Depresia şi anxietatea întâlnite în practica privată

Autor – Monica Nastasa

publicat in

„ Actualitati in diagnosticul si tratamentul depresiei si anxietatii ”

coordonator Roxana Vlad

Editura Universitara

Bucuresti 2020

Depresia și anxietatea sunt tulburările psihice cu cea mai mare prevalență în populația generală, afectând peste 600 de milioane de persoane în întreaga lume (Organizația Mondială a Sănătății, 2018). Costurile economice, reflectate în utilizarea crescută a serviciilor de sănătate și productivitate scăzută (concediu medical, absenteism, eficiență sau performanță scăzută în activitatea profesională) și afectarea severă a calității vieții în general au transformat aceste tulburări în adevărate probleme de sănătate publică (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008). Atunci când apar împreună, costurile pe care le atrag după sine cresc (Wittchen, 2002), aspect cu atât mai îngrijorător cu cât anxietatea și depresia au un nivel foarte ridicat de comorbiditate (Andrews, Slade, & Issakidis, 2002; Li, et al., 2012; Noyes Jr, 2001).

În practica privată, majoritatea persoanelor care solicită servicii de psihoterapie prezintă simptome de anxietate și/sau depresie, astfel că dezvoltarea serviciilor psihoterapeutice cât mai eficiente a constituit o prioritate pentru specialiștii în domeniu. Ca urmare, în prezent, există aproximativ 400 de abordări psihoterapeutice (Karasu, 1986), mai mult sau mai puțin similare, care își dispută eficiența, având rezultate mai mult sau mai puțin diferite în funcție de particularitățile clientului și ale tabloului clinic al acestuia (Baardseth et al., 2013; Driessen et al., 2015; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017; Wampold, Minami, Baskin, & Tierney, 2002).

În prezent, intervențiile psihoterapeutice de primă linie pentru depresie și anxietate sunt predominant din categoria terapiilor cognitiv-comportamentale. Acest aspect se datorează în special faptului că ele beneficiază de cel mai robust suport empiric. Gradul ridicat de structură al psihoterapiilor cognitiv-comportamentale fac testarea și cuantificarea eficienței lor mai accesibilă (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Cu toate acestea, din ce în ce mai multe

studii arată că alte abordări psihoterapeutice sunt la fel de eficiente (Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017; Tolin, 2010).

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru tulburările depresive

Două dintre cele mai importante tulburări depresive sunt tulburarea depresivă majoră și tulburarea depresivă persistentă. Tulburările depresive mai sunt numite și tulburări unipolare, întrucât tulburarea dispozițională se manifestă într-o singură direcție (emoționalitate preponderent negativă). Prin contrast, tulburările bipolare includ atât episoade depresive, cât și episoade maniacale (American Psychiatric Association, 2013).

Episodul depresiv major presupune o schimbare semnificativă clinic la nivelul funcționalității persoanei, caracterizată prin afectarea severă a dispoziției (sentimente de tristețe, lipsă de speranță) și pierderea interesului sau plăcerii pentru (aproape) orice fel de activitate. Pentru un diagnostic de episod depresiv major, această stare ar trebui să dureze cel puțin două săptămâni. Alte manifestări posibile includ pierderea sau, dimpotrivă, creșterea semnificativă a apetitului (urmată de pierdere, respectiv luare semnificativă în greutate), insomnie sau hipersomnie, sentimente accentuate de vinovație și lipsă de valoare, dificultăți de concentrare, lipsa motivației, pierderea interesului pentru activități sociale, pierderea apetitului sexual, stare de oboseală/lipsă de energie, agitație sau lentoare psihomotorie, sentimente de inadecvare, stimă de sine scăzută, gânduri și/sau tentative suicidare (APA, 2013).

Depresia apare, de obicei, ca urmare a interacțiunii unor factori de natură genetică și a factorilor de mediu, persoanele cu predispoziție genetică ridicată fiind mai vulnerabili ulterior la stresorii de mediu și prezentând un risc crescut de depresie. Dintre factorii de mediu, experiențele traumatice și pierderile de orice natură (a unei persoane apropiate, despărțirea de partenerul de cuplu sau divorțul, a stabilității financiare) stau, de regulă, la baza declanșării depresiei. Atașamentul insecurizant și abuzurile din copilărie constituie, de asemenea, factori de vulnerabilitate (Nevid, Rathus, Greene, 2011).

Mai mult, depresia în sine poate constitui un factor stresor, prin faptul că atrage adesea după sine consecințe negative în plan profesional sau interpersonal, precum pierderea locului de muncă, divorțul sau reducerea suportului social (Liu & Alloy, 2010).

Prezența unui episod depresiv major în istoric constituie, de asemenea, un predictor pentru episoade depresive ulterioare. Într-adevăr, pacienții se întorc adesea în terapie ca urmare a recăderilor (Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011). Cu toate că primul episod depresiv este, de

cele mai multe ori, asociat unui factor declanşator specific sau mai evident, din motive încă neelucidate, următoarele sunt mult mai puțin relaționate cu acesta (Stroud, Davila, & Moyer, 2008). Este posibil ca un istoric de depresie să creeze un fel de vulnerabilitate în rândul persoanelor afectate, crescând predispoziția acestora la episoade ulterioare și o sensibilitate mai mare la stresori mai mici.

Spre deosebire de bărbați, femeile sunt supuse unui risc de două ori mai mare de a dezvolta o tulburare de tip depresiv, probabil datorită stresorilor mai numeroşi la care sunt supuse, printre care fluctuațiile hormonale, solicitările atât familiale, cât şi profesionale crescute, abuzul fizic şi sexual, monoparentalitatea, sexismul, stima de sine mai scăzută (sau dependentă de validarea externă), tendințele ruminative accentuate (prin contrast cu orientarea mai pragmatică sau cu mecanismele de reglare emoțională bazate pe distragere mai comune în rândul bărbaților) și presiunilor sau standardelor sociale nerealiste (de exemplu, standardele de atractivitate fizică) (Harkness et al., 2010; Nolen-Hoeksema, 2012).

Stresorii puternici sau vulnerabilitatea crescută nu duc însă întotdeauna la simptome depresive, de regulă, datorită factorilor de protecție de care dispune persoana. Printre aceștia, se numără trăsături de personalitate precum reziliența crescută, stabilitatea emoțională şi un stil de gândire preponderent optimist sau pozitiv. Dintre factorii de mediu, suportul social este, de departe, cel mai important factor de protecție. Într-adevăr, accesul la resurse sociale, fie că vorbim despre prieteni, membrii ai familiei sau partenerul de cuplu, constituie un avantaj major împotriva vulnerabilităților psihice sau stresorilor din mediu (Pulkki-Raback et al., 2012; Weissman et al., 1991). Din acest motiv, frecvent, psihoterapia încurajează crearea unei rețele sociale pentru a facilita progresul în terapie şi a preveni recăderile ulterioare. Mai mult decât atât, sprijinul unui psihoterapeut reprezintă, în sine, o resursă socială importantă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală reprezintă, în prezent, cel mai răspândit tip de intervenție în cazul depresiei și prima linie de tratament recomandată. Mai mult, aceasta dispune şi de cel mai robust suport empiric, chiar dacă alte abordări terapeutice şi-au dovedit, de asemenea, eficiența (Butler et al., 2006). Potrivit psihoterapiei cognitiv-comportamentale (Beck et al. 1979), simptomele depresive sunt rezultatul gândirii disfuncționale sau cogniților dezadaptative. Componenta cognitivă a terapiei îşi propune tocmai disputarea şi restructurarea acestor tipare de gândire (urmată de înlocuirea lor cu alternative cognitive mai funcționale), în

ideea că ele vor atrage după sine schimbări la nivelul comportamental și dispozițional. Printre *cognițiile disfuncționale* ale persoanelor cu depresie se numără:

