Intervenții psihoterapeutice pentru atacurile de panică

Analiza tranzacțională și terapia cognitiv-comportamentală

Corina, o tânără cu vârsta de 27 de ani, ajunge la Camera de Urgență acuzând dureri puternice în piept, senzație de amețeală și dificultăți de respirație. Ea îi spune doctorului că a început să se simtă amețită în timp ce aștepta metroul pe peron. Pentru câteva secunde, s-a temut chiar că ar putea cădea pe linia de metrou, astfel că a ales să se depărteze de marginea peronului și să se așeze pe scaun. Dar inima a început să îi bată din ce în ce mai tare, a cuprins-o o transpirație abundentă și simțea că nu mai poate să respire. Amețeala s-a intensificat, astfel că a rugat un trecător să sune la 112.

După controlul medical de rigoare, Corina nu pare să aibă niciun fel de afecțiune cardiacă. În următoarele două luni, simptomele au continuat să apară, cu o intensitate variabilă, aproape de fiecare dată când circula cu metroul. Încă de când cobora pe scările de la metrou, simțea că inima îi bate mai tare și că începe să amețească. Întrucât controlul medical nu a scos la iveală niciun fel de afecțiune, Corina se teme că începe să o ia razna ori de câte ori simptomele reapar. Pentru a preveni reexperimentarea acestora și pentru a evita riscul unei tragedii, Corina a renunțat să mai circule cu metroul, continuând să meargă la serviciu pe jos în zilele însorite și lipsind în cele răcoroase.

Corina apelează din nou la un cardiolog, care îi sugerează posibilitatea ca simptomele sale să fie, de fapt, simptomele unui atac de panică, și nu ale unui atac de cord. La recomandarea lui, aceasta apelează la un psiholog, care îi explică faptul că ar putea suferi de o tulburare de panică.

Tulburarea de panică este o tulburare psihică din categoria tulburărilor de anxietate și se caracterizează prin declanșarea bruscă și repetată a atacurilor de panică. Atacurile de panică reprezintă reacții de anxietate intensă, asociate cu simptome precum ritm cardiac accelerat, palpitații, senzație de amețeală, tremor, dureri sau disconfort în piept, grețuri sau disconfort abdominal, senzație de căldură în corp, amorțeală, derealizare sau depersonalizare, teama de a pierde controlul, de a „înnebuni” sau teama de moarte. Pentru a constitui un atac de panică, este suficient ca persoana să prezinte cel puțin patru dintre simptomele de mai sus (American Psychiatric Association, 2013).

Persoanele care experimentează atacuri de panică le descriu ca fiind experiențe terorizante, trăite extrem de intens, în special datorită senzației unui pericol iminent. Ca urmare, ele ajung adesea să evite contextele în care au tendința să apară acestea (sau în care a apărut primul atac de panică), până în punctul în care evitarea le afectează funcționarea profesională sau socială (Nevid, Rathus, & Greene, 2011). Unul sau mai multe atacuri de panică experimentate izolat pe parcursul vieții nu reprezintă însă o tulburare de panică per se. De fapt, un număr relativ mare de oameni au trăit cel puțin un atac de panică de-a lungul vieții, fără ca acesta să le afecteze semnificativ funcționarea ulterioară (USDHHS, 1999).

Pentru un diagnostic de tulburare de panică, atacurile de panică ar trebui să fie recurente (să apară cu frecvență crescută) și declanșatoare de schimbări majore disfuncționale în viața persoanei afectate, în plan cognitiv-afectiv și/sau comportamental (APA, 2013). Mai exact, după unul sau mai multe atacuri repetate, persoana începe să se îngrijoreze constant cu privire la posibilitatea apariției unor noi atacuri de panică, a pierderii controlului sau a concretizării unor tragedii din cauza simptomatologiei (de exemplu, Corina se temea că, din cauza amețelilor, ar putea aluneca pe linia de metrou, iar derularea unor imagini mentale cu acest scenariu îi provocau distres accentuat). Astfel, ea începe să evite acele situații sau contexte în care s-ar putea declanșa un nou atac de panică. Acestea sunt reprezentate, de exemplu, de anumite locuri (spații aglomerate, stația de metrou etc.), de anumite evenimente de viață (susținerea unui discurs în fața unei audiențe) sau de anumite acțiuni care pot declanșa parțial simptomatologia unui atac de panică (precum exercițiile fizice, care pot duce la accelerarea ritmului cardiac). Așa cum se întâmplă și în cazul altor tulburări de anxietate, evitarea menține simptomatologia prin faptul că întărește convingerea că atacurile de panică sunt rezultatul expunerii la anumiți stimuli și nu permite testarea acestei ipoteze. Acesta este unul dintre cele doua cercuri vicioase în care este prinsă, de regulă, o persoană cu tulburare de panică (Nevid et al., 2011).

Cel de-al doilea se referă la atacul de panică în sine – în momentul apariției anumitor semnale fiziologice (cum ar fi creșterea ritmului cardiac sau respirator), persoana începe să se panicheze și să se teamă de consecințe dezastruoase (de exemplu, un atac de cord). Această teamă se manifestă la nivel fiziologic prin intensificarea activității sistemului nervos simpatic, responsabil cu stimularea activității cardiace și respiratorii, intensificare ce confirmă temerile persoanei că va muri, că va înnebuni sau că va pierde controlul (Clark, 1986).

Atacurile de panică se declanşează, de regulă, brusc, fără un factor declanşator evident, iar intensitatea lor atinge apogeul în 10-15 minute. Un atac de panică durează, de obicei, câteva minute, dar în cazurile severe, durata lui se poate extinde până la câteva ore. Atacurile de panică anticipate sunt cele pentru care poate fi identificat un factor declanşator, în special pe baza mărturisirilor clientului. Ele apar, de exemplu, atunci când persoana reexperimentează un context în care, anterior, a trăit un atac de panică neaşteptat. În cazul Corinei, atacurile de panică ulterioare primului s-au petrecut pe peronul de la metrou, datorită activării temerilor repetării experienței inițiale de panică. Teama se poate generaliza, persoana ajungând să evite din ce în ce mai multe contexte care seamănă celui în care a avut primul atac de panică.

Pacienții descriu atacurile de panică drept experiențe terifiante; nu este deci surprinzător faptul că, în încercarea disperată de a le evita, ajung să ocolească din ce în ce mai multe contexte sau să se teamă să iasă din casă neînsoțiți. În acest caz, deloc rar întâlnit, tulburarea de panică se însoțește și de agorafobie, o tulburare de anxietate profund incapacitantă, în care persoana resimte anxietate accentuată în spații deschise sau aglomerate (Berle et al., 2008). Această anxietate are la bază teama că, rămas în aceste locuri, nu va primi ajutor în cazul unui atac de panică sau se va face de râs. De aceea, viața lor în afara casei se restrânge din ce în ce mai mult, iar ieşitul din casă neînsoțiți devine o adevărată provocare.

Ca urmare a acestor consecințe severe, intervenția terapeutică şi uneori, chiar medicamentoasă, este absolut necesară pentru a ajuta individul să îşi reia activitățile normale, de zi cu zi şi să se bucure de viață. În prezent, există tratamente psihoterapeutice eficiente pentru tratarea tulburării de panică, precum intervențiile psihodinamice sau terapia cognitiv-comportamentală (Bandelow et al., 2015; Beutel, Greenberg, Lane, & Subic-Wrana, 2019).

