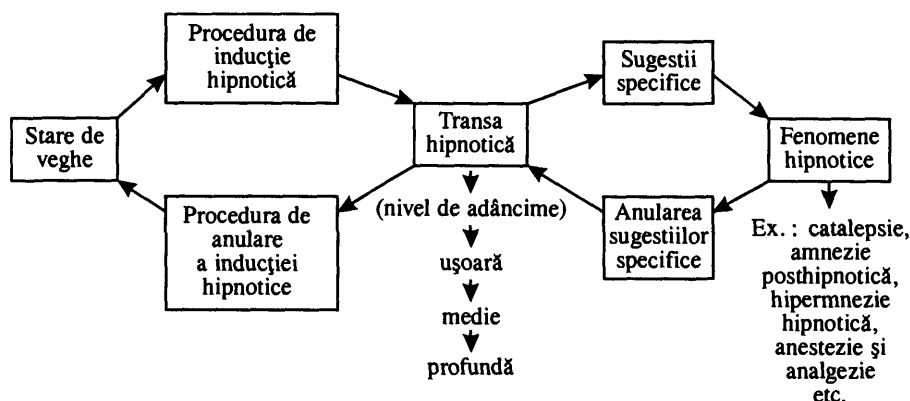


Figura 5.1. Abordarea clasică a hipnozei (după Fellows, 1986)

Teoria dominantă din cadrul acestei paradigme este teoria neodisociaționistă (teoria observatorului ascuns - Hilgard, 1965, 1973). Ea își are rădăcinile în cercetările lui Janet (1925) asupra fenomenelor de disociere. Hilgard își denuțește teoria neodisociaționistă pentru a arăta faptul că are rădăcini în cercetările lui Janet, dar se diferențiază de acestea prin scăderea ponderii acordată factorului patologic (vezi Janet, 1925 și Hilgard, 1965). În această teorie se afirmă că, prin procedura de inducție hipnotică, se induce o stare de transă caracterizată printr-o disociere a conștiinței. Adică unele sisteme de prelucrare a informației se separă de procesorul central (sistemele executive centrale) - conștiința -, funcționând automat și independent. Mai precis spus, aceste sisteme sunt inițiate de procesorul central, dar, datorită unei bariere amnezice, subiectul nu conștientizează influența, experimentând comportamentul generat de sistemele de prelucrare informațională ca involuntar (pentru detalii, vezi David *et al.*, 2000). Așa cum am menționat anterior, această capacitate de disociere este stabilă pentru fiecare subiect în parte, neputând fi modificată prin diverse proceduri {*biofeedback*, relaxare etc.) decât într-o măsură extrem de mică. Disocierea conștiinței indusă prin proceduri de inducție hipnotică este condiția absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice.

Această perspectivă asupra hipnozei a fost criticată serios de programul cognitiv-comportamental inițiat de Barber (1969, 1979). Ca urmare a acestui fapt, impactul ei asupra cercetării fundamentale și asupra hipnozei experimentale a fost drastic redus. Cu toate acestea, ea domină în practica clinică, deoarece, prin tehnicile și procedurile riguroase și sofisticate pe care le presupune, hipnoza se constituie într-un „pretext” și „ritual” cu funcție clinică. Altfel spus, nu tehnica în sine este eficientă, ci semnificația și funcția pe care i le atribuie subiectul tehnicii sunt fundamentale. Utile în anumite situații, astfel de tehnici sunt totuși departe de a genera aplicații și intervenții de anvergură. Impactul lor pragmatic ar putea fi comparat cu eficiența pragmatică a ritualurilor religioase. Or, deși nu trebuie

ridiculate și minimize, ele trebuie depășite, altfel riscăm să ne situăm la nivelul unor intervenții practice situate cu o palmă deasupra simțului comun, rupte de aplicațiile de vârf din știință. Schimbarea care trebuie realizată ar fi similară trecerii de la vindecarea prin ierburi tămăduitoare la farmacologia modernă sau de la altoiri la ingineria genetică. O astfel de întreprindere și încercare de schimbare este reprezentată de programul cognitiv-comportamental inițiat de Barber (1969, 1979).

5.3. Paradigma cognitiv-comportamentală în studiul hipnozei

Programul de cercetare asupra hipnozei inițiat de Barber (1969) s-a derulat pe parcursul a două etape: (A) etapa de negare și invalidare a rezultatelor teoretico-experimentale obținute până la el, caracterizată printr-o poziție behavioristă radicală; (B) etapa de construcție a unei noi paradigme de orientare cognitiv-comportamentală, îmbogățită ulterior, prin cercetările lui Spanos (1971) și Wagstaff (1981), cu elemente de psihologie socială.

(A) în etapa de negare a paradigmei clasice, Barber aduce următoarele argumente pentru a discredita rezultatele teoretico-experimentale obținute până la el în studiul hipnozei (Barber, 1969; 1979):

- explicația tautologică a fenomenelor hipnotice în paradigma clasică și, în consecință, lipsa suportului logic pentru o astfel de explicație. Se afirmă, arată Barber, că **hipnoza** este o stare de transă, iar fenomenele hipnotice apar ca urmare a faptului că subiectul se află în stare de transă. În același timp însă, continuă autorul, starea de transă este evaluată și identificată prin producerea fenomenelor hipnotice. Avem deci o explicație tautologică, circulară, în care starea de transă este definită prin fenomenele hipnotice, iar acestea, la rândul lor, prin starea de transă;
- existența unor variabile mascate în studiile anterioare. Spre exemplu, procedura de inducție hipnotică are o structură care cuprinde următorii factori: (1) situația este definită de subiect ca hipnoză; (2) sugestiile vizează inducerea greutății, închiderea ochilor, somnul; (3) subiectului i se spune că îi va fi ușor să răspundă la sugestii, creându-se astfel atitudini și expectanțe pozitive față de hipnoză; (4) subiectul este motivat să realizeze sugestiile. Cercetările lui Barber (1969) arată că factorii 3 și 4, reuniți sub numele de „sarcina de supramotivare” (vezi Anexa 6), sunt tot atât de eficienți în producerea fenomenelor hipnotice ca și procedura de inducție considerată în structura ei (factorii 1, 2, 3, 4 - vezi Anexa 6). Acest lucru înseamnă că nu procedura de inducție în sine este răspunzătoare de producerea fenomenelor hipnotice, ci doar factorii activi 3 și 4 din cadrul procedurii;
- studiile anterioare utilizau designuri experimentale, în care același lot de subiecți era examinat în stare de veghe și sub hipnoză pentru a se înregistra eventualele

diferențe. Dar este posibil ca, sub hipnoză, subiecții să se comporte diferit decât în starea de veghe, deoarece cred că hipnotizatorul așteaptă acest lucru de la ei. În consecință, sugerează Barber, studiile asupra hipnozei trebuie să se realizeze și pe eșantioane independente de subiecți, nu doar pe eșantioane paralele în care același lot de subiecți este testat în pretest și posttest;

- multe rezultate obținute anterior nu au putut fi reproduse utilizându-se o metodologie experimentală riguroasă; dacă totuși s-au obținut, amplitudinea lor (exprimată în mărimea efectului și pragul de semnificație) a fost mult mai redusă comparativ cu exagerările anterioare;
- fenomenele hipnotice pot fi produse utilizându-se sarcina de supramotivare cu aceeași eficiență ca și în cazul utilizării procedurii de inducție hipnotică.

Deși unele critici sunt exagerate și nefondate (Gauld, 1992), în ansamblu ele sunt valide și se mențin, pregătind drumul pentru o schimbare de paradigmă.

(B) în etapa de construcție, ca urmare a unei activități de cercetare sistematică și prolifică, Barber (1969, 1979) - acest autor este considerat, după Spanos, cel mai prolific autor în domeniul hipnozei - inițiază o nouă paradigmă, paradigma cognitiv-comportamentală, având următorul nucleu tare:

- hipnoza este considerată o stare de transă, dar transa nu are valoare explicativă ca în paradigma clasică, ci este o variabilă dependentă alături de celelalte fenomene hipnotice, care trebuie, ea însăși, explicată;
- avem două tipuri de transă, și anume transa A și transa B. Transa A este rezultatul procedurii de inducție hipnotică și se caracterizează prin faptul că subiectul „slăbește” legătura cu mediul înconjurător, comportamentul este experiențiat ca involuntar, atenția se concentrează pe un stimul intern sau extern, iar la nivel biologic/fiziologic apare o stare de relaxare. Pe fondul transei A se fac sugestiile specifice, generându-se fenomene hipnotice țintă (de exemplu, catalepsia brațului). Transa B este rezultatul unor sugestii specifice, care vizează declanșarea unor fenomene hipnotice țintă pe fondul transei A sau după sarcina de supramotivare. Acest tip de transă se caracterizează prin faptul că subiectul este „absorbit în imaginar”, efectuând involuntar sugestia hipnotizatorului, slăbind legătura cu mediul înconjurător. Altfel spus, transa B este o stare de conștiință care însoțește fenomenele hipnotice țintă generate prin sugestii specifice pe fondul transei A sau după sarcina de supramotivare;
- variabilele independente care condiționează apariția fenomenelor hipnotice sunt: (1) sugestiile hipnotizatorului; (2) atitudinile, expectanțele și motivațiile subiectului; (3) abilitățile imagistice ale subiectului;
- hipnotizabilitatea nu este o trăsătură stabilă de personalitate, ci este modificabilă relativ ușor. Gorassini și Spanos (1986) au elaborat Programul Carleton, care vizează modificarea hipnotizabilității. Pe scurt, programul are următoarele componente: (1) restructurări cognitive cu scopul de a elimina concepțiile greșite despre hipnoză și de a crea atitudini și motivații pozitive ale subiecților

față de hipnoză; (2) dezvoltarea abilităților imagistice ale subiecților și încurajarea utilizării lor în cursul hipnozei; (3) oferirea de informații cu privire la modul în care trebuie interpretate sugestiile. Se insistă asupra faptului că subiectul trebuie să interpreteze și să inițieze activ fenomenele sugerate, cel puțin în faza inițială, în același timp lăsându-se „absorbit în imaginar” pentru a genera în plan subiectiv-afectiv senzația că fenomenele sugerate se produc involuntar, automat, ca de la sine;

procedura de inducție hipnotică și transa A sporesc sugestibilitatea subiecților evaluată pe scala Barber cu aproximativ 2,5 puncte (din 8 posibile) în comparație cu sugestibilitatea evaluată în starea de veghe. Același efect îl are însă și sarcina de supramotivare, ceea ce îl face pe Barber să afirme că tot ceea ce se poate realiza prin tehnica de inducție hipnotică poate fi realizat și fără această procedură, utilizând doar sarcina de supramotivare. În acest context, prin hipnoză se înțelege utilizarea procedurii de inducție hipnotică.

Figura 5.2., prezentată în continuare, ilustrează această perspectivă.

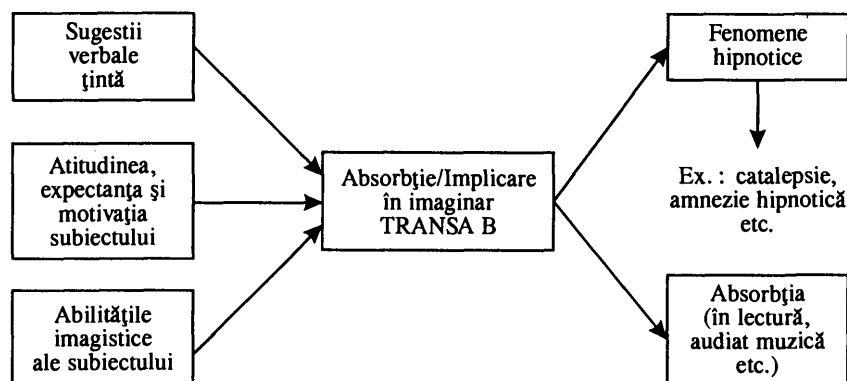


Figura 5.2. Abordarea cognitiv-socială asupra hipnozei (după Fellows, 1986)

Deși inițial revoluționar și progresist, programul inițiat de Barber s-a blocat la un moment dat, neputând depăși dogmatismul teoretico-metodologic al behaviorismului clasic din care s-a inspirat, ignorând totodată dezvoltările teoretice recente din psihologia cognitivă. Mai mult, el nu a penetrat niciodată serios practica psihologică. Aceasta deoarece, în numele unui pozitivism logic extrem, ridicat de behavioriști la rangul de normă, s-a abordat preferențial relația stimul - răspuns sau variabile antecedente - variabile dependente în studiul hipnozei -, ignorând (în prima fază a programului) sau minimalizând și neabordând sistematic (în a doua fază) prelucrările informaționale intermediare. În plus, acest program cognitiv-comportamental în studiul hipnozei s-a detașat de cercetarea avansată din psihologia cognitivă, lipsindu-se astfel de o sursă serioasă de cunoștințe riguroase, care i-ar fi dat un ascendent în lupta cu paradigma clasică. Astfel, tehnicile elaborate nu au

generat aplicații practice de anvergură, ele predominând însă în cadrul hipnozei experimentale și al cercetării fundamentale datorită rigorii și caracterului lor obiectiv, susținute de cercetări experimentale serioase.

Recapitulând, deși paradigma cognitiv-comportamentală în studiul hipnozei a reușit în foarte scurt timp să penetreze acest domeniu, ea nu a putut să se impună definitiv în competiția cu paradigma clasică, în acest moment ele coexistând pașnic. Această coexistență pașnică paradoxală a două paradigme aflate fundamental în opoziție este posibilă, deoarece ele și-au epuizat potențialul creativ și valențele euristice, nereprezentând un pericol una pentru cealaltă. În știință însă, o asemenea coexistență a două paradigme opuse cu aceeași influență asupra unui domeniu-țintă este periculoasă, deoarece nu stimulează competiția și progresul, acest lucru având un impact negativ asupra elaborărilor teoretico-metodologice în domeniu.

Cu toate acestea, cele două paradigme au avut o contribuție covârșitoare în abordarea și cercetarea științifică a hipnozei prin reprezentanții lor marcanți, autori de mare capacitate intelectuală și științifică: Barber, Hilgard, Orne, Sarbin, Spanos, Wagstaff etc., într-o perioadă când în hipnoză se manifestau și încercau să-și facă loc cu pregnanță influențe pseudoștiințifice similare cu, magnetismul animal, orientarea New Age, caracterizate prin comicul conceptelor, naivitate, simt comun sau, și mai grav, prin fraudă (Heap, 1988, 1991). Paradigma clasică și paradigma cognitiv-comportamentală vor rămâne în istoria hipnozei ca puncte de referință, iar abordările noi nu pot face abstracție de ele și de rezultatele lor teoretico-experimentale valide, care necesită a fi integrate, reevaluate și dezvoltate.

Laboratorul de cercetare creat la Cluj-Napoca în cadrul Seminarului de Studii Avansate asupra Hipnozei și Sugestiei (avându-l ca director pe dr. Daniel David) încearcă să depășească această stagnare paradigmatică în cercetarea hipnozei printr-o infuzie de cunoștințe fundamentale din psihologia cognitivă, care pot face posibilă trecerea peste impasul în care se găsește paradigma cognitiv-comportamentală, integrând și dezvoltând totodată asumțiile sale valide. Altfel spus, încercăm să revigorăm paradigma cognitiv-comportamentală în studiul hipnozei prin ancorarea ei în cercetarea fundamentală recentă din psihologia cognitivă.

5.4. Angajamentul cognitivist în studiul hipnozei. Programul de cercetare al Seminarului de Studii Avansate asupra Hipnozei și Sugestiei

A. Clarificări conceptuale

Cercetările realizate până acum asupra hipnozei și asupra temelor din psihologia cognitivă care pot avea un impact considerabil asupra acesteia (David, 1997; David *et al.*, 2000), coroborate cu rezultatele cercetărilor fundamentale din literatura de specialitate (Barber, 1969, 1979; Naish, 1986; Rhue *et al.*, 1993; Udolf, 1981) susțin următoarea perspectivă asupra hipnozei:

(1) hipnoza este un termen care descrie următoarea situație din realitate: un subiect numit hipnotizator îi sugerează altui (altor) subiect (subiecți) numit (numiți) subiect hipnotizat (subiecți hipnotizați) modificări la nivel cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Sugestiile se pot face: (a) în stare de veghe (se evaluează astfel sugestibilitatea), fără a se obține un rezultat evident (doar 1/6 dintre subiecți obțin un scor mare la scalele de sugestibilitate în aceste condiții); (b) pe fondul transei A, după procedeele de inducție hipnotică (se evaluează astfel hipnotizabilitatea), generându-se tranșa B și fenomenele hipnotice țintă sau (c) după sarcina de supramotivare (se evaluează astfel hipnotizabilitatea), generându-se tranșa B și fenomenele hipnotice țintă. Altfel spus, hipnoza este o tehnică prin care se induc modificări subiectiv-afective, cognitive, comportamentale și biologice/fiziologice țintă, numite fenomene hipnotice (vezi detalierea lor în cele ce urmează). Prin sugestii posthipnotice și tehnici specifice, unele modificări subiectiv-afective, cognitive, comportamentale și biologice/fiziologice din cursul hipnozei se mențin și după anularea stării de transă (de exemplu, restructurările cognitiv-comportamentale). Aceasta are implicații pozitive pentru practica psihologică. Mai mult, prin sugestii posthipnotice se pot induce în starea de veghe modificări subiectiv-afective, cognitive, comportamentale și biologice/fiziologice adaptative, chiar dacă acestea nu au fost produse în stare de transă (de exemplu, emoții, paternuri comportamentale adaptative etc.);

(2) modificările la nivel *subiectiv-afectiv* se referă la trăirile subiectului aflat în starea de transă, operaționalizate prin descrierile pe care subiectul le angajează stării sale subiective (de exemplu, mă simt calm, relaxat, parcă aș pluti etc.).

Nivelul subiectiv-afectiv este o variabilă dependentă a interacțiunii celorlalte trei nivele: cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic;

(3) modificările la nivel *cognitiv* sunt reprezentate de modificări ale senzațiilor și percepțiilor (halucinații hipnotice, iluzii, anestezie și analgezie etc.), ale memoriei (hipermnezie, amnezie hipnotică etc.), ale gândirii (logica transei, modificări ale cunoștințelor etc.), ale limbajului și imaginației (vis hipnotic etc.). Cercetările experimentale care urmează a aborda aceste modificări trebuie să aibă ca premise cercetări riguroase din psihologia cognitivă asupra prelucrării primare de informație (Marr, 1982), memoriei (Baddley, 1986; Schacter, 1987; Jacoby, 1991), imaginației (Kosslyn, 1990), teoriei detectării semnalului (Naish, 1986), realizate sau care urmează a fi realizate;

(4) modificările la nivel *comportamental* se caracterizează prin faptul că prin hipnoză putem produce orice comportament al subiectului din starea de veghe. În acest caz însă, comportamentul este trăit de acesta ca fiind automat, involuntar, declanșat de sugestiile hipnotizatorului, și nu generat voluntar. Abordarea experimentală a modificărilor comportamentale din hipnoză trebuie să ia în considerare cercetările cognitive asupra atenției, controlului și prelucrărilor automate de informație (vezi Broadbent, 1958; Norman, 1968; Treisman, 1988; Jacoby, 1991);

(5) modificările la nivel *biologic/fiziologic* sunt induse prin starea de relaxare sau *arousal* (activare) fiziologic (ultima situație intervenind în cazul inducerii hipnotice a unor stări emoționale sau în cazul hipnozei activ/alerte). Cercetările arată că nu există paternuri și modificări neurofiziologice specifice hipnozei;

(6) pentru explicarea fenomenelor hipnotice (modificări la nivel subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic) optăm în favoarea microteoriilor. Abordările anterioare (vezi Hilgard și Barber) propuneau pentru explicarea fenomenelor hipnotice o perspectivă „holistă și globalistă”. Spre exemplu, atât Hilgard, cât și Barber încearcă să explice printr-o singură teorie globalistă și unificatoare (vezi Figurile 5.1. și 5.2) întreaga diversitate a fenomenelor hipnotice. Dar abordarea holistă este astăzi văzută în știință ca nerealistă, ținând mai mult de dorință decât de activitatea științifică și de performanță. Este nevoie de teorii distincte pentru a explica fenomenele hipnotice de la nivele diferite (cum ar fi nivelul cognitiv, comportamental, biologic/fiziologic) sau chiar din cadrul aceluiași nivel (de exemplu, amnezia și hipermnezia hipnotică din cadrul nivelului modificărilor hipnotice cognitive). În general, în știință lucrurile stau la fel. În inteligența artificială, spre exemplu, s-a renunțat la mitul construirii unui sistem artificial inteligent în general, cercetarea focalizându-se pe construirea unor sisteme artificiale inteligente într-un domeniu bine circumscris. Studiul hipnozei perseverează încă pe o linie greșită, căutându-se „mecanismele hipnozei”, răspunzându-se la întrebări globaliste de genul „ce este hipnoza ? ” sau „care sunt mecanismele hipnozei ? ” etc. Prin aceasta, studiul hipnozei se îndepărtează de demersul științific. În consecință, această abordare trebuie abandonată în favoarea elaborării microteoriilor, care încearcă să

clarifice mecanismele implicate într-un fenomen hipnotic ținută, și nu mecanismele implicate în hipnoză. Sigur, ideea unei teorii unificatoare nu trebuie abandonată, ci trebuie lăsată viitorului. Ne putem pune problema ei atunci când vom avea microteorii riguroase, care se cer articulate pentru a oferi o perspectivă de ansamblu, unitară, însă în studiul hipnozei nu s-a ajuns încă la acest nivel. Ce se poate încerca în momentul actual la nivel global este clarificarea aspectului de automatism care caracterizează toate fenomenele hipnotice și care este considerat testul acid pentru ca un fenomen hipnotic să nu fie declarat simplă simulare (vezi, mai jos, teoria deschiderii operaționale);

(7) răspunsul hipnotic la stimulul-sugestie apare în patru modalități (tipuri): a) automat, direct și într-un timp scurt; b) subiectul utilizează conștient anumite modalități cognitive (cum ar fi imaginația) pentru a genera automat și involuntar răspunsul sugerat, în același timp nerealizând faptul că el a angajat inițial aceste modalități cognitive voluntar; c) subiectul utilizează conștient anumite modalități cognitive (de exemplu, imaginația) pentru a genera automat și involuntar răspunsul sugerat, în același timp realizând faptul că el a angajat inițial în mod voluntar aceste modalități cognitive; d) subiectul a generat voluntar răspunsul sugerat. Răspunsuri hipnotice sunt considerate doar primele trei modalități, ultima modalitate fiind considerată compliantă sau simulare hipnotică. Pe măsura exersării și repetării inducției hipnotice, răspunsurile hipnotice de tip b) și c) tind să devină răspunsuri de tip a), datorită automatizării lor. În cursul unei inducții hipnotice, răspunsurile de tip a), b) și c) apar totdeauna împreună, deși într-o proporție variabilă, în funcție de antrenamentul subiectului.

Valoarea pragmatică a hipnozei trebuie văzută cu realism și ca derivând din modificările pe care ea le induce dincolo de dorințele și așteptările nerealiste ale omului modal vizavi de miracolul hipnozei sau de scepticismul nejustificat, izvorât de cele mai multe ori din ignoranță și necunoaștere, al unor oameni de știință sau al practicienilor.

Modificările la nivel subiectiv-afectiv în hipnoză se constituie în experiențe de viață noi pentru subiect, cu impact asupra stimei de sine și asupra evoluției speranței de rezolvare a problemelor pentru care a fost angajată hipnoza; altfel spus, aceste experiențe noi cresc autoeficacitatea și expectanțele de succes ale subiectului, cu impact asupra schimbărilor comportamentale și emoționale (Kirsch, 1990).

Modificările la nivel cognitiv ne permit să sperăm în utilizarea hipnozei ca:

- (a) tehnică de restructurări cognitiv-comportamentale;
- (b) tehnică de anestezie și analgezie, indusă prin mecanisme cognitive în intervențiile chirurgicale acolo unde anestezia farmacologică este inefficientă sau imposibil de aplicat; •»
- (c) tehnică de ameliorare a capacității mnemonice, cu implicații în psihoterapie și practica juridică și judiciară (de exemplu, memoria martorilor și detectarea simularii etc.). • }

Modificările comportamentale induse prin hipnoză, prin caracterul lor involuntar, sporesc încrederea pacientului în eficacitatea unor sugestii posthipnotice; văzând că a fost performant sub hipnoză în realizarea unor comportamente, pacientul își dezvoltă o autoeficacitate și expectanțe de succes crescute pentru noi comportamente, ameliorând astfel integrarea lui cotidiană.

Modificările la nivel biologic/fiziologic se constituie în stări de relaxare utile în tratamentul unor tulburări psihice (de exemplu, tulburări de anxietate) - Udolf, 1981; sau, prin inducerea unei stări de activare (*arousal*) fiziologică, contribuie la realizarea unor tehnici de inoculare a stresului, cu implicații psihoterapeutice în dezvoltarea unor mecanisme de *coping* adaptativ.

După cum se observă, aceste modificări nu aduc nimic miraculos sau supraomenesc. Mai mult, eficacitatea lor pragmatică trebuie evaluată în comparație cu alte tehnici asemănătoare, utilizate deja în practica psihologică. Dar și a te situa pe o poziție din care să afirmi că hipnoza este o tehnică neștiințifică, șamanică, ce creează o puternică dependentă a subiectului de hipnotizator, fără valențe pragmatice, este o eroare izvorâtă fie din ignoranță, fie din examinarea unei bibliografii de „mâna a doua”. În măsura în care este bazată pe o relație de colaborare, și nu de autoritate a terapeutului față de pacient, și este transformată spre sfârșitul ședințelor de psihoterapie în autohipnoză, hipnoza nu produce o dependentă mai mare decât alte tehnici psihologice. În concluzie, am putea spune că tehnica hipnotică în sine nu este eficientă sau neeficientă. Eficiența ei depinde de valoarea și cunoștințele celui care o utilizează.

La întrebarea „Se induce prin hipnoză o stare de transă?” răspundem în felul următor: Da, dar transa este un fenomen hipnotic, o variabilă dependentă fără valoare explicativă; ea este o trăire la nivel subiectiv-afectiv, expresie a modificărilor de la nivelurile cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Mai mult, există două tipuri de transă: transa A și transa B. Abordarea clasică consideră că transa A este absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice (ea este indusă prin procedura de inducție hipnotică, iar pe fondul ei se fac sugestiile specifice care generează fenomenele hipnotice țintă). Abordarea cognitiv-comportamentală consideră că apariția fenomenelor hipnotice și a transei B presupune doar sarcina de supramotivare și oferirea unor sugestii specifice, putându-ne dispensa de transa A și, în consecință, de procedura de inducție hipnotică înțeleasă ca factor absolut necesar pentru generarea fenomenelor hipnotice (transa B, în acest caz, este o variabilă dependentă ca toate fenomenele hipnotice, în fapt un fenomen hipnotic care se cere explicat). Comentând aceste asumții aparent diferite, observăm (vezi Anexa 6) că sugestiile generate în cadrul procedurii de inducție hipnotică vizează somnul, închiderea ochilor, relaxarea, motivarea subiectului de a fi hipnotizat, crearea unor atitudini pozitive spre hipnoză, expectanțe pozitive și realiste despre hipnoză etc. Barber (1969) afirmă că, dintre aceste componente ale procedurii de inducție hipnotică, factorii activi sunt doar atitudinile, motivația și expectanțele pozitive și

realiste ale subiectului față de hipnoză. Deși dorea să critice și să completeze constructiv paradigma clasică în abordarea hipnozei prin introducerea factorului expectanță, în fapt Barber o justifică și o confirmă. Aceasta deoarece, dacă, spre exemplu, subiecții au expectanțe (se așteaptă) că sub hipnoză li se va sugera somn, relaxare etc., acești factori numiți pasivi și „redundanți” de către Barber devin, în fapt, factori activi și absolut necesari pentru generarea fenomenelor hipnotice. Altfel spus, chiar dacă Barber nu a urmărit acest lucru, perspectiva inițiată de el se constituie într-un cadru teoretico-metodologic care, deși scoate în evidență limitele perspectivelor anterioare (de exemplu, paradigma clasică în abordarea hipnozei), salvează multe din asumțiile lor fundamentale. Este un lucru clasic în filosofia științei faptul că o paradigmă nouă, viabilă, pe lângă înnoirile teoretico-metodologice pe care le aduce, trebuie să reevalueze, să explice și să înglobeze aspectele viabile ale paradigmelor anterioare. Cercetările inițiate de noi sugerează următoarea concluzie privind această dispută: tranșa A nu este absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice țintă și a transei B, dar le poate favoriza. Analizând critic anatomia procedurii de inducție hipnotică (vezi Anexa 6), se observă că ea înglobează sarcina de supramotivare, care constituie, de fapt, factorul său activ. Utilizarea procedurii de inducție hipnotică în locul sarcinii de supramotivare este însă absolut necesară când subiectul are expectanțele utilizării ei sau când subiecții au o imaginație mai puțin bogată (vezi experimentul de mai jos). Gândind prin analogie, procedura de inducție hipnotică joacă rolul catalizatorilor dintr-o reacție chimică: reacția se poate realiza și fără ei, dar eficiența și rapiditatea reacției chimice sunt mult mai mari când sunt prezenți. Concluzia se bazează pe rezultatele obținute în următorul experiment prezentat sintetic.

Experiment (vezi și David *eta/.*, 2000)

Ipoteză generală. Tranșa A nu este absolut necesară pentru producerea fenomenelor hipnotice țintă și a transei B, dar le poate favoriza.

Subiecți. La experiment au participat 90 de subiecți, studenți sau elevi în clasele a X-a, a XI-a și a XII-a, distribuiți cu ajutorul Chestionarului (de imaginație) Bets (vezi Anexa 6) în trei loturi: (1) cu imaginație mare, (2) cu imaginație medie și (3) cu imaginație mică.

Procedura. Fiecare lot de subiecți a fost împărțit randomizat în două subploturi. Primul subplot a fost evaluat din punctul de vedere al hipnotizabilității (măsurată cu Scala de Sugestibilitate Barber) după sarcina de supramotivare, iar celălalt subplot după procedura de inducție hipnotică standard, corespunzând Scalei de Sugestibilitate Barber (procedură elaborată de Barber). S-au evaluat trei indicatori ai hipnotizabilității (vezi Anexa 6): (1) scorul obiectiv; (2) scorul subiectiv și (3) scorul răspunsurilor voluntare/involuntare.

Rezultate și concluzii. Condițiile în care tranșa A poate influența apariția fenomenelor hipnotice se prezintă astfel:

a) subiecții cu imaginație mare (evaluată cu Chestionarul Bets) nu au nevoie de tranșa A pentru producerea fenomenelor hipnotice (evaluate cu Scala de Suggestibilitate Barber). Sarcina de supramotivare este suficientă, performanțele fiind egale în cele două condiții: scor obiectiv : $t(28) = 1,11$, $p > 0,10$; scor subiectiv : $t(28) = 1,24$, $p > 0,10$; scor voluntar/involuntar: $t(28) = 1,50$, $p > 0,10$.

b) subiecții cu imaginație medie beneficiază de prezența transei A în producerea fenomenelor hipnotice, obținând performanțe mai mari în raport cu subiecții care au doar sarcina de supramotivare: scor obiectiv: $t(28) = 3,98$, $p < 0,01$; scor subiectiv: $t(28) = 3,05$, $p < 0,01$; scor voluntar/involuntar: $t(28) = 2,20$, $p < 0,05$.

c) subiecții cu imaginație scăzută nu beneficiază de tranșa A, performanțele lor hipnotice fiind la fel de reduse în prezența sau în absența acesteia și egală cu performanța în condițiile sarcinii de supramotivare: scor obiectiv: $t(28) = 1,21$, $p > 0,10$; scor subiectiv: $t(28) = 1,28$, $p > 0,10$; scor voluntar/involuntar: $t(28) = 2$, $p > 0,10$.

Precizarea și detalierea acestor condiții trebuie să facă obiectul unor studii ulterioare, datorită impactului lor teoretic și pragmatic considerabil. Această perspectivă asupra hipnozei poate fi rezumată și sintetizată așa cum apare ilustrată de Figura 5.3.

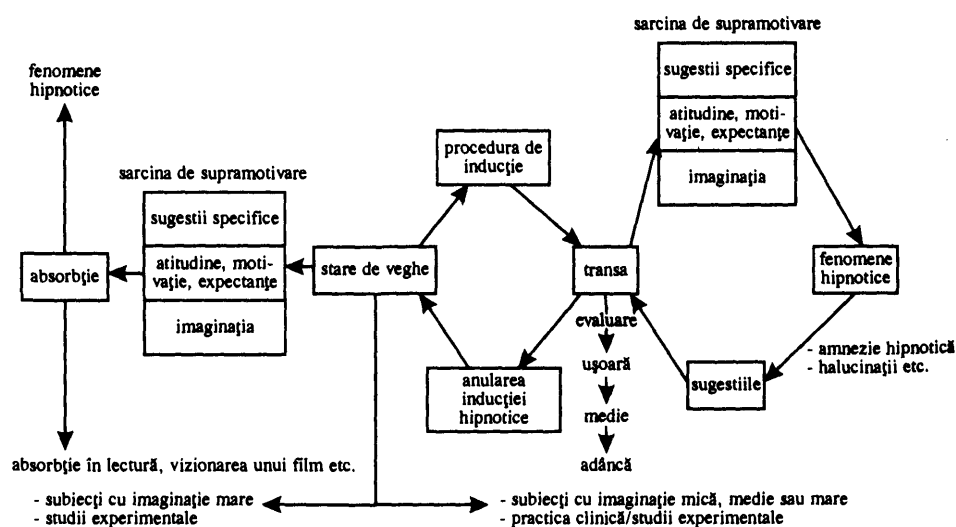


Figura 5.3. Abordarea cognitiv-comportamentală modernă asupra hipnozei

Teoria care se revendică în aceste angajamente paradigmatic teoretico-metodologice de origine cognitivă este teoria deschiderii operaționale (vezi, pentru detalii, David *et al.*, 2000).

B. *Teoria deschiderii operaționale*

Pornim de la faptul că reprezentarea cunoștințelor în sistemul nostru cognitiv poate fi simulată printr-o rețea conexiționistă sau simbolică (vezi, pentru detalii, Eysenck și Keanne, 2000). Altfel spus, unele cunoștințe sunt activate, altele inhibate, iar altele sunt, simplu spus, dezactivate. Paternul existent la un moment dat în sistemul cognitiv este determinat de stimulii din mediu, de intențiile subiectului și de legăturile existente între reprezentările cunoștințelor din sistemul cognitiv. Spre exemplu, într-o sală de clasă (stimul) vor fi amorțate cunoștințe referitoare la materiile pe care le învățăm acolo și vor fi inhibate, în cazul unora dintre noi, cunoștințele referitoare la cum să facem dragoste. Aceasta deoarece, în cursul dezvoltării ontogenetice, cei mai mulți dintre noi am învățat (prin asocieri repetate) că într-o sală de clasă se citește, se scrie etc. și nu se face dragoste. De cele mai multe ori, când sunt amorțate cunoștințele referitoare la cum să scriu, cunoștințele referitoare la cum să fac dragoste vor fi inhibate. (De câte ori am asociat în experiența noastră cele două tipuri de comportamente? Foarte rar sau niciodată.) Mai degrabă, cunoștințele referitoare la cum să scriu îmi vor amorța cunoștințele referitoare la cum să citesc. Aceste două activități au fost frecvent asociate în experiența noastră de viață. Alte cunoștințe, precum cele referitoare la cum să mănânc, pot să fie, simplu spus, dezactivate în acest context, deoarece ele nu sunt nici compatibile, nici incompatibile cu acesta. Rezumând, în orice context (stimulare externă sau internă) avem unele cunoștințe activate, altele inhibate, iar altele dezactivate. Ele formează, la nivel cognitiv, un patern specific (deschidere operațională) care va susține un anumit spectru de comportamente. Comportamentele noastre vor fi determinate de cele mai activate cunoștințe (David, 2000). Cu cât numărul de cunoștințe activate sau cu un rest de activare (dezactivate, dar nu inhibate) este mai mare, iar numărul de cunoștințe inhibate este mai mic, cu atât deschiderea operațională este mai mare. Altfel spus, există premisa efectuării mai multor comportamente (Anderson, 1990).

Dacă stimulii din mediu vizează inițierea unor comportamente ale căror modele mentale (de exemplu, cunoștințe referitoare la cum se fac, acele comportamente - cunoștințe procedurale) sunt inhibate, efectuarea acestor comportamente va fi experiențiată ca fiind voluntară. Aceasta deoarece sunt necesare resurse atenționate suplimentare pentru activarea modelelor mentale (inhibate) ale acestor comportamente (răspunsuri) în scopul producerii lor.

Dacă stimulii din mediu vizează inițierea unor comportamente ale căror modele mentale sunt activate sau în curs de dezactivare, efectuarea acestor comportamente va fi experiențiată ca fiind involuntară. Aceasta deoarece nu sunt necesare resurse atenționale suplimentare pentru activarea modelelor mentale (oricum activate sau cu un rest de activare) ale acestor comportamente (răspunsuri) în scopul producerii lor.

Procedura de inducție hipnotică, prin sugestiile de închidere a ochilor, focalizarea atenției pe un stimul-țintă etc., reduce influența și constrângerile contextului fizic

asupra subiectului, ceea ce determină o creștere a deschiderii operaționale a acestuia. Altfel spus, nemaexistând constrângerile mediului în aceeași măsură, majoritatea cunoștințelor noastre vor fi simplu dezactivate sau activate în curs de dezactivare. În consecință, nemaexistând multe cunoștințe inhibate, și spectrul de comportamente posibile crește. Mai mult, majoritatea acestor comportamente generate de stimuli din mediu (de exemplu, sugestiile hipnotizatorului) vor fi experiențiate ca involuntare, deoarece cunoștințele (modelele mentale) care le susțin nu au fost inhibate anterior acțiunii stimulilor și, în consecință, nu necesită resurse atenționale suplimentare pentru prelucrarea stimulilor și generarea comportamentelor (răspunsurilor). Același efect îl are hipnoza și asupra intențiilor subiectului (conceptualizate ca un tip particular de reprezentări cognitive), care atribuie astfel deciziile și intențiile sale asupra hipnotizatorului, reducând constrângerile pe care acestea le-ar putea impune asupra bazei de cunoștințe,

în concluzie, fenomenele hipnotice (modificările la nivelurile subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic) sunt răspunsuri ale subiectului, generate de stimuli sugestie care acționează pe un fond de deschidere operațională mărită a subiectului indusă prin procedura de inducție hipnotică sau sarcina de supramotivare. Ele sunt experiențiate ca involuntare, deoarece modelele lor mentale nu sunt inhibate, subiectul aflându-se într-o stare de deschidere operațională mărită. Mai mult, pe acest fond de deschidere operațională mărită, modelele mentale ale diverselor comportamente pot fi activate cu resurse minime, deoarece nu există inhibiție laterală, majoritatea modelelor mentale alternative/opuse fiind dezactivate. Activarea modelelor mentale țintă în hipnoză se face: (1) prin repetarea sugestiilor; (2) prin expectanțele create de hipnotizator subiectului anterior hipnozei; (3) prin descrierea pe care acesta o face procedurii și a ceea ce urmează să se întâmple sub hipnoză sau (4) printr-un context fizic indus imagistic, congruent cu comportamentul ce urmează a fi sugerat (de exemplu, înainte de a sugera că brațul este greu și coboară, subiectul își imaginează un dicționar mare și greu pus în palma sa). Altfel spus, factorii necesari și suficienți pentru apariția fenomenelor hipnotice sunt modelele mentale activate ale acestor răspunsuri (modele mentale activate prin: repetarea sugestiilor, expectanțele subiectului, atitudinea și motivația pozitivă pentru hipnoză și context indus cognitiv-imagistic) și stimulii-sugestie specifici care vizează declanșarea acestor răspunsuri. Acești factori sunt manipulați atât în procedura de inducție hipnotică, cât și în sarcina de supramotivare.

C. Componente ale abordării cognitiv-comportamentale moderne asupra hipnozei. Detalii și precizări suplimentare

În abordarea cognitiv-comportamentală modernă, componentele hipnozei sunt:

(1) Procedura de inducție hipnotică, care apare ca un factor important în această perspectivă și are, la rândul ei, următoarele componente (vezi Anexa 6):

- *Începutul inducției*; se asigură un mediu liniștit și securizant, ferit, pe cât posibil, de zgomote, o poziție confortabilă pentru subiect, sugestii securizante și de inducere a calmului;

- *Concentrarea atenției*; se poate face pe un stimul intern (respirația subiectului, propriile senzații corporale - de exemplu, relaxarea etc.) sau pe un stimul extern (punct luminos, obiect-țintă etc.);
 - *Relaxarea corporală*; se face prin sugestii specifice și se regăsește în majoritatea procedurilor de inducție hipnotică (deși alte tehnici hipnotice se bazează nu pe relaxare, ci pe declanșarea unui *arousal* fiziologic - hipnoza activ/alertă);
 - *Adâncirea transei A* ; se face prin sugestii specifice, în scopul creșterii eficienței sugestiilor-țintă;
 - *Evaluarea adâncimii transei* (vezi Anexa 6) prin scale de hipnotizabilitate standardizate pentru cercetarea experimentală sau prin forme prescurtate ale acestora și itemi specifici pentru practica clinică;
 - *Tehnici de intervenție psihologică* în practica psihologică clinică (de exemplu, desensibilizare progresivă), juridică (de exemplu, detectarea simulării sau îmbunătățirea memoriei martorilor) sau în cercetarea experimentală;
 - ***Procedura de anulare a stării de transă***; se insistă asupra faptului că orice sugestie dată sub hipnoză (exceptând sugestiile posthipnotice) trebuie anulată în cursul acestei proceduri;
 - *Discuții*; se insistă asupra experiențelor pe care le-a trăit subiectul, asupra rolului lor în diagnostic și în tratament, se programează ședințele următoare, se discută, de asemenea, dificultățile întâmpinate și care trebuie corectate ulterior etc.
- Toate procedurile hipnotice respectă această structură, cu mici variații; diferențele majore între diversele tehnici de inducție hipnotică constau nu în structura acestora, ci în conținutul lor.

(2) Atitudinea pozitivă spre hipnoză, motivația de a fi hipnotizat și stimularea capacităților imagistice ale subiectului, care se pot realiza prin sarcina de supra-motivare (vezi Anexa 6).

(3) Sugestia este o componentă fundamentală a acestei perspective, astfel că va fi abordată detaliat în cele ce urmează. Sugestia o definim ca un stimul care urmărește declanșarea unui răspuns (răspunsul A) subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și/sau biologic/fiziologic, prin amorsarea unor procese informaționale țintă. Pentru ca un stimul să fie considerat sugestiv, trebuie să existe posibilitatea subiectului de a nu declanșa răspunsul sugerat (răspunsul B), iar costurile răspunsului sugerat A și ale răspunsului opus B să fie comparabile. Mai mult, pentru a considera un stimul-sugestie și un răspuns, răspuns sugerat, trebuie îndeplinite mai multe constrângeri. Răspunsul sugerat trebuie să fie involuntar și conștientizat în momentul execuției, subiectul comportându-se „ca și cum”, în contextul dat, aceasta ar fi singura posibilitate de răspuns. Dacă răspunsul este voluntar și conștient, atunci vorbim despre simulare și complianță. Dacă răspunsul este involuntar și inconștient, atunci subiectul nu are opțiunea alternativei, deci nu discutăm despre sugestie și sugestibilitate. Extinzând această idee, prelucrările inconștiente de informație (prelucrările implicate în procesul de atribuire, evaluare etc.)

nu trebuie incluse în domeniul sugestiei și sugestibilității, modul lor de funcționare excluzând din start opțiunea alternativei și posibilitatea subiectului de a se comporta „ca și cum” doar răspunsul sugerat este posibil. Cred că este mai pragmatic să separăm cele două domenii în beneficiul rigorii studiului lor, rămânând deschisă însă posibilitatea de a găsi mecanisme comune și analoge. Dacă aceste constrângeri nu sunt satisfăcute, nu putem vorbi despre sugestie, ci eventual despre comandă, instrucție, constrângere sau cerere. Sugestibilitatea este un termen care descrie modificări specifice la nivel subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic, modificări induse de stimulul sugestie în stare de veghe. Hipnotizabilitatea este un termen care descrie modificări la nivel subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic, induse de un stimul-sugestie după o procedură de inducție hipnotică sau o sarcină de supramotivare. Altfel spus, hipnotizabilitatea este sugestibilitatea evaluată după o procedură de inducție hipnotică (pe fondul transei A) sau după o sarcină de supramotivare. În consecință, unele scale de sugestibilitate se aplică doar în stare de veghe; ele se numesc, în acest caz, scale de sugestibilitate propriu-zisă (de exemplu, Scala de Sugestibilitate Senzorială Gheorghiu etc.). Alte scale de sugestibilitate se aplică atât în stare de veghe, cât și după o sarcină de supramotivare sau inducție hipnotică; în acest caz, ele se numesc scale de sugestibilitate și/sau hipnotizabilitate, depinzând de contextul în care sunt aplicate (Scala de Sugestibilitate Barber, Scala de Imaginație Creatoare Wilson/Barber etc.). Alte scale de sugestibilitate se aplică doar după o sarcină de supramotivare sau, mai frecvent, după inducție hipnotică; în acest caz, ele se numesc scale de hipnotizabilitate (de exemplu, Scala de Hipnotizabilitate Pentru Grup Harvard, adaptată de Davids *al.*, 2003).

În funcție de tipul de sugestie, avem trei tipuri de sugestibilitate:

- 1) *sugestibilitate motorie* (primară) - când stimulul sugestiv urmărește direct (de exemplu, „...brațul coboară jos, tot mai jos...”) sau indirect (de exemplu, „...o greutate mare este așezată în palmă; observă ce greu îți vine brațului să susțină greutatea...”) declanșarea unui răspuns motor;
- 2) *sugestibilitate senzorială* (secundară) - când stimulul sugestiv urmărește direct (de exemplu, „...brațul este cald, din ce în ce mai cald...”) sau indirect (de exemplu, „...imaginează-ți brațul ca un calorifer încins...”) declanșarea unui răspuns senzorial sau biologic/fiziologic;
- 3) *sugestibilitatea cognitivă* (terțiară) - când stimulul sugestiv vizează declanșarea unei modificări la nivel cognitiv (de exemplu, memorie, gândire); în acest caz, dacă stimulul sugestiv apare sub forma unei întrebări sugestiv-cognitive, se numește sugestibilitate interogativă (de exemplu, „...era o mașină de culoare roșie sau neagră?...”).

Cele mai studiate tipuri de sugestibilitate sunt: sugestibilitatea motorie directă, sugestibilitatea senzorială indirectă și sugestibilitatea interogativă. Cercetările realizate până acum (Naish, 1986) au arătat următoarele:

- cele trei tipuri de sugestibilitate nu se corelează puternic între ele;
- cu hipnotizabilitatea, cel mai puternic se corelează sugestibilitatea motorie directă.

Urmează ca viitoarele cercetări să clarifice și să detalieze mecanismele și relațiile reciproce ale sugestiei/sugestibilității și hipnozei/hipnotizabilității.

Sugestia/sugestiile-stimul, pentru a fi eficiente, trebuie să îndeplinească o serie de constrângeri (Naish, 1986):

- 1) sugestia să fie simplă și concisă:
 - Recomandabil: „Mâna dreaptă este grea” ;
 - Contraindicat: „Partea de sus a corpului și capul sunt grele și relaxate ca o bucată de plumb sau ca o bară de fier” ;
- 2) sugestiile să fie repetate:
 - Simplu: „Brațul drept e greu. Brațul drept e greu” ;
 - Parafrazat: „Brațul drept e greu, o greutate plăcută cuprinde brațul drept, brațul drept e greu ca de plumb” ;
 - Sinonim: „Brațul drept e greu, brațul drept e ca de plumb” ;
- 3) sugestiile să fie credibile și dezirabile:
 - Recomandabil: „O energie plăcută și reconfortantă te cuprinde... Te simți tot mai refăcut... tot mai energizat și puternic” ;
 - Contraindicat: „O energie plăcută te cuprinde. Te simți puternic, tot mai puternic... ești cel mai puternic om” ;
- 4) sugestiile să fie încadrate temporal (de exemplu: „acum”, „în scurt timp”, „când voi ajunge la 10” etc.):
 - Recomandabil: „Ești calm, relaxat (implicit acum). Când voi ajunge la 10, vei fi într-o stare adâncă de relaxare” ;
 - Contraindicat: „Vei fi calm și relaxat. Vei fi într-o stare adâncă de relaxare” ;
- 5) pe cât posibil, sugestiile să nu fie ambigue:
 - Recomandabil: „Mâine, la concurs, vei alerga ca o căprioară, vei alerga la limita maximă a capacității tale, vei da tot ce poți” ;
 - Contraindicat: „Mâine la concurs vei alerga ca o căprioară” ;
- 6) pe cât posibil, sugestia să fie bine ținută, să vizeze o problemă, și nu două sau trei simultan:
 - Recomandabil: „Brațul drept este greu. Respirația este adâncă, liniștită” ;
 - Contraindicat: „Brațul drept și picioarele sunt grele, iar respirația și relaxarea sunt adânci și liniștitoare” ;
- 7) dacă problema țintă vizată de sugestie este prea complexă, atunci ea se sparge în probleme mai simple:
 - Recomandabil: „Mâine la concurs vei fi în formă... vei alerga la limita maximă a capacității tale... orice sentiment neplăcut de anxietate va dispărea” ;
 - Contraindicat: „Mâine la concurs vei fi cel mai bun” ;
- 8) sugestiile să fie formulate în termeni pozitivi:

- Recomandabil: „Sunt calm, relaxat, alerg din ce în ce mai mult, fumez din ce în ce mai puțin” ;
 - Contraindicat: „Nu mai sunt tensionat, fac sport, nu fumez” ;
- 9) la începutul inducției, sugestiile care vizează relaxarea să nu amorseze gânduri sau imagini prea bogate sau prea vii; acestea pot fi uneori anxiogene, interferând cu relaxarea;
- 10) pe parcursul inducției, sugestiile să fie dublate de conținut imagistic care le poate potența efectul:
- Recomandabil: „Imaginează-ți realmente cum brațul drept e rigid ca o bară de oțel” ;
- 11) sugestiile să fie formulate cu o voce hipnotică. O voce hipnotică se caracterizează prin faptul că:
- este monotonă sau ritmică, ușor mai gravă decât vocea pe care o folosim în mod normal;
 - distorsionează ușor cuvintele importante: „Ești tot mai caaalm și relaxaaat” ;
 - accelerează ușor ritmul la sugestiile-țintă;
 - există un raport adecvat între un ritm continuu (susținut prin conjuncții logice: *și, apoi, sau*) și pauze (necesare pentru a da ocazia apariției răspunsului sugerat);
- 12) sugestiile pot să fie directe sau indirecte:
- Directe: „Brațul drept e greu, brațul drept coboară ușor jos, tot mai jos”.
 - Indirecte (cum ar fi metaforele):

Exemplu

„Imaginează-ți că pe brațul drept ți se așază un dicționar și mai greu. Brațului îi este greu să susțină dicționarul și coboară ușor în jos.”

- 13) sugestiile să fie aplicate în condiții favorizante: efectul stimulului-sugestie este mai eficace dacă acționează într-un context mai puțin structurat, ambiguu, care nu impune constrângeri, dar nici nu favorizează evident răspunsul sugerat.

În concluzie, mizăm pe faptul că această perspectivă cognitiv-comportamentală asupra hipnozei va genera aplicații de anvergură în practica psihologică în încercarea de a influența pozitiv performanțele subiecților umani. Subcapitolul prezentat în continuare anticipă și particularizează această perspectivă teoretică în practica clinică.

5.5. Hipnoterapia

Hipnoterapia este hipnoza utilizată în tratamentul diverselor afecțiuni psihice, somatice și psihosomatice (Holdevici, 1996). Hipnoterapia se derulează pe parcursul mai multor faze:

(1) Decizia de a utiliza hipnoterapia ca formă de tratament. Această fază este condiționată de:

- angajamentul teoretico-pragmatic și pregătirea psihoterapeutului;
- calitățile pacientului, care se constituie în disponibilități pentru hipnoterapie;
- gradul de eficiență a hipnoterapiei în tratamentul tulburărilor-țintă, reflectat de cercetarea de specialitate și de experiența clinică.

(2) Stăpânirea de către psihoterapeut a unei tehnici hipnotice și a intervenției hipnoterapeutice propriu-zise.

Din punctul de vedere al validării științifice și luând drept criteriu sursa angajamentului teoretic care fundamentează intervenția hipnoterapeutică, hipnoterapia poate fi utilizată în psihoterapie în două forme:

- hipnoterapie propriu-zisă (implementată ca tehnică în diverse școli de psihoterapie) ;
- hipnoterapie combinată cu psihoterapie cognitiv-comportamentală: hipnoterapie cognitiv-comportamentală.

Hipnoterapia propriu-zisă

Hipnoza, prin modificările la nivelurile subiectiv-afectiv, cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic pe care le induce, se constituie în tehnică de intervenție psihoterapeutică prin ea însăși.

Modificările la nivel subiectiv-afectiv

Prin experiențele generate, au un rol stimulator asupra stimei de sine a pacientului, expectanțelor de vindecare și, prin aceasta, un rol catalizator asupra procesului terapeutic. Altfel spus, modificările la nivelurile cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic determină la nivel subiectiv-afectiv o stare de transă care se constituie într-o experiență de viață nouă pentru subiect, cu efect stimulator asupra eficienței psihoterapiei și asupra modificărilor pe care aceasta le vizează.

Modificările la nivel cognitiv:

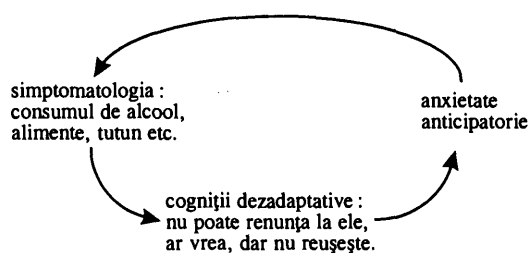
- regresia în vârstă, visul hipnotic pot ajuta pacientul să își genereze o istorie coerentă de viață, cu implicații în reducerea simptomatologiei;

- amnezia **posthipnotică** pentru informații traumatizante poate reduce disconfortul emoțional pe termen scurt sau în situațiile de criză, până când se rezolvă problema prin tehnici de psihoterapie mai adecvate.

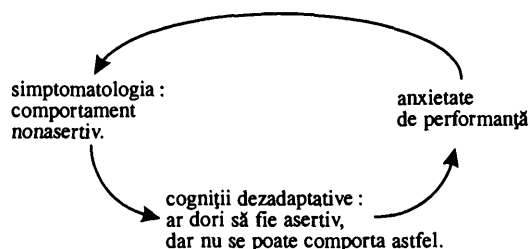
Modificările la nivel comportamental

În cazul multor pacienți, simptomatologia este întreținută printr-un cerc vicios, în care cauza și efectul își schimbă locul continuu (vezi exemplele 1 și 2 de mai jos).

Exemplul 1



Exemplul 2



În aceste cazuri, sugestiile posthipnotice pot sparge cercurile vicioase reducând simptomatologia și apoi, în combinație cu alte tehnici, eliminând-o. Mecanismul este următorul:

- subiectul realizează faptul că el poate executa orice sugestie care îi este dată de către hipnotizator în cursul hipnozei;
- sugestia **posthipnotică** vizează declanșarea unui comportament a cărui realizare este împiedicată de anxietatea anticipatorie sau de performanță;
- sugestia posthipnotică fiind dată de către hipnotizator în cursul hipnozei, elimină în fapt tocmai anxietatea de performanță, crescând autoeficacitatea pacientului.

Cazuistica proprie

Pentru exemplul 1: Subiectul C.V., douăzeci și șase de ani, internat cu *delirium tremens*. A început să bea la vârsta de paisprezece ani pe fondul unor probleme familiale și școlare. După două săptămâni, începe terapia de desensibilizare.

Relatează însă că, ori de câte ori vede o sticlă cu alcool, nu se poate stăpâni (în timpul curei de dezintoxicare) să nu consume alcool. Analiza detaliată arată că vederea sticlei cu alcool îl determină pe subiect să se îndoiască de eficiența tratamentului început, iar pe fondul anxietății generate de această stare, începe să consume alcool. În acest caz, sugestiile posthipnotice incluse în tratament s-au dovedit salutare în continuarea și eficiența tratamentului, reducând în fapt anxietatea anticipatorie:

- „Pe zi ce trece, vei consuma tot mai puțin alcool, vei fi mai sănătos” ;
- „Consumul de alcool este sub controlul tău. Te simți stăpân pe situație. Orice situație o tratezi cu calm și superioritate”.

Pentru exemplul 2: Subiectul RD., cincisprezece ani, are probleme de relaționare interpersonală. În urmă cu două luni a fost aleasă șefa clasei, dar problemele sale interferau cu rolul cerut de această numire. Tratamentul ales a fost antrenamentul asertiv. Deși în imaginar reușea să își îndeplinească atribuțiile, în realitate dădea greș. Analiza atentă a relevat mecanismul descris la exemplul 2. Pentru a elimina anxietatea de performanță, am optat pentru următoarele sugestii posthipnotice:

- „Măine la ora șase vei anunța în fața clasei programul excursiei”.

Modificările la nivel biologic/fiziologic

La nivel biologic/fiziologic hipnoza este o excelentă tehnică de relaxare, uneori mai eficientă decât tehnicile clasice, deoarece:

- timpul necesar obținerii stării de relaxare poate fi mai redus;
- hipnoza poate fi transformată în autohipnoză, pacientul dobândind astfel autonomie;
- relaxarea este extrem de profundă.

Dezavantaje:

- nu implică de la început în mod activ pacientul;
- nu se aplică ușor (sau necesită mult timp pentru aplicare) pacienților mai greu hipnotizatul i.