- *gândirea de tip totul-sau-nimic* (evaluarea evenimentelor/experiențelor ca fiind exclusiv pozitive sau negative, fără alte nuanțe),
- *suprageneralizarea* – tendința de a extrapola o experiență sau o consecință negativă la alte contexte similare (de exemplu, dacă cineva m-a părăsit, înseamnă că voi fi părăsită mereu)
- *abstracțiunea selectivă* – filtru mental caracterizat prin perceperea elementelor negative ale unei întâmplări și ignorarea celor pozitive – chiar și atunci când acestea sunt dominante (de exemplu, o persoană primește atât feedback pozitiv, cât și negativ din partea cuiva, însă ea se concentrează doar asupra feedbackului negativ)
- *minimizarea* propriilor realizări sau puncte forte, *maximizarea* aspectelor negative sau eșecurilor (catastrofizare)
- *personalizarea* – tendința de asumare a responsabilității sau vinei pentru orice evenimente negative, chiar și atunci când persoana nu are nicio legătură cu acestea;
- *anticiparea* unor *finalități negative* – chiar și în lipsa dovezilor care să susțină această așteptare;
- *raționamentul emoțional* – tendința de a face inferențe pe baza emoțiilor (de exemplu, dacă o persoană se simte vinovată sau anxioasă, înseamnă că a făcut ceva rău, respective că ceva rău urmează să se întâmple)
- *trebuie absolutist* – autoimpunerea unor standarde de funcționare sau obiective realiste sau rigide („Trebuie să fiu întotdeauna primul”, „Nu trebuie să fac nicio greșeală”).

Restructurarea acestor tipare de gândire presupune identificarea lor, disputarea lor empirică (există dovezi în sprijinul acestei afirmații?), logică (are sens, din punct de vedere logic, ceea ce gândesc) și pragmatică (cum îmi este util acest gând?/cum mă ajută pe mine să gândesc astfel?) și înlocuirea cu alternative mai funcționale sau flexibile. De exemplu, în loc să își impună să nu greșească niciodată, o persoană poate să devină mai tolerantă cu ea însăși, să înțeleagă faptul că toată lumea greșește și că o greșeală nu este decisivă pentru valoarea ei personală. Monitorizarea gândurilor, a contextelor în care apar și a consecințelor emoționale și comportamentale care le urmează este o strategie specifică psihoterapiei cognitive, întrucât

facilitează conştientizarea modului în care gândurile influențează emoțiile, comportamentele sau reacțiile fiziologice (Beck et al., 1979).

În practică, restructurarea cogniţiilor, în special atunci când acestea au în spate scheme cognitive formate de timpuriu şi consolidate de-a lungul timpului (prin faptul că au determinat extragerea din mediu a informațiilor care susțineau acele cogniții dezadaptative), este mult mai anevoioasă şi implică efort personal crescut (Beck et al., 1979).

În acest context, dar şi datorită lentorii psihomotorii și rezistenței cogniţiilor dezadaptative care caracterizează, de regulă, persoanele cu tulburări depresive, procesul psihoterapeutic este început, adesea, cu intervenția comportamentală (Jacobson, et al., 1996). În tratarea depresiei, aceasta presupune antrenarea abilităților interpersonale și încurajarea clientului să se implice în activități recompensatorii sau care i-ar putea produce plăcere. Cea mai comună intervenție comportamentală în tratamentul depresiei poartă numele de *activare comportamentală* și presupune creșterea frecvenței activităților plăcute în viața clientului (chiar dacă el nu anticipează plăcerea). Activarea comportamentală poate acționa și ca o strategie de restructurare cognitivă; prin faptul că persoana realizează anumite acțiuni și experimentează direct rezultatele acestora, ea își poate schimba modul de percepție a lor sau aşteptările negative (Chartier & Provencher, 2013). De exemplu, o persoană care consideră că nimic nu îi mai provoacă plăcere poate fi încurajată să desfăşoare o activitate care îi provoca plăcere înainte. Ea îşi poate da seama că activitatea respectivă are încă valoare recompensatorie.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru tulburările depresive se întinde, de obicei, pe parcursul a 14-15 ședințe, cu potențial de prelungire în cazul în care persoana suferă de tulburări psihice comorbide sau de anumite tulburări de personalitate care cresc rezistența la tratament a clientului şi împiedică sau încetinesc progresul (Nevid et al., 2011).

Psihoterapiile psihodinamice

Cu toate că abordările psihanalitice tradiționale au fost criticate, în special datorită mecanismelor nefalsificabile prin care explică apariția tulburărilor psihice, în prezent, ele au fost adaptate şi par să fie la fel de promițătoare cu cele robuste din punct de vedere științific. Spre deosebire de psihanaliza tradițională, abordările psihodinamice moderne se concentrează nu doar asupra conflictelor inconștiente trecute cu persoane semnificative, ci şi asupra celor din prezent (Nevid et al., 2011). Mai mult, prin contrast cu neutralitatea şi pasivitatea psihanalistului de altădată, astăzi, el este mai directiv şi mai implicat în procesul terapeutic.

O abordare terapeutică specifică de tip psihodinamic, cu un suport empiric din ce în ce mai solid este psihoterapia interpersonală. Studiile au confirmat eficiența ei în tratarea depresiei majore, dar și a altor tulburări, precum bulimia, distimia sau tulburarea de stres posttraumatic (Markowitz, Kocsis, Christos, Bleiberg, & Carlin, 2008; Rieger et al., 2010; Weissman, 2007).

În contextul depresiei, terapia interpersonală se bazează pe două principii majore (Markowitz & Weissman, 2004):

(1) Depresia este o tulburare medicală care poate fi tratată, și nu un defect sau o responsabilitate efectivă a pacientului. Această perspectivă asupra depresiei diminuează tendințele de autoînvinovățire, specifice persoanelor care suferă de depresie.

(2) Dispoziția persoanei și contextul de viață sunt direct relaționate. Cu alte cuvinte, abordarea interpersonală accentueaza importanța evenimentelor din mediu, în special a celor de natură socială, în declanșarea și menținerea depresiei, dar și modul în care depresia, odată instalată, afectează funcționarea interpersonală.

Potrivit abordării interpersonale (Markowitz & Weissman, 2004), depresia apare adesea ca

urmare a unor schimbări majore în contextul de viață al unei persoane, precum pierderea unei persoane apropiate (doliul complicat), conflicte cu persoane semnificative (conflict de rol) sau alte evenimente, precum schimbări de carieră, mutările, începutul sau sfârșitul unei relații sau unei căsnicii, afecțiuni somatice (tranziție de rol). Cu alte cuvinte, pierderile, conflictele și tranzițiile sunt evenimentele de viață care atrag după sine dificultăți în sfera dispozițională, putând facilita apariția depresiei.

Fie că aceste schimbări precedă sau urmează schimbărilor dispoziționale, obiectivul clientului în terapie este rezolvarea evenimentului/evenimentelor de viață care l-au destabilizat, construirea sau dezvoltarea abilităților sociale și organizarea propriei vieți. Dacă pacientul reușește să rezolve aceste probleme de viață, simptomele de depresie se vor remite.

Psihoterapia interpersonală este o terapie de scurtă durată, desfășurându-se, de regulă, pe o perioadă de 12 până la 16 săptămâni. Pentru a facilita mobilizarea pacientului și angajarea deplină a lui în procesul terapeutic, acestuia i se comunică încă de la început durata aproximativă a tratamentului acut (interval de timp cu întâlniri săptămânale). Primele și ultimele trei sesiuni de terapie sunt dedicate începutului, respectiv încheierii procesului terapeutic. Între aceste două

etape, se desfăşoară faza intermediară în care sunt abordate efectiv dificultățile cu care clientul se prezintă în terapie.

În primă fază, se realizează evaluarea clinică, în care clientului i se confirmă prezența simptomatologiei depresive; cu toate că acesta este un element comun al abordărilor terapeutice și are rolul de a ghida intervenția, în cadrul terapiei interpersonale, evaluarea are și obiectivul de a accentua ideea că problema cu care se confruntă clientul este o tulburare medicală, şi nu un defect idiosincratic. De asemenea, specifică aceste abordări este evaluarea interpersonală („inventarul interpersonal”), în cadrul căruia psihoterapeutul caută să identifice tiparele relaționale ale pacientului, capacitatea lui de apropiere sau intimitate în relații și relațiile actuale ale acestuia.