Una dintre abordările terapeutice mai puțin studiate, dar cu o mare flexibilitate integrativă, este **analiza tranzacțională**. Analiza tranzacțională (Berne, 1961, 1972) a cunoscut o ascensiune semnificativă în cei peste şaizeci de ani de la apariția ei, fiind astăzi atât o teorie a personalității, cât şi o formă de intervenție cu tot mai mulți adepți și care s-a dovedit utilă în numeroase contexte şi arii, de la managementul și dezvoltarea organizațională, până la consiliere, psihoterapie şi dezvoltare personală. Analiza tranzacțională oferă un fundament teoretic accesibil şi comprehensiv cu privire la dezvoltarea oamenilor şi sistemelor, cu accent deosebit pe implementarea principiilor teoretice cu scopul facilitării creşterii personale prin prisma dezvoltării abilităților sociale și conştientizării proceselor interne. Un avantaj major al analizei tranzacționale, şi un element

distinctiv prin comparație cu alte abordări psihoterapeutice, este limbajul (Widdowson, 2016). Pentru descrierea personalității, dificultăților sociale, a tiparelor de interacțiune dintre oameni, aceasta folosește termeni colocviali cu scopul de a sprijini clientul în înțelegerea și corectarea proceselor intra- și interpersonale problematice.

Potrivit teoriei personalității din analiza tranzacțională, personalitatea umană este formată din trei mari instanțe, numite *stări ale eului.* Acestea se referă la Eul Părinte, Eul Copil și Eul Adult. Ele sunt scrise cu majusculă pentru a le diferenția de rolurile sociale echivalente. În fiecare moment, se presupune că oamenii comunică între ei dintr-una dintre cele trei instanțe și se adresează unei instanțe care se activează în interlocutor. Astfel, se stabilesc tipare de interacțiune. În analiza tranzacțională, comunicarea sau transmiterea mesajelor de la un individ la altul poartă numele de *tranzacții.* Aceste tranzacții sunt analizate atât la nivelul interacțiunilor restrânse (de exemplu, între doi parteneri de cuplu), cât și la nivelul sistemelor sociale (cum ar fi într-o organizație), făcând din analiza tranzacțională o abordare terapeutică extrem de versatilă, cu numeroase aplicații în practică (Cornell, de Graaf, Newton, & Thunnissen, 2016).

Stările sau instanțele eului reprezintă anumite tipare de gândire, comportament și emoții construite pe parcursul vieții, din prisma cărora fiecare persoană comunică cu ceilalți la un moment dat. Toate cele trei instanțe coexistă în fiecare dintre noi; ceea ce diferă însă este măsura în care se manifestă și tiparele contextuale în care tind să apară. În mod ideal, ele se vor afla într-o relație armonioasă – adică vom investi o cantitate de energie relativ egală în fiecare stare a eului. Mai comune sunt însă situațiile în care o persoană folosește mai degrabă dezechilibrat energia de care dispune, dezechilibru ce stă la baza tranzacțiilor disfuncționale sau problematice.

Eul Adult este acea stare a eului caracterizată prin ancorarea în momentul prezent și lipsa influențelor trecute, dobândite în trecut asupra percepției realității. Presupune spontaneitate, autonomie și raționalitate sau abilitatea de a răspunde exact la situația în care ne aflăm. Cu toate că detașarea completă de tiparele dezvoltate pe parcursul vieții nu este posibilă, integrarea lor în Eul Adult reprezintă un deziderat în psihoterapie.

Experiențele noastre trecute (cu toate cele trei componente: gânduri, comportamente și emoții) sunt „depozitate” în celelalte două instanțe: Eul Copil și Eul Părinte. *Eul Copil* cuprinde experiențele trecute ale individului, localizate, de regulă, în perioada copilăriei, care au dat naștere unor tipare emoționale, comportamentale și atitudinale pe care persoana le reconstituie sau le repetă în anumite contexte interpersonale. Eul Copil se împarte, la rândul său, în două instanțe:

Copilul Liber şi Copilul Adaptat. Dacă cel liber este curios, spontan şi impulsiv, cel adaptat este, mai degrabă, conformist compliant.

Eul Părinte cuprinde acele tipare emoționale, cognitive și comportamentale dobândite și consolidate tot în trecut, dar care nu sunt rezultatul experienței directe, ci au fost preluate de la figurile de autoritate (de regulă, părinții) din viața unei persoane. Mecanismul prin care se dobândesc acestea este, în esență, modelarea, adică observarea și imitarea tiparelor de acțiune ale părinților. În mod similar Eului Copil, există două subtipuri de Eu Părinte, şi anume Părintele Critic, care este critic şi autoritar, şi Părintele Hrănitor, care este afectuos, atent, grijuliu, empatic și preocupat de bunăstarea celorlalți.

Pentru a adresa tiparele relaționale problematice în psihoterapie, este necesară identificarea sau diagnostigarea acelor stadii ale Eului care interferează cel mai mult cu funcționarea sănătoasă. În acest sens, Berne (1961) a propus mai multe metode: pe baza comportamentului, pe baza reacțiilor sociale ale partenerilor de interacțiune, a istoricului și diagnosticul fenomenologic.

Diagnosticul comportamental presupune analiza efectivă a comportamentului problematic al unei persoane; de exemplu, Sorin se înfurie, ridică tonul şi sparge obiecte de fiecare dată când lucrurile nu se întâmplă aşa cum vrea el sau când cineva îl contrazice. Prin analiza anumitor indicatori comportamentali, precum gesturile, postura corpului, tonul vocii, vocabularul sau expresiile faciale, putem identifica măsura în care acestea ar putea fi preluate, de exemplu, de la unul dintre părinți – caz în care vom spune că persoana se află în stadiul de Părinte.

Diagnosticul social implică analiza reacțiilor celorlalți la comportamentul clientului nostru. De exemplu, dacă prietena lui Sorin se sperie, se retrage, nu îl mai contrazice, devine obedientă şi caută să nu îl deranjeze sau să nu facă nicio greşeală atunci când el se înfurie, putem deduce că ea intră în stadiul de Copil ca stadiu complementar stadiului de Părinte autoritar din care i se adresează Sorin.

În *diagnosticul pe baza istoricului,* căutăm să facilităm conştientizarea tiparelor comportamentale din prezent ale clientului nostru şi explorăm ce alte persoane din viața lui au manifestat tipare similare. Dacă Sorin ne spune că și tatăl lui obișnuia să țipe și să spargă obiecte în casă atunci când se certa cu mama lui, am putea trage concluzia că Sorin a introiectat comportamentul tatălui său și adoptă poziția de Părinte.

Diagnosticul fenomenologic presupune analiza experienței subiective a unei persoane din prezent atunci când retrăiește evenimentul din trecut în care s-a comportat într-un anumit fel. Dacă

Sorin se simte asemenea tatălui lui atunci când retrăiește un eveniment în care a asistat la o ceartă între părinți, putem presupune că este în stadiul Părintelui autoritar (Cornell et al., 2016).

