

MODELAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ A PERSONALITĂȚII

TERMINOLOGIE

Termenul de modelare este folosit în dezbaterile acestei teme cu sensul de formare, corectare, dirijare a personalității pe baza unui model. Teoriile cele mai adecvate care dezvoltă noțiunea de modelare a personalității sunt cele socio-cognitive reprezentate de A. Bandura.

Termenul cogniție se referă la idei, semnificații, credințe, gânduri, inferențe, expectații, atribuiri. Nucleul teoriilor și terapiilor cognitive asupra personalității este principiul potrivit căruia cognițiile mediază comportamentul, inclusiv manifestările emoționale și constituie obiectivul major al schimbării personalității.

Termenul de comportament indică acțiuni, activități, componente exterioare ale conduitei care pot fi atât adaptative cât și mal-adaptative și care pot fi supuse modificării comportamentale.

MODELAREA COMPORTAMENTALĂ A PERSONALITĂȚII

Behaviorismul s-a dezvoltat ca formă de reacție împotriva psihanalizei care considera că atât dezvoltarea cât și disfuncțiile personalității sunt determinate de forțe subiective, inconștiente.

Contribuțiile teoretice ale behaviorismului au valorificat rezultatele cercetărilor privind condiționarea și învățarea realizate de I.P. Pavlov, J.B. Watson, E.L. Thorndike, E.C. Tolman, C.L. Hull, J. Dollard, N.E. Miller.

Cei mai importanți reprezentanți ai terapiilor comportamentale, pornind de la aceste teorii sunt Skinner-1953, Wolpe-1958, și Eysenk-1962.

Behavioriștii consideră că la naștere ființa umană este o tabula rasa, o coală albă de hârtie, iar istoria scrisă pe aceasta este determinată de condițiile mediului. Personalitatea este înțeleasă ca o funcție a stimulilor din mediul extern, a interacțiunilor și a rolurilor sociale.

Paradigma S-R (stimul-răspuns) este structura fundamentală a oricărui proces de învățare. Din această perspectivă comportamentele disfuncționale, mal-adaptative (cuvinte, acțiuni, stări emoționale) sunt învățate. Kazin (1982) afirmă că terapiile comportamentale pun accent pe următoarele aspecte

1. evidențiază determinanții actuali și nu pe cei istorici ai comportamentului,
2. prezintă schimbarea comportamentului manifest ca fiind criteriul major în evaluarea comportamentului,
3. valorifică cercetarea fundamentală în psihologie pentru formularea ipotezelor cu privire la schimbarea comportamentală și la tehnicile specifice.
4. definește schimbarea în termeni operaționali și obiectivi pentru ca metodele aplicate să poată fi reproduse
5. subliniază într-o manieră foarte precisă comportamentul vizat și tehnicile de evaluare comportamentală.

BAZELE TEORETICE ȘI EMPIRICE ALE SCHIMBĂRII COMPORTAMENTALE

Schimbarea comportamentală este un proces de reeducare-reînvățare a comportamentelor adaptative. Principiul schimbării comportamentelor mal-adaptative este întărirea. Comportamentul adaptativ este întărit în timp ce comportamentul mal-adaptativ este eliminat.

1. Primele cercetări comportamentale au identificat două paradigme generale ale învățării animale:

a. condiționarea clasică reprezentată de I.P. Pavlov

b. condiționarea operantă reprezentată de Thorndike, Tolman, Guthrie, Skinner

Paradigma condiționării clasice poate fi reprezentată schematic astfel:

S.nc.(mâncare)-----Rnc(salivație)

S.i.(clopotel, lumina)-----Snc(mâncare)-----Rc(salivație)

Sc(clopoțel, lumină)-----Snc(mâncare)-----Rc(salivație)

repetiție

S.c.-----lipsa Snc-----stinderea Sc

Snc-stimul necondiționat

Rnc-reație neconditionată

Si-stimul indiferent

Sc-stimul condiționat

Rc-reație condiționată

Cercetătorii ruși și americani au descoperit că și răspunsurile emoționale de exp. teama pot fi condiționate și decondiționate.