În procesul de evaluare a relațiilor prezente ale clientului, sunt identificate, de cele mai multe ori, evenimente interpersonale semnificative, pe baza cărora se face conceptualizarea cazului. În cazul în care nu sunt identificate astfel de evenimente specifice (decesul unei persoane dragi, tranziții sociale – din sau în relații, sau anumite conflicte), terapia se va concetra asupra *deficitelor interpersonale* (absența evenimentelor sociale – izolare socială). După evaluare, terapeutul îi prezintă clientului modul în care evenimentele pe care le-a traversat au influențat starea lui actuală; scopul evidențierii relației dintre cele două este, în esență, unul practic, nu etiologic; cu alte cuvinte, terapeutul nu susține existența unei relații de cauzalitate absolute între ele, ci o oarecare interdependență. Aceasta implică faptul că, odată adresat evenimentul relaționat cu simptomatologia depresivă, aceasta din urmă se va modifica la rândul ei.

Tot în prima etapă a tratamentului, clientului i se „atribuie” rolul unei persoane „bolnave”, cu scopul de a facilita acceptarea simptomelor bolii. Persoanele depresive au tendința să se învinovățească pentru lipsa de productivitate și incapacitatea de a mai funcționa ca înainte, astfel că acest statut temporar îi ajută să privească starea actuală ca fiind trecătoare şi firească în contextul lor de viață.

În faza intermediară este adresată una dintre cele patru tipuri de probleme cu care se poate confrunta clientul: transformarea doliului complicat într-unul firesc, rezolvarea conflictului interpersonal, ajutarea pacientului să accepte pierderea vechiului rol și să şi-l asume pe cel nou sau reducerea izolării sociale (în cazul unor deficite interpersonale). Indiferent de problema clientului, intervenția se va concetra pe: dezvoltarea abilității clientului de a-și exprima dorințele

şi nevoile în context interpersonal, validarea furiei pe care o resimte în interacțiuni ca un semnal social firesc, încurajarea manifestării sănătoase a ei şi promovarea beneficiilor asumării unor riscuri sociale adecvate.

Ultimele sesiuni au scopul de a pregăti clientul pentru încheierea procesului terapeutic. Terapeutul ajută clientul să se simtă independent şi capabil să gestioneze provocările viitoare validând constant progresele făcute în terapie. De asemenea, el îi evidențiază faptul că încheierea terapiei este, în sine, o tranziție de rol, care are deopotrivă aspecte pozitive şi negative. Pe baza abilităților pe care le-a dobândit pentru a gestiona această tranziție, clientului i se induce ideea că dispune de toate resursele necesare pentru a face față schimbării. Întrucât, în cazul depresiei majore, probabilitatea recăderilor este ridicată, clientului i se oferă posibilitatea unor ședințe la intervale mai mari de timp (pe care le stabilește de comun acord cu terapeutul), pentru a menține progresele făcute în terapie şi a monitoriza evoluția lui pe termen mai lung.

Spre deosebire de psihoterapia cognitiv-comportamentală, în care temele pentru acasă reprezintă un element esențial al procesului terapeutic, în terapia interpersonală, se conturează, de regulă, o sarcină generală majoră, axată exclusiv pe problema interpersonală a clientului. De asemenea, accentul cade pe contextul din viața de zi cu zi a acestuia, el exersând în cabinet abilitățile necesare pentru a face față situațiilor sociale cu care se confruntă. Revizuirea evenimentelor din săptămâna anterioară oferă material pentru activitatea din timpul ședinței de terapie. Mai exact, sunt reluate evenimentele interpersonale relevante şi analizat modul în care clientul le-a gestionat. În situații de reușită, terapeutul validează succesul acestuia; atunci când clientul nu a făcut față corespunzător, terapeutul empatizează cu acesta, îi reflectă experiența subiectivă, analizează împreună detaliile evenimentului pentru a identifica ce nu a funcționat adecvat, alternative funcționale de comportament şi pune în practică jocuri de rol în cadrul cărora reconstituie contextul interpersonal şi exersează abilitățile sociale ale clientului (Markowitz & Weissman, 2004).

Psihoterapia interpersonală a fost dezvoltată ca intervenție individuală, fiind ulterior adaptată şi la contextul de terapie de grup sau de cuplu. În prezent însă, studiile privind eficiența ei în acest format sunt în etapă incipientă, neputând oferi răspunsuri concludente cu privire la eficiență, dozaj sau durata corespunzătoare (Markowitz & Weissman, 2004).

Studiile meta-analitice și experimentale susțin eficiența psihoterapiei interpersonale în tratarea depresiei, în special a episodului depresiv major (Cuijpers et al., 2011; Mulcahy, Reay,

Wilkinson, & Owen, 2010), la o varietate de populații, de la adolescenți, până la femei aflate în perioada peri- sau postnatală sau pacienți geriatrici. Cu toate acestea, terapia cognitiv-comportamentală pare să fie în continuare mai eficientă, păstrându-și astfel statutul de tratament de primă linie (Luty et al., 2007). Prin contrast, alte studii arată că, pe termen lung, efectele terapiei interpersonale nu diferă semnificativ de cele ale terapiei cogitiv-comportamentale (Schramm et al., 2011). Factorii individuali (McBride, Atkinson, Quilty, & Bagby, 2006), precum și tipul de depresie de care suferă clientul (cronică, postpartum etc.) ar putea influența eficiența tratamentelor (Miniati et al., 2014; Schramm et al., 2011).

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru tulburările de anxietate

Cu toate că psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru tulburările de anxietate are componente specifice în funcție de tulburarea de anxietate pe care își propune să o trateze (de la agorafobie, fobie specifică, până la tulburarea de anxietate socială sau generalizată), ea are la bază modele teoretice și strategii terapeutice comune (Butler, Fennell, Hackmann, 2008).

Printre intervențiile cognitiv-comportamentale comune tuturor tulburărilor de anxietate se numără diminuarea sau renunțarea la comportamentele de siguranță, diminuarea tendințelor de evitare, realizarea experimentelor comportamentale, distragerea sau redirecționarea atenției, punerea la îndoială sau disputarea cognițiilor disfuncționale, reducerea tendințelor ruminative și de îngrijorare, identificarea contribuției imaginilor sau a altor tipuri de amintiri din memorie la declanșarea sau menținerea anxietății. Aceste strategii sunt interconectate, aplicarea unei dintre ele facilitând realizarea celorlalte (de exemplu, experimentele comportamentale pot favoriza reducerea comportamentelor de siguranță).

Comportamentele de siguranță reprezintă acele acte pe care persoana le realizează pentru a diminua sau evita pericolul care îi provoacă anxietate (Salkovskis, Clark, & Gelder, 1996). Tipul de comportamente de siguranță la care recurge persoana poate să difere de la o tulburare de anxietate la alta. De exemplu, în cazul atacurilor de panică, persoana se poate așeza jos atunci când simte că amețește sau că ritmul cardiac se accelerează și anticipează un potențial infarct. De asemenea, ea poate evita să consume cafeină sau să facă efort fizic pentru a preveni senzațiile fizice asociate declanșării unui atac de panică (creșterea ritmului cardiac, dificultăți respiratorii etc). Persoanele cu anxietate socială își pot schimba postura, pot evita privirile celorlalți sau repeta în minte de foarte multe ori lucrurile pe care trebuie să le spună (Wells et al., 1995). În cazul anxietății generalizate, întrucât grijile sunt frecvent legate de familie, comportamentele de

siguranță includ tendințe supraprotective, căutarea constantă a reasigurărilor și dorința de a menține un contact permanent cu membrii familiei (Woody & Rachman, 1994; Schmidt et al., 2012).