Niciuna dintre cele patru metode de diagnostic nu este însă lipsită de limitări și nu ne spune cu certitudine cărei instanțe îi corespunde un anumit tipar de comportament, de gânduri sau de emoții. Pentru a maximiza însă șansele unui diagnostic corect, cele patru metode ar trebui coroborate, iar concluziile lor, puse cap la cap. Cu cât informațiile pe care le obținem pe baza lor sunt mai congruente, cu atât mai multă încredere putem avea în diagnosticul nostru.

În terapie, de cele mai multe ori, vom identifica tipare comportamentale problematice specifice atât instanței de Copil, cât și celei de Părinte. Pentru a interveni corespunzător, este important să evaluăm care dintre aceste tipare afectează într-o mai mare măsură funcționalitatea persoanei și modificarea cărora i-ar aduce cele mai multe beneficii. Primul pas în terapie este însă facilitarea conștientizării de către client a instanțelor Eului care îi domină interacțiunile. Nu de puține ori, simpla conștientizare va duce la o mai bună reglare comportamentală, cognitivă și emoțională și va cataliza apariția primelor schimbări în viața clientului (Lacewing, 2014).

Cu toții ne aflăm însă, în anumite contexte, în fiecare dintre cele trei instanțe și nu este obligatoriu ca ele să indice o comunicare disfuncțională. De exemplu, adoptarea Eului Copil într-o relație de cuplu, atunci când nu ne simțim bine și ne dorim ca partenerul să aibă grijă de noi sau atunci când ne jucăm cu partenerul așa cum ne jucam în copilărie cu frații, surorile sau cu părinții noștri poate contribui, în fapt, la consolidarea relației. Instanțele eului nu sunt, așadar, funcționale sau disfuncționale în sine. Ceea ce contează, mai degrabă, sunt contextele și/sau măsura în care se activează ele și în care sunt adaptate la realitatea actuală.

Pentru a analiza tranzacțiile între indivizi, putem utiliza modelul PAC (Părinte-Adult-Copil). Potrivit acestui model (Lapworth & Sills, 2011), fiecare persoană comunică din toate cele trei instanțe, iar analiza tranzacțiilor presupune identificarea modului în care se grupează acestea între doi parteneri ai unei interacțiuni. Când o persoană raportează probleme de relaționare în terapie, aceste tranzacții trebuie analizate contextual; de aceea, vom cere clientului să exemplifice cât mai concret detaliile unui dialog reprezentativ pentru o anumita problemă. Berne (1961) descrie trei tipuri de tranzacții: complementare, încrucișate și ulteriore, fiecăreia corespunzându-i câte o regulă de comunicare.

Tranzacțiile complementare sunt acelea în care persoana care răspunde unei solicitări răspunde din acea stare a eului care a fost solicitată. De exemplu, dacă o persoană vorbește din

stadiul de Adult și se adresează stadiului Copil, iar cel care îi răspunde preia, într-adevăr, tipare comportamentale din trecut, are loc o tranzacție complementară. Asumpția aferentă atestă că, atâta timp cât tranzacțiile rămân complementare, interacțiunea poatea continua la nesfârșit.

Prin contrast, tranzacțiile încrucișate sunt cele în care persoana solicită o anumită stare a eului, însă i se răspunde dintr-o alta sau cele în care instanța care răspunde i se adresează unei alte instanțe decât cea care a inițiat interacțiunea. A doua regulă a comunicării susține că, atunci când are loc o tranzacție încrucișată, comunicarea este întreruptă. Întreruperea nu se referă neapărat la oprirea propriu-zisă a schimbului de replici, ci la o schimbare a cursului comunicării sau la ceea ce percepem adesea ca *neînțelegere* (lapworth & Sills, 2011).

Niciuna dintre aceste tipuri de tranzacții nu sunt pozitive sau negative, funcționale sau disfuncționale în sine, valența lor fiind întotdeauna dependentă de context.

Tranzacțiile ulterioare sau secrete sunt cele care, după limbajul verbal, au aparența unor tranzacții Adult-Adult, însă ele maschează de fapt, tranzacții între instanțe diferite. Acest tip de tranzacții asumă existența a două niveluri ale comunicării: unul social sau de suprafață și unul psihologic. În cazul lor, atunci când luăm în calcul doar cuvintele folosite de cei doi, tragem adesea concluzia că este vorba despre un mesaj adresat de un Adult unui alt Adult. Când luăm însă în considerare și aspectele nonverbale (precum mimica feței sau tonul vocii), putem observa că acestea sunt rostite de pe altă poziție și adresate unei alte instanțe. Cea de-a treia regulă afirmă că rezultatul unei tranzacții ulterioare este determinat de nivelul psihologic al comunicării, și nu de cel social sau verbal. Acest tip de tranzacții au tendința să devină repetitive și sunt frecvent responsabile pentru acele neînțelegeri sau dificultăți relaționale de care pare că ne lovim în mod constant. Indiferent de contextul social în care operăm, remarcăm tendințe similare de a ne comporta cu anumiți oameni. Aceste tipare sociale generează conflicte și creează un climat tensionat, precum și percepția că ne învârtim într-un cerc din care nu putem să ieșim. Ne putem gândi, de exemplu, la acele persoane care se ceartă întotdeauna cu șeful lor sau cu colegul de birou, chiar dacă își schimbă locul de muncă în fiecare an. Sau la prietenii care ne spun adesea că au parte numai de un anumit tip de parteneri de cuplu, cu care au de fiecare dată același tip de dificultăți.

În analiza tranzacțională, aceste tranzacții repetitive sunt numite *jocuri* și au trei caracteristici (Berne, 1964): sunt recurente (același joc este repetat de nenumărate ori, indiferent de „jucători” sau de situație), nu sunt conștientizate de Eul Adult (oamenii își dau seama doar târziu, după un număr mare de repetări, că ceva nu este în regulă și chiar și atunci, ei sunt rareori

conștienți de propria lor contribuție la menținerea acelor jocuri), prezența motivațiilor sau mesajelor ulterioare. În cadrul jocurilor, există întotdeauna un mesaj de suprafață, verbal, și unul psihologic, ascuns. Atunci când acesta din urmă iese la iveală, „jucătorii” se simt supărați și confuzi (Cornell et al., 2016).

Tranzacțiile nu sunt doar interpersonale (între două persoane), ci și intrapersonale, luând forma dialogului intern (Widdowson, 2016). Nu de puține ori, noi înșine avem mai multe perspective asupra unei situații și purtăm adevărate „dezbateri” în interiorul nostru din anumite instanțe. Chiar dacă, în aparență, acest dialog intern poate părea obositor sau disfuncțional, de multe ori, aceste conflicte interioare au rezultate pozitive. Ele pot apărea chiar în urma procesului terapeutic, când o persoană devine conștientă de tendințele ei de a gândi sau a simți asemenea unui Copil sau a unui Părinte într-o anumită situație, răspunzându-și, în urma celor învățate în psihoterapie, din poziția de Adult și încercând să se restructureze astfel încât să reacționeze mai adecvat.

Atât tranzacțiile interpersonale, cât și cele intrapersonale fac, în egală măsură, obiectivul analizei tranzacționale ca intervenție terapeutică.

