

Cuprins

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

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

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

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

1.2.B. <i>Scala de atitudini disfuncționale, formele A și B (DAS – Disfunctional Attitudes Scale, Versions A and B ; autori : dr. Aaron Beck et al.), adaptată de Bianca Macavei, MA.....</i>	<i>341</i>
1.3. Scala de cunoștiințe raționale și iraționale (GABS-SF – <i>General Attitude and Beliefs Scale-Short Form</i> ; autori : dr. Helen Lindner et al.), adaptată de Bianca Macavei, MA.....	<i>346</i>
1.4. Scala de evaluare a intervenției în terapia cognitivă (CTRS – <i>Cognitive Therapy Rating Scale, Academy of Cognitive Therapy</i> ; autori : dr. Jeffrey Young și dr. Aaron Beck), adaptată de Bianca Macavei, MA.....	<i>350</i>

Anexa 2

2.1. Fișe sintetice pentru terapia cognitiv-comportamentală	<i>355</i>
2.1.A. <i>Modelele ABC cognitiv și comportamental</i> (adaptate cu permisivitate după modelele de la Albert Ellis Institute)....	<i>355</i>
2.1.B. <i>Formular de Conceptualizare Clinică Modelul Bio-Psiho-Social „Stres-Vulnerabilitate”</i>	<i>357</i>
2.2. Decalogul iraționalității	<i>358</i>
2.3. Decalogul raționalității	<i>358</i>
2.4. Sfaturi pentru o viață rațională și fericită	<i>360</i>
2.5. Automonitorizarea demersului terapeutic.....	<i>361</i>
2.6. Prescripții psihologice – pastile psihologice	<i>362</i>

Anexa 3. Componente validate științific din relația psihoterapeutică (American Psychological Association – APA)

<i>363</i>

Anexa 4. Modificări (erate/revizuirile/adăugiri/corecturi) în ediția a II-a

<i>365</i>

Daniel David

**TRATAT
DE PSIHOTERAPII
cognitive și comportamentale**

Ediția a III-a revăzută și adăugită

**POLIRO
M
2017**

Înainte de a discuta tehniciile specifice de restructurare cognitivă, trebuie precizat clar faptul că ele sunt eficiente doar pe fondul unei relații terapeutice adecvate. Altfel spus, pacientul trebuie să simtă că el și terapeutul sunt de același parte a „baricadei”, iar de cealaltă parte se află cunoștințele sale disfuncționale și iraționale. Acestea sunt tratate ca ipoteze care urmează să fie investigate (logic, empiric, pragmatic etc.). În funcție de rezultat, ele vor fi respinse/acceptate atât de terapeut, cât și de pacient. Mai precis, terapeutul este în același echipă cu pacientul. Dacă pacientul se perceppe pe el și cunoștințele sale de o parte a „baricadei”, în timp ce terapeutul este de cealaltă parte a baricadei, încercând să-l convingă și să-i arate că gândurile lui sunt disfuncționale/iraționale și că trebuie schimbate cu unele funcționale/raționale, procesul de restructurare cognitivă nu va avea loc, oricât de corect este condus. Va apărea fenomenul de reacționare psihologică (Brehm, 1966), prin care pacientul se va împotrivi conștient și/sau inconștient terapeutului, chiar și când realizează că acesta are dreptate, pentru a-și păstra libertatea și imaginea de sine.

În plus, restructurarea cognitivă poate fi utilizată în tulburări severe. Mult timp, „înjelepciunile și intuițiile” profesioniștilor din domeniu sugerau că tehniciile de restructurare cognitivă nu pot fi aplicate la pacienții cu tulburări psihotice. Cercetările recente au contrazis acest mit, arătând că, adaptate adecvat, ele pot fi folosite cu succes pentru a controla ideile delirante și/sau halucinațiile (vezi mai jos). Acest lucru a fost recunoscut și asimilat de sistemul de sănătate britanic, care a inclus terapia cognitiv-comportamentală ca singura formă de psihoterapie plătită de casele de asigurări de sănătate pentru pacienții cu tulburări psihotice.