Evitarea reprezintă, de asemenea, un comportament de siguranță, comun tuturor tulburărilor de anxietate (Riccardi, Korte, & Schmidt, 2017). Cu toate că ele diminuează anxietatea pe moment și pot părea benefice, comportamentele de siguranță sunt în esență disfuncționale, întrucât mențin anxietatea prin faptul că împiedică persoana să testeze ipotezele catastrofice cu privire la viitor (Schmidt et al., 2012). O persoană cu anxietate socială poate evita contextele în care trebuie să vorbească în public deoarece se așteaptă ca toți oamenii să râdă de ea. Dacă însă renunță la acest comportament de siguranță pentru a-și testa ipoteza, ea poate afla că situația socială anticipată nu este atât de amenințătoare și că reacțiile anticipate ale celorlalți nu au coincis cu realitatea. Renunțarea la comportamentul de siguranță corespunde, în acest context, *experimentului comportamental*.

În tratarea anxietății, experimentele comportamentale permit testarea unor ipoteze sau convingeri iraționale, generatoare de anxietate, precum teama exagerată de evaluări negative sau tendința de supraevaluare a unor riscuri/pericole (Butler et al., 2008). Una dintre cele mai eficiente și utilizate experimente comportamentale în tratarea tulburărilor de anxietate este *expunerea* (McMillan & Lee, 2010). Aceasta presupune punerea persoanei în situația anxiogenă cu scopul de a testa scenariile catastrofice. Terapia prin expunere poate lua mai multe forme: expunerea în imaginar sau *in vitro* (persoana se imaginează pe sine în situația anxiogenă), expunerea *in vivo* (persoana intră efectiv în contact cu stimulul fobic) și expunerea în realitate virtuală (*engl.* virtual reality exposure therapy). Expunerea in vivo este, de regulă, mai eficientă decât cea în imaginar (Nevid et al., 2011); aceasta din urmă se aplică în special în situațiile în care stimulul fobic este greu accesibil. În mod similar, expunerea prin realitate virtuală are scopul de a crea un context cât mai similar celui anxiogen atunci când acesta nu poate fi reconstituit sau accesat în alt mod și poate fi chiar mai eficientă decât expunerea in vivo (Powers & Emmelkamp, 2008). Mai mult decât atât, ea permite un mai bun control al stimulilor din mediu, terapeutul putând stabili împreună cu clientul intensitatea și diversitatea stimulilor la care va fi expus acesta din urmă. Pentru a fi eficientă, clientul trebuie să devină imersat în experiența virtuală și să creadă, într-o oarecare măsură, că acesta este real. Din acest motiv, realitatea virtuală trebuie să reproducă cât mai fidel contextul anxiogen real (Nevid et al., 2011). În

prezent, expunerea în realitate virtuală se utilizează pentru tratarea fobiei de zbor, de înălțimi și în cazul persoanelor cu tulburare de stres posttraumatic în urma expunerii la experiențe traumatice pe frontul de luptă (Miyahira et al., 2012; Mühlberger, Wiedemann, & Pauli, 2005).

Atunci când expunerea se realizează în mod repetat, fără ca pericolul anticipat să se concretizeze, anxietatea are tendința de a se diminua. Stimulii la care este expusă persoana diferă în funcție de tulburarea de anxietate de care suferă. De exemplu, în cazul tulburării de panică, se poate realiza expunere la anumiți stimuli interoceptivi (de regulă, declanşatori ai unui atac de panică) într-un cadru de siguranță, precedată de câteva tehnici de restructurare cognitivă, pentru a crește complianța persoanei (Butler et al., 2008). Exercițiile de expunere pot include ținerea respirației pentru cât mai mult timp posibil, autoprovocarea senzației de căldură (saună, baie cu apă fierbinte şi uşa închisă la baie etc.), a senzației de amețeală (învârtit, scuturarea capului) etc. De regulă, aceste comportamente sunt realizate pentru un interval de timp predefinit, relativ scurt (până în 2 minute) şi oferă persoanei oportunitatea de a observa faptul că anumite senzații nu conduc în mod obligatoriu la consecințe catastrofale (Schmidt & Trakowski, 2004). În cazul fobiilor specifice, se realizează expunerea la stimulul anxiogen (insecte, sânge etc), pacientul fiind încurajat să se apropie de stimul din ce în ce mai mult şi să rămână în situație până când anxietatea se diminuează. El poate fi expus şi la contactul terapeutului cu stimulul anxiogen, ducând la diminuarea anxietății prin modelare. Dacă terapeutul este experimentat, iar clientul se angajează să parcurgă un proces de expunere mai agresiv, manifestările fobice pot fi reduse cu până la 50% într-o singură ședință (Öst, 1989; Öst, Hellström, & Kåver, 1992).

În anxietatea socială, persoana poate fi expusă la situații sociale (inclusiv la situații care presupun vorbit în public) pentru a testa ipoteza potrivit căreia aceasta va fi evaluată negativ. Treptat, aşteptările cu privire la propria performanță în public vor deveni realiste, putând duce chiar la optimizarea comportamentelor sociale pe măsură ce acestea nu mai sunt afectate de anxietate.

O formă specifică de expunere este *desensibilizarea sistematică* (Wolpe, 1958), ce presupune expunerea graduală a persoanei la stimuli fobici în paralel cu exersarea unei strategii de relaxare musculară (răspuns opus tensiunii/încordării care apare, de regulă, la contactul cu stimulul anxiogen). Desensibilizarea sistematică urmează trei paşi: învățarea și exersarea unor strategii de relaxare musculară, ierarhizarea stimulilor fobici de la cel mai puțin anxiogen la cel mai anxiogen, urmate de expunerea la fiecare dintre aceştia (începând cu primul) în timp ce

persoana aplică strategia de relaxare învățată. Această tehnică terapeutică are la bază principiile condiționării clasice și se utilizează în special în tratarea fobiei specifice.

Experimentele comportamentale funcționează și ca strategii de restructurare cognitivă, pe lângă disputările utilizate de obicei în terapia cognitivă, aducând adesea dovezi care infirmă ipotezele catastrofice (McMillan & Lee, 2010). Nu în ultimul rând, restructurarea cognitivă de sine stătătoare este utilizată pentru a modifica gândurile disfuncționale generatoare de anxietate. Aceasta este esențială în special în tratarea fobiei sociale, pentru a combate cognițiile dezadaptative legate de propria competență socială și de riscul de a fi supuși evaluărilor și consecințelor sociale negative.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru tratarea tulburărilor de anxietate se poate realiza atât individual, cât și în grup sau în cadru familial (Heimberg et al., 1998; Kendall, Hudson, Gosch, Flannery-Schroeder, & Suveg, 2008). În grup, ea este utilă în special în anxietatea socială, oferind membrilor grupului oportunitatea de a se expune în contextul securizant al terapiei, de a-și exersa abilitățile sociale într-un mediu sigur și de a primi sprijin și feedback imediat cu privire la temerile, respectiv performanța sa în fața grupului (Olatunji, Cisler, & Deacon, 2010). Terapia cognitiv-comportamentală de familie este utilă în special în situațiile în care atât părinții, cât și copilul prezintă simptome de anxietate (Kendall et al., 2008).

Așadar, strategiile terapeutice cognitiv-comportamentale pentru tratarea anxietății, deși comune, sunt adaptate în funcție de tulburarea de anxietate specifică de care suferă persoana. Cu toate că procesul terapeutic poate părea foarte bine structurat și, în esență, ușor de implementat, practica clinică este adesea mult mai provocatoare, punând adesea piedici evoluției firești a tratamentului.

Printre cele mai comune dificultăți cu care se confruntă terapeuții în tratarea tulburărilor de anxietate este nivelul ridicat de comorbiditate al acestora nu doar cu alte tulburări de anxietate, ci și cu alte tulburări psihice, precum depresia, sau tulburările de personalitate. Ignorarea acestora sau neadaptarea protocoalelor de intervenție pentru a adresa simptomatologia în toata complexitatea ei poate submina demersul terapeutic.