În concepția AT, tiparele de interacțiune ale oamenilor sunt determinate de scenariul de viață. Scenariul de viață reprezintă un plan personal pe care fiecare persoană și-l construiește de regulă, până la vârsta de șapte ani, ca urmare a interacțiunii dintre factorii biologici/genetici și presiunile parentale, familiale, sociale și culturale (Lapworth & Sills, 2011) . Odată construit în copilăria timpurie, persoana va continua să acționeze în conformitate cu acesta, consolidându-l și, uneori, revizuindu-l în funcție de experiențele pe care le traversează. Foarte frecvent, acest scenariu se întreține pe sine prin intermediul a ceea ce numim *profeție autorealizatoare*. Să ne gândim, spre exemplu, la o persoană care are parte de numeroase experiențe negative în copilăria timpurie: este neglijată de părinți, abuzată fizic ocazional, criticată constant, hărțuită sau marginalizată de colegii de grădiniță. Pe măsură ce crește, ea își va construi o imagine negativă despre sine, despre lume și despre modul în care lumea se raportează la existența ei. În confirmitate cu aceste convingeri, va avea tedința de a se retrage sau de a evita interacțiunile sociale sau contexte în care ar putea fi evaluată negativ, va dezvolta o teamă accentuată de evaluare negativă, teamă care o va împiedica să își exploateze potențialul (de exemplu, nu va reuși să recite poezii la serbările de la grădiniță sau de la școală) sau, din dorința de a se apăra, va deveni ostilă și defensivă. Toate aceste tipare de relaționare o vor împiedica să dezvolte relații sociale sănătoase, să își descopere sau să își dezvolte

anumite abilități, întreținând convingerea formată în copilărie, conform căreia ea nu poate sau nu merită să fie iubită, este lipsită de valoare, iar lumea este un loc periculos și amenințător, de care trebuie să fugă sau să se ascundă.

Ceilalți (părinții, profesorii, frații) pot contribui la modul în care se conturează scenariul de viață al unei persoane prin (Lapworth & Sills, 2011):

- mesajele verbale (*Eşti prost, nu eşti bun de nimic etc*) şi nonverbale (ton ridicat, expresii faciale dezaprobatoare) față de copii
- modelare – de exemplu, un copil vede că fratele său primeşte mai multă atenție și afecțiune din partea părinților atunci când este supărat sau bolnav, astfel că începe să îşi manifeste şi el supărarea (devenind mai retras sau plângând mai des) și acuzând dureri (de stomac, de cap) pentru a primi și el atenție
- atribuții – rolurile, atitudinile, comportamentele sau abilitățile atribuite de către ceilalți. De exemplu, un părinte poate susține la toate reuniunile de familie că unul dintre copiii lui este „cel mai tăcut din familie", „cel obraznic", „cel neastâmpărat" etc. Aceste mesaje sunt recepționate de copil, care va ajunge să acționeze adesea în conformitate cu ele.
- instrucțiuni directe: „pleacă şi lasă-mă să lucrez", „revino-ți", „nu mai plânge atâta". Dacă acestea sunt repetate des, copilul poate trage concluzia că nu este dorit, că stă mereu în calea altora, că este slab dacă plânge, că trebuie să îşi inhibe emoțiile, iar comportamentele și emoțiile lui ulterioare vor reflecta acest scenariu de viață negativ.
- traumele – nu este însă întotdeauna necesar ca un anumit mesaj să fie repetat în mod constant pentru a contribui la scenariul de viață al unui copil. Adesea, o singură traumă, o experiență intensă, cum ar fi abandonul, un abuz sexual sau o umilire publică, este suficientă pentru a contura scenariul de viață sau pentru a-l restructura.

Aceleași tipuri de experiențe pot contribui însă și la formarea unui scenariu de viață pozitiv, în care persoana are o părere bună despre sine, despre propriile abilități, se valorizează şi percepe lumea ca pe un loc sigur sau mai puțin amenințător, care o va aprecia şi valoriza de asemenea. Dacă aceasta primeşte mesaje verbale şi nonverbale pozitive (îmbrățișări, atenție, toleranță, reasigurări de iubire şi respect) din partea părinților sau dacă asistă la interacțiuni sănătoase, bazate pe încredere, suport şi respect reciproc între mamă și tată, este posibil ca ea însăşi să relaționeze

într-o manieră similară cu ceilalți și să aibă o imagine de sine echilibrată. Mai mult, aşa cum o traumă poate fundamenta întregul scenariu de viață, o experiență de viață pozitivă foarte intensă (cum ar fi câștigarea unei competiții extrem de importante la o vârstă fragedă), care atrage după sine autoapreciere, dar și aprecierea și respectul celorlalți, poate contribui decisiv la dezvoltarea unui scenariu pozitiv.

Un scenariu de viață pozitiv nu este însă, în mod obligatoriu, şi unul adaptativ (Lapworth & Sills, 2011). De exemplu, dacă o persoană este frecvent lăudată pentru performanțele ei, numită de părinți „deșteaptă" de fiecare dată când obține o notă bună la şcoală şi valorizată constant de ceilalți pe aceleași criterii, ea poate dezvolta un perfecționism contraproductiv, bazat pe convingerea că o notă mai mică sau neatingerea unei performanțe așteptate (este șefă de promoție la liceu, dar nu şi la facultate) înseamnă, în mod automat, că este proastă sau neperformantă. În acest mod, apar adesea simptomele de anxietate paralizante, care împiedică persoana să performeze la adevăratul potențial, o fac să se retragă sau să resimtă distres accentuat în orice context în care ar putea fi evaluată (la un examen, la o reuniune de familie, la un interviu, la o întâlnire cu un potențial partener etc).

De cele mai multe ori însă, persoanele primesc mesaje mixte în prima parte a vieții – atât pozitive, cât și negative, atât de la părinți, cât și de la alte persoane mai mult sau mai puțin semnificative. Însă construirea unui scenariu mai degrabă într-o direcție decât în alta devine un filtru pentru mesajele ulterioare. Mai exact, dacă un copil primeşte constant mesaje negative din partea părinților, dar este lăudat la şcoală, este posibil ca el să ignore mesajele pozitive de la şcoală şi să acorde în mod selectiv atenție celor negative. Dacă în majoritatea zilelor este lăudat, dar într-o zi, face o greşeală sau primeşte un feedback negativ de la un cadru didactic, mesajul care va contribui mai mult la consolidarea scenariului de viață este, în fapt, cel care se pliază cel mai bine pe acesta. În esență, scenariul de viață nu este altceva decât o lentilă prin care învățăm să ne percepem pe noi înșine și lumea din jurul nostru, pe baza interacțiunii dintre experiențele de care am avut parte și a tendințelor noastre înnăscute (unele persoane percep mai degrabă lucrurile negative sau pe cele neutre într-o lumină negativă datorită faptului că au preluat această tendință de la predecesorii lor, pe cale genetică).

În analiza tranzacțională, mesajele care contribuie la conturarea scenariului de viață poartă numele de *întăriri* (eng. *strokes*). Întăririle sunt, în fapt, orice fel de acțiune socială (venită din partea altcuiva) care atestă prezența unei alte persoane. Practic, orice interacțiune socială este un

schimb de întăriri. Ele sunt esențiale întrucât răspund unor nevoi umane fundamentale: nevoia de recunoaștere și de relaționare.