7.2.1.1. Etapa 1: tehnici de identificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncționale și/sau iraționale

Tehnicile prezentate în continuare sunt „instrumente” clasice și verificate, utile în identificarea cunoștințelor. Ele vizează identificarea gândurilor automate în forma cunoștințelor descriptive, inferențiale și evaluative locale (vezi pentru detaliu Beck, 1976, 1995).

(a) Tehnica întrebărilor directe

Pentru a identifica mai ușor gândurile automate care generează răspunsurile, este indicat să structurăm întrebările ca în exemplul de mai jos :

◆ EXEMPLUL 1

Terapeut: La ce te gândești astfel încât acest gând te face anxios?

Prin această întrebare amorsăm gândurile care apar și generează răspunsul anxios, întăriind în același timp conceptualizarea că anxietatea este prezentă ca urmare a gândului respectiv. O întrebare care nu este structurată în acest mod poate amorsa nu doar gândurile care generează emoția, ci și pe cele care o însojesc sau o urmează ; ele sunt importante pentru a avea o perspectivă globală asupra tabloului clinic, dar nu pentru a ghida intervenția.

❖ EXEMPLUL 2

Terapeut: Ce îți trece prin minte atunci când ești anxios?

Pacient: Ce rău mă simt. (Aceasta este cunoașterea care descrie starea afectivă, nu cea care o generează.)

❖ EXEMPLUL 3

Terapeut: Ce îți trece prin minte atunci când ești anxios?

Pacient: Să mă relaxez. (Aceasta este cunoașterea care urmează stările afective, nu cea care o determină.)

(b) *Tehnica imageriei dirijate*

Dacă pacientul nu reușește să-și identifice gândurile automate utilizând prima tehnică, el este rugat să-și amintească și apoi să-și imagineze, cât mai real, o situație în care apar probleme. Ulterior i se descrie cât mai exact situația respectivă și se observă atenții reacțiile lui emoționale. Când apare reacția emoțională, pacientul este întrebat la ce se gândește în momentul respectiv astfel încât acel gând îi generează reacția afectivă.

❖ EXEMPLUL 1

Pacient: Nu pot să vorbesc în fața colegilor mei. Ori de câte ori încerc acest lucru, mă pierd și mă incurc, făcându-mă de rușine.

Terapeut: Te gândești la ceva anume când se întâmplă asta? Ce gând îți trece prin minte atunci, astfel încât acel gând îți produce aceste reacții?

Pacient: Nimic sau poate ceva rău.

Terapeut: Ce anume?

Pacient: Nu pot să-mi amintesc exact.

Terapeut: Bine, hai să facem un exercițiu pentru a reuși să-ți amintești la ce te gândești în momentele respective.

Pacient: OK.

Terapeut: Aș vrea să te relaxezi și să inchizi ochii. Acum imaginează-ți cât mai clar că te află în fața colegilor tăi, urmând să le prezinți un referat. Descrie-mi unde ești și ce se întâmplă.

Pacient: ... (Descrie sala de curs, colegii, catedra, materialele...) Mă simt ca dracu', îmi vine rău, trebuie să plec de aici!

Terapeut: La ce te gândești acum ca să simți asta?

Pacient: Cred că vor râde, își vor bate joc de mine și de prezentarea mea.

Terapeut: Crezi că aceste gânduri sunt un motiv suficient să te determine să pleci?

Pacient: Cred că da.

(c) *Tehnica jocului de rol*

În acest caz, terapeutul joacă rolul unei persoane reale, cu care pacientul are interacțiuni în viața cotidiană, sau imaginare, iar pacientul joacă propriul rol. Această tehnică îl va ajuta pe pacient să-și conștientizeze gândurile automate care îl afectează performanța în viața de zi cu zi. Ea este indicată atunci când subiectul are probleme de interacțiune socială sau nu reușește să conștientizeze ușor gândul automat.

