
PSIHOTERAPIILE

Prof. Dr. Doina Cosman

Asist. Univ. Dr. Minodora Manea

ETAPELE ȘI PROCESSELE

PSIHOTERAPIEI

- **Psihoterapia** – proces terapeutic activ ce utilizează în exclusivitate mijloace psihologice.
- Procesele psihoterapiei se referă la un complex de momente și fapte secvențiale psihologice care apar și se dezvoltă în cursul relației psihoterapeutice care domină și direcționează această relație, conferind terapiei un caracter specific.
- În **faza inițială** a psihoterapiei dominant este **procesul de transfer și stabilirea și consolidarea relației terapeutice**.
- În **faza de mijloc** predomină **procesul de interpretare** care din punct de vedere al terapeutului corespunde efortului de a da manifestărilor psihice anormale un conținut inteligibil sistematic, iar din partea pacientului acceptul binevoitor și chiar entuziast.
- În **faza finală** a psihoterapiei, când relația transferențială este consolidată și interpretările au fost acceptate, încep să devină preponderente **învățărilor**, în sensul că sugestiile terapeutului de modificare a comportamentului și a diverselor atitudini subiective au un suport puternic în interpretările prealabile și un maximum de șansă de a cădea pe un teren fertil.

RELATIILE TERAPEUTICE

- **Transferul** este proiecția emoțională pe care pacientul o direcționează către psihoterapeut. T poate fi pozitiv sau negativ.
 - **Contratransferul** – este proiecția emoțională pe care psihoterapeutul o direcționează spre pacient
-

PROCESELE ANTITERAPEUTICE

- Această desfășurare este departe de a se petrece într-o congruență deplină luând un caracter polemic din cauza unor procese antiterapeutice
 - **Rezistențele** terapeutice opuse de pacient și care afectează: transferul, interpretarea și învățarea
 - **Contratransferul** –uneori devine expresia rezistențelor psihoterapeutului față de unele trăsături caracteriale ale pacientului.
-

PSIHANALIZA CLASICĂ

- Terapiile psihodinamice au la bază teoria psihanalitică propusă de Sigmund Freud.
 - Comportamentul, atât cel normal cât și cel anormal, este determinat de existența unor conflicte mentale interne, denumite conflicte intrapsihice.
 - **Obiectivul esențial** este de a-l face pe pacient **să identifice conflictele inconștiente** bazate pe dorințele infantile latente și să le înțeleagă, iar odată identificate **aceste conflicte să fie rezolvate**.
 - Acest lucru se realizează printr-o trăire intensă conștientă și prin exteriorizarea conflictului intrapsihic cauzator al tulburării psihologice, în cadrul **nevrozei de transfer**. Transferul care este încurajat prin întâlniri frecvente are o asemenea intensitate încât pacientul își re trăiește simptomatologia nevrotică în relație cu analistul, în cadrul nevrozei de transfer.
-

TEHNICI ȘI METODE UTILIZATE

- **Metoda asociațiilor libere** – pentru a se ajunge la rădăcinile profunde ale gândurilor.
 - **Analizarea materialului oniric** și a proceselor legate de transfer, evocate în timpul procesului terapeutic. Analistul utilizează interpretarea și decriptarea, relevându-i pacientului natura conflictelor și modul lor de rezolvare.
 - Emoțiile legate de conflictul intrapsihic se consideră că anterior au fost reprimite. Această descărcare afectivă este cunoscută sub numele de **catharsis**.
-

PSIHANALIZA CLASICĂ

Acest tip de psihoterapie necesită:

- un pacient motivat deoarece este de lungă durată (1-2 ani)
 - un pacient stabil emoțional, lipsit de impulsivitate excesivă.
 - pacient cu instruire superioară – persoanele fără o instruire superioară nu pot beneficia de o cură psihanalitică, fiind incapabile de a înțelege simbolurile și de a sesiza sensul interpretărilor.
 - dispus să vorbească
 - capabil să accepte stresul provocat de analiză
-

PSIHOTERAPIA SUPORTIVĂ

- **Elementul esențial** este sprijinul, suportul și nu conștientizarea.
- Acest tip de psihoterapie este tratamentul de elecție al bolnavilor aflați în situații de criză (ex. doliul acut) sau poate fi tratamentul posibil a fi aplicat pacienților cu vulnerabilități serioase ale egoului (ex. pacienții psihotici).
- Suportul poate să ia forma:
 - Fixării de limite
 - Creșterii testării realității
 - Reasigurării
 - Sfaturilor
 - Ajutorului pentru dezvoltarea abilităților sociale.