Oricum, hipnoza, ca tehnică de relaxare, este indicată dacă dorim să obținem rezultate în timp scurt. Pentru a avea rezultate durabile și pentru a stimula o activitate de prevenție: (1) hipnoza trebuie transformată în autohipnoză sau (2) pacientul trebuie învățat o tehnică de relaxare prin care să devină autonom față de terapeut. Trebuie menționat aici că modificările la nivel biologic/fiziologic pot consta și într-o stare de activare fiziologică, cum este în cazul hipnozei activ/alerte (în hipnoza activ/alertă, inducția constă din exerciții fizice repetitive pe fondul cărora se fac sugestii specifice); cercetările (Naish, 1986) sugerează că hipnoza clasică și cea activ/alertă au o eficiență asemănătoare, deși hipnoza clasică prin relaxare este mai indicată în domeniul clinic (ca urmare a validității de aspect); hipnoza activ/alertă poate fi utilizată însă cu succes la sportivi.

Hipnoterapia cognitiv-comportamentală

Psihoterapia cognitiv-comportamentală presupune tehnici de intervenție la nivel cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Eficiența acestor tehnici poate crește dacă sunt asociate cu tehnica hipnotică (David *et al.*, 1998).

Intervențiile la nivel cognitiv

Uneori, restructurările cognitive ale cognițiilor disfuncționale în scopul asimilării cognițiilor funcționale se pot face sub hipnoză. Existând o deschidere operațională largă, eventualele rezistențe ale subiectului pot fi diminuate prin faptul că în fapt cognițiile disfuncționale sunt dezactivate. Alte tehnici cognitive pot favoriza procesul de asimilare a cognițiilor funcționale prin repetarea acestora (a cognițiilor) un timp îndelungat. Deși eficiente la nivel experimental, unele sunt mai greu de implementat în practică. Aceasta deoarece ele creează un sentiment de penibilitate și de neverosimil.

Exemple:

(1) *Tehnica repetiției*: repetă de 10-20-30-40 de ori „Sunt cel puțin la fel de valoros ca ceilalți” sau (2) *Tehnica restructurării globale*: „Uite, hai să presupunem că ești o persoană nouă, uităm toate trăsăturile pe care le-ai avut înainte și îți formezi o nouă personalitate caracterizată prin - se enumera aspectele pozitive...”.

Totuși, aplicate sub hipnoză, în contextul special creat de aceasta, aceste tehnici par mai verosimile și acceptabile, nefiind cu mult mai „ciudate” ca alte lucruri care se întâmplă sub hipnoză.

Intervențiile la nivel comportamental

Înainte de a implementa *in vivo* un anumit comportament, el poate fi experimentat sau simulat în imaginar sub hipnoză. Se pot identifica astfel consecințele pozitive ale realizării lui, crește sentimentul de autoeficacitate al subiectului, se anticipă eventualele piedici și modul de depășire a lor, se elimină anxietatea de performanță.

Intervențiile la nivel biologic/fiziologic

În acest caz, hipnoza poate fi folosită în locul tehnicilor de relaxare, cu avantajele și dezavantajele pe care aceasta le aduce (vezi discuția de mai sus). Mai mult, expunerea și desensibilizarea progresivă în imaginar uneori pot fi realizate mai eficient pe fondul hipnozei, deoarece:

- relaxarea poate fi mai adâncă și mai rapidă;
- imaginile pot fi mai intense și mai clare.

Trebuie totuși să se aibă în vedere și să se elimine dezavantajele pe care utilizarea hipnozei ca tehnică de relaxare le-ar putea aduce (vezi criticile menționate pe parcursul acestui capitol).

În ansamblu, tehnicile hipnotice pot fi de două feluri:

(1) predominant autoritare: folosesc sugestii directe, o voce ritmată și mai autoritară. Aceste tehnici sunt indicate la subiecții care se supun autorității și caută autoritatea ca mijloc de protecție (de exemplu, militari, profesori, părinți, lideri etc.). Tehnicile hipnotice autoritare sunt utilizate în hipnoza individuală (mai rar de grup), precum și în practica judiciară pentru detectarea simulării;

(2) predominant de colaborare: folosesc sugestii indirecte, o voce monotonă, multă imagerie. Ele sunt indicate în cazul subiecților creativi și cu multă imaginație, care doresc să-și depășească continuu propriile limite. Aceasta variantă este indicată în practica clinică și în cea judiciară (de exemplu, în scopul sporirii eficienței memoriei martorilor).

r

Capitolul 6

Fundamente ale cercetării clinice

6.1. Despre știință

O abordare a cercetării clinice necesită clarificarea prealabilă a constructului de știință. Fără a intra detaliat în aspecte de filosofie a științei și de epistemologie (pentru detalii, vezi Dawes, 1994), vom prezenta în continuare aspectele cele mai relevante privind demersul științific. Așadar, ce înseamnă o abordare științifică într-un domeniu? În primul rând trebuie spus că știința *nu* înseamnă cunoaștere reunită în sistem, cum adesea se afirmă în unele lucrări de specialitate. Dacă am concepe astfel știința, ar fi sinucidere pentru noi ca oameni de știință, căci nu am putea face față criticilor care afirmă că un fenomen nu este științific, deoarece în momentul de răză nu avem cunoștințele necesare predicției și controlului lui și în consecință, fenomenul trebuie abordat prin strategii alternative științei. Știința este un proces, este o modalitate metodologică de abordare a unui fenomen care duce la cunoaștere reunită în sistem. Așadar, chiar dacă la momentul *t*_j nu avem cunoștințele necesare unei abordări științifice a unui fenomen, nu înseamnă că fenomenul nu face obiectul științei; dacă el poate fi abordat prin mijloace specifice științei, atunci este un fenomen științific; o astfel de abordare poate avea loc la momentul *t* dacă fenomenul este interesant.

În știință se face o distincție clară între următoarele (Eysenck și Keane, 1995):

- *Asumpții*. Asumpțiile (de exemplu, asumția determinismului, a conștientizării psihicului uman ca sistem de prelucrare a informației etc.) sunt idei fundamentale care sunt acceptate ca fiind adevărate, deși ele nu se pot testa empiric direct sau testarea lor, deși posibilă în principiu, este foarte dificilă. Ele formează prealabilul filosofic al oricărei metode de cercetare științifică (Gadamer, 1975). Valoarea lor este judecată pragmatic. Dacă asumpțiile au consecințe pozitive (de exemplu, ajută la generarea de teorii, modele și tehnologii eficiente), atunci sunt bune și valoroase; dacă nu au consecințe pozitive, atunci sunt fără valoare și urmează să se renunțe la ele.
- *Teorii*. Teoriile sunt formulări derivate din asumpții, care pot fi testate empiric pentru a se afla valoarea lor de adevăr; așadar, despre o teorie putem spune dacă este adevărată sau falsă. Aristotel arată că a enunța că ceea ce este nu este sau că ceea ce nu este este constituie o teorie falsă; o teorie este adevărată dacă spune că este ceea ce este și că nu este ceea ce nu este. Mai simplu spus, o teorie este adevărată când ceea ce afirmă ea corespunde realității și este falsă când nu există o asemenea corespondență. Teoriile sunt sisteme organizate de

construite, fiind astfel formate din propoziții (asertiuni). Funcțiile unei teorii sunt: (1) funcția descriptivă (se descrie un fenomen); (2) funcția explicativă (se explică un fenomen); (3) funcția predictivă (se fac predicții asupra unui fenomen); (4) funcția de sistematizare (se organizează totalitatea informațiilor asupra unui fenomen într-o structură coerentă).

- *Modele.* Aplicarea unei teorii la un caz sau la o situație concretă generează modele. Se întâmplă uneori ca modelul să fie descoperit primul, iar apoi să se dezvolte o teorie; oricum, relația rămâne aceeași: modelul este un caz particular al teoriei, indiferent care dintre cele două componente se dezvoltă prima.

Adesea, în știință, asumțiile sunt protejate și nu se discută explicit, focalizarea fiind pe teorie și modele. Spre exemplu, în neuroștiințe, cercetările au dus la elaborarea unor modele și teorii cu funcții pragmatice importante. Asumțiile sunt însă protejate, deoarece explicitarea lor ar declanșa un „război sângeros” în domeniu - între dualiști și moniști -, care ar afecta negativ elaborarea de noi teorii și modele și ar duce la pierdea de resurse importante de timp și energie în dispute fără încă soluție clară. Trebuie să facem însă distincție între protejarea asumțiilor și protejarea teoriilor. Protejarea asumțiilor este o decizie pragmatică, deoarece nu avem adesea criterii clare pentru a testa valoarea de adevăr a unei asumții. Protejarea unei teorii poate să genereze însă probleme, exprimate în programe de cercetare regresive, care nu mai produc cunoaștere (Lakatos, 1970); ea trebuie evitată supunând sistematic teoriile testării empirice. Modul în care se realizează abordarea științifică face obiectul de analiză al filosofiei științei. Există două mari tradiții cu privire la abordarea științei, fiecare tradiție având mai multe școli. Să le discutăm succint în cele ce urmează.

I. *Prima tradiție* este una normativă, care ne arată modul corect în care știința funcționează sau ar trebui să funcționeze.

(1) *Pozitivismul și pozitivismul logic.* Pozitivismul (Compte, 1830), dezvoltat în pozitivismul logic (Carnap, 1937), este școala tradițională a tradiției normative în știință. Compte a sistematizat și a dezvoltat contribuțiile empirismului englez (Locke, 1670; Berkeley, 1750; Hume, 1770) prin adăugarea unor elemente noi, cum sunt generalizările statistice, spre exemplu, iar Carnap a sistematizat și a dezvoltat pozitivismul prin adăugarea logicii simbolice. Termenul de pozitiv nu este opus negativului, ci este opus speculativului-; pozitiv înseamnă, așadar, întemeiat pe fapte științifice, pe date empirice. Termenul de empiric are în limba română (DEX, 1998) o semnificație diferită de cea folosită în știință; în limba română, el se referă la cercetări nesistematice, bazate pe experiența de viață, în timp ce în știință și în filosofia științei, termenul se referă la date de observație sistematică, culese prin metode științifice. Acesta este sensul pe care îl vom utiliza în această lucrare. Așadar, în această lucrare, suport empiric înseamnă întemeiat științific. Pozitivismul logic apărut în cadrul Cercului de la Viena (care reunea autori precum Carnap, Schlick etc.) face parte dintr-un grup de școli reunite sub

numele de filosofie analitică (Marga, 1988), ce utilizează analiza (adesea logico-matematică) pentru a clarifica teoriile construite de știință asupra fenomenelor care fac obiectul lor. Pozitivismul logic reprezintă cel mai clar și riguros această tradiție. Așa cum Sigmund Freud, prin sistemul creat de el - psihanaliza - a avut rolul de a influența direcțiile ulterioare în psihoterapie (care s-au dezvoltat adesea printr-o atitudine pro sau contra Sigmund Freud), pozitivismul logic a influențat noile dezvoltări în filosofia științei, care s-au raportat permanent la el în termeni de pro sau contra; pozitivismul logic este, metaforic spus, un Sigmund Freud al filosofiei științei. Pozitivismul logic consideră că demersul științific presupune următoarea secvență:

- observarea unui fenomen;
- pe baza datelor de observație (existente sau produse prin intervenția omului

de știință) se elaborează teoriile științifice bine structurate logic, structura lor logică corespunzând structurii realității. În pozitivismul clasic nu se consideră că funcția explicativă a teoriilor se referă la o explicație generativă, deoarece nu putem cunoaște natura adevărată a lucrurilor, prin care acestea influențează alte lucruri; noi începem cunoașterea de la propozițiile de observație, care deja sunt altceva decât realitatea în sine (sigur, ele aproximează realitatea, dar nu sunt realitate, sunt *construcții descriptive* ale acesteia). Dacă teoria explicativă bazată pe date empirice este totuși considerată a fi una generativă, atunci vorbim despre doctrina realismului (Greenwood, 1989).

Elementul fundamental al abordării pozitivistice (și al filosofiei analitice în general) este conceptul de verificabilitate. Ce înseamnă acest lucru? În primul rând, o teorie este verificabilă dacă ea poate fi redusă la (descompusă în) propoziții de observație (protocolare). Propozițiile de observație sunt acele propoziții ale căror valori de adevăr se stabilesc confruntând direct enunțul propoziției cu datele perceptivă (observate). Spre exemplu, propoziția „Această tablă are culoarea neagră” este o propoziție de observație. A reduce o teorie la propoziții de observație înseamnă a deriva din ea toate propozițiile de observație din combinarea cărora rezultă teoria. Dacă aceste propoziții de observație sunt adevărate, atunci teoria este adevărată; dacă propozițiile de observație sunt false, atunci teoria este falsă. Uneori verificarea este posibilă doar în principiu, ca atunci când numărul de propoziții de observație este prea mare pentru a putea fi investigate toate. În acest caz, concluzia științifică este una probabilă, dar care poate, în principiu, să se transforme în legitate, pe măsură ce culegem date referitoare la toate propozițiile de observație la care se reduce teoria. De asemenea, conform filosofiei analitice, toate propozițiile care constituie teoria trebuie să respecte sintaxa logică, structura logică a acestora aproximând structura lumii reale. Spre exemplu, propoziția „Daniel David este număr prim” nu este falsă, ea este fără sens, deoarece nu respectă sintaxa logică (conform sintaxei logice, Daniel David nu are proprietatea de a fi număr prim). În plus, față de alte școli ale tradiției analitice (atomismul logic? - Russell, 1962 - și

dezvoltările acestuia - Wittgenstein, 1921), pozitivismul logic cere ca toate constructele folosite în alcătuirea unei teorii verificabile să fie, la rândul lor, verificabile. Puse într-o propoziție elementară, constructele trebuie să poată fi reduse la propoziții de observație. Spre exemplu, dacă vrem să verificăm constructul de „Elf, atunci primul pas este de a pune acest construct într-o propoziție elementară de tipul: „X este un Elf”. Apoi această propoziție elementară este redusă la propoziții protocolare, din care ea să fie derivabilă: (1) „X este ușor” ; (2) „X este nemuritor” ; (3) „X are urechi ascuțite”. Folosind o analogie cu medicina, a verifica o propoziție sau un construct este similar cu a vizualiza un proces biologic (pentru teorie), respectiv o tumoră (pentru concept) la un microscop. Teoriile și constructele neverificabile prin procedeul descris mai sus sunt fără sens și semnificație în perspectivă pozitivistă și nu sunt științifice, ele ținând de alte domenii, cum este arta, spre exemplu.

(2) *Doctrina operaționalismului*. Criteriul pozitivist pentru știință a fost unul extrem de sever. În multe discipline, mai ales în cele socio-umane, dar și în cele ale fizicii, unele constructe (de exemplu, schemă cognitivă, electron) și teorii nu puteau fi verificate după criteriile pozitiviste. Acest criteriu a fost serios flexibilizat de doctrina operaționalismului (Bridgeman, 1927; 1936), care a apărut pentru prima dată în fizică. Conform acestei doctrine, constructele sau teoriile nu trebuie reduse la propoziții de observație, ci trebuie să fie operaționalizate prin propoziții de observație care descrie o secvență de proceduri. Spre deosebire de „a fi redus la”, termenul de „operaționalizare” arată că propozițiile de observație acoperă doar un aspect din conceptul investigat, așa cum dintr-o tumoră, prin biopsie, luăm doar o parte, urmând apoi să tragem o concluzie despre întreaga tumoră. Chiar cu aceste flexibilizări, pozitivismul a fost considerat prea sever, scoțând din sfera științei teorii și constructe care s-au dovedit utile și cu valențe euristice deosebite.

(3) *Raționalismul critic* (Popper, 1959) încearcă să schimbe standardul demersului științific de la verificabilitate la falsificabilitate. O propoziție este falsificabilă dacă din ea se pot formula diverse predicții care sunt propoziții de observație (protocolare) și care pot fi confruntate direct cu fenomenele din mediu. În această situație, o teorie este testată indirect. Continuând analogia cu condiția medicală, este ca și cum ne-am da seama de existența unei tumori prin efectele ei (de exemplu, modificări în tensiune cerebrală, ca urmare a unei tumori pe creier), nu văzând-o direct și complet (prin verificabilitate) sau văzând o mostră din ea (operaționalizare). Această flexibilizare este una fundamentală, deoarece ea schimbă semnificația întregului discurs științific. Din acest moment, funcționând într-un raționament ipotetico-deductiv (Dacă avem teoria X, atunci avem predicția Y), o teorie fundamentată pe propoziții de observație este probabil să fie adevărată (X este probabil adevărat) dacă propozițiile de observație sunt adevărate (Y este adevărat) sau este cu certitudine falsă (X este fals) dacă propozițiile de observație sunt false (Y este fals). În varianta verificabilității, o teorie (X) care se reducea la propoziții de observație era cu necesitate adevărată dacă propozițiile de observație (Y) erau

adevărate. Popper insistă asupra faptului că o teorie științifică se deosebește de una pseudoștiințifică nu prin verificabilitate, ci prin falsificabilitate. În loc să încercăm să găsim exemple care să ne confirme teoria, trebuie să încercăm să găsim contraexemple. Dacă găsim aceste contraexemple, atunci putem să ne infirmăm cu certitudine teoria. Dacă nu găsim aceste contraexemple, atunci teoria este, probabil, adevărată (ne apropiem de adevărul teoriei, deși e probabil că el nu va fi atins niciodată). Așadar, cel mai bun lucru pe care putem să-l facem dacă dorim să construim teorii științifice este să derivăm predicții (riscante) din acestea și să vedem dacă aceste predicții sunt sau nu sunt confirmate de datele din realitate. În acest context, trebuie să discutăm o altă variantă de raționalism, și anume raționalismul discursiv (Perelman, 1970). Discursul raționalismului critic este unul teoretic, prin care se încearcă stabilirea valorii de adevăr (de exemplu, fals sau adevărat) a unei teorii. Perelman arată că pentru anumite discipline științifice (de exemplu, drept, morală) un discurs practic, care se referă la ceea ce este just sau injust, folositor sau nefolositor, este mai important decât unul teoretic. Așadar, el insistă că pe lângă funcția criteriului empiric și a demonstrației logico-matematice într-un discurs teoretic, trebuie să acceptăm criteriului empiric și funcția de standard științific într-un discurs practic, funcție care asigură acestui discurs validitate științifică.

(4) *Empirismul pragmatic* (Quine, 1953) flexibilizează și mai mult demersurile anterioare. El reprezintă o combinație fascinantă între pragmatism și pozitivism, fiind una dintre cele mai flexibile abordări din filosofia analitică. Deoarece pozitivismul a fost descris mai sus, înainte de a prezenta ideile empirismului pragmatic, vom face câteva comentarii despre pragmatism. Pragmatismul s-a format în cadrul Clubului Metafizic de la Cambridge Massachusetts (1871), care reunea profesori ca C.S. Pierce, W. James și alții. Numele de pragmatism a fost folosit mai întâi de Pierce, care l-a derivat din distincția kantiană dintre „rațiunea practică”, care este rațiunea morală, și „rațiunea pragmatică”, care este rațiunea utilitară. Ideile fundamentale ale pragmatismului sunt (Pierce, 1935):

- viața este temeiul cunoașterii;
- cunoașterea este activitate;
- adevărul unei judecăți este conferit de reușita acțiunii pe care o orientează;
- realitatea este, în ultimă instanță, rezultatul unor inferențe ipotetice operate de o comunitate nelimitată de oameni de știință; comunitatea nelimitată este întruchiparea rațiunii în pragmatism.

Pragmatismul elimină, se pare, distincția dintre discursul teoretic și cel practic, ambele reducându-se la reușita acțiunii pe care o orientează. Empirismul pragmatic arată că și dacă am accepta ideea că teoriile au valori de adevăr prin raportare la datele din realitate (ideea pozitivistă), ele nu pot fi stabilite metodologic și, prin urmare, maxima pragmatică potrivit căreia adevărul unei teorii este conferit de reușita acțiunii pe care o orientează trebuie valorizată serios. Astfel, se arată că între teoria

testată și predicțiile derivate din ea se interpun o serie de ipoteze auxiliare. Spre exemplu, dacă dorim să testăm teoria că un fenomen X cauzează un alt fenomen Y și facem predicția că dacă producem fenomenul X de trei ori, atunci fenomenul Y trebuie să apară de trei ori, se poate întâmpla ca predicția să nu fie confirmată. Aceasta ar duce, sugerează raționalismul critic, la infirmarea teoriei. Quine (1953) ne atenționează însă că este posibil ca teoria să fie adevărată, dar ipotezele auxiliare să fie false. Una dintre ipotezele auxiliare în exemplul de mai sus este că metoda/sarcina Z măsoară/arată prezența fenomenului X; dacă această ipoteză auxiliară este falsă, atunci relația așteptată de noi nu va apărea. Este, astfel, greu de realizat idealul popperian al „experimentului crucial” care să tranșeze între două teorii aflate în contradicție; orice teorie, în caz că este infirmată, poate să fie salvată prin modificarea ipotezelor sale auxiliare. Aceste idei au fost dezvoltate de Lakatos (1970), conform căruia un sistem teoretic este alcătuit din două componente:

- un nucleu protejat de „centuri de siguranță”, care conține aspectele centrale ale teoriei;
- o zonă de protecție formată din ipoteze auxiliare.

Dacă cercetările infirmă predicțiile făcute pe baza nucleului tare, nu trebuie să negăm adevărul acestui nucleu, ci putem modifica ipotezele auxiliare și prin aceasta, dobândi un plus de cunoaștere; un astfel de program de cercetare rămâne un program de cercetare progresiv. Spre exemplu, pornind de la teoria elaborată de Newton, s-a încercat să se prezică orbita lui Uranus. Predicția nu a fost însă confirmată. Fără a se considera că teoria newtoniană este falsă, s-a modificat o ipoteză auxiliară, și anume că, probabil, există o altă planetă, încă neidentificată, al cărei efect nu a fost luat în calcul în predicțiile generate pe baza teoriei newtoniene și de aceea predicțiile nu au fost confirmate; într-adevăr, includerea acestei ipoteze auxiliare a dus la descoperirea planetei Neptun. Dacă însă modificarea ipotezelor auxiliare nu aduce un plus de cunoaștere, ci ajută doar la salvarea nucleului tare al unei teorii, programele de cercetare respective sunt regresive și influența lor se va reduce probabil drastic. O altă contribuție a empirismului pragmatic este ideea că o teorie nu este testată în fiecare propoziție a ei, luată individual. Ea este testată ca un tot unitar; deși facem predicții pornind de la anumite componente (propoziții) ale teoriei, ele sunt influențate de teoria ca întreg și, în consecință, concluzia asupra lor se răsfrânge adesea asupra întregului sistem teoretic.

II. *A doua tradiție* asupra științei este una descriptivă. Ea ne arată nu cum ar trebui să funcționeze știința, ci cum funcționează adesea concret, în viața de zi cu zi. Dacă în prima tradiție se recunoștea, în diferite grade (depinzând de școală), un constructivism epistemologic (cunoștințele noastre nu sunt standarde absolute, ci aproximări și construcții ale fenomenului) și se nega de cele mai multe ori un constructivism ontologic, în această tradiție descriptivă constructivismul epistemologic poate să fie însoțit adeseori și de un constructivism ontologic - se neagă existența unei realități independente de subiect, realitatea însăși fiind construită de

acesta. Spre exemplu, Goodman (1978) arată cum demersul unui studiu poate fi astfel controlat încât să obținem datele pe care le așteptăm conform teoriei. Suportul empiric nu este obiectiv și imuabil, ci este el însuși o construcție teoretică. Adesea vedem în date ceea ce ne spune teoria. Este clasic cazul oamenilor de știință care, privind la microscop celulele sexuale, au văzut - conform teoriei prealabile - că acestea au formă omenească incipientă! (Kirsch, 1990). În acest context, Goodman vorbește despre „fabricarea faptelor”. S-ar putea replica autorului că, deși datele empirice nu sunt imuabile, ele sunt cel mai riguros criteriu pe care îl avem până în acest moment pentru știință, deoarece ele pot fi examinate critic prin replicare și acordul interevaluatorilor (de exemplu, teoria formelor umane incipiente în celulele sexuale a fost infirmată tot empiric). Sigur, o atitudine critică asupra acestui criteriu empiric este însă de dorit. Vom prezenta două orientări în cadrul acestei tradiții descriptive, care au avut un impact mai mare în filosofia științei.

(1) *Cadrul paradigmatic*. În 1962, Thomas Kuhn a publicat cartea numită *Structura revoluțiilor științifice* în care afirmă că istoria unui domeniu al științei parcurge, de obicei, următoarele etape:

- (a) perioada preparadigmatică;
- (b) știință normală - în care este explorată și elaborată paradigma științifică;
- (c) faza de criză;
- (d) apariția unei noi paradigme științifice;
- (e) faza de luptă între vechea și noua paradigmă;
- (f) victoria uneia dintre cele două paradigme și reîntoarcerea la etapa de știință normală.

Această descriere a științei și a evoluției științifice a exercitat o puternică atracție asupra oamenilor de știință, cartea lui Thomas Kuhn devenind cea mai citată carte de filosofia științei în revistele de specialitate (McConnel, 1987).

(a) *Perioada preparadigmatică*. Această etapă a evoluției științifice este caracterizată prin următoarele:

- datele obținute sunt întâmplătoare, aleatorii și superficiale;
- cercetarea se bazează pe observație (adesea nesistematică), nu pe experiment;
- majoritatea datelor combină simplul cu complexul, adevărul cu falsul, rămânând numeroase „breșe”, în perspectiva asupra fenomenului investigat;
- se dezvoltă școli care sunt în competiție unele cu altele, adesea fiecare considerând că posedă adevărul și că este mai bună decât celelalte.

(b) *Faza de știință normală*. Aceasta se caracterizează prin:

- descoperirea unor aspecte științifice semnificative;
- elaborarea unei paradigme științifice;
- elaborarea teoriilor și modelelor; cercetarea se bazează în special pe date empirice culese prin observație sistematică și experiment;
- apariția ipotezelor științifice testabile (de exemplu, verificabile și falsificabile); cercetătorii rezolvă probleme de tip *puzzle*.

Paradigma reprezintă un set de idei elaborate de teoreticienii aparținând unei anumite discipline. Ea este reprezentată de asumții fundamentale care nu pot fi testate în mod direct. După cum afirmă **Kuhn** (1962), orice cercetare este realizată și încadrată într-o paradigmă. O paradigmă reprezintă o colecție de proceduri și idei prin care cercetătorii sunt instruiți implicit „ce să creadă”, „cum să realizeze studiile” și „care sunt rezultatele pe care ar trebui să le accepte”. Deși în cadrul unei paradigme se pot dezvolta teorii și modele testate empiric, cercetătorii preferă adesea să rezolve probleme de tip *puzzle*. O problemă de tip *puzzle* este o problemă (după numele jocului) despre care știm dinainte că se poate rezolva și mai ales că avem toate piesele necesare rezolvării ei; trebuie doar să combinăm adecvat aceste piese după un model din paradigmă. Problema de tip *puzzle* este congruentă cu paradigma, rezultatul este bine anticipat și soluția ei întărește respectiva paradigmă. Un anumit fenomen devine o problemă de tip *puzzle* atunci când: (1) un număr mare de cercetători dintr-un domeniu sunt implicați în rezolvarea lui; (2) acesta nu este neglijat și devine obiectul principal al cercetării. Paradigma științifică reinterpretează și integrează aspectele valide ale teoriilor și modelelor anterioare și ale abordărilor din perioada preparadigmatică în cadrul sistemului său teoretic, utilizând termeni proprii. De exemplu, așa cum am spus anterior în această lucrare, în psihoterapie, terapia cognitiv-comportamentală a reinterpretat multe tehnici dinamic-psihoanalitice în termenii teoriei învățării bine validată științific, validare care lipsea abordării lui Freud. În această etapă, paradigma științifică poate coexista cu alte abordări, expresii ale perioadei preparadigmatice sau ale dezvoltării din etapa preparadigmatică.

(c) *Etapa de criză*. Paradigma științifică este acceptată de oamenii de știință chiar dacă ea nu explică toate datele obținute empiric și experimental. În orice caz, perioada de criză survine atunci când vechea paradigmă este confruntată cu numeroase predicții eronate și când apar breșe ale teoriilor și modelelor sale explicative (McConnel, 1987).

(d) *Apariția unei noi paradigme științifice*. Când vechea paradigmă nu poate explica numeroase fenomene relevante pentru știință și se acumulează predicții eronate, apare o nouă paradigmă. Acesta este momentul începerii revoluției științifice.

(e) *Revoluția științifică este caracterizată prin :*

- adâncirea aspectului de inutilitate a instituțiilor existente și incapacitatea de comunicare între paradigmele aflate în conflict;
- rescrierea cărților de știință în spiritul noii paradigme;
- considerarea vechilor idei ca fiind false.

(f) *Reîntoarcerea la faza de știință normală*. Când una dintre abordări câștigă explicând majoritatea aspectelor științifice neexplicate de vechea paradigmă, abordarea anterioară va fi reinterpretată și integrată în noul sistem teoretic.

(2) *Împotriva metodei*. Un cadru epistemologic mai social și mai extremist este propus de Feyerabend (1975). Feyerabend susține că nu există o logică în știință și

că oamenii de știință creează și aderă la teorii științifice din motive subiective și chiar iraționale. Știința este un mit acceptat social, este religie, iar oamenii de știință, asemenea preoților, fac orice este necesar pentru a avansa - ei și domeniul lor. Feyerabend își formulează *credo-u* pornind de la formula „orice funcționează”, într-un domeniu al științei care funcționează după „legea celui care strigă cel mai tare” (Feyerabend, 1975). Consensul profesioniștilor și „vinderea produsului” sunt standardele științei. În acest cadru, se poate ridica o problemă de ordin etic, legată de metodele pe care oamenii de știință le-au utilizat pentru a-și extinde domeniul de acțiune. În varianta propusă de Kuhn, modalitățile de influențare ale paradigmei par a fi implicite, iar efectul lor poate fi mediat de expectanțele implicite a experimentatorului. Perspectiva lui Feyerabend nu mai impune însă această constrângere. De altfel, modalitățile postulate de această din urmă perspectivă sunt congruente cu utilizarea presiunii sociale (de exemplu, presiunea sponsorului, afilierea cercetătorului) și a unor metode mai puțin „ortodoxe” (cum ar fi neincluderea în studii a anumitor rezultate care nu se potrivesc cu ipotezele inițiale, distorsionări în modalitățile de prezentare și interpretare a datelor).

Probabil că peisajul științei, așa cum apare el în viața de zi cu zi, este mozaical, cu un amestec de modalități care corespund atât tradiției decriptive, cât și celei normative. Oricum, trebuie să remarcăm faptul că elementul fundamental al științei este întemeierea cunoștințelor într-un discurs teoretic sau practic, prin suport științific (empiric) care face ca produsele științifice să fie repetabile și testabile independent de cel care le-a produs. Întemeierea logico-matematică este specifică unui număr mai restrâns de discipline, cum este cazul disciplinelor formalizate, dar, în ultimă instanță și acest criteriu poate fi redus tot la criteriul empiric (de exemplu, verificarea empirică a consecințelor unei demonstrații logico-matematice; vezi Quine, 1953). Considerând întemeierea prin suportul empiric ca fiind nucleul tare al validității științifice, se reduce ponderea factorului subiectiv și de forță în impunerea unei perspective asupra unui fenomen, accentul mutându-se asupra suportului empiric testabil independent de cel care propune teoria sau modelul. Acest suport empiric se poate exprima prin verificabilitate, operaționalizare și/sau falsificabilitate (înțeleasă în variantă popperiană sau din perspectiva dezvoltărilor aduse de diferite variante ale pragmatismului - raționalismul discursiv; empirismul pragmatic). Deși acest demers normativ bazat pe suportul empiric este nucleu tare al demersului științific, factorii psihosociali menționați în modelele descriptive contaminează mai mult sau mai puțin acest nucleu tare. Alte abordări normative mai recente, cum sunt dezvoltările postmoderniste extreme asupra științei (Derrida, 1976; Rorty, 1991), care pe lângă un „excesiv” constructivism epistemologic susțin și un „excesiv” constructivism ontologic, negând suportului empiric rolul de criteriu decisiv pentru știință, nu au oferit încă standarde alternative care să ne ajute să depășim situația în care fiecare avem adevărul nostru și știința noastră, ca urmare a unei imersii unice în fenomen! Am folosit termenul de „excesiv” pentru a arăta

că se încearcă relativizarea totală a construcției științifice. În variantele pozitivistice, neopositivistice (pozitivismul logic; operaționalismul) și postpozitivistice (raționalismul critic și discursiv; empirismul pragmatic) prezentate aici, deși se acceptă un constructivism epistemologic și, uneori, ontologic, se sugerează că există niște standarde minime ale construcției, comune mării majorități a oamenilor (de exemplu, unele, cum ar fi detectarea culorilor, țin de arhitectura cognitivă a speciei), care ne ajută să evităm situația de a avea fiecare adevărul nostru și care asigură minima raționalitate în discurs și comunicare. Alte abordări normative postmoderne, moderate și importante în filosofia științei (deși nu au penetrat practica științifică atât de puternic ca abordările descrise de noi aici), precum fenomenologia (Husserl, 1947) și hermeneutica filosofică (Gadamer, 1975), care nu recunosc suportului empiric rolul major în standardul științific, păstrează totuși criteriile minime comune construcției științifice. Aceste orientări postmoderne moderate au încercat să ofere științei standarde alternative celui empiric. Astfel, fenomenologia (Husserl, 1947) a arătat că scopul științei nu este cunoașterea faptului empiric, ci a fenomenului, actul de conștiință care ne permite accesul la faptul empiric. Intuiționismul (Bergson, 1934) și abordările hermeneutice insistă nu pe faptul empiric sau pe fenomen, ci pe trăirea/interpretarea faptului empiric la nivel subiectiv. Să exemplificăm cele spuse aici. O analiză a lungimii de undă a culorii *roșii* este o abordare empirică. O analiză a modului în care la nivel subiectiv-afectiv culoarea *roșie* - cum o trăim noi, trăire care nu se reduce la nivelul lungimii de undă - este o abordare intuiționistă și hermeneutică (ele au generat în știință metodologia calitativă). Punând în paranteză obiectul, culoare *roșu* în acest caz, putem ajunge la fenomen, adică la actul de conștiință (de exemplu, secvențele procesului perceptiv) care prin intenționalitate (se referă la obiect) oferă posibilitatea analizelor cantitative și calitative a culorii *roșii* - aceasta este abordarea fenomenologică (Husserl, 1947) și a hermeneuticii filosofice (Gadamer, 1975). În concluzie, demersul științific în cadrul pozitivismului, neopositivismului (pozitivismul logic; operaționalismul) și postpozitivismului (raționalismul critic și discursiv; empirismul pragmatic) are ca & nucleu tare suportul științific (empiric). Cu toate limitele lui, acest criteriu s-a | dovedit benefic în evoluția noastră tehnologică și în îmbunătățirea nivelului de trai, f constituind astfel nucleul tare al științei, așa cum este ea înțeleasă astăzi. Postmo- ț dernismul moderat (de exemplu, fenomenologia; hermeneutica, intuiționismul) nu 1 a reușit să se impună ca o alternativă la criteriul empiric în știință (dar a stimulat f abordările complementare și apoi asimilate celor empirice, cum este metodologia 1 calitativă), iar postmodernismul extrem nu a adus încă nimic competitiv, doar niște lecturi de seară interesante. m

6.2. Cercetare *versus* cercetare științifică

Cercetarea clinică este o subcategorie a cercetării științifice. Cercetare științifică este, la rândul ei, o subcategorie a cercetării. Cercetarea are ca scop producerea de cunoștințe. Cunoștințele sunt informații cărora li se atribuie o valoare de adevăr. În funcție de modul în care se atribuie valorile de adevăr, avem mai multe tipuri de cercetare (cunoaștere). Cele care implică un demers mai structurat - cercetarea științifică, filosofică, religioasă - se regăsesc în universități, instituții care reunesc cunoașterea universală (așadar, a echivala studiul din universități numai cu studiul științific este o gravă eroare epistemologică!). Alte tipuri de cercetare sunt mai puțin structurate, fiind reunite sub umbrela cercetării de simț comun, care produce cunoaștere de simț comun.

Cercetarea de simț comun, din cauza unei metodologii mai puțin riguroase și sistematizate, produce adesea o atribuire a valorilor de adevăr lipsită de validitate. Spre exemplu, pe baza unor observații necontrolate de simț comun, oamenii au crezut timp de sute de ani că pământul este plat, că într-un obiect compact (cum ar fi o piatră) există mai mult spațiu ocupat decât spațiu gol, au elaborat sisteme complexe prin care încercau să inducă sens și semnificație în lumea în care trăiau: unde sunt zeii olimpici de altădată sau elefantul care sprijină pământul? Specia umană nu este construită pentru a căuta adevărul! Cercetările științifice (Gilbert *et al.*, 1988) au arătat că orice informație primită este codată în primă instanță în sistemul nostru cognitiv ca fiind adevărată. Abia apoi, în pasul al doilea, urmează să decidem critic dacă într-adevăr ea este sau nu adevărată. Dacă acest al doilea pas este blocat, ajungem să considerăm ca fiind adevărat orice ni se transmite; de aici la *homo stupidus* nu este decât un pas mic pentru unii! Blocarea celui de-al doilea pas nici nu este foarte greu de realizat. Spre exemplu, dacă informațiile ni se transmit implicit/inconștient (prin percepție, învățare sau memorie implicită) sau dacă resursele atenționale sunt insuficiente (suntem într-o situație de stres, implicați în sarcini multiple, sub presiunea timpului etc.), pasul al doilea, de evaluare critică a informației, este blocat și ajungem să credem tot ceea ce ni se transmite. Specia umană este construită pentru a găsi predictibilitate prin sens și semnificație. Căutarea adevărului este un lucru greu, care cere efort și capacitatea de a tolera incertitudinea. Puțini oameni pot face acest lucru și ei sunt cei care au dus, în salturi inegale, omenirea la dezvoltarea de astăzi. Restul își creează pseudocunoștințe

care le dau sens și semnificație, pentru că un lucru nu trebuie să fie adevărat ca să fie util (trebuie doar să credem că este adevărat). Deși cunoașterea de simț comun poate genera întâmplător cunoștințe cu un grad înalt de validitate (de exemplu, mai ales în registrul unor descrieri la un nivel mediu de analiză, exprimate, de pildă, în sfera relațiilor interpersonale), ea generează adesea pseudocunoștințe (mai ales la micro- și macro-nivel: cunoștințele de simț comun despre funcționarea creierului sau a migrării populațiilor sunt adesea pseudocunoștințe). Cât de ușor ne vine să explicăm un anumit patern comportamental (de exemplu, roșește, se bâlbâie, tremură) prin caracteristici umane (de exemplu, este anxios)! Evident că dacă vă întreb de unde știți că subiectul este anxios, îmi veți spune că acest lucru se vede din paternul comportamental (roșește, se bâlbâie, tremură). Oricine a studiat logica vă va spune că acest demers este unul tautologic, fără valoare explicativă. Anxios este un termen care descrie paternul comportamental, nu îl explică; așadar, între termenul de anxios și paternul comportamental este un mecanism semiotic, nu unul cauzal, similar relației dintre termenul „jaguar” și ființele vii care sunt denumite astfel. Nu este absurd să spunem că termenul „jaguar” cauzează ființele vii denumite astfel? Ei bine, atunci de ce nu ni se pare la fel de absurd să spunem că anxietatea generează paternurile comportamentale descrise mai sus? Răspunsul este simplu: nu ni se pare absurd deoarece această tautologie ne dă iluzia cunoașterii, după cum existența zeilor olimpici ne ajută cândva să organizăm lumea în care trăiam. Iar noi avem nevoie de aceste iluzii ale cunoașterii pentru că ne dau sens, semnificație și predictibilitate.

în cercetarea teologică atribuirea valorii de adevăr informațiilor din textele sacre necesită în primul rând credință, metodologia fiind ghidată de acest lucru. Cu suficientă credință, poți atribui valori de adevăr unor informații care pot fi astfel exprimate în cele mai diverse și stranii cunoștințe.

în cercetarea filosofică se încearcă atribuirea valorii de adevăr prin mijloace logice. Din cauza naturii problemei, adesea aceste mijloace logice nu sunt însă dublate de o investigație științifico-empirică. Într-adevăr, problemele filosofice sunt, de obicei, metafizice și non-empirice. Spre exemplu, în timp ce știința este interesată de ceea ce este adevărat și ceea ce este fals, filosofia este interesată de natura conceptelor de adevăr și fals. Probleme empirice, cândva de domeniul filosofiei, au fost astăzi preluate de științele care s-au desprins mai de mult sau mai recent de filosofie. Este drept că în vremurile vechi, cei pe care astăzi îi numim filosofi erau în același timp astronomi, biologi, matematicieni sau psihologi; ei erau, așadar, spirite universale. Cu timpul însă, discipline specifice precum biologia, fizica, matematica, psihologia etc. s-au separat de demersul filosofic - pe care îl mai păstrează însă la nivelul unor asumții tacite - prin asimilarea unui obiect de studiu și a unei metodologii instrumentale. Astfel, s-a adâncit tot mai mult diferența dintre metafizică și știință, dintre cunoașterea „veritabilă” - filosofică, orientată spre esență, având ca obiect ceea-ce-este - și cunoașterea „instrumentală” - știința

propriu-zisă, orientată spre devenire și pragmatism, având un obiect vizibil-operaționalizabil.

Cercetarea științifică este un alt tip de cercetare, diferit de cercetarea de simț comun, teologică sau filosofică, deși obiectul lor poate să fie uneori același. De pildă, conceptul de Dumnezeu poate fi abordat teologic, filosofic sau științific; acest lucru este reflectat în știința contemporană. Spre exemplu, titlul de doctor nu se obține datorită faptului că ești un preot sau filosof foarte bun; titlul de doctor, care este un titlu științific, se obține aplicând metodologia științifică obiectului specific de studiu (de exemplu o analiză de discurs asupra *Epistolei către Corinteni* dacă ești preot, o analiză de conținut asupra constructului de monadă în scrierile filosofice dacă ești filosof, o analiză tematică asupra colindelor din zona Satu Mare dacă ești artist etc.). În cercetarea științifică, validitatea atribuirii valorii de adevăr este dată de metodologia utilizată. În principiu, avem două mari clase de metode științifice prin care abordăm fenomenele din realitate: (1) metode cantitative și (2) metode calitative. Realitatea este constituită dintr-o serie de variabile și relațiile dintre ele. Variabilă este orice caracteristică ce poate varia, deci care poate lua diferite valori. Dacă valorile sunt exprimate numeric, studierea acestor caracteristici ia forma metodologiei cantitative. Dacă valorile sunt categoriale (non-numerice), studierea acestor caracteristici ia forma metodologiei calitative. Unele caracteristici pot fi analizate atât numeric, cât și categorial; în acest caz, în funcție de problema investigată, se alege o combinație a metodologiei calitative cu cea cantitativă sau utilizarea uneia din cele două tipuri de metodologii. Așadar, tipul de caracteristici pe care le studiem depinde de problema pe care o avem, căci orice demers de cercetare începe cu o problemă. O problemă este o discrepanță între o stare prezentă (ce știm) și o stare-scop (ce vrem să știm). Demersurile științifice realiste sunt acelea în care discrepanța dintre starea prezentă și starea-scop poate fi redusă prin prisma metodologiei actuale. Dacă această discrepanță este una care nu poate fi abordată nici măcar potențial prin prisma metodologiei actuale (de exemplu, cum să mă transform în diverse animale), atunci ea nu este considerată o problemă sau o problemă științifică serioasă și/sau actuală (dar poate face obiectul unor abordări vrăjitorești sau artistice). În acest context, trebuie să înțelegem foarte clar că o metodă de cercetare științifică nu este superioară alteia. Fiecare metodă de cercetare are anumite constrângeri care trebuie respectate și generează un anumit tip de cunoștințe necesare rezolvării unui anumit tip de problemă.

Exemplu

Problema 1. Ce cred despre viața lor astăzi, la ora interviului, acești doisprezece pacienți care au cancer?

Problema 2. Ce cred despre viața lor acești doisprezece pacienți care au cancer?

Problema 3. Ce cred despre viața lor pacienții care au cancer?

O metodologie calitativă bazată pe interviul liber, urmat de o analiză tematică, ar putea oferi un răspuns la problema 1. În cazul problemei 2, trebuie să arătăm că

răspunsurile la interviu sunt stabile în timp (ceea ce înseamnă un studiu anterior care să arate dacă există o stabilitate-fidelitate a răspunsurilor pacienților la interviu). Pentru problema 3, avem nevoie nu doar de o stabilitate a răspunsurilor, ci și de un eșantion reprezentativ pentru pacienții cu cancer.

În general, metodologia cantitativă, prin manipularea numerică a variabilelor, asigură o mai bună generalizare a rezultatelor cercetării. Însă atunci când variabilele investigate nu sunt exprimate numeric, este de dorit utilizarea inițială a unei metodologii de tip calitativ, cu rol explorator. De exemplu, înainte de a construi un test psihologic pentru a evalua cognițiile pacienților depresivi și de a face analiză de itemi, este important să facem un interviu clinic cu pacienții suferinzi de depresie, pentru a vedea temele dominate în gândirea lor (Beck, 1962). Așadar, dacă problema investigată presupune generalizarea rezultatelor, atunci este obligatorie utilizarea unei metodologii cantitative, precedată, dacă este cazul, de metodologii calitative cu rol explorator. Adesea, metodologia calitativă permite o analiză mai nuanțată asupra unui fenomen; în acest sens, ea poate urma unei metodologii cantitative, nuanțând și exemplificând rezultatele obținute prin metodologia cantitativă. Uneori însă - vezi exemplele anterioare (1 și 2) de mai sus -, metodologia calitativă în sine este suficientă pentru a rezolva anumite probleme. Așadar, alegerea metodologiei de lucru este în funcție de problemele pe care le avem de rezolvat și de starea domeniului la acel moment (de exemplu, dacă nu avem teste validate pentru evaluarea credințelor iraționale și dorim să investigăm cognițiile iraționale la pacienții depresivi, singura modalitate de investigare a lor este interviul clinic, urmat de analiză de conținut, tematică etc.).

În cercetarea științifică se face distincția între cercetare fundamentală, cercetarea aplicată și cercetarea pentru dezvoltare. Astfel, în cazul în care cunoștințele se referă la reguli și principii (cunoștințe declarative: ce știu?), vorbim despre cunoștințe ca rezultat al cercetării fundamentale, exprimate în publicații. În cazul în care cunoștințele se referă la proceduri sau la aplicarea cunoștințelor rezultat al cercetării fundamentale la contexte specifice (cunoștințe procedurale; ce pot face?), atunci discutăm despre cercetare științifică aplicată, al cărei rezultat apare în publicații. În cazul în care cunoștințele sunt suficient de proceduralizate pentru a se exprima în tehnologii și servicii, vorbim despre dezvoltare, al cărei rezultat se exprima în brevete de invenție și prototipuri. Transformarea cunoștințelor din publicații, brevete și prototipuri în tehnologii și servicii asimilate economic și social nu este scopul cercetării științifice, ci ține de domeniul socio-economic, și anume este transfer și diseminare de cunoștințe (inovare). Pentru a facilita transferul cunoștințelor rezultate din cercetarea științifică în mediul socio-economic, pe lângă sistemele clasice de educație (universitățile) s-au constituit și instrumente specializate, cum ar fi: (1) spin-off-uri \ (2) platformele tehnologice; (3) organizațiile specializate, în care cercetătorii și oamenii de afaceri lucrează împreună (atenție: în acest context, adesea activitatea cercetătorului nu se mai contabilizează ca activitate de cercetare, ci este una de educație, economică etc.).

Filosofie versus știință

Dacă distincția dintre cercetarea (cunoașterea) științifică, pe de o parte, și cercetările de simț comun și teologică, pe de altă parte, este clară, adesea apar totuși confuzii cu impact negativ asupra progresului în domeniu, atunci când nu se înțelege distincția dintre cercetarea științifică și cea filosofică. Aceste confuzii sunt mai accentuate în domeniul psihologiei, motiv pentru care prezentăm în continuare o analiză comparativă. Așa cum menționam anterior, abordările filosofice se suprapun adesea, ca tematică, cu abordările științelor, iar această suprapunere de obiect poate genera probleme majore. Astfel, teme din fizică sau biologie se regăsesc și în filosofie, dar aici ele sunt abordate metafizic, pe linia cunoașterii veritabile. Aceste nivele nu sunt mixate cu cel al cunoașterii instrumentale sau dacă sunt mixate, filosofii pornesc de la o bună înțelegere a produselor cunoașterii instrumentale din fizică. Nici un filosof serios nu își permite astăzi să discute (chiar metafizic) concepte precum „timp”, „materie”, „determinism” etc. fără a cunoaște și cercetările din fizică - de neînțeles însă când se discută teme de psihologie și, în general, de științe socio-umane, precum „intelect”, „iubire”, „voință și decizie”, „identitate” etc., asistăm la o ignoranță a cunoașterii instrumentale din psihologie. Acest lucru este evident în scrierile filosofilor și ale oamenilor de cultură români, scrierile similare din străinătate fiind, în general, mai bine ancorate în știința psihologică (de exemplu, Neurophylosophy; Churchland). Dacă discursul s-ar menține în plan metafizic sau în cel al cunoașterii veritabile, probabil că această ignoranță nu ar trebui criticată sever; din păcate însă, se alunecă adesea de la un discurs metafizic sau veritabil la implicații psihologice pragmatice, care, raportate la produsele științei psihologice, sunt niște banalități spuse solemn. Ca psiholog, sunt adesea nemulțumit urmărind interviuri sau citind articole și cărți ale unor oameni reprezentativi pentru cultura românească, văzând nonșalanța cu care discută aspecte psihologice sau inventează mecanisme psihologice care le justifică tezele, ca și cum nu ar exista o știință psihologică. Așadar, interogațiile disciplinare sunt substituite adesea nejustificat, de către oamenii de cultură români, cu interogațiile filosofice. Trebuie înțeles faptul că, așa cum nu putem să mai afirmăm orice despre „materie sau mișcare” fără a ne uita la fizică, nu mai putem afirma în mod responsabil orice despre „om, psihic și comportament” fără a ne uita la psihologie. Psihologia este o știință riguroasă ce are un impact nu doar pentru cunoașterea instrumentală, dar, uneori, are implicații chiar și pentru dispute filosofice! Spre exemplu, în celebra dispută dintre Descartes și Spinoza, primul sugerând că stabilirea valorii de adevăr a unei propoziții și comprehensiunea ei sunt două procese succesive, iar al doilea sugerând că, odată înțeleasă, o propoziție este considerată simultan și adevărată, psihologia experimentală a arătat validitatea poziției lui Spinoza (vezi, de exemplu, Daniel Gilbert *et al.*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993). Așadar, o problemă cândva filosofică a devenit instrumentală și a fost rezolvată elegant prin mijloacele psihologiei experimentale.

Psihologia nu mai poate fi ignorată în discursul filosofic și cultural, iar acest lucru trebuie înțeles și de filosofi și oamenii de cultură români. Filosofia românească păcătuiește însă grav prin această ignoranță. Fie - deși se discută la nivel instrumental - se ignoră psihologia științifică, făcându-se apel la banalitățile unei psihologii de simț comun, ambalate intelectual, fie se utilizează teorii depășite și invalidate ale științei instrumentale. Tipic pentru scrierile românești este apelul la psihanaliză ca exponent al psihologiei științifice, psihanaliză care nu mai este de multă vreme considerată o abordare actuală și influentă în psihologia contemporană (D. Gossette, *American Psychologist*, 1999). Mereu mă amuză să văd în scrierile colegilor nepsihologi egalitatea între psihologie și psihanaliză, relație care este de factura egalității dintre teoria termodinamicii și teoria flogistonului. Această ignoranță a cunoașterii instrumentale, în general, și a științei psihologice, în particular, se regăsește și în lucrările celor mai influenți filosofi și oameni de cultură contemporani din România. Spre exemplu, domnul Andrei Pleșu face unele dintre aceste erori atunci când discută despre „intelectul ca înger” în lucrarea *Domniei sale Despre îngeri* (Editura Humanitas, București, 2004). Ni se spune că dacă s-ar anula organele noastre de simț, „... substanța gândirii nu s-ar mai recolta din lumea sensibilă, ci direct din registrul speciilor inteligibile...” (p. 221) și „...intelectul este, prin urmare, dimensiunea angelică a omului, partea noastră de înger...” (p. 223). În acest comentariu însă, dincolo de aspectul literar, domnul Andrei Pleșu ignoră un lucru știut în psihologie, și anume că însuși intelectul și operațiile sale sunt produsul unei construcții care are ca *input* datele senzoriale; înseși operațiile gândirii nu sunt altceva decât acțiuni interiorizate! Așadar, păstrând demersul argumentativ al domnului Andrei Pleșu, psihologia experimentală ar sugera că omul și corporalitatea lui sunt ele însele condițiile existenței îngerilor. Probabil că ignorarea cunoașterii instrumentale în filozofia românească provine dintr-o înțelegere greșită a științei. Spre exemplu, domnul Horia-Roman Patapievică în lucrarea domniei sale *Om recent* (Editura Humanitas, București, 2004), ne spune că „...obiectivitatea științifică exclude tot ceea ce nu presupune... științific este să nu crezi în Dumnezeu; deci Dumnezeu nu există...” (p. 73)- Aceasta este o concepție greșită asupra științei instrumentale! Pentru știință, existența lui Dumnezeu este o ipoteză neverificată (încă) sau, în cel mai rău caz, o ipoteză ne verificabilă. În știință nu se neagă nicidecum ceva decât dacă a fost invalidat științific; așadar, știința nu spune că „Dumnezeu nu există”, ci că „nu știm dacă Dumnezeu există!”. Domnul Gabriel Liiceanu face erori similare în lucrarea domniei sale *Ușa interzisă* (Editura Humanitas, București, 2002), când confundă sistematic planul discursului personal cu planul instrumental al științei psihologice privind depresia și consecințele sale: spre exemplu, depresia apare adesea când există un deficit de serotonină, nu când „...neuronul produce în exces serotonină...” (p. 102). Astfel de erori se regăsesc, din păcate, sistematic și în discursul și scrierile altor oameni de impact din filosofia și cultura românească. Cred că filosofia românească

păcătuiește uneori prin confundarea filosofiei cu exerciții eseistice, în care interogațiile disciplinare sunt substituite uneori cu interogații filosofice, fără sens în acel context, în consecință, adesea, produsele acestora sunt fie simple expresii ale „sentimentului vieții”, cum ar spune Rudolf Carnap, fie niște truisme ambalate „filosofico-culturalo-psihologic”. Cred, de asemenea, că filosofia românească nu poate ieși din această ignoranță decât dacă va reconsidera serios raportul cu științele, în general, și cu psihologia, în particular, atunci când discursul său are implicații instrumentale.

Deși clarificate distincțiile dintre cercetarea științifică și celelalte tipuri de cercetare, nu ne propunem în continuare să prezentăm detaliat aici metodologia de cercetare clinică (pentru cadrul general, vezi orice lucrare de metodologie a cercetării psihologice). Ea face obiectul altei lucrări, pe care o avem în pregătire. Vom prezenta în continuare doar experimentul cu un singur subiect, deoarece este o metodă de cercetare mai puțin cunoscută și utilizată în țară, dar cu o anvergură serioasă în cercetarea clinică internațională.

6.3. Experimentul cu un singur subiect

În continuare, prezentăm într-o manieră sintetică și cumulativă nucleul tare al paradigmei experimentului cu un singur subiect, paradigmă văzută ca o evoluție și completare a paradigmei experimentale clasice (ce utilizează loturi reprezentative de subiecți), care poate genera aplicații riguroase, cu impact pragmatic în activitatea psihologică clinică.

Pentru a eficientiza penetranta și receptarea acestui text, trebuie să precizăm de la început mai multe aspecte. Subcapitolul prezintă detaliat designurile paradigmei experimentului cu un singur subiect, fără a insista asupra testelor de analiză statistică aplicabile în această paradigmă: nu au fost detaliate nici testele specifice paradigmei experimentului cu un singur subiect, nici testele clasice aplicabile și acestei paradigme. Am procedat astfel din constrângeri de spațiu. Testele menționate mai sus sunt descrise detaliat, accesibil și elegant în lucrări de mare audiență, astfel că ar fi o utilizare nerațională a resurselor disponibile să reproducem ceea ce este deja bine cunoscut (vezi Morley și Adams, 1989, pentru teste de analiză statistică specifice paradigmei experimentului cu un singur subiect, și Radu *et al.*, 1993, pentru teste clasice de analiză statistică). Mai mult, pe parcursul prezentării sunt amintite diverse tehnici de intervenție cognitiv-comportamentală, fără a fi însă detaliate și prezentate explicit. Pentru aprofundarea acestor tehnici, sugerăm celor care nu sunt familiarizați cu domeniul psihoterapiei cognitiv-comportamentale consultarea unor lucrări de specialitate (Catania și Brigham, 1978; David *et al.*, 2000); aceasta este obligatorie dacă cititorul are dificultăți acolo unde autorul utilizează termeni care nu sunt traduși în limba română. Unii termeni nu sunt traduși în limba română deoarece ei sunt termeni preluați ca *passé-partout* și sunt utilizați ca atare în activitatea profesioniștilor din domeniu. O traducere a lor fără un acord mai general al grupului de experți ar putea crea confuzii și ar putea afecta coerența discursului teoretico-metodologic existent în domeniu.

Revenind la demersul acestui text, definim experimentul ca fiind un instrument de cercetare prin care se urmărește stabilirea unei relații cauză-efect între o variabilă independentă și o variabilă dependentă (Radu *et al.*, 1993). Dacă experimentul utilizează un singur subiect în scopul identificării acestei relații cauză-efect, atunci vorbim despre experiment cu un singur subiect. Experimentul cu un singur subiect este o întreprindere relativ recentă în psihologia experimentală, fiind expresia unei

schimbări de mentalitate și a unei completări paradigmatică în cercetarea fundamentală și aplicată, cu implicații euristice atât pentru cercetarea, cât și pentru practica psihologică (Catania și Brigham, 1978; Morley și Adams, 1989).