Frecvent, datorită fezabilității și rezultatelor extrem de încurajatoare privind eficiența terapiei cognitiv-comportamentale în tratarea anxietății, precum și a protocoalelor bine conturate, există riscul centrării, în procesul terapeutic, exclusiv asupra simptomelor și factorilor de menținere, fără a lua în calcul sursele anxietății sau alte caracteristici ale persoanei care pot

afecta complianța la tratament și angajarea ei în procesul terapeutic. Butler et al. (2008) au sintetizat astfel provocările pe care le poate întâlni un terapeut în practica clinică.

De exemplu, întrucât expunerea, una dintre pietrele de temelie ale psihoterapiei pentru tratarea anxietății, presupune un efort personal major și asumarea anxietății inițiale până când aceasta începe să se diminueze, autoeficacitatea scăzută a persoanei (încrederea redusă în propria capacitate de a gestiona anxietatea) poate duce la dezangajare timpurie sau împiedica persoana să exerseze expunerea acasă. Convingerile disfuncționale despre incapacitatea de a face față anxietății o pot determina să oprească prematur exercițiile de expunere, înainte ca anxietatea să se poată diminua. Se creează astfel un cerc vicios în care absența rezultatelor descurajează și mai mult persoana afectată și implicarea ei în procesul terapeutic.

Factorii distali pot contribui de asemenea la apariția anxietății, iar scoaterea lor la suprafață necesită adesea eforturi îndelungate atât din partea terapeutului, cât și a clientului. Frecvent, una dintre sursele anxietății pot fi experiențele traumatice; ele fac intervenția cu atât mai dificilă cu cât se asociază unor scheme cognitive centrale, foarte stabile și rezistente la restructurare. În acest context, dimensiunea interpersonală trebuie luată în considerare. Ea este prezentă în special în cazul anxietății sociale, care are adesea la bază experiențe de bullying, izolare socială, abandon, abuz sau respingere. Acestea creează dificultăți de relaționare, asociindu-se cu trăsături evitante și creând un deficit de suport social major în viața individului. Fără recunoașterea contribuției acestor factori la dezvoltarea tabloului clinic, efectele intervenției vor fi superficiale și de scurtă durată.

O altă diferență individuală prezentă la persoanele cu anxietate, în special la cele cu tulburare de anxietate generalizată, este intoleranța la incertitudine. Nevoia de control și predictibilitate diminuează, în percepția lor, pericolele pe care le anticipează; în terapie, se încearcă încurajarea acceptării unui oarecare grad de incertitudine, chiar dacă aceasta rămâne în sine ușor anxiogenă.

Stima de sine scăzută, lipsa de speranță și simptomele de depresie apar, de asemenea, în asociere cu tulburările de anxietate, astfel că adresarea lor în terapie este esențială. Tratarea exclusivă a simptomelor de anxietate este, în aceste cazuri, o intervenție de suprafață, întrucât efectele acesteia vor fi subminate de lipsa de încredere în abilitățile de gestionare a simptomelor și convingerea că acestea se află în afara controlului personal.

Convingerile rigide ale psihoterapeutului pot afecta, la rândul lor, eficiența terapiei în tratarea anxietății. Atunci când acesta implementează protocoale de tratament şi strategii de intervenție specifice și își ghidează întregul demers după acestea, există riscul omiterii unor variabile importante. Mai exact, el va avea tendința de a ține cont şi adresa în cadrul tratamentului doar acele informații care corespund modelului sau protocolului pe care îl aplică, în timp ce acelea care nu corespund vor fi ignorate, diminuate, distorsionate sau considerate irelevante (Butler et al., 2008).

Aşadar, în tratarea tulburărilor de anxietate, psihoterapeutul trebuie să acorde o atenție deosebită cauzelor distale ale problemei, schemelor cognitive profunde care o mențin, potențialelor tulburări asociate care împiedică progresul, precum și tendinței proprii de a distorsiona informațiile pe care le primește de la pacient pentru a se încadra într-un model sau protocol standard. Chiar dacă anxietatea este una dintre tulburările cu cel mai optimist prognostic în urma psihoterapiei (în special fobiile specifice şi tulburarea de panică), ea atrage după sine complicații numeroase, în special în plan interpersonal, transformând-o astfel într-una dintre marile provocări în practica psihoterapeutică.

Psihoterapia interpersonală pentru tulburările de anxietate

În contextul tulburărilor de anxietate, psihoterapia interpersonală (Lipsitz, 2012) a fost testată în special în tratarea anxietății sociale, datorită dificultăților interpersonale marcante, care constituie apanajul acestei tulburări.

Spre deosebire de terapia cognitivă, care se concentrează mai degrabă pe interpretările pe care le dau oamenii reacțiilor celorlalți și pe alte procese cognitive asociate, în teoria interpersonală a anxietății sociale, se încearcă adresarea directă a dificultăților sociale, în ideea în care, într-o oarecare măsură, reacțiile și evaluările negative percepute ar putea să fie reale, determinate sau întreținute de însăși simptomatologia anxioasă, contribuind astfel la menținerea acesteia. Mai exact, în cadrul terapiei interpersonale, se adresează consecințele reale, nu neapărat cele percepute, ale anxietății sociale. Clienții sunt învățați să gestioneze mai eficient situațiile sociale, pentru a evita consecințele care le întăresc tendințele de evitare.

Conflictul de rol și tranziția de rol sunt elementele pe baza cărora se face, de regulă, conceptualizarea cazului în anxietatea socială. Cu toate că deficitele interpersonale par să surprindă mai bine natura dificultăților cu care se confruntă această categorie de pacienți (și sunt, cu certitudine, prezente prin definiție la persoanele cu fobie socială), ele sunt mai puțin

recomandate (în special în conceptualizarea de interfață – explicația livrată clientului pentru tabloul lui clinic) din cauza suprapunerii prea mari cu simptomatologia anxioasă. Această perspectivă poate deveni descurajantă pentru client, care are nevoie, dimpotrivă, de o perspectivă care să îi insufle speranță. În practica clinică, se recomandă utilizarea termenului de „insecuritate de rol” în locul celui de deficite interpersonale, pentru a sugera clientului faptul că resursele lui sociale nu sunt inerent absente, ci doar inhibate sau blocate de simptomatologia sa.

În terapia interpersonală, explicarea diagnosticului este considerată în sine o strategie pentru diminuarea simptomelor de anxietate socială; mai exact, atunci când clientul înțelege că atitudinile, gândurile și comportamentele sale în situații sociale sunt determinate mai degrabă de tulburarea sa decât de un defect personal fundamental, percepția de sine și așteptările cu privire la situațiile sociale se modifică de la sine. Această strategie poarte numele de „tranziție terapeutică de rol”.

Terapeutul încurajează clientul să își exprime sentimentele cu privire la relațiile sociale, după care îl ajută să își clarifice sursa lor, să le accepte și să le gestioneze într-o manieră sănătoasă. De exemplu, acesta poate învăța să își exprime asertiv emoțiile sau sa răspundă asertiv la posibile evaluări negative mai degrabă decât să le reinterpreteze (așa cum se întâmplă, de regulă, în terapia cognitivă) în cadrul jocurilor de rol. Cu alte cuvinte, abordarea terapeutică interpersonală este o intervenție mai pregnant comportamentală, bazată pe construirea unei atitudini mai proactive la persoanele cu anxietate socială (Lipsitz, 2012).

Analiza tranzacțională

O abordare terapeutică mai puțin vizibilă în literatura de specialitate, dar promițătoare prin conceptualizarea accesibilă pe care se bazează este analiza tranzacțională (Berne, 1961, 1972). Aceasta este o metodă terapeutică bazată pe o teorie a personalității cu același nume, utilizată în tratarea tulburările psihice, dar și cu scopul dezvoltării și creșterii personale, în consiliere, consultanță și chiar în context educațional. Datorită importanței pe care o acordă proceselor interpersonale și surselor distale ale comportamentelor actuale ale clienților, aceasta poate fi utilă în tratarea tulburărilor depresive și anxioase, în care dificultățile interpersonale ocupă un rol important, fiind fie consecințe, fie factori de menținere sau declanșatori ai tabloului clinic.