TERAPIA COMPORTAMENTALĂ

I. DEZVOLTARE. PARADIGMĂ. PRINCIPII.

II. TEHNICI COMPORTAMENTALE.

1. Tratamentul condiționat
2. Terapia aversivă
3. Antrenament de relaxare
4. Terapia de expunere (exposure therapy) – expunere în practică, expunere în imaginație
 - ▣ Desensibilizare sistematică –expunere gradată
 - ▣ Imersie (flooding) – expunere bruscă
5. Antrenamentul aptitudinilor sociale
6. Antrenamentul asertiv (afirmării)
7. Autocontrolul
8. Alte tehnici comportamentale:
 - Modelarea
 - Biofeedback.

ISTORICUL BEHAVIOURISMULUI

- Primele încercări au fost făcute de P. Janet (1925) prin metodele sale de reeducare, folosite în tulburările de comportament. Aceste metode s-au dezvoltat mai mult din experiența practică, decât dintr-o teorie formală.
 - Experiențele lui Pavlov, ca și teoria învățării prin recompensă a lui Thorndike (1913) au furnizat bazele teoretice ale tratamentului bazat pe psihologia experimentală.
 - Aplicarea practică a acestor descoperiri își are originea în experimentele lui Watson și Rayner (1920).
 - Aceștia au arătat că, spre exemplu, la un copil sănătos, răspunsul prin teamă se poate asocia cu un stimul neutru prin condiționare pavloviană. Acest experiment a sugerat că teama „naturală” poate fi înlăturată prin metode comparabile.
 - Cu toate acestea, deși behaviorismul s-a menținut ca o forță dominantă în psihologie în anii 1920-1930, mai ales în SUA, aplicațiile practice în terapie au fost puține (cu excepția terapiei aversive în alcoolism).
-

ISTORICUL BEHAVIOURISMULUI

- Dezvoltarea terapiei comportamentale moderne începe în anii 1950 când s-au delimitat 3 școli principale.
- În **Africa de Sud**, **Wolpe** a pus bazele unui tratament pornind de la experiențele sale cu animale. A descris acest tratament într-o carte de mare influență, ***Psihoterapia prin inhibiție reciprocă*** (1958). Apariția acestei cărți a fost un moment de referință deoarece pentru prima oară în lume era descris mecanismul **inhibiției reciproce**. Construcția ierarhică a expunerii gradate și confruntării cu stimuli provocatori de anxietate, se asociază cu tehnici de relaxare, deoarece Wolpe demonstrase că anxietatea și relaxarea sunt incompatibile, astfel că imaginile trăite se decuplează de anxietate în timpul relaxării, în cadrul procesului de inhibiție reciprocă.
- În **SUA** dezvoltarea terapiilor comportamentale începe cu publicarea de către **B.F. Skinner** în 1953 a cărții ***Știință și comportament uman***, în care se susține că atât comportamentele normale cât și cele anormale sunt guvernate de legi ale condiționării operante și pot fi modificate folosind principii similare. Aceste începuturi explică dezvoltarea ulterioară a terapiei comportamentale în Marea Britanie și SUA.
- În **Marea Britanie**, psihologii de la Maudsley Hospital (**E. Marks**) au aplicat principiile învățării în tratamentul individual mai ales al tulburărilor fobice. Ideile lui Wolpe au fost introduse în Marea Britanie de **E. Marks** în 1960 și au fost repede adoptate, fiind apropiate metodelor folosite de psihologii de la Maudsley Hospital.
- În SUA, pe de altă parte, direcția cea mai viguroasă de dezvoltare a fost cea bazată pe condiționarea operantă.