6.3.1. Scurt istoric

În perioada când psihologia se năștea ca știință de sine stătătoare (la sfârșitul secolului al XIX-lea), se făcea o distincție clară între cercetarea fundamentală și aplicarea rezultatelor acestei cercetări (Baer, 1978; Catania și Brigham, 1978).

Cercetarea fundamentală, realizată în psihologie de psihologii experimentalisti, avea următoarele obiective angajate și susținute de cercetătorii ancorați în paradigma experimentală din acea perioadă: (a) încercarea de a descoperi noi cunoștințe; (b) descoperirea unei teorii unificate a comportamentului uman din care ar deriva apoi toate cunoștințele necesare practicii psihologice. Ea se desfășura în laborator, unde variabilele care influențau comportamentul uman puteau fi bine controlate. Mai mult, cercetarea fundamentală urmărea identificarea și studierea fiecărei variabile care ar fi putut influența comportamentul uman. Această întreprindere, deși promițătoare în angajament, era oarecum riscantă din cel puțin două motive: (1) în fond, există un număr nelimitat de variabile care ar putea influența comportamentul uman; (2) unele variabile au o influență slabă, tranzitorie, inconsistentă asupra comportamentului, fără impact pragmatic semnificativ. Pentru a-și realiza obiectivele menționate mai sus, cercetarea fundamentală recurgea aproape constant la următoarea metodologie: designuri experimentale multifactoriale, grupuri eșantionate de subiecți și statistică descriptivă și inferențială. Aplicarea rezultatelor cercetării fundamentale s-a găsit rapid în impas. Aceasta deoarece psihologii clinicieni au descoperit în scurt timp faptul că puține rezultate ale cercetării fundamentale au o aplicație serioasă și eficientă în practica lor clinică. În consecință, s-a produs o ruptură între psihologii experimentalisti și psihologii clinicieni, ultimii încercând să-și facă meseria în felul lor, bazându-se pe experiența și observațiile lor clinice (Baer, 1978). Această ruptură a fost accentuată de faptul că metodologia utilizată de psihologii experimentalisti era adesea inutilizabilă în cercetarea clinică. Spre exemplu, este foarte dificil de realizat un eșantion semnificativ de populație clinică cu aceleași caracteristici: istoric al bolii, evoluție, simptomatologie etc., pentru o cercetare care să satisfacă rigorile metodologice ale cercetării fundamentale clasice.

Mai mult, de-a lungul anilor s-a iscat o polemică dură, psihologii experimentalisti susținând că ceea ce fac psihologii clinicieni este o joacă sau orice altceva, dar nu știință. Pe de altă parte, psihologii clinicieni au ripostat, susținând că psihologii experimentalisti fac știință de dragul științei, cunoștințele dobândite

de ei fiind fără vreun impact pragmatic sau vreo valoare ecologică (Catania și Brigham, 1978).

În acest context, în anii '70, odată cu nașterea psihoterapiei cognitiv-comportamentale, apare în metodologia psihologică o nouă orientare, de inspirație cognitiv-comportamentală. Această nouă metodologie, experimentul cu un singur subiect, acoperă prăpastia existentă între psihologii experimentalști și psihologii clinicieni, promovând în același timp un nou tip de psiholog: *scientist-practitioner* - psihologul practician și om de știință în același timp (Baer, 1978; Morley și Adams, 1989).

6.3.2. Caracteristicile experimentului cu un singur subiect

Experimentul cu un singur subiect urmărește relevarea relațiilor cauzale între diverse variabile independente și răspunsurile subiectului uman, văzute ca variabilă dependentă. În acest scop, el promovează noi tipuri de design experimental care vor fi prezentate în continuare: designul ABAB, designul cu nivele de bază multiple, designul manipulărilor simultane și designul schimbării criteriului.

În paradigma experimentului cu un singur subiect, se renunță la identificarea și, mai ales, la studierea variabilelor independente care au un efect slab, tranzitoriu și inconsistent asupra comportamentului uman. În schimb, atenția se focalizează pe studierea variabilelor care au un efect puternic, stabil, clar și vizibil (Baer, 1978). Identificarea acestui efect este ușoară și evidentă, ea transpărând vizual din graficele elaborate (cum ar fi graficul de frecvență a apariției unui comportament), în acest sens, se diminuează ponderea statisticii inferențiale, al cărei scop este tocmai identificarea efectului variabilelor independente cu impact mai redus asupra variabilelor dependente, efect care, fiind slab de cele mai multe ori, avea nevoie de metode speciale pentru a fi relevat (de exemplu, analiza de variantă, testele de semnificație etc.). Se păstrează însă statistica descriptivă, cu rol important în stabilirea relației de cauzalitate între variabila independentă și variabila dependentă în cazul paradigmei experimentului cu un singur subiect. Recent însă, chiar statistica inferențială clasică simplă (de exemplu, comparații între două grupuri) a fost adaptată experimentului cu un singur subiect. Practic, măsurătorile repetate în cazul fiecărui subiect se consideră măsurători de la subiecți diferiți! Sigur, trebuie respectate constrângerile de utilizare a acestor metode (de exemplu, distribuția normală a datelor pentru testul „t”). În plus, pentru a prelua statistica inferențială pe baza principiului descris mai sus, este important să nu existe o autocorelație semnificativă a variabilei dependente și a variabilei independente. Dacă această corelație există, utilizarea statisticii inferențiale clasice în cazul experimentului cu un singur subiect presupune introducerea unui coeficient de corecție. Spre exemplu, în cazul testului „t”, formula de corecție este: „t” corectat = radical din (1-pc

împărțit cu $1+pc$) totul înmulțit cu „t” calculat în mod clasic; p reprezintă valoarea autocorelației variabilei dependente, iar c reprezintă valoarea autocorelației variabilei independente. Autocorelația variabilei independente este întotdeauna nesemnificativă atunci când avem intervenții care presupun secvențe calitativ diferite (de exemplu, secvențe de intervenție psihoterapeutică). Dacă intervențiile sunt doar cantitativ diferite (de exemplu, administrăm la început două întăriri, apoi patru etc.), atunci se calculează autocorelația acestora. Sintetizând cele afirmate mai sus, putem spune că experimentul cu un singur subiect are două obiective. Primul se referă la îndeplinirea criteriilor experimentale: efect semnificativ al variabilei independente. Al doilea urmărește criteriul pragmatic: obținerea unui efect al variabilei independente puternic, stabil și vizibil pe graficele elaborate.

Experimentul cu un singur subiect este, în același timp, un instrument de cercetare fundamentală și de cercetare aplicată. Spre exemplu, el poate fi utilizat pentru studiul impactului întărilor asupra comportamentului (cercetare fundamentală), dar și pentru a releva progresele realizate de un pacient în urma unei intervenții psihoterapeutice în care am modificat contingentele comportamentale specifice din mediul său (de exemplu, atenția colegilor după fiecare comportament agresiv în clasă) - cercetare aplicată. Altfel spus, utilizat de un practician în activitatea sa clinică, experimentul cu un singur subiect îl transformă pe acesta într-un om de știință care descoperă noi relații cauzale între diverse variabile. Mai mult, cuantificarea obiectivă promovată de experimentul cu un singur subiect completează fericit evaluarea subiectivă făcută de subiect privind, de pildă, evoluția simptomatologiei lui, în funcție de intervenția psihoterapeutică realizată. Invers, un om de știință, utilizând experimentul cu un singur subiect, devine, în același timp, un practician care se confruntă cu modificarea comportamentului unui subiect-țintă. Aceasta este una dintre fațetele perspectivei *scientist-practitioner*, perspectivă ce se bucură de o tot mai largă influență în știința psihologică a acestui început de secol.

Coroborând datele de care dispunem și luând în considerare și împletirea strânsă dintre metodologia psihologică clasică și experimentul cu un singur subiect, putem afirma cu certitudine că distincția de la începutul secolului al XIX-lea între cercetarea fundamentală și aplicarea cercetării fundamentale nu se mai susține. În cel mai bun caz, putem vorbi despre cercetare fundamentală (care utilizează preponderent metode psihologice clasice, mai rar experimentul cu un singur subiect) și cercetare aplicată (care utilizează preponderent experimentul cu un singur subiect, mai ales în clinică, dar și unele metode psihologice clasice).

6.3.3. Designuri ale experimentului cu un singur subiect

6.3.3.1. Designul ABAB

În prima fază a acestui design, (A), se măsoară obiectiv (frecvența, durata, amplitudinea etc.) și repetat comportamentul care urmează să facă obiectul intervenției psihologice. Se stabilește astfel nivelul de bază al comportamentului investigat.

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

În faza a treia, (A), se elimină intervenția psihologică, așteptându-se în acest caz ca, drept urmare a unei posibile relații cauzale între comportament (variabila dependentă) și intervenția psihologică (variabila independentă), comportamentul să revină la nivelul său de bază.

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

Exemplu (vezi Figura. 6.1.)

În faza A am măsurat timp de șase zile comportamentul prin care răspunde la întrebările profesorului un elev non-assertiv ale cărui performanțe școlare erau scăzute nu din cauza dificultăților de învățare, ci din cauza dificultăților emoționale, în faza B, am introdus intervenția terapeutică - întăriri pozitive din partea profesorului. Dacă această intervenție este eficace, ne așteptăm ca în această fază frecvența comportamentului să crească. În faza a treia, pentru a fi siguri de relația cauzală între intervenție și modificarea comportamentală, am eliminat întăririle pozitive, așteptându-ne ca frecvența comportamentului assertiv să scadă din nou. În faza a patra, B, am introdus din nou intervenția terapeutică, în scopul rezolvării simptomatologiei pacientului.

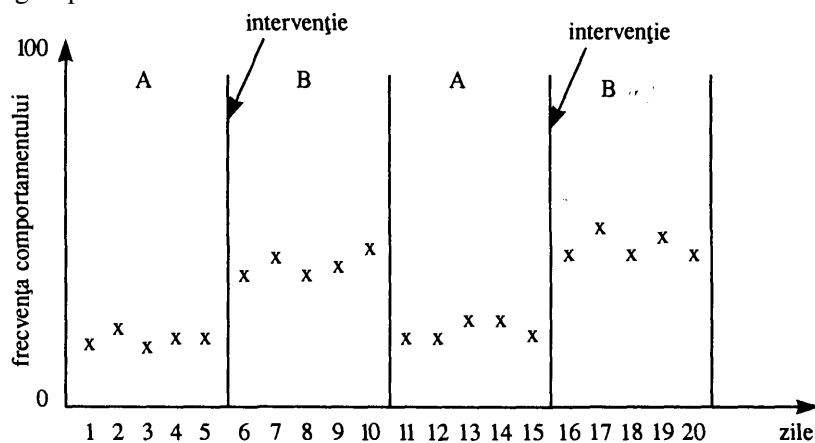


Figura 6.1. Design experimental ABAB

Dezavantajele și limitele designului ABAB :

- faza a treia a acestui design s-ar putea să nu funcționeze. Aceasta deoarece: (a) intervenția noastră nu a fost cauza modificării comportamentului; (b) deși intervenția a fost inițial cauza modificării comportamentului, ulterior alți factori au ajuns să controleze acest comportament (de exemplu, interesul din partea colegilor) sau (c) extincția - retragerea întăririlor pozitive ale comportamentului - cere un timp îndelungat pentru a reduce frecvența comportamentelor-țintă și uneori nu funcționează eficient;
- designul implică aspecte neetice și nepragmatice. De ce, odată ce am reușit să reducem simptomatologia subiectului, să o producem din nou numai în numele unor cerințe metodologice și de investigație științifică ?

Aceste critici au dus la elaborarea unui alt tip de design - designul cu nivele de bază multiple, care încercă să evite multe dintre neajunsurile designului ABAB.

6.3.3.2. Designul cu nivele de bază multiple

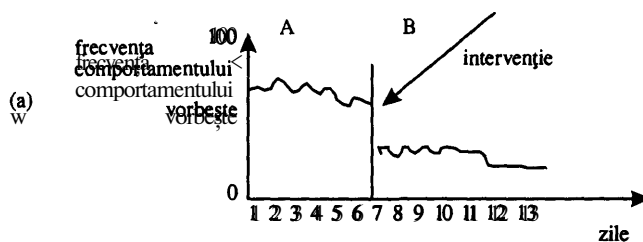
Spre deosebire de designul ABAB, designul cu nivele de bază multiple presupune doar primele două faze: AB. El apare în trei variante:

(1) Designul cu nivele de bază multiple în cazul comportamentului

Acest design este utilizat când pacientul are o simptomatologie complexă, intervenția psihologică având de modificat comportamente multiple.

Exemplu

Un subiect prezintă următoarele tipuri de comportamente dezadaptative: (a) vorbește în timpul orei; (b) lovește colegile; (c) înjură. În acest caz, intervenția psihologică se realizează gradat. Intervenția în cazul primului comportament (de exemplu, tehnica pedepsei) reduce frecvența acestuia. Dacă între schimbarea comportamentului și intervenția terapeutică există o legătură causală, atunci celelalte două comportamente dezadaptative trebuie să rămână neschimbate. Apoi intervenim gradat în cazul comportamentului „își lovește colegile”, iar, în cele din urmă, în cazul comportamentului „înjură” (vezi Figura 6.2.).



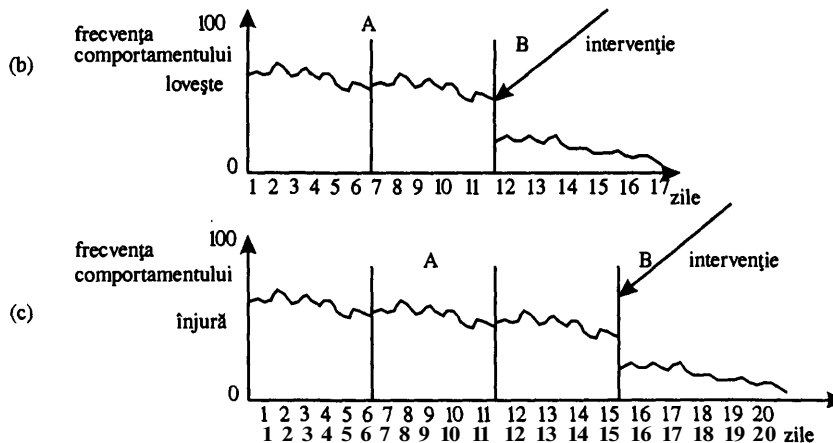


Figura 6.2. Design experimental cu nivelele de bază multiple în cazul comportamentului

Acest design poate fi utilizat și într-un cadru similar designului ABAB. În acest caz, pe lângă procedura pe verticală a-b-c (vezi Figura 6.2.), apare o procedură pe orizontală în care adăugăm razele A (scoaterea intervenției) și B (reintroducerea intervenției).

(2) Designul cu nivele de bază multiple în cazul subiecților

Avem aceeași procedură ca în cazul designului cu nivele de bază multiple în cazul comportamentului, dar în acest caz, în locul comportamentelor multiple, avem subiecți diferiți, cu aceeași tulburare de comportament.

(3) Designul cu nivele de bază multiple în cazul situațiilor și momentelor diferite

Avem aceeași procedură ca în cazul designului cu nivele de bază multiple în cazul comportamentului, dar, în acest caz, în locul comportamentelor multiple, avem același comportament în situații diferite.

Dezavantaje și limite ale designului cu nivele de bază multiple:

- numărul nivelurilor de bază nu este ușor de ales. Deși în practică se consideră că trei-patru nivele sunt suficiente, cu cât acestea sunt mai numeroase, cu atât studiul este mai valid;
- asumția că intervenția are același efect asupra comportamentelor diferite, asupra unor subiecți diferiți sau în contexte diferite este discutabilă. Eficiența unor tehnici de intervenție psihologică este strâns legată de anumite caracteristici ale subiecților, de contextul în care sunt aplicate, precum și de tipul de tulburare pentru care sunt elaborate;
- asumția că nivelurile de bază alese sunt independente (fiecare se modifică independent de celelalte) este, de asemenea, discutabilă. Comportamente diferite pot fi conectate între ele, astfel că modificarea unuia duce la modificarea celuilalt.

6.3.3.3. Designul manipulărilor simultane

Este utilizat pentru a studia comparativ și simultan eficiența a două sau mai multe tehnici de intervenție terapeutică. În prima fază, se stabilește nivelul de bază al comportamentului care urmează a fi modificat. În a doua fază, se implementează alternativ tehnicile care urmează a fi comparate. Este esențial ca aplicarea tehnicilor să se facă astfel încât ele să varieze în funcție de momentul aplicării (dimineața, seara) sau în funcție de persoana care le administrează, pentru a elimina astfel eventualele variabile mascate.

În faza a treia se implementează cea mai eficientă tehnică, iar în faza a patra se urmărește eficiența intervenției pe timp îndelungat. Această structură este reflectată în Figura 6.3.

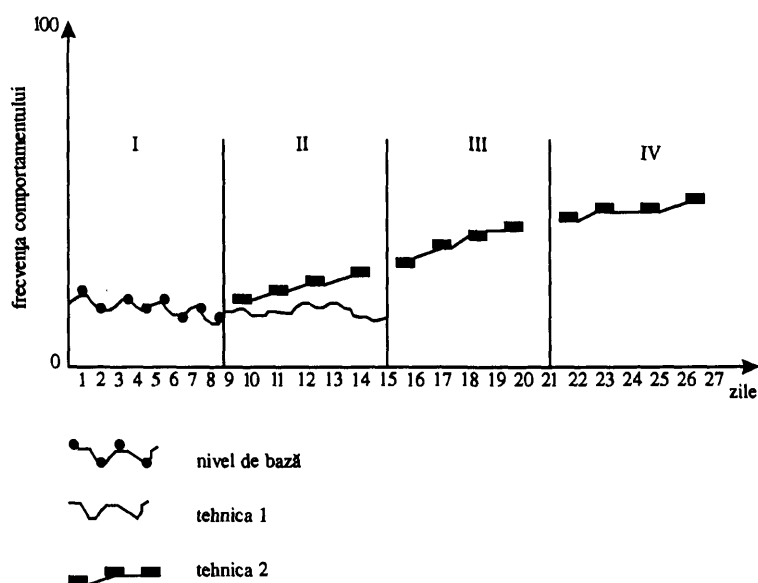


Figura 6.3. Designul manipulărilor simultane

Dezavantajele și limitele designului manipulărilor simultane:

- apariția variabilelor confundate în cazul utilizării a prea multor tehnici (de exemplu, efectul se datorează nu tehnicii, ci persoanei care o aplică), deoarece nu se mai poate varia legătura între tehnică și condițiile ei de aplicare;
- tehnicile pot interfera între ele, alterându-și reciproc efectul;
- subiecții trebuie să nu fie serios afectați de simptomatologie, astfel încât să poată discrimina tehnicile între ele și faptul că tehnica nu este corelată cu prezența unei anumite persoane sau cu un anumit context.

6.3.3.4. Designul schimbării criteriului

În acest caz, efectul intervenției psihologice este demonstrat arătând că respectivul comportament se modifică în acord cu criteriul stabilit de noi (vezi Figura 6.4.).

De exemplu, dacă dorim să producem un comportament, el va fi aproximat treptat prin intervenția aleasă (de exemplu, tehnica de aproximare a comportamentului).

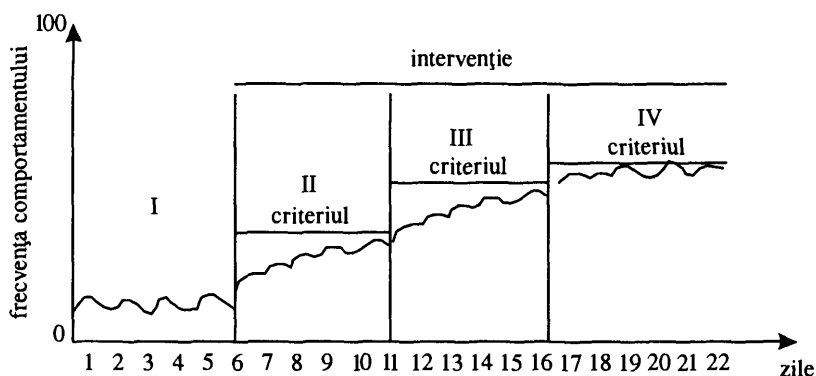


Figura 6.4. Designul schimbării criteriului

Dezavantaje și limite ale designului schimbării criteriului :

- este cel mai nesigur și imprecis design cu un singur subiect, deoarece nu se elimină variabilele confundate ;
- este utilizabil în cazul subiecților cu coeficient de inteligență redus sau al subiecților cu coeficient de inteligență normal, dar având de asimilat un comportament complex care poate fi învățat doar în trepte.

6.3.4. Limite ale experimentului cu un singur subiect și modalități de depășire a acestora

O problemă esențială a tuturor designurilor prezentate este obținerea în prima fază, (A), a unui nivel de bază stabil prin măsurători repetate. Aici pot apărea două probleme: (1) tendințe în nivelul de bază (creștere sau reducere a frecvenței comportamentului); (2) variabilitatea mare a măsurătorilor.

Tendințele în nivelul de bază pot fi: (a) în sensul pe care îl vizează intervenția psihologică; (b) în sens opus celui vizat de intervenție; (c) relativ stabile.

În cazul (a), pentru a arăta totuși că modificarea comportamentală se datorează intervenției, și nu tendinței naturale a comportamentului de a se modifica, putem apela la următoarele tehnici:

- transformăm fiecare design cu nivele de bază multiple în design ABAB;
- utilizăm designuri neinfluențate de tendința nivelului de bază, cum este designul intervențiilor simultane;
- utilizăm metode neparametrice sau parametrice de inferență statistică, în care măsurătorile repetate din fiecare fază sunt considerate date culese de la subiecți diferiți și, în consecință, pentru estimarea rezultatelor, apelăm la metodele statisticii inferențiale clasice (analiza de varianță etc.). În cazurile (b) și (c), tendințele nu pot afecta inferența pe care o facem în ceea ce privește relația cauzală dintre comportament (variabila dependentă) și intervenție (variabila independentă).

Pentru evaluarea tendinței nivelului de bază, se folosește statistica descriptivă (Morley și Adams, 1989) a experimentului cu un singur subiect: (1) testul punctelor extreme (*turning points test*), testul mărimii distanței (*phase-length test*), testul diferenței semnale (*difference-sign test*), pentru a vedea dacă datele culese sunt la întâmplare sau sunt expresia unei realități psihologice; (2) testul Kendall tau (*Kendall's tau*), testul înregistrării datelor (*the Record test*), pentru a identifica eventualele tendințe în medie ale datelor în nivelul de bază.

Testul punctelor extreme este cel mai elegant și mai utilizat test pentru a evalua dacă datele culese prin măsurători repetate asupra unui subiect sunt aleatorii sau exprimă o realitate psihologică. El va fi folosit și pe parcursul acestei lucrări, astfel că îl prezentăm în cele ce urmează. Dacă seria este la întâmplare, ne așteptăm ca numărul vârfurilor și numărul depresiunilor să fie distribuit într-un mod predictiv. Într-o serie, vârfurile se referă la valorile care sunt mai mari decât valorile vecine din dreapta sau stânga; depresiunile sunt reprezentate de valorile mai mici decât valorile vecine din dreapta și stânga.

Exemplu

Fie seria A de date culese prin măsurători repetate pe un singur subiect.

A: 8354285695. Suma vârfurilor și depresiunilor în serie se notează cu T și este egală cu 6. Consultând un tabel de corespondență (Morley și Adams, 1989) găsim pentru o serie cu 10 măsurători ($N=10$) o probabilitate $P=0,8392$. În baza acestui rezultat, nu putem respinge ipoteza nulă conform căreia seria este formată din valori alese la întâmplare.

Pentru a identifica eventualele tendințe în medie a datelor în nivelul de bază, se utilizează următoarele teste statistice: testul Kendall tau (*Kendall's tau*) și testul înregistrării datelor (*the Record test*). Testul înregistrării datelor este cel mai elegant și mai utilizat test pentru a evalua tendințele în media și variabilitatea nivelului de bază. El va fi utilizat și pe parcursul acestei lucrări, astfel că îl prezentăm în cele ce urmează. Acest test presupune ca, începând de la a doua valoare, să notăm cea mai mare și cea mai mică valoare din serie, trecând prin toate valorile, comparativ cu valorile anterioare.

Exemplu

în seria 457348, 5 este valoare mare, 7 valoare mare, 3 valoare mică, 4 nu este cotate deoarece nu este nici cea mai mare valoare de până la el, nici cea mai mică, iar 8 este valoare mare. Pornind de la aceste înregistrări, se calculează doi indici: d , care este egal cu numărul valorilor mari minus numărul valorilor mici (în cazul nostru $d = 3 - 1$; $d = 2$) și s , care este egal cu numărul valorilor mari plus numărul valorilor mici (în cazul nostru $s = 3 + 1$; $s = 4$). Dacă nu există tendință în medie, ne așteptăm ca d să fie apropiat de 0. Dacă d este negativ, atunci nivelul de bază este descrescător. Dacă d este pozitiv, atunci nivelul de bază are o tendință ascendentă. Indicele s este utilizat pentru a verifica tendința în variabilitatea datelor. Dacă există o tendință crescătoare în variabilitatea datelor, ne așteptăm ca s să fie mare. Dacă variabilitatea scade, atunci s va fi mic. În funcție de valorile lui d și s , precum și de numărul de măsurători, toate raportate la tabele de referință (prezentate de Morley și Adams, 1989), putem respinge sau accepta ipoteza nulă că seria nu are o tendință crescătoare sau descrescătoare în medie (indicele d) sau în variantă (indicele s).

Variabilitatea datelor este un alt factor care poate influența inferența în experimentul cu un singur subiect. Variabilitatea poate fi mare, mică sau ciclică. Variabilitatea este evaluată cu statistica descriptivă (Morley și Adams, 1989) a experimentului cu un singur subiect: testul înregistrării datelor (*the Record test*) și testul Dufour (*Dufour's test*). Pentru o inferență corectă, este necesară o variabilitate cât mai mică a datelor și trebuie evitată variabilitatea mare sau ciclică, deoarece în aceste cazuri inferența cauzală este mai greu de realizat. În cazul variabilității mari sau ciclice (de exemplu, frecvența comportamentului în nivelul de bază variază între 0 și 100), inferența cauzală nu se mai poate susține și, în consecință, trebuie redusă variabilitatea prin următoarele tehnici:

- identificarea și eliminarea surselor de variabilitate mare sau ciclică ale comportamentului (de exemplu, prezența sau absența unor stimuli);
- se face media măsurărilor obiective cumulate ale comportamentului pe parcursul a două sau trei zile.

În concluzie, considerăm că experimentul cu un singur subiect este un instrument de cercetare și practică psihologică eficace și promițător, care nu trebuie să lipsească din bagajul metodologic al nici unui *scientist-practitioner*. Practica psihologică și rezultatele investigațiilor de specialitate sugerează, acolo unde este posibil, necesitatea utilizării preponderente a designului cu nivele de bază multiple în cazul subiecților, în variantă ABAB (cu trei nivele de bază), deoarece este cea mai eficientă, elegantă și riguroasă procedură a experimentului cu un singur subiect.

6.3.5. Experimentul cu un singur subiect în practica psihologică. Analiză de caz

(Pentru detalii privind fazele parcurse și tehnicile de intervenție utilizate, vezi David et al., 2000.)

Evaluare și diagnostic psihologic (clinic); stabilirea relației terapeutice

Subiectul A.P. este elev la liceul pedagogic din Satu Mare. El se prezintă ca un subiect cu un nivel intelectual crescut, evidențiat de probele de inteligență (coeficientul de inteligență C.I. = 120, evaluat cu testul Raven). Cu toate acestea, performanțele școlare sunt reduse, subiectul prezentându-se ca un elev retras, anxios și neproductiv, deși profesorii menționează că atunci când este întrebat direct, A.P. răspunde corect și pertinent. Interviu clinic realizat a scos în evidență un deficit de comportamente asertive, subiectul putând fi caracterizat în general ca un subiect silitor, care învață, dar care, din cauza anxietății și blocajelor emoționale, nu poate transpune în performanță cele acumulate, neavând curajul să răspundă și să se implice în activități. Subiectul declară că „este așa de când se știe”, iar părinții confirmă acest lucru, afirmând că „A.P. a fost întotdeauna un copil retras și emotiv”. Examinarea psihologică a confirmat aspectele relevate în interviu (examinarea cu testele de anxietate STAI, forma XI și X2, a scos în evidență o anxietate mare, atât ca stare, cât și ca trăsătură).

Elaborarea intervenției psihologice (psihoterapeutice).

După etapa de evaluare și diagnostic clinic, din cadrul căreia mai sus au fost menționate doar câteva aspecte relevante pentru ceea ce dorim să ilustrăm în acest exemplu, s-a pus la punct un program de intervenție psihologică ce cuprindea mai multe pachete de tehnici de intervenție: restructurare cognitivă, antrenament asertiv, modificare comportamentală și tehnici de relaxare. Prezentăm în continuare un segment al intervenției psihologice care vizează intervenția la nivel comportamental, celelalte direcții de intervenție (nivel biologic prin tehnici de relaxare, nivel cognitiv prin tehnici de restructurare cognitivă și antrenament asertiv) nefiind prezentate aici, pentru ușurința asimilării și înțelegerii exemplului prototip.

Stabilirea demersului teoretico-experimental (dacă intervenția este dublată și de o cercetare științifică).

Intervenția la nivel comportamental, prin tehnici specifice de modificare comportamentală, a fost dublată de o investigație teoretică cu impact pragmatic în demersul psihoterapeutic. Astfel, se pune problema în ce măsură modul în care subiectul percepe întăririle pe care le primește pentru diverse comportamente influențează eficiența acestor întăriri? Perspectiva clasică behavioristă (comportamentală) consideră că influența întăririlor asupra comportamentului nu este mediată de factori cognitivi, adică de modul în care subiectul percepe întăririle pe care le primește. Perspectiva

cognitivă arată că impactul întăririlor asupra comportamentului ar putea depinde de modul în care subiectul percepe întăririle: ca un determinant sau ca o consecință a comportamentului său. Dacă subiectul percepe întărirea ca pe un determinat al comportamentului („mi se dă întărirea ca să mă facă să produc un anumit comportament”), și nu ca pe o consecință a acestuia („am primit întărirea deoarece am făcut un comportament” sau „primesc întărirea pentru comportamentul pe care eu am decis să îl fac”) este extrem de probabil ca impactul ei să fie redus. Aceasta datorită unor mecanisme defensive angajate de subiect, în scopul de a-și proteja imaginea în fața unei „manipulări percepute” („mi se dă întărirea ca să mă facă să mă comport într-un anumit fel”).

Rezumând, demersul acestei intervenții psihologice a avut două obiective: (1) un obiectiv terapeutic: reducerea comportamentelor nonasertive și sporirea celor asertive și (2) un obiectiv științific: studiul impactului factorilor cognitivi în întăririle behavioriste.

Intervenția psihologică (psihoterapeutică) dublată de realizarea demersului experimental stabilit.

Întregul proces a fost realizat într-o variantă fundamentată de substratul teoretico-metodologic al designului ABAB. În prima fază s-a înregistrat frecvența comportamentului asertiv de a răspunde la ore timp de zece zile - nivelul de bază (A). Media acestor frecvențe a fost de 3,5 răspunsuri pe zi, iar abaterea standard, (A.S.), a fost egală cu 0,69. Analiza descriptivă a arătat că nivelul de bază nu este ales aleator {*turning point test*: $T=2$, $p<0,05$ }, nu există tendințe în medie {*Kendall's tau test*: $\tau=0,10$, $p>0,10$ } și variantă {*Record test*: $S=4$, $p>0,10$ și *Dujfor's test* - pentru variații ciclice: $T=4$, $P>0,10$). În consecință, nivelul de bază are caracteristicile necesare de stabilitate pentru a începe un demers clinico-experimental. În faza a doua (tratament/întărire consecință), subiectul a primit întăriri pozitive pentru comportamentele asertive: pentru fiecare răspuns benevol și corect la ore, subiectul primea întăriri de genul: atenție din partea profesoarei, profesoara i se adresa pe numele mic și îi zâmbea, primea mai multă atenție din partea profesoarei după ore etc.

Ca urmare a acestei intervenții comportamentale de manipulare a întăririlor, care s-a desfășurat pe parcursul a douăzeci de zile, frecvența comportamentului asertiv a crescut considerabil față de nivelul de bază: media frecvențelor a fost de 7,8, A.S. de 0,57, iar comparația nivelului de bază cu intervenția psihologică (întărirea-consecință) a indicat o modificare semnificativă: $t(28)=2,90$, $p<0,01$. Aceasta înseamnă că tratamentul - manipularea întăririlor pentru a crește frecvența unui comportament - este eficace. În faza a treia (tratament/întărire determinant), au continuat intervențiile din faza a doua, cu următoarea modificare: subiectul a fost informat că este participant la un experiment care urmărește creșterea performanțelor sale asertive. Ca urmare a acestei informări, întăririle care în prima fază erau percepute de subiect ca niște consecințe ale comportamentului său, au devenit determinanți ai comportamentului (aspecte confirmate de interviul postintervenție). Faza a treia a intervenției s-a desfășurat pe parcursul a douăzeci de zile. Media

frecvențelor comportamentului asertiv a fost de 5,2, iar A.S.de 0,56. Raportând acest rezultat la nivelul de bază, se obține o creștere semnificativă a comportamentului asertiv $t(28)=2,80$, $p<0,01$, iar raportându-l la tratamentul din faza a doua, se obține o scădere semnificativă a acestui comportament $t(28)=2,56$, $p<0,05$. Aceasta înseamnă că întărirea-determinant este mai eficace decât lipsa întăririlor în creșterea frecvenței comportamentului asertiv, dar este mai puțin eficace decât întărirea percepută ca o consecință în creșterea frecvenței aceluiași tip de comportament.

În faza a patra s-a revenit la intervenția din faza a doua, atingându-se criteriul de performanță stabilit anterior. Mai mult, psihoterapeutul a cerut evaluări ale modificărilor produse în comportamentul asertiv atât subiectului, cât și altor persoane din mediul său: colegii, profesoara participantă la intervenție etc.

Evaluarea intervenției, concluzii și discuții la demersul experimental

Rezultatele acestei intervenții s-au concretizat în mai multe aspecte. Intervenția psihologică a dus la creșterea comportamentelor asertive, deci la remiterea unei părți din simptomatologia subiectului. Mai mult, remiterea simptomatologiei a fost cuantificată obiectiv prin metodele statistice utilizate; desigur, există și o cuantificare subiectivă din partea subiectului și a altor persoane (de exemplu, profesoara), care dobândește însă rigoare științifică dacă este dublată și de evaluarea obiectivă. Altfel spus, evaluarea și intervenția psihoterapeutică în cadrul paradigmei experimentului cu un singur subiect satisface două criterii: (1) criteriul științific și experimental (modificarea să fie semnificativă statistic) și (2) criteriul clinic (modificarea să fie semnificativă și resimțită pozitiv de cel asupra căruia este ținută).

Intervenția psihologică a dus, pe lângă beneficiul clinic, și la unele dezvoltări teoretice în domeniu. Astfel, rezultatele obținute arată că impactul întăririlor asupra comportamentului uman este mediat de modul în care subiectul percepe întăririle. Dacă întăririle sunt percepute drept consecințe ale comportamentului, ele au un impact mai mare decât dacă sunt percepute ca determinant al lui. Aceasta deoarece în al doilea caz intervine, probabil, o manipulare percepută de subiect, care antrenează mecanisme defensive de opoziție la influența întăririlor. Rămâne de investigat dacă nu cumva efectele descoperite în acest demers experimental nu sunt mediate și de alți factori; ne gândim în special la *locus of control* (locul controlului). Este probabil ca cei care au un *locus* al controlului extern să nu fie afectați de manipularea percepută - întărirea-determinant -, deoarece ei consideră în mod natural comportamentul lor ca fiind influențat și determinat de factori externi. În schimb, cei cu *locus* al controlului intern consideră, în general, comportamentul propriu ca fiind determinat de factori interni (propria voință etc.), aceasta făcându-i probabil mai refractari la manipulări percepute ca întăriri determinante ale comportamentului și mai permeabili la întăriri percepute drept consecințe ale comportamentului lor. Această investigație viitoare se justifică cu atât mai mult cu cât subiectul investigat în demersul prezentat mai sus s-a dovedit, la examinările

psihologice, un subiect cu *locus* al controlului intern, ceea ce, după cum am arătat anterior, ar fi putut influența concluziile formulate. Mai mult, acest demers experimental viitor trebuie să ducă la verificarea rezultatelor obținute aici în cadrul unor designuri experimentale cu un singur subiect mai riguroase: designul nivelelor de bază multiple în variantă ABAB sau al unor designuri multifactorial clasice, pentru a crește rigoarea concluziilor formulate.

6.3.6. Remarci finale

Prezentarea de mai sus a avut două obiective: în primul rând, de a atrage atenția asupra unei metodologii de investigație psihologică riguroasă și pe nedrept neglijată în literatura, cercetarea și practica de specialitate - experimentul cu un singur subiect. Utilizat cu profesionalism, experimentul cu un singur subiect are valențe euristice deosebite pentru practica și cercetarea psihologică, fie ca demers de sine stătător, fie completând cu succes demersul experimental clasic. În al doilea rând, ne-am propus să oferim un exemplu prototip de investigație și intervenție psihologică în care cercetarea fundamentală, cercetarea aplicată și intervenția de specialitate se pot realiza simultan, aceasta contribuind la eficientizarea intervenției psihologice și la pragmatizarea cercetării în domeniu. Această integrare a cercetării cu practica psihologică este o miză care nu trebuie pierdută pentru dezvoltările de anvergură în domeniu. Ea trebuie cultivată și stimulată continuu, în scopul creșterii impactului teoretic și practic al psihologiei și al promovării unui nou tip de clinician: *scientist-practitioner* sau viceversa (*sic!*).

Capitolul 7

Educație și formare în domeniul psihologiei clinice

7.1. Aspecte generale

Trebuie spus clar de la început că psihologia clinică necesită, în comparație cu celelalte ramuri ale psihologiei, cea mai complexă și avansată pregătire inițială și continuă; aceasta nu din cauză că ar fi mai importantă decât celelalte ramuri ale psihologiei, ci din cauza obiectului de studiu complex și fundamental pentru specia umană, și anume sănătatea și boala, obiect de studiu care încumbă responsabilități uriașe.

Formarea inițială a psihologului clinician nu se face după un model omogen în toate părțile lumii. Cel mai răspândit cadru educativ presupune: patru ani de pregătire psihologică (nivel licență), patru-cinci ani pentru obținerea unui doctorat în psihologie clinică, un an de practică clinică postdoctorală sau un an de studii clinice postdoctorale. În țările Europei de Est și în unele țări ale Europei Occidentale, dobândirea competenței de psiholog clinician se făcea după patru-cinci ani de pregătire în psihologie, cu specializare începând din anul al III-lea sau al IV-lea de studii și/sau un program de master (unu-doi ani). Anexa 4 prezintă normele de atestare în psihologia clinică, psihoterapie și consiliere psihologică, așa cum au fost ele stabilite de către Colegiul Psihologilor din România, iar Anexa 5 prezintă Codul Deontologic ce reglementează aspectele etice ale acestor practici. După cum se observă, urmând modelele internaționale, în România, începând cu anul 2005, practica psihologiei clinice se face de la nivel de master, anterior aceasta făcându-se la nivel de licență. Ridicarea nivelului educațional necesar practicii psihologiei clinice arată rolul fundamental pe care acesta îl are în domeniul psihologiei și responsabilitatea pe care o are psihologul clinician. Formarea continuă este un demers obligatoriu pentru promovarea și dezvoltarea profesională în psihologia clinică.

Pregătirea în consiliere psihologică (vezi, pentru detalii, European Association for Counselling) și psihoterapie (vezi, pentru detalii, European Association for Psychotherapy) se face prin programe universitare combinate cu programe de formare în cadrul unor asociații profesionale. Formarea inițială a consilierului psihologic și a psihoterapeutului în Europa se face conform unor norme bine precizate de către World Council of Psychotherapy/(Consiliul Mondial al Psihoterapiei) prin Declarația de la Strassbourg, 1992 (vezi, pentru detalii, <http://www.europsyche.org>). Formarea inițială presupune:

(1) Pregătire teoretică (clinică). Această pregătire teoretică este adesea asigurată de *curriculum-urile* universitare al facultăților de psihologie. Pentru cei care nu sunt

psihologi (dar au o pregătire în domeniul socio-uman), aceste cursuri clinice pot fi oferite în regim de învățământ la distanță și/sau post-licență.

(2) Formare într-o formă specifică de psihoterapie (consiliere psihologică). Formatorii trebuie să fie psihoterapeuți (consilieri psihologici), formatori acreditați în acea formă de psihoterapie (consiliere psihologică).

(3) Practică cu caz. Cursanții trebuie să fie angajați într-o instituție a Ministerului Sănătății, Ministerului Educației și Cercetării sau în organizații guvernamentale sau nonguvernamentale, unde să ofere servicii de consiliere psihologică și/sau psihoterapie.

(4) Supervizarea practicii. Supervizarea se face de către psihoterapeuți (consilieri psihologici), formatori acreditați în acea formă de psihoterapie (consiliere psihologică).

În plus, se cere parcurgerea unui modul de terapie personală care să cuprindă elemente de autocunoaștere, dezvoltare și optimizare personală. Acesta este fundamental pentru a ajuta pe viitorul consilier psihologic/psihoterapeut să-și înțeleagă punctele sale tari, dar și aspectele mai slabe, care trebuie controlate în beneficiul clientului. Această schemă generală de formare în consiliere psihologică și psihoterapie ia o formă specifică în funcție de programul de formare al fiecărei școli. În Anexa 7 prezentăm ca exemplu particularizarea acestui model pentru formarea în consiliere psihologică și psihoterapiei cognitive și comportamentale. Ca regulă generală, programul de formare pentru consiliere psihologică este mai scurt decât cel pentru psihoterapie, deși ambele au aceeași structură și se referă la o școală specifică (cognitiv-comportamentală, terapie centrată pe client etc.). Formarea continuă este un demers obligatoriu pentru promovarea și dezvoltarea profesională în consiliere psihologică și psihoterapie.

Din păcate, unele programe de formare inițială și continuă în domeniul clinic sunt încă organizate pe principiul cultelor religioase, „crede și nu cerceta”. Cum putem argumenta acest lucru? Unul dintre argumente ar putea consta în numărul mare de programe de formare în diverse forme de tratament, în condițiile în care dovezile științifice pentru eficiența lor, ca să nu mai vorbim de validitatea științifică a teoriilor care le-au fundamentat, este îndoielnică; programul de formare oferă deci informații pe care trebuie să le accepți pe bază de credință. Adesea, chiar dacă la început am avut o atitudine sceptică, odată ce am parcurs programul de formare, devenim propovăduitorii acestui cult; mecanismul psihologic al disonanței cognitive ne-a arătat cu claritate că dacă apare o discrepanță neforțată între ceea ce știm și ceea ce facem, ajungem adesea să credem ceea ce facem (Festinger, 1957). Spre exemplu, nu știm care dintre componentele descrise anterior sunt mai importante în formarea psihoterapeutului și nici măcar dacă toate sunt cu adevărat necesare. Spre exemplu, nu există nici un studiu care să susțină structura actuală a programelor de formare în psihoterapie; dacă aceste studii există, probabil că ele sunt bine păzite de cei care le-au propus, fiindcă nu sunt disponibile/accesibile în literatura științifică.

În continuare, prezentăm câteva situații specifice care susțin caracterul regresiv al formării în domeniul clinic, respectiv opacitatea acestora la asimilarea informațiilor noi, ca urmare a cercetărilor în domeniu.

7.2. Limite ale educației și formării profesionale în domeniul psihologiei clinice

7.2.1. Provocarea psihologiei pozitive

Modul în care procesăm (prelucrăm) realitatea poate să fie unul realist, în care cognițiile noastre aproximează cât mai bine fenomenul, sau unul distorsionat. Distorsiunea poate să fie negativă - avem tendința să ignorăm aspectele pozitive și să accentuăm aspectele negative ale fenomenului - sau pozitivă - avem tendința să ignorăm aspectele negative și să accentuăm aspectele pozitive. Cercetările recente au arătat că sănătatea mentală este strâns legată de o pendulare între realism și distorsiune pozitivă (Taylor, 1993). Iluziile pozitive, exprimate printr-un optimism realist, sunt prerechizite importante pentru sănătatea mentală. Pe baza acestor rezultate, a fost inițiat relativ recent un întreg sector de cercetare în domeniul psihologiei - psihologia pozitivă (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000). În psihologia pozitivă, accentul este pus pe aspectele pozitive ale ființei umane (de exemplu, emoții pozitive) și pe rolul acestora de factori terapeutici și de protecție în situații stresante. Cercetările recente au arătat, spre exemplu, că emoțiile pozitive și negative nu sunt constructe bipolare (Watson, 2000). Altfel spus, o reducere a emoțiilor negative nu înseamnă automat o creștere a emoțiilor pozitive, după cum o reducere a emoțiilor pozitive nu înseamnă o creștere a emoțiilor negative (atât ca frecvență, cât și ca intensitate). Emoțiile negative și cele pozitive par să fie constructe ortogonale, ceea ce înseamnă, spre exemplu, că cineva poate să fie depresiv, dar și calm în același timp (Watson, 2000; vezi Figura 7.1.).

Din păcate, în cazul tulburărilor emoționale, programele de formare în domeniul clinic continuă linia clasică și se focalizează obsesiv pe aspectul corectiv, deși, așa cum am afirmat mai sus, simpla reducere a emoțiilor negative nu înseamnă automat creșterea emoțiilor pozitive. Această limită a programelor de formare se poate vedea și în cercetare. Cele mai multe cercetări clinice privind eficiența unor tratamente medicamentoase sau psihoterapeutice utilizează în pretest și posttest scale care evaluează psihopatologia. Un tratament este considerat eficient dacă scorul în posttest este mai scăzut decât scorul în pretest (și în comparație cu un grup de control); adevărat, dar aceste rezultate arată doar că s-au redus emoțiile

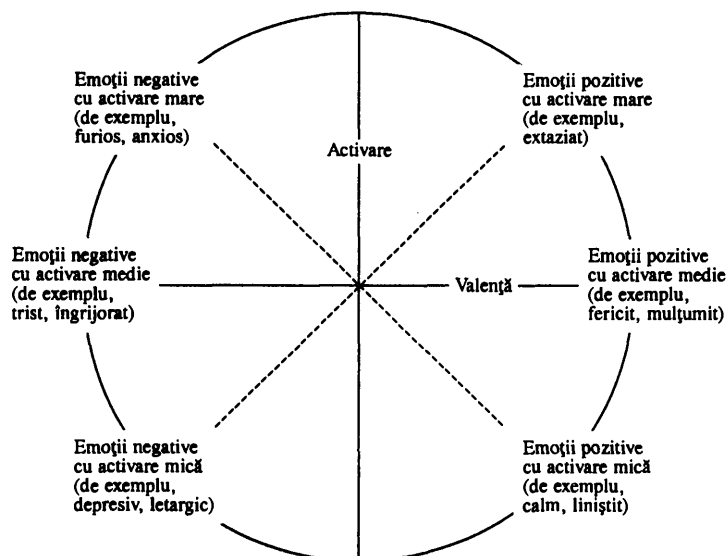


Figura 7.1. Relațiile dintre emoțiile pozitive și cele negative

Figura 7.1. Relațiile dintre emoțiile pozitive și cele negative negative disfuncționale (distresul). Ce s-a întâmplat cu emoțiile pozitive? A dus tratamentul și la creșterea acestora? Astfel de întrebări au fost luate serios în discuție abia în ultima perioadă, deoarece psihologii nu erau pregătiți în cadrul programelor de formare să se concentreze asupra aspectelor de optimizare și dezvoltare personală a pacienților lor. Este adevărat că, prin definiție, intervenția în domeniul clinic vizează atât tratamentul tulburărilor psihice, cât și dezvoltarea și optimizarea personală. La fel de adevărat însă este că încă se ignoră aspectul de dezvoltare și optimizare personală, care a fost preluat ca un deziderat important de către psihologia pozitivă. Unii autori (vezi Price și Lynn, 1981) au justificat focalizarea pe aspectul corectiv ca o consecință naturală a complexului pe care psihologia clinică îl are față de medicină. Domeniul tulburărilor psihice este mai greu cuantificabil decât cel al tulburărilor somatice, astfel că psihopatologiei i s-a refuzat mult timp statutul de știință, în comparație cu restul medicinei. Alți autori (vezi Price și Lynn, 1981), deși recunosc această focalizare pe aspectul corectiv, spun că nu este nicidecum vorba despre un complex, ci despre o decizie pragmatică. Psihologia clinică s-a dezvoltat acolo unde era cerută. Oamenii fac apel la psiholog atunci când suferă și când au nevoie de ajutor; în consecință, psihologia clinică s-a orientat pragmatic în această direcție, ca și restul medicinei, de altfel (și medicina încă este mai mult focalizată pe patologie decât pe profilaxie). În plus, și tehnicile de intervenție validate științific pe care le avem se referă la tulburările psihice, nu la optimizarea personală (vezi Anexa 1). Oricum, indiferent de motive, sunt evidente ignorarea și lipsa eforturilor de a dezvolta aspectele pozitive ale subiectului uman, precum și focalizarea excesivă pe aspectele corective (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000).

7.2.2. Provocarea paraprofesiștilor

Așa cum am văzut anterior, programele de formare în domeniul clinic sunt complexe și organizate de-a lungul unei lungi perioade de timp. Efortul financiar, intelectual și de timp pentru a putea obține o formare într-o modalitate sau alta de psihoterapie este remarcabil. Dacă aceste resurse ar fi alocate altor arii de specializare, probabil că s-ar putea obține două licențe în două domenii diferite. Este de așteptat ca un program complex de formare să ducă la profesioniști cu abilități și performanțe superioare celor care nu au parcurs un astfel de program. Ce ne spun însă datele științifice? Rezultatele arată că diferența dintre profesioniști și paraprofesiști (oameni fără pregătire în domeniul clinic) sau dintre profesioniști cu pregătire mai lungă și cei cu pregătire mai scurtă (de exemplu, nivel doctoral *versus* nivel master) în ceea ce privește eficiența tratamentului tulburărilor psihice prin psihoterapie este minimă. Paraprofesiștii obțin rezultate asemănătoare celor obținute de profesioniști, iar între profesioniști nu există diferențe în funcție de nivelul de pregătire (nivel doctoral *versus* nivel master) sau de tipul de pregătire (de exemplu, psiholog *versus* psihiatru). O metaanaliză incluzând peste patruzeci de studii arată clar acest lucru (Dawes, 1994). Încercând să explice aceste date contraintuitive privind eficiența paraprofesiștilor raportată la cea a profesioniștilor, s-a afirmat că diferența dintre profesioniști și paraprofesiști este evidentă în evoluția pe termen lung a pacientului și în cazul unor tulburări severe. Din nou, cercetările sumarizând rezultatele a peste 20 de studii arată că nu există diferențe între eficiența profesioniștilor și cea a paraprofesiștilor în aceste condiții (Dawes, 1994). Acesta este un rezultat contraintuitiv și greu de acceptat. Cum a reacționat psihologia clinică la aceste rezultate? Defensiv. Le ignoră, le neagă și își continuă programele de formare după rețeta veche. Cum ar fi trebuit să reacționeze? Într-o manieră non-defensivă și constructivă care i-ar fi adus mult de câștigat. Acest lucru poate fi argumentat. O analiză atentă a studiilor care au arătat că diferențele dintre profesioniști și paraprofesiști sunt relativ mici cu privire la eficiența tratamentelor administrate de aceștia a relevat că:

- diagnosticul și evaluarea clinică au fost făcute de către profesioniști chiar și atunci când tratamentul a fost efectuat de către paraprofesiști; lucru de înțeles, ținând cont de faptul că pentru a face un tratament era nevoie de un diagnostic prealabil, diagnostic pe care paraprofesiștii nu știau să-l facă;
 - protocolul clinic a fost creat de profesioniști. Paraprofesiștii nu au fost lăsați nesupravegheați cu pacienții, ci au urmat un protocol clinic creat de profesioniști;
 - înainte și în timpul aplicării protocolului clinic, paraprofesiștii au fost supervizați de profesioniști, pentru a fi siguri că protocolul clinic se administrează corect.
- Iată, așadar, că o concluzie non-defensivă ar fi că paraprofesiștii supervizați și coordonați de profesioniști pot obține rezultate eficiente în domeniul clinic. În

consecință, programele de formare a psihologilor clinicieni ar trebui să includă astfel de module în care profesioniștii să învețe cum să coordoneze și să formeze paraprofioniști (vezi și situația analogă a paramedicilor). Se pare că domeniul clinic nu a învățat din istorie. Atitudinea defensivă nu a dus la succese. Imediat după cel de-al doilea război mondial, psihiatrii au încercat să-i blocheze pe psihologi în a dobândi competența în psihoterapie. Iată că acum ambele categorii de profesioniști au aceeași competență în psihoterapie, deși poate că o politică mai puțin defensivă a psihiatrilor ar fi putut duce la păstrarea controlului, ei putând superviza și forma psihologi care ar fi practicat psihoterapia! în aceeași atitudine defensivă, psihiatrii au încercat să blocheze psihologii interesați de a dobândi competențe în administrarea de medicație psihotropă prin formare suplimentară în psihofarmacologie (la nivel postdoctoral); iată că acum, în cadrul Armatei SUA, psihologii au o astfel de competență, iar recent, această competență a fost recunoscută în câteva state americane (cum ar fi Guam și New Mexico). Predicția noastră este că această competență se va generaliza în viitor și în alte țări, după modelul în care psihologii au dobândit competența în psihoterapie. Ce ar trebui să reținem? Dacă psihologii și psihiatrii nu adoptă o atitudine non-defensivă față de studiile care arată eficiența paraprofioniștilor, s-ar putea să aibă surprize; pe măsură ce aceste studii vor deveni tot mai cunoscute, este posibil ca unele case de asigurări de sănătate să prefere să plătească paraprofioniști care au tarife mai reduse. O consecință firească a acestui lucru ar putea fi organizarea de către aceștia a unor programe de formare proprii. O atitudine non-defensivă ar fi examinarea critică a acestor studii, demararea de noi studii realizate de asociațiile profesionale reprezentative ale psihologilor și psihiatrilor, iar dacă rezultatele se confirmă, asumarea de către aceștia a rolului de supervisor și formator pentru practica paraprofioniștilor, practică recunoscută acestora în anumite condiții, identificate în baza studiilor riguros conduse.

7.2.3. Provocarea terapilor autoadministrate

Costurile programelor de tratament pentru tulburările psihice sunt uriașe, anual în SUA cheltuindu-se peste o sută de miliarde de USD. Ca alternativă la tratamentele oferite de profesioniști, s-au propus programele de terapie autoadministrată. Ele pot să fie aplicate de către pacient cu o intervenție minimă din partea terapeutului și, în consecință, cu costuri reduse. Ce arată studiile de specialitate? Cercetările cuprinse în peste douăzeci de studii arată că diferența între psihoterapie și terapia autoadministrată este minimă și nesemnificativă. În ciuda acestor rezultate clare, programele de *training* în psihoterapie continuă să ignore importanța procedurilor de terapie autoadministrată și nu pregătesc suficient de bine profesioniștii în utilizarea acestora în practica lor clinică (Dawes, 1994).

Din nou, o atitudine non-defensivă ar fi examinarea critică a acestor studii, demararea de noi studii realizate de asociațiile profesionale reprezentative ale psihologilor și psihiatrilor, iar dacă rezultatele se confirmă, asumarea de către aceștia a rolului de educatori pentru pacienți în utilizarea terapierilor autoadministrate.

7.2.4. Limite ale experienței clinice

Pentru mulți profesioniști, argumentul experienței clinice este asul din mânecă atunci când nu sunt bine pregătiți într-un demers științific. Cei mai tineri au auzit de nenumărate ori că nu au încă experiență clinică sau că sunt tehniciști și că, în consecință, ar trebui să-i asculte pe cei mai experimentați, nu să vorbească și să aibă prea repede păreri proprii! Trecând peste faptul că nu știm după cât timp începe experiența clinică (când eram student, mi se reproșa, pe bună dreptate, că nu am experiență clinică, dar și acum, după unsprezece ani de practică și cercetare clinică, mi se reproșează încă, de către unii colegi cu practică și cercetare de peste treizeci de ani, că nu am experiența lor!), ar fi mai indicat să vedem într-un mod non-defensiv ce înseamnă experiența clinică și cât de importantă este ea.