Una dintre caracteristicile distinctive ale analizei tranzacționale este implicarea directă, colaborativă a clientului în procesul terapeutic. Pentru a o facilita, Eric Berne, fondatorul acestei

abordări, a utilizat termeni colocviali pentru conceptele teoretice ale analizei tranzacționale. Cu toate că unii specialiști consideră familiaritatea limbajului un apanaj al lipsei de substanță sau valoare științifică a acestei abordări, alții consideră accesibilitatea limbajului ca fiind unul dintre avantajele importante ale ei, facilitând înțelegerea de către clienți a proceselor inter- și intrapersonale problematice (Widdowson, 2016).

Teoria propune existența unei structuri a personalității umane determinate de trei stări ale eului. În analiza tranzacțională, eul este definit ca fiind întreaga experiență interioară subiectivă a individului, având o componentă observabilă în comportament (Berne, 1961). Într-adevăr, spre deosebire de alte teorii care vorbesc despre eu/ego, în analiza tranzacțională, instanțele acestuia sunt, mai degrabă, fenomene observabile decât constructe teoretice abstracte (Widdowson, 2016). O stare a eului, în schimb, reprezintă un tipar consistent de a simți și experimenta lumea, căruia îi corespunde întotdeauna un tipar comportamental. Stările eului se împart în trei categorii: Părinte, Copil și Adult. *Eul Părinte* cuprinde, de regulă, regulile, normele morale, atitudinile și credințele preluate și internalizate de la părinți sau de la alte figuri de atașament, precum și din mediul în care s-a dezvoltat persoana. Acesta din urmă se împarte, asemenea Eului Copil, în două categorii tipare: Părintele Critic și Părintele Hrănitor. Dacă primul este caracterizat prin criticism și autoritate, cel de-al doilea implică, dimpotrivă, atitudini de grijă, preocupare și empatie față de ceilalți (Mitrofan, 2008). *Eul Adult* cuprinde atitudini, emoții și comportamente ancorate la momentul prezent, specifice individului și dezvoltate autonom, adaptate la realitatea actuală. El a fost descris ca fiind o instanță obiectivă, realistă, logică și neafectivă. Prin contrast, *Eul Copil* cuprinde experiențele trecute ale individului, care au dat naștere unor tipare emoționale, comportamentale și atitudinale pe care persoana le reconstituie în anumite contexte interpersonale. Stadiul Eului Copil se împarte în două tipare comportamentale specifice perioadei copilăriei: Copilul Liber și Copilul Adaptat, fiecare dintre acestea având anumite caracteristici. Copilul Liber este, de regulă, spontan, creativ, curios și impulsiv, în timp ce Copilul Adaptat se caracterizează prin conformism și complezență. Fiecare dintre cele trei stări este prezentă în fiecare persoană și se exprimă prin tipare emoționale, de comportament și gândire distincte. Instanțele eului sunt, în sine, distincte, aflându-se însă într-o dinamică permanentă unele cu celelalte atât în interiorul aceleiași persoane (dialog intern), cât și în relație cu ceilalți (tranzacție). Pentru o funcționare sănătoasă, se presupune că relațiile dinamice dintre cele trei stări ale Eului trebuie să fie echilibrate; mai exact, persoana va investi o cantitate relativ egală de

energie în cele trei stări, acestea se vor manifesta independent una de cealaltă (amestecul stadiilor Eului apare, de exemplu, în tulburările delirante), iar trecerile de la una la alta ar trebui să fie armonioase (trecerile bruște pot indica o personalitate disfuncțională). Fiecare persoană are o cantitate constantă de energie, distribuită în fiecare dintre cele cinci stadii ale Eului. Creșterea cantității de energie investite într-o anumită stare a Eului atrage după sine scăderea cantității de energie disponibile pentru celelalte stări (Mitrofan, 2008). Reprezentarea grafică a cantității de energie de care dispune o persoană, dar și a modului în care este împărțită aceasta poartă numele de *egogramă* și este utilizată în procesele terapeutice și de consiliere pentru a facilita înțelegerea de către beneficiari a tiparelor predominante de interacțiune (Marsh & Drennan, 1976).

Obiectivul terapiei prin analiză tranzacțională este obținerea autonomiei. Pentru a fi autonomă, din perspectiva analizei tranzacționale, o persoană ar trebui să aibă capacitatea de a fi spontană, conștientă sau ancorată în realitatea interioară și exterioară și de a experimenta intimitate în relațiile cu ceilalți (Berne, 1964).

Teoriile analizei tranzacționale. Conceptele analizei tranzacționale sunt structurate în câteva teorii pe baza cărora se realizează conceptualizarea cazurilor în psihoterapie – teoria comunicării, teoria scenariului de viață, teoria jocurilor psihologice și teoria motivațională (Widdowson, 2016).

Teoria comunicării – analiza tranzacțiilor (Berne, 1961). Potrivit analizei tranzacționale, fiecare individ comunică, în orice moment, dintr-o anumită stare a eului și i se adresează unei instanțe a eului activate în momentul interacțiunii la interlocutor. Acest timp de comunicare interpersonală poartă numele de *tranzacție*. În practica terapeutică, aceste tranzacții sunt analizate prin reprezentarea lor sub forma unei diagrame a stărilor eului, în care sunt surprinse instanța emițătoare (de la care pornește mesajul) și instanța receptoare (cea care primește mesajul). De exemplu, o persoană poate comunica cu un partener de cuplu din perspectiva Eului Copil, iar acesta îi poate răspunde din perspectiva Eului Adult. În terapie, analiza tranzacțiilor se poate dovedi utilă și pentru analiza transferului și contratransferului, aceste dinamici fiind ulterior utilizate pentru a identifica posibile tipare de relaționare cu alte persoane.

Teoria scenariului de viață (Berne, 1961). În analiza tranzacțională, scenariul de viață este considerat un plan de viață inconștient sau neconștientizat, construit în copilărie și consolidat de-a lungul vieții, care determină modul în care persoana percepe lumea și în care

interacționează cu alții și cu mediul. Conceptul este echivalent cu schemele cognitive din teoria cognitiv-comportamentală. Subsumat acestei teorii este și conceptul de *poziții* de viață, care se referă la o poziție pe care persoana tinde să o adopte și să o manifeste în context interpersonal, în special ca urmare a interacțiunilor cu persoanele de îngrijire din perioada copilăriei. Cu toate că aceste poziții sunt, într-o oarecare măsură, flexibile și pot fi modificate de-a lungul vieții în funcție de experiențele cu care se confruntă persoana, tocmai această orientare inerentă a ei o va determina adesea să acționeze astfel încât să-și confirme sau să își întărească acea poziție. În analiza tranzacțională, sunt propuse patru mari poziții: *eu sunt ok, tu ești ok* (un mod sănătos de raportare la sine și la lume, caracterizat prin convingerea că atât noi, cât și ceilalți suntem valoroși și demni de iubire și respect), *eu sunt ok, tu nu ești ok* (tipar narcisic de raportare la sine și la lume, caracterizat prin adoptarea unei atitudini de superioritate și desconsiderare în raport cu ceilalți), *eu nu sunt ok, tu ești ok* (poziție în esență depresivă, persoana care o adoptă considerându-se inferioară celorlalți, nedemnă de iubire și respect și având tendințe de retragere și devalorizare în interacțiuni), *eu nu sunt ok, tu nu ești ok* (scenariu de inutilitate, în care atât persoana, cât și ceilalți sunt considerați nevaloroși, neajutorați, demni de respingere).

