

IRINA HOLDEVICI

**PSIHOTERAPIA
ANXIETĂȚII**

Abordări cognitiv-comportamentale



**EDITURA UNIVERSITARĂ
București**

CUVÂNT ÎNAINTE

Lucrarea „Psihoterapia anxietății. Abordări cognitiv-comportamentale” își propune să prezinte cititorului, în detaliu, un număr de tehnici psihoterapeutice, de orientare comportamentală și cognitiv-comportamentală, tehnici care și-au dovedit eficiența în psihoterapie. Acestea sunt menite să contribuie la reducerea anxietății și la optimizarea comportamentului, fiind centrate pe diminuarea unor simptome psihice și psihosomatice, a consecințelor nedorite ale anxietății și pe rezolvarea problemelor de viață.

Unele din tehnicile prezentate pe parcursul acestei lucrări sunt utilizate în cabinetele de consiliere psihologică și psihoterapie, iar altele, mai simple, pot fi utilizate chiar de persoanele care suferă de tulburări anxioase nu prea grave, în absența unui terapeut calificat.

În prima parte a lucrării sunt prezentate principiile psihoterapiei cognitive și cognitiv-comportamentale, precum și evoluția tehnicilor ce se înscriu în acest domeniu. O atenție specială este acordată metodelor cognitive de evaluare și autoevaluare a tulburărilor anxioase și a fricilor umane.

În partea a doua a lucrării sunt descrise metode comportamentale și cognitiv-comportamentale de terapie a tulburărilor caracterizate prin anxietate generalizată și atacuri de panică, precum și a tulburărilor fobice și obsesiv-compulsive. Sunt analizate în detaliu și aspectele psihologice ale fobiei sociale.

O parte însemnată a lucrării este dedicată anxietății legate de problemele sexuale și de relațiile interpersonale.

Particularitățile și caracteristicile societății în care trăim, nesiguranța resimțită permanent determină ca din ce în ce mai mulți indivizi să se confrunte cu acest fenomen: anxietatea. Prezenta lucrare se înscrie în acest context. Ea își propune să ofere un motiv de reflecție în legătură cu demersul psihoterapiei moderne și facilitează înțelegerea apariției tulburărilor care au la bază anxietatea.

Autoarea, prof. univ. dr. Irina Holdevici, cu peste 25 de ani de experiență ca psihoterapeut și psiholog specializat în optimizarea performanțelor umane, recunoscută în țară și străinătate, a publicat numeroase volume, studii și articole în domeniul psihoterapiei cognitiv-comportamentale.

Volumul de față se remarcă prin ansamblul de cunoștințe științifice transmise, invitând cititorul să se întrebe în legătură cu modul în care tehnicile de psihoterapie rezolvă numeroase probleme de viață cu care se confruntă oamenii sau în legătură cu dificultățile pe care le întâmpină și de care trebuie să țină seama terapia.

Această reflecție se sprijină, în mod obligatoriu, pe o informare bogată referitoare la cercetările din domeniul psihoterapiei anxietății. În această privință, lucrarea este cuprinzătoare, exemplele sunt foarte clare, fiind analizate sistematic și articulate cu grijă din perspectiva adoptată în lucrare. Mai mult decât atât, unele tehnici prezentate pot fi utilizate de către persoanele cu probleme ușoare care doresc să se auto perfecționeze, să devină mai sănătoase și mai eficiente, prin aceasta tehnicile respective dobândind caracterul unor metode de autoreglare a comportamentului.

Lucrarea se prezintă ca o lectură agreabilă, care îmbină rigoarea și stilul academic cu aplicațiile practice și studiile de caz, tratate personal de autoare sau preluate din literatura de specialitate din țară și străinătate.

Cartea se adresează deopotrivă medicilor și psihologilor interesați de problemele psihoterapiei, studenților la medicină și psihologie, dar și publicului larg, tuturor celor ce doresc să se inițieze în domeniul psihoterapiei comportamentale și cognitive, preocupați de cunoașterea și aplicarea unor metode de reglare și autoreglare psihică, de problematica tulburărilor anxioase și însușirea tehnicilor de contracarare a acestora.

Prof. univ. dr. Mihai Golu

CUPRINS

Cuvânt înainte	5
Introducere	13
Capitolul 1	
Natura anxietății și a fricilor umane	21
1.1. Tulburări anxioase generalizate și tulburări de tip panică (atacurile de panică)	23
1.2. Principalele tipuri sau forme de fobii	27
Capitolul 2	
Teoria cognitivă și modelele anxietății	38
2.1. Schemele disfuncționale	41
2.2. Gândurile negative automate, îngrijorările și obsesiile	44
2.3. Distorsionările cognitive	49
Capitolul 3	
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice	53
3.1. Fobia sau teama de obiecte concrete	56
3.1.1. Claustrofobia	57
3.1.2. Fobia de animale sau insecte	58
3.1.3. Fobia de boli sau de proceduri medicale	59
3.1.4. Fobii cu caracter neobișnuit	59

3.1.5. Simptomatologia tulburărilor fobice	60
3.1.6. Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic	63
3.1.7. Indicații nozografice	67
3.2. Determinarea obiectivelor terapiei	67
3.3. Evaluarea comportamentului fobic	68
3.4. Sarcinile comportamentale	69
3.5. Jurnalul unui pacient agorafobie (Butler, 1989)	70
3.6. Psihoterapia propriu-zisă (Butler, 1989) ...	71
3.7. Strategii	72
3.8. Strategii utilizate de subiecți pentru a face față existenței, în ciuda fobiilor lor	76
3.9. Psihoterapia fobiei de obiecte și situații concrete	78
3.10. Metode adiționale de tratament	85
3.11. Fobiile sociale	88
3.12. Principalele tipuri de fobii sociale (Fensterheim și Baer, 1977)	92
3.13. Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise ..	112
3.14. Modificarea procesării interioare referitoare la concepția și imaginea de sine	117
3.15. Tehnici de restructurare a convingerilor și gândurilor negative (tehnici de reatribuire verbală)	119