În primul rând, experiența clinică nu este echivalentă cu trecerea timpului. Trecerea timpului fără asimilarea de cunoștințe nu este experiență clinică, ci doar *simpliciter* trecere a timpului. Experiența clinică înseamnă o trecere eficientă a timpului prin asimilarea unor cunoștințe fundamentale (expertiză), care, apoi, influențează pozitiv activitățile psihologului clinician. Acesta înseamnă că ne așteptăm ca psihologii cu experiență clinică mare (cu expertiză) să fie mai eficienți decât cei cu experiență clinică redusă, în diversele sarcini pe care le au. Paradoxal și contraintuitiv, lucrurile nu stau așa. Știm deja că diferențele dintre paraprofioniști și profesioniști sunt minime în ceea ce privește eficiența tratamentelor administrate. Se pare că aceste diferențe sunt minime și în ceea ce privește predicțiile pe care le fac pe baza informațiilor obținute prin psihodiagnostic și evaluare clinică (Dawes, 1994). De ce se întâmplă acest lucru? Oare nu este evident că toți învățăm din experiență? Nu înseamnă că, dacă avem mai multă experiență, avem mai multe cunoștințe și că, în consecință, suntem mai eficienți ca profesioniști? Oricât de plauzibilă ni se pare această ipoteză, ea nu este confirmată de datele științifice (Dawes, 1994). Cum am putea explica acest lucru? În primul rând, trebuie să facem o distincție între învățarea unor deprinderi motorii (unde practica este fundamentală) și învățarea unor cunoștințe declarative și procedurale (de exemplu, cum să clasificăm pacienții, cum să facem predicții etc.). Cercetările de psihologie cognitivă au identificat factorii fundamentali implicați în învățarea de categorii (pentru detalii, vezi Anderson, 1990), iar aceștia sunt:

- categoriile trebuie să fie clar definite. Adesea, acest lucru nu se întâmplă în psihologia clinică, unde avem numeroase categorii care nu sunt clar definite (vezi DSM, care permite încadrarea unor pacienți cu un tablou clinic relativ eterogen în aceeași categorie diagnostică; acest lucru se întâmplă deoarece adesea pacienții trebuie să îndeplinească un număr limitat de criterii de diagnostic dintr-o listă mai lungă, astfel că la pacienți diferiți se pot potrivi criterii diferite din lista generală, intrând totuși în aceeași categorie diagnostică);

- regulile care definesc categoriile trebuie prezentate înainte de a face clasificarea sau trebuie descoperite de către cel care face clasificarea prin *feedback*. Acest lucru nu se regăsește în practica clinică. Presupunând că psihologul face o clasificare greșită, el nu primește *feedback*, căci dacă ar exista *a priori* un astfel de *feedback*, atunci nu ar mai fi fost cazul să fie făcut diagnosticul. Chiar și atunci când se întâmplă să existe un *feedback* ca urmare a evaluării pacientului de către mai mulți experți, acest *feedback* nu este imediat, sistematic și ferit de distorsiuni probabilistice (de exemplu, efectul profeției auto-împlinite). În plus, lipsa unui diagnostic etiopatogenetic face ca, în psihopatologie, acest *feedback*, chiar atunci când există, să nu aibă o funcție importantă în tratament.

Așadar, practica clinică în psihologia clinică nu îndeplinește condițiile unui context în care cunoștințele declarative și procedurale să se învețe prin experiență. Desigur că există o iluzie a învățării prin experiența clinică, iluzie care poate fi ea însăși explicată psihologic. Astfel, prin practica clinică aproximezi diverse categorii de cunoștințe. Aceste categorii, deși incomplete și bazate pe eșantioane limitate de pacienți din practica proprie, sunt perpetuate prin două mecanisme (pentru detalii, vezi Dawes, 1994):

- **defensele psihologilor.** Aceste defense duc la încercarea de a confirma mereu categoriile construite de ei, în loc să încerce să le falsifice și să le invalideze, în consecință, aceasta duce la un paradox: cu cât unele predicții și clasificări sunt mai improbabile statistic, cu atât sunt mai vii în memorie și mai încărcate emoțional, încercarea de a le pune sub semnul întrebării generează reacții violente și defensive din partea profesionistului;

- **factorii cognitivi.** Categoriile instituite prin experiență tind să se perpetueze. Ele determină automat pacientul să memoreze și să selecteze din experiență cazurile care le confirmă și să ignore cazurile care le infirmă. Astfel, ele devin extrem de accesibile și de reprezentative, blocând asimilarea unor informații noi, corecte, dar incompatibile cu ele.

Așadar, studiile arată clar că experiența clinică, chiar și atunci când nu este simplă trecere a timpului, ci duce la dobândirea de noi cunoștințe, nu contribuie semnificativ la îmbunătățirea activităților psihologilor, în ciuda faptului că noi credem cu tărie și suntem convinși (prin experiența subiectivă) că experiența ne face mai performanți; experiența ne face mai siguri de noi, dar nu mai performanți. Multă incompetență se ascunde în formulări de genul „am experiență clinică” !

m Aceasta este o altă lecție care ar trebui asimilată de programele de formare în
m psihoterapie. Fără a ne plasa pe poziții extreme și pornind de la datele existente în
m literatură (în ciuda faptului că ideea susținută de aceste date este contraintuitivă),
credem că analiza și studiul a ceea ce poate fi îmbunătățit prin experiență și a ceea
ce poate fi la fel de bine învățat din cărți sau într-un timp scurt, în ceea ce privește
competențele psihologilor, trebuie să fie o prioritate în domeniu; studiile existente
până acum nu ne ajută să răspundem la aceste întrebări.

7.3. Noi evoluții și tendințe

Pornind de la limitele semnalate mai sus, programele de educație și formare inițială și continuă în domeniul clinic trebuie să considere următoarele aspecte mai importante:

- Utilizarea unor programe de formare validate științific. Aceste programe trebuie studiate în ansamblu, folosind strategia evaluării globale a programului de formare sau specific, folosind strategia descompunerii programului de formare. Strategia decompunerii programului de formare aduce un plus de acuratețe în comparație cu strategia globală, deoarece permite urmărirea eficienței unei componente specifice a acestuia. De exemplu, un grup de viitori psihoterapeuți este pregătit conform programului clasic, iar unui alt grup i se aplică programul clasic fără o anumită componentă. Diferențele rezultate în eficiența clinică vor exprima ponderea componentei respective în programul de formare. Aceste programe trebuie împinse în față, păstrând o poziție validată științific și echilibrată între necesitatea unui program de formare flexibil și învățarea prin experiență. Când dorești să eviți rigoarea științifică, cea mai bună strategie este să o numești stereotip și rigiditate, iar pe cei care o promovează, tehniciști și tipicari. Aaron Beck și terapia cognitivă au fost adesea caracterizați astfel de către profesioniștii care își inventau propria formă de psihoterapie (sau care erau autodidacți) și care nu se deosebeau de „o vecină cu o experiență bogată de viață”. Chiar și atunci când acești profesioniști se înscriau la programe de formare în terapia cognitiv-comportamentală, atitudinea lor era extrem de defensivă. Ei așteptau ca supervizorii să le confirme experiența și ceea ce făceau deja în practică; experiența și practica proaste nu pot fi însă confirmate; în plus, interferența proactivă îi împiedica pe acești specialiști să asimileze informațiile noi din programul la care se înscriau. O analiză empirică a programelor de formare de la Institutul Albert Ellis din SUA a arătat că cei cărora li se refuza certificarea în psihoterapia cognitiv-comportamentală din cauză că nu au parcurs eficient programul de formare erau profesioniști care (1) practicau psihoterapie de mai mulți ani, fără a avea o pregătire specifică într-o anumită formă de psihoterapie; (2) erau narcisist-histrionici, cu o stimă de sine exagerat de mare și (3) adesea erau mai în vârstă. De asemenea, aceste persoane au probleme în a face terapie personală, ei considerând acesta lucru ca fiind sub demnitatea lor! Morala este că:

- Programele de formare validate științific trebuie împinse în față, realitatea arătând că ele se popularizează pe scară largă. De exemplu, recent, în Marea Britanie doar programele de terapie cognitiv-comportamentală au fost recunoscute și, în consecință, plătite de casele de asigurări de sănătate, ca terapie adjuvantă medicației pentru tratamentul tulburărilor de tip psihotic. În plus, în SUA, rezidențiile în psihiatrie și programele de psihologie clinică acreditate de APA includ în *curricula* de formare psihoterapia cognitiv-comportamentală.

- Formarea în psihoterapie merită începută mai ales cu oameni tineri sau cu profesioniști care au deja o formare în altă modalitate de psihoterapie, formare care îi face să fie mai puțin defensivi și mai receptivi la rolul de cursant.

- Luarea în considerare a studiilor care demonstrează eficiența paraprofesiștilor și terapilor autoadministrate. Profesioniștii ar trebui pregătiți ca formatori și supervizori pentru aceste grupuri și forme de psihoterapie. Rolul lor s-ar îmbogăți dacă, pe lângă formarea specialiștilor, în cadrul programelor de training ar dobândi competențe în formarea și supervizarea paraprofesiștilor și în supervizarea aplicării terapiei autoadministrate.

- Luarea în considerare a noilor conceptualizări din domeniu, mai ales a celor aduse de psihologia pozitivă. Trebuie însă făcută o distincție clară între aspectele validate științific ale psihologiei pozitive și exagerările care ne îndepărtează de valori confirmate, precum realismul, acceptarea necondiționată, încrederea bazată pe o evaluare corectă etc. și care ne apropie de ideea că sănătatea psihică depinde de alte valori, precum autoînșelarea și autoiluzionarea (vezi, pentru detalii, Dawes, 1997). O pendulare permanentă între realism și iluzii pozitive generează un optimism realist, care este calea spre sănătatea noastră psihică (Dawes, 1994; Seligman, 1998).

- Reconceptualizarea programelor de formare. Așa cum am arătat anterior în această lucrare, cercetările asupra eficienței psihoterapiei efectuate în secolul XX au fost sintetizate și prezentate recent într-un studiu al lui Lambert *et al.* (2002). Rezultatele studiului arată că programele de formare trebuie regândite complet diferit, componentele lor aproximând ponderea prezentată în Figura 4.4.

Concluzii și discuții

Sper că această lucrare a oferit un exemplu clar de abordare științifică în domeniul psihologiei clinice. Pe parcursul acestei lucrări am descris ce este psihologia clinică și care sunt componentele sale. Altfel spus, am încercat prezentarea a ceea ce știm și ceea ce trebuie să promovăm după mai mult de un secol de cercetări în psihologie clinică și psihoterapie. Multe lucruri de notorietate prezentate în alte lucrări de psihologie clinică și psihoterapie nu se regăsesc aici. Acesta nu este însă un neajuns al lucrării! Este rezultatul unei decizii conștiente și intenționate de a privi domeniul clinic prin lentila validității științifice. Ceea ce a apărut în această lucrare este, așadar, ceea ce am văzut prin lentilă; nici mai mult, nici mai puțin. Restul este orice altceva în afară de o abordare științifică. Spunem asta nu cu aroganță, ci cu responsabilitate, responsabilitate dată de analizele făcute asupra bazelor de date internaționale generale (Institute For Scientific Information - ISI) și specifice (Medline, pentru medicină, și Psycinfo, pentru psihologie) și de testul internațional al demersului prezentat în acest volum, exprimat în peste douăzeci de articole ISI și un volum aflat în curs de publicare la Oxford University Press. Sper ca studenții și colegii să aprecieze acest lucru.

Spuneam într-o lucrare anterioară (David, *Castele de nisip; Știință și pseudo-știință în psihopatologie*, Editura Tritonic, București, 2003) că mi-aș dori ca anumite abordări să apară în lucrările de psihologie clinică la secțiunea de istorie (sau să nu apară deloc), nu la secțiunea de orientări teoretice actuale. Am încercat să fac tocmai acest lucru, asumându-mi riscul de a fi Criticat de reprezentanții abordărilor depășite de vremuri; uneori, unele lucruri trebuie făcute în numele unor valori, chiar dacă acest lucru nu îți aduce prieteni ori beneficii personale sau profesionale. Tot în acel volum spuneam că dacă psihologia clinică nu va promova abordarea științifică și va fi sufocată de practicile pseudoștiințifice, va sfârși, probabil, internată în istorie. Sper că această lucrare este unul dintre biletele de externare!

Bibliografie

- Academia Română (Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan - Al. Rosetti”), *Dicționarul explicativ al limbii române*, ediția a II-a, Editura Univers Enciclopedic, București, 1998.
- Anastasi, A., *Psychological testing*, ediția a VI-a, MacMillan, New York, 1988.
- Anderson, J.R.**, *Cognitive psychology and its implications*, WH Freeman and Company, New York, 1990.
- Antonuccio, D.O.; Danton, W.G.; DeNelsky, „Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data”, în *Professional Psychology: Research and Practice*, nr. 26, 1995, pp. 574-585.
- Apsy, A.**, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, ediția a IV-a, American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- Baddley, A., *Working Memory*, Clarendon Press, Oxford, 1986.
- Baer, D.M., „On the relation between basic and applied research”, în Catania, C.; Brigham, T. (coord.), *Handbook of applied behavior analysis*, Irvington Publisher, 1978.
- Bagby, E., *The psychology of personality*, Holt, New York, 1928.
- Barber, T.X., „Five attempts to replicate the experimenter bias effect”, în *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 33, 1969, pp. 1-6.
- Barber, T.X., „Suggested Behaviour: the Trance paradigm versus an Alternative Paradigm”, în **Fromm, E.; Shor, R.E. (coord.)**, *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*, Aldine, New York, 1979.
- Beck, A.T., „Reliability of psychiatric diagnoses: A critique of systematic studies”, în *American Journal of Psychiatry*, nr. 119, 1962, pp. 210-216.
- Beck, A.T., *Cognitive therapy for emotional disorders*, International University Press, New York, 1976.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; Emery, G., *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York, 1979.
- Beck, J.S., *Cognitive therapy: Basics and beyond*, Guilford Press, New York, 1995.
- Bergin, A.E.; Garfield, S.L.**, *Handbook of psychotherapy and behavior change*, John Wiley, New York, 1994.
- Bergson, H., *La pensee et le mouvant*, Felix Alcan, Paris, 1934.
- Beutler, L.E.; Malik, M.L.**, *Rethinking the DSM. A psychological perspective*, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Blum, G.S., „Experimental observations on the contextual nature of hypnosis”, în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, nr. 15, 1967, pp. 160-171.
- Blum, G.S., „Hypnotic programming techniques in psychological experiments”, în **Fromm, E.; Shor, R.E. (coord.)**, *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*, Aldine, New York, 1979, pp. 457-481.
- Boloșiu, H.D., *Semiologie medicală*, Editura Medex, Cluj-Napoca, 1990.

- Bonnano, G.A., „Loss, trauma and human resilience: How we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? ", in *American Psychologist*, nr. 59, 2004, pp. 20-28.
- Borges, E.M., „A social critique of biological psychiatry", în Ross, C.A.; Pam, A. (coord.), *Pseudoscience in biological psychiatry: Blaming the body*, John Wiley and Sons, New York, 1995.
- Bower, G.H., „Mood and memory", în *American Psychologist*, nr. 36, 1981, pp. 129-148.
- Bridgeman, P.W., *The logic of modern physics*, Macmillan, New York, 1927.
- Bridgeman, P.W., *The nature of physical theory*, Princeton University Press, Princeton, 1936.
- Broadbent, D.E., *Perception and Communication*, Pergamon, New York, 1958.
- Carnap, R., „Testability and meaning", în *Philosophy of Science*, nr. 5, 1937, pp. 1-40.
- Catania, A.C.; Brigham, T.A., *Handbook of applied behavior analysis. Social and instructional processes*, Irvington Publishers, New York, 1978.
- Chamberlain, J.M.; Haaga, D.A.F., „Unconditional self-acceptance and psychological health", în *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, nr. 19, 2001, pp. 163-176.
- Clapereau, E., „Recognition et moiété", in *Archives de Psychologie*, nr. 11, 1911, pp. 79-90.
- Clark, D.M., „Anxiety states: panic and generalized anxiety", în Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J.; Clark, D. (coord.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. A practical guide*, Oxford University Press, Oxford, 1995.
- Comte, A., *Cours de philosophie positive*, Collection „Les auteurs classiques", 1830.
- Cramer, P., „Coping and defense mechanisms: What's the difference?", în *Journal of Personality*, nr. 66, 1998, pp. 919-946.
- Churchland, P., *Neurophilosophy. Toward a Unified Science of the Mind-Brain*, MIT Press, 1986.
- David, D., *Castele de nisip. Știință și pseudoștiință în psihopatologie*, Editura Tritonic, București, 2003a.
- David, D., *Prelucrări inconștiente de informație. Contaminarea psihologică în mass-media, practica clinică și juridică*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2000.
- David, D., *Psihologie clinică și psihoterapie*, manual litografiat, Universitatea Babeș-Bolyai, Catedra de Psihologie, Cluj-Napoca, 2003.
- David, D., „Hypnosis as the cognitive psychologist views it", în *Cogniție, Creier, Comportament*, nr. 1, 1997, pp. 53-67.
- David, D., „Experimentul cu un singur subiect: Prezentare generală și aplicație clinico-experimentală", în *Cogniție, Creier, Comportament*, nr. 3, 1999, pp. 145-163.
- David, D.; Hoidevici, I.; Szamoskozi, Ș.; Baban, A., *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2000.
- David, D.; Montgomery, G.; Hoidevici, I., „Romanian norms for the Harvard group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, nr. 51(1), 2003, pp. 66-76.
- David, D.; Montgomery, M.; Macavei, B.; Bovbjerg, D., „An empirical investigation of Albert Ellis' binary model of distress", în *Journal of Clinical Psychology*, nr. 61, 2005, pp. 499-516.
- David, D.; Moore, M.; Domuța, A., „Romanian psychology on the international psychological scene: A preliminary critical and empirical appraisal", în *European Psychologist*, nr. 7, 2002, pp. 153-160.

- David, D.; Pojoga, C.; Stănculete, M., „Hypnotic hypermnesia and environment context effect on remembering”, în *European Journal of Clinical Hypnosis*, nr. 5, 1998, pp. 32-38.
- David, D.; Schnur, J.; Belloiu, A., „Another search for the «hot» cognitions : Appraisal, irrational beliefs, attributions, and their relation to emotion”, în *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, nr. 2, 2002a, pp. 93-131.
- David, D.; Szentagotai, A., „Cognition in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an intergrative model”, în *Clinical Psychology Review* (sub tipar).
- Dawes, R.M., *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*, The Free Press, New York, 1994.
- Dawes, R.M.; Faust, D.; Meehl, P.E., „Clinical versus actuarial judgment”, în *Science*, nr. 243, 1989, pp. 1668-1674.
- Deckersbach, T.; Gershuny, B.S.; Otto, M.W., „Cognitive-behavioral therapy for depression”, în *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 23, 2000, pp. 795-809.
- Derrida, J., *Grammatology*, John Hopkins Press, Baltimore, 1976.
- DeRubeis, R.J.; Tang, T.Z.; Beck, A.T., „Cognitive therapy”, în Dobson, K.S. (coord.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, Guilford Press, New York, 2001, pp. 349-392.
- DiGiuseppe, R.; Tafarate, R.C., *The anger disorder ScalManual*, Multi-Health System, Toronto, 2003.
- Djulgovic, B.; Loughran, T.P. Jr.; Hornung, C.A.; Kloecker, G.; Eftimidias, E.N.; Hardley, T.J.; Englert, J.; Hoskins, M.; Goldsmith, G.H., „The quality of medical evidence in hematology-oncology”, în *American Journal of Medicine*, nr. 2, 1999, pp. 198-205.
- Dobson, K.S., *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, Guilford Press, New York, 2001.
- Dollard, J.; Miller, N., *Personality and psychotherapy*, McGraw-Hill, New York, 1950.
- Edmonston, W.E., *Hypnosis and Relaxation. Modern Versification of an Old Equation*, John Wiley, New York, 1981.
- Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, Citadel, Secaucus, NJ, 1962.
- Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy* (reeditare), Birsj Lane, Secaucus, NJ, 1994.
- Ellis, A.; DiGiuseppe, R., „Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative? ”, în *Cognitive Therapy and Research*, nr. 17, 1993, pp. 471-477.
- Ellis, A.; Harper, R.A., *A new guide to rational living* (ediție revizuită), Wilshire Books Company, Hollywood, CA, 1975.
- Eysenck, M.W.; Keane, M.J., *Cognitive psychology: A students' handbook*, Erlbaum, Hove, 1995.
- Fellows, B.J., „The Concept of Trance”, în Naish, P.L.N., *What is Hypnosis*, Open University Press, Philadelphia, 1986.
- Festinger, L., *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University Press, Stanford, 1957.
- Feyerabend, P., *Against Method*, Verso, Londra, 1975.
- First, M.B.; Spitzer, R.L.; Gibbon M.; Williams, J.B.W., „Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version”, Patient Edition (SCID-I/P), în *Biometrics Research*, New York State Psychiatric Institute, New York, 2002.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S., „The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research”, în *Social Science and Medicine*, nr. 26, 1988, pp. 309-317.
- Frank, J.D., *Persuasion and healing*, John Hopkins University Press, Baltimore, 1973.
- Freud, A., *The Writings of Anna Freud (The Ego and the Mechanisms of Defense)*, vol. 2 Oucrarea originală publicată în 1936), International Universities Press Inc., New York, 1971.

- Freud, S., „Further remarks on the neuro-psychoses of defense”, în Strachey, J. (coord., trad.). ***Complete psychological works of Sigmund Freud. Standars Edition, vol. 3*** (lucrarea originală publicată în 1896), Hogarth Press, Londra, 1953, pp. 162-188.
- Freud, S., „Inhibition, symptom and anxiety”, în Strachey, J. (coord., trad.), ***The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 20 (lucrarea originals*** publicată în 1926), Hogarth Press, Londra, 1959, pp.77-175.
- Gadamer, H.G., *Truth and method*, Seabury, New York, 1975.
- Garb, H.N.; Klein, D.F.; Grove, W.M., „The comparison of psychological tests and medical tests”, în *American Psychologist*, nr. 57, 2002, pp. 137-138.
- Gauld, A., *The history of hypnotism*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- Gheorghiu, V.A., *Hipnoza*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1977.
- Gilbert, D.T.; Krull, D.S.; Pelham, B.W., „Of thoughts unspoken: Social inference and the self-regulation of behavior”, în ***Journal of Personality and Social Psychology***, nr. 55, 1988, pp. 685-694.
- Gilbert, D.T.; Malone, P.S.; Krull, „Unbelieving the unbelievable: Some problems in the rejection of false information”, în ***Journal of Personality and Social Psychology***, nr. 59, 1993, pp. 601-613.
- Goodman, N., *Ways of worldmaking*, Hackett Horton, Indianapolis, 1978.
- Gorassini, J.; Spanos, N.P., „A Cognitive Skills Approach to the Successful Modification of Hypnotic Susceptibility”, în ***Journal of Personality and Social Psychology***, nr. 50, 1986, pp. 1004-1012.
- Greenwood, J.D., *Explanation and experiment in social psychological science. Realism and the social constitution of action*, Springer-Verlag, New York, 1989.**
- Heap, M., *Hypnotherapy*, Open University Press, Philadelphia, 1991.
- Heap, M., „Born-again Mesmerism?”, în *The Psychologist*, nr. 1, 1988, pp. 261-262.
- Hilgard, E.R., *Hypnotic Susceptibility*, Harcourt, Broce & Warland, New York, 1965.
- Hilgard, E.R., „A Neodissociation Interpretation of Pain Reduction in Hypnosis”, în *Psychological Review*, nr. 80, 1973, pp. 396-411.
- Holdevici, I., *Elemente de psihoterapie*, Editura All, București, 1996.
- Houts, A.C., „Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders”, în Beutler, L.E.; Malik, M.L. (coord.), ***Rethinking the DSM. A psychological perspective***, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Howes, N.; Chagla, L.; Thorpe, M.; McCulloch, P., „Surgical practice is evidence based”, în *British Journal of Surgery*, nr. 9, 1997, pp. 1220-1223.
- Husserl, E., *Meditations cartesiennes*, J. Vrin, Paris, 1947. „'.
- Jacoby, L.L., „A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory”, în *Journal of Memory and Language*, nr. 30, 1991, pp. 513-541.
- Janet, P., *Psychological Healing: A Historical and Clinical Study*, Macmillan, New York, 1925.**
- Janet, P., „Amnesia and the dissociation of memories by emotion”, în *Journal de Psychologie Normal et Pathologique*, nr. 1, 1904, pp. 417-453.
- Janet, P., „Continuous amnesia”, în *Revue Generale des Sciences*, nr. 4, 1893, pp. 167-179.
- Jemec, G.B.E.; Thorsteinsdottir, H.; Wulf, H.C., „Evidence-based dermatologic out-patient treatment”, în *International Journal of Dermatology*, nr. 11, 1998, pp. 850-854.
- Kagee, A., „Concerns about the effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions”, în *Critical Care*, vol. 6, 2002, p. 88.
- Kahneman, D.; Tversky, A., „Subjective probability : A judgment of representativeness”, în *Cognitive Psychology*, nr. 3, 1972, pp. 430-454.

- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J.; Grebb, J. A., *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, ediția a VII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1994.**
- Kaplan, H.I.; Sadock, B.J., *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, ediția a VIII-a, Williams and Wilkins, Baltimore, 1998.**
- Kenny, S.E.; Shankar, K.R.; Rintala, R.; Lamont, G.L.; Lloyd, D.A., „Evidence-based surgery: Interventions in a regional paediatric surgical unit”, în *Archive of Disease in Childhood*, nr. 1, 1997, pp. 50-53.
- Kernbach, V., *Miturile esențiale*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1978.
- Kihlstrom, J.F., „To honor Kraepelin...: From symptoms to pathology in the diagnosis of mental illness”, în Beutler, L.E.; Malik, M.L. (coord.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective*, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Kirsch, I., *Changing expectations. A key to effective psychotherapy*, Brooks/Cole Publishing Comp, Pacific, 1990.**
- Kosslyn, S.M., „Mental imagery” în Osherson, D.N.; Kosslyn, S.M.; Hollerbach, J.M. (coord.), *Visual cognition and action*, vol. 2, MIT Press, Cambridge, MA, 1990.
- Kraepelin, E., *Psychiatric Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Fünfte, vollständig umgearbeitete Auflage*, Barth Verlag, Leipzig, 1896.**
- Kraepelin, E.; Diefendorf, A.R., *Clinical psychiatry; A text-book for students and physicians*, Macmillan, New York, 1907.**
- Kuhn, T., *The structure of scientific revolution*, University of Chicago Press, Chicago, 1962.
- Lakatos, I., „Falsification and the methodology of scientific research programmes”, în Lakatos, L.; Musgrave, A. (coord.), *Criticism and the growth of knowledge*, Cambridge University Press, Cambridge, 1970.
- Lambert, M.J., „Bergin and Garfield's”, în *Handbook of psychotherapy and behavior change*, John Wiley, New York, 2003.
- Lambert, M.J.; Barley, D.E., „Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome”, în Norcross, John C. (coord.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, Oxford University Press, New York, 2002, pp. 17-32.
- Lambert, M.J.; Ogles, B.M., „The efficacy and effectiveness of psychotherapy”, în Lambert, M.J. (coord.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, John Wiley, New York, 2003.
- Lazarus, R.S., *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, New York, 1991.
- Lazarus, R.S., *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, New York, 1966.**
- Lee, J.S.; Urschel, D.M.; Urschel, J.D., „Is general thoracic surgical practice evidence based?”, în *Annals of Thoracic Surgery*, nr. 2, 2000, pp. 429-431.
- Levitt, E.E.; Chapman, R.H., „Hypnosis as a research method”, în Fromm, E.; Shor, R.E. (coord.), *Hypnosis : Developments in research and new perspectives*, ediția a II-a revizuită, Aldine Publishing Company, New York, 1979.
- Levitt, E.E.; Persky, H.; Brady, J., *Hypnotic Induction of Anxiety: A Psychoendocrine Investigation*, Charles C. Thomas Publishers Limited, Springfield, Illinois, 1964.**
- Levinson, B.W., „States of awareness during general anaesthesia”, în Lassner, J. (coord.), *Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Springer Verlag, New York, 1967.
- Liiceanu, G., *Ușa interzisă*, Editura Humanitas, București, 2002.
- Lewinsohn, P.M.; Youngren, M.A.; Grosscup, S.J., „Reinforcement and depression”, în Dupue, R.A. (coord.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress*, Academic Press, New York, 1979, pp. 291-316.

- Lilienfeld, S.O., „EMDR therapy: Less than meets the eyes ? ”, în *Skeptical Inquirer*, ian./feb., 1996.
- Lilienfeld, S.O., „Projective measures of personality and psychopathology. How well do they work? ”, în *Skeptical Inquirer*, nr. 23, 1999, pp. 32-39.
- Lilienfeld, S.O.; Lynn, S.J.; Lohr, J.M., *Science and pseudoscience in clinical psychology*, Guilford Press, New York, 2003.
- Lilienfeld, S.O.; Wood, J.N.; Garb, H.N., „The scientific status of projective techniques”, în *Psychological Science in the Public Interest*, nr. 2, 2000, pp. 27-66.
- Marga, A., *Introducere în filosofia contemporană*, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1988.
- Marr, D., *Vision*, W.H. Freeman and Company, San Francisco, 1982.
- McConnell, R.B., *Art, Science, and Human Progress*, Universe Books, New York, 1987.
- McNally, R.J., „EMDR and mesmerism: A comparative historical analysis”, în *Journal of Anxiety Disorders*, nr. 13, 1999, pp. 225-236.
- Mecca, A.; Smelser, N.J.; Vasconcellos, J. (coord.), *The social importance of self-esteem*. University of California Press, Berkeley, 1989.
- Meehl, P.E., *Clinical versus statistical prediction : A theoretical analysis and review of the literature*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 1954.
- Meyer, G.J.; Finn, S.E.; Eyde, L.; Kay, G.G.; Moreland, K.L.; Dies, R.R.; Eisman, E.J.; Kubiszyn, T.W.; Reed, G.M., „Psychological testing and psychological assessment. A review of evidence and issues”, în *American Psychologist*, nr. 56, 2001, pp. 128-165.
- Morley, S.; Adams, M., „Some simple statistical tests for exploring single-case time-series data”, în *British Journal of Clinical Psychology*, nr. 28, 1989, pp. 1-18.
- Myles, P.S.; Bain, D.L.; Johnson, F.; McMahon, R., „Is anaesthesia evidence-based? A survey of anaesthetic practice”, în *British Journal of Anaesthesia*, nr. 4, 1999, pp. 591-595.
- Naish, L.N., *What is Hypnosis ?*, Open University Press, Philadelphia, 1986.
- Nordin-Johansson, A.; Asplund, K., „Randomized controlled trials and consensus as a basis for interventions in internal medicine”, în *Journal of Internal Medicine*, nr. 1, 2000, pp. 94-104.
- Norman, D., „Toward a theory of memory and attention”, în *Psychological Review*, nr. 75, 1968, pp. 522-536.
- OMS, *International Statistical Classification of Disorders and Related Health Problems*, WHO, Geneva, 1992.
- Ost, L.G., „Applied relaxation: description of a coping technique and a review of controlled studies”, în *Behavior Research and Therapy*, nr. 26, 1987, pp. 13-22.
- Patapievici, H.-R., *Omni recent*, Editura Humanitas, București, 2004.
- Perelman, C., *Le champ de l'argumentation*, Presses Universitaires de Bruxelles, Bruxelles, 1970.
- Person, J.B., „The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses”, în *American Psychologist*, nr. 11, 1986, pp. 1252-1260.
- Pichot, P., „La nosologie psychiatrique et le diagnostic par ordinateur”, în *Presse Medicale*, nr. 75, 1967, pp. 1269-1274.
- Pleșu, A., *Despre îngeri*, Editura Humanitas, București, 2004.
- Popper, K., *The logic of scientific discovery*, Hutchinson, Londra, 1959.
- Price, R.H.; Lynn, S.J., *Abnormal psychology in the human context*, The Dorsey Press, Homewood, Illinois, 1981.
- Prochaska, J., „Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors”, în *Health Psychology*, nr. 13, 1994, pp. 47-51.

- Quine, W.V.O. „Two dogmas of empiricism”, în *From a logical point of view*, Harvard University Press, Cambridge, 1953.
- Radu, I.; Miclea, M.; Albu, M.; Nemeş, S.; Szamoskozi, Ş., *Metodologie psihologică și analiza datelor*, Editura Sincron, Cluj-Napoca, 1993.
- Rehyer, J., „Hypnosis in the research on psychopathology”, în Gordon, J.E. (coord.), ***Handbook of clinical and experimental hypnosis*, Macmillan, New York, 1967.**
- Rhue, J.; Lynn, S.; Kirsch, I., *Handbook of Clinical Hypnosis*, American Psychological Association, Washington D.C., 1993.
- Rogers, C.R., *On becoming a person*, Houghton Mifflin, Boston, 1961.
- Rorsch, E., „Natural categories”, în *Cognitive Psychology*, nr. 4, 1973, pp. 328-350.
- Rorty, R., *Objectivity, Relativism, and Truth*, Cambridge University Press, Cambridge, 1991.
- Russell, B., *Mysticism and logic*, Allen and Unwin, Londra, 1962.
- Sarason, I.G.; Sarason, B.R., *Abnormal psychology. The problem of maladaptive behavior*, Prentice Hall, New Jersey, 1999.**
- Sawyer, J., „Measurement and prediction, clinical and statistical”, în *Psychological Bulletin*, nr. 66, 1966, pp. 178-200.
- Schachter, D.L., „Implicit memory: History and current status”, în *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, nr. 13, 1987, pp. 501-518.
- Schachter, S.; Singer, J.E., „Cognitive, social and physiological determinants of emotional state”, în *Psychological Review*, nr. 69, 1962, pp. 379-399.
- Seligman, M.E.P., *Learned Optimism*, Pocket Books, New York, 1998.
- Seligman, M.E.P.; Csikszentmihalyi, M., „Positive psychology”, *In American Psychologist*, nr. 55, 2000, pp. 5-15.
- Selye, H., *The stress of life*, McGraw-Hill, New York, 1976.
- Selye, H., „The stress concept in 1955”, în *Journal of Chronic Diseases*, nr. 2, 1955, pp. 583-592.
- Smith, C.A.; Haynes, K.N.; Lazarus, R.S.; Pope, L.K., „In Search of the «Hot» Cognitions: Attributions, Appraisals and their Relation to Emotion”, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 65, 1993, pp. 916-929.
- Smith, C.A.; Lazarus, R., „Appraisal, components, core relational theme, and the emotions”, în *Cognition and Emotion*, nr. 7, 1993, pp. 233-269.
- Smith, D.A., „Validity and values : Monetary and otherwise”, *in American Psychologist*, nr. 2, 2001, pp. 136-137.
- Spanos, N.P., „Goal Directed Fantasy and the Performance of Hypnotic Test Suggestions”, în *Psychiatry*, nr. 34, 1971, pp. 86-96.
- Suarez-Varela, M.M.; Llopis-Gonzalez, A.; Bell, J.; Tallon-Guerola, M.; Perez-Benajas, A.; Carrion-Carrion, C., „Evidence based general practice”, în *European Journal of Epidemiology*, nr. 9, 1999, pp. 815-819.
- Summers, A.; Kehoe, R.F., „Is psychiatric treatment evidence-based?”, în *Lancet*, nr. 347, 1996, pp. 406-410.
- Taylor, S.E., *Positive illusions : Creative self-deception and the healthy mind*, Basic Books, New York, 1993.**
- Treisman, A., „Features and objects: The fourteenth Bartlett memorial lecture”, în *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, nr. 40A, 1988, pp. 201-237.
- Truax, C.B.; Carkhuff, R.R., *Toward effective counseling and psychotherapy*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967.**
- Tversky, A.; Kahneman, D., „Availability: A heuristic for judging frequency and probability”, în *Cognitive Psychology*, nr. 5, 1973, pp. 207-232.

- Udolf, R., *Handbook of hypnosis for professionals*, Van Nostrand, New York, 1981.**
- USDHHS, *Mental health: A report of the surgeon general-Executive Summary*, U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, National Institute of Mental Health, Rockville, MD, 1999.**
- Wagstaff, G.F., *Hypnosis, Compliance and Beliefs*, Harvester Press, Brighton, 1981.
- Wakefield, J.C., „Philosophy of science and the progressiveness of the DSM's theory - neutral nosology: Response to Follette and Houts", partea I, în *Behavior Research and Therapy*, nr. 37, 1999, pp. 963-999.
- Wampold, B.E.; Mondin, G.W.; Moody, M.; Stich, F; Benson, K.; Ahn, H., „A metaanalysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «All must have prizes»", în *Psychological Bulletin*, nr. 3, 1997, pp. 203-215.
- Watson, D., *Mood and temperament*, New York, Guilford Press, 2000.
- Westen, D., Heim, A.K.; Morrison, K.; Patterson, M.; Campbell, L., „Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: Implications for the next edition of the DSM", în Beutler, L.E.; Malik, M.L. (coord.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective*, American Psychological Association, Washington, 2002.
- Wittgenstein, L., *Philosophical investigations*, Basil Blackwell, Oxford, 1953.
- Wittgenstein, L., *Tractatus Logico-Philosophicus*, Edusp, São Paulo, 1921.
- Yerkes, R.M.; Dodson, J.D., „The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of **Habit-Formation**", în *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, nr. 18, 1908, pp. 459-482.

1

ANEXE

ANEXA 1. Lista tratamentelor psihoterapeutice validate științific și instrucțiuni de utilizare a lor (Asociația Psihologilor Americani/American Psychological Association)*

Terapiile indicate pentru fiecare tulburare prezentată mai jos au fost evaluate, din punctul de vedere al eficienței lor, conform unor standarde științifice riguroase. Pacienții incluși în aceste studii, care au fost tratați cu tehnicile menționate în această anexă, (1) au avut rezultate mai bune decât pacienții care nu au primit nici un fel de terapie sau (2) au avut rezultate cel puțin la fel de bune ca pacienții tratați cu o altă formă de terapie care s-a dovedit deja eficientă. Terapiile luate în discuție și-au dovedit eficiența în mai multe studii (cel puțin două pentru a fi numite terapii validate științific și cel puțin unul pentru a fi numite terapii probabil eficiente), realizate de mai multe echipe de cercetători din centre de cercetare diferite. În plus, aceste intervenții terapeutice sunt descrise detaliat în manuale de tratament, care pot fi folosite de alți terapeuți într-un mod similar, pentru pacienți prezentând același tip de probleme.

Majoritatea terapiilor luate în discuție au fost evaluate folosind un anumit tip de studiu științific - studiile clinice controlate (*randomized clinical trial* - RCT). Acestea sunt folosite în mod curent în majoritatea investigațiilor pentru a determina care terapii sunt eficiente pentru o anumită tulburare. Într-un studiu clinic controlat, pacienții afectați de o anumită tulburare (de exemplu, tulburare depresivă majoră) sunt distribuiți randomizat într-una dintre grupele aferente terapiilor aflate sub investigație (de exemplu, terapie interpersonală, terapie cognitivă sau medicație antidepressivă) și în grupul de control (de exemplu, nu primesc tratament, primesc un tratament deja validat sau primesc un tratament placebo). Modul de oferire a diferitelor terapii este controlat în cel mai înalt grad posibil (de exemplu, tratamentele sunt de aceeași durată, sunt oferite de terapeuți cu aceeași experiență etc.), pentru a se asigura că singura diferență dintre grupele experimentale constă în tipul tratamentului oferit. Unele terapii au fost evaluate în serii de studii cu un singur subiect, atent controlate.

* Pentru detalii referitoare la text, vezi David, 2003.

Evaluarea eficienței acestor forme de terapie s-a făcut după criteriile științifice strict determinate, care au luat în considerare indicatori obiectivi; nu au fost luate în considerare părerile pacienților, opiniile terapeuților, informațiile din studii necontrolate sau din alte surse, care nu au fost supuse unui control riguros. Datele obținute în studiile atent controlate oferă cele mai valide informații despre eficiența psihoterapiei.

Unele dintre formele foarte cunoscute de psihoterapie vor lipsi din prezentarea de mai jos. De regulă, acest lucru se datorează faptului că acestea nu au fost investigate în studii clinice controlate, după metoda menționată anterior, și mai puțin faptului că ele s-ar fi dovedit ineficiente sau dăunătoare. Investigarea după metode științifice a eficienței psihoterapiilor constituie un demers relativ nou, astfel încât multe forme de terapie care nu au fost încă investigate s-ar putea dovedi eficiente în viitor. În aceste condiții, se recomandă ca pacienții să solicite să li se ofere, în primul rând, acele tratamente care și-au dovedit deja utilitatea în cadrul unor studii controlate. Oricum, nici măcar aceste forme de intervenție nu sunt eficiente pentru absolut toți pacienții. Așadar, dacă unul dintre tratamente se dovedește ineficient, este logic să se încerce folosirea unei alte abordări terapeutice, chiar dacă aceasta nu a fost încă evaluată într-un studiu controlat. În consecință, secvența care trebuie urmată de către un profesionist care promovează știința în psihopatologie în alegerea tratamentului pentru un pacient anume este:

- tratamente validate științific atât sub aspectul eficienței, cât și sub aspectul validității teoriei; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- tratamente validate științific sub aspectul eficienței; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- tratamente considerate eficiente prin consensul specialiștilor; dacă ele nu există, atunci se utilizează:
- tratamente care, deși nu au fost investigate științific, derivă dintr-o teorie testată și validată; ele trebuie să aibă acordul grupului profesional de apartenență, să fie potențial utile și nepericuloase. Dacă acestea nu există, atunci se utilizează intervenții derivate *ad-hoc* din pregătirea profesională (teoretică și practică) și pe care acordul celorlalți colegi le justifică în cazul dat ca fiind potențial utile și nepericuloase.

Faptul că un tratament s-a dovedit eficient pentru pacienții cuprinși într-un studiu nu garantează că acesta va fi la fel de eficient pentru oricare dintre persoanele care se prezintă la psihoterapie. Pentru a stabili dacă acest lucru este sau nu valabil în cazul unei anumite persoane, este recomandat ca terapeutul în colaborare cu pacientul: (1) să își stabilească obiective terapeutice clare; (2) să stabilească dinainte cum vor evalua progresele făcute în atingerea scopurilor; (3) să monitorizeze atent progresele înregistrate și (4) să facă modificări în planul de tratament când constată că nu se înregistrează progresele scontate.

Din aspectele prezentate anterior decurg o suită de întrebări la care ar trebui să răspundă orice terapeut înainte de a face o intervenție psihoterapeutică (sau un pacient înainte de a intra într-un proces de terapie):

- Ce diagnostic descrie cel mai bine problemele care există ?
- Ce tratamente eficiente, investigate științific, există pentru aceste probleme ?
- Au fost aceste tratamente supuse unor studii clinice controlate și, dacă da, cu ce rezultate ?
- Care sunt avantajele și dezavantajele terapiei luate în considerare ?
- Ce tratament este recomandat în cazul de față și de ce ?
- Care vor fi costurile acestui tratament ?
- Cât va dura acest tratament ?
- Există riscuri presupuse de folosirea respectivei terapii ? Folosirea respectivei terapii presupune anumite riscuri ?
- Cum va fi evaluată eficiența respectivei metode terapeutice în cazul său particular ?

Tratamentele validate empiric pentru diferite tulburări psihice

Prezentarea de mai jos va acoperi, în cele mai multe situații, următoarele aspecte:

1. Descrierea categoriilor de tulburări
 - cuprinde descrierea pe scurt a caracteristicilor principale ale fiecărei categorii de tulburări luate în discuție.
2. Prezentarea succintă a fiecărei tulburări
 - cuprinde descrierea pe scurt a caracteristicilor principale ale fiecărei tulburări luate în discuție.
3. Pachetul de terapii validate pentru fiecare tulburare
 - cuprinde lista tratamentelor psihoterapeutice susținute de date obținute în cadrul unor studii clinice controlate, pentru fiecare tulburare în parte, precum și trimeri la articolele și rapoartele în care se prezintă aceste rezultate.

Observație: Tehnicile prezentate nu epuizează formele de terapie care ar putea fi eficiente în tratarea respectivei tulburări. Vor fi însă prezentate doar acele tratamente care s-au dovedit eficiente, în urma unor studii clinice controlate.

4. Scurtă descriere a acestor terapii
 - cuprinde o descriere succintă a fiecărei terapii, oferită de cercetătorii care au studiat sau au elaborat respectiva terapie; uneori se prezintă și bibliografia relevantă.

Menționăm că deși toate terapiile descrise aici au fost investigate sub aspectul eficienței lor, nu toate au fost investigate și sub aspectul teoriei pe baza căreia s-au elaborat pachetele de intervenție!

I. Tulburările de anxietate și stresul

Anxietatea este un termen care presupune modificări specifice la patru nivele. Astfel, persoanele cu anxietate experiențiază sentimente de teamă, catastrofă iminentă, neputință, groază (nivelul subiectiv). Totodată, aceste simptome pot fi însoțite de gândul că ar putea muri sau că ar putea avea un atac de cord, de convingerea că se va întâmpla ceva îngrozitor sau de temerea că ar putea fi umiliți sau puși în situații jenante (nivelul cognitiv). În plus, în stările de anxietate apar frecvent simptome ca: tensiune musculară, palpitații, tremurături, transpirație, amețeli și dificultăți de respirație (nivelul fiziologic). Mai mult, unele persoane cu tulburări de anxietate obișnuiesc să execute unele ritualuri (cum ar fi verificarea ușilor sau spălarea repetată pe mâini) sau să evite anumite locuri, situații (de exemplu, poduri, căi ferate, avioane sau situații sociale) pentru a face față acestor tulburări (nivelul comportamental).

1. Agorafobia și tulburarea de atac de panică

Atacurile de panică se caracterizează prin declanșarea bruscă a unor episoade de teamă intensă, însoțită de mai multe simptome fiziologice ca: palpitații, tahicardie, tremurături, transpirații, senzație de sufocare, dureri de piept, greață și dureri abdominale, senzație de amețelă și leșin, dificultăți respiratorii, frisoane sau puseuri de căldură, în cursul unui atac de panică, pot apărea frecvent teama de moarte și/sau pierderea controlului. De regulă, în primele etape ale instalării tulburării, atacurile de panică se declanșează spontan. Ulterior, acestea pot fi însoțite de evitarea agorafobică. Persoanele cu atac de panică se tem uneori să meargă în locuri unde le-ar fi greu sau rușinos să obțină ajutor sau de unde ar fi dificil să se reîntoarcă acasă, în cazul în care ar avea un atac de panică. Evitarea anumitor situații datorată fricii de posibile atacuri de panică se numește agorafobie. Situațiile frecvent evitate includ: magazinele aglomerate, Statul la rând, condusul mașinii, folosirea liftului, restaurantele, bisericile sau depărtarea de casă.

Terapiile dovedite clar a fi eficiente în tratarea agorafobiei includ: (1) terapia cognitiv-comportamentală și (2) terapia comportamentală prin tehnica expunerii. De asemenea, există unele date care arată că *training-ul* de comunicare în cuplu poate crește eficiența expunerii în tratamentul agorafobiei. Terapia cea mai eficientă în tratarea atacului de panică s-a dovedit a fi terapia cognitiv-comportamentală. Există și date care sugerează că relaxarea aplicată ar putea fi utilă în tratamentul atacului de panică.

Tratamentul Albany pentru controlul panicii în tulburarea de atac de panică și agorafobie (IXxrovsky, J. și Barlow, D.H., *The Clinical Psychologist*, nr. 48, 1995, pp. 5-6) se întemeiază pe perspectiva cognitiv-comportamentală și folosește metode

de educare a pacientului referitor la specificul afecțiunii sale, tehnici de restructurare cognitivă pentru corectarea credințelor disfuncționale, tehnici de respirație pentru a controla hiperventilația în cazul atacului de panică, expunerea interoceptivă pentru eliminarea reacțiilor condiționale legate de senzațiile asemănătoare panicii, expunerea *in vivo* la situațiile anxiogene pentru a slăbi asocierile existente între panică și comportamentele evitative. De asemenea, în cazul agorafobiei, tehnica expunerii se utilizează, când este posibil, în cuplu, datorită rezultatelor superioare obținute astfel.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Barlow *et al*, *Behavior Therapy*, nr. 20, 1989, pp. 261-282;
- Craske *et al.*, *Behavior Therapy*, nr. 22, 1991, pp. 289-304;
- Klosko *et al.*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 58, 1990, pp. 77-84.

2. Tulburarea de anxietate generalizată

După cum sugerează și denumirea sa, tulburarea de anxietate generalizată se caracterizează prin prezența anxietății cronice însoțite de mai multe manifestări fizice ale *arousal-ului* fiziologic ca: tremurături, neliniște și tensionare, oboseală, dificultăți de concentrare, iritabilitate, tensiune musculară, tulburări de somn. În plus, persoana se îngrijorează excesiv de lucrurile negative care i s-ar putea întâmpla și întâmpină dificultăți în a-și controla aceste griji.

Terapia cea mai eficientă în tratarea anxietății generalizate s-a dovedit a fi terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, există unele date care arată că relaxarea aplicată ar putea fi utilă în tratamentul anxietății generalizate.

3. Tulburarea obsesiv-compulsivă

Obsesiile reprezintă gânduri repetitive intruzive. Aceste gânduri se pot referi la: rănirea cuiva drag fără intenția de a-l răni, contaminarea cu germeni sau murdărie și teama de a nu face o greșeală groaznică. Compulsiile sunt impulsuri extrem de puternice de a repeta la nesfârșit un anumit comportament sau acțiune și sunt legate deseori de prezența unei obsesii. Exemple de compulsii reprezintă: spălarea repetată a mâinilor, verificarea sobelor sau a ușilor și păstrarea diferitelor lucruri, deși acestea nu au nici o valoare sentimentală sau financiară. Persoanele cu tulburare obsesiv-compulsivă prezintă fie obsesii, fie compulsii, fie ambele.

Expunerea și prevenția răspunsului constituie o combinație de tehnici comportamentale dovedită ca fiind eficientă în tratamentul tulburărilor obsesiv-compulsive. De asemenea, există unele dovezi care arată că terapia cognitivă ar putea fi un tratament util în tulburările obsesiv-compulsive. În plus, o suită de date sugerează că utilizarea unui program specific de prevenire a recăderilor ar putea reduce probabilitatea reapariției problemelor după încheierea tratamentului.

4. Tulburarea de stres posttraumatic

Persoanele care s-au confruntat cu o situație traumatică, fie din postură de victimă, fie din postură de martor, au uneori dificultăți în a-și reveni după traumă. Aceștia re trăiesc uneori evenimentul sub formă de coșmaruri sau flashbackuri, se simt anxioși sau deprimați, se simt incapabili să reacționeze emoțional sau sunt nemulțumiți de viața lor. Dacă aceste simptome se mențin dincolo de o anumită perioadă considerată normală pentru readaptarea de după traumă, persoana ar putea suferi de tulburare de stres posttraumatic (*posttraumatic stress disorder* - PTSD).

Există unele dovezi care arată că terapia comportamentală prin expunere este eficientă în tratamentul stresului posttraumatic dezvoltat în urma evenimentelor extreme apărute în viața cotidiană sau pe câmpul de luptă. Există, de asemenea, date care sugerează că reprocessarea și desensibilizarea prin mișcări oculare reprezintă o metodă utilă în tratamentul stresului posttraumatic dezvoltat în urma evenimentelor extreme apărute în viața cotidiană (cum ar fi violul).

Terapia comportamentală prin expunere reprezintă o categorie de tehnici care include: desensibilizarea progresivă (*in vivo* sau în imaginar), *flooding-u* (*in vivo* sau în imaginar), terapia implozivă, desensibilizarea prin autocontrol, modelarea participativă și alte tehnici asemănătoare. Scopul utilizării acestor tehnici pentru tratamentul stresului posttraumatic este de a accesa emoțiile asociate evenimentului traumatic și de a susține procesarea emoțională, văzută de unii ca fiind elementul-cheie în tratarea acestei tulburări. De regulă, toate formele de terapie prin expunere (*in vivo* sau în imaginar) folosite în tratamentul PTSD presupun confruntarea, într-o anumită măsură, cu stimuli asociați evenimentului traumatic, procedura care poate să fie acompaniată sau nu de încercarea de a menține o stare de relaxare. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- studii efectuate pe veterani de război:
 - Boudewyns, P.A. și Hyer, L., *Behavior Therapy*, nr. 21, 1990, pp. 63-87;
 - Cooper, N.A. și Clum, G.A., *Behavior Therapy*, nr. 20, 1989, pp. 81-391;
 - Keane, T.M.; Fairbank, J.A.; Caddell, J.M. și Zimmering, R.T., *Behavior Therapy*, nr. 20, 1989, pp. 245-260.
- studii efectuate pe femei care au trecut prin experiența violului:
 - Foa, H.B.; Rothman, B.O.; Riggs, D.S. și Murdoch, R.B., *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, nr. 59, 1991, pp. 715-723.
- alte studii
 - Keane, T.M. și Kaloupek, D.G., *The Clinical Psychologist*, nr. 49, 1996, pp. 7-8.

Uneori, abordările clinice ale PTSD suplimentează terapia prin expunere cu diferite proceduri cognitive care vizează sentimentele de vinovăție, distorsiunile cognitive, credințele iraționale sau valorile disfuncționale ale pacientului. Acești

adjuvanți cognitivi au atât susținere teoretică, dar și valoare intuitivă, însă sarcina de a le dovedi eficiența empirică rămâne un obiectiv principal al studiilor viitoare.

5. Fobiile specifice

Fobiile specifice se referă la experiențierea unei frici intense și iraționale la contactul cu un anumit lucru sau într-o anumită situație, cum ar fi: înălțimile, furtunile, conducerea mașinii, vederea sângelui, diferite animale sau insecte sau spațiile închise. Deși multe persoane se confruntă cu astfel de temeri, nu le vom numi fobii decât dacă acestea interferează puternic cu viața individului, producând distres și/sau dizabilitate.

Cel mai eficient tratament pentru fobiile specifice s-a dovedit a fi terapia comportamentală folosind expunerea sau dobândirea competenței. În plus, există unele date care arată că și desensibilizarea sistematică, o formă asemănătoare de tratament, ar fi eficientă în rezolvarea fobiilor specifice.

Tratamentul de dobândire a competenței este o abordare terapeutică bazată pe performanță, derivată din teoria social-cognitivă. Din punctul de vedere al acestei teorii, dizabilitatea și distresul apărute în fobii se datorează faptului că indivizii și-au pierdut sentimentul de autoeficacitate sau încrederea că pot să facă față cu bine situației sau obiectului fobie. Așadar, această formă de terapie pune accentul pe interacțiunea dintre terapeut și pacient, în care primul apelează la diverse tehnici pentru a-și ajuta pacientul să se implice și să rezolve cu succes diferite sarcini, dobândind sentimentul eficienței și competenței. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Bandura, A.; Blanchard, E.B. și Ritter, B., *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 13, 1969, pp. 173-199;
- Bandura, A.; Jeffrey, R.W. și Wright, C.L., *Journal of Abnormal Psychology*, nr. 83, 1974, pp. 56-64;
- Ost, L.; Salkovskis, P.M. și Hellstrom, K., *Behavior Therapy*, nr. 22, 1991, pp. 407-422;
- Williams, S.L.; Dooseman, G. și Kleifield, E., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 52, 1984, pp. 505-518;
- Williams, S.L. și Zâne, G., *Behaviour Research and Therapy*, nr. 27, 1989, pp. 237-245.

6. Fobiile sociale și anxietatea de a vorbi în public

Persoanele afectate de fobie socială sunt extrem de anxioase în situații care implică interacțiunea cu alte persoane. Pentru unii, această teamă este limitată la vorbitul în public sau la alte situații specifice. Pentru alții, orice situație în care ar putea interacționa cu alte persoane constituie un motiv de teamă extremă. Persoanele cu fobie socială depun un efort substanțial pentru a evita situațiile sociale.

Este dovedit că în prezent există mai multe tratamente eficiente pentru fobia socială, printre care terapia comportamentală prin expunere și desensibilizarea progresivă și terapia cognitiv-comportamentală de grup.

Terapia prin expunere în tratamentul fobiei sociale pleacă de la asumția că anxietatea legată de expunerea la situații sociale va descrește odată cu întâlnirea sistematică și repetată cu stimulii amenințatori. Acești stimuli variază de la o scurtă discuție cu o persoană necunoscută până la o discuție formală în public. În cazul fobiei sociale, terapia prin expunere este îngreunată de două aspecte: (1) variabilitatea situațiilor fobice și (2) impredictibilitatea și incontrollabilitatea situațiilor sociale, care îngreunează expunerea *in vivo*.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Alstrom, J.E.; Norlund, C.L.; Persson, G.; Harding, M. și Ljungqvist, C., *Acta Psychiatrica Scandinavica*, nr. 70, 1984, pp. 97-110;
- Emmelkamp, P.M.G.; Mersch, P.P.A.; Vissia, E. și van den Helm, M., *Behaviour Research and Therapy*, nr. 23, 1985, pp. 365-369;
- Feske, U. și Chambless, D.L., *Behavior Therapy*, nr. 26, 1995, pp. 695-720;
- Hope, D.A., *The Clinical Psychologist*, nr. 49, 1996, pp. 8-10;
- Wlazlo, Z.; Schroeder-Hartwig, K.; Hand, I.; Kaiser, G. și Munchau, N., *Behaviour Research and Therapy*, nr. 28, 1990, pp. 181-193.

Terapia cognitiv-comportamentală de grup implică, pe de o parte, identificarea gândurilor negative, disputarea acestora și înlocuirea lor cu răspunsuri raționale alternative și, pe de altă parte, stabilirea de scopuri comportamentale concrete pentru client, în situația de expunere.

Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Heimberg, R.G.; Dodge, C.S.; Hope, D.A.; Kennedy, C.R.; Zollo, L. și Becker, R.E., *Cognitive Therapy and Research*, nr. 14, 1990, pp. 1-23;
- Heimberg, R.G.; Juster, H.R.; Brown, E.J.; Holle, C.H.; Makri, G.S.; Leung, A.W.; Schneider, F.R.; Gitow, A. și Liebowitz, M.R., *Cognitive-behavioral versus pharmacological treatment of social-phobia: Posttreatment and follow-up effects*, Poster prezentat la Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California, noiembrie 1994;
- Juster, H.R. și Heimberg, R.G., *The Clinical Psychologist*, nr. 47, 1994, pp. 18-20.

7. Evenimentele stresante

Uneori, persoanele întâmpină dificultăți atunci când se confruntă cu stresori ca iminența unei proceduri medicale invazive sau a unui examen important. De regulă, aceștia devin tensionați cu mai multe zile înaintea respectivului eveniment, iar unii au probleme de somn. Oricine simte o oarecare tensiune în astfel de situații, însă unii sunt afectați în așa măsură, încât nu își mai pot continua viața în mod normal.

Training-u\ pentru inocularea stresului (*stress inoculation training* - SIT) s-a dovedit a fi cel mai eficient tratament pentru expunerea la diferiți stresori.