Paradigma condiționării operante afirmă că dacă un anumit comportament este în mod consecvent urmat de o recompensă, comportamentul are o mai mare probabilitate de a se produce din nou. Acest fenomen a fost conceptualizat cu denumirea de « lege a efectului » (Thorndike) care afirmă că acele comportamente care sunt urmate de consecințe pozitive au tendința de a fi repetate, iar comportamentele urmate de consecințe negative au tendința de a se manifesta cu o frecvență din ce în ce mai mică.

În condiționarea operantă dacă un comportament este urmat de un anumit eveniment și comportamentul se manifestă cu o frecvență mai mare, acesta este întărit.

Întărirea poate fi pozitivă, atunci când comportamentul este urmat de consecințe pozitive-de exp. lauda dar și negativă atunci când comportamentul este urmat de omisiunea unui eveniment aversiv anticipat, de exp. acuzele sau anxietatea. Întărirea se referă la situațiile când comportamentul crește în frecvență sau în intensitate.

Reducerea frecvenței comportamentelor mal-adaptative se poate realiza prin pedeapsă sau prin absența recompensei așteptate.

2. Modelul bi-factorial (Hull, Mawrer) îmbină elemente ale condiționării clasice cu elemente ale condiționării operante. Mawrer consideră că teama de anumiți stimuli este dobândită printr-un mecanism de condiționare clasică, și că teama fiind aversivă subiectul învață să o reducă prin evitarea stimulilor condiționați. Din această perspectivă comportamentul de evitare întărit de consecințele sale pozitive –atenuarea stărilor de teamă este elemental principal al perpetuării fobiei.

3. Abordarea socio-cognitivă fundamentată de A. Bandura are la bază ideea conform căreia comportamentul este determinat de trei sisteme independente care interacționează între ele –evenimentele stimul externe, întărirea externă și procesele cognitive mediatore.

Credințele subiectului privitoare la capacitatea sa de a realiza un anumit comportament au fost conceptualizate de Bandura sub denumirea de auto-eficiență, element central al modelului referitor la autoreglare și autocontrol realizat de acesta.

A. Bandura consideră că autocontrolul implică trei stadii importante:

- auto-observarea,
- auto-evaluarea,
- auto-întărirea

Modelul socio-cognitiv a stimulat multe cercetări în domeniul învățării și al schimbării comportamentale în care constructele cognitive au fost abordate explicit.

TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

Terapia cognitivă este după cum consideră A. Beck sinteza unor aspecte ale psihanalizei și terapiei comportamentale. Influența psihanalizei se exprimă prin accentul pus pe identificarea temelor importante și latente ale gândirii subiectului (schemele cognitive) precum și prin evidențierea inter-relațiilor subtile între gândire, sentiment și comportament. Influența terapiei comportamentale se regăsește în structura mai sistematică a interviului terapeutic, în definirea scopurilor și proceselor care permit atingerea scopurilor, în operaționalizarea tehnicilor terapeutice și ale evaluării. Precursorul cel mai apropiat de terapiile cognitive actuale este A. Ellis autorul terapiei rațional-emoțive, R.E.T. (1950).

Terapia cognitivă s-a dezvoltat îndeosebi datorită cercetărilor asupra depresiei realizate de A. Beck începând cu anul 1959. Terapia cognitivă se bazează pe o teorie a personalității care afirmă că felul în care cineva gândește determină în mare măsură felul în care simte și se comportă. În terapia cognitiv-comportamentală terapeutul are un rol mai activ și mai directiv, rol care implică în mare măsură procese precum orientarea, ghidarea, colaborarea, parteneriatul. Astfel terapeutul

1. culege datele și efectuează analiza funcțională a comportamentelor,
2. explică, informează, dedramatizează,
3. definește simptomul-țintă, identifică factorii de menținere și cercetează beneficiile secundare ale tulburării sale,
4. alege strategia terapeutică,
5. stimulează motivația de participare la terapie a subiectului,
6. aplică tehnica terapeutică,
7. pune capăt relației terapeutice.