Există mai multe tipuri de întăriri (Lapworth & Sills, 2011):

Întăriri fizice – care presupun contact fizic între oameni (datul mâinii, îmbrățișările săruturile)

Întăriri verbale – transmise sub formă de cuvinte

Întăriri non-verbale – însoțesc întăririle verbale de obicei (dar nu în mod obligatoriu) și implică aspecte precum expresii faciale, tonul vocii, mângâieri etc. De multe ori, incongruența cu întăririle verbale face oamenii să se îndoiască de veridicitatea mesajului transmis (de exemplu, un „și eu te iubesc" spus pe un ton plictisit poate fi mai puțin credibil pentru cel care primește mesajul).

Întăriri pozitive – orice întărire percepută ca fiind plăcută sau care intenția de a fi plăcută pentru celălalt. De la îmbrățișări până la declarații de iubire, apreciere și acceptare, ele sunt liantul interacțiunilor umane sănătoase și satisfăcătoare.

Întăririle negative – prin contrast, acestea au intenția de a provoca neplăcere sau sunt percepute ca nesatisfăcătoare. Din această categorie, fac parte neglijența, privirile dezaprobatoare, jignirile, dar și abuzul fizic.

Întăriri condiționale – sunt cele care urmează, de regulă, o acțiune sau un comportament și sunt esențiale pentru încurajarea sau descurajarea comportamentului respectiv. Exemple de întăriri condiționale sunt „apreciez că ai făcut cumpărăturile azi" sau „nu suport când asculți muzică tare".

Întăririle necondiționale – nu urmează unei acțiuni sau unui comportament, ci sunt rezultatul simplei noastre existențe, într-o formă sau alta. De la o declarație de iubire, până la o îmbrățișare spontană, întăririle necondiționale sunt adesea cele care ne ajută să dezvoltăm un sentiment sănătos al valorizării de sine.

Fiecare întărire se poate încadra în mai multe dintre aceste categorii. De exemplu, o apreciere pozitivă ca urmare a unei acțiuni (cum ar fi pregătirea cinei pentru partener) este deopotrivă o întărire verbală, pozitivă și condițională.

Întăririle joacă un rol central în modul în care se conturează scenariul nostru de viață, iar de obicei, pornim la drum acționând în conformitate cu tiparul de întăriri cu care am fost obișnuiți în copilărie, în familie, cea care reprezintă, la acel moment, cadrul sau reperul nostru de normalitate. Alin are acum 22 de ani și a crescut într-o familie relativ comună, cu părinți care

munceau până la trei sferturi din zi și care, ajungând obosiți acasă, petreceau foarte puțin timp cu el. Încă de la început, ei l-au înscris la creșă, la grădiniță și la școală cu program prelungit. Chiar și atunci când petreceau timp împreună, părinții erau mai degrabă absenți, pasivi, nereceptivi la nevoile lui – se jucau doar jocurile confortabile pentru ei, mâncarea pe care o preparau nu era niciodată pe placul lui și rareori, asista sau participa la manifestări de afecțiune în familie.

În lipsa întăririlor sau în prezența unor întăriri mai degrabă negative, Alin dezvoltă o atitudine pasivă în relațiile de mai târziu, rămânând adesea indiferent la nevoile celorlalți, dar și la propriile lui nevoi. Mai exact, el nu se așteaptă ca ceilalți să acorde atenție nevoilor lui și nici nu cere ca acestea să fie satisfăcute. Nu este dificil de intuit cum poate acest tipar să afecteze relaționarea cu alte persoane semnificative – de exemplu, cu partenerul de cuplu.

Prin contrast însă, o persoană ale cărei nevoi au fost întâmpinate cu atenție din partea celorlalți și căreia i-au fost impuse limitele de rigoare atunci când unele nevoi nu au putut fi satisfăcute, va acorda atenție nevoilor sale în viitor și va ști să amâne gratificația atunci când este cazul.

Prin descurajarea sau încurajarea constantă a anumitor comportamente, tipare de acțiune și gândire, întăririle joacă, așadar, un rol decisiv în conturarea scenariului de viață al fiecăruia dintre noi.

Analiza tranzacțională este, așadar, o teorie a personalității și o abordare terapeutică complexă, care permite explorarea și intervenția în cazul oricăror dificultăți intra- și interpersonale. Mai mult, limbajul colocvial facilitează conceptualizarea cazurilor într-o manieră mai ușor accesibilă pentru clienții noștri.

Analiza tranzacțională și terapia cognitiv-comportamentală în tratarea tulburării de panică

Pentru tratarea tulburării de panică sau a atacurilor de panică, formele de intervenție sunt, cel mai frecvent, de natură cognitiv-comportamentală. Cum poate fi adaptată deci analiza tranzacțională într-un caz de tulburare de panică?

În ciuda faptului că terapia cognitiv-comportamentală și analiza tranzacțională sunt, în principiu, abordări terapeutice distincte, realitatea practică și teoretică ne arată că similaritățile între acestea sunt mai pronunțate decât ne-am aștepta. Există atât tehnici terapeutice, cât și concepte comune celor două abordări, care sunt însă denumite diferit, ducând astfel la o supraestimare a diferenței între cele două.

În acord cu terapia comportamentală, care accentuează rolul consecințelor unui comportament pentru promovarea sau descurajarea lui, analiza tranzacțională vorbește despre conceptul de *strokes*, tradus, în limba română, prin același termen de întărire (Widdowson, 2010). Teoria întăririlor din AT se bazează pe principiile învățării comportamentelor, în sensul în care comportamentele anterioare sunt repetate datorită întăririlor sau validării cu care au fost întâmpinate la un moment dat. Să ne gândim la atacurile de panică ale Corinei, despre care am vorbit la începutul acestui capitol. Corina a ajuns să evite metroul de teama unui nou atac de panică. În timp, ea a generalizat această teamă și la alte contexte, precum stațiile de tramvai. Mai mult, ea merge numai pe acea parte a trotuarului mai îndepărtată de stradă, iar la semafor, stă întotdeauna la cel puțin doi metri distanța de trecerea de pietoni. Ea se teme că, dacă i se va face rău, va cădea în fața tramvaiului, a metroului sau a unei mașini. Această teamă este atât de intensă, încât a ajuns să absenteze în repetate rânduri de la locul de muncă sau să cheltuiască sume mari de bani pe taxiuri. Ceea ce îi întreține comportamentul este că, pe moment, evitarea îi calmează frica de o catastrofă. În terapia comportamentală, evitarea este o formă de întărire.

În analiza tranzacțională, explorăm mai adânc și aflăm că, încă din copilărie, i-a fost antrenată și întărită în permanență teama adesea disproporționată de disconfort fizic. Mai mult decât atât, mama ei îi acorda rareori atenție, fiind fie foarte ocupată, fie prea obosită să se ocupe de ea, singurele momente în care Corina reprezenta o prioritate fiind cele în care se simțea rău. Mai departe, aflăm și că, dintotdeauna, Corina s-a considerat o persoană „bolnăvicioasă”, un pacient frecvent întâlnit în cabinetele medicilor. Una dintre problemele pe care le-a experimentat în timpul celor două relații de cuplu serioase pe care le-a avut a fost faptul că, de fiecare dată când avea un conflict cu partenerul, se simțea atât de rău din punct de vedere fizic, încât nu putea să continue discuțiile. De cele mai multe ori, partenerii cedau, iar conflictul era amânat sau estompat.