SIT este utilizat ca tratament menit să ajute indivizii să facă față cu bine efectelor expunerii la stresori, precum și ca metodă preventivă pentru a „inocula” persoanele în așteptarea evenimentelor stresante. Acest tratament cuprinde trei faze superpozabile: (1) faza de conceptualizare, (2) faza de formare și exersare de deprinderi și (3) faza de implementare și urmărire. Pe parcursul primei faze, scopurile principale vizate sunt educarea pacientului cu privire la impactul cogniției asupra nivelului stresului, formarea abilității de a percepe diferențiat stresorii și de a segmenta stresorii complecși în ținte pentru *coping-w*\ pe termen scurt, mediu și lung, precum și conceptualizarea problemei. În faza a doua, se învață și se exersează deprinderi de *coping*, inițial în cadrul clinic, apoi în mediul ecologic. Faza a treia oferă pacienților posibilitatea de a aplica deprinderile învățate în cazul unor stresori diferiți. Dintre tehnicile utilizate, amintim tehnicile imagistice, jocul de rol, modelarea, expunerea gradată *in vivo*, repetiția comportamentală. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament, enumerăm:

- pentru tratamentul stresorilor acuți (de exemplu, pregătirea pentru proceduri medicale, intervenții chirurgicale, performanțe sportive etc.):
 - Altmaier, E.M.; Ross, S.L.; Leary, M.R. și Thombrough, M.T., *Journal of Counseling Psychology*, nr. 29, 1982, pp. 331-334;
 - Jaremko, M., *Journal of Clinical Psychology*, nr. 36, 1980, pp. 735-738 ;
 - Jay, S.M. și Elliot, C.H., *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, nr. 58, 1990, pp. 799-804;
 - Kendall, P.; Williams, P.C.; Pechachek, F.F.; Graham, L.E.; Shisslak, C. și Herzoff, N., *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, nr. 47, 1979, pp. 49-58;
 - Ross, M. J. și Berger, R. S., *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, nr. 64, 1996, pp. 406-410;
 - Wells, J.K.; Howard, O.S.; Nowlin, W.F. și Vargas, M.J., *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, nr. 54, 1986, pp. 831-835.
- pentru tratamentul stresorilor intermitenți (de exemplu, acțiuni militare, diferite probleme medicale recurente etc.):
 - Halroyd, K.; Andrasik, F. și Westbrook, T., *Cognitive Therapy and Research*, nr. 1, 1977, pp. 121-133.
- pentru tratamentul stresorilor cronici (de exemplu, probleme medicale cronice, boli psihiatrice etc.):
 - Forman, S., *Journal of School Psychology*, nr. 20, 1982, pp. 180-187 ;
 - Holcomb, W.R., *Journal of Clinical Psychology*, nr. 42, 1986, pp. 864-872;
 - Moore, K. și Altmaier, E., *Cancer Nursing*, nr. 10, 1981, pp. 389-393 ;

- Wemick, R.L.; Jaremko, M.E. și Taylor, P.W., *Journal of Behavioral Medicine*, nr. 4, 1981, pp. 103-109.

II. Tulburarea de personalitate de tip *borderline*

Tulburarea de personalitate de tip *borderline* se referă la un patern de durată care debutează de regulă în prima parte a vieții adulte și care cuprinde o imagine de sine, dispoziții afective și relații instabile, precum și comportamente impulsive. Persoanele afectate de această tulburare nu pot suporta singurătatea, viața lor caracterizându-se printr-un șir lung de relații instabile și intense. În plus, acești indivizi apelează frecvent la comportamente de risc ca alimentarea compulsivă, sexul neprotejat, consumul de alcool și droguri, condusul cu viteză al automobilului etc. De multe ori, se înregistrează tentative de suicid sau automutilare. La nivel afectiv, trăirile curente sunt cele de gol sufletesc și furie intensă, aceste persoane fiind și foarte labile emoțional.

Există unele date care indică faptul că terapia comportamentală dialectică este eficientă în tratamentul tulburării de personalitatea de tip *borderline*.

III. Tulburările depresive

Depresia clinică nu se confundă cu stările de tristețe care survin uneori în viața fiecăruia dintre noi. Persoanele afectate de depresie clinică se simt triste și fără speranță săptămâni de-a rândul. De cele mai multe ori, acestea își pierd interesul pentru lucrurile care înainte le făceau plăcere și au probleme cu somnul și alimentația. Totodată, le vine greu să depună efortul de a găsi soluții la problemele pe care le au, iar uneori nu se pot concentra suficient nici, măcar pentru a privi la televizor sau pentru a citi. De regulă, persoanele deprimare petrec multe ore gândindu-se la sinucidere, moarte sau la faptul că le-ar fi mai bine dacă nu ar mai exista. Aceste simptome sunt asemănătoare cu cele întâlnite la persoanele care trec prin situații de doliu, însă în cazul depresiei clinice fie lipsesc evenimentele de pierdere, fie manifestările durează cu mult mai mult decât ar fi normal în astfel de situații,

în prezent, există mai multe tipuri de terapii eficiente în tratarea depresiei clinice, printre care: terapia comportamentală, terapia cognitivă și terapia interpersonală. De asemenea, există unele dovezi care arată că terapia dinamică de scurtă durată, terapia prin autocontrol și terapiile care merg pe rezolvarea de probleme în cadru social ar putea aduce beneficii în cazul depresiei majore. În plus, o mulțime de date culese din studii efectuate pe persoane în vârstă sugerează

că utilizarea terapiei cognitive și a terapiei reminiscenței (a amintirilor) ar putea fi utile în tratarea depresiei la persoanele de vârstă a treia.

Terapia comportamentală pleacă de la un model clasic al depresiei unipolare (Lewinsohn *et al.*, 1979), care se bazează pe asumția că depresia poate apărea din cauza unui stresor care perturbă paternul comportamental al individului, ducând la o rată scăzută a întăririlor pozitive. În condițiile în care persoana nu reușește să echilibreze balanța recompenselor, aceasta va începe să experimenteze simptomele specifice depresiei clinice. Ca urmare, obiectivul terapiei comportamentale care decurge dintr-o astfel de teorie este de a asista pacientul în încercarea de a crește frecvența și calitatea activităților plăcute; în acest scop, se folosesc tehnici de formare a abilităților sociale, tehnici de relaxare și diferite metode care ținesc modificarea stilului de gândire depresiv. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- în cazul adulților:
 - Brown, R. A. și Lewinsohn, P.M., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 52, 1984, pp. 774-783;
 - Hoberman, H.M.; Lewinsohn, P.M. și Tilson, M., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 56, 1988, pp. 393-398;
 - Steinmetz, J. L.; Lewinsohn, P. M. și Antonuccio, D. O., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 51, 1983, pp. 331-337;
 - Teri, L. și Lewinsohn, P.M., *Behavior Therapy*, nr. 17, 1986, pp. 215-228.
- în cazul adolescenților:
 - Lewinsohn, P.M.; Clarke, G.N.; Hops, H. și Andrews, J., *Behavior Therapy*, nr. 21, 1990, pp. 385-401.
- pentru persoane în vârstă:
 - Teri, L.; Logsdon, R.G.; Uomoto, J. și McCurry, S.M., *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, nr. 52b, 1997, pp. 159-166.

Terapia cognitivă în depresie se fundamentează pe teoria cognitivă a depresiei (Beck, 1967). Aceasta este o abordare terapeutică activă, structurată, focalizată pe problemă și de scurtă durată, care pornește de la asumția că depresia este menținută de procesări informaționale negative și de distorsiuni cognitive. Tratatamentul vizează învățarea pacienților să gândească adaptativ, ameliorându-și astfel trăirile afective, comportamentele și motivația.

Numeroase studii arată că terapia cognitivă în depresie are efecte superioare tratamentului medicamentos, terapiei comportamentale, listei de așteptare, precum și altor forme de terapie. Mai mult, terapia cognitivă s-a dovedit cel puțin la fel de eficientă ca medicația antidepressivă, indiferent de severitatea tulburării, și mult mai eficientă decât aceasta în prevenirea recăderilor. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Blackburn, I.M.; Eunson, K.M. și Bishop, S., *Journal of Affective Disorders*, nr. 10, 1986, pp. 67-75;
- Dobson, K.S., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 57, 1989, pp. 414-419;
- Elkin, I.; Shea, M.T.; Watkins, J.T.; Imber, S.D.; Sotsky, S.M.; Collins, J.F.; Glass, D.R.; Pilkonis, P.A.; Leber, W.R.; Docherty, J.P.; Fiester, S.J. și Parloff, M.B., *Archives of General Psychiatry*, nr. 46, 1989, pp. 971-982;
- Kovacs, M.; Rush, A.J.; Beck, A.T. și Hollon, S.D., *Archives of General Psychiatry*, nr. 38, 1981, pp. 33-39;
- Murphy, G.E.; Simons, A.D.; Wetzel, R.D. și Lustman, P.L., *Archives of General Psychiatry*, nr. 41, 1984, pp. 33-41;
- Simons, A.D.; Murphy, G.E.; Levine, J.L. și Wetzel, R.D., *Archives of General Psychiatry*, nr. 43, 1986, pp. 43-48.

Terapia interpersonală este utilă în cazul pacienților depresivi, non-psihotici, fără tulburare afectivă bipolară, tratați ambulatoriu. Inițial, aceasta fusese folosită ca terapie de scurtă durată, ulterior fiind utilizată și ca terapie de menținere pentru pacienții cu depresie recurentă. Se poate folosi atât individual, cât și în asociere cu medicația antidepresivă. În cadrul acestei terapii, se face apel la strategii orientate spre: evaluarea simptomatologiei depresive, focalizarea pe probleme-țintă, ameliorarea relațiilor interpersonale, prevenirea recăderilor. Este o formă de tratament care și-a dovedit eficiența atât în tratarea episoadelor depresive acute, cât și în prevenirea sau amânarea instalării unor episoade ulterioare. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Cornes, C.L. și Frank, E., *The Clinical Psychologist*, nr. 47, 1994, pp. 9-10;
- Frank, E., *Psychotherapy*, nr. 28, 1991, pp. 259-266.

IV. Problemele legate de sănătate

Dintre problemele de sănătate, cele luate în discuție sunt:

- Cefaleea
- Sindromul intestinului iritabil
- Durerea
- Maladia Raynaud
- Fumatul.

1. Cefaleea

Peste 90% din oameni spun că cel puțin o dată pe an îi doare capul. Când aceste dureri sunt frecvente și severe, cum este cazul migrenelor de tipul tensiunii cronice,

acestea pot afecta profund viața persoanei respective. În cazul unui număr mic de persoane, aceste dureri ajung să ducă la dizabilitate severă.

Un tratament eficient în cazul cefaleei este terapia comportamentală. Există, de asemenea, unele dovezi care arată că și *biofeedback-ul* caloric însoțit de antrenamentul autogen duc la rezultate pozitive în cazul acestor afecțiuni.

2. Sindromul intestinului iritabil

Sindromul intestinului iritabil este o tulburare funcțională, constând în prezența relativ continuă a durerii abdominale sau a crampelor. De asemenea, pot apărea tulburări de tranzit intestinal ca diareea, constipațiile sau o combinație a celor două. În astfel de cazuri, este necesară examinarea de către un medic gastroenterolog, pentru a elimina posibilitatea prezenței altor tulburări cu simptomatologie asemănătoare.

În cazul sindromului intestinului iritabil, un tratament eficient este terapia comportamentală multi-componențială (Programul Albany pentru sindromul intestinului iritabil).

În cadrul programului Albany pentru sindromul intestinului iritabil, protocolul de tratament cuprinde: monitorizarea simptomatologiei gastrointestinale, educarea pacientului cu privire la funcționarea aparatului digestiv, contracararea asumării rolului de bolnav. În plus, se utilizează relaxarea progresivă musculară și *biofeedback-ul* caloric pentru a crește sentimentul de control al pacientului asupra funcțiilor biologice, precum și restructurări cognitive orientate spre corectarea distorsiunilor din gândire, cu impact asupra stării de anxietate. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Blanchard, E.B.; Greene, B.; Scharff, L. și Schwarz-McMorris, S.P., *Biofeedback and Self-Regulation*, nr. 18, 1993, pp. 125-132;
- Greene, B. și Blanchard, E.B., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 62, 1994, pp. 576-582;
- Payne, A. și Blanchard, E.B., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 63, 1995, pp. 779-786.

3. Durerea

Durerea discutată aici este cauzată de unele afecțiuni somatice cronice cum sunt bolile reumatice sau unele forme de anemii hemolitice cu transmitere ereditară. În cazul unor astfel de afecțiuni, percepția frecventă a durerii poate diminua calitatea vieții persoanelor afectate. Durerea poate accentua anxietatea, depresia și sentimentele de neajutorare. De asemenea, anxietatea și depresia pot determina apariția sau intensificarea durerii.

Terapia cognitiv-comportamentală multi-componențială s-a dovedit a fi un tratament eficient pentru durerea apărută în cazul bolilor reumatice; de asemenea,

unele date sugerează că această formă de tratament ar duce la rezultate pozitive și în cazul anumitor forme de anemii hemolitice cu transmitere ereditară. Există și date care arată că durerea cronică ar putea beneficia și de terapia comportamentală multi-componentială, *biofeedback-xXEMG*, terapia cognitiv-comportamentală asociate cu fizioterapie. De asemenea, terapia cognitiv-comportamentală ar putea fi eficientă în cazul durerii lombare cronice.

Terapia cognitiv-comportamentală în controlul durerii pleacă de la un model cognitiv-comportamental propus de Tırk *et al.* (Tırk *et al.*, *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*, Guilford Press, New York, 1983). Conform acestui model, durerea constituie o experiență complexă, implicând aspecte de ordin fiziologic, cognitiv, afectiv și comportamental. Tratamentul propus are trei componente de bază: (1) educarea pacientului și conceptualizarea durerii; (2) formarea de abilități de *coping* și (3) implementarea și menținerea abilităților de *coping* dobândite. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament în cazul durerii cronice enumerăm:

- Bradley, L.A.; Young, L.D.; Anderson, J.O.; Tuner, R.A.; Agudelo, CA.; McDaniel, L.K.; Pisko, E.J.; Semble, E.J. și Morgan, T.M., *Arthritis & Rheumatism*, nr. 30, 1987, pp. 1105-1114;
- Keefe, F.J.; Caldwell, D.S.; Williams, D.A.; Gil, K.M.; Mitchell, D.; Robertson, D.; Robertson, C.; Martinez, S.; Nunley, J.; Beckham, J.C. și Helms, M., *Behavior Therapy*, nr. 21, 1990, pp. 49-62;
- Syrjala, K.L.; Donaldson, G.W.; Davies, M.W.; Kippes, M.E. și Carr, J.E., *Pain*, nr. 63, 1995, pp. 189-198;
- Tirner, J.A. și Clancy, S., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 58, 1988, pp. 573-579.

4. *Maladia Raynaud*

Maladia Raynaud afectează vasele de sânge din degete, urechi și nas și se datorează îngustării capilarelor din aceste zone. La expunerea la căldură se observă depigmentarea pielii, iar uneori pacienții acuză și senzații de rurnicături sau amorțeală în zonele afectate. Dacă aceste manifestări continuă, ele pot deveni dureroase sau pot cauza ulcerații la nivelul pielii.

Datele existente indică *biofeedback*-[^] caloric ca formă de tratament eficientă în cazul maladii Raynaud.

5. *Fumatul*

Din cauza efectelor negative pe care fumatul le are asupra sănătății persoanelor care îl practică, multe dintre acestea încearcă să renunțe, însă dependența de nicotină este greu de depășit. Majoritatea persoanelor care încearcă să se lase de

fumat își reiau acest obicei încă din primul an. Datele existente arată că reducerea treptată a fumatului în combinație cu terapia comportamentală multi-componențială constituie un tratament eficient pentru persoanele care doresc să renunțe la fumat.

V. Tulburările alimentare

Tulburările alimentare presupun adoptarea unor comportamente alimentare sau metode de dietă deviate. Printre acestea se numără înfometarea intenționată sau ingestia unor cantități exagerate de alimente (alimentarea compulsivă). Persoanele afectate de aceste tulburări se gândesc excesiv la mâncare, greutate, aspect corporal sau alimente; ele pot fi atât normoponderale, cât și supraponderale sau subponderale, întrucât tulburările alimentare pot duce la probleme medicale severe, este indicat ca pacienții afectați de aceste tulburări să consulte un medic sau un specialist în sănătate mentală specializat pe astfel de probleme.

Tulburările alimentare abordate în continuare sunt:

- Tulburarea de alimentare compulsivă
- Bulimia nervoasă
- Obezitatea.

1. *Tulburarea de alimentare compulsivă (Binge eating disorder)*

Mulți oameni simt uneori că mănâncă mai mult decât ar trebui. În tulburarea de alimentare compulsivă, persoana afectată ingerează frecvent cantități excesive de alimente. Un astfel de episod compulsiv este dublat de sentimentul pierderii controlului asupra propriei alimentații; ulterior episodului, deseori persoana trăiește sentimente de rușine, deznădejde, deprimare sau culpă.

Datele de până în prezent arată că tratamentele eficiente în cazul tulburării de alimentare compulsivă sunt terapia cognitiv-comportamentală și terapia interpersonală.

2. *Bulimia nervoasă*

Bulimia nervoasă cuprinde episoade frecvente de alimentare compulsivă, dublate de efortul de a contracara efectul alimentării compulsive. Astfel de încercări includ: vomă autoprovocată, înfometarea, exercițiile fizice dure, utilizarea de medicamente (cum ar fi laxativele).

În prezent, există dovezi care arată că cel mai eficient tratament în bulimia nervoasă este terapia cognitiv-comportamentală. De asemenea, unele date sugerează că terapia interpersonală ar fi, de asemenea, eficientă în tratamentul acestei tulburări.

Terapia cognitiv-comportamentală în bulimia nervoasă pleacă de la un model care accentuează atât importanța factorilor cognitivi, cât și a celor comportamentali în menținerea acestei tulburări. Tratamentul vizează, pe lângă înlăturarea comportamentelor de alimentare compulsivă și eliminare, revenirea la paternurile de alimentare normale, corectarea gândurilor și emoțiilor disfuncționale referitoare la semnificația personală a aspectului fizic, precum și limitarea perfecționismului și a gândirii dihotomice (vezi Wilson, G.T., *The Clinical Psychologist*, nr. 50, 1997, pp. 10-12).

Terapia interpersonală este o formă scurtă de psihoterapie, non-interpretativă și non-direktivă, centrată pe contextul interpersonal și care are ca obiectiv principal ajutarea pacientului să își identifice și să își modifice problemele interpersonale curente. Întrucât principiile sale de bază o fac incompatibilă cu terapia cognitiv-comportamentală propriu-zisă, unii autori (Fairburn, C.G., *Overcoming binge eating*, Guilford Press, New York, 1995) o folosesc în combinație cu programe de terapie autoadministrată (*self-help*) bazate pe abordarea cognitiv-comportamentală. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestui tratament enumerăm:

- Fairburn, C.G.; Jones, R.; Peveler, R.C.; Carr, S.J.; Solomon, R.A.; O'Connor, M.E.; Burton, J. și Hope, R. A., *Archives of General Psychiatry*, nr. 48, 1991, pp. 463-469;
- Fairburn, C.G.; Jones, R.; Peveler, R.C.; Hope, R.A. și O'Connor, M.E., *Archives of General Psychiatry*, nr. 50, 1993, pp. 419-428;
- Fairburn, C.G.; Kirk, J.; O'Connor, M.E. și Cooper, P.J., *Behaviour Research and Therapy*, nr. 24, 1986, pp. 629-643.

3. Obezitatea

În mod curent, obezitatea se consideră a fi prezentă atunci când individul are cu 20% sau mai mult peste greutatea corporală recomandată pentru o anumită înălțime, în prezent, este general recunoscut faptul că obezitatea reprezintă un pericol pentru sănătatea individului. Datele statistice arată că tot mai multe persoane din SUA sunt afectate de această problemă.

Terapia comportamentală constituie tratamentul de elecție în cazul obezității, atât la adulți, cât și la copii. Există și unele date care sugerează că o combinație de terapie cognitiv-comportamentală și hipnoză ar avea, de asemenea, efecte pozitive în tratarea obezității.

VI. Dependența de substanțe

Dependența de alcool și droguri constituie probleme majore pentru toate persoanele implicate. De multe ori, familii întregi sunt distruse și cariere promițătoare sunt ruinate. Mulți dintre cei care au ajuns să fie dependenți de alcool sau droguri încearcă la un moment dat să renunțe, însă dependența de substanțe este greu de depășit.

În continuare, vor fi abordate următoarele probleme:

- Abuzul și dependența de alcool
- Abuzul și dependența de cocaină
- Abuzul și dependența de heroină
- Abuzul și dependența de tranchilizante ușoare.

1. Abuzul și dependența de alcool

Alcoolul este substanța cea mai utilizată în SUA, fiind consumată de aproape 90% dintre adulți. Alcoolul reduce activitatea sistemului nervos, cu impact negativ asupra capacității de a raționa, dispoziției afective, timpului de reacție, coordonării motrice și capacității de concentrare. Consumul moderat de alcool poate afecta capacitatea individului de a reacționa corespunzător în mediul social și profesional. Pe de altă parte, consumul excesiv de alcool poate duce la instalarea comei sau a unei stări de stupeoare. Pe termen lung, consumul de alcool se poate solda cu boli hepatice și tulburări mnezice.

Există câteva abordări care și-au dovedit eficiența în tratamentul problemelor severe cauzate de consumul de alcool. Dintre acestea, tratamentul comportamental de expunere la amorse, antrenamentul pentru formarea de abilități sociale, Proiectul CALM și Programele Comunitare.

2. Abuzul și dependența de cocaină

Cocaina este o substanță care provine din planta de coca. Consumul acesteia produce sentimente intense de fericire și stare de bine, generând totodată și o puternică dependență. Abuzul de cocaină are efecte negative asupra capacității persoanei de a-și efectua activitățile zilnice, precum și asupra relațiilor interpersonale. Încetarea bruscă a consumului acestei substanțe este însoțită de simptome de sevraj ca oboseala accentuată, coșmarurile, problemele de somn, agitația psihomotorie și apetitul crescut.

Pentru dependența de cocaină, cel mai eficient tratament s-a dovedit a fi terapia comportamentală. Totodată, prevenirea reluării consumului de cocaină după încheierea

tratamentului poate fi eficient abordată prin intermediul unui program numit terapia cognitiv-comportamentală pentru prevenirea recăderilor.

3. Abuzul și dependența de heroină

Heroina aparține unei categorii de stupefiante numite opioide, dintre care mai fac parte morfina, codeina și metadona. Efectele consumului de heroină includ senzația de somn, vorbire îngreunată, probleme de atenție și memorie, micșorarea pupilelor și responsivitate scăzută la stimulii din mediu. Abuzul de heroină are efecte negative asupra capacității persoanei de a se achita corespunzător de sarcinile cotidiene.

Datele existente până în prezent indică terapia dinamică de scurtă durată și terapia cognitivă ca tratamente eficiente în cazul abuzului și dependentei de heroină.

4. Abuzul și dependența de tranchilizante ușoare

Tranchilizantele ușoare sunt utilizate în tratamentul anxietății, atacului de panică și problemelor de somn. Un grup de tranchilizante ușoare care produc dependență este cel al benzodiazepinelor, printre care se înscriu următoarele substanțe: Xanax (alprazolam), Valium (diazepam), Ativan (lorazepam), Serax (oxazepam) și Klonopin (clonazepam).

Efectul acestor substanțe durează, de regulă, o perioadă scurtă de timp, ele producând dependență chiar și atunci când sunt prescrise de medic. Renunțarea bruscă la utilizarea acestora este însoțită de simptome de sevraj ca transpirațiile, tremurul mâinilor, dificultăți de somn, senzație de greață, agitație și anxietate. De asemenea, folosirea acestor substanțe duce la toleranță, persoana trebuind să consume cantități tot mai mari pentru a obține același efect.

Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit eficientă în tratarea sevrajului la persoanele care au ajuns dependente de benzodiazepine în cursul tratamentului pentru atac de panică. /

VII. Tricotilomania

Multe persoane prezintă obiceiuri nesănătoase cum ar fi rosul unghiilor, balansarea picioarelor și a mâinilor sau smulgerea repetată a firelor de păr. Când smulgerea părului se soldează cu pierderea unei cantități însemnate de păr, poartă numele de tricotilomanie. Zonele de unde poate fi smuls părul includ scalpul, sprâncenele, genele și zonele pubiene. Smulgerea compulsivă a părului poate surveni pe perioade scurte de timp sau pe perioade mai lungi de timp, dar mai rare. De obicei, această

activitate este precedată de tensionare, frecvența episoadelor crescând în perioadele stresante. De regulă, persoanele afectate ascund acest obicei, evitând smulgerea părului de față cu persoanele străine.

În cazul tricotilomaniei, tratamentele eficiente includ tehnicile de dehabituare și de dobândire a controlului.

VIII. Problemele maritale

Orice cuplu speră într-o relație perfectă. Din nefericire, relațiile intime sunt deseori afectate de insatisfacție și de prezența conflictelor. Problemele care apar, de regulă, în cupluri sunt comunicarea deficitară între parteneri, stabilirea de scopuri diferite, înstrăinarea, infidelitatea.

Terapia comportamentală de cuplu constituie un tratament eficient în cazul problemelor maritale. De asemenea, există unele date care sugerează că terapia de cuplu focalizată pe emoție și terapia maritală orientată pe *insight* au un efect pozitiv asupra acestor probleme.

IX. Disfuncțiile sexuale

Dintre problemele de tip sexual, vor fi luate în discuție următoarele:

- Lipsa sau pierderea dorinței sexuale la femei
- Tulburarea de orgasm a femeii
- Infracțiunile sexuale.

1. *Lipsa sau pierderea dorinței sexuale la femei*

Această tulburare se referă la diminuarea sau absența fanteziilor și a dorinței sexuale. De regulă, apare la maturitate, fiind legată de dificultatea obținerii excitației și orgasmului, de evenimentele de viață stresante, de problemele de cuplu sau afecțiunile psihice (mai ales depresia).

Există unele date care arată că un tratament eficient în cazul lipsei sau pierderii dorinței sexuale este Tratamentul Combinat al lui Hurlbert.

2. *Tulburarea de orgasm a femeii*

Tulburarea de orgasm a femeii se referă la amânarea sau imposibilitatea obținerii orgasmului, ulterior unei faze de excitație sexuală normală. Întrucât există o mare

variabilitate în ceea ce privește tipul și intensitatea stimulării necesare declanșării orgasmului, diagnosticarea acestei tulburări se face doar atunci când răspunsul sexual este mult sub ceea ce se consideră normal având în vedere vârsta, experiența sexuală și tipul de stimulare. De cele mai multe ori, tulburarea de orgasm afectează negativ imaginea corporală, stima de sine și satisfacția unei relații.

Terapia sexuală a lui Masters și Johnson s-a dovedit a fi un tratament eficient în cazul tulburării de orgasm a femeii.

3. *Infracțiunile sexuale*

Infractorii sexuali sunt de regulă bărbații, care adoptă comportamente sexuale inadecvate, printre care violul, abuzul sexual asupra minorilor, exhibiționismul și incestul, în cazul acestor persoane, cele mai bune rezultate s-au obținut prin intermediul modificărilor comportamentale.

X. Schizofrenia și alte tulburări psihice severe

Schizofrenia și celelalte tulburări psihice severe presupun, de regulă, prezența simptomelor psihotice, printre care delirul, halucinațiile (vizuale și auditive), derealizarea, comportamentul dezorganizat, vorbirea dezorganizată și aplatizarea afectivă.

Există date care arată că în cazul schizofreniei și a tulburărilor psihice severe, cele mai eficiente forme de intervenție (adjuvante tratamentului medicamentos) sunt: terapia de familie, terapia cognitiv-comportamentală, antrenamentul pentru formarea abilităților sociale, precum și susținerea la locul de muncă.

Intervenția psihosocială joacă un rol critic în tratamentul persoanelor cu schizofrenie. Pe parcursul ultimilor cincisprezece ani, s-au înregistrat progrese importante în elaborarea intervențiilor de familie, acestea având următoarele caracteristici comune: (1) un accent deosebit cade pe educarea pacientului și a familiei acestuia despre particularitățile bolii sale și principiile terapeutice; (2) familia este tratată ca un aliat, fiind descurajate sentimentele de culpă sau învinovățire a celuilalt; (3) la începutul tratamentului, se organizează o întâlnire cu familia pacientului, astfel de întâlniri fiind organizate ulterior periodic; (4) intervenția este de durată lungă, de regulă mergând până la doi ani; (5) familiile beneficiază de asistență în îmbunătățirea abilităților de *coping* și de comunicare; (6) se folosesc echipe de intervenție multidisciplinare, membrii acestora lucrând în strânsă colaborare și (7) este urmărit îndeaproape tratamentul medicamentos și se fac eforturi pentru maximizarea complianței la acesta. Dintre studiile empirice asupra eficienței intervenției de familie în schizofrenie enumerăm:

- Gingerich, S.L. și Bellack, A.S., *The Clinical Psychologist*, nr. 48, 1995, pp. 24-27;
- Leff, J.; Kuipers, L.; Berkowitz, R. și Sturgeon, D., *British Journal of Psychiatry*, nr. 146, 1985, pp. 594-600;
- Xiong, W.; Phillips, R.; Hu, S.; Wang, R.; Dai, Q.; Kleinman, J. și Kleinman, A., *British Journal of Psychiatry*, nr. 165, 1994, pp. 239-247.

XI. Tulburările diagnosticate, de regulă, pentru prima dată în copilărie și adolescență

Deși tulburările specifice adultului se regăsesc și în cazul copiilor (cum sunt depresia, anxietatea), adesea acestea au manifestări tipice vârstei; de exemplu, anxietatea apare și ca anxietate de separare. În plus, apar probleme legate de activitățile și rigorile respectivei perioade de dezvoltare; astfel, în condiții de stres, copiii adoptă uneori comportamente specifice unei vârste mai mici decât vârsta lor cronologică, refuză să meargă la școală etc. Dintre problemele apărute în copilărie și adolescență vor fi luate în discuție următoarele:

- Anxietatea de separare
- Encoprezis
- Enurezis
- Comportamentul opoziționist, provocator.

1. Anxietatea de separare

Acest tip de anxietate se manifestă printr-o teamă intensă de abandon, de a fi separat de părinți sau alți membri ai familiei, de a fi răpit sau pierdut, de a pierde o persoană iubită sau apropiată, precum și de dificultăți marcante în a dormi departe de casă și prezența coșmarurilor. Aceste frici sunt însoțite de acuze somatice ca dureri de stomac, dureri de cap etc., ce apar atunci când copilul urmează să plece la bunici sau să fie separat temporar de părinți. De regulă, astfel de simptome se dezvoltă ulterior unui eveniment neplăcut din viața copilului, cum ar fi moartea unei persoane apropiate sau a unui animal preferat, începerea școlii sau mutarea la o altă școală, mutarea la un alt domiciliu, o boală somatică.

Există date care arată că terapia cognitiv-comportamentală este eficientă în tratamentul anxietății de separare.

2. *Encoprezis*

Encoprezisul se referă la incapacitatea de continență a fecalelor, soldată cu emisuni de scaune în situații inadecvate (pe haine, în pat etc.). Starea poate reprezenta o continuare anormală a incontinenței infantile sau poate constitui o pierdere a incontinenței, ulterioară achiziției controlului sfincterian.

Unele date indică modificările comportamentale ca fiind un tratament eficient în cazul encoprezisului.

3. *Enurezis*

Enurezisul se referă la incapacitatea de retenție urinară, emisia de urină survenind în timpul zilei sau pe parcursul nopții în situații inadecvate (pe haine, în pat etc.). Starea poate reprezenta o continuare anormală a incontinenței infantile sau poate constitui o pierdere a incontinenței ulterioară achiziției controlului urinar.

Datele existente indică clar eficiența intervenției comportamentale în tratamentul enurezisului. Acest tip de terapie implică, de regulă, utilizarea de alarme (de exemplu, semnale sonore) ce semnalizează prezența urinei pe haine sau în pat, precum și educarea părinților. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestei forme de terapie enumerăm:

- Houts, A.C.; Berman, J.S. și Abramson, H., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 62, 1994, pp. 737-745;
- Houts, A.C.; Liebert, R.M. și Padawer, W., *Journal of Abnormal Child Psychology*, nr. 11, 1983, pp. 513-519;
- Houts, A.C.; Peterson, J.K și Whelan, J.P., *Behavior Therapy*, nr. 17, 1986, pp. 462-469;
- Houts, A.C.; Whelan, J.P. și Peterson, J.K., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 55, 1987, pp. 902-906.

4. *Comportamentul opoziționist, provocator i' '*

Comportamentul opoziționist apare atât la preșcolari, cât și la adolescenți și se manifestă prin: pierderea controlului, certuri cu părinții sau profesorii, furie și iritare, blamarea altora pentru propriile greșeli, încăpățănare și refuzul de a face compromisuri, refuzul de a respecta reguli, precum și iritarea intenționată a celor din jur. Acest comportament se manifestă, de regulă, acasă, însă poate apărea și la școală sau în public.

Tratamentul dovedit eficient în cazul comportamentului opoziționist este *training-vl* părinților. În cadrul acestuia, părinții își formează deprinderi care să îi ajute să facă față comportamentului copiilor; pregătirea include familiarizarea cu principiile învățării sociale și a tehnicilor derivate. Terapeutul oferă o scurtă expunere a

conceptelor de bază și tehnicilor propuse, ghidând apoi părinții în implementarea acestor proceduri. Modelele de interacțiune și procedurile învățate în cadrul ședințelor sunt ulterior aplicate acasă. Dintre studiile empirice asupra eficienței acestei forme de terapie enumerăm:

- Dumas, J.E., *Clinical Psychology Review*, nr. 9, 1989, pp. 197-222;
- Forehand, R. și Long, N., *Advances in Behavior Research and Therapy*, nr. 10, 1988, pp. 129-177;
- Long, P.; Forehand, R.; Wierson, M. și Morgan, A., *Behaviour Research and Therapy*, nr. 32, 1994, pp. 101-107;
- Miller, G.E. și Prinz, R.J., *Psychological Bulletin*, nr. 108, 1990, pp. 291-307.

ANEXA 2. Componente validate științific din relația psihoterapeutică (Asociația Psihologilor Americani/American Psychological Association)*

Relația psihoterapeutică este considerată un factor fundamental în toate formele de psihoterapie. Studiile recente, bazate pe sinteza a zeci de studii de specialitate (Lambert *et al.*, 2000), au arătat că relația psihoterapeutică justifică aproximativ 30% din beneficiile obținute în urma intervenției psihoterapeutice, fiind astfel factorul psihoterapeutic cel mai important. Pornind de la aceste rezultate, Asociația Americană de Psihologie, prin Divizia de Psihoterapie (Divizia 29), a inițiat un amplu program de studiu al relației psihoterapeutice și al rolului acesteia în efectele pozitive ale psihoterapiei. Relația psihoterapeutică este un construct multidimensional ; diferite forme de psihoterapie pun accent pe diferite dimensiuni. Care sunt însă factorii/dimensiunile activi/active din cadrul acestui construct și care sunt factorii inactivi sau mai puțin relevanți? Cercetările de metaanaliză (Lambert *et al.*, 2003), sintetizând zeci de studii publicate pe această temă, au fost recent publicate în raportul Diviziei de Psihoterapie (Divizia 29) a Asociației Psihologilor Americani (<http://www.apa.org>), obținându-se astfel un răspuns la întrebarea de mai sus. Ele sunt rezumate și în cele ce urmează (pentru a înțelege semnificația acestor constructe recomandăm consultarea unor lucrări de psihoterapie - Sarason și Sarason, 1999).

Elemente generale ale relației terapeutice validate științific:

- Empatie și Coeziune (în terapia de grup);
- Colaborare și consens asupra scopurilor terapiei;
- Alianța terapeutică (de exemplu, stabilirea unor scopuri clare).

Elemente generale ale relației terapeutice probabil eficiente (cu suport științific parțial - rezultatele nu au fost suficient replicate):

- Acceptarea necondiționată și congruența;
- *Feedback*;
- Deschiderea pacientului și a terapeutului spre împărtășirea unor aspecte personale;

Pentru detalii referitoare la text, vezi David, 2003.

- Managementul contratransferului;
- Corectarea dificultăților de relaționare terapeutică.

Aspecte relaționale (pacient-terapeut) care au fost validate științific și de care trebuie să se țină seama în administrarea terapiei:

- Rezistența pacientului (de exemplu, includerea în procesul de psihoterapie a unor proceduri de autoterapie funcționează bine la persoanele cu rezistența mare, iar terapia mai directivă funcționează bine la persoanele cu rezistență mai mică);
- Dificultăți funcționale.

Aspecte relaționale (pacient-terapeut) de care probabil trebuie să se țină seama în administrarea terapiei (cu suport științific parțial - rezultatele nu au fost suficient replicate):

- Stilul de *coping*;
- Așteptările pacientului;
- Capacitatea de a asimila experiențele problematice;
- Stadiul schimbării (pentru detalii, vezi Prochaska, 1994).

Aspecte relaționale (pacient-terapeut) de care probabil trebuie să se țină seama (pe baza consensului specialiștilor) în administrarea terapiei, dar care nu au încă nici măcar un suport științific parțial:

- Stilul de atașament;
- Etnia; religiozitatea și spiritualitatea;
- Preferințele;
- Sexul;
- Tulburările de personalitate.

ANEXA 3. Setul de instrumente psihologice pentru expertizarea și evaluarea copiilor/elevilor in vederea orientării școlare aprobate prin Hotărârea Guvernului României nr. 218 din 7 martie 2002

Textul de mai jos este reproducerea parțială a Hotărârii Guvernului României nr. 218 din 7 martie 2002, privind aprobarea Metodologiei pentru utilizarea setului de instrumente de expertizare și evaluare a copiilor/elevilor în vederea orientării școlare a acestora, publicată în Monitorul Oficial, partea I, nr. 204 din 26 martie 2002.

1. Evaluarea nivelului intelectual:

A. Teste de inteligență generală:

- a) matricele progresive Colorate-Raven;
- b) matricele progresive Standard-Raven;
- c) Dearborn;
- d) fraze absurde;
- e) ce s-a schimbat 1;
- f) ce s-a schimbat 2;

B. Teste de inteligență globală:

- a) W.RP.S.I; scara Wechsler-Bellvue;
- b) WISC; scara Wechsler-Bellvue; i'•'
- c) WAIS; scara Wechsler-Bellvue;
- d) Kaufman (inteligență globală și stiluri cognitive);
- e) Binet-Simon (de reetalonat);
- f) N.E.M.I. (R. Zazzo și colaboratorii) - noua scară metrică a inteligenței;
- g) cuburile Kohs pentru adulți, de Goldstein;
- h) cuburile Kohs pentru copii, de H. Santucci;
- i) testul cărămizilor;
- j) testul Columbia;

C. Probe de inteligență specifică:

- a) probe de evaluare a funcției perceptiv-motorii:

- Santucci (patru-șase ani);
 - Bender-Santucci (șapte-unsprezece ani) -etalonat de T. Kulcsar;
- b) probe de evaluare a capacității de orientare și structurare spațială:
- Kohs-Goldstein (adaptat de Santucci și etalonat de V. Preda);
- c) probe de inteligență pentru desen:
- Goodenough;
- d) evaluarea capacității de discriminare a identicului de simetric în structurile grafice:
- R.V.E.R.S.A.L.;
- e) ce vede în imaginile Rorschach;
- f) domino.
2. *Evaluarea motricității și psihomotricității:*
- a) proba Ozeretski-Guillmain;
 - b) Gesell, scara de dezvoltare;
 - c) scara Odette Brunet și Irene Lezine;
 - d) proba de lateralitate Harris;
 - e) testul pentru gnozia digitală, Gertsman;
 - f) proba pentru sinkinezia membrelor superioare;
 - g) test de sinkinezie a membrelor superioare, Stambak;
 - h) proba de motricitate digitală, A. Rey;
 - i) probe de asamblare (pătrat, triunghi);
 - j) proba Piaget-Head (orientare în spațiu);
 - k) testul Head (mână, ochi, ureche);
 - l) Denver;
 - m) Portage.
3. *Examinarea psihologică a personalității:*
- a) chestionare de personalitate;
 - b) CAT, testul de a percepție pentru copii;
 - c) TAT, testul tematic de a percepție;
 - d) Lucher, testul culorilor;
 - e) Szondi, proba pulsionilor;
 - f) Catell și R. Zazzo, proba de perseverare;
 - g) testul casă - arbore - om;
 - h) testul arborelui;
 - i) testul Rorschach;
 - j) Freiburg;
 - k) STAU;
 - l) STAI II;
 - m) testul cu douăzeci de propoziții neterminate (eu sunt) (TST).

4. *Probe pentru evaluarea activității psihice:*

A. Percepția:

- a) testul figurilor complexe, A. Rey;
- b) testul de orientare spațială, H. Head;
- c) testul frenaj voință, A. Rey;

B. Afectivitatea:

- a) testul de frustrație Rosenzweig;
- b) completarea de povestiri;
- c) asocierea de cuvinte;
- d) fabulele DUSS;

C. Limbajul:

- a) scara de dezvoltare a limbajului, C. Păunescu;
- b) proba de evaluare a capacității cititului, M. Lobrot (Bovet);
- c) Bender-Santucci;
- d) probe de flexibilitate asociativă;
- e) A. Rey adaptată;

D. Imaginația:

- a) proba de desen liber;
- b) proba Wartegg;
- c) proba Collin (completarea lacunelor dintr-un desen);
- d) desenul familiei, Corman;

E. Memoria:

- a) proba A. Rey pe bază de cuvinte;
- b) proba A. Rey pe bază de figuri geometrice;
- c) testul figurilor complexe, A. Rey;
- d) proba Pieron;
- e) WISC (proba de memorie);

F. Atenția:

- a) proba Toulouse-Pieron;
- b) proba de dublu baraj, R. Zazzo;
- c) proba Bourdon-Amfimov;
- d) proba Praga;
- e) labirinte;
- f) completarea lacunelor;
- g) proba de discriminare perceptivă.

ANEXA 4. Colegiul Psihologilor din România, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie, Proceduri de atestare, acreditare și certificare

Copyright-u pentru acest text aparține Colegiului Psihologilor din România (CPR). Mulțumesc CPR pentru acordul dat la reproducerea lui.

I. Prezentare generală

Art. 1. a. Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie (Comisia Clinică) a Colegiului Psihologilor din România (CPR) stabilește procedurile de atestare pentru următoarele specialități profesionale:

- psihologie clinică;
- consiliere psihologică;
- psihoterapie.

b. Exercițarea acestor specialități profesionale se desfășoară în sectorul privat, în regim salarial, sau independent, cu drept de liberă practică, potrivit legii nr. 213 din 27.05.2004, publicată în Monitorul Oficial din 1 iunie 2004.

c. în cadrul specific al psihoterapiei și în acord cu regulamentele internaționale în domeniu, absolvenții facultăților de medicină (medici psihiatri), asistență socială, filosofie, pedagogie și teologie pot dobândi competență în psihoterapie în condițiile completării studiilor universitare cu un pachet de discipline universitare de specialitate specificate în prezentul Regulament și a formării conform cerințelor stipulate în prezentul Regulament. Competența astfel obținută asigură toate drepturile, cu excepția consilierii psihologice și a testării psihologice care depășește cadrul formei specifice de psihoterapie în care a dobândit competența.

Art. 2. Dosarul pentru obținerea atestatului de liberă practică în psihologie clinică, consiliere psihologică sau psihoterapie trebuie să cuprindă:

- 1) Cerere tip adresată Comisiei Clinice a Comitetului Director al CPR (cu mențiunea: „în atenția secretarului Comisiei Clinice a CPR”), care să vizeze exact nivelul de atestare la care se aspiră;

- 2) Copie de pe actul de identitate;
- 3) Copii legalizate de pe actele de studii și anexele acestora;
- 4) Certificat de cazier judiciar;
- 5) Copie de pe certificatul de căsătorie sau de pe hotărârea judecătorească definitivă și irevocabilă de divorț, după caz;
- 6) Certificat medical eliberat de medicul de familie;
- 7) Copii legalizate de pe documente care atestă absolvirea unor programe formative, stagii, cursuri de specializare și alte forme de perfecționare;
- 8) Copii legalizate de pe carnetul de muncă ori contractul individual de muncă (pentru cei deja angajați);
- 9) Extras din fișa de post - numai pentru obținerea atestatului de liberă practică în condițiile necesității de a-și dovedi experiența profesională;
- 10) Curriculum Vitae (CV) și lista lucrărilor științifice;
- 11) Dovada achitării taxelor necesare acoperirii costurilor atestării profesionale.

Persoanele nemulțumite de rezultatul atestării pot depune la secretariatul Comitetului Director al CPR o contestație în termen de 10 de zile de la data comunicării.

În cazul unei decizii favorabile, în termen de 30 de zile de la data înregistrării, Conducerea Operativă a CPR va asigura înscrierea psihologului în Registrul Unic al Psihologilor cu Drept de Liberă Practică din România și se va aloca Codul Personal.

II. Psihologie clinică

Art. 3. Se recunosc trei trepte (nivele) de specializare în psihologia clinică:

- Psiholog practicant în psihologie clinică;
- Psiholog specialist în psihologie clinică;
- Psiholog principal în psihologie clinică.

Art. 4. Fiecare treaptă de specializare este definită printr-o serie de competențe care se cer întrunite astfel încât un profesionist să fie atestat la acel nivel. Întrunind aceste competențe, psihologul atestat în psihologia clinică poate să-și desfășoare la parametrii performanți activitățile în clinici și spitale, cabinete individuale, asociate și societăți civile profesionale pe bază de liberă practică, alte instituții și organizații guvernamentale și non-guvernamentale care necesită, pentru buna lor funcționare, competențele psihologului clinician.

Art. 5. Psihologul atestat în psihologia clinică are următoarele competențe:

1. *Diagnostic și evaluare clinică:*

- (a) investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și al altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneză mecanisme psihologice;
- (b) evaluarea stării de sănătate mentală, în limita competenței psihologului, ca precondiție pentru desfășurarea unor activități care impun prin lege examinare psihologică (de exemplu, testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.);
- (c) evaluare cognitivă și neuropsihologică;
- (d) evaluare comportamentală;
- (e) evaluare bio-fiziologică (de exemplu, prin proceduri de *biofeedback*);
- (f) evaluare subiectiv-emoțională;
- (g) evaluarea personalității și a mecanismelor de cop/flag/adaptare/defensive;
- (h) evaluarea unor aspecte psihologice specifice cuplului, familiei sau altor grupuri;
- (i) evaluarea contextului familial, profesional, social, economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice;
- (j) evaluarea gradului de discernământ al persoanelor;
- (k) evaluarea dezvoltării psihologice;
- (l) alte evaluări în situații care implică componente psihologice.

Utilizarea în contextul domeniului de specializare în psihologia clinică a probelor psihologice și interviurilor structurate și semi-structurate trebuie să îndeplinească criteriile psihometrice standard, așa cum sunt ele stabilite de către Comisia de Metodologie, cu excepțiile stabilite de Comisia Clinică a CPR (vezi Codul Deontologic). Utilizarea probelor psihologice (de exemplu, proiective sau de alt tip) cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative generale sau specifice, organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat, doctorat) sau prin asociații profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinică a CPR.

2. Intervenție/asistență psihologică care va cuprinde cel puțin trei dintre următoarele componente:

- (a) educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (de exemplu, prin prevenție primară și secundară);
- (b) intervenții specifice pentru persoanele cu nevoi speciale șaria psihopedagogiei speciale în condiții de psihopatologie (de exemplu, logopedie);
- (c) consiliere și terapie suportivă;
- (d) consilierea în situații de criză și asistența bolnavilor terminali;
- (e) optimizare și dezvoltare personală, autocunoaștere;
- (f) terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, cuplu și familie);
- (g) terapii standard de relaxare și sugestive;
- (h) consiliere (de exemplu, prin tehnici comportamentale) specifică obiectivelor medicale (de exemplu, creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.);
- (i) managementul conflictului, mediere și negociere.

Utilizarea tehnicilor de intervenție psihologică cere dovedirea competenței dobândite prin cursuri formative specifice organizate la nivel universitar (nivel licență, masterat, doctorat) sau prin asociații profesionale acreditate în acest sens de către Comisia Clinică a CPR.

3. *Cercetare:*

(a) poate participa la, sau iniția activități de cercetare în cadrul definit de competențele sale.

4. *Educație și training (formare profesională):*

(a) poate organiza *workshop-uri* în cadrul definit de competențele sale.

Competențele stabilite mai sus pentru specializarea în psihologie clinică presupun obligatoriu parcurgerea unui pachet de cursuri universitare care să includă cunoștințe din domeniile:

- Psihodiagnostic și evaluare clinică;
- Psihologie clinică și/sau medicală;
- Consiliere și psihoterapie;
- Psihiatrie și/sau psihopatologie;
- Psihologia sănătății și/sau psihosomatică;
- Psihologia dezvoltării.

Unele dintre aceste cursuri pot fi parcurse în cadrul programului de licență (și/sau masterat, doctorat) în psihologie sau, în situația în care acestea nu au făcut parte din curricula universitară, se pot completa ulterior prin studii universitare specific focalizate pe aceste cursuri (de exemplu, organizate în regim de taxă la universitățile acreditate de Ministerul Educației și Cercetării).

Art. 6. Asociațiile profesionale de psihologie clinică, consiliere și/sau psihoterapie, acreditate profesional de către Comisia Clinică a CPR, pot oferi programe de pregătire profesională complementară și suplimentară în psihologia clinică (de exemplu, cursuri formative în metodologii și tehnici de intervenție complexe), creditate cu un anumit număr de credite în funcție de durata și conținutul acestora. Aceste programe trebuie să fie focalizate pe aprofundare» competențelor descrise la Art. 5 (de exemplu, cursuri formative și de aprofundare a unor metodologii complexe, tehnici de intervenție psihologică etc.).

Art. 7. *Psihologul practicant în psihologie clinică* (numit și psiholog clinician)

Această primă treaptă de specializare în psihologia clinică se obține prin programe universitare la nivel de master în specialitate, suplimentate, dacă este cazul, prin cursuri formative în metodologii și tehnici de intervenție complexe organizate de asociații profesionale, acreditate în acest sens de Comisia Clinică a CPR. Pentru dobândirea competențelor de psiholog practicant în psihologie clinică este obligatorie și practica clinică desfășurată într-o organizație în care poate exercita competențele menționate la Art. 5, acoperind un număr minim de 150 de ore.

Practica poate fi organizată în cadrul unui program de master sau prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR. Îndeplinind aceste criterii, aplicația pentru atestare se face conform specificațiilor de la Art. 2. La cererea organizatorului programului de master sau a absolvenților acestuia, Comisia Clinică a CPR va verifica *curriculum-u* instituțiilor organizatoare de programe universitare de master în psihologie clinică și va decide dacă acesta acoperă competențele stabilite la Art. 5. Dacă programul universitar de master satisface criteriile profesionale ale Comisiei Clinice a CPR, organizatorul acestuia va fi înscris, cu acordul său, în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea I. De asemenea, Comisia Clinică a CPR va examina la cererea asociațiilor profesionale *curriculum-u* propus de acestea în scopul organizării de cursuri formative în metodologii și tehnici de intervenție complexe pentru a le acredita profesional. Dacă programul formativ propus de asociația profesională satisface criteriile profesionale ale Comisiei Clinice a CPR, aceasta va fi înscrisă în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea a II-a. Fiecare instituție sau asociație profesională organizatoare de programe formative în psihologia clinică va înainta Comisiei Clinice a CPR (1) o cerere de acreditare profesională a organizației pentru derularea unui program formativ recunoscut de Comisia Clinică a CPR, (2) un plan curricular detaliat și (3) dovada achitării unei taxe de 50 € în contul CPR (cu excepția instituțiilor universitare), reprezentând taxa de evaluare în scopul înscrierii în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR (Partea I sau Partea a II-a).

Art. 8. Procedura de *grandparenting* pentru nivelul de psiholog practicant în psihologie clinică este valabilă până în 2010. Psihologii care doresc să obțină atestatul de psiholog practicant în psihologie clinică trebuie:

(1) să fie angajați ca psihologi (debutanți) într-o instituție a Ministerului Sănătății (sau asimilat). În acest caz ei obțin atestarea de psiholog practicant în psihologie clinică prin Comisia Clinică a CPR pe baza dovezii angajării ca psiholog (debutant), urmând specificațiile de la Art. 2;

(2) să fie angajați sau asociați ca psihologi (debutanți) în orice altă instituție/organizație, desfășurând activități profesionale care acoperă competențele de psiholog clinician specificate în prezentul Regulament la Art. 5. Ei obțin atestarea de psiholog practicant în psihologie clinică pe baza dovezii angajării sub numele de psiholog (debutant) și a prezentării fișei de post în care trebuie să se regăsească activități ce presupun competențele de psiholog clinician descrise în prezentul Regulament la Art. 5, urmând specificațiile Art. 2 ;

(3) să fie absolvenții unui program de master (unu-doi ani) care acoperă competențele în psihologie clinică descrise la Art. 5 și să aibă dovada unei experiențe

clinice de minim 150 ore, urmând specificațiile de la Art. 2. în plus, *curriculum-ului* programului de master și a practicii clinice va fi examinat sub aspectul conformității cu cerințele stipulate în prezentul Regulament la Art. 5.

Art. 9. *Psihologul specialist în psihologie clinică* (numit și psiholog clinician specialist)

Psihologul specialist în psihologie clinică, a doua treaptă de specializare în psihologia clinică, are toate competențele psihologului practicant în psihologie clinică, îmbogățite și rafinate ca urmare a practicii și formării profesionale continue. El poate superviza activitățile psihologilor practicanți în psihologie clinică, dacă aceștia o cer. Trecerea de la nivelul de psiholog practicant în psihologie clinică la cel de psiholog specialist în psihologie clinică se face după minimum cinci ani:

1) prin prezentarea Comisiei Clinice a CPR a unui dosar care să conțină în plus față de Art. 2:

(a) dovada a 25 de credite din activități de publicare (articole și lucrări de specialitate), participarea la cursuri de perfecționare și specializare organizate prin intermediul instituțiilor (de exemplu, programe universitare de master) și al asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Climcă a CPR, participări la conferințe de specialitate sau asimilate (simplă participare, susținere de lucrări, susținere de *workshop-uri*), participare activă în cadrul unor proiecte de cercetare de specialitate;

(b) două recomandări de la psihologi specialiști sau principali în psihologie clinică. Recomandările se vor focaliza pe evaluarea competențelor și evoluției profesionale ale candidatului;

2) susținerea unui interviu de prezentare a activității în fața unei comisii de trei membri aleși *ad-hoc* ai Comisiei Clinice a CPR.

Art. 10. Procedura de *grandparenting* pentru nivelul de psiholog specialist în psihologie clinică este valabilă până în 2010. Psihologii din sistemul de sănătate (sau asimilat) devin automat psihologi specialiști în psihologie clinică. În acest caz, ei obțin atestarea de psiholog specialist în psihologie clinică prin Comisia Clinică a CPR pe baza unei cereri și a dovezii angajării sub numele de psiholog, urmând specificațiile de la Art. 2. Psihologii cu o vechime de minimum cinci ani sau care au o vechime de trei ani și o formare la nivel de master în domeniul clinic (care va fi evaluată sub aspectul conformității cu cerințele prezentului Regulament de Comisia Clinică a CPR), angajați în orice instituție în care desfășoară activități profesionale care acoperă competențele de psiholog clinician, specificate în prezentul Regulament la Art. 5, devin psihologi specialiști în psihologie clinică. Ei obțin atestarea de psiholog specialist în psihologie clinică prin Comisia Clinică a CPR pe baza prezentării unei cereri, a dovezii angajării pe o poziție de psiholog, a prezentării fișei de post în care trebuie să se regăsească activități ce presupun competențele de psiholog clinician descrise în prezentul Regulament la Art. 5, a

probării vechimii și, dacă este cazul, a dovezii absolvirii programului de master în domeniul clinic, urmând specificațiile de la Art. 2.

Art. 11. *Psihologul principal în psihologie clinică* (numit și psiholog clinician principal)

Psihologul principal în psihologie clinică, a treia treaptă - treapta maximă - de specializare în psihologia clinică, are toate competențele psihologului specialist în psihologie clinică, rafinate ca urmare a practicii și formării profesionale continue. El poate superviza activitățile psihologilor practicanți și specialiști în psihologie clinică, dacă aceștia o cer. Trecerea de la statutul de psiholog specialist în psihologie clinică la cel de psiholog principal în psihologie clinică se face după minimum cinci ani:

1) prin prezentarea Comisiei Clinice a CPR a unui dosar care să conțină în plus față de cele prevăzute de Art. 2:

(a) dovada a 50 de credite din activități de publicare (articole și lucrări de specialitate), participarea la cursuri de perfecționare și specializare organizate prin intermediul instituțiilor (de exemplu, programe universitare de master) și al asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR, participări la conferințe de specialitate sau asimilate (simplă participare, susținere de lucrări, susținere de *workshop-uri*), participare activă în cadrul unor proiecte de intervenție și cercetare de specialitate;

(b) recomandările de la doi psihologi principali în psihologie clinică. Recomandările se vor focaliza pe evaluarea competențelor și evoluției profesionale ale candidatului;

2) un interviu care va consta în prezentarea unui caz clinic în fața unei comisii de trei membri aleși *ad-hoc* ai Comisiei Clinice a CPR.