Terapeutul furnizează în principal explicații asupra dobândirii răspunsurilor și comportamentelor inadaptate, asupra menținerii acestora și asupra tehnicilor terapeutice care pot fi utilizate pentru schimbarea lor. El răspunde astfel așteptărilor clienților care doresc să înțeleagă, să fie securizați cu privire la viitor și să fie deculpabilizați. Explicațiile pot stimula la subiect sentimentul controlului, favorizează intrarea în terapie, și cresc încrederea în relația de parteneriat.

INTERVIUL DE EVALUARE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

Procesul evaluativ se va centra pe ceea ce poate fi schimbat și pe formarea unor așteptări rezonabile în legătură cu terapia. În timpul evaluării subiectul ajunge la o imagine diferită asupra problemei sale: unele modificări comportamentale pot fi anticipate, cunoscându-le cauzele și prin urmare pot fi controlate.

O funcție importantă a evaluării este și aceea de a stabili dacă se impune vreo măsură de urgență sau chiar un risc suicidal. În afara interviului, TCC utilizează și alte metode de evaluare: auto-observarea, completarea de chestionare, rapoarte, obținerea de informații de la persoanele apropiate subiectului.

Interviul de evaluare cognitiv-comportamentală este în general un interviu semi-structurat. Putem schița ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală propus de J.Kirk, 1991

1. scurtă descriere a problemei
 - durează 5-10 minute
 - ascultarea activă a terapeutului
 - terapeutul rezumă și reformulează
 - stabilirea problemei principale
2. dezvoltarea problemei
 - debutul problemei
 - evoluția problemei
 - factorii predispozanți
3. analiza funcțională a problemei
 - cum se menține problema?
 - care este locul problemei în viața subiectului?
 - care este utilitatea problemei pentru client?
 - relația dintre antecedente(A)-credințe(B)-consecințe(C)
 - schimbarea comportamentală la nivelul antecedentelor, credințelor sau consecințelor
4. variabile de context și modulatorii
 - fumatul numai la cafea
 - criticismul persoanelor apropiate
5. factori de menținere
 - consecințe imediate ale problemei comportamentale
6. evitarea
 - ce lucruri ati încetat să mai faceți din cauza problemei d-voastră?
 - ce lucruri ati face dacă problema ar fi rezolvată?
7. resurse de adaptare și control
 - sprijinul familiei
 - serviciul care oferă satisfacții

- posesia unui automobil
- o prietenie
- 8. istoria medicală și psihiatrică anterioară
 - episoade similare
 - atitudinile subiectului
 - atenție la terenul minat al situațiilor deja încercate(Watzlawitch)
- 9. credințe despre problemă și tratament
 - terapia trebuie să fie congruentă cu credințele subiectului
 - credințele se schimbă foarte greu
- 10. angajarea în terapie
 - auto-monitorizarea
 - completarea unui jurnal zilnic
 - teme pentru acasă
- 11. situația psiho-socială a subiectului
 - se descurajează subtil subiecții care încep să vorbească despre trecutul lor
 - se aplică chestionare standardizate
- 12. formularea preliminară care constă în sinteza etapelor anterioare

TEHNICI SPECIFICE INTERVIULUI DE EVALUARE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

După C.Mirabel-Sarron și B.Rivierre, 1993 interviul de evaluare cognitiv-comportamentală se caracterizează prin:

- a.colaborarea și comprehensiunea reciprocă,
- b.stabilirea agendei de ședințe
- c.reacții obținute în timpul ședinței
- d.centrarea asupra problemei
- e.formularea întrebărilor și adresarea lor
 - întrebări deschise
 - se lasă timp pentru reflecție
 - utilizează exp care ilustrează propunerile sale
 - evaluează certitudinile și predicțiile subiectului
 - anticipează consecințele pozitive sau negative.
- f.formulări rezumative ale terapeutului

MODELE DE ANALIZĂ FUNCȚIONALĂ ÎN TCC

Analiza pe care o permite un astfel de interviu este funcțională deoarece își propune să precizeze funcția pe care o are comportamentul problemă în sistemul psiho-comportamental al subiectului.