Atât din perspectiva terapiei comportamentale, cât și din perspectiva analizei tranzacționale, putem constata că teama de disconfort fizic a Corinei a fost întărită în copilărie de mama ei, care îi amintea, de fiecare dată când se simțea rău, câte consecințe negative ar putea exista și cât de important este să preîntâmpine aceste consecințe. Mai mult, aflăm și că raportarea unui disconfort fizic îi aducea anumite beneficii, nu doar în copilărie, ci și la vârsta adultă, în relațiile de cuplu. Aceste beneficii reprezintă, în esență, tot întăriri; din perspectivă comportamentalistă, ele descriu învățarea prin condiționarea operantă, în timp ce, din perspectiva

AT, descriu o modalitate de conturare a unui scenariu de viață și de alimentare a unor tipare relaționale.

Din perspectivă cognitivistă, Corina are o serie de cogniții disfuncționale, care vor fi adresate în procesul terapeutic prin restructurare cognitivă. Printre acestea, se numără catastrofizarea – adică tendința de a reacționa disproporționat la anumite semnale fiziologice sau de a exagera potențialele consecințe ale acestora („Dacă îmi bate inima mai tare, mi se poate face rău și voi cădea în fața metroului”; „Dacă evit situațiile în care mi s-a făcut rău, voi fi în siguranță”; „Dacă mi s-a făcut rău la metrou de două ori, înseamnă că mi se va face din nou/de fiecare dată” etc.). Conceptualizarea pe baza AT ne-ar putea indica reiterarea unui scenariu conturat în copilărie, potrivit căruia ea este în siguranță și va beneficia de atenția celorlalți doar atunci când raportează simptome somatice. Chiar dacă modul în care explicăm simptomele Corinei este diferit, tehnica pe care o vom utiliza cel mai frecvent în procesul terapeutic, atât în terapia cognitivă, cât și în AT, va fi restructurarea cognitivă.

O altă asemănare cu abordarea cognitivă este analiza scenariului. Scenariul de viață conține convingeri cu privire la sine și alții, pe care terapeutul le explorează și caută să le restructureze sau să le optimizeze pentru a îmbunătăți funcționarea persoanei. În terapia cognitivă, printre convingerile de bază pe care căutăm să le identificăm sunt, de asemenea, cele cu privire la sine, la ceilalți și la viitor. Nu de puține ori, identificăm, la acest nivel, tipare disfuncționale de gândire despre sine și lume, tipare formate în copilărie, în relație cu figurile semnificative, perpetuate și extrapolate ulterior la întreaga funcționare intra- și interpersonală.

În mod similar cu abordarea cognitiv-comportamentală, analiza tranzacțională utilizează, așadar, tehnici precum stabilirea unor obiective clare pentru terapie (numită *metoda contractuală* în AT), identificarea și promovarea întăririlor, identificarea distorsiunilor cognitive și restructurarea acestora.

Complementaritatea analizei tranzacționale cu abordarea cognitiv-comportamentală

Putem observa cum cele două abordări terapeutice nu se exclud, ci mai degrabă, se completează. Conceptualizarea cognitiv-comportamentală, în special în cazul tulburării de panică, rămâne adesea una centrată pe restructurarea cognitivă a amenințărilor percepute (precum anticiparea unui dezastru, a unei catastrofe – atac de cord sau, în cazul Corinei, teama că va fi lovită de un mijloc de transport), a simptomelor anxietății (creșterea ritmului cardiac, senzația de amețeală, teama că o va lua razna/va pierde controlul/va înnebuni) și pe expunere (Otto &

Deveney, 2005). Expunerea se face fie la contextele în care se declanşează, de regulă, atacurile de panică, fie la acei stimuli care contribuie la escaladarea lor (de exemplu, creşterea pulsului după ce urc scările). Frecvent, pacienților li se recomandă să își declanşeze ei înșiși anumite simptome (de exemplu, se învârt pentru a ameți sau stau câteva minute în baie, cu apa fierbinte pornită pentru a-și provoca, într-o manieră controlată, senzația de sufocare). Astfel de exerciții îi ajută să înțeleagă că unele senzații corporale sunt firești, aflate chiar sub controlul lor, și nu au consecințe negative, înlocuind anticipările catastrofale comune în cazul celor cu tulburare de panică. O alta tehnică de intervenție cognitiv-comportamentală presupune antrenarea proceselor atenționale, astfel încât persoana să își reorienteze atenția în direcția unei alte activități atunci când anticipează un atac de panică, pentru a contracara tendința de concentrare exclusivă a atenției asupra senzațiilor corporale (Barlow, 2002).

Aceste tehnici de intervenție sunt, cu siguranță, utile în tratarea atacurilor de panică, aşa cum ne arată numeroase studii (Hofmann et al., 2007; Pincus, May, Whitton, Mattis, & Barlow, 2010; Schmidt et al., 2000). Ele nu trebuie excluse din procesul terapeutic, ci mai degrabă, adaptate și integrate cu o abordare mai complexă, care explorează semnificația mai profundă a atacurilor de panică, precum și alți factori de menținere care ar putea duce la apariția recăderilor în timp.

O astfel de abordare este tocmai analiza tranzacțională. Aşa cum am observat în cazul Corinei, anxietatea ei a fost constant alimentată de-a lungul vieții, începând de la interacțiunea cu mama ei, până la cea cu partenerii de cuplu. În terapie, Corina a reuşit să conştientizeze nu doar mecanismul cognitiv-comportamental prin care se instalează și se mențin atacurile de panică, dar și sursele mai profunde, adânc înrădăcinate ale temerilor ei și ale tendințelor de catastrofizare. Mai mult, ea a devenit conştientă de tiparele de relaționare consolidate în relația cu mama ei și reiterate ulterior, în alte relații, cum ar fi tendința de a intra în Eul Copil în interacțiunea cu partenerii de cuplu, atunci când apăreau conflicte sau când simțea că nevoile ei sunt ignorate.

O diferență între AT și terapia cognitiv-comportamentală este, aşadar, profunzimea intervenției. Dacă AT se axează, încă de la început, pe identificarea surselor dificultăților cu care se confruntă persoana, surse care penetrează, de regulă, mai multe arii de funcționare (putându-se ajunge astfel la rezolvarea mai multor probleme, de care clientul nici nu era conştient sau care nu au constituit un motiv pentru apelarea la terapie), terapia cognitiv-comportamentală se bazează, într-o mai mare măsură, pe tratarea simptomatologiei. Această diferență este mai evidentă în cazul tulburării de panică decât în cazul altor tulburări (cum ar fi anxietatea socială sau tulburarea

depresivă), unde ambele abordări, prin natura tabloului clinic, tind să sape mai adânc în timpul intervenției. Motivul pentru care tulburarea de panică este tratată adesea relativ ușor, cu ajutorul unei intervenții „de suprafață” este că studiile au arătat că aceasta formă de intervenție pare să fie, într-adevăr, suficientă. Nu de puține ori însă, chiar și pe parcursul terapiei cognitiv-comportamentale, clientul ajunge să dezvăluie aspecte de profunzime, aparent nerelevante pentru tabloul clinic specific tulburării de panică, iar în această situație, în măsura în care i se permite, terapeutul nu va întrerupe intervenția, ci va începe o reconceptualizare a cazului cu care se confruntă pentru a include și informațiile noi pe care i le comunică clientul.