Capitolul 4

Psihoterapia cognitiv- comportamentală a agorafobiei și a atacurilor de panică	138
4.1. Modelul cognitiv al atacului de panică	144
4.2. Tehnici psihoterapeutice utilizate	153
4.3. Experimente în sfera comportamentală	156

4.4. Abordări comportamentale ale agorafobiei și atacurilor de panică	170
4.5. Sfaturi care trebuie să le țină minte subiectul în timpul unui atac de panică (Fensterheim și Jean Baer, 1977)	175
4.6. Sfaturi pentru familiile pacienților agorafobiei	177

Capitolul 5

Psihoterapia tulburării anxioase generalizate 180

5.1. Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate	183
5.2. Autocontrolul gândurilor	188

Capitolul 6

Psihoterapia cognitivă în cazul tulburării hipocondriace 218 |

6.1. Modelul cognitiv al tulburării hipocondriace	220
6.2. Factorii de natură cognitivă	221
6.3. Modificările afective și fiziologice	223
6.4. Reacțiile comportamentale	224
6.5. Tehnicile psihoterapeutice utilizate	234
6.6. Experimentele din sfera comportamentală	237

Capitolul 7

Psihoterapia cognitiv- comportamentală în cazul tulburării obsesiv- compulsive 255 |

7.1. Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive	258
7.2. Evaluarea reacțiilor comportamentale	259
7.3. Tehnicile verbale de modificare a convingerilor disfuncționale	276
7.4. Modificarea convingerilor referitoare la fuziunea „gând-acțiune” și „gând-eveniment”	279

7.5. Tehnicile de reatribuire în plan comportamental.....	283
7.6. Experimente în plan comportamental	286
7.7. Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate	294

Capitolul 8

Psihoterapia anxietății legate de problemele sexuale	301
8.1. Natura disfuncțiilor sexuale	302
8.1.1. Cauzele tulburărilor sexuale	304
8.1.2. Disfuncțiile sexuale la femei	305
8.1.3. Disfuncțiile sexuale la bărbați	306
8.1.4. Factorii psihologici care pot contribui la disfuncțiile sexuale (după Hawton, 1989)	308
8.2. Temerile care influențează viața sexuală ...	311
8.2.1. Alte temeri din domeniul vieții sexuale	317
8.2.2. Disfuncțiile sexuale	327
8.2.3. Comportamentele sexuale deviante .	327

Capitolul 9

Psihoterapia comportamentală și cognitiv-comportamentală pentru subiecții cu teamă de a se angaja în relații apropiate cu ceilalți .	332
9.1. Stiluri de viață bazate pe reacții de tip fobic	339
9.2. Cauzele conflictelor maritale în viziunea cognitiv-comportamentală	351
9.3. Structura psihoterapiei	356
9.4. Intervenția cognitivă	364
9.5. Negocierea problemelor și nemulțumirilor care apar în timpul căsătoriei	389
Bibliografie selectivă	401

INTRODUCERE

Există oameni al căror comportament este guvernat de frică și ei sunt conștienți de aceasta, pe când alții nici nu bagă de seamă faptul că frica le conduce viața. Aceștia din urmă pot să călătorească, au succese profesionale, pot vorbi în public, au viața de familie corespunzătoare și totuși sunt mereu supraîncordați și speriați, chiar dacă fricile lor sunt umane (frica de păianjeni, de a urca singuri cu liftul sau de a conduce mașina).

Fensterheim și Jean Baer (1984) sunt de părere că orice teamă care este atât de puternică încât împiedică persoana să îndeplinească o acțiune este, de fapt, o reacție cu caracter patologic. Anxietatea este definită ca o teamă difuză, fără obiect bine precizat, în timp ce fobia este definită ca fiind o teamă cu obiect bine precizat (de animale, de furtună, de înălțime etc.). Autorii menționați consideră că putem include în cadrul fobiilor și frici cu caracter mai abstract, cum ar fi frica de responsabilitate, de pierdere a controlului, de a lua parte la evenimente sociale, de a fi singur sau de a fi respins.

Terapeuții de orientare comportamentală și cognitiv-comportamentală pornesc, în terapia comportamentelor, de la următoarele premise:

- Majoritatea comportamentelor de tip anxios sunt învățate dacă nu cumva chiar toate). Din acest motiv, chiar dacă vi se pare că aveți teama de când vă știți, vă puteți dezvăța de ea.

- În cazul în care un comportament de tip anxios sau fobic este dezvățat (se deconționează) nu apar alte frici care să-l substituie, ci, dimpotrivă, persoana obține o mai bună adaptare la mediu.

- Reacția anxioasă este o deprindere greșită și, ca orice deprindere greșită, ea se poate modifica.

- Cu ajutorul unor cunoștințe speciale, al unor antrenamente psihologice bazate pe gândire, imaginație și voință, comportamentele de tip anxios pot să dispară în câteva luni (nu în câțiva ani).

- Nu trebuie să vă închipuiți că vă veți elibera chiar de orice teamă, dar veți fi capabili să vă controlați teama, să-i faceți față.

Marina este o persoană care este tot timpul speriată. Are 25 de ani, este secretară și își petrece toate serile și weekend-urile singură. Dacă primește o invitație să iasă undeva, o cuprinde o panică de nestăpănit (fobie socială) pentru că îi trec prin minte gânduri de tipul: „oare mă vor place prietenii?”, „oare nu-i voi plictisi?” etc.