MODELUL S.O.R.C. este cel mai simplu model care descrie principalele terapii comportamentale așa cum au fost ele prezentate de Skinner :

S -----O-----R-----C

S-stimulul, de exp. faptul de a se afla singur într-un spațiu deschis larg(agorafobie

O-organism, emoții, cogniții, reacții fiziologice, anxietate

R-răspunsul, subiectul începe să caute agitate o persoană cunoscută, securizantă

C-consecințe –reducerea anxietății, dar menținerea reacției mal-adaptative

MODELUL BASIC IDEEA

Lazarus, 1976 și Cotraux, 1985 au elaborat un model mai complex al analizei funcționale a unui comportament mal-adaptativ

B-comportamentul pentru care subiectul solicită ajutor,

A.-afect, emoții, tristețe, vinovăție, anxietate,

S-senzații, amețeli, tahicardie, paretezii

I.-relații interpersonale,

C-cogniții-sunt un nimeni, dacă voi eșua va fi o catastrofă

I-imagerie

D-droguri, medicamente

E-expectații cu privire la terapie

A-așteptări ale terapeutului

GRILLA SECCA

Această grilă a fost propusă de Cotraux(1985, 1990) și vizează următoarele elemente:

S-stimul

E-emoție

C-cogniții

C-comportament

A-anticipare

Această grilă cuprinde o parte sincronică, care permite analiza unei secvențe comportamentale actuale dar și o abordare istorică a subiectului.

CARACTERISTICILE INTERVIULUI DESTINAT ANALIZEI FUNCȚIONALE ÎN T.C.C.

1. caracterul directiv

Interviul își propune să stabilească:-durata comportamentului –unde se produce acesta ?-când, în ce condiții ?-cu ce frecvență se realizează ?-cu cine ?-ce precede comportamentul problemă ?-ce amplifică problema comportamentală ?-ce inhibă comportamentul problemă ?

2. caracterul experimental care constă în formularea unei ipoteze de lucru,

3. căldura afectivă, ascultarea activă, toleranța, empatia, obiectivitatea

4. subiectul este stimulat sa-și asume un rol activ în raport cu problemele sale,
5. relația se bazează pe situația “aici și acum »
6. se dezvoltă motivația partenerilor.

TEHNICI TERAPEUTICE COGNITIV-COMPORTAMENTALE

1. *Relaxarea și învățarea* acesteia este necesară datorită relației de interacțiune dintre încordarea musculară și tensiunea psihică ce însoțește un comportament mal-adaptat.

Urmărind un program de relaxare subiectul învață:

- să recunoască propria stare de tensiune,
- să-și relaxeze corpul într-o manieră totală și generală,
- să-și controleze propria tensiune sau relaxare musculară

2. *Desensibilizarea sistematică* decurge din cercetările lui J.Wolpe (1958, 1961) și ale lui Mawrer care consideră că evitarea stimulilor neagreați de subiect este responsabilă pentru comportamentul neadaptat de tip fobic.

3. **EXPUNEREA SISTEMATICĂ** a subiectului la situațiile anxiogene din lista ierarhică trebuie să îndeplinească următoarele condiții

- expunerea trebuie să fie gradată, repetată, prelungită,
- sarcinile anxiogene nu sunt utile,
- sarcinile non-anxiogene nu sunt utile ,
- sarcinile de expunere trebuie repetate frecvent și regulat, pînă cand vor fi asociate cu un grad de anxietate din ce in ce mai mic,