O altă diferență între AT și alte abordări (nu doar cea cognitiv-comportamentală) este limbajul folosit în conceptualizarea cazului. Chiar dacă toate abordările terapeutice prezintă o conceptualizare *de interfață*, adică o explicație accesibilă lingvistic pentru client, în AT, această colocvialitate este dusă mai departe, utilizând termeni aproape metaforic pentru a facilita înțelegerea tiparelor de relaționare și a structurii personalității. Termeni precum Adult, Părinte, Copil, scenariu de viață, tranzacții, deși având o semnificație aparte în contextul analizei tranzacționale, se bazează pe similaritățile lor semantice cu conceptele omonime.

În ciuda diferențelor, este important să menționăm că, în realitate, practica privată este rareori atât de bine delimitată, încât să putem afirma cu certitudine că terapeutul practică o singură formă de terapie și că întreg procesul terapeutic este în totalitate tributar acesteia. Flexibilitatea și abilitatea de a adapta metodele de intervenție la client și la specificul problemelor cu care se confruntă sunt calități apreciate și influențează eficiența psihoterapiei (Owen & Hilsenroth, 2014). Acesta este și motivul pentru care practica eclectică este astăzi promovată la scară largă și descrie, probabil, activitatea celor mai mulți specialiști.

Corina a avut un parcurs terapeutic promițător. Încă de la început, ea a fost deschisă și dornică să facă schimbări semnificative în viața ei. Această receptivitate a ei, precum și încrederea în eficiența terapiei au făcut-o să se angajeze activ în întregul proces pe care l-a străbătut împreuna cu terapeutul ei. Mai mult decât atât, încrederea în rezultatele pozitive i-a fost alimentată de ceea ce ea numește o *chimie* pe care a simțit-o încă de la început cu acesta. Cu alte cuvinte, relația terapeutică și așteptările ei au propulsat-o cu avânt în procesul terapeutic și au ajutat-o să rămână motivată să participe activ pe tot parcursul lui.

Explicațiile pe care le-a primit pentru dificultățile cu care se confrunta au provenit atât din sfera analizei tranzacționale, cât și din cea cognitiv-comportamentală. Mai exact, simptomatologia

propriu-zisă pe care o experimenta imediat înainte, în timpul și după atacul de panică i-a fost explicată pe baza modelului cognitiv-comportamental. Acesta evidențiază cercul vicios pe care l-am descris mai devreme în capitolul de față. Pe parcurs însă, Corina a dezvăluit o mulțime de informații relevante despre viața ei socială și am aflat astfel că relațiile ei sociale erau profund deficitare, începând cu relația cu mama ei, până la relațiile de cuplu și de prietenie din viața de adult. Cu ajutorul conceptualizării pe baza analizei tranzacționale, Corina a reușit să înțeleagă scenariul de viață căruia i-a fost tributară în toți acești ani, modul în care s-a conturat el, precum și dezechilibrul de la nivelul instanțelor Eului – mai exact, Eul copil părea să domine toate interacțiunile semnificative din viața ei. Somatizarea a fost principalul ei mecanism de coping încă din copilărie – instrumentul prin intermediul căruia își satisfăcea nevoile, mecanism care se manifestă încă în viața de adult. Nu întâmplător, tulburarea de panică este una dintre tulburările psihice cu o puternică componentă somatică, în sensul în care simptomatologia este resimțită în mare măsură la nivel fiziologic (dificultăți de respirație, amețeală, tremurături, senzație de amorțeală etc). Atacurile de panică s-au dovedit a fi vârful aisbergului – un fel de picătură chinezească ce avea să scoată la iveală o mulțime de greutăți cu care s-a confruntat de-a lungul timpului și care, rămânând nerezolvate, au erupt la un moment dat sub această formă. Datorită relației terapeutice solide pe care a format-o cu psihoterapeutul și a implicării active în proces, Corina a reușit ca, spre finalul terapiei, după aproape doi ani, să reducă semnificativ atacurile de panică și să obțină și *autonomie*, principalul obiectiv de dezvoltare personală urmărit de analiza tranzacțională.

În concepția analizei tranzacționale, autonomia presupune abilitatea de conștientizare, spontaneitate și intimitate în relații (Widdowson, 2010). Conștientizarea se referă la receptivitatea și deschiderea față de momentul prezent, o conectare lipsită de judecată și anticipări – ceea ce, în literatura de specialitate, întâlnim adesea sub denumirea de *mindfulness*. Spontaneitatea presupune deschidere și curiozitate către noi experiențe și idei, fiind un pas pe cât de important, pe atât de greu de făcut, în special pentru clienții blocați în propriile scenarii de viață disfuncționale. Această spontaneitate produce adesea anxietate, întrucât atrage după sine multă ambiguitate. Pentru Corina, constant temătoare de orice lucru rău care s-ar putea întâmpla, acest lucru nu a fost deloc ușor. Cu o relație terapeutică bună, ea a învățat însă să accepte lipsa de predictibilitate și de control și să o perceapă ca pe o oportunitate mai degrabă decât ca pe o amenințare. Intimitatea este o altă condiție a autonomiei și presupune abilitatea de a fi onest, de a avea încredere într-o altă persoană și de a-

și expune vulnerabilitățile. Pentru Corina, obținerea intimității a fost cel mai dificil pas. Datorită relației terapeutice solide, ea a reușit să se angajeze pentru prima dată într-o interacțiune bazată pe intimitate, preluând ulterior exemplul acestei experiențe corective și extrapolându-l la celelalte relații ale sale.

Analiza tranzacțională a intervenit, așadar, nu doar la nivelul simptomatologiei specifice tulburării de panică, ci și asupra altor aspecte relaționate cu acestea din viața Corinei.

Factorii comuni în terapie

Dincolo de particularitățile și tehnicile similare utilizate de cele două forme de terapie, există o serie de factori, numiți *factori comuni*, considerați esențiali pentru eficiența procesului terapeutic și care sunt specifici tuturor formelor de psihoterapie. Modelul factorilor comuni a apărut ca urmare a încercărilor nereușite de a identifica acea abordare terapeutică superioară celorlalte. Absența unor diferențe semnificative între rezultatele diferitelor abordări i-a condus pe cercetători la ipoteza potrivit căreia există anumite elemente prezente în *orice* demers terapeutic, independente de școala de terapie în sine, care contribuie la schimbarea terapeutică. Mai multe astfel de modele au fost dezvoltate, cel mai popular fiind însă modelul contextual, propus de Wampold (Wampold, 2015). Potrivit modelului contextual, există trei căi prin care psihoterapia produce anumite beneficii: relația terapeutică autentică, crearea așteptărilor pozitive ale pacientului cu privire la tratament prin construirea unei explicații coerente, acceptate de acesta cu privire la simptomatologia/problema cu care se prezintă în terapie și punerea în practică a tehnicilor specifice pentru rezolvarea problemei specifice.