PARADIGMA TERAPIEI COMPORTAMENTALE

- Terapia comportamentală are la bază curentul comportamental din psihologie. Conform acestuia, comportamentul normal (adaptativ) cât și cel anormal (dezadaptativ) au la bază aceleași mecanisme de învățare: condiționarea clasică și condiționarea operantă.
 - **Presupunerea de bază** a acestei terapii este că un comportament maladadaptativ se poate schimba fără înțelegerea (conștientizarea) cauzelor sale subiacente. Simptomele comportamentale sunt luate ca atare, și nu ca simptome ale unei probleme mai profunde.
 - **Obiectivele terapiei comportamentale** constau în eliminarea comportamentelor dezadaptative și înlocuirea acestora cu comportamente adaptative.
 - Tehnicile constau fie în realizarea unei decon condiționări constituită prin condiționare clasică, fie în mânuirea recompenselor și/sau a pedepselor pentru a reduce comportamentul dezadaptativ și a promova comportamentele adaptative
-

- Terapia comportamentală se bazează pe teoriile învățării incluzând **condiționarea operantă și condiționarea clasică**.
- **Condiționarea operantă** pornește de la premiza potrivit căreia comportamentul este modelat de consecințele sale:
 - dacă un comportament va fi reîntărit pozitiv, frecvența sa va crește;
 - dacă va fi pedepsit -. frecvența cu care apare va descrește,
 - iar dacă nu va evoca nici un răspuns – comportamentul se va stinge.
- **Condiționarea clasică** se bazează pe premiza potrivit căreia comportamentul este modelat de faptul că este *asociat/cuplat* sau *de-cuplat* cu stimulii care provoacă anxietate.

Așa cum câinii lui Pavlov au fost condiționați să saliveze la sunetul unei sonerii după ce soneria fusese asociată cu hrana, la fel poate o persoană să fie condiționată, să resimtă frică într-o situație neutră, dar care a ajuns să fie asociată cu anxietatea. Dacă anxietatea va fi de-cuplată de situația respectivă, comportamentul evitant și anxios va descrește.

PRINCIPIILE TERAPIEI

COMPORTAMENTALE

- În acest tip de tratament, terapeutul încearcă să modifice un element comportamental proeminent din cadrul unei tulburări psihice încurajând pacientul să efectueze comportamentul care pare incompatibil.
 - De exemplu: comportamentul evitant din cadrul fobiilor este tratat prin încurajarea pacientului de a intra în situațiile de care-i este teamă (exposure therapy).
- Inactivitatea și retragerea socială a pacienților deprimați este tratată prin încurajarea acestor pacienți înspre planificarea unei serii de activități plăcute (activity scheduling).
- Deși aceste procedee simple ocupă un loc central în terapia comportamentală, nu este suficientă instruirea pacientului în a le practica. Aceasta din pricina a 2 dificultăți:
 - pacienții nu sunt întotdeauna conștienți de existența comportamentului anormal și ca urmare nu folosesc metodele terapeutice la timpul potrivit;
 - comportamentul trebuie practicat frecvent și pentru o lungă durată de timp, motiv pentru care, dacă nu se păstrează motivația nu se produce schimbarea iar cei mai mulți nu au suficientă răbdare

ANALIZA COMPORTAMENTALĂ

- Dimensiunea reală a tulburării de comportament poate fi determinată printr-o **investigare atentă a activităților pacientului**, urmată de **analizarea unui jurnal** al pacientului/clientului care să cuprindă descrierea simptomelor și a încercărilor lui de a face față. Acest tip de anchetă se numește **analiză comportamentală**.
- **Analiza fobiei sociale** poate servi ca exemplu: pacienții cu această tulburare; cel mai adesea, nu pot defini trăsăturile relațiilor sociale pe care le evită; ei spun numai că se simt anxioși atunci când sunt în societate.
- O analiză comportamentală ar putea stabili că pacientul este anxios numai în fața unor anumite aspecte ale relațiilor sociale „**ca privitul în ochi**” sau „**inițierea unei conversații**”.
- Expunerea gradată la aceste elemente specifice câte unul pe rând, este mai eficientă decât încercările de a reveni la situațiile din societate într-un mod mai puțin planificat.
- Jurnal

Modalități de depășire a dificultăților

MOTIVAREA PACIENTULUI

- Pentru a obține rezultate bune cu terapia comportamentală este esențial a depăși lipsa de motivație. Deși majoritatea pacienților doresc să-și revină ei nu au de obicei motivația necesară pentru practicarea metodelor comportamentale săptămâni sau chiar luni.
- Lipsa motivației se leagă adesea și de insuccese anterioare ce au condus la demoralizare. Motivația poate fi refăcută prin oferirea unor explicații clare asupra scopului tratamentului și asupra diferențelor între programul propus și încercările anterioare eșuate.
- Este util ca fiecare metodă să fie prezentată ca un experiment în care îndeplinirea unei sarcini este valoroasă, dar neîndeplinirea ei nu este un eșec, ci chiar un fapt pozitiv, prin aceea că aduce noi informații asupra tulburării. Această **tehnică a „non-eșecului”** este o cale foarte importantă de menținere a motivației.