Scenariile și pozițiile de viață disfuncționale tind să fie suprageneralizate, în special ca urmare a faptului că ele s-au format în copilărie, o perioadă caracterizată prin lipsă de putere, absența opțiunilor/alternativelor, a experiențelor diversificate (care pot oferi informații diferite de cele pe care le primește persoana în relațiile cu îngrijitorii), gândirea imatură și abilitățile nedezvoltare de reglare emoțională facilitează extragerea unor concluzii extreme și extrapolarea lor la întregul sine și întreaga lume. Aceste convingeri constituie conținutul Eului copil, care pot ajung să influențeze ulterior dialogul intern, precum și interacțiunile cu ceilalți. Experiențele care contrazic aceste poziții și scenarii de viață sunt adesea desconsiderate, minimizate, distorsionate sau ignorate, deoarece tind să provoace conflicte interioare inconfortabile. Acest tip de selectivitate duce la instalarea unui cerc vicios, în care persoana extrage predominant acele experiențe care îi întăresc convingerile de viață.

Teoria jocurilor psihologice **(**Berne, 1961) afirmă că persoanele adoptă anumite tipare comportamentale în virtutea pozițiilor și scenariilor lor de viață. Pentru a pune în act aceste scenarii, ele pot juca trei tipuri de rolui: : rolul de persecutor (*Ceilalți nu sunt ok, deci nu îi valorizez*), de salvator (*Ceilalți nu sunt ok, deci le ofer sprijin*) și de victimă (*Eu nu sunt ok, deci sunt un înfrânt*). O persoană care comunică din rolul de victimă așteaptă întotdeauna un

persecutor care sa o înfrângă și un salvator care sa îi confirme neputința. Ea poate însă juca, de-a lungul vieții, oricare dintre cele trei roluri. Pentru a se detașa de aceste tipare disfuncționale de comunicare, este necesar ca persoana să le conştientizeze în primă instanță şi să le înlocuiască cu unele autentice. Jocurile psihologice stau la baza comunicării deficitare și conflictelor în relații (Mitrofan, 2008).

Teoria motivațională (Berne, 1961) se bazează pe presupunerea că oamenii o nevoie inerentă de stimulare (*foamea de stimulare)*. Potrivit analizei tranzacționale, oamenii au, de asemenea, o altă nevoie complementară, şi anume recunoaşterea socială (*foamea de recunoaștere*). Datorită aceste nevoi, ei vor căuta în mod activ să se implice în relații sociale, pentru a-și satisface nevoia de stimulare, în special sub forma contactului fizic și afecțiunii. Nevoia de recunoaştere este satisfăcută prin intermediul întăririlor (*strokes)*, care reprezintă „unități de recunoaștere"; ele au rolul întăririlor (pozitive sau negative) din condiționarea operantă, în sensul în care pot crește sau diminua frecvența unor comportamente.

În practică, analiza tranzacțională urmăreşte traversarea cu clientul a trei procese (Berne, 1961): decontaminarea (*decontamination*), dezambiguizarea (*deconfusion*) și luarea unui nou angajament (*redecision*). Decontaminarea lucrează în special cu Eul Adult, pentru a încuraja adoptarea unor credințe raționale și ancorarea în momentul prezent. Acest proces corespunde într-o oarecare măsură restructurării cognitive specifică terapiei cognitive. Dezambiguizarea este un proces catarhic, care încurajează identificarea, exprimarea și resemnificarea emoțiilor refulate din Eul Copil. Se bazează pe tranzacțiile empatice între terapeut și client și pe analiza transferului și contratransferului. Ca proces terapeutic, el este mai degrabă specific abordărilor psihanalitice. Luarea unui nou angajament se caracterizează prin renunțarea la scenariul și pozițiile de viață disfuncționale pe care persoana le-a utilizat până în prezent și adoptarea unui mod de funcționare nou. Are la bază deopotrivă procese afective și cognitive (Widdowson, 2016).

Din punct de vedere procedural, practica terapeutică într-un cadru terapeutic analizei tranzacționale utilizează strategii similare altor abordări terapeutice, având atât influențe cognitiv-comportamentale, cât şi psihanalitice (Widdowson, 2016). Printre tehnicile utilizate, se numără:

-disputarea și restructurarea convingerilor iraționale pentru a încuraja utilizarea Eului Adult și adoptarea unor scenarii de viață sănătoase,

-creșterea recompenselor și reducerea pedepselor (inclusiv a celor de tipul dialogului intern autocritic),

-jocurile de rol (pentru a reconstitui tranzacțiile anterioare în care se angajează persoana și a exersa noi tranzacții intra- și interpersonale)

-analiza trecutului – a experiențelor anterioare (în special a celor din perioadele de dezvoltare), pentru a facilita identificarea și înțelegerea surselor/cauzelor dificultăților intra- și interpersonale cu care se confruntă în prezent.

În mod similar celorlalte abordări terapeutice, fiecare problemă sau diagnostic cu care se confruntă clientul va fi conceptualizat/ă pe baza conceptelor cu care operează analiza tranzacțională. Conceptualizarea are rolul de a oferi clientului o explicație pentru simptomatologia prezentă; odată conștientizate, tiparele disfuncționale de funcționare, precum și sursele acestora facilitează adresarea lor în terapie și proactivitatea clientului în soluționarea lor.

Pe tot parcursul procesului terapeutic, este esențial ca terapeutul să valideze trăirile și experiențele clientului, precum și progresele pe care le face acesta, să empatizeze cu dificultățile și conflictele lui interioare, să îl sprijine și să îl ghideze în direcția explorării unor modalități alternative, mai funcționale de raportare la sine și la ceilalți.

Cu toate că procesul terapeutic specific analizei tranzacționale este similar celui cognitiv-comportamental, conceptele cu care operează analiza tranzacțională sunt mai accesibile clientului și pot încuraja o mai bună angajare a acestuia în procesul terapeutic. De fapt, o atitudine colaborativă din partea clientului reprezintă piatra de temelie a acestei metode terapeutice, obiectivele și metodele care vor fi utilizate pentru atingerea lor fiind stabilite de comun acord de către terapeut și client. Acest principiu poartă numele de *metodă contractuală* și este specific analizei tranzacționale.

În tratarea depresiei și anxietății, analiza tranzacțională este deosebit de utilă datorită accentului ei pe procesele interpersonale (Widdowson, 2016). Întrucât ambele tulburări se caracterizează prin deficite sociale marcante și relații deficitare sau disfuncționale cu ceilalți, conștientizarea și modificarea tiparelor de relaționare și de raportare la aceștia constituie elemente centrale ale procesului terapeutic. În plus, întrucât atitudinile autocritice și lipsa spontaneității sunt, de asemenea, foarte prezente în simptomatologia depresivă și anxioasă (în special în anxietatea socială), conștientizarea instanțelor Eului (Părintele Critic și Copilul

Adaptat) care domină dialogul intern al persoanei poate facilita ulterior schimbările dinamicilor intrapersonale între acestea.

În conceptualizarea depresiei și anxietății pe baza analizei tranzacționale (Widdowson, 2016), sunt identificate dinamici ale instanțelor Eului și poziții și scenarii de viață specifice, care ghidează intervenția terapeutică. Frecvent, persoanele care suferă de depresie sau anxietate adoptă o poziție de tipul „Eu nu sunt ok, tu eşti ok", caracterizată prin sentimente de inadecvare şi inferioritate, lipsă de valoare, tendințe de retragere socială, relații deficitare cu ceilalți, submisivitate. Scenariile de viață includ convingeri negative cu privire la sine *(Sunt slab, Sunt un ratat),* lume *(Ceilalți mă vor judeca/respinge/abandona)* și viitor *(Mereu voi fi incompetent/slab/prost/respins; Niciodată nu voi fi apreciat/iubit).* Perfecționismul sau tendințele autocritice accentuate pot avea la bază dominanța Părintelui Critic în dialogul intern și o dinamică disfuncțională a acestuia cu Copilul Adaptat, care răspunde cu rușine, vinovăție, disperare și convingerea că nu merită să fie apreciat sau iubit. De asemenea, Părintele Hrănitor este mai degrabă absent, ducând astfel la o stimă de sine scăzută. Întrucât percepția de sine este dominată de Părintele Critic și acceptată ca „adevăr", în depresie și anxietate, Eul Adult este contaminat, în sensul în care o analiză rațională a sinelui, ancorată în prezent (nu într-un trecut invalidant) este absentă.