George este și el un personaj anxios, cu reacții fobice. Teamă lui cea mai puternică este teama de eșec. Deși a intrat cu brio la psihologie (17 candidați pe un loc) îi este teribil de frică de faptul că va cădea la licență, pe care a amănat-o deja a treia oară. La ora actuală el lucrează ca operator de calculatoare și suferă foarte mult că nu este încă psiholog.

Ruxandra este și ea o fricoasă. Suferă de atacuri de panică, evită metroul, îi este frică să se urce într-un autobuz aglomerat, să meargă singură la piață și mai bine urcă 10 etaje pe jos decât să utilizeze liftul. La început mai ieșea singură din casă câte puțin, dar acum nu mai iese deloc și a trebuit să întrerupă facultatea.

Temerile iraționale blochează viața și activitatea oamenilor, indiferent de vârstă, împiedicându-i să învețe, să lucreze, să călătorească, într-un cuvânt, să trăiască normal.

Datorită anxietății (teamă fără obiect bine precizat) sau a fricilor de tip fobic, persoana poate renunța la o serie de obiective dezirabile, cum ar fi stabilirea unor relații interpersonale apropiate, alegerea unor profesii dorite sau de a trăi o viață agreabilă, plină de satisfacții. Cu alte cuvinte, fricile iraționale pot face dintr-o persoană sănătoasă și inteligentă o persoană infirmă.

Cei ce doresc să se debaraseze de teamă trebuie să aibă în vedere câteva lucruri (Fensterheim și Jean Baer, 1984):

- Trebuie să știe că nu sunt un caz unic și irecuperabil pentru că există milioane de oameni care suferă de frici iraționale și care își spun că ceva este în neregulă cu ei.

- Niciodată nu este prea târziu să te schimbi. Fensterheim (1984) relatează faptul că cel mai vârstnic pacient pe care l-a tratat cu succes de teama de a părăsi New York-ul avea 90 de ani. După ce a făcut psihoterapie, acesta a fost capabil să zboare cu avionul la Washington pentru a-și vedea nepoții.

- Chiar și fricile și fobiile vechi, fixate încă din copilărie, pot fi tratate dacă subiectul parcurge următoarele etape:

1. Descoperirea naturii temerii respective. Așa cum am subliniat, unele frici sunt evidente (de avion, de lift, de a merge singur pe stradă etc.), în timp ce altele sunt ascunse, cum ar fi, de pildă, teama de a fi respins (fobia socială).

2. Subiectul trebuie să conștientizeze faptul că anxietatea și fobiile sunt frici învățate, să descifreze modul în care funcționează ele, ce reacții fiziologice produc, cum influențează ele viața individului și ce anume face „acesta pentru a le menține”. Astfel, subiectul trebuie să realizeze faptul că întrezărește pericole uriașe, deși acestea sunt minore, sau poate să își imagineze chiar pericole care nu există, cât și măsura în care fricile respective îl împiedică să întreprindă diverse lucruri pe care ar dori să le facă.

3. Pentru a se elibera de anxietate și fobii este obligatoriu ca subiectul să urmeze un program de terapie comportamentală și cognitiv-comportamentală, care constă mai ales din tehnici de desensibilizare și de modificare a stilului de gândire. Cu alte cuvinte, trebuie să facă acele lucruri pe care dorește să le facă pentru a nu se mai teme de ele.

4. Programele de combatere a fricii trebuie învățate împreună cu terapeutul și aplicate la situațiile de viață. În același timp subiectul trebuie să-și modifice stilul de viață, învățând să trăiască împreună cu fricile sale sau să se elibereze complet de ele.

Un loc important în cadrul psihoterapiei stărilor anxioase îl ocupă și actualizarea disponibilităților psihice latente prin intermediul unor antrenamente speciale, cum ar fi, de pildă, cele de relaxare sau autohipnoză.

Încă din cele mai vechi timpuri oamenii au suferit de frică. Astfel, istoria și literatura ne oferă numeroase exemple. Încă medicul grec Hipocrate amintea de Damocles, care nu putea trece pe lângă o prăpastie sau pe un pod. Shakespeare, în piesa „Neguțatorul din Veneția”, vorbea despre fobia de pisici, iar mai târziu Descartes se referea la trăirea ciudată a unor oameni care nu suportau mirosul detrandafir sau intrau în panică la vederea unei pisici.

Deși aceste simptome sunt vechi de când lumea, abia la jumătatea secolului al XIX-lea ele au fost considerate ca aparținând domeniului clinic.

Dintre teoriile explicative ale comportamentelor de tip anxios sau fobic cele mai interesante rămân, în opinia noastră, teoria psihanalitică, teoria comportamentalistă și cea cognitivistă. Astfel, Freud era de părere că fobiile reprezintă un mecanism de apărare ale eului, menit să protejeze ființa umană împotriva unei anxietăți inconștiente mult mai profunde, anxietate rezultată în urma nerezolvării complexului Oedip (care se referă, în esență, la dragostea și dorința sexuală a copilului pentru părintele de sex opus).

A rămas celebru în istoria psihanalizei cazul micului Hans, care avea fobie de cai (copilul refuza să meargă pe stradă de teamă că l-ar putea mușca

un cal). Freud a analizat acest caz și a ajuns la concluzia că în spatele fobiei de cai se ascundea teama inconștientă a copilului că va fi pedepsit de tată (prin castrare) pentru dorința sa erotică față de mamă.

În timpul curei analitice, prin intermediul unor metode specifice, dintre care cele mai cunoscute sunt asociația liberă și analiza viselor, subiectul lucrează asupra sa pentru a scoate la iveală din inconștient complexe și conflictele nerezolvate. Pe măsură ce aceste complexe și conflicte de natură inconștientă sunt aduse la lumină, dispar anxietățile și fobiile, pentru că subiectul nu mai are nevoie de ele ca mecanisme de apărare.