TERAPIA AVERSIVĂ

- În această tehnică, reîntărirea negativă este folosită pentru a ajuta pacientul să-și elimine comportamentul nedorit.
 - Este o formă de condiționare în care un stimul aversiv (de ex un miros sau un gust neplăcut) este prezentat în asociere cu un comportament nedorit.
 - O formă mai puțin controversată a terapiei aversive implică imaginarea de către pacient a unui lucru neplăcut care se întâmplă în conjuncție cu comportamentul nedorit.
 - Este utilizată ca metodă de tratament în alcoolism, parafilii (ex. fetișism).
-

Desensibilizarea (Wolpe, 1958)

- Tratamentul începe cu întocmirea unei liste de situații ce provoacă grade crescânde de anxietate – o ierarhie.
 - Pacientul este învățat să se relaxeze acest lucru urmând a fi folosit în 2 situații.
 - relaxarea este folosită pentru a reduce răspunsul anxios la imaginarea situațiilor fobogene făcând astfel mai ușoară progresarea de-a lungul ierarhiei.
 - relaxarea se folosește pentru îmbunătățirea calităților imaginative, pacienții relaxați își pot imagina mai „viu” diferite situații.
 - Desensibilizarea este una dintre cele mai folosite tehnici în terapia comportamentală, fiind folosită în principal în fobiile simple (ex. fobia de stomatolog)
-

Desensibilizarea prin tehnica în imersie „flooding”

- În **tehnica în imersie „flooding”** se identifică situațiile care produc anxietate severă și pacientul este expus direct acestui stimul intens anxiogen, în loc să fie expus treptat sau sistematic unei ierarhii de situații temute. (de ex. pe o clădire foarte înaltă dacă are rău de înălțime).
- **Implozia** este o variantă a imersiei în care tehnica imersiei se practică în imaginație – se induce o anxietate deosebit de severă convingând pacientul să-și imagineze scene deosebit de înspăimântătoare.

TEHNICI COMPORTAMENTALE - TERAPIA DE EXPUNERE

- Tehnicile de expunere se folosesc în tratamentul tulburărilor fobice în care anxietatea este însoțită de comportament evitant (ex. agorafobie).
 - Terapia de expunere:
 - **expunere în practică** - putând fi practică chiar în situațiile care provoacă anxietate,
 - **expunere în imaginație**- se practică în clinică, pacientul este ajutat să-și imagineze aceste situații.
 - Desensibilizare sistematică –expunere gradată, expunerea este treptată începând cu situații ce provoacă o mică anxietate și trecând progresiv spre situații mai dificile.
 - Imersie (flooding) – expunerea poate fi și bruscă începând cu situațiile ce provoacă anxietate severă.
-

ANTRENAMENTUL DE RELAXARE

- Cel mai simplu tratament comportamental este antrenamentul de relaxare.
- Jacobson (1938) a descris primul **relaxarea musculară progresivă**, un procedeu menit a conduce la scăderea tonusului în diverse grupe de mușchi scheletici și a ritma respirația.
- Metodele de relaxare musculară sunt metode simple ce pot fi învățate prin instrucțiuni înregistrate pe bandă, sau în ședințe de grup, reducând astfel timpul pe care terapeutul trebuie să-l petreacă cu fiecare pacient. Relaxarea poate fi practică regulat în cursul zilei sau în timpul unei situații stresante.
- Indicațiile cele mai comune sunt *tulburarea de anxietate generalizată, tulburările psihice însoțite de anxietate și insomnia*. Experiența clinică sugerează eficiența egală a diverselor metode de relaxare, ca și faptul că atunci când sunt practicate cu perseverență, ele au un efect similar cu cel al unei doze medii de medicament benzodiazepinic.
- Antrenamentul de relaxare a fost folosit de asemenea în tratamentul *hipertensiunii arteriale moderate*, ca și în alte condiții în care evenimentele stresante pot înrăutății starea fizică prin creșterea excitabilității.
- O altă metodă de relaxare este **trainingul autogen Schultz**.