Art. 12. Procedura de *grandparenting* pentru nivelul de psiholog principal în psihologie clinică este valabilă până în 2010. Psihologii principali din sistemul de sănătate (sau asimilat) devin automat psihologi principali în psihologie clinică. În acest caz, ei obțin atestarea de psiholog principal în psihologie clinică prin Comisia Clinică a CPR pe baza unei cereri și a dovezii angajării sub numele de psiholog principal, urmând specificațiile de la Art. 2. Psihologii cu o vechime de minimum zece ani sau care au o vechime de opt ani și o formare la nivel de master în domeniul clinic (care va fi evaluată sub aspectul conformității cu cerințele prezentului regulament de Comisia Clinică a CPR), angajați în orice organizație în care desfășoară activități profesionale care acoperă competențele de psiholog clinician, specificate în prezentul Regulament la Art. 5, devin psihologi principali în psihologie clinică. Ei obțin atestarea de psiholog principal în psihologie clinică prin Comisia Clinică a CPR pe baza prezentării unei cereri, a dovezii angajării pe o poziție de psiholog, a prezentării fișei de post în care trebuie să se regăsească

activități ce presupun competențele de psiholog clinician descrise în prezentul Regulament la Art. 5, a probării vechimii și, dacă este cazul, a dovezii absolvirii programului de master în domeniul clinic, urmând specificațiile de la Art. 2.

Art. 13. Psihologii care au un doctorat în psihologie, pe o temă cu relevanță clinică, devin automat psihologi principali în psihologie clinică. Doctoratul trebuie să implice elemente de evaluare și diagnostic clinic și intervenții psihologice cu relevanță clinică. Se va prezenta Comisiei Clinice a CPR un dosar care să conțină în plus față de cele prevăzute de Art. 2: descrierea relevanței clinice a tezei făcută de către candidat, cu sublinierea experienței clinice dobândite.

III. Consiliere psihologică

Art. 14. Consilierea psihologică este o specializare accesibilă doar psihologilor (și celor asimilați psihologilor).

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. Consilierea psihologică se deosebește de consilierea educațională/școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară este focalizată pe probleme de educație și carieră, consilierea psihologică implică intervenția specialistului psiholog (sau asimilat) în optimizare personală și în ameliorarea problemelor psiho-emoționale și de comportament. Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie. Numai psihoterapeutul poate face intervenție psihologică pentru psihopatologie, în timp ce consilierul psihologic se focalizează pe optimizare și dezvoltare personală, probleme psihologice sau de patologie somatică în care sunt implicați factori psihologici. Psihoterapeutul-psiholog are toate competențele consilierului psihologic.

Consilierea psihologică se poate realiza în regim:

- individual;
- în grup;
- de grup (de exemplu, cuplu, familie).

Art. 15. Componentele unui proces de consiliere psihologică sunt:

- evaluarea cerințelor/problemelor clientului;
- conceptualizarea psihologică a problemelor clientului;
- relația de consiliere;
- intervenții psihologice individuale și de grup;
- evaluarea procesului de consiliere psihologică și a rezultatelor acestuia.

Art. 16. Competențele consilierului psihologic derivă din componentele procesului de consiliere și acestea sunt:

- diagnostic și evaluare psihologică în care se pot utiliza:
 - interviuri structurate, semi-structurate și libere;
 - scale psihologice;
 - teste psihologice;
- intervenție psihologică (circumscrișă de forma specifică de consiliere psihologică) :
 - de optimizare, dezvoltare și autocunoaștere;
 - în probleme psihologice și în situații de risc;
 - în menținerea sănătății (de exemplu, educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și confruntarea cu condiția de boală și impas existențial (de exemplu, tratament, prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.);
 - de optimizare a proceselor de cuplu, familie, grup, organizații și colectivități;
- cercetare:
 - în limita competențelor sale;
- educație și *training* :
 - poate organiza *workshop-uri* și cursuri în limita competențelor sale.

Art. 17. Procedura de atestare în consilierea psihologică este organizată în conformitate cu normele internaționale în domeniu și are următoarele componente:

a. *Nivelul de psiholog practicant în consiliere psihologică*

Atestarea la nivel de psiholog practicant în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic sub supervizare) presupune ca prerechizite:

1) 450 de ore de cursuri teoretice și/sau aplicative, care să cuprindă în mod obligatoriu cunoștințe din următoarele domenii:

- Diagnostic și evaluare clinică;
- Psihologie clinică și/sau medicală;
- Consiliere și psihoterapie;
- Psihiatrie și/sau psihopatologie;
- Psihologia sănătății și/sau psihosomatică;
- Psihologia dezvoltării.

Dintre aceste 450 de ore:

- 200 de ore sunt recunoscute în baza licenței obligatorii în psihologie sau prin completarea studiilor cu un pachet de cursuri universitare de specialitate pentru cei asimilați psihologilor;

- 250 de ore trebuie obținute în cadrul unui program de master de specialitate sau direct prin formare (*training*) în cadrul unor asociații profesionale acreditate în acest sens de Comisia Clinică a CPR.

2) 50 de ore de autocunoaștere și/sau dezvoltare personală realizate în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR.

b. Nivelul de psiholog specialist în consiliere psihologică

Atestarea la nivelul de psiholog specialist în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic) presupune ca pre-rechizite:

- Competențe de psiholog practicant în consiliere psihologică;
- Formare profesională prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR, care să cuprindă 450 de ore de practică supervizată în orice organizație în care se desfășoară activități de consiliere. Durata *training-xilm* este de minim 2 ani;
- Acceptarea programului de pregătire profesională continuă prin dovada a 25 de credite obținute după atestarea la nivelul de psiholog practicant în consiliere psihologică prin participări la cursuri, *workshop-uri*, conferințe, publicații etc.

c. Nivelul de psiholog principal în consiliere psihologică

Atestarea la nivelul de psiholog principal în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic supervizor-formator) presupune ca pre-rechizite:

- Competențe de psiholog specialist în consiliere psihologică;
- Formarea ca supervizor-formator care să cuprindă, în funcție de specificul școlii, minimum:
 - 12 ore de cursuri teoretice și/sau aplicative în domeniul supervizării;
 - 12 ore de co-supervizare (cu un consilier psihologic sau psihoterapeut supervizor-formator deja atestat).

Training- are loc în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR. în funcție de modalitatea specifică de consiliere psihologică în care are loc formarea, numărul de ore de formare poate fi mai mare;

- Activități profesionale performante exprimate în cursuri, publicații etc.;
- Acceptarea programului de pregătire profesională continuă prin dovada a 50 de credite obținute după atestarea la nivelul de psiholog specialist în consiliere psihologică prin participări la cursuri, *workshop-uri*, conferințe, publicații etc.

Atestarea în consiliere psihologică, așa cum este ea precizată în prezentul Regulament, a luat în calcul criteriile minime stabilite de normele internaționale de specialitate. în funcție de modalitatea specifică de consiliere psihologică în care are loc formarea, numărul de ore de formare poate fi mai mare.

IV. Psihoterapie

Art. 18. Psihoterapia este intervenția psihologică realizată științific și în spirit umanist (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale, (b) în scopul modificării factorilor psihologici implicați în tulburările psihice, psihosomatice și în tulburările somatice și (c) în situații de risc.

Art. 19. Psihoterapia se poate realiza în regim:

- individual;
- în grup;
- de grup (de exemplu, cuplu, familie).

Art. 20. Componentele unui proces de psihoterapie sunt:

- psihodiagnostic și evaluare clinică;
- conceptualizarea clinică;
- relația psihoterapeutică;
- intervenții psihologice individuale, de grup și în grup;
- evaluarea procesului de psihoterapie și a rezultatelor acestuia.

Art. 21. Competențele psihoterapeutului derivă din componentele procesului de psihoterapie și acestea sunt:

- evaluarea psihologică circumscrisă de forma specifică de psihoterapie;
- intervenție psihologică (circumscrisă de forma specifică de psihoterapie):
 - de optimizare, dezvoltare și autocunoaștere;
 - în probleme psihologice, psihopatologice și în situații de risc;
 - în menținerea sănătății (de exemplu, educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și confruntarea cu condiția de boală și impas existențial (de exemplu, tratament, prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.);
 - de optimizare a proceselor de cuplu, familie, grup, organizații și colectivități.
- cercetare:
 - în cadrul limitelor competențelor sale.
- educație și *training* :
 - poate organiza cursuri și *workshop-uh* în limitele competențelor date de nivelele de specializare.

Art. 22. Modalitățile de psihoterapie recunoscute sunt cele stabilite de normele internaționale în domeniu. Aceste modalități de psihoterapie pot fi grupate în următoarele categorii, fiecare categorie incluzând mai multe școli (care vor fi acreditate de Comisia Clinică a CPR):

- Psihoterapii cognitiv-comportamentale (de exemplu, psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală, psihoterapie cognitivă, psihoterapie comportamentală etc.);
- Psihoterapii dinamice (de exemplu, psihoterapia psihanalitică, psihoterapia analitică, terapii dinamice de scurtă durată etc.);
- Psihoterapii ericksoniene (de exemplu, psihoterapie ericksoniană, hipnoză ericksoniană etc.);
- Psihoterapii scurte (de exemplu, terapia scurtă focalizată pe soluție^orientarea pe competențe și resurse, abordările constructivist-colaborative și narrative etc.);
- Psihoterapii umanist-existențiale-experiențiale, sistemice și transpersonale (de exemplu, gestaltterapie, logoterapie, psihodramă, psihoterapie experiențială, analiză tranzacțională etc.).

Comisia Clinică a CPR poate propune și recunoașterea altor orientări psihoterapeutice (prin vot majoritar simplu), pe baza reprezentării lor în literatura și practica psihologică de specialitate.

Hipnoza și sugestia, asemeni altor tehnici de intervenție care se regăsesc în mai multe domenii de specializare și/sau forme de psihoterapie (de exemplu, tehnici de relaxare), nu sunt asimilabile ca modalități de psihoterapie. Aceste competențe se dobândesc prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR.

Art. 23. Procedura de atestare în psihoterapie se realizează în spiritul normelor internaționale în domeniu:

a. *Nivelul de psiholog practicant în psihoterapie*

Atestarea la nivel de psiholog practicant în psihoterapie (numit psihoterapeut sub supervizare, sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi psihologi sau asimilați) presupune ca prerechizite:

(1) 1.800 de ore (cursuri, seminarii, practică, plus studiul asociat acestora) care să includă în mod obligatoriu cunoștințe din domeniile:

- Diagnostic și evaluare clinică;
- Psihologie clinică și/sau medicală;
- Consiliere și psihoterapie;
- Psihiatrie și/sau psihopatologie;
- Psihologia sănătății și/sau psihosomatică;
- Psihologia dezvoltării.

Aceste 1.800 de ore sunt acoperite de:

- Orele cuprinse în baza licenței în psihologie sau asimilată, sau, în condițiile Art. 1, litera c, prin completarea studiilor cu un pachet de cursuri universitare de specialitate din domeniile mai sus menționate;

- 500-800 de ore de pregătire teoretică și aplicativă într-o formă specifică de psihoterapie, realizate la nivel de master și/sau prin asociații profesionale, acreditate de Comisia Clinică a CPR;

- Un minim de 150 de ore de autocunoaștere și dezvoltare personală, individuală sau de grup (care se vor continua până la încheierea analizei personale, conform școlii în care se formează) organizate în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR.

În această perioadă cât lucrează în supervizare își va continua și analiza personală.

b. Nivelul de psiholog specialist în psihoterapie

Atestarea la nivel de psiholog specialist în psihoterapie (numit psihoterapeut, sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi psihologi sau asimilați) presupune ca prechizite:

- Competențe de psiholog practicant în psihoterapie;
- Formare profesională prin asociații profesionale acreditate de Comisia Clinica a CPR:

- parcurgerea unui minimum de 100 de ore de autocunoaștere și dezvoltare personală, individuală sau de grup, în funcție de școlile formative de apartenență, în cadrul asociațiilor profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR;
- 300-600 de ore de practică clinică supervizată cu clienți/pacienți, organizată prin asociații profesionale acreditate de către Comisa Clinică a CPR în cadrul unei instituții medicale, în cabinete individuale pe bază de liberă practică, în alte instituții și organizații guvernamentale, non-guvernamentale și private care desfășoară activități de psihoterapie și consiliere psihologică;
- 150 de ore de supervizare a practicii clinice efective, organizate prin asociații profesionale acreditate de către Comisa Clinică a CPR.

Durata totală a procesului de formare este de minimum trei ani (în funcție de orientarea școlii și evoluția candidatului);

- Acceptarea programului de pregătire profesională continuă prin dovada a 25 de credite obținute după atestarea la nivelul de psiholog practicant în psihoterapie prin participări la cursuri, *workshop-un*, conferințe, publicații etc.

c. Nivelul de psiholog principal în psihoterapie

Atestarea la nivelul de psiholog principal în psihoterapie (numit psihoterapeut supervizor-formator, sintagmă obligatorie pentru cei atestați la acest nivel fără a fi psihologi sau asimilați) presupune ca prechizite:

- Competențe de psiholog specialist în psihoterapie;
- Formare ca supervizor-formator care cuprinde, în funcție de specificul școlii, minimum:
 - 24 ore de cursuri teoretice sau aplicative în domeniul supervizării;
 - 50 ore de co-supervizare (cu un supervizor-formator deja atestat).

Training-urile are loc în cadrul unor asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR;

- Activități profesionale performante exprimate în cursuri, publicații etc.;
- Acceptarea programului de pregătire profesională continuă prin dovada a 50 de credite obținute după atestarea la nivelul de psiholog specialist în psihoterapie prin participări la cursuri, *workshop-uri*, conferințe, publicații etc;

Atestarea în psihoterapie, așa cum este ea precizată în prezentul Regulament, a luat în calcul criteriile minime stabilite de normele internaționale de specialitate. În funcție de modalitatea specifică de psihoterapie în care are loc formarea, numărul de ore de formare poate fi mai mare.

V. Controlul profesional

Art. 24. În domeniul clinic, controlul profesional se face în cursul formării și practicii profesionale prin procesul de supervizare continuă specific psihologiei clinice, consilierii psihologice și psihoterapiei, descris în prezentul Regulament.

VI. Detalieri ale procedurilor de atestare

Art. 25. Procedurile de atestare în psihoterapie și consiliere psihologică se desfășoară după cum urmează:

(a) Metodologia detaliată a procesului de evaluare în vederea atestării individuale în psihoterapie (identică și pentru consilierea psihologică).

Procedura prezentată în continuare este valabilă în cazul în care nu există o asociație profesională de specialitate acreditată profesional de către Comisia Clinică a CPR. În cazul în care există o asociație profesională, atestarea în specialitatea psihoterapie se face prin intermediul acestei asociații profesionale, iar atestarea își urmează cursul normal prin Comisia Clinică a CPR (vezi Art. 2 și prezentul Regulament).

Procesul de evaluare a unui candidat individual, în cazul în care nu există o asociație profesională de specialitate acreditată de către Comisia Clinică a CPR, va consta din:

1) Candidatul va prezenta Comisiei Clinice a CPR documentele prevăzute la Art. 2 și, în plus :

- Copii legalizate și traduse, în cazul existenței acestora în limbi străine, după diplomele de studii și certificări;
- Orice documente (legalizate și traduse în limba română) doveditoare ale procesului său de formare și certificare în metoda de psihoterapie în care dorește atestarea;

2) în termen de maximum 30 de zile de la întrunirea Comisiei Clinice a CPR, aceasta va examina documentele candidatului și, în cazul acceptării lui, va stabili data prezentării acestuia pentru un interviu cu membrii Comisiei Clinice a CPR;

3) în situația în care Comisia Clinică a CPR va refuza cererea de evaluare a candidatului, acesta va fi înștiințat, de asemenea în limita unui interval de 30 de zile, asupra motivelor respingerii și asupra acțiunilor pe care este necesar să le întreprindă pentru a putea fi acceptat în vederea evaluării;

4) Interviul de evaluare este obligatoriu doar pentru situațiile în care nu există o certificare din partea unei Asociații profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR și va consta dintr-o discuție a candidatului cu membrii Comisiei Clinice a CPR pe marginea procesului său de formare și a activității clinice psihoterapeutice pe care acesta a desfășurat-o și intenționează să continue să o desfășoare, prin modalitatea psihoterapeutică în care dorește atestarea;

5) în cazul acordării atestării, CPR va emite atestatul și va înscrie numele psihoterapeutului în Registrul Unic al Psihologilor cu Drept de Liberă Practică din România.

(b) Tipurile de atestare individuală acordate de către CPR sunt:

1) Atestarea prin procedeul de *grandparenting* („dreptul bunicului”). Procedeul este utilizat de către Comisia Clinică a CPR în cazul unor persoane care au putut dovedi, prin mărturia scrisă a cel puțin cinci colegi cu reputație în domeniu, că au practicat cu succes psihoterapia, pentru o perioadă de cel puțin zece ani, în România sau în orice altă țară în care nu a existat, în perioada respectivă, un sistem oficial, legal, de certificare a psihoterapeuților. Vor fi recunoscuți de către Comisia Clinică a CPR prin această procedură „bunicii” atestați de Federația Română de Psihoterapie (FRP) până în 2005, pe baza unei cereri adresate în acest sens Comisiei Clinice a CPR, a dovezii atestării prin FRP și a achitării taxei de atestare la CPR, urmând specificațiile de la Art. 2. Procesul de atestare prin *grandparenting* va continua prin Comisia Clinică a CPR până în 2010 doar în situația unei modalități psihoterapeutice recunoscute internațional, dar încă neconstituite în România;

2) Sunt recunoscute atestările individuale obținute în cadrul FRP până în 2005, inclusiv, pe baza unei cereri adresate în acest sens Comisiei Clinice a CPR, a dovezii atestării prin FRP și a achitării taxei de atestare la CPR, urmând specificațiile de la Art. 2;

3) Atestarea în specialitatea psihoterapie, pe diverse trepte de specializare, ca urmare a unui *training*, organizat de asociațiile profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR sau organizat în condițiile Art. 24, litera a, care îndeplinește criteriile prezentei Comisii Clinice a CPR, conform procedurilor descrise în prezentul Regulament (vezi și Art. 2).

(c) Suspendarea sau încetarea dreptului de practică a unui psihoterapeut:

în situații speciale, când apare problema suspendării sau încetării practicii psihoterapeutice, se vor aplica normele prezentului Regulament și ale Comisiei de Deontologie a CPR.

VII Detalieri ale acreditării profesionale și ale constituirii registrului furnizorilor de formare profesională în psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie acreditați de comisia clinică a CPR

I. Programele Universitare

Art. 26. Organizatorii de programe universitare pot cere și acreditare profesională din partea Comisiei Clinice a CPR, în cadrul circumscris de prezentul Regulament, pe baza unei cereri specifice de recunoaștere profesională a programului universitar derulat, adresată Comisiei Clinice a CPR (în atenția secretarului acesteia), însoțită de un plan curricular detaliat. Absolvenții acestor programe pot face aplicația pentru obținerea atestării conform Art. 2. Organizatorii programelor universitare acreditate profesional de Comisia Clinică a CPR vor fi înscriși în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea I, după următorul model:

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| Numele instituției organizatoare, al programului formativ și a coordonatorului acestui program | Adresa și persoana de contact | Programe formative pentru care a fost acreditat de Comisia Clinică a CPR (incluzând numărul de credite) |
|--|-------------------------------|---|

II. Asociații Profesionale

Art. 27. Acreditarea asociațiilor profesionale în vederea desfășurării activității de selecție, formare, evaluare și certificare a psihoterapeuților se face după cum urmează (procedurile sunt valabile și pentru asociațiile care oferă formare în consiliere psihologică și psihologie clinică):

(a) Standardele minime de acreditare a unei asociații/organizații formatoare în psihoterapie. Pentru a fi luată în considerație, în vederea, acreditării, o asociație profesională trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

1) Să aibă în componența sa cel puțin patru membrii certificați în metoda de psihoterapie pentru care se solicită acreditare din partea Comisiei Clinice a CPR. Aceștia vor avea, în cadrul asociației respective, calitatea de psihoterapeuți supervizori- formatori;

2) Să conțină o structură profesională (comitet, comisie profesională etc.), alcătuită din membrii formatori (certificați), care să se ocupe de selecția, formarea, evaluarea și certificarea candidaților;

3) Să aibă înscrise în statut sau în regulamentul interior al comisiei sale profesionale:

- Programa de studiu teoretic specifică modalității de psihoterapie pe care o practică;

- Condițiile precise de desfășurare a activității de dezvoltare personală (psihoterapie de formare) a candidaților;
- Modalitatea de supervizare a activității clinice a candidaților;
- Criteriile de evaluare și certificare a candidaților;
- Tipurile de *cursuri/workshop-uri* de scurtă durată pentru formare și dezvoltare profesională (creditarea lor se face cu avizul Comisiei Clinice a CPR).

4) Să se angajeze în respectarea standardelor minime de certificare stabilite de către Comisia Clinică a CPR;

5) în situația în care unele asociații nu dispun, în prezent, de numărul menționat de psihoterapeuți certificați și atestați, acele asociații pot primi o acreditare temporară, cu avizul special al Comisiei Clinice a CPR. Pentru a obține acreditarea temporară, o asociație trebuie să aibă cel puțin un membru certificat, cu statutul de supervizor-formator, pentru acea modalitate psihoterapeutică în care asociația solicită acreditarea. Acreditarea unei asociații cu un număr mai mic de patru membrii supervizori-formatori va avea o durată limitată la cel mult șapte ani. La expirarea termenului, acreditarea va fi retrasă, fără posibilitatea de redobândire, atâta timp cât asociația nu va avea, în rândul membrilor săi, cel puțin patru psihoterapeuți supervizori-formatori (certificați și atestați) în respectiva modalitate terapeutică.

(b) Metodologia procesului de evaluare, aplicată de către Comisia Clinică a CPR, în vederea acreditării asociațiilor profesionale componente (aceeași procedură se aplică și programelor universitare acreditate profesional de Comisia Clinică a CPR, cu adaptările specifice). Acreditarea unei asociații profesionale componente se va desfășura după următorul procedeu:

- 1) Asociația va înainta Comisiei Clinice a CPR un dosar cu următoarele acte:
 - Cerere de acreditare (în atenția secretarului acesteia), în care va fi specificată și modalitatea psihoterapeutică pentru care dorește acreditarea;
 - Lista membrilor;
 - CV-urile membrilor supervizori-formatori și copii după diplomele lor de certificare;
 - Copii după statutul asociației, după codul etic și după regulamentul intern al comisiei sale profesionale. Acesta din urmă trebuie să cuprindă criteriile și modalitățile de selecție, formare, evaluare și certificare a membrilor asociațiilor;
 - Angajamentul de a respecta permanent standardele minime proprii, aprobate de către Comisia Clinică a CPR, referitoare la selecția, formarea și certificarea psihoterapeuților. Acest angajament trebuie semnat de către toți membrii formatori ai asociației;
 - Taxa de analiză a cererii de acreditare de 50 € plătită în contul CPR (organizatorii de programe universitare sunt exceptați de la această taxă);

2) Secretarul Comisiei Clinice a CPR nu va primi decât dosare complete (cu toate actele menționate);

3) în termen de maximum 30 de zile de la întrunirea Comisiei Clinice a CPR, aceasta va comunica direct asociației aplicante decizia de acceptare sau de respingere a cererii de acreditare;

4) în cazul unei decizii de respingere, Comisia Clinică a CPR va comunica în detaliu motivele acesteia, precum și măsurile pe care asociația respectivă le poate întreprinde în vederea acceptării acreditării sale;

5) Asociația, căreia Comisia Clinică a CPR i-a refuzat acreditarea și dorește să conteste acest refuz, poate înainta, în termen de 60 de zile, o contestație la Comitetul Director al CPR;

6) Comisia Clinică a CPR va utiliza următorul procedeu în procesul de evaluare a dosarului de acreditare a unei asociații:

- Secretarul va transmite fiecărui membru al Comisiei Clinice a CPR, inclusiv președintelui și vicepreședintelui, dosarul de acreditare;
- în prima sa ședință de lucru, Comisia Clinică a CPR va lua în discuție evaluarea dosarului primit. Decizia finală de acceptare sau de respingere va fi luată prin vot, conform procedurilor de lucru ale Comisiei Clinice a CPR;
- Secretarul va comunica asociației aplicante decizia Comisiei Clinice a CPR, iar în cazul acreditării acesteia, va emite certificatul de atestare și va înscrie numele asociației în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea a II-a. Membrii asociației acreditate, pe baza procedurii descrise la Art. 2, vor fi atestați de către Comisia Clinică a CPR conform nivelului lor de pregătire și vor fi înscriși în Registrul Unic al Psihologilor cu Drept de Liberă Practică din România.

(c) Retragera acreditării unei asociații (aceeași procedură se aplică și programelor universitare acreditate profesional de Comisia Clinică a CPR, cu adaptările specifice). Acreditarea unei asociații poate fi retrasă de către Comisia Clinică a CPR în următoarele situații:

1) Atunci când, în cazul acreditării temporare, după expirarea termenului acordat (nu mai mult de șapte ani), asociația nu are în rândul membrilor săi cel puțin patru psihoterapeuți supervizori-formatori, certificați pentru modalitatea de psihoterapie în care a fost acordată acreditarea;

2) Dacă se constată că standardele de acreditare nu mai sunt menținute la nivelul minim, necesar pentru acreditare.

Art. 28. Comisia Clinică a CPR acreditează automat asociațiile profesionale acreditate de FRP până în 2005. Aceste asociații profesionale vor face o cerere de acreditare către Comisia Clinică a CPR (în atenția secretarului acesteia), la care vor anexa dovada acreditării de către FRP și vor plăti o taxă de acreditare de 50 Euro către CPR. Profesioniștii certificați de aceste asociații pot face aplicația pentru obținerea atestării conform Art. 2, incluzând obligatoriu la aliniatul 7

I **certificatul eliberat de asociația profesională acreditată de Comisia Clinică a CPR pe nivele de competență în consiliere psihologică și/sau psihoterapie.**

Asociațiile profesionale care sunt compuse sau conduse de profesioniști nepsihologi (de exemplu, medici psihiatri) sau ai căror directori de programe formative nu sunt psihologi vor fi acreditate de către Comisia Clinică a CPR numai în măsura în care acestea se obligă să recunoască formările profesioniștilor proprii (de exemplu, medici psihiatri) în cadrul asociațiilor profesionale conduse de psihologi sau ai căror directori de programe formative sunt psihologi.

Asociațiile profesionale neacreditate de FRP pot face aplicație de acreditare către Comisia Clinică a CPR conform normelor prezentului Regulament (vezi Art. 27).

Asociațiile profesionale acreditate de Comisia Clinică a CPR vor fi înscrise în Registrul Furnizorilor de Formare Profesională în Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie Acreditați de Comisia Clinică a CPR, Partea a II-a, după următorul model:

| | | |
|--|-------------------------------|--|
| Numele asociației și președintele acesteia | Adresa și persoana de contact | Programe formative pentru care a fost acreditată de Comisia Clinică a CPR (incluzând numărul de credite) |
|--|-------------------------------|--|

VIII. Atestarea cabinetelor profesionale

Art. 29. Pentru atestarea cabinetelor de psihologie clinică, de consiliere psihologică sau psihoterapie, dosarul de atestare va cuprinde dovezi privind:

1) Existența a minimum 6 m² în cazul cabinetului care oferă servicii de evaluare și intervenție psihoterapeutică/consiliere individuală. în situația practicării consilierii sau terapiei de grup, cabinetul trebuie să aibă minimum 12 m²;

2) Dotarea cabinetelor de psihologie clinică va cuprinde și teste psihologice din această categorie;

3) De asemenea, standardul cabinetelor include obligatoriu:

- mobilier și accesorii adecvate (conform modalității specifice);
- condiții de luminozitate, aerisire;
- condiții de respectare a confidențialității și securității fizice și emoționale a participanților.

4) Vor fi respectate și standardele igienico-sanitare în vigoare.

IX. Legendă

Atestare : procesul de recunoaștere profesională a psihologului de către CPR.

Acreditare : procesul de recunoaștere profesională a unei organizații (universitare sau asociație profesională) de a desfășura programe formative sub egida CPR, care să asigure atestarea de către CPR.

Certificare: procesul de recunoaștere profesională a psihologului de către o asociație profesională.

Specializare: o sumă de cunoștințe declarative și procedurale necesare realizării performante a unor activități interrelaționate într-un domeniu.

Competență: o sumă de cunoștințe declarative și procedurale necesare realizării performante a unei activități relativ omogene.

Specializări profesionale conform prezentului Regulament:

- Psiholog practicant în psihologie clinică (numit și psiholog clinician);
- Psiholog specialist în psihologie clinică (numit și psiholog clinician specialist);
- Psiholog principal în psihologie clinică (numit și psiholog clinician principal);
- Psiholog practicant în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic sub supervizare);
- Psiholog specialist în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic);
- Psiholog principal în consiliere psihologică (numit și consilier psihologic supervizor-formator);
- Psiholog practicant în psihoterapie (numit și psihoterapeut sub supervizare);
- Psiholog specialist în psihoterapie (numit și psihoterapeut);
- Psiholog principal în psihoterapie (numit și psihoterapeut supervizor-formator).

ANEXA 5. Colegiul Psihologilor din România, Codul Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică

Copyright-u pentru acest text aparține Colegiului Psihologilor din România (CPR). Mulțumesc CPR pentru acordul dat la reproducerea lui.

Codul Deontologic este un *summum* de principii și standarde etice de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică și care instituie regulile de conduită ale psihologului cu drept de liberă practică, denumit în continuare psiholog. Codul oferă o bază consensuală pentru luarea de atitudine colectivă împotriva unor eventuale comportamente apreciate a încălca principiile eticii profesionale. Acest cod, pe lângă valoarea sa normativă, are rolul de a orienta și regla numai acele activități ale psihologilor în care aceștia se angajează ca psihologi, nu și pe cele din viața privată a acestora. Comportamentul personal al psihologului poate fi luat în discuție numai dacă este de o asemenea natură, încât aduce prejudicii profesiei de psiholog sau ridică serioase îndoieli privind capacitatea acestuia de a-și asuma și îndeplini responsabilitățile sale profesionale ca psiholog.

Principiul I. Respectarea drepturilor și demnității oricărei persoane

Psihologii vor avea permanent în atenție faptul că orice persoană are dreptul să-i fie apreciată valoarea înnăscută de ființă umană și că această valoare nu este sporită sau diminuată de cultură, naționalitate, etnie, culoare sau rasă, religie, sex sau orientare sexuală, statut marital, abilități fizice sau intelectuale, vârstă, statut socio-economic sau orice altă caracteristică personală, condiție sau statut.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea următoarelor reguli:

Art. 1.1. Psihologii își desfășoară activitatea manifestând respect față de trăirile, experiențele, cunoștințele, valorile, ideile, opiniile și opțiunile celorlalți.

Art. 1.2. Psihologii nu se angajează public în prejudicierea imaginii celorlalți și nu vor manifesta inechitate pe criterii de cultură, naționalitate, etnie, rasă, religie, sex, orientare sexuală și nici nu se angajează în remarci sau comportamente ce aduc prejudicii demnității celorlalți.

Art. 1.3. Psihologii vor utiliza un limbaj ce exprimă respectul față de demnitatea celorlalți atât în comunicarea scrisă, cât și în cea orală.

Art. 1.4. Psihologii evită ori refuză să participe la activități și practici ce nu respectă drepturile legale, civile ori morale ale celorlalți.

Art. 1.5. Psihologii vor refuza să consilieze, să educe ori să furnizeze informații oricărei persoane care, după opinia lor, va utiliza cunoștințele și îndemânarea dobândită pentru a viola drepturile fundamentale ale omului.

Art. 1.6. Psihologii respectă drepturile celor care beneficiază de servicii psihologice, participanților la cercetare, angajaților, studenților și altora, protejând astfel propria lor demnitate.

Art. 1.7. Psihologii se vor asigura că, sub nici o formă, consimțământul informat al clientului/participantului nu este dat în condiții de coerciție sau sub presiune.

Art. 1.8. Psihologii vor avea grijă ca, în furnizarea de servicii psihologice ori în activitatea de cercetare științifică, să nu violeze spațiul privat personal sau cultural al clientului/subiectului, fără o permisiune clară și o garanție că pot să facă acest lucru.

Art. 1.9. Activitatea psihologilor nu trebuie să prejudicieze dreptul sacru la demnitate umană și nici dreptul persoanei la propria imagine.

Principiul II. Responsabilitate profesională și socială

Psihologii manifestă o maximă responsabilitate pentru starea de bine a oricărui individ, a familiei, grupului ori comunității față de care își exercită rolul de psihologi. Această preocupare include atât pe cei direct, cât și pe cei indirect implicați în activitățile lor, prioritate având cei direct implicați.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea următoarelor reguli:

Art. II. 1. Psihologii vor proteja și promova starea de bine și vor evita provocarea de daune clienților, studenților, participanților la cercetare, colegilor de profesie și celorlalți, asumându-și cu responsabilitate consecințele propriilor lor acțiuni.

Art. II.2. Psihologii vor respecta dreptul persoanei de a sista, fără nici o justificare, participarea sa la serviciul furnizat, în calitate de client, sau la activități de cercetare științifică, în calitate de subiect.

Art. II.3. Psihologii vor refuza să îndrume, să instruiască ori să furnizeze informații celor care, după judecata lor, vor putea utiliza greșit cunoștințele și deprinderile, voluntar sau involuntar, în dauna celorlalți.

Art. II.4. Psihologii nu vor delega activități psihologice spre persoane care nu au competențele necesare pentru acele activități.

Art. II.5. Psihologii vor promova și facilita dezvoltarea științifică și profesională a angajaților, a celor supervizați, studenților, participanților la programe de formare profesională etc.

Art. II.6. Psihologii vor contribui la dezvoltarea psihologiei ca știință și a societății în general, prin cercetarea liberă și prin achiziția, transmiterea și exprimarea liberă a cunoștințelor și ideilor, excepție făcând activitățile ce intră în conflict cu obligațiile etice.

Art. II.7. Psihologii vor susține cu responsabilitate rolul psihologiei ca disciplină în fața societății și vor promova și menține cele mai înalte standarde ale disciplinei.

Art. II.8. Psihologii vor sesiza Colegiului Psihologilor cazurile de abatere de la normele de etică și deontologie profesională, dacă rezolvarea informală, amiabilă a situației nu a fost posibilă.

Art. II.9. Psihologii vor respecta legile și reglementările societății, comunității în care activează. Dacă legile sau reglementările intră în conflict cu principiile etice, psihologul va face tot posibilul să respecte principiile etice.

Art. II. 10. Psihologii nu vor contribui și nu se vor angaja în cercetare sau orice alt tip de activitate care contravine legilor umanitare internaționale (de exemplu, dezvoltarea metodelor de tortură a persoanelor, dezvoltarea de arme interzise, terorism sau activități de distrugere a mediului).

Art. II. 11. Psihologii nu vor furniza servicii psihologice și nu vor face cercetări, indiferent cine - psiholog sau nepsiholog - încearcă să-i oblige să procedeze împotriva eticii profesionale.

Art. II.12. În cadrul lor de competență profesională, psihologii vor decide alegerea și aplicarea celor mai potrivite metode și tehnici psihologice. Ei răspund personal de alegerile și consecințele directe ale acțiunilor lor în funcție de atestarea profesională primită.

Art. II. 13. Psihologii se vor consulta și cu alți specialiști sau cu diverse instituții pentru a promova starea de bine a individului și societății.

Principiul III. Integritate profesională

Psihologii vor căuta să manifeste cel mai înalt grad de integritate morală și profesională în toate relațiile lor. Este de datoria psihologului să prezinte onest pregătirea și calificările sale oriunde se află în relații profesionale și, de asemenea, să nu permită sau să tolereze practicile incorecte și discriminatorii.

Aderarea la acest principiu presupune respectarea următoarelor reguli:

Art. III. 1. Psihologii vor prezenta într-o manieră onestă domeniile de specialitate în care sunt atestați, competențele, afilierea și experiența profesională, nefiind acceptate nici un fel de distorsiuni, omisiuni sau false prezentări în acest sens.

Art. III.2. Psihologii nu practică, nu îngăduie, nu instigă, nu colaborează și nu consimt sau facilitează nici o formă de discriminare.

Art. III.3. Psihologii vor onora toate promisiunile și angajamentele asumate prin orice tip de convenție. Dacă apar situații de forță majoră, psihologii vor informa și vor oferi explicații complete și sincere părților implicate.

Art. III.4. Psihologii vor promova acuratețea, obiectivitatea, onestitatea și buna-credință în activitățile lor profesionale. În aceste activități, psihologii nu vor fura, înșela și nu se vor angaja în fraudă, eludări, subterfugii sau denaturări intenționate ale faptelor.

Art. III.5. Psihologii vor evita orice imixtiuni care afectează calitatea actului profesional, fie că e vorba de interese personale, politice, de afaceri sau de alt tip.

Art. in.6. Psihologii vor evita să ofere recompense exagerate pentru a motiva un individ sau un grup să participe într-o activitate, care implică riscuri majore și previzibile.

Art. III.7. Psihologii vor evita relațiile multiple (cu clienții, subiecții, angajați, cei supervizați, studenți sau persoane aflate în formare) și alte situații care pot prezenta un conflict de interese sau care pot reduce capacitatea lor de a fi obiectivi și imparțiali.

Art. III.8. Psihologii vor evita să participe la activități care pot cauza daune imaginii psihologilor sau psihologiei ca profesie, vor explica rolul psihologului tuturor celor interesați.

Art. III.9. Psihologii vor fi reflexivi, deschiși și conștienți de limitele lor personale și profesionale.

Art. III. 10. Psihologii nu vor contribui, fie singuri, fie în colaborare cu alții, la nici un fel de practici care pot viola libertatea individuală sau integritatea fizică sau psihologică a oricărei persoane.

Standarde etice generale

IV. Standarde de competență

Cunoașterea competențelor

Art. IV. 1. Psihologii au obligația să-și cunoască foarte bine limitele de competență în oferirea de servicii psihologice, în activitatea de predare sau de cercetare.

Art. IV.2. Psihologii sunt datori să acționeze, pe toată durata exercitării profesiei, în vederea formării și practicării la standarde cât mai înalte a propriilor competențe profesionale.

Servicii psihologice în acord cu competența

Art. IV3. Psihologii se vor angaja numai în acele activități profesionale pentru care au cunoștințele, aptitudinile, atitudinile, experiența și atestarea necesare.

Prezentarea onestă a competenței

Art. IV.4. Psihologii nu vor prezenta fals limitele competenței lor și nu vor prezenta pregătirea sau formarea lor într-un mod care să le favorizeze nemeritat poziția sau imaginea publică, indiferent de tipul de activitate profesională desfășurată.

Limitarea competenței

Art. IV.5. Atunci când psihologii urmează să desfășoare servicii psihologice, cercetări sau să predea dincolo de limitele de competență, aceștia vor căuta să obțină cât mai rapid competența necesară (care va presupune, după caz, studiu, evaluare și supervizare) și numai apoi se vor angaja în desfășurarea activităților vizate (excepție IV.7.)

Consultarea în caz de limită a competenței

Art. IV.6. În exercitarea profesiei, atunci când psihologii constată că ajung într-un impas profesional sau sunt în postura de a-și depăși limitele de competență, vor consulta colegii sau supervizorul.

Servicii psihologice în afara competenței

Art. IV.7. În cazul în care pentru un tip de serviciu psihologic solicitat nu există standarde generale recunoscute, nici programe de formare profesională, nici specialiști atestați și disponibili în acel domeniu și totuși psihologii sunt solicitați, aceștia vor depune toate eforturile pentru obținerea unui standard minimal de competență, având permanent grijă să protejeze clienții, studenții, supervizații, participanții și pe toți cei implicați, pentru a nu produce acestora daune sub o formă sau alta. În acest caz, serviciul va continua până când solicitarea încetează sau până când un specialist cu competență recunoscută în acel domeniu devine disponibil.

Pregătirea continuă

Art. IV.8. Psihologii au obligația să depună permanent un efort de menținere și dezvoltare a competențelor lor prin informare permanentă, programe de formare profesională de specialitate, consultări cu ceilalți specialiști din domeniu ori prin cercetări care să conducă spre creșterea competenței profesionale, conform standardelor Colegiului Psihologilor din România.

ff

Obiectivitatea

Art. IV.9. Psihologii au obligația de a fi conștienți de limitele procedurilor folosite, indiferent de tipul de activitate. Psihologii vor avea grijă ca furnizarea serviciilor, cercetarea științifică, prezentarea rezultatelor concluziilor să fie făcute cu maximă obiectivitate, evitând orice tendință de prezentare parțială sau cu tentă subiectivă.

Delegarea

Art. IV. 10. Psihologii care delegă activități profesionale spre angajați, supervizați, cercetători, asistenți vor lua toate măsurile pentru a evita încălcarea standardelor de competență ale prezentului Cod.

Afectarea competenței

Art. IV. 11. Atunci când psihologii realizează că, din motive de sănătate ori din cauza unor probleme personale, nu mai pot să ofere în condiții de competență o anumită activitate profesională, aceștia vor cere sprijin și asistență profesională pentru a decide dacă trebuie să-și limiteze, suspende sau să încheie respectiva activitate profesională.

V. Standarde cu privire la relațiile umane

Respect și preocupare

Art. V. 1. În relațiile lor profesionale, psihologii vor manifesta preocupare față de clienți, studenți, participanți la cercetare, supervizați sau angajați, căutând să nu producă acestora daune sau suferință, iar dacă acestea sunt inevitabile, le vor minimiza pe cât posibil.

Evitarea hărțuirii

Art. V.2. Psihologii nu se vor angaja sub nici un motiv într-o formă sau alta de hărțuire, fie că aceasta este sexuală, emoțională, verbală sau nonverbală.

Evitarea abuzului

Art. V.3. Psihologii nu se vor angaja în comportamente de defăimare sau de abuz (fizic, sexual, emoțional, verbal sau spiritual) față de persoanele cu care vin în contact în timpul activității lor profesionale.

Evitarea relației multiple

Art. V.4. Psihologii vor evita pe cât posibil relațiile multiple, adică relațiile în care psihologii îndeplinesc simultan mai multe roluri într-un context profesional.

Consimțământul în caz de relații cu terți

Art. V.5. Psihologii vor clarifica natura relațiilor multiple pentru toate părțile implicate înainte de obținerea consimțământului, fie că oferă servicii psihologice ori conduc cercetări cu indivizi, familii, grupuri ori comunități la cerere sau pentru a fi utilizate de către terți. A treia parte poate fi școala, instanța judecătorească, diverse agenții guvernamentale, companii de asigurări, poliția ori anumite instituții de finanțare etc.

Nonexploatarea

Art. V.6. Psihologii nu vor exploata și nu vor profita, sub nici o formă, de persoanele față de care, prin profesie sau poziție, manifestă un ascendent de

autoritate (clienți, studenți, participanți la cercetare, supervizați, angajați), orice formă de exploatare sau abuz de autoritate fiind strict interzisă.

Participarea activă la decizii

Art. V.7. Psihologii vor avea grijă să permită participarea activă și deplină a celorlalți la deciziile care îi afectează direct, respectând dorințele justificate și valorificând opiniile acestora, ori de câte ori este posibil.

Neintrarea în rol

Art. V.8. Psihologii se vor abține de la intrarea într-un rol profesional atunci când, din motive de ordin personal, științific, legal, profesional, financiar: (1) poate fi afectată obiectivitatea, competența sau eficiența activității lor profesionale; (2) față de clienți/subiecți există riscul exploatării sau producerii unor daune.

Urgentarea consimțământului

Art. V.9. Înainte de începerea oricărui tip de serviciu psihologic (evaluare, terapie, consiliere etc.), psihologii vor obține consimțământul informat din partea tuturor persoanelor independente sau parțial dependent implicate, excepție făcând circumstanțele în care există nevoi urgente (de exemplu, tentative sau acțiuni suicidare). În astfel de circumstanțe, psihologii vor* continua să acționeze, cu asentimentul persoanei, dar vor căuta să obțină cât se poate de repede consimțământul informat.

Asigurarea consimțământului

Art. V. 10. Psihologii se vor asigura că, în procesul de obținere a consimțământului informat, următoarele puncte au fost înțelese: scopul și natura activității; responsabilitățile mutuale; beneficiile și riscurile; alternativele; circumstanțele unei încetări a acțiunii; opțiunea de a refuza sau de a se retrage în orice moment, fără a suferi vreun prejudiciu; perioada de timp în care e valabil consimțământul; modul în care se poate retrage consimțământul dacă se dorește acest lucru.

Delegarea de consimțământ

Art. V. 11. În cazul în care persoana care urmează să beneficieze de un serviciu psihologic este în imposibilitatea de a-și da consimțământul, se acceptă obținerea lui de la o persoană apropiată acesteia care poate să-i apere interesele în mod legal sau de la o persoană autorizată care, conform legii, este în măsură să o reprezinte.

Continuitatea serviciului

Art. V. 12. Dacă din motive de boală sau datorită unor evenimente survenite în viața psihologului, acesta nu mai poate continua oferirea serviciului în bune condiții, va depune toate eforturile pentru a se asigura de continuitatea serviciului

oferit, îndrumând clientul spre un coleg de profesie cu competența necesară și, pe cât posibil, cu consimțământul clientului.

Dreptul la opoziție

Art. V.13. Cu excepția cazurilor de forță majoră, de urgență (perturbări ale funcționării psihice, în termenii pericolului iminent, care necesită intervenție imediată), psihologul acționează respectând dreptul clientului de a refuza sau a opri prestarea unui serviciu psihologic.

VI. Standarde de confidențialitate

Întreruperea serviciului din motive de confidențialitate

Art. VI.1. Relația dintre psihologi și beneficiarii serviciilor lor este adesea o relație foarte sensibilă, ce necesită realizarea unei alianțe pentru desfășurarea în bune condiții a activității profesionale, motiv pentru care confidențialitatea este obligatorie. Atunci când, din motive ce nu pot fi evitate, psihologul nu mai poate păstra confidențialitatea, acesta va înceta să mai ofere serviciul respectiv.

Protejarea confidențialității

Art. VI.2. Psihologii vor proteja confidențialitatea tuturor informațiilor adunate în timpul activităților lor profesionale și se vor abține de la dezvăluirea informațiilor pe care le dețin despre colegi, clienții colegilor, studenți și membrii organizațiilor, excepție făcând situațiile: pentru protecția sănătății publice, pentru prevenirea unui pericol iminent, pentru prevenirea săvârșirii unei fapte penale sau pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte ori pentru înlăturarea urmărilor prejudiciabile ale unei asemenea fapte. Divulgarea, de către psihologi, a unor date care le-au fost încredințate sau de care au luat cunoștință în virtutea profesiei, dacă aceasta este de natură a încălca clauza de confidențialitate, este interzisă.

Limitele confidențialității

Art. VI.3. Psihologii clarifică ce măsuri se vor lua pentru protejarea confidențialității și ce responsabilități familiale, de grup ori comunitare au pentru protejarea confidențialității, atunci când desfășoară activități de cercetare sau oferă servicii, înainte de primirea consimțământului, psihologul va informa clientul cu privire la limitele confidențialității și condițiile în care acesta poate fi încălcat, precum și asupra utilizării posibile a informațiilor rezultate în urma activității sale.

Dezvăluirea de informații

Art. VI.4. Psihologii pot împărtăși informațiile confidențiale cu alții numai cu consimțământul celor vizați ori de o așa manieră încât cei vizați să nu poată fi

identificați, excepție făcând situațiile justificate de lege sau în circumstanțe de iminență sau posibilă vătămare fizică sau crimă.

Confidențialitatea de colaborare

Art. VI.5. în cazul în care cu același client lucrează doi psihologi în același timp, aceștia vor colabora pe cât posibil, fără restricții de confidențialitate, excepție făcând situația în care există o opoziție clară din partea clientului în acest sens. De asemenea, personalul auxiliar va păstra confidențialitatea informațiilor la care are acces prin natura activităților sale.

Utilizarea informațiilor

Art. VI.6. Rezultatele, documentările și notițele psihologului pot fi folosite numai într-o formulă care păstrează cu rigurozitate anonimatul.

Confidențialitatea față de terți

Art. VI.7. în cazul în care există terți implicați în activitatea profesională a psihologului, acesta va clarifica cu părțile implicate limitele confidențialității, condițiile de păstrare a confidențialității și nu va da curs nici unei solicitări venite de la o terță parte în dezvăluirea de informații confidențiale, decât în condițiile respectării legii și limitelor confidențialității.

VII. Standarde de conduită colegială

Conduită colegială

Art. VII. 1. Psihologii vor manifesta față de colegii lor de profesie onestitate, corectitudine, loialitate și solidaritate, conduitele lor fiind în acord cu standardele profesionale.

Respect

Art. VII.2. Psihologii vor manifesta respect față de colegii lor de profesie și nu vor exprima critici nefondate și etichetări la adresa activității lor profesionale.

Evitarea denigrării

Art. VII.3. Psihologii nu vor acționa, sub nici o formă, în manieră denigratoare la adresa colegilor de profesie și nu vor împiedica clienții să beneficieze de serviciile lor, dacă nu există un motiv serios și cu implicații etice în acest sens.

Responsabilitatea profesională

Art. VII.4. Atunci când există o intenție justificată de încetare a serviciului psihologic oferit clientului și de îndrumare a acestuia spre un alt coleg de profesie,

psihologii vor menține un contact suportiv și responsabil față de clienți, până când acel coleg își asumă continuarea serviciului în cauză.

Autosesizarea

Art. VII.5. În cazul în care psihologii constată că există abateri ale unui coleg de la normele prezentului Cod, vor manifesta preocupare față de violarea de către acesta a standardelor sau principiilor etice, vor atrage atenția celui coleg asupra conduitei neadecvate cu maximă discreție și colegialitate și se vor adresa Comisiei de Deontologie și Disciplină a Colegiului Psihologilor din România doar în cazul în care comportamentul non-etic persistă.

Sprrijinul colegial

Art. VII.6. Psihologii vor căuta să sprijine pe cât posibil eforturile profesionale ale colegilor în limita disponibilităților participative și a timpului disponibil.

Concurența neloială

Art. VII.7. Psihologii nu vor practica concurența neloială. Sunt interzise și se consideră concurență neloială următoarele: tentativa sau acțiunea de atragere sau deturnare de clienți, prin denigrarea sau discreditarea altui psiholog; practicarea unor onorarii subevaluate în mod intenționat, având cunoștință de oferta anterioară a altui psiholog; folosirea unei funcții publice pe care psihologul o deține, în scopul atragerii de clienți în interes propriu; preluarea unui contract pe care un alt psiholog l-a denunțat în temeiul prevederilor prezentului Cod; furnizarea de date false privind competența și/sau atestarea profesională, în scopul de a-l induce în eroare pe beneficiar.

VIII. Standarde de înregistrare, prelucrare și păstrare a datelor

Obținerea permisiunii

Art. VIII. 1. Psihologii trebuie să obțină permisiunea clienților/subiecților sau a reprezentanților lor legali înainte de a efectua înregistrări audio, video sau scrise în timpul furnizării serviciilor sau în cercetare.

Păstrarea datelor

Art. VIII.2. Psihologii vor colecta numai acele date care sunt relevante pentru serviciul oferit și vor lua toate măsurile pentru a proteja aceste informații. Originalul și eventualele copii ale acestor informații pot fi păstrate numai cu acordul clienților.

Protejarea datelor

Art. VIII.3. Psihologii se vor asigura că înregistrările asupra cărora au control rămân identificabile numai atât timp cât sunt necesare pentru scopul pentru care au fost realizate și prezintă ca anonimă ori distruge orice înregistrare aflată sub controlul lor și care nu mai e nevoie să fie identificabilă personal.

Transferul datelor

Art. VIII.4. Datele colectate, înregistrate pot fi transferate către psihologii care preiau clienții, consultate și utilizate de colegi de profesie indiferent de forma de atestare, dacă persoanele vizate și-au dat în mod neechivoc consimțământul, iar acest consimțământ nu a fost retras.

Distrușgerea datelor

Art. VIII.5. Dacă psihologul renunță la practica sa profesională prin intermediul căreia a realizat acele înregistrări sau dacă acesta se pensionează, va căuta să distrușgă înregistrările respective. Înregistrările pot fi plasate către un alt psiholog numai cu consimțământul celor implicați, obținut în prealabil, pentru acele înregistrări, în situația suspendării sau încetării dreptului de liberă practică, datele vor fi distrușgite, dacă nu se impune transferarea lor.

IX. Standarde de onorarii și taxe

Dreptul la onorarii

Art. IX.1. Pentru orice serviciu profesional oferit de psihologi, aceștia au dreptul să primească onorarii sau salarii negociate în mod liber cu beneficiarul sau cu o terță parte.

Acordul pentru onorariu

Art. IX.2. Psihologii vor căuta să stabilească, de comun acord cu beneficiarul serviciului oferit, care este valoarea și modalitatea-de percepere a onorariului în condițiile legilor în vigoare și fără o falsă prezentare a cuantumului acestui onorariu.

Renegocierea

Art. IX.3. Dacă din motive justificate serviciul oferit necesită restrângeri și limitări, acordul inițial va fi renegociat cât mai curând posibil. Psihologii își rezervă dreptul de a modifica valoarea onorariului în funcție de situațiile obiective noi apărute, cu notificarea prealabilă și cu acordul clientului.

Remunerarea prin terți

Art. DC.4. Dacă psihologul oferă un serviciu (de consultanță, administrativ, clinic etc.) în care onorariul nu se percepe de la beneficiar, ci revine sub forma unei remunerări de la o a treia parte, remunerarea se va face, pe cât posibil, pentru serviciul oferit și nu pe alte criterii specifice acestor terți (diverse instituții).

Limitele onorariului

Art. IX.5. Onorariul fixat va depinde de calitatea serviciului oferit și competențele profesionale ale psihologului, însă psihologii vor avea grijă să nu ceară un onorariu disproportionat față de valoarea serviciului oferit. Psihologii nu vor exploata beneficiarii serviciilor lor și vor explica, dacă e cazul, valoarea onorariului stabilit.

X. Standarde pentru declarații publice și reclamă

Onestitatea în reclamă

Art. X.1. Psihologii își pot face publicitate numai pe baza propriilor realizări, evitând promovarea unui palmares profesional fals sau exagerat și cu condiția să nu pună în cauză activitatea unui coleg de profesie.

Nu sunt considerate acțiuni publicitare acele manifestări în care numele sau aspecte ale activității lor profesionale sunt menționate în materiale scrise sau audiovizuale realizate de către terți în scopul informării publicului și nici acele intervenții publice ale psihologilor cu referiri la activitatea sau creațiile lor, dacă acestea nu sunt comandate și plătite de către aceștia.

Responsabilități de reclamă

Art. X.2. (a) Psihologii care angajează persoane fizice sau juridice în scopul de a crea și/sau difuza mesaje care să promoveze practica lor profesională, produsele sau activitățile lor își vor păstra responsabilitatea profesională pentru mesajele respective; (b) Psihologii nu vor oferi remunerări angajaților din presa scrisă și audiovizuală sau alte forme de comunicare a informației către public pentru a li se face publicitate în cadrul programelor/secțiunilor de știri; (c) Publicitatea făcută activității unui psiholog trebuie să fie explicită și identificată ca atare.

Art. X.3. Psihologii care se ocupă cu anunțurile, cataloagele, broșurile sau reclama pentru simpozioane, seminarii sau alte programe educaționale și care nu au o calificare adecvată se vor asigura că descriu cu precizie publicul-țintă, programul, obiectivele educaționale și taxele.

Reprezentarea în declarații

Art. X.4. Psihologii vor clarifica dacă acționează ca simpli cetățeni, ca membri ai unor organizații sau grupuri specifice, atunci când dau declarații sau când sunt implicați în activități publice.

Declarații publice

Art. X.5. Atunci când psihologii oferă informații, exprimă puncte de vedere pe teme profesionale și fac declarații publice prin mijloace de informare în masă, publicații de specialitate sau în format electronic, se vor asigura că acestea se înscriu în limitele competențelor profesionale și nu contravin prevederilor prezentului Cod.

Situații publice

Art. X.6. Psihologii își asumă responsabilitatea deplină pentru apariția lor publică, care trebuie să fie în acord cu principiile și standardele din prezentul Cod. Psihologii vor oferi informații corecte referitoare la: experiența și calificarea lor, titlurile academice, lucrările publicate și rezultatele studiilor lor, statutul profesional și afilierea la diferite organizații, serviciile pe care le acordă și calitatea acestora, taxele percepute.

Standarde specifice

XI. Educație și formare

Calitatea ofertei educaționale și formative

Art. XI. 1. Psihologii vor manifesta preocupare față de programele educaționale și cele de formare profesională, asigurându-se că acestea furnizează cunoștințele și experiența necesare și suficiente pentru pregătirea studenților și supervizaților la standarde corespunzătoare atestărilor, diplomelor sau gradelor academice/profesionale care urmează să fie obținute. Cunoștințele oferite trebuie să se bazeze pe date experimentale și pe o argumentație științifică.

Transparența

Art. XI.2. Psihologii care răspund de programele educaționale sau de formare se vor asigura că există o descriere recentă și precisă a acestora: obiective, conținut, beneficii și obligațiile care trebuie îndeplinite pentru absolvirea programului, inclusiv modalitățile de evaluare și taxe. Aceste informații trebuie să fie disponibile pentru toate părțile interesate.

Responsabilitate educațională

Art. XI.3. Psihologii se vor asigura că programele cursurilor acoperă tematica propusă, că informația este prezentată cu acuratețe, că există modalități adecvate

de evaluare a progresului și că tipurile de experiențe descrise la curs sunt relevante. Psihologii pot să modifice conținutul sau cerințele cursului atunci când consideră aceste schimbări necesare sau dezirabile din punct de vedere pedagogic, atâta vreme cât studenții și cei implicați sunt anunțați din timp de aceste modificări.

Limite cadru, de informare

Art. XI.4. Psihologii nu vor cere studenților sau celor supervizați să dezvăluie informații personale în activitățile de curs sau în cadrul unor programe de formare profesională/supervizare.

Conflicte în evaluare

Art. XI.5. Psihologii din instituțiile de învățământ superior care evaluează performanța academică a studenților într-o formă de terapie nu vor oferi și servicii de terapie studenților pe care îi evaluează, pe durata acestei evaluări. În cazul unui curs/program în care terapia individuală sau de grup este specificată ca și cerință obligatorie, psihologii responsabili cu derularea programului vor permite studenților/cursanților să opteze pentru serviciile specialiștilor neafiliați la respectivul program.