Dezavantajul acestei terapii psihanalitice este că ea durează un timp foarte îndelungat (în medie 2 ani), iar rezultatele sunt incerte pentru anumite categorii de subiecți. (Este cunoscut faptul că pacienții potriviți pentru psihanaliză trebuie să aibă un nivel intelectual și cultural ridicat, o vârstă relativ tânără - până la 35 de ani -, timp liber și o situație materială care să le permită să facă față costurilor terapiei.

Dacă psihanaliztii consideră că oamenii sunt neajutorați până în momentul în care reușesc să dezgroape toate conflictele de natură inconștientă produse în copilărie, psihologii comportamentaliști sunt de părere că frica reprezintă un comportament învățat.

În loc să se întrebe, ca psihanaliztii, ce anume din inconștientul persoanei a produs teama,

comportamentaliștii își pun întrebări de genul următor:

„Cum a învățat subiectul să se teamă?”

„Ce anume îl determină să se dezvețe de frică?”

Sunt bine cunoscute două experimente clasice în urma cărora a rezultat în mod evident că reacțiile emoționale pot fi învățate și dezvățate. Astfel, în 1920, J.B. Watson, întemeietorul teoriei comportamentaliste, împreună cu colaboratoarea sa Rosalie Rayner, au reușit să-i provoace unui copil de 11 luni (Albert) teamă de șobolanii albi. La început copilul nu se temea de șobolan, dar se temea de zgomote puternice. Pe baza acestei observații, cercetătorii au asociat prezența animalului cu un zgomot puternic și, după un număr de repetări, copilul a dezvoltat teama de animal, chiar în absența zgomotului. Ulterior, teama s-a generalizat și la alte situații. Astfel, copilul a devenit fobic la animale și la obiecte din blană.

Peste câțiva ani, Mary Cover Jones a demonstrat faptul că se poate utiliza condiționarea și pentru ca subiectul să se elibereze de teamă. Lui Peter, un copil de trei ani, îi era frică de iepuri. Terapeutul i-a prezentat copilului animalul aflat în cușcă, în timp ce îi oferea câte o bomboană. Rezultatul a fost că peste câteva săptămâni copilul se juca liniștit cu iepurii de casă.

Cercetătorii care au realizat astfel de experimente s-au confruntat însă cu o problemă dificilă: dacă fricile pot fi înlăturate, de ce persistă ele totuși în situațiile de viață? Răspunsul la această întrebare

l-a dat Hobart Mowrer, care a propus pentru explicarea comportamentului anxios și fobic o teorie în două trepte sau etape:

Etapa 1: Subiectul învață să se teamă prin intermediul condiționării. O dată ce teama s-a fixat, subiectul are tendința de a se elibera de aceasta.

Etapa 2: Subiectul învață foarte repede cum se poate elibera de teamă prin intermediul a două tehnici:

a) Evitarea situației care declanșează teama (persoanele care se tem să călătorească cu avionul vor prefera trenul).

b) Evadarea din situația anxioasă atunci când subiectul a intrat în aceasta (subiectul se urcă în metrou, intră în panică și coboară la prima stație).

Ori de câte ori subiectul utilizează una din strategiile respective anxietatea sa scade, dar, în schimb, se întăresc modelele de comportament evitare-evadare și acest lucru are drept consecință faptul că subiectul caută să nu se expună situațiilor care declanșează comportamentul de tip fobic anxios.

Capitolul 1

NATURA ANXIETĂȚII ȘI A FRICILOR UMANE

Frica este o stare afectivă negativă care apare în situația în care subiectul întrezărește un pericol iminent. Reacțiile psihofiziologice care apar în cazul fricii pregătesc organismul pentru reacția de fugă, de luptă sau îl paralyzează transformându-l într-o stană de piatră. Frica normală este o reacție emoțională cu caracter adaptativ pentru că, în cazul unei amenințări, ne mobilizează să luăm anumite măsuri pentru a ne salva viața. Acest mecanism funcționează și în cazul fricilor psihologice, determinând subiectul să întreprindă acțiuni de autoprotecție. Astfel, dacă un coleg uneltește pentru a ne lua serviciul, trebuie să acționăm spre a-l împiedica. Teama, în doze moderate, crește acuitatea perceptivă, capacitatea de concentrare a atenției, face ca gândirea să fie mai clară și mai rapidă, mobilizează energiile, activează reflexele, astfel încât subiectul să fie în stare să acționeze mai repede și mai bine. Fricile sau temerile iraționale apar atunci când subiectul se simte și se comportă

ca și în cazul unui pericol major, în cazul unui pericol minimal sau chiar inexistent. Astfel, o persoană cu fobie de câini, poate fi paralizată de groază la vederea unui *cățeluș inofensiv*.

Anxietatea este definită de specialiști ca o teamă difuză, fără un obiect bine precizat. Subiectul trăiește o încordare continuă, simțindu-se permanent amenințat. El este foarte nervos și de multe ori nici nu realizează de fapt ce anume îl sperie atât de tare. În literatura anglo-saxonă găsim frecvent, pentru a descrie o astfel de stare, termenul de „*anxietate care plutește în aer*” și se fixează când pe un obiect când pe altul, astfel încât subiectul anxios, imediat ce a scăpat de un motiv de îngrijorare, găsește imediat altul. **Fobia** (termenul provine din grecescul „*phobos*”, care înseamnă fugă, dar și de la zeul cu același nume, care putea provoca teamă și panică dușmanilor săi) **reprezintă o frică persistentă de un obiect, gând sau situație care în mod obișnuit nu justifică teama.** Subiectul își dă seama de faptul că frica sa este ridicolă, lipsită de sens, luptă împotriva ei, dar nu o poate învinge. **Panica** (de la zeul Pan) **desemnează un puseu brusc și acut de teroare.** Psihopatologii sunt de părere că anxietatea, fobiile și atacurile de panică reprezintă frici cu caracter irațional.

Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani D.S.M. III, distinge două forme de bază ale tulburării anxioase:

a) *Stările anxioase*

b) Tulburările de tip fobie. Stările anxioase cuprind:

- tulburări anxioase generalizate;
- tulburări de tip panică;
- tulburări obsesiv-compulsive;
- tulburări post-traumatice datorate stresului.

Cercetătorii au stabilit că 2-4% din populație au fost diagnosticați ca având fobii sau alte tulburări anxioase.

1.1. Tulburări anxioase generalizate și tulburări de tip panică (atacurile de panică)

Tulburările anxioase generalizate se caracterizează prin prezența unei trăiri anxioase cronice (cu durată de cel puțin o lună), difuze, cu trăirea aprehensiunii unui pericol iminent. Această stare poate fi marcată de episoade anxioase cu caracter mai acut și dezaptativ. Dar, deoarece nici anxietatea difuză, nici atacurile acute nu au legătură cu o amenințare directă, această anxietate este caracterizată, așa cum am subliniat, ca fiind o anxietate care plutește liber. Acești subiecți se află într-o permanentă stare de tensiune și supraîncordare, îngrijorare și nu se simt niciodată în largul lor. Ei sunt hipersensibili la relațiile interpersonale și adesea se simt inadecvați și depresivi. Adesea au dificultăți de concentrare și se tem să nu comită vreo eroare. Nivelul ridicat al supraîncordării se reflectă în supraîncordarea posturală și gesturală,

hiperreactivitatea la stimulii surveniți brusc sau neașteptat și în mișcările care trădează nervozitatea. Frecvent ei se plâng de tensiune în zona gâtului, cefei, umerilor și părții superioare a spatelui, diaree cronică, poliurie și tulburări de somn (insomnii și coșmaruri). Ei transpiră frecvent și au de obicei palmele ude. Pot suferi de hipertensiune arterială, puls accelerat, tulburări respiratorii sau palpitații fără vreun motiv de natură fiziologică. Indiferent cât de bine le merge în viață, ei sunt temători și așteaptă mereu un eveniment negativ. Temerile și fanteziile lor vagi, combinate cu hipersensibilitatea lor îi fac să se simtă triști și descurajați. Nu numai că au dificultăți în luarea deciziilor, dar după ce au luat o hotărâre se frământă să nu fi greșit cumva și se gândesc la tot felul de factori neprevăzuți care ar putea duce la dezastre. Cum au scăpat de o sursă de îngrijorare, găsesc imediat alta, astfel încât rudele și prietenii își pierd adesea răbdarea cu ei. Și seara la culcare, în loc să se odihnească liniștiți, ei își trec în revistă greșelile, reale sau imaginare. Când nu ruminează problemele trecute, anticipează toate greutățile și problemele ce ar putea apărea în viitor. În timpul somnului au vise terifiante în care visează că sunt asasinați, strangulați, cad de la înălțime etc. Anxietatea difuză este punctată de *atacuri de panică* care durează de la câteva secunde până la o oră sau chiar mai mult. În D.S.M. III se consideră că orice atac anxios este o tulburare de tip panică și este tratat într-o categorie separată de entități nozografice (maladii). Aceste atacuri apar brusc, au o intensitate

foarte mare și apoi dispar. Atât apariția, cât și dispariția lor nu au o cauză evidentă.

Simptomatologia variază de la individ la individ, incluzând în general: palpitații; respirație rapidă și sacadată; transpirații abundente; amețeli; senzație de leșin; răcirea extremităților; paloarea feței; nevoia de a urina; senzații diverse în zona abdominală; senzația de moarte iminentă. De regulă, atacul durează câteva minute și se remite. În cazul în care acesta durează ceva mai mult, pacientul imploră anturajul să cheme un medic. Acesta liniștește bolnavul și îi administrează sedative. Atacurile variază ca frecvență de la câteva pe zi până la unul pe lună sau chiar mai rare. Ele se pot declanșa în timpul zilei sau noaptea când persoana se trezește brusc din somn cu un puternic sentiment de teamă, care evoluează rapid sub forma unui atac. Între atacuri individul se comportă normal, dar o anxietate și tensiune psihică persistă de regulă. Un om de afaceri cu succes a început să dezvolte atacuri de panică la 2-3 luni. El era căsătorit cu o femeie mai mare decât el, de care nu se mai simțea atras fizic. Acum el începe să fie interesat de femeii mai tinere. Atacurile de panică apar imediat ce întâlnește o astfel de femeie de care se îndrăgostește. Deși el nu poate găsi nici o explicație pentru stările sale, aceasta este evidentă: el a avut o copilărie nesigură, a trăit în sărăcie și s-a simțit permanent nesigur și amenințat de lumea dură. A reușit să se echilibreze oarecum căsătorindu-se cu o femeie puternică de tip matern, cu care a avut și serioase realizări

materiale. Gândul de a divorța de puternica parteneră suportivă stă la baza atacurilor de panică.

Obsesia reprezintă preocuparea persistentă pentru ceva, un gând sau o trăire afectivă. *Compulsia* este un impuls spre ceva, pe care pacientul îl trăiește ca irezistibil. În cazul tulburării obsesiv-compulsive pacienții se simt forțați să se gândească la ceva la care nu doresc să se gândească, sau să întreprindă acțiuni pe care nu doresc să le realizeze. Ei simt că comportamentul lor este irațional dar nu se pot controla.