**PROTOCOL DE TERAPIE
COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ
PENTRU FOBIILE SIMPLE**

**TEHNICA EXPUNERII
GRADUALE "IN VIVO"
PROF.DR. DOINA COSMAN**

EVALUARE

Inițial se va face evaluarea pacientului

- clinică
 - și prin aplicarea unor autochestionare:
 1. chestionarul fricii al lui Wolpe și Lang,
 2. chestionarul pentru anxietate al lui Catell,
 3. chestionarul afirmării de sine al lui Rathus
 4. inventarul pentru depresie al lui Beck.
-

IERARHIZAREA SITUAȚIEI ANXIogene

Ierarhie a situațiilor anxiogene, care, de exemplu pentru fobia de injecții, poate avea următorul profil:

- 100 p: situația în care pacientului i se face o injecție
 - 80 p: a privi cum se face o injecție
 - 70 p: a privi la TV cum se face o injecție
 - 50 p: a merge la dentist
 - 40 p: a privi o seringă, un ac
 - 30 p: a face o vizită cuiva la spital (anxietate declanșată de mirosul și zgomotele specifice de spital)
-

PROGRAMUL DE EXPUNERE GRADUALĂ IN VIVO

Se instituie după realizarea unui travaliu cognitiv pe planșa anatomică, în scopul diferențierii multiplelor tipuri de injecții (subcutanată, intramusculară, intravenoasă).

- Ședința nr.1: Pacientul este invitat să se prezinte într-un serviciu medical, acompaniat de terapeut. I se va preciza faptul că nu va vedea și nici nu i se va face o injecție.
 - Ședința 2,3,4: Pacientul revine în serviciul medical în scopul de a observa efectuarea unei perfuzii, încă însoțit de terapeut. Nivelul de anxietate va scădea (de exemplu: de la 80 în ierarhia prezentată mai sus, la 40). Aceste ședințe au ca scop dedramatizarea situației anxiogene. Între aceste ședințe de expunere în care pacientul este însoțit, se indică și autoexpunerea: pacientul va trebui să se obișnuiască să manipuleze o seringă pe care o deține deja.
-

PROGRAMUL DE EXPUNERE GRADUALĂ IN VIVO

- Ședința 5: sarcina prescrisă a fost corect efectuată. Pe parcursul acestei ședințe pacientul poate asista la efectuarea unor recoltări de sânge și/sau inj i.m. Anxietatea scade progresiv în timp, în funcție de durata expunerii. În plus, pacientul își va face o programare la medicul stomatolog (eventualitatea unei posibile efectuări a unei injecții este luată în calcul).
- Ședința 6: realizarea împreună cu pacientul a unui protocol progresiv, la domiciliu, utilizând ace pentru măsurarea glicemiei prin puncție digitală. O mică picătură de sânge va trebui să apară la extremitatea unui deget.

PROGRAMUL DE EXPUNERE GRADUALĂ IN VIVO

- Ședința 7: sarcina anterioară a fost corect realizată. Se va prescrie o recoltare de sânge la care pacientul va fi supus într-o ședință ulterioară, cu o asistentă pe care o preferă. Pentru că astfel de pacienți, din cauza fobiei lor, nu își au la zi vaccinările obligatorii, i se va cere pacientului să cumpere de la farmacie și un vaccin antitetanic.
 - Ședința 8; pacientul a realizat sarcina prescrisă și vine, așa cum i s-a cerut, împreună cu vaccinul. Vaccinarea are loc pe parcursul ședinței.
 - Ședința 9: în serviciul medical pe care l-a vizitat până acum, i se va face o recoltare de sânge, în prezența terapeutului său.
 - Ședința 10: pacientul poate efectua, neînsoțit de data aceasta, și vaccinările restante.
 - Reevaluare la 3 luni.
-

CONCLUZIE

- Terapia consistă într-o reînvățare directă, progresivă și prelungită, prin **expunere in vivo** (cu sau fără relaxare), într-o primă etapă pacientul fiind însoțit de către terapeut, ulterior având loc o autoexpunere (de exemplu când pacientul merge singur să i se facă vaccinarea).
 - Chiar dacă la început, sarcinile precise pot să-i pară pacientului facile, futele, ele sunt indispensabile pentru o evoluție favorabilă.
-