Hărțuire și relații sexuale

Art. XI.6. Psihologii nu vor hărțui sexual și nu se vor angaja în relații sexuale cu studenții sau cu supervizații din departamentul, centrul sau din instituția în care lucrează și asupra cărora aceștia au sau pot avea o autoritate evaluativă.

Abuzul de autoritate

Art. XI.7. Fiind conștienți de influența pe care o au ca profesori sau coordonatori asupra elevilor, studenților, participanților la cursuri, celor aflați în supervizare, psihologii nu vor face abuz de autoritatea lor și nu vor umili sau amenința în nici un fel integritatea sau imaginea de sine a acestora.

Calificări speciale

Art. XI.8. Psihologii nu vor forma persoane care nu au absolvit o formă de învățământ superior, nu au specializare, experiență de lucru sau orice altă dovadă de calificare atunci când formarea vizează folosirea metodelor sau tehnicilor speciale (de exemplu, hipnoză, *biofeedback*, tehnici avansate de testare etc.).

XII. Terapie și consiliere

Informarea clientului

Art. XII. 1. în obținerea consimțământului informat din partea clienților, psihologii vor informa în prealabil clientul cu privire la forma de terapie utilizată, metodele folosite, riscuri, alternative, limitele confidențialității, implicarea unor terți, onorarii și vor da curs oricărei alte cereri de informare solicitată de client în acest sens. Dacă terapeutul se află încă în supervizare, dar poate desfășura în mod legal și profesional activitatea terapeutică pentru care se află în supervizare, va aduce la cunoștința clientului acest lucru cât mai curând posibil și, de asemenea, va face cunoscut numele terapeutului care-l supervizează.

Consimțământul pentru dezvăluire

Art. XII.2. în cazul ședințelor de terapie sau consiliere, înregistrările pot fi transferate și spre cei care preiau clienții respectivi, putând avea acces la acestea atât colegii de profesie, cât și supervizații ce se află într-un proces de formare terapeutică, dar numai cu consimțământul dat în prealabil de cei vizați în acele înregistrări.

Intimitatea relației profesionale

Art. XII.3. Clienții vor beneficia de servicii de consultanță, consiliere sau terapie din partea psihologilor fără prezența unor terți, aceasta fiind permisă numai dacă există un acord în acest sens, atât din partea clientului, cât și din partea psihologului.

Precizarea clientului

Art. XII.4. Atunci când în procesul terapeutic sunt implicați fie partenerul de viață, fie alți membri de familie, psihologii vor clarifica de la început relațiile pe care le au cu fiecare persoană implicată și vor preciza cine este clientul: o anumită persoană, relația de cuplu, familia. Psihologii vor preciza, de asemenea, care sunt limitele confidențialității.

Precizări suplimentare în terapia de grup

Art. XII.5. în cadrul terapiei de grup, psihologii vor preciza regulile de grup, rolurile și responsabilitățile ce revin tuturor participanților și, de asemenea, limitele confidențialității.

Analiza ofertei de serviciu complex

Art. XII.6. în cazul în care clienții primesc deja servicii psihologice și de la alți psihologi sau de la alți specialiști din alte domenii, psihologul va examina posibilitatea

angajării sale într-o relație terapeutică (dacă aceasta este solicitată) prin analiza condițiilor, beneficiilor potențiale ale clientului, riscurilor de conflict sau a confuziilor care pot să apară. Psihologul va discuta cu clientul aceste limitări înainte de obținerea consimțământului.

Intimitatea sexuală cu clienții sau apropiați ai acestora

Art. XII.7. Psihologii nu se vor angaja în relații de intimitate sexuală cu clienții lor, cu persoanele despre care știu că se află în relații apropiate cu clienții lor (rude, prieteni, alți cunoscuți) și nici nu vor încheia terapia pentru a nu intra sub incidența acestui standard.

Terapia cu parteneri sexuali

Art. XII.8. Psihologii nu vor accepta în terapie persoane cu care au avut relații de intimitate sexuală.

Relația sexuală cu foștii clienți

Art. XII.9. Psihologii nu se vor angaja sub nici o formă în relații de intimitate sexuală cu foștii clienți pentru o perioadă de cel puțin doi ani de la încheierea terapiei. Aceasta nu înseamnă că după această perioadă ei pot să întrețină relații de intimitate cu foștii clienți, excepție făcând doar circumstanțele în care pot face dovada că nu a existat nici o formă de exploatare în timpul sau în cei doi ani de după terminarea terapiei.

Încheierea terapiei din lipsă de beneficii

Art. XII. 10. Psihologii vor încheia orice formă de terapie cu clienții lor dacă există evidențe clare că aceștia nu mai au nici un beneficiu prin continuarea terapiei sau în cazul în care continuarea acesteia poate produce daune clienților.

Încheierea terapiei din alte motive

Art. XII. 11. Psihologii vor încheia terapia dacă clientul intră într-o relație cu o persoană cunoscută sau apropiată terapeutului și apare riscul unei relații multiple, dacă există o agresiune din partea clientului asupra terapeutului sau dacă există o solicitare clară în acest sens din partea clientului.

Întreruperea și continuarea terapiei

Art. XII. 12. Dacă din motive de boală sau de indisponibilitate a psihologului terapia trebuie întreruptă pentru o perioadă mai lungă de timp, atunci psihologul va căuta să-i ofere clientului o posibilitate de continuare a terapiei cu un alt coleg psiholog, care are disponibilitatea și competența necesare continuării terapiei și care va putea fi informat cu privire la stadiul în care se află terapia, demersurile terapeutice începute sau finalizate până în acel moment, cu consimțământul clientului.

Continuarea terapiei cu un alt terapeut

Art. XII.13. Psihologul care preia un client de la un coleg, care, din motive justificate, nu mai poate continua actul terapeutic, va examina cu atenție conținutul demersului, potențialul de risc, beneficiile, iar dacă e nevoie poate consulta pe cei ce au fost implicați în procesul terapeutic și abia apoi va decide modalitățile de continuare a terapiei.

XIII. Evaluare și diagnoză

Prezentarea caracteristicilor psihologice

Art. XIII.1. Psihologii vor oferi informații despre caracteristicile psihologice ale indivizilor numai după ce au realizat o evaluare adecvată, care să susțină științific și metodologic afirmațiile și concluziile lor, indiferent dacă e vorba de recomandări, rapoarte sau evaluări, precizând limitele afirmațiilor, concluziilor și recomandărilor lor.

Dacă psihologii realizează că (re)examinarea individului nu este justificată sau necesară, atunci aceștia vor explica această opțiune, precizând sursele și documentele care stau la baza acestor concluzii.

Condiții de utilizare a instrumentelor

Art. XIII.2. Psihologii vor utiliza (administra, cota, interpreta) metodele și tehnicile de evaluare în strictă conformitate cu normele instituite în acest sens de Colegiu. Astfel, psihologii vor folosi numai instrumente de evaluare ale căror caracteristici tehnice (validitate și fidelitate) au fost stabilite, care dețin etalon pentru membrii populației vizate și sunt însoțite de manualele acestora. În urma oricărei evaluări, psihologii vor preciza beneficiarului limitele rezultatelor și interpretărilor. Psihologii vor folosi metode de evaluare adecvate nivelului educațional al indivizilor, în afara cazului în care folosirea unui, limbaj sofisticat sau a unei alte limbi este relevantă pentru scopul evaluării. Psihologii vor respecta de asemenea, legislația în vigoare cu privire la drepturile de autor și de proprietate intelectuală pentru instrumentele de evaluare folosite, promovând și respectând astfel munca și activitatea colegilor lor de breaslă.

Consimțământul pentru evaluare/diagnoză

Art. XIII.3. Psihologii vor obține consimțământul informat pentru serviciile de evaluare, cu excepția cazului în care (1) acestea sunt cerute de lege sau de reglementările în vigoare; (2) testarea este o activitate educațională, instituțională sau organizațională prevăzută de reglementări interne; consimțământul informat include explicarea naturii și scopului de evaluare, costurile, implicarea unei a treia

părți, limitele de confidențialitate și ocazii pentru cel evaluat de a formula întrebări și de a primi răspunsuri.

Psihologii vor informa persoanele fără capacitate deplină de a-și da consimțământul și persoanele pentru care testarea este cerută de reglementările legislative, cu privire la natura și scopul serviciilor de evaluare propuse, folosind un limbaj ușor de înțeles pentru persoana care urmează să fie evaluată.

Psihologii care folosesc serviciile unui traducător vor cere consimțământul clientului pentru a folosi serviciile acelui traducător, se vor asigura că se va menține confidențialitatea rezultatelor, securitatea instrumentelor, inclusiv a documentelor de evaluare/diagnoză.

Datele de evaluare/diagnoză

Art. XIII.4. Datele obținute pot fi scoruri brute și standardizate, răspunsurile clientului la stimuli sau la întrebările la test, notele, înregistrările și consemnările psihologului, declarațiile și comportamentul clientului în timpul unei examinări. Psihologii vor oferi datele obținute sub formă de rezultate clientului și, dacă e cazul, unor terți numai cu consimțământul clientului sau fără acordul acestuia, în situațiile prevăzute de lege. Psihologii vor evita să facă publice datele obținute, cu excepția situațiilor prevăzute de lege, protejând clientul de orice formă de exploatare, abuz și prevenind devalorizarea datelor de evaluare/diagnoză. Datele de evaluare/diagnoză reprezintă proprietate a psihologului sau instituției care realizează evaluarea/diagnoza și vor putea fi administrate și utilizate doar de către psihologi calificați în folosirea acestor instrumente.

Construcția de instrumente

Art. XIII.5. Psihologii care construiesc sau adaptează teste și alte instrumente de măsurare vor folosi proceduri în acord cu normele internaționale actuale privind proiectarea instrumentelor, standardizarea, validarea, reducerea sau eliminarea erorilor și vor preciza recomandările privind folosirea oricărui instrument în manualul de utilizare.

Interpretarea rezultatelor

Art. Xin.6. În interpretarea rezultatelor evaluării, fiind incluse aici și interpretările computerizate, psihologii vor lua în considerare scopul evaluării, precum și numeroși alți factori, abilitățile de testare și caracteristicile persoanei evaluate (caracteristici situaționale, personale, lingvistice și culturale) care pot afecta judecățile psihologilor sau care pot reduce acuratețea interpretărilor.

Calificarea în testare

Art. XIII.7. Psihologii nu vor promova/încuraja folosirea tehnicilor de evaluare psihologică de către persoane necalificate și neautorizate, decât în cadrul unei formări în care există o supervizare adecvată.

Actualitatea evaluării

Art. XIII.8. Psihologii nu își vor baza deciziile sau recomandările pe teste depășite/învechite, pe date care nu mai sunt folositoare pentru scopul curent sau care nu corespund normelor de avizare ale metodelor și tehnicilor de evaluare și asistență psihologică stabilite de Colegiu.

Responsabilitatea administrării instrumentelor

Art. XIII.9. Psihologii care oferă servicii psihologice de evaluare altor profesioniști vor prezenta cu acuratețe scopul, normele, validitatea, fidelitatea și aplicarea fiecărei proceduri, precum și orice altă calitate a acestora. Psihologii își vor menține responsabilitatea pentru aplicarea, interpretarea și folosirea adecvată a instrumentelor de evaluare, indiferent dacă vor interpreta rezultatele ei înșiși sau vor folosi o interpretare computerizată sau de altă natură.

Prezentarea rezultatelor pentru cei evaluați

Art. XIII. 10. Indiferent dacă cotarea și interpretarea sunt făcute de psihologi, angajați ai acestora sau asistenți sau prin modalități automate/computerizate, psihologii vor oferi persoanei evaluate sau reprezentantului acesteia explicațiile necesare înțelegerii rezultatelor, excepție făcând situațiile în care natura relației împiedică acest lucru (situații de evaluare organizațională, preangajare și evaluări prevăzute de lege), acest fapt fiind adus la cunoștința persoanei evaluate înaintea începerii evaluării.

Materialele

Art. XIII. 11. Materialele de evaluare/diagnoză cuprind manualul instrumentului, instrumentul propriu-zis, protocoale, întrebările sau stimulii utilizați, alte fișe sau formulare necesare și nu includ datele de evaluare/diagnoză. Psihologii vor menține integritatea și securitatea materialelor testului și a altor metode de evaluare prin nestrăinarea lor către persoane care nu au competența, necesară, respectând dreptul de proprietate intelectuală prevăzut de lege și obligațiile de tip contractual privind utilizarea instrumentului.

XIV. Cercetare științifică și valorificarea rezultatelor

Standarde internaționale

Art. XIV. 1. în cercetările lor, psihologii vor căuta, pe cât posibil, să promoveze cele mai noi metodologii de cercetare utilizate de comunitatea psihologică internațională, respectând atât standardele de rigoare științifică, cât și standardele etice.

Acordul de cercetare

Art. XIV.2. Atunci când psihologii au nevoie de aprobare din partea unei instituții pentru desfășurarea cercetărilor, aceștia vor furniza toate datele necesare pentru acordarea aprobării și vor avea în vedere ca protocolul de cercetare să corespundă aprobărilor primite.

Obținerea consimțământului

Art. XIV. 3. în obținerea consimțământului informat, psihologii vor aduce la cunoștința participanților scopurile cercetării, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, inclusiv compensațiile financiare, limitele confidențialității, dreptul oricui de a se retrage din cercetare și, în general, toate datele pe care participanții le solicită și de care au nevoie pentru a-și da consimțământul. în cazul în care există posibilitatea producerii unor daune și suferință, psihologii au obligația să o minimizeze pe cât posibil.

Utilizarea de suport audio-video

Art. XIV.4. Psihologii vor obține consimțământul informat de la toți participanții la cercetare pentru înregistrările audio și video, înaintea efectuării acestora, oferind garanții că acestea vor fi utilizate numai într-o manieră în care identificarea nu poate produce daune celor implicați.

Limitări ale informării

Art. XIV.5. Psihologii nu vor face studii și cercetări care implică proceduri de prezentare ascunsă/falsă a modelului de cercetare decât dacă alternativa de prezentare corectă nu este fezabilă științific sau aduce o alterare evidentă concluziilor cercetării. în acest caz, participanții vor fi informați de utilizarea unui astfel de model de cercetare și vor participa numai dacă își dau consimțământul, putând oricând să-și retragă datele din cercetare. Cercetarea, în acest caz, poate fi derulată numai dacă nu poate produce suferință sau daune participanților.

Excepția de la consimțământ

Art. XIV.6. Psihologii se pot dispensa, în cadrul cercetărilor, de consimțământul informat al participanților numai dacă (a) cercetarea nu poate produce în nici un fel daune (observații naturale, practici educaționale sau curriculare, chestionare anonimă, cercetare de arhive) sau (b) este permisă de reglementări legislative.

Persoane și grupuri vulnerabile

Art. XIV.7. Psihologii vor căuta să examineze etic, independent, adecvat drepturilor omului și să ia toate măsurile de protecție pentru orice cercetare ce implică grupuri vulnerabile și/sau persoane cu incapacitate de a-și da consimțământul informat, înainte de a lua decizia de a începe.

Evitarea unor categorii de subiecți

Art. XIV. 8. Psihologii nu se vor folosi de persoane cu incapacitate de a-și da consimțământul în nici un studiu sau cercetare, dacă studiul sau cercetarea avută în vedere poate fi finalizată la fel de bine cu persoane care au capacitatea deplină de a-și da consimțământul informat.

Manipularea prin creșterea compensațiilor

Art. XIV.9. Psihologii vor evita să propună și să acorde participanților la cercetare compensații financiare excesive sau alte forme de stimulente pentru participarea la cercetare și care pot favoriza obținerea consimțământului, cu atât mai mult atunci când sunt evidențe clare că există riscul producerii de suferință și daune în timpul cercetării.

Utilizarea animalelor în cercetare

Art. XIV. 10. Psihologii care utilizează animale în cercetările lor vor evita provocarea de suferință acestora, excepție făcând cercetările care nu presupun metode invazive producătoare de suferință sau leziuni.

Corectitudinea datelor

Art. XIV 11. Psihologii nu au voie să prezinte date false pentru care nu au fost făcute în realitate măsurători. Dacă vor constata erori de prezentare a datelor sau de prelucrare a acestora, vor face toți pașii necesari pentru corectarea lor, altfel vor retrage și anula cercetarea.

Plagiatul

Art. XIV 12. Psihologii nu vor prezenta date sau rezultate din alte studii sau cercetări ca aparținându-le lor.

Abuzul de status

Art. XIV13. Psihologii vor fi creditați pentru cercetările făcute, cât și pentru publicarea lor numai în măsura în care aceștia au o contribuție majoră. Astfel psihologii vor face distincția între autor principal al cercetării, contribuție la cercetare, contribuție minoră și statusul sau poziția pe care o deține respectivul psiholog. Astfel, poziția academică, titlul academic sau poziția socială sau cea de șef de departament sau manager într-o instituție nu conferă nimănui credit pentru o poziție principală în cercetare, decât în măsura în care există o acoperire reală prin contribuția adusă la cercetare, și nu prin statusul social sau academic.

Transmiterea datelor

Art. XIV 14. Atunci când există solicitări de folosire sau de verificare a datelor din partea unui alt cercetător decât cei implicați direct în cercetare, psihologii vor

putea oferi datele de cercetare numai în măsura în care se păstrează confidențialitatea acestor informații de către cei cărora li se încredințează și dacă există o specificare clară a modului de utilizare a acestora.

Protejarea datelor

Art. XIV. 15. Psihologii vor proteja datele de cercetare, asigurându-se că acestea sunt păstrate în condiții de securitate. Protocoalele de cercetare, datele de cercetare sistematizate sau cele deja publicate pot fi păstrate fără restricții, dar în condițiile respectării normelor etice.

Onestitate științifică

Art. XIV. 16. Psihologii implicați în evaluarea, monitorizarea, realizarea și raportarea activităților de cercetare științifică vor manifesta imparțialitate și obiectivitate și vor respecta drepturile de proprietate intelectuală. Selecția proiectelor de cercetare, a rezultatelor cercetărilor realizate pentru a fi valorificate publicistic sau practic se va face doar pe criterii de relevanță științifică, excluzându-se orice considerent personal sau de natură extraprofesională.

Buna conduită în cercetarea științifică

Art. XIV. 17. În activitatea de cercetare științifică psihologii vor evita ascunderea sau înlăturarea rezultatelor nedorite, confecționarea de rezultate, înlocuirea rezultatelor cu date fictive, interpretarea deliberat distorsionată a rezultatelor și deformarea concluziilor, plagierea rezultatelor sau a publicațiilor altor autori, neatribuirea corectă a paternității unei lucrări, nedezvăluirea conflictelor de interese, deturnarea fondurilor de cercetare, neregistrarea și/sau nestocarea rezultatelor, lipsa de obiectivitate în evaluări, nerespectarea condițiilor de confidențialitate, precum și publicarea sau finanțarea repetată a acelorași rezultate ca elemente de noutate științifică.

Datele contradictorii, diferențele de concepție experimentală sau practică, diferențele de interpretare a datelor, diferențele de opinie nu constituie abateri de la buna conduită în cercetarea științifică.

XV. Dispoziții finale

Art. XV. 1. Codul Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică intră în vigoare odată cu aprobarea lui de către Convenția Națională a Colegiului Psihologilor din România.

Art. XV.2. Psihologii au responsabilitatea de a cunoaște și de a aplica prevederile acestui Cod. Orice fapte săvârșite în legătură cu profesia, care contravin prevederilor prezentului Cod, angajează răspunderea disciplinară a psihologilor.

Art. XV. 3. Membrii Colegiului Psihologilor din România nu vor recunoaște ca fiind profesională activitatea care este neconformă cu principiile și standardele acestui Cod.

Art. XV.4. Toți psihologii vor coopera cu Comisia de Deontologie și Disciplină a Colegiului Psihologilor din România atât în supervizarea conduitelor etice, cât și în promovarea lor. Refuzul cooperării atrage de la sine violarea prevederilor acestui Cod și, prin urmare, sancționarea psihologilor în cauză, în conformitate cu Codul de Procedură Disciplinară.

Art. XV.5. Pentru a menține relevanța și actualitatea codului, acesta este revizuit de Comisia de Deontologie și Disciplină a Colegiului Psihologilor din România după o perioadă de patru ani sau atunci când situația o impune.

Procesul de luare a unei decizii etice

Toate cele trei principii și cele 7 + 4 standarde (7 generale + 4 specifice) trebuie să fie luate în considerare pentru luarea unei decizii etice. Totuși există circumstanțe în care principiile etice vin în conflict și nu se poate acorda aceeași greutate fiecărui principiu. Complexitatea dilemelor etice nu permite o ierarhizare fermă a principiilor. Totuși, cele trei principii au fost ordonate în concordanță cu greutatea acordată.

Acest proces trebuie să fie unul relativ rapid, conducând spre o soluție simplă a unei situații cu implicații etice. Acest lucru e simplu în cazul în care există standarde clare pentru acele situații și nu apare nici un conflict între principii sau standarde. Pe de altă parte, unele aspecte etice (în special cele în care apare un conflict între principii) nu se pot rezolva ușor și necesită timp pentru deliberare.

ir

În continuare sunt prezentați câțiva pași, pașii de bază în luarea unei decizii etice.

- 1. Identificarea aspectelor și practicilor relevante etic;**
- 2. Elaborarea alternativelor posibile;**
- 3. Analiza probabilității riscurilor și beneficiilor de scurtă durată, de lungă durată și a celor în derulare (prezente) pentru fiecare alternativă de acțiune asupra individului/grupului implicat și, de asemenea, probabilitatea de a afecta clientul, familia sau colegii clientului, instituția în care este angajat clientul, studenții, participanții la cercetare, disciplina, societatea;**
- 4. Alegerea celei mai bune direcții de acțiune după aplicarea conștientă a principiilor și standardelor acestui Cod;**
- 5. Evaluarea rezultatelor acțiunii alese;**

6. Asumarea responsabilității pentru consecințele acțiunii, incluzând corectarea consecințelor negative, dacă se poate, ori reangajarea în procesul de luare a deciziei, dacă situația etică nu a fost soluționată.

Psihologii aflați într-un proces de deliberare, consumator de timp, sunt încurajați și li se recomandă să se consulte cu colegii lor sau cu persoane avizate dintr-un corp de avizare a problemelor etice (de exemplu, Comisia de Deontologie și Disciplină a Colegiului) ce pot aduce obiectivitate și clarificare în procesul de luare a deciziei. Deși decizia direcției de acțiune aparține psihologului, căutarea și apelarea la astfel de consultări reflectă maturitate profesională și o abordare etică a procesului de luare a deciziei.

Definirea termenilor

În sensul prezentului Cod, următorii termeni se definesc astfel:

1. Psihologul reprezintă orice persoană care este membru, asociat, absolvent afiliat sau străin afiliat la CPR;

2. Clientul reprezintă o persoană, un cuplu (ca relație), o familie sau grup (inclusiv organizație sau comunitate) căruia i se oferă servicii psihologice din partea unui psiholog. Clienții, participanții la cercetări, studenții și orice alte persoane cu care psihologul vine în contact în timpul activității sale profesionale sunt independenți dacă în mod independent au stabilit un contract ori și-au dat consimțământul informat. Persoanele sunt parțial dependente dacă decizia contractului sau a consimțământului informat este împărțită de două sau mai multe părți (de exemplu, părinți și conducerea școlii, muncitori și conducerea instituției, adult și familia sa). Persoanele sunt considerate complet dependente dacă acestea nu pot sau pot în foarte mică măsură să aleagă între a primi sau nu un serviciu ori să participe la o activitate (de exemplu, pacienții care au fost involuntar supuși unor intervenții psihiatrice, copiii foarte mici implicați în proiecte de cercetare);

3. Subiectul reprezintă o persoană care participă la un proiect de cercetare științifică, fie că face parte din grupul experimental, fie că are rol de martor;

4. Cealalți reprezintă orice individ sau grup cu care psihologul vine în contact în decursul muncii sale. Acest termen include, dar nu se limitează la participanții la cercetare; clienți în căutare de ajutor; studenți; supervizori; angajați; colegi; patroni; a treia parte și orice membru public în general;

5. Drepturile legale ori civile reprezintă acele drepturi protejate prin lege și recunoscute ca atare;

6. Drepturile morale reprezintă drepturile fundamentale și inalienabile ale omului, care pot fi sau nu protejate total de legile în vigoare. Un loc aparte, ca

semnificație, pentru psihologi îl ocupă, spre exemplu, dreptul la: egală justiție; onestitate; dezvoltarea unei intimități adecvate; autodeterminare; libertate personală. Protejarea unor aspecte ale acestor drepturi poate implica practici care nu sunt conținute sau controlate de către legile în vigoare. În plus, drepturile morale nu se limitează la cele menționate în această definiție;

7. Discriminarea reprezintă activitatea care prejudiciază ori promovează prejudecăți cu privire la persoane datorită culturii acestora, naționalității, etniei, culorii sau rasei, religiei, sexului sau orientării sexuale, statutului marital, abilităților fizice sau intelectuale, vârstei, statutului socio-economic și oricăror alte preferințe, caracteristici personale, condiții sau statute;

8. Hărțuirea sexuală include una sau ambele situații: (i) Utilizarea puterii ori autorității în încercarea de a forța o persoană să se angajeze în sau să tolereze activități sexuale. Aici intră intimidarea sau forțarea pentru noncompliance ori promisiunea unor compensații sau recompense pentru compliance. (ii) Angajarea în mod deliberat și repetat în comentarii sexuale nesolicitate, anecdote, gesturi sau atingeri, dacă aceste comportamente sunt ofensatorii și nu sunt bine primite, creează un mediu de lucru ostil ori intimidant ori se așteaptă să fie dăunător pentru client;

9. Psihologia ca disciplină presupune o aplicare științifică a metodelor, cunoștințelor de psihologie, procedurilor și structurilor folosite de psihologi în orientarea activității lor în relația cu societatea, cu membrii acesteia, a unora față de alții;

10. Relația multiplă

O relație se consideră a fi multiplă și în cazul în care:

- (a) se exercită cel puțin două roluri profesionale în raporturile cu o persoană;
- (b) există o relație profesională cu o persoană și cel puțin o altă relație cu o altă persoană, dar care este rudă sau cunoștință apropiată a celei dintâi;
- (c) există o cunoștință comună și apropiată atât psihologului, cât și persoanei care beneficiază de suportul psihologului.

Evitarea relațiilor multiple se face în spiritul respectării principiilor prezentului Cod, pentru păstrarea obiectivității, competenței și eficienței activităților desfășurate de psihologi;

11. Exploatarea clientului - exploatarea necunoașterii, a lipsei de experiență sau a stării de slăbiciune a persoanelor vulnerabile datorită stării psihice, pentru a le determina să accepte servicii psihologice în condiții prejudiciabile pentru acestea.

ANEXA 6. Proceduri și instrumente utilizate în sugestie, hipnoză și hipnoterapie

6.1. Scala de Sugestibilitate Barber: (A) inducție hipnotică și (B) evaluarea hipnotizabilității (tradusă și adaptată în scop experimental și didactic de Daniel David)

A. Procedura de inducție hipnotică

(Textul se citește cu o „voce hipnotică” - monotonă și ritmată -, voce diferită de cea utilizată în comunicarea cotidiană; artificiile gramaticale existente în text sunt, în consecință, justificate și subordonate unui scop unic: inducerea stării de transă hipnotică, transa A.)

Priviți la punctul luminos (se referă la lumina metronomului care se închide și se deschide în ritmul unei bății, dar poate fi și un punct fix localizat undeva pe perete) și ascultați cu atenție ceea ce vă voi spune. Capacitatea dumneavoastră de a fi hipnotizat depinde în întregime de dorința dumneavoastră de a coopera. Ea nu are nimic de-a face cu inteligența. În ceea ce privește puterea voinței, puteți să nu-mi acordați atenție și să rămâneți treaz tot timpul. În acest caz, ați putea să mă faceți să mă simt prost, iar dumneavoastră o să vă pierdeți timpul. Pe de altă parte, dacă sunteți atent la ceea ce vă voi spune și veți respecta instrucțiunile, veți putea intra ușor într-o stare de somn hipnotic. În acest caz, veți fi de folos acestui demers și nu vă veți pierde timpul. Hipnoza nu este nici înspăimântătoare, nici misterioasă. Este numai o stare de interes puternic (implicare internă) față de ceva anume. Într-un fel, sunteți hipnotizat ori de câte ori vedeți un spectacol bun și uitați că sunteți unul dintre spectatori, simțindu-vă ca făcând parte din el. Deci ceea ce vă cer este cooperarea și interesul dumneavoastră.

Acum începeți să vă relaxați și faceți-vă comod. Concentrați-vă asupra punctului luminos. Priviți-l fix tot timpul. Priviți punctul luminos cât mai intens și cât mai mult posibil.

Relaxați-vă complet. Relaxați fiecare mușchi al corpului. Relaxați-vă mușchii picioarelor. Relaxați-vă mușchii brațelor. Faceți-vă cât mai comod. Lăsați-vă moale, relaxați-vă din ce în ce mai mult, și mai mult, și mai mult. Relaxați-vă complet. Relaxați-vă complet. Relaxați-vă complet.

Picioarele dumneavoastră sunt grele și relaxate, grele și relaxate. Brațele dumneavoastră sunt grele, grele, grele ca de plumb. Simțiți întregul dumneavoastră corp greu, mai greu, și mai greu. Vă simțiți obosit și adormit, obosit și adormit. Respirația dumneavoastră este lentă și regulată, lentă și regulată.

Ochii dumneavoastră au obosit din cauza privirii fixe; vă sunt umezi. Oboseala ochilor devine din ce în ce mai mare, mai mare, și mai mare. V-ar plăcea să închideți ochii și să vă relaxați în întregime (dar țineți-vă ochii deschiși încă puțin, în curând veți ajunge la limită). Oboseala este atât de mare, ochii atât de obosiți, pleoapele atât de grele, încât ochii vi se vor închide de la sine.

Și atunci veți fi complet relaxat, complet relaxat. Cald și confortabil, cald și confortabil, atât de cald și confortabil. Obosit și toropit. Obosit și toropit. Adormiți. Somn. Adormiți. Vă concentrați asupra vocii mele.

(Când dați instrucțiunile oral, omiteți paragrafele A și B în întregime sau parțial, din momentul în care subiectul și-a închis ochii. Când folosiți caseta, omiteți paragraful A și folosiți paragraful B.)

• A. Ochii dumneavoastră sunt încețoșați. Puteți vedea cu greu. Ochii dumneavoastră sunt umezi și îi simțiți obosiți. Ochii dumneavoastră sunt încordați. Încordarea este din ce în ce mai mare, mai mare și mai mare. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul. Sunt din ce în ce mai grele, din ce în ce mai grele. Ele alunecă în jos, jos, jos, ca și cum ar fi apărate de plumb, sunt grele ca plumbul, grele ca plumbul, ochii dumneavoastră sunt închiși, închiși.

• B. Ochii dumneavoastră sunt închiși, închiși. Închideți-vă ochii.

(De îndată ce ochii subiectului sunt închiși, închideți metronomul.)

Simțiți o stare plăcută de moleșală și somn pe măsură ce veți asculta vocea mea. Gândiți-vă doar la ceea ce vă voi spune să vă gândiți. Veți fi și mai relaxat și mai adormit. Curând veți fi într-un somn profund, dar veți continua să mă auziți. Vă veți trezi doar atunci când vă voi spune eu să vă treziți. Țineți minte că pericolul în hipnoză este un mit. Nimic nu vi se va întâmpla. Nimic nu vi se va întâmpla dacă este în vreun fel periculos pentru dumneavoastră. Voi începe acum să număr, până la 20. Cu fiecare număr, veți simți că veți merge în jos, într-un profund, confortabil, liniștitor somn. Un somn în care veți fi capabil să faceți o mulțime de lucruri pe care vi le voi cere să le faceți. 1 - sunteți într-o stare de somn profund... 2 - adânc, într-un somn profund... 3, 4 - din ce în ce mai adormit, și mai adormit, și mai adormit... 5, 6 - sunteți scufundat, scufundat într-un somn profund. Nimic nu vă va deranja. Acordați atenție numai vocii mele și lucrurilor pe care vi le spun... 8, 9, 10, 11, 12 - somn din ce în ce mai profund... 13, 14, 15 - mă veți auzi clar tot timpul, indiferent cât de adânc este somnul... 16, 17 - somn adânc și profund. Nimic nu vă va deranja. Veți trăi o mulțime de lucruri pe care vi le voi indica să le trăiți... 19, 20 - somn adânc! Nu vă veți trezi până când nu vă voi spune eu s-o faceți. Veți dori să dormiți și să experimentați ceea ce vă voi descrie.

Vă simțiți relaxat, confortabil, nu vă gândiți la nimic, la nimic în afară de ce vă spun eu, ochii sunt închiși, bine închiși, nu vă gândiți la nimic, la nimic în afară de ce vă

spun eu; vă simțiți brațele și picioarele grele, brațele și picioarele vă sunt grele și dumneavoastră vă simțiți relaxat, relaxat; vă simțiți tot corpul relaxat, tot corpul este relaxat, mușchii feței, ai brațelor, ai picioarelor sunt relaxați, tot corpul este relaxat. Vă simțiți ca și cum ați merge înapoi în întuneric, într-un întuneric relaxant și sigur, înapoi în întuneric și, pe măsură ce mergeți înapoi în întuneric, vă simțiți din ce în ce mai relaxat, ascultați numai vocea mea, numai vocea mea, nu vă gândiți la nimic, absolut la nimic, concentrați-vă numai asupra vocii mele, ascultați numai ceea ce vă voi spune, ascultați numai vocea mea, vă simțiți confortabil și liniștit, confortabil și liniștit, confortabil și liniștit și, pe măsură ce mergeți înapoi în întuneric, vă simțiți moleșit, foarte moleșit, nu vă gândiți la nimic, la nimic în afară de vocea mea, sunteți relaxat și confortabil, liniștit și confortabil, respirație regulată și adâncă, regulată și adâncă, regulată și adâncă - nu vă gândiți la nimic, la nimic în afară de vocea mea - respirație regulată și adâncă, regulată și adâncă, regulată și adâncă, sunteți într-un somn adânc și liniștitor - somn profund și liniștitor, respirație regulată și adâncă, regulată și adâncă, regulată și adâncă, somnul devine mai adânc, mai adânc, mai adânc; pe măsură ce mergeți înapoi în întuneric, somnul este din ce în ce mai adânc, din ce în ce mai profund, din ce în ce mai adânc - vă simțiți confortabil și relaxat ascultând doar vocea mea-respirație regulată și adâncă, regulată și adâncă-somn adânc și profund, somn adânc și profund, adânc și profund, somnul este din ce în ce mai profund, din ce în ce mai profund, din ce în ce mai adânc-sunteți într-un somn adânc și profund-somn adânc și profund-somn adânc și profund-respirație regulată și adâncă-regulată și adâncă-regulată și adâncă-sunteți într-un somn adânc și profund-somn adânc și profund-somn-somn- somn.

(Porniți metronomul. Sincronizați cuvintele subliniate din paragraful următor cu „bătaia” metronomului.)

Nu mai puteți vedea acum lumina metronomului care *se aprinde... se stinge... se aprinde... se stinge* în ritmul *bătăii... bății... bății* pentru că ochii dumneavoastră sunt închiși, dar sunteți condus din ce în ce mai adânc cu fiecare bătaie care vă sună asemănător cu cuvântul *somn* și veți auzi *somn... somn... somn*. Cu fiecare *bătaie... bătaie... bătaie... somn... somn* sunteți condus din ce în ce mai adânc. Pentru un minut nu veți auzi vocea mea, veți auzi numai bătaia metronomului care spune *somn... somn*. Cu fiecare bătaie sunteți condus din ce în ce mai adânc, din ce în ce mai adânc, într-o stare de somn profund. Când veți auzi din nou vocea mea, veți fi în cea mai adâncă transă - veți fi adânc adormit, dar capabil să vă concentrați asupra vocii mele. Acum ascultați.

(10 minute pauză)

Bine. Sunteți într-un somn adânc. Vă voi cere să numărați de la 10 la 1 și cu fiecare număr vă veți adânci într-un somn din ce în ce mai profund. Cu fiecare număr veți fi și mai pregătit pentru a trăi o mulțime de lucruri interesante pe care vă voi spune să le trăiți; nici unul dintre ele nu va fi stânjenitor sau neplăcut. Acum numărați de la 10 la 1 și la 1 veți fi profund adormit și pe deplin pregătit să trăiți experiențele pe care vi le voi descrie. Numărați. (Când se utilizează o casetă, țineți apăsat butonul „pauză” în timpul în care subiectul numără.) Bine. Rămâneți în această stare, timp în care eu vă voi

da unele instrucțiuni; țineți ochii complet închiși pe toată durata exercițiului, până când vă voi spune că-i puteți deschide, la sfârșitul exercițiului.

(Dacă trebuie aplicată Scala de Sugestibilitate Barber, se aplică acum - evaluarea hipnotizabilității cu scala Barber.)

Urmează să vă treziți în câteva minute. Vă veți simți reconfortat, lucid, într-o dispoziție bună. Voi număra de la 5 la 1 și cu fiecare număr veți fi pe deplin treaz - 5, 4, 3, 2, 1. Sunteți pe deplin treaz. Deschideți ochii. Sunteți pe deplin treaz.

B. Evaluarea hipnotizabilității (răspunsul la sugestii după o procedură de inducție hipnotică) cu Scala Barber

Etalonul scalei se construiește în cursul utilizării ei pe grupul investigat, prin transformarea cotelor brute în cote T; aceasta deoarece nu avem încă elaborat un etalon pe populație românească (se află în construcție).

SSB poate fi administrată în mai multe condiții: (a) cu sau fără inducție hipnotică (orice tip de inducție); (b) cu sau fără „sarcina de supramotivare (SM)”; (c) fie prin înregistrare audio, fie prin prezentare orală; (d) subiecții cu ochii închiși sau deschiși; (e) individual sau în grup etc.

După ce o condiție e realizată - de exemplu, inducția hipnotică prezentată mai sus sau sarcina de supramotivare -, hipnotizabilitatea este evaluată după cum urmează:

Cei opt itemi ai scalei și evaluarea scorului obiectiv

1. Coborârea brațului: „Ține mâna dreaptă în față așa”. (Ghidează subiectul să întindă mâna dreaptă în față, la înălțimea umerilor și paralel cu podeaua.) „Concentrează-te asupra mâinii tale și ascultă-mă”.

(Începe cronometrarea.) „Imaginează-ți că mâna ta dreaptă devine din ce în ce mai grea, și coboară din ce în ce mai jos. Cântărește imens. Devine din ce în ce mai grea. Atârnă greu, din ce în ce mai greu, coborând tot mai jos, din ce în ce mai jos; e mai grea și mai grea, coboară tot mai jos, din ce în ce mai jos.” (30 de secunde)

„Poți să-ți relaxezi mâna acum.” (Dacă e necesar, cereți subiectului să coboare mâna dreaptă.)

Criteriul obiectiv de evaluare: 1 punct pentru răspuns - coborârea brațului mai mult de 10 cm. (Răspunsul e măsurat prin punerea unei rulete lângă mâna subiectului la începutul sugestiilor și notarea gradului de deplasare la sfârșitul celor 30 de secunde.)

2. Levitația brațului: „Ține ochii închiși și întinde mâna stângă în față ca în cazul anterior. Concentrează-te asupra mâinii și ascultă-mă”.

(Începe cronometrarea.) „Imaginează-ți că mâna devine mai ușoară, că se ridică tot mai sus. Simți ca și cum n-ar avea nici o greutate și că se mișcă tot mai

sus, din ce în ce mai sus. E ușoară ca o pană și simți cum se ridică. E din ce în ce mai ușoară și se ridică din ce în ce mai mult. E din ce în ce mai ușoară și se ridică din ce în ce mai mult, e foarte ușoară și se ridică tot mai mult, din ce în ce mai mult. E foarte ușoară, se ridică tot mai sus, din ce în ce mai sus." (30 de secunde)

„Relaxează-ți mâna acum." (Dacă e necesar, rugați subiectul să-și lase brațul în jos.)

Criteriul obiectiv de evaluare: 1 punct pentru urcarea brațului cu cel puțin 10 cm în timpul perioadei de sugestie de 30 de secunde.

3. Înceștarea mâinilor: („Ține ochii închiși.") „Apropie-ți palmele și încrucișează-ți degetele". (Dacă e necesar, terapeutul îi va explica ce să facă și, eventual, îl va ajuta.) „Pune-ți mâinile pe genunchi. Concentrează-te asupra mâinilor tale și ține-le cât de strâns poți."

(Începe cronometrarea.) „Imaginează-ți că mâinile tale sunt două bucăți de oțel care sunt sudate împreună astfel încât e imposibil să le desparți. Sunt fixate, sunt sudate. Când te voi ruga să-ți desfaci mâinile, ele vor fi fixate și nu vei putea să le desfaci, oricât de mult ai încerca. Ele sunt legate, sunt două bucăți de oțel sudate împreună. Îți simți degetele ca și cum ar fi strânse într-o menghină. Mâinile tale sunt tari, solide, rigide! Cu cât încerci mai mult să le desparți, cu atât mai tare se vor uni! Îți este imposibil să le desparți. Cu cât încerci mai mult să le desparți, cu atât devine mai greu. Încearcă; nu vei reuși." (45 de secunde)

(5 de secunde pauză) „Mai încearcă, n-ai să poți." (10 de secunde pauză) „Acum îți poți desfaca mâinile."

Criteriul obiectiv de evaluare: 0,5 puncte pentru separarea incompletă a mâinilor după 5 secunde de efort; 1 punct pentru separarea incompletă după 15 secunde de efort.

4. Halucinația setei: („Ține ochii închiși.") (Începe cronometrarea.) „Imaginează-ți că tocmai ai terminat o foarte lungă plimbare într-o zi călduroasă. Ai stat patru ore în soarele puternic și în acest timp nu ai băut nimic. Nu ai fost atât de însetat niciodată în viața ta. Te simți din ce în ce mai însetat. Gura îți este uscată, buzele îți sunt uscate, gâtul îți este uscat. Înghiți în sec, înghiți în sec. Simți nevoia să-ți umezești buzele." (3 secunde pauză) „Te simți din ce în ce mai însetat, gura îți e tot mai uscată. Ești mai însetat, tot mai însetat și mai însetat. Ești foarte însetat. Însetat, însetat, însetat." (45 de secunde) „Acum imaginează-ți că bei un pahar cu apă proaspătă și rece." (5 secunde pauză)

Criteriul obiectiv de evaluare: 0,5 puncte dacă subiectul înghite în sec, își umezește buzele; se mai adaugă 0,5 puncte dacă subiectul indică după experiment că i s-a făcut sete (de exemplu: „mi-a fost sete", „gura mi-a fost uscată"). (Vezi întrebările de după experiment pentru scorul final al acestui test.)

5. Inhibiția verbală: „Închide ochii". (Începe cronometrarea.) „Imaginează-ți că mușchii gâtului și ai feței sunt solizi, rigizi, ca și cum ar fi din oțel. Ei sunt atât

de solizi și atât de rigizi, încât nu poți vorbi. Toți mușchii gâtului și ai gurii sunt atât de încordați și atât de rigizi, încât nu poți nici măcar să-ți pronunți numele. Cu cât încerci mai mult, cu atât mai greu îți va fi! Nu poți vorbi! Laringele tău e încordat, gâtul și gura le simți ca și cum ar fi strânse într-o menghină. Gâtul îți e atât de încordat, încât nu poți vorbi; nu poți să-ți pronunți numele. Cu cât încerci mai mult, cu atât îți va fi mai greu. Nu are rost să încerci. Nu vei putea pronunța cuvintele; nu-ți vei putea pronunța numele; nu poți să vorbești! Cu cât încerci mai mult să-ți pronunți numele, cu atât îți va fi mai greu. Încearcă; nu vei reuși." (45 de secunde)

(5 secunde pauză) „Mai încearcă; nu vei reuși." (10 secunde pauză) „Acum poți să-ți pronunți numele."

Criteriul obiectiv de evaluare: 0,5 puncte dacă subiectul nu-și pronunță numele după 5 secunde de efort; 1 punct dacă el nu-și pronunță numele după 15 secunde de efort.

6. Imobilitatea corpului: („Ține ochii închiși.") (începe cronometrarea.) „Imaginează-ți că de ani și ani stai pe acest scaun ca și acum. Imaginează-ți că ai stat așa de mult pe scaun, încât ești legat de el. E ca și cum ai fi devenit o parte din scaun, întregul tău corp este greu, rigid, solid și cântărește imens. Ești atât de greu, încât nu te poți mișca din loc. E imposibil să te ridici, ești de neclintit! Corpul tău a devenit o parte a scaunului. Când o să-ți cer să te ridici, tu nu vei fi capabil să o faci! Ești strâns lipit de scaun. Cu cât încerci mai mult, cu atât vei deveni mai încordat și nu vei putea să te ridici. Te simți greu în scaun. Nu te poți mișca, nu te poți ridica. Ești atât de greu și atât de strâns lipit de scaun. Nu te poți ridica, nu te poți mișca. Încearcă; n-ai să poți." (45 de secunde)

(5 secunde pauză) „Mai încearcă, nu vei reuși." (10 secunde pauză) „Acum te poți relaxa (sau așează-te jos)." (Se consideră că subiectul nu stă așezat dacă el se ridică ușor din scaun fără mișcări bruște.)

Criteriul obiectiv de evaluare: 0,5 puncte dacă subiectul nu se ridică după 5 secunde de efort; 1 punct dacă subiectul nu se ridică după 15 secunde de efort.

7. Răspunsul posthipnotic: (Stimulul auditiv constă în lovirea ușoară cu un stilou a părții metalice a unui ceas; poate fi și alt obiect.) (începe cronometrarea.) „Peste câteva minute, când acest exercițiu va fi gata și ochii tăi vor fi deschiși, eu voi face acest zgomot (terapeutul prezintă stimulul auditiv), iar tu vei tuși automat. În momentul în care fac zgomotul (terapeutul prezintă stimulul), tu vei tuși. Ți se va întâmpla automat. Când voi face așa (stimulul e prezentat), tu vei tuși imediat. Eu voi face zgomotul, iar tu vei tuși. Când ochii tăi sunt deschiși, eu voi face așa (stimulul e prezentat din nou) și tu vei tuși. Când eu fac așa, tu vei tuși." (30 de secunde)

Scorul obiectiv: 1 punct dacă subiectul tușește sau își drege glasul după încheierea exercițiului când îi este prezentat stimulul auditiv.

8. Amnezia selectivă: „Ochii tăi sunt încă închiși, dar intenționez să-ți cer să-i deschizi într-un minut. Când i-ai deschis, vreau să-mi povestești despre exercițiile pe care le-am făcut aici. (Începe cronometrarea.) Ți le vei aminti pe toate și vei putea să mi le povestești, cu excepția unuia. Pe acesta l-ai uitat complet, ca și cum niciodată nu s-ar fi întâmplat. Este testul în care ți-am spus că brațul tău devine mai ușor și că se ridică din ce în ce mai sus. Tu vei uita totul despre acest test și când vei încerca să te gândești la el, vei constata că nu te poți concentra. Vei uita complet tot ce ți-am spus despre brațul tău. Acesta e testul pe care nu poți să ți-l reamintești. Îți vei aminti testul în care ți-am spus că brațul tău era greu, îți vei aminti toate celelalte teste, dar cu cât încerci să-ți amintești pe cel în care ți-am spus că brațul tău se ridică în sus, cu atât îți va fi mai dificil. Nu-ți vei aminti nimic până când eu nu-ți voi spune: «Acum poți să-ți amintești» și după aceea și numai după aceea îți vei aminti că ți-am spus că brațul tău se ridică”.

Criteriul obiectiv de evaluare: 1 punct dacă subiectul nu se referă la itemul «levitația brațului», dar își amintește cel puțin patru itemi, ca apoi, la cuvântul cheie, să își amintească itemul.

„Deschide ochii, experimentul s-a terminat.”

*Detalieri la scorul obiectiv ulterior încheierii exercițiului
la itemii 4, 7 și 8 ai testului*

Scorul la itemul 7 („Răspunsul posthipnotic”) se realizează în felul următor: experimentatorul prezintă stimulii auditivi după ce subiectul și-a deschis ochii și înainte de începerea conversației.

Scorul la itemul 8. Subiectul este întrebat: „Câte exerciții îți amintești?”. Terapeutul încearcă să-l ajute, punându-i câteva întrebări: „Mai erau și alte teste?”, „Poți să-ți amintești și altceva?”, „Asta e tot?”, până când își amintește cel puțin patru itemi ai testului. Dacă subiectul își amintește de itemul cu levitația brațului, atunci primește un scor de 0 puncte la acest item (amnezia selectivă). Dacă însă subiectul nu-și amintește proba cu levitația brațului, terapeutul în final îi spune: „Acum poți să-ți amintești” și dacă totuși nu poate verbaliza nimic, acesta îi spune: „Poți să-ți amintești perfect acum”. Subiectul primește un scor de 1 punct la itemul 8 al testului dacă el își amintește cel puțin patru itemi, dar nu menționează și itemul cu levitația brațului decât după ce i se dau anumite indicații: „Acum poți să-ți amintești”, „Poți să-ți amintești perfect acum”. Pentru a primi un punct, subiectul trebuie să își amintească neapărat itemul-țintă după ce primește indicații în acest sens; imposibilitatea de a-și aminti itemul duce la neacordarea punctajului.

Scorul final la itemul 4. Scorul obiectiv la acest item este completat când subiectul se referă în timpul discuției la item. În acest moment, terapeutul îl

întreabă: „Ți-a fost sete în timpul testului ? ”. Dacă subiectul răspunde afirmativ la această întrebare, el primește 0,5 puncte la acest item. Dacă subiectul răspunde afirmativ la întrebare și vine în plus cu anumite explicații, atunci i se pune următoarea întrebare: „Ți-ai imaginat că paharul cu apă îți potolește setea ? ”. Dacă subiectul răspunde afirmativ, el mai primește încă 0,5 puncte.

Scorul maxim care poate fi obținut la cei 8 itemi ai scalei este de 8 puncte.

Scorul obiectiv este scorul prototip (cel mai frecvent) utilizat pentru evaluarea hipnotizabilității.

Etalon orientativ pentru scorul obiectiv (bazat pe studii-pilot efectuate de Daniel David):

- (a) hipnotizabilitate mică (transă superficială): 1-2 puncte;
- (b) hipnotizabilitate medie (transă medie): 3-6 puncte;
- (c) hipnotizabilitate mare (transă adâncă): 7-8 puncte.

Scorurile subiective

(a) Scorul gradului de trăire voluntară/involuntară a răspunsului sugerat.

Imediat după ce scorurile obiective au fost cotate, terapeutul menționează fiecare item al scalei la care subiectul a avut un punctaj de 0,5 sau 1 punct și îl întreabă pe subiect dacă a simțit efectul sugerat sau a acceptat și pus în practică sugestia doar pentru a urma instrucțiunile sau a-l mulțumi pe terapeut. Concret, următoarele întrebări sunt puse (la acei itemi cotați cu 0,5 sau 1 punct la scorul obiectiv):

1. Când am spus că brațul tău drept e greu și coboară în jos, într-adevăr era greu sau doar l-ai lăsat în jos ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

2. Când am spus că brațul tău stâng e ușor și că urcă în sus, într-adevăr era ușor sau doar l-ai ridicat în sus ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

3. Când am spus că mâinile tale sunt lipite și că nu le poți desprinde, într-adevăr ai simțit că nu-ți poți desprinde mâinile sau le-ai ținut lipite doar ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

4. Când am spus că-ți este sete, într-adevăr îți era sete sau doar ai procedat ca și când ți-ar fi sete ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

5. Când am spus că nu-ți poți pronunța numele, într-adevăr nu-l puteai spune sau doar te-ai supus sugestiei ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

6. Când am spus că ești lipit de scaun, într-adevăr ai simțit că ești imobilizat și că nu te poți ridica sau doar ai urmat sugestia ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

7. Când am făcut zgomotul acela, iar tu ai tușit, într-adevăr ai tușit automat sau doar ai urmat sugestia ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

8. într-adevăr ai uitat că am spus că mâna ta se ridică sau doar ai reacționat ca și cum ai fi uitat ca să mă mulțumești sau ca să urmezi instrucțiunile ?

Scorul pentru fiecare item al scalei este de un punct dacă subiectul spune că a „simțit”, iar scorul maxim ce poate fi obținut este de 8 puncte.

Scorul subiectiv este un scor mai rar utilizat singur pentru evaluarea hipnotizabilității, cel mai adesea acesta completând și precizând hipnotizabilitatea evaluată cu scorul obiectiv.

Etalon orientativ (bazat pe studii-pilot efectuate de Daniel David) pentru scorul subiectiv (trăirea sentimentului de experiență voluntară/involuntară a răspunsurilor generate de subiectul hipnotizat):

(a) trăirea scăzută a sentimentului de involuntaritate (transă superficială): 1-3 puncte;

(b) trăirea la nivel mediu a sentimentului de involuntaritate (transă medie): 4-6 puncte;

(c) trăirea puternică a sentimentului de involuntaritate (transă adâncă): 7-8 puncte.

(b) Scorul subiectiv propriu-zis este un scor mai nou la Scala Barber.

Subiectului i se cere să evalueze pe o scală de la 1 la 5 în ce măsură a simțit cele sugerate de terapeut la fiecare item efectuat. Dacă evaluarea răspunsurilor la sugestia o face subiectul pe baza a ceea ce a simțit pe o scală de la 1 la 5, atunci scorul maxim obținut este 40.

Scorul subiectiv propriu-zis este un scor mai rar utilizat pentru evaluarea hipnotizabilității, cel mai adesea acesta completând și precizând hipnotizabilitatea evaluată cu scorul obiectiv.

Etalon orientativ (bazat pe studii-pilot efectuate de Daniel David) pentru scorul subiectiv propriu-zis:

(a) experiențiere slabă a celor sugerate de hipnotizator (transă superficială): 8-15 puncte;

(b) experiențiere la nivel mediu a celor sugerate de hipnotizator (transă medie): 16-34 puncte;

(c) experiențiere puternică a celor sugerate de hipnotizator (transă adâncă): 35-40 puncte.

Subiecții sinceri obțin, în general, o corelație mare între cele trei scoruri evaluate prin Scala Barber. Subiecții simulanți (simulează intrarea în transa hipnotică) obțin adesea un scor obiectiv mare, dar scorurile subiective sunt mici. Acești subiecți execută voluntar sugestiile hipnotizatorului, fără a trăi însă la nivel subiectiv cele sugerate; sigur, identificarea acestor subiecți simulanți este greu de realizat, deoarece aceștia pot simula și în momentul evaluării scorurilor subiective, astfel că detectarea lor reclamă alte metode (de exemplu, testul scaunului, halucinațiile hipnotice induse etc.).

Modelul folosit pentru înregistrarea scorurilor obiective și subiective este dat mai jos:

Numele subiectului: _____ Sexul: _____ Vârsta: _____
 Data: _____ Numele terapeutului: _____
 Procedura: _____ Scorul obiectiv: _____

Scoruri subiective:

1. Coborârea brațului. Coboară: _____ cm
2. Levitația brațului. Urcă: _____ cm
3. Blocarea mâinilor.
 Mâinile desfăcute înainte de 5 secunde _____;
 Mâinile desfăcute după 5 secunde _____;
 Mâinile nu se desfac după 15 secunde _____.
4. „Halucinația” setei.
 îngHITE _____;
 Mișcă gura _____;
 își umezește buzele _____;
 Se simte însetat _____.
5. Inhibiție verbală.
 își spune numele înainte de 5 secunde _____;
 își spune numele după 5 secunde _____;
 Nu își spune numele după 15 secunde _____.
6. Imobilizarea corpului.
 Se ridică înainte de 5 secunde _____;
 Se ridică după 5 secunde _____;
 Nu se ridică după 15 secunde _____.
7. Răspuns posthipnotic.
 A tușit _____;
 Nu a tușit _____.
8. Amnezie selectivă. • ?
 Și-a amintit _____;
 Nu și-a amintit până n-a primit permisiunea _____.

6.2. Chestionarul BETS (tradus și adaptat în scop experimental și didactic de Daniel David)

Instrucțiuni:

Scopul acestui chestionar este să determine intensitatea imaginației dumneavoastră. Va trebui să vă imaginați cât mai viu itemii testului. Va trebui să evaluați intensitatea fiecărei imagini, prin referire la scala dată mai jos. De exemplu: dacă imaginea este „vagă și imprecisă” o veți cota cu 5 puncte. Notați răspunsul dumneavoastră în spațiul adecvat din dreptul itemului. În timpul testului, folosiți scala când evaluați intensitatea fiecărei imagini. Încercați să evaluați fiecare imagine fără referire la cele anterioare.

Scala de evaluare: Imaginea indusă de fiecare item al testului poate fi:

| <i>Scorurile date</i> | <i>Natura imaginilor</i> |
|-----------------------|--|
| 7 | perfect clară și vie, ca în realitate |
| 6 | foarte clară - comparabilă cu experiența din realitate |
| 5 | moderat de clară și vie |
| 4 | neclară și nu foarte vie, dar care poate fi recunoscută |
| 3 | vagă, imprecisă |
| 2 | atât de vagă și imprecisă, încât e greu de distins |
| 1 | nu apare nici o imagine, doar te gândești la acel obiect |

Evaluarea imaginilor vizuale:

- soarele apunând la orizont
- gândește-te la o rudă sau un prieten; evaluează următoarele imagini:
 - contururile feței, ale capului, ale umerilor și ale corpului
 - poziția capului, postura corpului
 - ținuta, lungimea pasului în timpul mersului
 - culorile costumelor lui preferate

Evaluarea imaginilor auditive:

- sunetul produs de o locomotivă
- claxonul unui automobil
- mieunatul unei pisici
- aplauzele de la un spectacol
- sunetul unui abur sub presiune

Evaluarea imaginilor tactile:

- senzația nisipului
- senzația unei pânze
- senzația unei blăni
- înțepătura unui ac
- căldura unei băi fierbinți

Evaluarea imaginilor kinestezice:

- te imaginezi urcând scările
- alunecând pe un tobogan
- desenând un cerc pe hârtie
- atingând un raft care se află la înălțime
- lovind cu piciorul ceva care îți stă în cale

Evaluarea imaginilor gustative:

- gustul sărat
- gustul zahărului
- gustul portocalei
- gustul gelatinei
- gustul supei tale preferate

Evaluarea imaginilor olfactive:

- mirosul unei camere neventilate, neaerisite
- mirosul verzei gătită
- mirosul unei fripturi
- mirosul unei vopsele proaspete
- mirosul unei bucăți noi de piele

Evaluarea imaginilor proprioceptive:

- senzație de oboseală, surmenaj
- senzație de foame
- senzație de durere de gât
- senzație de toropeală
- senzație de suprasaturare

Etalonul se construiește în cursul utilizării chestionarului pe grupul investigat, prin transformarea cotelor brute în cote T; aceasta deoarece nu avem încă elaborat un etalon pe populație românească (se află în construcție).