(d) Tehnica observării reacțiilor pacientului în cursul terapiei

Orice schimbare a stării psihologice în cursul terapiei este o ocazie de a chestiona pacientul cu privire la ce gândește în momentul respectiv, astfel încât aceste gânduri să produc reacțiile punctuale din terapie. Această tehnică este una ecologică, gândurile automate fiind identificate „pe viu”.

(e) Tehnica înregistrării zilnice a gândurilor automate disfuncționale și/sau iraționale

Pacientul este rugat să completeze formularul de mai jos în perioada dintre ședințele terapeutice, ori de câte ori experețiază un eveniment psihologic negativ, obținându-se astfel o imagine comprehensivă și exhaustivă asupra gândurilor automate disfuncționale și/sau iraționale în condiții ecologice și asupra resurselor pe care le are pentru gânduri autonome funcționale și/sau raționale; formularul poate fi adaptat și pentru alte tipuri de răspunsuri în afara celor afectiv-emoțional/subiectiv (de exemplu, comportamentale și psihofiziologice/biologice).

Situația	Descrierea evenimentului extern care a declanșat distresul _____ Descrierea evenimentului intern (sensații fizice, gânduri, imagini) care a declanșat distresul _____
Răspuns : trăirea emoțională	Tipul de emoție (anxios, supărat etc.) _____ Intensitatea emoției pe o scală 1-100 _____
Gândul automat disfuncțional/irațional	Descriere _____ În ce măsură îl considerați adevărat pe o scală 0-100 _____
Gândul automat funcțional/rațional care, dacă ar înlocui gândul automat disfuncțional/irațional, ar reduce consecințele negative ale acestuia	Descriere _____ În ce măsură îl considerați adevărat, pe o scală 0-100 _____
Rezultate	În ce măsură considerați adevărat conținutul informațional dezadaptativ pe o scală 0-100 _____ Tipul de emoție și intensitatea acesteia resimțite acum _____

(f) Tehnica inferenței terapeutice

În cazul în care gândurile automate într-o situație-țintă nu pot fi identificate clar prin tehniciile prezentate anterior (subiecțul are sentimentul că știe, dar îl este greu să verbalizeze sau verbalizează parțial), terapeutul, pe baza informațiilor achiziționate despre situația-țintă și despre reacțiile pacientului, elaborează împreună cu acesta gândul automat probabil. Această tehnică este una nondirectivă și nu trebuie confundată cu tehniciile în care terapeutul încearcă să impună pacientului propriul punct de vedere.

◆ EXEMPLUL 1

(Tehnică aplicată corect)

Pacient: Sunt ingrozit, iar apoi nu pot vorbi în fața clasei fără să mă bâlbâi și fără să mă încure.

Terapeut: De ce crezi că se întâmplă așa? La ce te gândești astfel încât să apară groaza aceea?

Pacient: Nu știu.

Terapeut: Spune-mi atunci ce crezi că gândești astfel încât, dacă ai gândi așa, ar apărea groaza.

Pacient: Nu sunt sigur. Nu știu!

Terapeut: Bun, hai atunci să vedem împreună ce gânduri ar putea face pe cineva să simtă așa ceva în fața unei clase. (Se explorează aceste gânduri; terapeutul poate veni cu propunerile sale.)

Terapeut: Dar pe tine? Ce gânduri te-ar putea face să te simți așa în fața clasei? (Dacă nu reușește să genereze, le selectăm pe cele probabile și pentru el, identificate deja în cazul altor persoane.)

Pacient: Probabil dacă mă gândesc că ceilalți vor râde de mine.

◆ EXEMPLUL 2

(Tehnică eronată, de presiune asupra pacientului pentru identificarea gândurilor automate)

Pacient: Nu pot vorbi în fața clasei fără să mă bâlbâi și fără să mă încure.

Terapeut: De ce crezi că se întâmplă asta? La ce te gândești?

Pacient: Nu știu.

Terapeut: Probabil te gândești că ceilalți vor râde de tine.

Pacient: Poate, nu sunt sigur.

Terapeut: Asta trebuie să fie.