Procesul terapeutic se va concentra pe creșterea ponderii Eului Adult (prin restructurare cognitivă), a Părintelui Hrănitor (pentru a promova acceptarea de sine) și a Copilului liber (pentru încurajarea spontaneității). În cazul scenariilor negative de viață, terapeutul va căuta să pună la îndoială convingerile clientului căutând evenimente sau experiențe care le contrazic. Întrucât scenariile sunt destul de stabile ca urmare a consolidării și confirmării lor constante de-a lungul timpului, ele pot fi relativ rezistente la schimbare. Astfel, chiar și flexibilizarea lor parțială este considerată un rezultat pozitiv sau un progres terapeutic.

Absența întăririlor, în special a celor pozitive, poate fi întâlnită, de asemenea, în tulburările depresive și anxioase. Tendințele de retragere socială privează persoana de recompense sociale sau întăriri, iar relațiile sociale deficitare (de exemplu, relații de cuplu toxice, în care persoana se plasează pe sine într-o poziție de inferioritate) îi oferă, mai degrabă, întăriri negative sau invalidante, menținându-i astfel convingerile negative despre sine. În terapie, persoana este încurajată sau expusă la contexte sociale în care poate găsi mai degrabă întăriri pozitive și mai puține întăriri negative. Acestea pot duce la modificarea dialogului intern, prin

creşterea ponderii Părintelui Hrănitor şi diminuarea ponderii Eului Copil, în special a Copilului Adaptat (Widdowson, 2016).

Cu toate că studiile privind eficiența analizei tranzacționale în tratarea anxietății și depresiei sunt mai degrabă absente, asemănările majore cu alte abordări terapeutice (precum terapiile cognitiv-comportamentale sau terapiile psihodinamice), în special în ceea ce privește tehnicile și principiile terapeutice utilizate, oferă credibilitate acestei metode. Trăsătura distinctivă a sa o reprezintă modul în care sunt conceptualizate problemele clientului; întrucât limbajul este mai accesibil decât în cazul altor abordări terapeutice, această metodă poate fi mai ușor digerabilă de către unii clienți.

Depresia şi anxietatea constituie, fără îndoială, unele dintre cele mai mari provocări din prezent. Prevalența în creștere și consecințele îngrijorătoare pe care le atrag după sine le-au transformat în subiecte de discuție recurente; această atenție a favorizat acceptarea lor ca probleme de sănătate publică şi diminuarea stigmatizării persoanelor afectate în rândul populației. Cu toate acestea, un număr mic apelează la ajutor specializat, astfel că eforturi constante de conştientizare şi promovare a unei perspective corecte sunt în continuare necesare. Într-o notă mai optimistă, intervențiile psihoterapeutice disponibile astăzi s-au dovedit relativ eficiente în tratarea lor, iar deschiderea oamenilor către ele este în creştere. Ne aşteptăm ca, în viitor, aceste tendințe să ducă timid la o atitudine colectivă mai sănătoasă în raport cu aceste tulburări psihice şi la scăderea prevalenței lor în populația generală.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Andrews, G., Slade, T. I., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *The British Journal of Psychiatry, 181*(4), 306-314.

Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., . . . Minami, T. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 395-405.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.

Berne, E. (1964). *Games People Play.* New York: Grove Press.

Berne, E. (1972). *What Do You Say After You Say Hello*? London: Corgi.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.

Butler, G., Fennell, M., & Hackmann, A. (2008). *Guides to individualized treatment. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges.* New York, NY, US: Guilford Press.

Chartier, I. S., & Provencher, M. D. (2013). Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders, 145*(3), 292-299.

Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 168*(6), 581-592.

Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J., Van, H. L., . . . Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update. *Clinical Psychology Review, 42*, 1-15.

Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H., & Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 791-803.

Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., . . . Fallon, B. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry, 55*(12), 1133-1141.

Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H. U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*(1), 72-90.

Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression—a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 1-13.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 295-304.

Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry, 143*(6), 687-695.

Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 282-297.

Li, Y., Shi, S., Yang, F., Gao, J., Li, Y., Tao, M., . . . Li, K. (2012). Patterns of co-morbidity with anxiety disorders in Chinese women with recurrent major depression. *Psychological Medicine, 42*(6), 1239-1248.

Lipsitz, J. D. (2012). Interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder. In J. C. Markowitz & M. M. Weissman (Eds.), *Casebook of interpersonal psychotherapy* (p. 169–184). Oxford University Press.

Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review, 30*(5), 582-593.

Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive–behavioural therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry, 190*(6), 496-502.

Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry, 164*, 136-139.

Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Christos, P., Bleiberg, K., & Carlin, A. (2008). Pilot study of interpersonal psychotherapy versus supportive psychotherapy for dysthymic patients with secondary alcohol abuse or dependence. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(6), 468-474.

Marsh, C., & Drennan, B. (1976). Ego states and egogram therapy. *Transactional Analysis Journal, 6*(2), 135-137.

McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1041-1054.

McMillan, D., & Lee, R. (2010). A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes? *Clinical Psychology Review, 30*(5), 467-478.

Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 17*(4), 257-268.

Miyahira, S. D., Folen, R. A., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Spira, J. L., & Kawasaki, M. (2012). The effectiveness of VR exposure therapy for PTSD in returning warfighters. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine, 181*, 128-132.

Mühlberger, A., Wiedemann, G., & Pauli, P. (2005). Subjective and physiologic reactions of flight phobics during VR exposure and treatment outcome: What adds motion simulation. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 185-311.

Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 13*(2), 125-139.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2011). *Abnormal psychology in a changing world* (8th Ed.). Boston: Prentice Hall.

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 161-187.

Noyes Jr, R. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*(1), 41-55.

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics, 33*(3), 557-577.

Organizația Mondială a Sănătății. (2018). *Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold research*. Retrieved January 1, 2020 from https://www.who.int/news-room/headlines/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return.

Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behavior Research and Therapy, 27*(1), 1-7.

Öst, L. G., Hellström, K., & Kåver, A. (1992). One versus five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behavior Therapy, 23*(2), 263-281.

Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(3), 561-569.

Pulkki-Raback, L., Kivimaki, M., Ahola, K., Joutsenniemi, K., Elovainio, M., Rossi, H., . . . Virtanen, M. (2012). Living alone and antidepressant medication use: A prospective study in a working-age population. *BMC Public Health, 12*, 236.

Riccardi, C. J., Korte, K. J., & Schmidt, N. B. (2017). False safety behavior elimination therapy: a randomized study of a brief individual transdiagnostic treatment for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 46*, 35-45.

Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 400-410.

Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behavior Research and Therapy, 34*(5-6), 453-458.

Schmidt, N. B., & Trakowski, J. (2004). Interoceptive assessment and exposure in panic disorder: A descriptive study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(1), 81-92.

Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L., & Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: A unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy, 43*(3), 518-532.

Schramm, E., Zobel, I., Dykierek, P., Kech, S., Brakemeier, E. L., Külz, A., & Berger, M. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 109-116.

Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry, 174*(10), 943-953.

Stroud, C. B., Davila, J., & Moyer, A. (2008). The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 206-213.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710-720.

Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders, 68*(2-3), 159-165.

Weissman, M. M. (2007). Cognitive therapy and interpersonal psychotherapy: 30 years later. *American Journal of Psychiatry, 164,* 693–696.

Weissman, M. M., Bruce, M. L., Leaf, P. J., Florio, L. P., & Holzer, C. (1991). Affective disorders. In L. N. Robins & D. A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 53–80). New York: Free Press.

Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy, 26*(1), 153-161.

Widdowson, M. (2016). *Transactional analysis for depression: A step-by-step treatment manual.* Routledge/Taylor & Francis Group.

Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*(4), 162-171.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford*, CA: Stanford University Press.

Woody, S., & Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. *Clinical Psychology Review, 14*(8), 743-753.