Relația sau alianța terapeutică are trei mari componente: legătura care se stabilește între client și terapeut, acordul client-terapeut cu privire la obiectivele terapiei și acordul cu privire la sarcinile pe care clientul trebuie să le realizeze pentru atingerea acestor obiective. Alianța terapeutică reprezintă cel mai studiat dintre factorii comuni în terapie și penetrează toate celelalte căi de acțiune ale psihoterapiei. Ea presupune o relație sinceră, bazată pe acceptare necondiționată a clientului (în sensul în care acesta nu va fi judecat pe baza comportamentelor, gândurilor, emoțiilor, atitudinilor sau trăsăturilor sale, adesea sensibile și predispuse la judecată în celelalte relații sociale) și pe confidențialitate. Relația terapeutică oferă sau ar trebui să ofere clientului oportunitatea unui cadru social securizant, în care acesta poate învăța să se raporteze sănătos la relațiile sociale în general, arie de funcționare profund afectată în majoritatea tulburărilor psihice. O multitudine de factori pot contribui la conturarea alianței client-terapeut, de la limbajul

nonverbal al terapeutului, care ar trebui să indice empatie, acceptare şi interes pentru client, până la respectarea regulilor de confidențialitate și abilitatea de a-și personaliza intervenția în funcție de particularitățile clientului. Acceptarea declarativă a clientului nu este însă suficientă – de fapt, congruența între mesajele verbale și cele nonverbale pe care le transmite terapeutul este cea care conferă credibilitate acestei acceptări.

Relația terapeutică se formează în timp, însă primele interacțiuni, modul în care decurg acestea şi bine-cunoscuta „primă impresie" pot fi definitorii pentru parcursul terapiei, pentru rapiditatea cu care se dezvălui clientul și pentru receptivitatea lui la indicațiile terapeutului.

Ajungem astfel la cel de-al doilea factor comun, *aşteptările* (Wampold, 2015), în formarea cărora alianța terapeutică joacă un rol esențial. Aşteptările se referă, de regulă, la predicțiile pe care le face un client cu privire la parcursul şi rezultatele terapiei şi se conturează în urma a ceea ce numim *conceptualizarea cazului*. Conceptualizarea este acea explicație pe care o oferim clientului pentru problema sau simptomatologia cu care se prezintă în terapie (cauze, mecanisme, consecințe și posibilități de tratament), oferind clientului sezanția de control și predictibilitate asupra ei, precum și perspectiva unor soluții. Pentru ca explicația oferită de terapeut să aibă sens şi să fie acceptată de client, o relație terapeutică solidă este necesară. Cu alte cuvinte, clientul ar trebui să aibă încredere în competența terapeutului. Mai mult, o altă condiție a alianței terapeutice ar trebui îndeplinită pentru a crea aşteptări pozitive, şi anume stabilirea colaborativă a obiectivelor terapeutice şi a sarcinilor necesare pentru atingerea lor. Pentru aceasta, conceptualizarea oferită de terapeut trebuie să aibă sens pentru client, să fie în concordanță cu credințele acestuia și adaptată la contextul cultural din care provine. De asemenea, clientul ar trebui să aibă încredere că sarcinile propuse vor conduce la rezolvarea dificultăților sau la ameliorarea simptomatologiei.

Aşteptările pozitive par să acționeze prin intermediul așa-numitului placebo. Acest mecanism nu ar trebui însă confundat cu lipsa unei intervenții, iar rezultatele terapiei nu ar trebui puse exclusiv pe seama autosugestiei. De fapt, ceea ce fac aşteptările pozitive este să motiveze clientul să participe activ la procesul terapeutic, având încredere că, în acest fel, va obține o îmbunătățire.

Alți factori comuni mai puțin investigați, dar care joacă, la rândul lor, un rol important în terapie și caracterizează orice demers psihoterapeutic, sunt efectul de catharsis sau descărcare/ventilare a emoțiilor/gândurilor (sunt, adesea, aspecte delicate, care nu pot fi discutate cu ușurință cu alte persoane din viața lui), eliberarea de tensiune nervoasă, diminuarea singurătății,

abilitatea de a asimila sau de a integra anumite experiențe problematice (negate sau suportate cu dificultate până atunci), *insightul* sau conştientizarea anumitor tipare (care poate avea în sine, fără niciun alt fel de intervenție, un rol corectiv), experiență emoțională corectivă (prin implicarea într-o relație sănătoasă, bazată pe acceptare necondiționată şi lipsită de probabilitatea respingerii), posibilitatea de a primi feedback, încurajare şi creşterea sentimentului de control asupra propriei vieți (Lambert & Ogles, 2004).

Toate aceste elemente sunt, de fapt, apanajul unui proces terapeutic firesc, independent de abordarea terapeutului sau de cadrul teoretic pe care îşi bazează intervenția. Mai mult, atât terapia cognitiv-comportamentală, cât și analiza tranzacțională au în vedere aceste elemente şi nu minimizează în niciun moment importanța lor.

Aşadar, în ciuda fundamentului teoretic şi a conceptualizărilor diferite, cele două abordări terapeutice prezintă numeroase similarități, de la tehnicile pe care le utilizăm (jocul de rol, restructurarea cognitivă, prezentarea conceptualizării pentru a facilita conştientizarea simptomatologiei), până la acei factori comuni care influențează eficiența oricărei forme de terapie. Esențială rămâne abilitatea terapeutului de a se conecta și a rămâne în permanență conectat cu clientul său, adaptându-și intervenția în funcție de preferințele și ritmul acestuia din urmă.

Bibliografie

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

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology, 30*(4), 183-192.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic.* New York, NY: The Guilford Press.

Berle, D., Starcevic, V., Hannan, A., Milicevic, D., Lamplugh, C., & Fenech, P. (2008). Cognitive factors in panic disorder, agoraphobic avoidance and agoraphobia. *Behavior Research and Therapy, 46*(2), 282-291.

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.

Beutel, M. E., Greenberg, L., Lane, R. D., & Subic-Wrana, C. (2019). Treating anxiety disorders by emotion-focused psychodynamic psychotherapy (EFPP)—A n integrative, transdiagnostic approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 26*(1), 1-13.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 461–470.

Cornel, F. W., de Graaf, A., Newton, T., & Thunnissen, M. (2016). *Into TA. A Comprehensive Textbook on Transactional Analysis.* Routledge.

Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Rosenfield, D., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., . . . Woods, S. W. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 374-379.

Lacewing, M. (2014). Psychodynamic psychotherapy, insight, and therapeutic action. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(2), 154-171.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed, pp. 139–193). New York, NY: Wiley.

Lapworth, P. & Sills, C. (2011). *An introduction to Transactional Analysis. Helping People Change.* Los Angeles, LA: SAGE Publications.

Otto, M. W., & Deveney, C. (2005). Cognitive-Behavioral Therapy and the Treatment of Panic Disorder: Efficacy and Strategies. *The Journal of Clinical Psychiatry, 66*((Suppl4)), 28-32.

Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 280-288.

Pincus, D. B., May, J. E., Whitton, S. W., Mattis, S. G., & Barlow, D. H. (2010). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(5), 638-649.

Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., & Cook, J. (2000). Dismantling cognitive–behavioral treatment for panic disorder: questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 417-424.

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General.* Rockville, MD: Author.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.

Widdowson, M. (2010). *100 Key points. Transactional analysis: 100 key points and techniques.* Routledge/Taylor & Francis Group.

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