(g) Tehnică asocierilor libere

Se cere pacientului să verbalizeze tot ceea ce îl vine în minte, fără nici o restricție, pornind de la amorsele prezентate de terapeut și care sunt legate, evident, de problemele subiectului și de tabloul său clinic. Se înregistrează tot ceea ce spune pacientul, urmând apoi să se identifice cognițiile relevante, iar acestea, împreună cu restul elementelor reliefate prin asociații libere, să fie organizate conform modelului ABC cognitiv și/sau comportamental. Tehnica este de origine psihanalitică, dar nu este focalizată pe conținuturi de tip psihanalitic, ci pe conținuturi cognitive, care nu sunt interpretate psihanalitic, ci organizate pe baza modelului ABC cognitiv.

(h) Tehnici adiționale

Tehnicile bazate pe desen, joc etc. sunt proceduri care pot amorsa cogniții importante, mai ales dacă subiecții sunt copii și/sau au dificultăți de exprimare verbală. În principiu, orice activitate și/sau orice experiență de viață și terapeutică ce se inseră în cadrul deontologiei profesionale pot fi utilizate ca oportunitate de identificare a cognițiilor.

Concluzii

Există un spectru extrem de larg de tehnici utile pentru identificarea gândurilor automate. Numai imaginația, datele științifice și deontologia profesională ne limitează depistarea altor modalități de reliefare a acestora. Se poate observa, din toate exemplele prezentate, că în discuția cu pacientul se menține un limbaj de interfață. Termenii „cogniție”, „iracională”, „disfuncțională” etc. sunt parte a conceptualizării profesionale și rareori apar în discuțiile cu pacientul, unde se utilizează formulări precum „gânduri”, „la ce te gândești”, „nefolositoare”, „nesănătoase” etc. O atenție specială trebuie acordată educării pacientului pentru modelul ABC cognitiv. El nu este un psiholog, unul care să fi studiat clar distincțiile dintre cogniții și emoții; la nivelul simțului comun se utilizează adesea un limbaj imprecis, transpus și în procesul psihoterapeutic. Uneori, la întrebarea „Ce simți?”, prin care încercăm să găsim C-ul pacientului, acesta ne răspunde cu un B: „Mă simt ca un prost” (de fapt, el gândește că este prost), iar la întrebarea „La ce te gândești?”, prin care încercăm să găsim B-ul, ne răspunde cu un C: „Că mă tem” (de fapt, asta este ceea ce simte). Pacientul trebuie învățat distincția dintre cogniție și emoție, pentru a putea aplica apoi modelul ABC. Dacă noi și pacientul nu facem o diferență clară între ele, utilizarea modelului ABC este compromisă, acesta bazându-se pe distincțiile între eveniment (A) – cogniție (B) – consecință (C).

7.2.1.2. Etapa 2: tehnici de modificare a structurilor cognitive locale (gânduri automate) disfuncționale și/sau iraționale

În terapia cognitiv-comportamentală, tehnicele de modificare a conținuturilor informaționale disfuncționale și/sau iraționale sunt extrem de diverse (vezi pentru detaliu Beck, 1976, 1995; Ellis, 1994). Înainte de a începe restructurarea cognitivă, trebuie să ne asigurăm că pacientul înțelege și acceptă faptul că accesii cogniții sunt cauze ale reacțiilor sale emoționale, comportamentale și/sau psihofiziologice. Așadar modificarea cognițiilor nu este un scop în sine, ci un mijloc de a remite tabloul clinic, mizând pe faptul că pacientul realizează legătura B-C.

❖ EXEMPLU

Terapeut: Altfel spus, atunci când strigă la tine, te infuri.

Pacient: Da.

Terapeut: Dacă 100 de oameni ar fi în situația respectivă, crezi că toți s-ar infuria?

Pacient: Nu toți. Unora nu le-ar păsa.

Terapeut: Din ceea ce îmi spui înțeleg că nu evenimentul în sine infurie, ci modul în care noi ne raportăm la el ne infurie. Unora le pasă, alțora nu etc. Înțeleg bine?