Mai jos, este prezentat un etalon orientativ (bazat pe studii-pilot efectuate de Daniel David) pentru evaluarea imaginației cu Chestionarul BETS.

Etalon orientativ pentru Chestionarul BETS:

imaginație mică: 35-119 puncte;

imaginație medie: 120-160 puncte;

imaginație mare: 161-245 puncte.

6.3. Sarcini de supramotivare (traduse și adaptate în scop experimental și didactic de Daniel David)

Sarcina 1

În acest experiment, voi testa capacitatea dumneavoastră de imaginare și vizualizare a lucrurilor. Cât de bine veți realiza ceea ce vă cer în testele următoare depinde în întregime de dorința dumneavoastră de a încerca să vă imaginați și să vizualizați lucrurile. Oricine poate să facă acest lucru dacă vrea și încearcă. De exemplu, am rugat persoanele să închidă ochii și să-și imagineze că se află la teatru și urmăresc un spectacol. Majoritatea au reușit să facă acest lucru foarte bine; au reușit să-și imagineze foarte intens că erau la spectacol și s-au simțit ca și cum ar fi fost într-adevăr acolo. Unii însă, gândindu-se că acest lucru e o prostie, nu au încercat să-și imagineze și deci rezultatul lor a fost slab. Apoi, când aceste persoane și-au dat seama că nu era greu să-și imagineze, au fost capabile să vizualizeze spectacolul și l-au simțit intens și real ca pe un spectacol autentic.

Ceea ce vă cer este cooperarea dumneavoastră la acest experiment, încercând să vă imaginați cât mai intens ceea ce descriu eu. Aș vrea să vă străduiți cât mai mult, pentru că încercăm să măsurăm capacitatea maximă de imaginare a oamenilor. Dacă nu încercați să vă folosiți la maximum abilitățile, acest experiment va fi fără sens și eu mă voi simți prost. Pe de altă parte, dacă încercați să vă imaginați cât mai intens, vă veți putea imagina cu ușurință și veți putea realiza lucrurile interesante pe care vi le spun, ajutând acest experiment.

Sarcina 2

Capacitatea dumneavoastră de a fi hipnotizat depinde în întregime de dorința dumneavoastră de a coopera. Ea nu are nimic de-a face cu inteligența. În ceea ce privește puterea voinței, puteți să nu-mi acordați atenție și să rămâneți treaz tot timpul. În acest caz, ați putea să mă faceți să mă simt prost, iar dumneavoastră nu veți face altceva decât să vă pierdeți timpul. Pe de altă parte, dacă sunteți atent la ceea ce vă voi spune și veți respecta instrucțiunile, veți putea intra ușor într-o stare de somn hipnotic. În acest caz, veți fi de folos acestui experiment. Hipnoza nu este un lucru nici înspăimântător, nici misterios, este numai o stare de implicare internă în ceva anume. Într-un fel, sunteți hipnotizat ori de câte ori vedeți un spectacol bun și uitați că sunteți unul dintre spectatori, identificându-vă cu unul dintre personaje. Deci ceea ce vă cer este cooperarea și interesul. Gradul de hipnotizabilitate depinde de măsura în care consimțiți să vă implicați. Nu se va întâmpla nimic care să vă pună într-o situație jenantă.

6.4. Anatomia unei proceduri prototip de inducție hipnotică elaborată de către Daniel David

(Textul se citește cu o voce hipnotică - monotonă și ritmică -, voce diferită de cea utilizată în comunicarea cotidiană; artificiile gramaticale existente în text sunt, în consecință, justificate și subordonate unui scop unic: inducerea stării de tranșă hipnotică, transa A.)

Notă : Se poate aplica prin adaptări minore (păstrând structura fundamentală) într-o manieră autoritară sau colaborativă, în funcție de scopul și domeniul în care este angajată.

începutul inducției

Închide ușor ochii și încearcă să te relaxezi. La început, încercând să te relaxezi, s-ar putea să-ți vină în minte mai multe gânduri decât erau înainte. Lasă-le să treacă. Cum vin, așa pleacă. Începi să fii mai calm și relaxat, o liniște plăcută te cuprinde.

Concentrarea atenției și relaxarea progresivă

Acum te concentrezi ușor asupra mâinii drepte (sau stângi, în funcție de brațul dominant; se începe cu brațul dominant).

Mâna dreaptă este grea.

Mâna dreaptă începe să devină mai grea.

Mâna dreaptă este mai grea.

O greutate plăcută cuprinde mâna dreaptă.

Mâna dreaptă este grea ca plumbul.

Mâna dreaptă este grea ca un braț de statuie (se repetă de cinci-zece ori).

(Identific pentru mâna stângă.) /r

Brațele sunt grele, grele ca plumbul, ca niște brațe de statuie.

Acum te concentrezi ușor asupra picioarelor.

Picioarele încep să devină mai grele.

Picioarele sunt mai grele.

O greutate plăcută cuprinde picioarele.

Picioarele sunt grele.

Picioarele sunt grele ca plumbul.

Picioarele sunt grele ca niște picioare de statuie (se repetă de cinci-zece ori).

Întregul corp este greu.

Greu ca plumbul.

Sunt calm, relaxat.

Întregul corp este greu ca plumbul.

Sunt calm, relaxat.
 Mâna dreaptă începe să devină mai caldă.
 Mâna dreaptă este mai caldă.
 O căldură plăcută cuprinde mâna dreaptă.
 Mâna dreaptă este caldă (se repetă de cinci-zece ori).
 (Identic pentru mâna stângă.)
 Brațele sunt calde.
 Picioarele încep să devină mai calde.
 Picioarele sunt mai calde.
 O căldură plăcută cuprinde picioarele.
 Picioarele sunt calde (se repetă de cinci-zece ori).
 Sunt calm, relaxat.
 Întregul corp este greu ca plumbul.
 Brațele sunt grele ca plumbul.
 Picioarele sunt grele ca plumbul.
 Brațele și picioarele sunt calde.
 Umerii sunt relaxați și căzuți.
 Mușchii feței sunt relaxați și calzi.
 Întregul corp este relaxat, greu și cald.
 O liniște plăcută mă cuprinde.
 Sunt calm, relaxat.

Adâncirea transei

Ești calm și relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar relaxarea - pacea corpului.
 Ești calm, relaxat. Ți concentrezi atenția asupra propriei respirații. Inspiri, expiri. Cu fiecare respirație, un somn adânc, liniștitor te cuprinde, un somn adânc, inevitabil te cuprinde, inevitabil ca și respirația. Inspiri somn, inevitabil, somn adânc și inevitabil ca și respirația. Voi număra ușor de la 1 la 10. Când ajung la 10, vei fi într-o stare adâncă de relaxare și somn special. Mă vei auzi clar și perfect.

- Ești calm, relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar relaxarea - pacea corpului.
- Cu fiecare inspirație, un somn adânc, inevitabil te cuprinde.
- Ești calm, relaxat.
- Inspiri somn, somn adânc și inevitabil ca propria-ți respirație. Celulele și fibrele corpului tău încep să fie cuprinse de un somn adânc, inevitabil. Inevitabil, respiri. Inevitabil, somn. Respiri somn.
- Tot mai multe celule, tot mai multe fibre ale corpului tău sunt cuprinse de un somn adânc, liniștitor.
- Ești calm, relaxat. Calmul înseamnă pacea sufletului, iar relaxarea - pacea corpului.
- Un somn adânc, inevitabil ca și respirația te cuprinde.
- Tot mai multe celule și fibre ale corpului tău sunt cuprinse de un somn adânc și special. Adânc, greu, liniștitor. Inevitabil, dormi.
- Ești calm, relaxat. Întregul corp este greu.
- Toate celulele, toate fibrele corpului tău dorm cuprinse de un somn adânc și special. Dormi.

Ești calm, relaxat. Întregul corp doarme cuprins de un somn adânc, adânc și special, inevitabil ca și propria respirație. Inevitabil, dormi, dar un somn special. Treptat, vei ignora orice zgomot din jur, auzind doar vocea mea clar și perfect. Dormi, mă auzi clar și perfect, dormi (pauză între 5-15 minute).

Intervenția psihologică

Tehnici psihologice de intervenție în practica psihologică (de exemplu, clinică, judiciară, militară sau optimizare umană etc.)

Procedura de anulare a inducției hipnotice

- Voi număra ușor de la 1 la 5. Când voi ajunge la 5, vei deschide ochii și te vei simți calm și relaxat, refăcut ca după un somn lung, odihnitor.
 - Ești calm, relaxat. Întregul corp este greu.
 - O energie plăcută, reconfortantă începe să-ți cuprindă întregul corp.
 - Întregul corp este cuprins de o energie plăcută, reconfortantă. Cu fiecare respirație, tot mai multă energie reconfortantă te inundă. Te simți refăcut ca după un somn lung, odihnitor.
 - În noaptea aceasta și în nopțile ce vor veni vei avea un somn lung și odihnitor. Orice senzație neplăcută a dispărut. Orice senzație de greutate a dispărut. Ești refăcut ca după un somn lung, odihnitor.
- Deschide ochii, te trezești. Mișcă ușor brațele și picioarele.

ANEXA 7. Regulament de Organizare a Programelor Formative ale Asociației de Psihoterapiei Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)

7.1. Prezentarea programelor de formare profesională inițială și continuă în psihoterapiei cognitive și comportamentale (Aprobat de Comisia Profesională și de Conducerea APCCR)

/. Introducere

Formarea în psihoterapiei cognitive și comportamentale, **inițială și/sau continuă**, este organizată pe baza unui **Protocol de Colaborare**, nr. 12396 din 04.10.2005, încheiat între **Asociația de Psihoterapiei Cognitive și Comportamentale din România (APCCR)** și **Institutul Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată al Universității Babeș-Bolyai (International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health)**.

Asociația de Psihoterapiei Cognitive și Comportamentale din România (APCCR; <http://www.psychotherapy.ro>) (numită, până în 2005, Asociația de Hipnoză și Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală; APCCR) oferă girul profesional al programelor formative prin: **(1) European Association of Behavioral and Cognitive Therapies (EABCT)** - unde APCCR este reprezentant național; **(2) Albert Ellis Institute (AEI), USA** - APCCR este centru de formare al AEI și **(3) Academy of Cognitive Therapy (ACT), USA** - APCCR este centru de formare al ACT; Partea I a Aplicației la ACT. APCCR este acreditată național de către **Colegiul Psihologilor din România (CPR) și Federația Română de Psihoterapie (FRP)** pentru formare în psihoterapiei cognitive și comportamentale. APCCR are sediul în str. Mihail Kogălniceanu nr. 1, Cluj-Napoca, România, este asociație non-profit cu scop educativ și de formare în psihoterapie, persoană juridică română

înființată în baza încheierii Civile nr. 8016/23.10.2000, pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca. în baza Statutului propriu (Art. 7, lit. 3), APCCR poate derula programe de formare și educație în psihoterapii cognitive și comportamentale.

Institutul Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată al Universității Babeș-Bolyai (Institutul Internațional; <http://www.psychotherapy.ro>) este structura care oferă girul științific, precum și structura organizatoare și agentul financiar al formării. Dacă formarea are loc în alte locații decât Cluj-Napoca, Institutul Internațional (și/sau APCCR) se poate asocia cu alte instituții/organizații în realizarea atribuțiilor sale, putându-le delega acestora organizarea și derularea aspectelor financiare legate de organizare, în condițiile legii. Institutul Internațional a fost înființat prin Hotărâre a Senatului Universității Babeș-Bolyai în ședința din 31.05.2004, prin statutul aprobat în această ședință, Institutul Internațional putând derula activități de formare și educație în psihoterapie.

Temeiul Juridic al Programelor Formative ale APCCR este reprezentat de:

(1) **Legea nr. 213 din 27 mai 2004** privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România; (2) **Hotărârea de Guvern nr. 788/2005** privind normele metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România; (3) **încheierea Civilă nr. 8016/23.10.2000** pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca, privind înființarea Asociației de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România; (4) **Hotărârea Senatului Universității Babeș-Bolyai nr. 20.321/07.06.2004**, privind înființarea Institutului Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată (International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health).

Modelul pentru **Contractul de Formare Inițială** este prezentat mai jos. Modelul pentru **Contractul de Formare Continuă** va fi elaborat la data organizării programelor formative specifice sub egida CPR.

// . Comisia profesională

Comisia Profesională a APCCR, propusă și aprobată de conducerea APCCR, este forul profesional și științific care răspunde de organizarea și de calitatea programelor formative ale APCCR.

Comisia Profesională este compusă din:

- **Președinte** : Daniel David, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, ACT, AEI, CPR, FRP)
- **Supervizori-formatori** (implicați în formarea specifică - cursuri, lucrări -, autocunoașterea și dezvoltarea personală, supervizare-formare):

- o Oana Benga, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT)
- o Irina Holdevici, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP)
- o Steve Johnson, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, AEI)
- o James McMahon, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, AEI)
- o Mircea Miclea, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, NABCT)
- o Viorel Lupu, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT)
- o Bianca Macavei, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT)
- o Adrian Opre, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, NACBT) •
- o Simona Popa, psihoterapeut certificat în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, CPR, FRP, AEI)
- o Aurora Szentagotai, supervisor-formator în psihoterapii cognitive și comportamentale (EABCT, AEI, CPR, FRP)

Comisia Profesională beneficiază în cursul programelor formative organizate de girul științific/profesional și de aportul specific al membrilor din străinătate ai Institutului Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată:

- Dr. David H. Barlow, Boston University, USA
- Dr. Aaron T. Beck, Pennsylvania University, USA
- Dr. Michael Broder, Albert Ellis Institute, USA
- Dr. Frank Dattilio, Harvard Medical School, USA
- Dr. Raymond DiGiuseppe, St. John's University, USA
- Dr. Thomas Dowd, Kent State University, USA
- Dr. Windy Dryden, London University, UK
- Dr. Albert Ellis, Albert Ellis Institute, USA
- Dr. Arthur Freeman, University of Saint Francis, USA
- Dr. David Haaga, American University, USA
- Dr. Philip Kendal, Temple University, USA
- Dr. Irving Kirsch, Plymouth University, UK
- Dr. Scott Lilienfeld, Emory University, USA
- Dr. Steven Jay Lynn, SUNY at Binghamton, USA
- Dr. Donald Meichenbaum, Waterloo University, Canada
- Dr. Ann Vernon, Albert Ellis Institute, USA
- Dr. Jeffrey Young, Columbia University, USA

/// *Programele de formare inițială*

1. Prezentare generală

Formarea în psihoterapie cognitivă și comportamentală se face în trei școli/forme diferite:

- Psihoterapie cognitivă (Cognitive Therapy - CT);
- Psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală (*Rational Emotive Behavior Therapy* - REBT);
- Terapie comportamentală (*Behavior Therapy* - BT).

Indiferent de școală/formă, programul de formare are structura de mai jos, *curriculum-ului* fiind adaptat specific fiecărei școli/forme de psihoterapie cognitivă și comportamentală.

Certificarea (certificatul) se face de către APCCR în **Psihoterapie Cognitivă și Comportamentală**; adițional, se va elibera și un supliment de certificat indicând școala/forma specifică de psihoterapie cognitivă și comportamentală.

Posesorul acestui certificat poate aplica pentru atestare la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu. Pentru atestare în țară, vor trebui respectate specificațiile Legii 213/2004, ale Hotărârii de Guvern 788/2005, normele Colegiului Psihologilor din România, precum și alte prevederi legale în vigoare, în funcție de profesia (pregătirea) de bază a cursantului.

2. Structura programului de formare inițială

Programul de Formare Inițială este organizat modular, pe patru Module/Nivele. Componentele sale, numărul de ore alocate fiecărei componente, incluzând modalitatea de implementare (de exemplu, modul de organizare al cursurilor/lucrărilor, al supervizărilor, al autocunoașterii și dezvoltării personale etc.) și de echivalare a orelor, în cazul fiecărei componente, sunt organizate conform **standardelor internaționale generale (EABCT și European Association for Psychotherapy, EAP; European Association for Counselling, EAC) și specifice (ACT, AEI) de formare în psihoterapie cognitivă și comportamentală (adaptate și standardelor naționale: CPR, FRP):**

- Pregătire specifică în consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală (500+ ore pentru consiliere psihologică; 600+ ore pentru psihoterapie).
- Eligibilitate: psihologi (și asimilați), medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi; ne-psihologii trebuie să-și completeze studiile universitare cu un pachet de discipline de specialitate stabilit prin Normele de Atestare ale CPR (www.copsi.ro) înainte de înscrierea la nivelul Modulului 3 (Partea B).
- Autocunoaștere și dezvoltare personală (202 ore pentru consiliere psihologică; 262 de ore pentru psihoterapie).
- Practică clinică supervizată (doi-trei ani pentru consiliere psihologică, respectiv trei-patru ani pentru psihoterapie, în funcție de evoluția cursantului).

- Supervizare directă (100 de ore pentru consilierea psihologică; 200 de ore pentru psihoterapie).

Primele două module, Modulul Primar și Modulul Avansat, sunt module de introducere primară și avansată în consiliere psihologică și/sau psihoterapii cognitive și comportamentale. Parcurgerea lor este o condiție pentru admiterea în cadrul Modulului 3, la nivelul căruia începe formarea inițială în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale.

După ce a fost acceptat la Modulul 3 (Partea B), cursantul este certificat în calitate de consilier psihologic (doar pentru psihologi și cei asimilați), respectiv *psihoterapeut practicant* în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (aceștia devin, la cerere, membri ai APCCR). Pe baza acestei certificări, cursantul poate aplica pentru atestare la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu. La absolvirea Modulului 3 (Partea B), cursantul este certificat în calitate de consilier psihologic (doar pentru psihologi și cei asimilați), respectiv *psihoterapeut specialist* în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale. Pe baza acestei certificări, cursantul, poate aplica pentru atestare la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu. Cursantul care nu finalizează programul de formare în termeni de patru ani de la data încheierii contractului pentru Modulul 3 (Partea B) va primi o adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate (a) fără a fi certificat în consiliere psihologică, respectiv psihoterapii cognitive și comportamentale și (b) fără a i se returna taxele plătite până la acea dată, taxe al căror cuantum acoperă activitățile la care a participat cursantul; în acest caz, numărul de ore poate fi recunoscut și continuat în cadrul altor programe de formare organizate de alte organizații profesionale naționale sau internaționale.

La absolvirea Modulului 4, cursantul este certificat în calitate de consilier psihologic (doar pentru psihologi și cei asimilați), respectiv *psihoterapeut principal* în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale, având calitatea de formator-supervizor. Pe baza acestei certificări, cursantul poate aplica pentru atestare la organismele naționale și internaționale care reglementează practica în domeniu.

Înscrierea într-un modul de formare nu garantează absolvirea acestuia; absolvirea depinde de promovarea (succesul) la examene și în cursul activităților de supervizare. Cunoașterea limbii engleze este o condiție obligatorie pentru participarea la programele de formare, deoarece mare parte din cursuri/lucrări sunt în limba engleză, ca urmare a faptului ca formarea este organizată în colaborare cu instituții internaționale. Cursantul care nu finalizează un modul de formare (din motive proprii sau ca urmare a nereușitei la examenul scris/supervizare) va primi o adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate, fără a fi certificat în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale la nivelul modulului studiat și fără a i se returna taxele plătite (al căror cuantum

acoperă costurile activităților la care a participat cursantul). Înscrierea într-un modul superior este condiționată de absolvirea modului anterior; în cazuri justificate profesional, APCCR poate face excepții de la această regulă, cu aprobarea președintelui Comisiei Profesionale.

Organizarea modulelor de formare (numărul lor anual, locația, numărul de cursanți acceptați și condițiile de selectare a lor) ține exclusiv de decizia Comisiei Profesionale a APCCR, care va lua în calcul resursele proprii și cererea pieței. Formarea este organizată piramidal, astfel încât nu este garantată absolvirea celor înscriși la diverse module, iar numărul modulelor superioare este mai mic decât numărul modulelor primare; selecția se face în funcție de performanțele cursanților la examene. Dacă după plata unei taxe de participare la un modul, cursantul nu mai participă la modulul respectiv, atunci i se returnează cursantului, pe baza unei cereri scrise adresată Institutului Internațional, 75% din taxa achitată.

Toate responsabilitățile care decurg din relația cursantului cu clienții/pacienții săi îi revin acestuia, în baza profesiei pe care o are, și instituției în care își desfășoară activitatea. Formatorii/supervizorii sunt responsabili doar pentru calitatea informațiilor științifice, declarative și procedurale oferite cursantului pe parcursul programului de formare (curs, lucrări, supervizare etc.).

Nivelul 1. Modulul primar de introducere în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale

Eligibilitate: psihologi, medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi (la nivel de licență) sau studenți în ultimii ani de studiu în aceste domenii. Ne-psihologii trebuie să-și completeze studiile universitare cu un pachet de discipline de specialitate stabilit prin Normele de Atestare ale CPR (www.copsi.ro), înainte de înscrierea la nivelul Modulului 3 (Partea B).

Obiective: Introducere în consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale.

Durată: trei-patru zile.

Structură:

(a) formare specifică în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (114 ore):

- Cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (14 ore):
 - o Introducere în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (8 ore):
 - Diagnostic și evaluare clinică
 - Conceptualizare clinică
 - Tehnici de intervenție; prezentare generală
 - Relația terapeutică și evaluarea rezultatelor intervenției

- o Consilierea psihologică/Psihoterapiile cognitive și comportamentale în contextul științelor cognitive (3 ore):
 - Modelul ABC cognitiv și comportamental
- o Rezistențe la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale (3 ore):
- Studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie: 100 ore; echivalare: o oră = 15 pagini).
- (b) autocunoaștere și dezvoltare personală (10 ore):
 - Organizată în grup, prin supervizare directă (10 ore).

Rezultate pentru participanți: Cunoștințe specifice referitoare la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

Certificarea: Prin examen scris și supervizare. Se va elibera adeverință de participare (de 20 Credite Educaționale - CE).

Taxa: 150 € Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

Nivelul 2. Modulul avansat de introducere în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale

Eligibilitate: psihologi, medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi (la nivel de licență) sau studenți în ultimii ani de studiu în aceste domenii. Absolvirea Modulului Primar condiționează înscrierea la Modulul Avansat (se pot face excepții, cu aprobarea președintelui Comisiei Profesionale, pentru înscrierea directă la nivelul Modulului Avansat, pe baza analizei activității profesionale a candidatului).

Obiective: Aprofundarea studiului în consiliere psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale.

Durață: trei-patru zile.

Structura:

- (a) formare specifică în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale (164 ore):
 - Cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (14 ore):
 - o Studiu avansat al consilierii psihologice/psihoterapiilor cognitive și comportamentale (6 ore):
 - Diagnostic și evaluare clinică
 - Conceptualizare clinică
 - Tehnici de intervenție
 - Relația terapeutică și evaluarea rezultatelor intervenției
 - o Particularități ale consilierii psihologice/psihoterapiilor cognitive și comportamentale la copil și adolescent (4 ore);
 - o Personalitatea și tulburările de personalitate în perspectivă cognitiv-comportamentală (4 ore).

- Studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie: 150 ore; echivalare: o oră = 15 pagini).
- (b) autocunoaștere și dezvoltare personală (62 ore):
 - Organizată în grup, prin supervizare directă (12 ore).
 - Autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (50 de ore):
 - o De la primul modul până la al doilea modul, cursanților li se cere ca săptămânal să analizeze două situații problematice cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate de membri ai Comisiei Profesionale, iar rezultatele prelucrărilor sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă, organizată în grup la nivelul Modulului 2.

Rezultate pentru participanți: Cunoștințe specifice avansate referitoare la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

Certificarea: Prin examen scris și supervizare. Se va elibera adeverință de participare (20 de CE).

Taxa: 200 € Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

Nivelul 3. Modul de formare inițială în consiliere psihologică/psihoterapii cognitive și comportamentale

Eligibilitate: psihologi, medici psihiatri, asistenți sociali, pedagogi, teologi (la nivel de licență); aceștia trebuie să prezinte o dovadă că sunt angajați într-o instituție în care oferă/pot oferi servicii de intervenție psihologică și au ocazia de a lucra în echipă interdisciplinară (de exemplu, psihologi, medici, asistenți sociali etc.). Parcurgerea Modulului Avansat condiționează înscrierea la Modulul de Formare Inițială (se pot face excepții, cu aprobarea președintelui Comisiei Profesionale, pentru înscrierea directă la nivelul Modulului de Formare Inițială, pe baza analizei activității profesionale a candidatului).

Obiective: Aprofundarea studiului profesional în consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale.

Structura : Modulul 3 are două părți: **PARTEA A și PARTEA B**

PARTEA A

Durata: trei-patru zile

(a) formare specifică în consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale (218 ore):

- Cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (18 ore):
 - o Organizarea ședințelor și etapelor de consiliere psihologică/psihoterapie cognitivă și comportamentală (3 ore);
 - o Analize de caz (video) (15 ore echivalente);

- Studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie: 200 ore; echivalare: o oră=15 pagini).

(b) autocunoaștere și dezvoltare personală (80 ore):

- Autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (50 de ore):
 - o De la al doilea modul până la al treilea modul, cursanților li se cere ca săptămânal să analizeze două situații problematice cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate, iar rezultatele prelucrărilor sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă, organizată individual de către supervizorul alocat fiecărui cursant.
 - o Diagnostic și evaluare (30 de ore): cursanții completează o baterie de probe psihologice (14) acoperind aspectele cognitive, comportamentale, emoționale și de personalitate, care sunt apoi cotate de supervizor/cursant și interpretate individual cu supervizorul propriu.

Rezultate pentru participanți: Cunoștințe specifice avansate și proceduri referitoare la consilierea psihologică/psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

Certificarea: Prin examen scris și supervizare. Se va elibera adeverință de participare (20 de CE).

Taxa: 200 € Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă. •

După parcurgerea acestor etape, candidatul poate opta pentru formare în consiliere psihologică sau psihoterapie.

PARTEA B

CONSILIERE PSIHOLICĂ (accesibilă doar psihologilor și celor asimilați)

(a) Practică de consiliere psihologică supervizată (pe parcursul a doi-trei ani; minimum 500 de ore)

a. Supervizarea directă va viza minimum zece pacienți/clienti, din patru forme diferite de patologie/probleme psihologice (exclusiv psihopatologie), incluzând copii/adolescenți și adulți. În două dintre cele zece cazuri se abordează probleme legate de optimizare și dezvoltare personală, iar într-un caz probleme de cuplu/familie/terapie de grup. Toate ședințele desfășurate de cursant în cadrul programului de formare trebuie înregistrate audio, supervizorii alocați cursantului (și președintele Comisiei Profesionale sau cei desemnați de acesta) având acces și putând verifica randomizat orice înregistrare. Cursantul este puternic încurajat să utilizeze casete audio în teme/prescripțiile cognitiv-comportamentale pentru acasă date pacientului/clientului. Primele cazuri vor viza o patologie ușoară, urmând ca doar ultimele cazuri să includă patologie severă (de exemplu, asistența psihologică a

bolnavilor terminali etc.). *Cursantul este obligat să recomande (și să se asigure că este făcut) un examen medical pentru a se exclude condițiile medicale ale problemelor psihologice ale pacientului/clientului. Dacă în urma acestui examen se recomandă tratament medical, atunci tratamentul psihologic se va face fără a afecta tratamentul medical. Cursantul răspunde profesional pentru implementarea acestor indicații.*

b. Fiecare cursant va avea doi supervizori diferiți, dintre care unul este răspunzător și pentru activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală a cursantului pe parcursul Modulului 3 (Partea B). Primul supervizor face supervizarea pentru primele cinci cazuri, iar cel de-al doilea pentru următoarele cinci cazuri (cursantul poate avea maximum două cazuri simultane aflate în supervizare).

c. La fiecare trei ședințe se va face un raport către supervizorul alocat cazului. Pentru primele trei ședințe se face un raport după fiecare ședință. Raportul are următoarea structură: (a) obiectivele fiecărei ședințe; (b) metodele utilizate pentru atingerea obiectivelor; (c) rezultatele obținute; (d) dificultăți întâmpinate; (e) planul pentru următoarele (trei) ședințe; (f) descrierea succintă a experienței personale și autoevaluarea performanței în cadrul ședinței și a relației cu pacientul/clientul (1 - foarte slab, 5 - foarte bine). Începerea unei noi ședințe de consiliere după raport se face doar după primirea *feedback-ului* și sugestiilor din partea supervizorului (prin discuție directă, *e-mail* sau telefon), în baza raportului primit. Dacă supervizorul alocat cazului nu poate fi contactat pentru a oferi sugestii, atunci va fi contactat celălalt supervizor, iar dacă și acesta este indisponibil, cursantul îl va contacta pe conf. univ. dr. Daniel David înainte de a avea ședința următoare de consiliere psihologică. La cererea cursantului și în condiții stabilite de comun acord, și alte cazuri pot fi supervizate, contra cost, de membri ai Comisiei Profesionale.

d. în cursul practicii supervizate, continuă activitatea de pregătire specifică în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală prin studiu individual supervizat (bibliografia accesibilă *on line*, pe bază de parolă, pe site-ul Instituției Formatoare: <http://www.psychotherapy.ro>) și întâlniri/cursuri pentru studiu în grup (anunțate cu cel puțin o lună înainte).

(b) Supervizarea directă (echivalentul a minimum 100 de ore)

a. Se vor prezenta minimum douăzeci de casete audio înregistrate cu ședințe de consiliere psihologică (minimum două pentru fiecare caz); condițiile și momentul înregistrării vor fi stabilite cu fiecare supervizor în parte. *Feedback-ul* va fi oferit prin întâlniri directe, individuale și în grup, și/sau mediate prin *telefon/e-mail*. Echivalarea orelor se face respectând normele internaționale de consiliere psihologică cognitivă și comportamentală: două ore/casetă cursant (autoanaliza ședinței prin prisma modelului cognitiv-comportamental); două ore/casetă supervizor;

o oră/discuții cursant și supervisor. Supervizarea directă include și modul în care cursantul face evaluarea psihologică (de exemplu, utilizarea probelor psihologice) a cazurilor.

(c) Autocunoaștere și dezvoltare personală (50 de ore)

a. Autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (50 de ore). Cursanților li se cere ca, săptămânal, să analizeze cea mai problematică situație cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt prelucrate de supervisorul desemnat cu activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală; interpretările supervisorului sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă, individuală și în grup, organizată de către supervisorul alocat fiecărui cursant.

(d) Rezultate pentru participanți: Cunoștințe și proceduri specifice avansate referitoare la consilierea psihologică cognitivă și comportamentală și la propria persoană.

(e) Certificarea: Examen scris și supervizare. Se va elibera un certificat de consilier psihologic specialist în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală, dacă sunt absolvite examenele scrise și supervizarea (60 de CE).

(f) Taxa: 400 € (plătită în rate după o schemă agreată de Instituția Formatoare și cursant). Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

PSIHOTERAPIE

(a) Practică de psihoterapie supervizată (pe parcursul a trei-patru ani; minimum 600 de ore)

a. Supervizarea directă va viza minimum doisprezece pacienți/clienti, din patru forme diferite de patologie/probleme psihologice (inclusiv psihopatologie), incluzând copii/adolescenți și adulți. În două dintre cele douăsprezece cazuri se abordează probleme legate de optimizare și dezvoltare personală, iar într-un caz probleme de cuplu/familie/terapie de grup. Toate ședințele desfășurate de cursant în cadrul programului de formare trebuie înregistrate audio, supervisorii alocați cursantului (și președintele Comisiei Profesionale sau cei desemnați de acesta) având acces și putând verifica randomizat orice înregistrare. Cursantul este puternic încurajat să utilizeze casete audio în teme/prescripțiile cognitiv-comportamentale pentru acasă date pacientului/clientului. În cazul psihopatologiei, primele cazuri vor viza o patologie ușoară, urmând ca doar ultimele cazuri să includă patologie severă (de exemplu, tulburări de personalitate, tulburare bipolară etc.). *Cursantul este obligat să recomande (și să se asigure că este făcut) un examen medical pentru a se exclude condițiile medicale ale problemelor psihologice/psihopatologiei pacientului/clientului. Dacă în urma acestui examen se recomandă tratament medical, atunci tratamentul psihologic se*

va face fără a afecta tratamentul medical. Cursantul răspunde profesional pentru implementarea acestor indicații.

b. Fiecare cursant va avea doi supervizori diferiți, dintre care unul este răspunzător și pentru activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală a cursantului pe parcursul Modulului 3 (Partea B). Primul supervizor conduce supervizarea pentru primele șase cazuri, iar cel de-al doilea pentru următoarele șase cazuri (cursantul poate avea maximum două cazuri simultane aflate în supervizare).

c. La fiecare trei ședințe se va face un raport către supervizorul alocat cazului. Pentru primele trei ședințe se face un raport după fiecare ședință. Raportul are următoarea structură: (a) obiectivele fiecărei ședințe; (b) metodele utilizate pentru atingerea obiectivelor; (c) rezultatele obținute; (d) dificultăți întâmpinate; (e) planul pentru următoarele (trei) ședințe; (f) descrierea succintă a experienței personale și autoevaluarea performanței în cadrul ședinței și a relației cu pacientul/clientul (1 - foarte slab, 5 - foarte bine). Începerea unei noi ședințe de psihoterapie după prezentarea raportului se face doar după primirea *feedback-ului* și sugestiilor din partea supervizorului (prin discuție directă, *e-mail* sau telefon), în baza raportului primit. Dacă supervizorul alocat cazului nu poate fi contactat pentru a oferi sugestii, atunci va fi contactat celălalt supervizor, iar dacă și acesta este indisponibil, cursantul îl va contacta pe conf. univ. dr. Daniel David înainte de a avea ședința următoare de psihoterapie. La cererea cursantului și în condiții stabilite de comun acord, și alte cazuri pot fi supervizate, contra cost, de membri ai Comisiei Profesionale.

d. în cursul practicii supervizate, continuă activitatea de pregătire specifică în psihoterapii cognitive și comportamentale prin studiu individual supervizat (bibliografia accesibilă *on line*, pe bază de parolă, pe *site-u* \ Instituției Formatoare: <http://www.psychotherapy.ro>) și întâlniri/cursuri pentru studiu în grup.

(b) Supervizarea directă (echivalentul a minimum 200 de ore)

a. Se vor prezenta minimum patruzeci de casete audio înregistrate de ședințe psihoterapeutice (minimum trei pentru fiecare caz); condițiile și momentul înregistrării vor fi stabilite cu fiecare supervizor în parte. *Feedback-ului* va fi oferit prin întâlniri directe, individuale și în grup și/sau prin telefon/*e-mail*. Echivalarea orelor se face respectând normele internaționale de psihoterapii cognitive și comportamentale : două ore/casetă cursant (autoanaliza ședinței prin prisma modelului cognitiv-comportamental); două ore/casetă supervizor; o oră/discuții cursant și supervizor. Supervizarea directă include și modul în care cursantul face evaluarea clinică (de exemplu, utilizarea probelor clinice) a cazurilor.

(c) Autocunoaștere și dezvoltare personală (100 de ore)

a. Autoanaliză pe baza Fișei de Autoanaliză (100 de ore). Cursanților li se cere ca săptămânal să analizeze cea mai problematică situație cu care s-au confruntat, prin prisma Fișei de Autoanaliză. Aceste analize adunate într-un portofoliu sunt

prelucrate de supervisorul desemnat cu activitatea de autocunoaștere și dezvoltare personală; interpretările supervisorului sunt comunicate cursantului în cadrul activității de supervizare directă sau în grup, organizată individual de către supervisorul alocat fiecărui cursant.

(d) **Rezultate pentru participanți:** Cunoștințe și proceduri specifice și avansate referitoare la psihoterapiile cognitive și comportamentale și la propria persoană.

(e) **Certificarea:** Examen scris și supervizare. Se va elibera un certificat de psihoterapeut specialist în psihoterapii cognitive și comportamentale, dacă sunt absolvite examenele scrise și supervizarea (80 de CE).

(f) **Taxa:** 600 € (plătită în rate, după o schema agreată de Instituția Formatoare și cursant). Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

Nivelul 4. Modulul de formare inițială avansată

CONSILIERE PSIHOLICĂ

Eligibilitate : consilier psihologic specialist în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală.

Obiective: Formare avansată în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală.

Durată: trei-patru zile.

(a) formare specifică în psihoterapii cognitive și comportamentale (40 de ore):

- Cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (20 de ore):
 - o Supervizarea în consilierea psihologică. Principii și fundamente
 - o Supervizarea în consilierea psihologică cognitivă și comportamentală. Tehnici și proceduri
 - o Obstacole în supervizare
- Studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie: 20 de ore)

(b) co-supervizare (24 de ore):

- Organizată în grup, prin co-supervizare directă (12 ore)
- Organizată prin co-supervizarea unor cazuri clinice prezentate video (12 ore)

Rezultate pentru participanți: Cunoștințe și proceduri specifice și avansate referitoare la supervizarea-formarea în consilierea psihologică cognitivă și comportamentală și la propria persoană.

Certificarea: Examen scris și supervizare (plus analiza contribuției științifice și vizibilității profesional-științifice a cursantului). Se va elibera un certificat de consilier psihologic formator/supervisor în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală (20 de CE).

Taxa: 200 € Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

PSIHOTERAPIE

Eligibilitate: psihoterapeut specialist în psihoterapii cognitive și comportamentale.

Obiective: Formare avansată în psihoterapii cognitive și comportamentale.

Durată: trei-patru zile.

Structura:

(a) formare specifică în psihoterapii cognitive și comportamentale (80 de ore):

- Cursuri directe pe baza bibliografiei obligatorii (30 de ore):
 - o Supervizarea în psihoterapie. Fundamente și principii
 - o Supervizarea în psihoterapiile cognitive și comportamentale. Tehnici și proceduri
 - o Obstacole în supervizare
- Studiu individual supervizat (bibliografia obligatorie : 50 de ore)

(b) co-supervizare (50 de ore):

- Organizată în grup și individual, prin co-supervizare directă (25 de ore)
- Organizată prin co-supervizarea unor cazuri clinice prezentate video (25 de ore)

Rezultate pentru participanți: Cunoștințe și proceduri specifice și avansate referitoare la supervizarea în psihoterapia cognitivă și comportamentală și la propria persoană.

Certificarea: Examen scris și supervizare (plus analiza contribuției științifice și vizibilității profesional-științifice a cursantului). Se va elibera un certificat ca psihoterapeut formator/supervizor în consiliere psihologică cognitivă și comportamentală (20 de CE).

Taxa : 200 € Colaboratorii APCCR pot fi scutiți de taxă.

IV. Formare profesională continuă

APCCR și Institutul Internațional vor organiza (a) cursuri complementare de specializare în domeniul psihologiei clinice, consilierii psihologice și psihoterapiei și (b) formare continuă a celor care au beneficiat de formarea inițială, sub egida Colegiului Psihologilor din România. Propunerile de cursuri și *curriculum-u* acestora vor fi stabilite în funcție de cererile și nevoile domeniului. Numărul creditelor alocate acestor formări va fi stabilit de Colegiul Psihologilor din România, separat pentru fiecare formare/curs propus, la momentul propunerii și aprobării formării.

7.2. Model contract de formare

Contract de formare/educație în psihoterapii cognitive și comportamentale

Art. 1. Temei juridic:

o Legea nr. 213 din 27 mai 2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România;

o Hotărârea de Guvern nr. 788/2005 privind normele metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România;

o încheierea Civilă nr. 8016/23.10.2000 pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca, privind înființarea Asociației de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România;

o Hotărârea Senatului Universității Babeș-Bolyai nr. 20.321/07.06.2004 în ședința Senatului Universității Babeș-Bolyai din 31.05.2005, privind înființarea Institutului Internațional de Studii Avansate de Psihoterapie și Sănătate Mentală Aplicată (International Institute for the Advanced Study of Psychotherapy and Applied Mental Health).

Art. 2. Părțile contractului:

2.1. Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale din România (APCCR), cu sediul în str. Mihail Kogălniceanu nr. 1, Cluj-Napoca, România, reprezentată de conf. univ. dr. psiholog Daniel David în calitate de președinte, asociație profesională non-profit, cu scop educativ și de formare în psihoterapie (4 nivele/module), persoană juridică română înființată în baza încheierii Civile nr. 8016/23.10.2000, pronunțată de Judecătoria Cluj-Napoca, numită aici **INSTI-TUȚIE FORMATOARE**.

2.2. Dl/Dna _____,
cu domiciliul în _____,
născut(ă) la data de _____,
identificat(ă) cu actul de identitate _____ seria _____ nr. _____,
CNP _____,
în calitate de CURSANT în psihoterapii cognitive și comportamentale.

Art. 3. Obiectul contractului:

Prezentul contract are ca obiect derularea activităților de formare și educație în psihoterapiei cognitive și comportamentale, școala/forma _____, reglementând raporturile dintre **INSTITUȚIA FORMATOARE ȘI CURSANT**, în concordanță cu legislația în vigoare și cu **REGULAMENTUL DE ORGANIZARE A PROGRAMELOR FORMATIVE ALE APCCR** (vezi la <http://www.psychotherapy.ro>), pentru modulul/nivelul _____.

Art. 4. Termenii contractului:

4.1. Prezentul contract se încheie pe durata normală de formare _____, CURSANTUL având obligația de a achita taxele de formare după următorul plan _____

4.2. înscrierea într-un modul de formare nu garantează absolvirea acestuia; absolvirea depinde de promovarea (succesul) la examene și în cursul activităților de supervizare. Cursantul care nu finalizează programul de formare care face obiectul prezentului contract (din motive proprii sau ca urmare a nereușitei la examenul scris/supervizare) va primi o adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate, fără a fi certificat în psihoterapiei cognitive și comportamentale la nivelul modulului studiat și fără a i se returna taxele plătite (al căror cuantum acoperă participarea cursantului la cursuri și activități).

4.3. înscrierea într-un modul superior este condiționată de absolvirea modulului anterior; în cazuri justificate profesional, APCCR poate face excepții de la această regulă.

4.4. Organizarea modulelor de formare (numărul lor anual, locația, numărul de cursanți acceptați și condițiile de selectare a lor) ține exclusiv de decizia APCCR, care va lua în calcul resursele proprii și cererea pieței. Formarea este organizată piramidal, astfel încât nu este garantată absolvirea celor înscriși la diverse module, iar numărul modulelor superioare (3, 4) este mai mic decât numărul modulelor primare (1, 2).

4.5. în cazul modulului trei (Partea B), cursantul care nu finalizează programul de formare în termen de patru ani de la data încheierii contractului pentru acest modul va primi o adeverință de participare și o descriere a activităților desfășurate, fără a fi certificat în psihoterapiei cognitive și comportamentale și fără a i se returna taxele plătite până la acea dată (al căror cuantum acoperă participarea cursantului la cursuri și activități).

Art. 5. Drepturile și obligațiile părților:**5.1. Drepturile INSTITUȚIEI FORMATOARE**

- o Stabilește condițiile de înscriere, formare, examinare, întrerupere, exmatriculare din programul de formare sau reînscriere a cursantului;
- o Supraveghează modul în care cursantul își respectă obligațiile și îndatoririle;
- o Stabilește cuantumul taxei de formare, în funcție de costurile specifice formării;
- o Stabilește modul de încasare și termenele de achitare a taxelor de formare.

5.2. Obligațiile INSTITUȚIEI FORMATOARE

- o Organizează activității de formare profesională la un nivel calitativ ridicat, personalul implicat în programul de formare răspunzând pentru calitatea științifică a informației oferite;
- o Eliberează adeverința de participare la programele de formare corespunzătoare modulului parcurs și/sau certificatul de competență în consiliere psihologică, respectiv psihoterapiei cognitive și comportamentale, corespunzător modulului parcurs.

5.3. Drepturile CURSANTULUI

- o De a participa la activitățile de formare prevăzute în programul de formare;
- o De a susține examenele și celelalte forme de verificare a cunoștințelor dobândite;
- o În cazul în care nu reușește la un examen scris/supervizare, poate contesta în scris decizia în termen de 30 de zile de la data comunicării rezultatelor, răspunsul final și definitiv, după reanalizarea activității/lucrării cursantului, comunicându-i-se acestuia în termen de 5 zile de la data depunerii contestației.

5.4. Obligațiile CURSANTULUI

- o Achitarea taxelor aferente participării la fiecare modul;
- o Respectarea Regulamentului de Organizare a Programelor formative ale APCCR (vezi [http : //www. psychotherapy.ro](http://www.psychotherapy.ro)) și a indicațiilor/informațiilor oferite în cadrul programului de formare (la curs, lucrări, supervizare etc.);
- o Respectarea Codului Etic și a Deontologiei Profesionale specifice profesiei (psiholog, medic etc.);
- o Respectarea Codului Etic și a Deontologiei Profesionale așa cum sunt ele asumate de: European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (<http://www.eabct.com>), European Association for Psychotherapy (<http://www.europsych.org>), Federației Române de Psihoterapie ([http: //www.psihoterapie.ro](http://www.psihoterapie.ro))

și Colegiului Psihologilor din România - pentru psihologi și cei asimilați psihologilor - (<http://www.copsi.ro>);

o Să fie angajat sau să lucreze voluntar, pe tot parcursul programului de formare - Modulele 3 și 4 -, într-o instituție/organizație în care are dreptul de a oferi servicii de psihologie, psihiatrie, consiliere psihologică și/sau intervenție (psihoterapeutică).

o Răspunde profesional pentru activitățile desfășurate cu pacienții/clientii în cadrul programului de formare în psihoterapii cognitive și comportamentale și pentru rezultatele acestor activități, în baza normelor profesiei și a regulamentelor instituției în care își desfășoară activitatea.

Art. 6. Rezilierea contractului:

Contractul poate fi reziliat cu acordul părților sau unilateral în cazul în care cursantul solicită voluntar retragerea din programul de formare. Rezilierea contractului se face de drept în cazul în care cursantul nu reușește la examene (examele scrise, supervizare etc.), în urma unui răspuns final și definitiv, nu respectă termenii prezentului contract sau este exmatriculat înainte de finalizarea acestuia. Rezilierea contractului, indiferent de formă, duce la pierderea taxelor achitate de CURSANT până la acea dată pentru derularea programului de formare.

Art. 7. Alte clauze:

Prezentul contract s-a încheiat astăzi _____, în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte a contractului.

Asociația de Psihoterapii
Cognitive și Comportamentale din România
Președinte

Cursant

Conf. univ. dr. Daniel David

ii

7.3. Bibliografia obligatorie

Notă:

Bibliografia este accesibilă prin:

- Biblioteca Universității Babeș-Bolyai, Facultatea de Psihologie și Științele Educației (și alte biblioteci mari din țară);
- Biblioteca Fundației Soros pentru o Societate Deschisă (Cluj-Napoca);

• *Site-ul* Instituției Formatoare (<http://www.psychotherapy.ro>), pe bază de parolă, pentru cursanți.

Lucrările pot fi achiziționate direct prin: www.diverta.ro; www.amazon.com; marile librării din țară; Editura ASCR (Cluj-Napoca; str. Republicii nr. 37).

Modulul 1

- Beck, J.S., *Cognitive Therapy : Basics and Beyond*, The Guilford Press, New York, 1995.
 David, D. (coord.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.
 Dryden, W.; DiGiuseppe, R., *Ghid de terapie rațional-emotivă și comportamentală*, Editura ASCR. Cluj-Napoca, 2003.
 Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy* (ediție revizuită), Secaucus, Birsj Lane, NJ, 1994.
 Holdevici, I., *Elemente de psihoterapie*, (ediția a III-a), Editura B.I.C. ALL, București, 1998.

Modulul 2

- David, D., *Psihoterapie și hipnoterapie cognitiv-comportamentală. Intervenție cognitiv-comportamentală în tulburările psihice, psihosomatice și optimizarea umană*, (ediția a II-a), Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 2000.
 David, D. (coord.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.
 Dryden, W., *Fundamentals of rational emotive behaviour therapy. A training handbook*, Whurr Publishers Ltd., Londra, 2002.
 Ellis, A. ; Harper, R.A., *A guide to rational living*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1961.
 Meichenbaum, D.H., *Cognitive-Behavior Modification : An Integrative Approach*, Plenum, New York, 1977.
 Waters, V., *Povești raționale pentru copii*, Editura ASCR, Cluj-Napoca, 2003.

Modulul 3

- American Psychiatric Association, *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale. Ediția a 4-a revizuită. 2000*, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.
 Beck, A.T.; Freeman, A.; Davis, D.D., *Cognitive therapy of personality disorders* (ediția a II-a), Guilford Press, New York, 2004.
 Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. ; Emery, G., *Cognitive therapy of depression*, The Guilford Press, New York, 1979.
 David, D. (coord.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.
 Dowd, T., *Cognitive hypnotehrapy*, Jason Aaronson Inc., 2004.
 Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J.; Clark, D.M., *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*, Oxford Medical Publications, Oxford, 1989.
 Hersch, J., *Mirarea filozofică*, Editura Humanitas, București, 1997.
 Ianoși, I., *O istorie a filozofiei românești*, Editura Apostrof, Cluj-Napoca* 1996.
 Kaplan, H.I.; Sadock, B.J., *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, clinical psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, 1998.

Kazdin, A.E.; Weisz, J.R., *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, The Guilford Press, New York, 2003.

Sălăvastru, C., *Teoria și practica argumentării*, Editura Polirom, Iași, 2003.

Stoianovici, D.; Dima, T.; Marga, A., *Logică generală*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1991.

La alegere, lucrări de sinteză și/sau reprezentative în:

- Literatură și artă românească și universală;
- Filosofie românească și universală (incluzând filosofia orientală);
- Istorie românească și universală.

Modulul 4

David, D. (coord.), *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.

David, D., *Castele de nisip. Știință și pseudoștiință în psihopatologie*, Editura Tritonic, Cluj-Napoca, 2003.

Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, vol. 12, nr. 1 (numărul special dedicat supervizării în psihoterapiile cognitive și comportamentale), 1998.

Bibliografie Obligatorie pentru Modulele 3 (Partea B) și 4

Bibliografia obligatorie este afișată pe *site-u* Instituției Formatoare la: www.psychotherapy.ro. Accesul este permis pe bază de parolă doar cursanților.

7.4. Lista probelor psihologice utilizate în evaluarea cursanților ca parte a autocunoașterii și dezvoltării personale

Notă:

PDE, DAS, ABS-II, USA și YSQ sunt oferite cursanților pentru utilizare gratuită în timpul practicii sub supervizare, iar învățarea utilizării lor este cuantificată în cadrul orelor de supervizare directă (vezi normele EABCT).

NIVELUL SUBIECTIV/AFECTIV

- Profilul Stărilor Afective (POMS)
- Profilul Distresului Emoțional (PDE)
- Inventarul de Depresie Beck
- Inventarul de Anxietate ca Stare și Trăsătură (S.T.A.I.; forma 1 și 2)

NIVELUL COGNITIV

- Scala de Atitudini Disfuncționale (DAS)

ANEXE

- Scala de Atitudini și Credințe (ABS-II)
- Chestionarul de Gânduri Automate (ATQ)
- Scala de Acceptare Necondiționată (USA)
- Scala de Stimă de Sine (*SS*)
- Scala de Stil Atribuțional (SAAQ)

NIVELUL COMPORTAMENTAL

- Chestionarul de Dezirabilitate Socială (SDS)

STRUCTURA DE PERSONALITATE

- Inventarul de Personalitate Eysenck (EPI)
- Chestionarul de Optimism (LOT)
- Mecanisme de *Coping* - Apărare - Defensiv (B-Cope)
- Chestionarul de Scheme Cognitive Young (YSQ)

COLLEGIUM. Psihologie

au apărut:

- Adrian Neculau (coord.) - *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici - *Psihologie generală*
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny - *Psihologie socială experimentală*
Adrian Neculau, Gilles Ferreol (coord.) - *Minoritari, marginali, excluși*
Constantin Cucuș - *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) - *Psihologia vieții cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) - *Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri*
Serge Moscovici - *Psihologia socială sau mașina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) - *Câmpul universitar și actorii săi*
Adrian Neculau (coord.) - *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel - *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminița Iacob (coord.) - *Psihologie școlară*
Șerban Ionescu - *Paisprezece abordări în psihopatologie*
Serge Moscovici (coord.) - *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*
Willem Doise, Gabriel Mugny - *Psihologie socială și dezvoltare cognitivă*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) - *Psihosociologia rezolvării conflictului*
André Sirota - *Conduite perverse în grup*
Adrian Neculau, G. Ferreol (coord.) - *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea - *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
Mielu Zlate - *Psihologia mecanismelor cognitive*
Gilles Ferreol (coord.) - *Identitatea, cetățenia și legăturile sociale*
Mielu Zlate - *Introducere în psihologie*
Ion Dafinoiu - *Elemente de psihoterapie integrativă*
Eva Drozda-Senkowska - *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu - *Cunoașterea psihologică a persoanei.*
Posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată
Steve Duck - *Psihologia relațiilor interumane. Teorie, concepte și noțiuni fundamentale*
Valentin Clocotici, Aurel Stan - *Statistică aplicată în psihologie*
Gilles Ferreol (coord.) - *Adolenții și toxicomania*
Adrian Neculau (coord.) - *Analiza și intervenția în grupuri și organizații*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) - *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco - *Creativitate și inteligență emoțională*
Jean Delacour - *Introducere în neuroștiințele cognitive*
Ion Dafinoiu - *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observația și interviul*
Septimiu Chelcea - *Un secol de cercetări în psihosociologie*
Aurel Stan - *Testul psihologic. Evoluție, construcție, aplicații*
Dan Goglează - *Psihoterapia ca relație a schimbării individuale. Strategii, cazuri, soluții, comentarii*
Alex Mucchielli - *Arta de a influența. Analiza tehnicilor de manipulare*
Michel-Louis Rouquette - *Despre cunoașterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadrion - *Cunoașterea și judecarea celuilalt*
Mihai Kramar - *Psihologia stilurilor de gândire și acțiune umană*
Jean-Claude Abric - *Psihologia comunicării. Teorii și metode*
Șerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote - *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*

Ștefan Boncu - *Psihologia influenței sociale*
 Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie - *Memorie și funcționare cognitivă*
 Bruna Zani, Augusto Palmonari - *Manual de psihologia comunității*
 Ion Dafinoiu, Jena László Vargha - *Hipnoza clinică. Tehnici de inducție. Strategii terapeutice*
 Adrian Neculau (coord.) - *Manual de psihologie socială*
 Mihaela Vlăsceanu - *Organizații și comportament organizațional*
 Iolanda Mitrofan (coord.) - *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane.*
 Psihologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil și familie
 Constantin Enăchescu - *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*
 Jacques Montangero - *Vis și cogniție*
 Constantin Enăchescu - *Tratat de psihosexologie*
 Roy Schafer - *Interpretarea psihanalitică a testului Rorschach*
 Patrick Rateau - *Metodele și statisticile experimentale în științele umane*
 Ivana Markovâ - *Dialogistica și reprezentările sociale*
 Zoltán Bogáthy (coord.) - *Manual de psihologia muncii și organizațional*
 Dorina Sălăvăștru - *Psihologia educației*
 Mielu Zlate - *Leadership și management*
 Constantin Enăchescu - *Tratat de igienă mintală*
 Mielu Zlate - *Tratat de psihologie organizațional-managerială*
 Ticu Constantin - *Evaluarea psihologică a personalului*
 Ana Stoica-Constantin - *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare*
 și diminuarea efectelor
 Alex Mucchielli - *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare*
 Nicolae Mitrofan, Laurențiu Mitrofan - *Testarea psihologică. Inteligența și aptitudinile*
 Ion Dafinoiu, Jenă-László Vargha - *Psihoterăpii scurte. Strategii, metode, tehnici*
 Constantin Enăchescu - *Tratat de teoria cercetării științifice*
 Vasile Cernat - *Psihologia stereotipurilor*
 Marius Milcu - *Psihologia relațiilor interpersonale*
 Constantin Enăchescu - *Tratat de psihopatologie*
 Romeo Zeno Crețu - *Evaluarea personalității*
 Gerald Matthews, Ian J. Deary, Martha C. Whiteman - *Psihologia personalității. Trăsături,*
 cauze, consecințe
 Daniel David - *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*

în pregătire:

Mihai Curelaru - *Reprezentări sociale* ;,
 Daniel David - *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*
 Ana Muntean - *Psihologia dezvoltării umane*
 Dennis Howitt, Duncan Cramer - *Introducere în SPSS pentru psihologie*

www.polirom.ro

Redactor: Alina Radu
Coperta: Angela Rotaru-Serbenco
Tehnoredactor: Alexandru Popovici

Bun de tipar : mai 2006. Apărut : 2006
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. Box 266
700506, Iași, Tel. & Fax (0232) 21.41.00 ; (0232) 21.41.11 ;
(0232)21.74.40 (difuzare) ; E-mail : office@polirom.ro
București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. Box 1-728, 030174
Tel. : (021) 313.89.78 ; E-mail : office.bucuresti@polirom.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.
str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București
Tel./Fax : 211.32.60, 212.29.27, E-mail : office@luminatipo.com