Tulburările obsesiv-compulsive reprezintă aproximativ 17-20% din cadrul tulburărilor anxioase. Ideile obsesive pot îmbrăca tematică foarte variată cum ar fi preocupări pentru starea de sănătate proprie, comiterea unor acte imorale, suicid sau căutarea unor soluții la probleme insolvabile. Exemplu: o soție poate fi obsedată de gândul de a-și otrăvi soțul.

Deși gândurile obsesive nu sunt de regulă duse la îndeplinire, ele reprezintă o permanentă sursă de tortură psihică pentru individ. Krains (1984) descrie un astfel de caz: O tânără avea tot felul de gânduri obsesive: să-și vadă iubitul mort, să cadă mama pe scări, să se înece sora ei etc.

În cazul apariției gândurilor obsesive, pacienții practică ritualurile obsesive pentru a *preîntâmpina* producerea evenimentului (bat în lemn; pășesc doar pe anumite porțiuni ale trotuarului; se întorc din drum când apare o pisică neagră etc.).

Actele compulsive pot fi minore (își face cruce de câteva ori pe zi), sau deranjante (se spală pe mâini de 10 ori pe oră). Realizarea actului compulsiv, de regulă, poate produce o descărcare a tensiunii psihice (Carr, 1971; Hodgson și Richman, 1972). Dacă subiectul încearcă să reziste compulsiei, anxietatea crește foarte mult. Tulburarea obsesiv-compulsivă este considerată dezadaptativă pentru că subiectul desfășoară comportamente neraționale care reduc flexibilitatea conduitei și capacitatea de autocontrol. *Fobia* este teama patologică față de un obiect bine precizat care nu reprezintă o amenințare directă pentru pacient.

1.2. Principalele tipuri sau forme de fobii

1. *Fobie de obiecte, locuri, situații*. Este cel mai ușor de recunoscut și majoritatea autorilor reduc fobiile doar la această categorie. De regulă, aceste fobii sunt denumite prin termeni grecești, lată câteva tipuri de fobii mai cunoscute:

- acropofobia - teamă de locuri înalte;
- agorafobia - teama de spații largi, de locuri deschise etc.
- aictiofobia - teamă de obiecte ascuțite;
- aquafobia - teamă de apă;
- aviafobia - teamă de zbor;
- claustrofobia - teamă de spații închise;
- misofobia - teamă de murdărie, microbi, contaminare;
- nictofobia - teamă de întuneric;

patofobia	- teamă de oboseală;
zoofobia	- teamă de animale;
pirofobia	- teamă de foc.

2. *Fobii sociale sau frici cu caracter interpersonal*. Sunt mult mai dificil de identificat și se referă la teama de a fi respins, fobia de tandrețe, de comportamente agresive, de eșec sau chiar de succes. Aceste reacții fobice sunt mai greu de recunoscut cel puțin din două motive:

- adesea subiectul declanșează instantaneu comportamentele de evitare.

Astfel, dacă persoana nu se angajează în activități cu caracter performanțial, ea nu are de unde să știe că se teme de eșec sau dacă nu intră în relații apropiate cu un partener de sex opus, nu va conștientiza teama de a fi lovită sau respinsă.

- subiectul poate conștientiza doar aspectul rezonabil al fricii sale, nu și reacțiile sale exagerate. Astfel, majoritatea persoanelor care eșuează în relațiile interpersonale se simt nefericite, dar nu distruse. Subiectul, care are fobie de a fi respins, se simte distrus atunci când așa ceva se întâmplă și își asumă tot mai puține riscuri de a intra în relații interpersonale.

3. *Teamă de propriile stări și frici interioare*. Se referă la fobia de anxietate, panică sau de modificările psihofiziologice specifice acestora.

În astfel de cazuri subiectul se teme mai mult de propriile sale trăiri și reacții decât de situațiile care le generează, acesta temându-se de palpații,

amețeli, de senzația de leșin sau de faptul că se va înroși. De teama propriilor reacții, subiectul va începe să evite situațiile care le declanșează.

Fensterneim, (1977) este de părere că agorafobia nu reprezintă decât o formă extremă a acestei fobii, de propriile frici și reacții.

4. *Teama (fobia) de gânduri.* În loc să se teamă de propriile stări afective sau fiziologice, subiectul se teme de propriile gânduri (*o să am un accident de mașină, o să mă îmbolnăvesc de o boală gravă, etc.*). Persoana în cauză este cuprinsă de anxietate și de permanente gânduri obsesive. Deoarece în astfel de cazuri subiectul nu poate evita situația care îi produce teamă el declanșează așa numitele acțiuni compulsive (se întoarce de 10 ori să verifice dacă a închis ușa, se spală de foarte multe ori pe zi pe mâini etc.).

5. *Fricile secundare.* Există situații când anxietatea reprezintă o reacție de ordinul al doilea la alte probleme, persoanele aflate în situație de stres puternic putând declanșa o astfel de reacție de teamă, datorită scăderii rezistenței psihice generale. Astfel, de pildă, o studentă a dezvoltat o fobie de a coborî scările după o sesiune foarte grea.

Fobiile se manifestă mai mult la adolescenți și tineri decât la adulți, mai mult la femei decât la bărbați. Dacă o persoană fobică se apropie de locul care îi trezește teamă, apare o anxietate puternică ce se transformă într-un adevărat atac de panică.

Fobicii mai prezintă și simptome asociate cum ar fi: dureri de cap de tip tensional; dureri de spate;

tulburări digestive; amețeli; teama de a nu claca; senzația de straniu, de a nu fi ei înșiși; dispoziție depresivă; dificultăți de relaționare; în unele cazuri apar dificultăți serioase de a lua decizii (decidofobia - Kaufman, 1973).