Pacient: Da, cred că da.

Terapeut: Atunci mă întreb cum te raportezi tu la el? La ce te gândești astfel încât acest gând te infurie?

În toate exemplele prezentate în această secțiune presupunem că acest lucru s-a realizat. Prezentăm în continuare tehnicele clasice ale terapiei cognitiv-comportamentale de modificare a gândurilor automate.

(a) Tehnici logice

Tehnicile logice au ca fundament rationalismul. Pe scurt, rationalismul își are originea în Grecia Antică (Aristotel, Pitagora, Platon) și în secolele XVII-XVIII (Descartes, Leibniz, Spinoza). Nucleul tare al acestei perspective filosofice este următorul :

- sursa cunoștințelor noastre este raționamentul deductiv și logic, pornind de la adevăruri universale, independente de experiență, apriorice, imuabile, absolute ;
- realitatea este partea stabilă care se ascunde dincolo de realitățile perceptuale imediate ; ea poate fi cunoscută doar cu ajutorul logicii ;
- cunoștințele valide sunt doar acelea care sunt logic consistente și corespund unor standarde recunoscute de adevăr și răuine.

Tehnicile logice modifică conținutul informațional disfuncțional și/sau irațional al pacientului, bazându-se pe identificarea inconistențelor logice în gândirea acestuia. Pentru a putea realiza în mod eficace o astfel de intervenție, este important că terapeutul să cunoască foarte bine logica, retorica și teoria argumentării, inclusiv erorile de raționament (vezi David, 2006). Întrebările-sursă care pot fi adaptate clinic în diverse variante sunt : „Care este logica a ceea ce crezi ? / Cum poți argumenta asta ? ”

◆ EXEMPLUL 1

Pacient : Trebuie să reușesc în tot ceea ce fac.

Terapeut : Nu mă îndoiesc că îți dorești, poate chiar foarte mult, să reușești în tot ceea ce faci. Aș vrea să înțeleg însă cum, pornind de la acest lucru dezirabil, ai ajuns să crezi că, dacă îți dorești, atunci și trebuie cu necesitate să reușești. Altfel spus, cum se poate explica faptul că tu crezi că dacă îți dorești ceva, lueru perfect legitim, acel ceva trebuie cu necesitate să se întâmple ?

Pacient : Păi, nu trebuie, dar ar fi bine.

Terapeut : Nu mă îndoiesc că ar fi, nu bine, ci foarte bine ! Poți să-ți dorești mult acest lucru, dar amintește-ți că, în ciuda faptului că îți dorești și că faci tot ceea ce depinde de tine și este omenește posibil să se întâmple, să-ți păre – și va trebui să accepți asta – că lucrurile să nu stea întotdeauna cum îți dorești tu. Numai în cazul lui Dumnezeu dorințele dobândesc mereu realitate ; pentru oameni, lucrurile nu stau întotdeauna aşa cum ar dori sau cum ar merita ei.

◆ EXEMPLUL 2

Pacient : Faptul că m-a părăsit soția este groaznic și catastrofal.

Terapeut : Înțeleg că simți că este teribil de rău că te-a părăsit soția.

Pacient : Da, este groaznic.

Terapeut : Ce înțelegi prin faptul că este groaznic și catastrofal ?

Pacient : Este sfârșitul pentru mine... cel mai rău lucru care mi se putea întâmpla în viața asta.

Terapeut : Nu mă îndoiesc de faptul că tu crezi că este groaznic. Mă întreb însă cum ai ajuns să crezi acest lucru ? Evident că ceea ce îți s-a întâmplat este foarte rău. Însă cum ai ajuns să crezi că este cel mai rău lucru care îți se poate întâmpla ?

Pacient : Păi... dacă punem problema așa, nu este cel mai rău lucru care mi se poate întâmpla, dar este foarte rău.

Terapeut : Da, foarte rău, și văd că și foarte dureros, dar asta nu înseamnă că este o catastrofă, cel mai rău lucru care îți se poate întâmpla – sfârșitul, pentru tine.