Fobia poate fi și expresia nevoii de a evita responsabilitățile vieții adulte, la baza acestei tulburări stând inhibarea comportamentului independent. Acest lucru este valabil mai ales pentru persoanele cu fobii multiple. Astfel, o tânără femeie cu fobii multiple a urmat o serie de tratamente medicamentoase și psihoterapeutice care însă au dat rezultate slabe. La un moment dat ea se căsătorește cu un bărbat mai în vârstă care pare foarte puternic și protector. Când se dovedește că forța sa nu este reală, ci are o bază nevrotică, severitatea simptomelor soției devine foarte amplă. Terapeutul o abordează astfel: ignoră fricile ei și îi centrează atenția asupra relației cu soțul. Rezultatul este că ea devine dependentă de terapeut și continuă să se plângă de fobii chiar și când acestea au dispărut aproape total. Totuși, relația cu soțul s-a ameliorat, ea ajungând să manifeste simpatie și toleranță față de slăbiciunile partenerului. Încă din cele mai vechi timpuri oamenii au suferit de frică.

Astfel, istoria și literatura ne oferă numeroase exemple. Medicul grec Hipocrate scria despre Damocles care nu putea trece pe lângă o prăpastie sau pe un pod, Shakespeare în piesa lui „*Neguțătorul din Veneția*” vorbea despre fobia de pisici, iar mai târziu, Descartes se referea la trăirea

ciudată a unor oameni care nu puteau suporta mirosul de trandafiri sau intrau în panică la vederea unei pisici. Deși aceste simptome sunt vechi de când lumea, abia pe la jumătatea secolului XIX ele au fost considerate ca aparținând domeniului clinic.

Dintre teoriile explicative ale comportamentelor de tip fobie, cele mai interesante rămân, în opinia noastră, teoria psihanalitică și teoria comportamentalistă. Astfel, Freud era de părere că fobiile reprezintă mecanisme de apărare ale eului menite să protejeze ființa umană împotriva unei anxietăți inconștiente mult mai profunde, anxietate rezultată în urma nerezolvării complexului Oedip care se referă, în esență, la dragostea și dorința sexuală a copilului pentru părintele de sex opus. A rămas celebru în istoria psihanalizei cazul micului Hans care avea fobie de cai (copilul refuza să meargă pe stradă de teamă că l-ar putea mușca un cal). Freud a analizat acest caz și a ajuns la concluzia că în spatele fobiei de cai se ascundea teama inconștientă a copilului că va fi pedepsit de tata (prin castrare) pentru dorința sa erotică față de mamă.

În timpul curei analitice, prin intermediul unor metode specifice, dintre care cele mai cunoscute sunt asociația liberă și analiza viselor, subiectul lucrează asupra sa pentru a scoate la iveală din inconștient complexul lui Oedip.

Pe măsură ce aceste complexe și conflicte de natură inconștientă sunt aduse la lumină, dispar și fobiile, pentru că subiectul nu mai are nevoie de ele ca mecanisme de apărare. Dezavantajul acestei

terapii psihanalitice este că ea durează un timp foarte îndelungat (în medie 2 ani), iar rezultatele sunt incerte pentru anumite categorii de subiecți. Este cunoscut faptul că pacienții potriviți pentru psihanaliză trebuie să aibă un nivel intelectual și cultural ridicat, o vârstă relativ tânără - până la 35 de ani -, timp liber și o situație materială care să le permită să facă față costurilor terapiei.

Dacă psihaliștii consideră că oamenii sunt neajutorați până în momentul în care reușesc să dezgroape toate conflictele de natură inconștientă produse în copilărie, psihologii comportamentalști sunt de părere că frica reprezintă un comportament învățat. În loc să se întrebe, ca psihanaliztii ce anume din inconștientul tău a produs teama, comportamentaliztii își pun întrebări de genul următor:

Cum a învățat subiectul să se teamă? Ce anume îl determină să se dezvețe de frică? Sunt bine cunoscute două experimente clasice în urma cărora a rezultat în mod evident faptul că reacțiile emoționale pot fi învățate și dezvățate.

Astfel, în 1920 J. B. Watson, întemeietorul teoriei comportamentaliste, împreună cu colaboratoarea sa Rosalie Rayner, au reușit să provoace la un copil de 11 luni (Albert) teamă de șobolanii albi. La început copilul nu se temea de șobolan, dar se temea de zgomote puternice. Pe baza acestei observații, cercetătorii au asociat prezentarea animalului cu un zgomot puternic și după un număr de repetări, copilul a dezvoltat teamă de animal, chiar în absența zgomotului. Ulterior, teama s-a

generalizat și la alte situații. Astfel copilul a devenit fobic la animale și la obiecte din blană.

Peste câțiva ani, Mary Cover Jones a demonstrat faptul că se poate utiliza condiționarea și pentru ca subiectul să se elibereze de teamă. Lui Peter, un copil de trei ani, îi era frică de iepuri. Terapeuta a prezentat copilului animalul aflat în cușcă în timp ce îi oferea câte o bomboană. Rezultatul a fost că peste câteva săptămâni copilul se juca liniștit cu iepurii de casă.

Cercetătorii care au realizat astfel de experimente s-au confruntat însă cu o problemă dificilă: dacă fricile pot fi înlăturate, de ce persistă ele totuși în situațiile de viață. Răspunsurile la această întrebare le-a dat Hoburt Mowrer, care a propus, pentru explicarea comportamentului fobic, o teorie în două trepte sau etape:

Etapa 1: Subiectul învață să se teamă prin intermediul condiționării. Odată ce teama s-a , fixat, acesta are tendința de a se elibera de ea.

Etapa 2: Subiectul învață foarte repede cum se poate elibera de teamă prin intermediul a două tehnici:

a) Evitarea situației care declanșează teama (persoanele care se tem să călătorească cu avionul, vor prefera trenul);

b) Evadarea din situația anxiogenă atunci când subiectul a intrat în aceasta (subiectul se urcă în metrou, intră în panică și coboară la prima stație).

Ori de cât ori subiectul utilizează una din strategiile respective, anxietatea sa diminuează, dar, se

întăresc modelele de comportament evitare - evadare și acest lucru are drept consecință faptul că subiectul caută să nu se expună situațiilor care declanșează comportamentul de tip fobic.

Există persoane al căror comportament este guvernat de frică și ei sunt conștienți de aceasta, pe când alții nici nu bagă de seamă faptul că frica le conduce viața. Aceștia din urmă pot să călătorească, au succese profesionale, pot vorbi în public, au viață de familie corespunzătoare și totuși, sunt mereu supra-încordați și speriați chiar dacă fricile lor sunt minore (frică de păianjeni, de a urca singuri cu liftul sau de a conduce mașina). Fensterheim și Jean Baer (1984) sunt de părere că orice teamă care este atât de puternică, încât împiedică persoana să îndeplinească o acțiune este de fapt o reacție de caracter fobic. Deși în tratatele de psihiatrie fobia este definită ca fiind o teamă cu obiect bine precizat (de animale, de furtună, de înălțime etc.), autorii menționați consideră că putem include în cadrul fobiilor și frici cu caracter mai abstract cum ar fi frica de responsabilitate, de pierderea controlului, de a lua parte la evenimente sociale, de a fi singur sau de a fi respins.

Terapeuții de orientare comportamentală și cognitiv-comportamentală pornesc în terapia comportamentelor fobice de la următoarele premise:

- Majoritatea comportamentelor fobice sunt învățate (dacă nu cumva chiar toate). Din acest motiv, chiar dacă vi se pare că aveți fobia de când vă știți, vă puteți dezvăța de ea;

- În cazul în care un comportament de tip fobic este dezvățat (se deconționează) nu apar alte frici care să-l substituie, ci dimpotrivă, persoana obține o mai bună adaptare la mediu;
- Reacția fobică este o deprindere greșită și ca orice deprindere greșită, ea se poate modifica;
- Cu ajutorul unor cunoștințe speciale, a unor antrenamente psihologice bazate pe gândire, imaginație și voință, comportamentele de tip fobic pot să dispară în câteva luni, nu în câțiva ani;
- Nu trebuie să vă închipuiți că vă veți elibera chiar de orice teamă, dar veți fi capabili să vă controlați teama, să-i faceți față.

Temerile iraționale blochează viața și activitatea oamenilor indiferent de vârstă, împiedicându-i să învețe, să lucreze, să călătorească, într-un cuvânt, să trăiască normal. Datorită anxietății (teamă fără obiect bine precizat) sau a fricilor de tip fobic, persoana poate renunța la o serie de obiective dezirabile cum ar fi stabilirea unor relații interpersonale apropiate, alegerea unor profesii dorite sau a trăi o viață agreabilă plină de satisfacții. Cu alte cuvinte, fricile iraționale pot face dintr-o persoană sănătoasă și inteligentă o persoană infirmă.

* * *

Individul care dorește să se debaraseze de teamă trebuie să aibă în vedere câteva lucruri:

- Trebuie să aveți în vedere faptul că nu sunteți un caz unic și irecuperabil pentru că există milioane de oameni care suferă de frici iraționale și care își spun că ceva este în neregulă cu ei.

- Niciodată nu este prea târziu ca să te schimbi.

Fensterheim (1984) relatează faptul că cel mai vârstnic pacient pe care l-a tratat cu succes de teama de a părăsi New York-ul avea 90 de ani. După ce a făcut psihoterapie, acesta a fost capabil să zboare cu avionul la Washington pentru a-și vedea nepoții.

- Chiar și fobiile foarte vechi fixate încă din copilărie pot fi tratate dacă subiectul parcurge următoarele etape:

1. Descoperirea naturii fobiei respective. Așa cum am subliniat, unele fobii sunt evidente (de avion, de lift, de a merge singur pe stradă etc.) în timp ce altele sunt ascunse, cum ar fi, de pildă, teama de a fi respins.

2. Subiectul trebuie să conștientizeze faptul că fobiile sunt frici învățate, să învețe modul în care funcționează ele, ce reacții fiziologice produc, cum influențează ele viața individului și ce anume face acesta pentru a le menține. Astfel, subiectul trebuie să realizeze faptul că întrezărește pericole uriașe, deși pericolele sunt minore sau poate să își imagineze chiar pericole care nu există deloc, cât și măsura în care fricile respective îl împiedică să întreprindă diverse lucruri pe care ar dori să le întreprindă.

3. Pentru a se elibera de anxietate și fobii este obligatoriu ca subiectul să urmeze un program de terapie comportamentală și cognitiv-comportamentală care constă mai ales în tehnici de desensibilizare. Cu alte cuvinte, trebuie să facă acele lucruri pe care dorește să le facă, pentru a nu se mai teme de ele.

4. Programul de combatere a fricii învățat împreună cu terapeutul, trebuie aplicat și la situațiile de viață. În același timp subiectul trebuie să-și modifice stilul de viață învățând să trăiască împreună cu fricile sale sau să se elibereze complet de ele.

Un loc important în cadrul psihoterapiei stărilor anxioase îl ocupă și actualizarea disponibilităților psihice latente, prin intermediul unor antrenamente speciale, cum ar fi, de pildă, cele de relaxare sau autopsihoză.