Schema unui exercițiu de expunere parcurge mai multe etape

- Subiectului i se spune că va trebui să se gandească la diferite situații din lista ierarhică, începînd cu cea mai puțin anxiogenă,
- Se stabilește un consens, dacă devine anxios să ridice degetul arătător,
- se repetă schema contact imaginar cu stimulul anxios urmat de relaxare,
- cînd este epuiată o anumită temă din lista ierarhică de situații anxiogene, se trece la tema următoare

Tehnica desensibilizării sistematice poate fi aplicată și pentru realizarea desensibilizării *in vivo* în care subiectul intră în contact real cu stimulii sau cu situațiile fobogene. Terapia prin expunere trebuie adaptată fiecărui subiect . Ea se practică în ședințe de aproximativ 45 de minute.

4. ANTRENAMENTUL ASERTIV

Comportamentul asertiv sau comportamentul prin care o persoană se afirmă pe sine este definit de J.Cottraux-2003, ca acel comportament care îi permite unei persoane să acționeze cît mai bine în interes propriu, să-și apere punctul de vedere fără o anxietate exagerată, să-și exprime sentimentele în mod sincer și să se folosească de propriile drepturi fără a le nega pe ale celorlalți.

Comportamentul asertiv se caracterizează prin

- ❖ autovalorizator, exprimarea opiniilor proprii și satisfacerea propriilor nevoi,
- ❖ capacitatea de a comunica, de a împărtăși propriile experiențe cu ceilalți
- ❖ respectarea drepturilor și nevoilor celorlalți
- ❖ sentimente confortabile în legătură cu propria persoană

După Wolpe, 1958, Lazarus, 1966 cele mai utile exerciții de dezvoltare a asertivității sunt

- ✚ exprimarea sentimentelor,
- ✚ exprimarea opiniilor contrare,
- ✚ exprimarea facială doar prin mimică,
- ✚ exerciții de exprimare a sentimentelor doar la persoana I
- ✚ exerciții de adresare/primire de complimente
- ✚ exerciții de improvizare de răspunsuri verbale și non-verbale la situații inter-personale
- ✚ identificarea aspectelor verbale și non-verbale ale comportamentului asertiv și diferențierea acestora de comportamentele agresive și pasive

5. ASPECTE VERBALE ȘI NONVERBALE ALE COMPORTAMENTELOR ASERTIVE, AGRESIVE ȘI PASIVE

ASPECTE VERBALE

Bedell, Lennox, 1977

Comportament asertiv	Comportament agresiv	Comportament pasiv
1.manifestarea dorințelor proprii dar și respectarea dorințelor celorlalți	1.manifestarea dorințelor proprii	1. manifestarea dorințelor celorlalți
2.exprimare directă	2.exprimare indirectă	2.nonexprimarea dorințelor exprimare defensivă minimalizarea lor
3.comportament verbal socialmente adecvat	3.comportament verbal amenințător	3.comportament social neadecvat

ASPECTE NONVERBALE

ASERTIVE	AGRESIVE	PASIVE
1.contact vizual direct fără a fixa interlocutorul	1. contact vizual direct, rece, cu fixarea interlocutorului	1.lipsa contactului vizual
2.postura cu fața spre interlocutor, corpul înclinat	2. postura încordată, rigidă, cu picioarele îndepărtate	2.nu stă în fața interlocutorului, este

spre interlocutor		încordat, defensiv
3.gestica relaxată	3.măini încleștate, degetul arătător ridicat	3.mîini neliniștite, eyitante, gesturi de mică anvergură
4.distanță de 0,5-1m față de interlocutor	4.distanță mai mică de 1m față de interlocutor	4.distanță mai mare de 1m față de interlocutor
5.vocea fermă, cu volum suficient, bine modulată	5.voce foarte ridicată, cu ritm rapid	5.voce slabă, monotonă, cu ritm scăzut
6.latență comportamentală, fără ezitări	6. latență scurtă, cu întreruperi frecvente	6.latență comportamentală mare

CREDINȚELE ASOCIATE COMPORTAMENTULUI NON-ASERTIV

Gavin, 1977 prezintă câteva mituri care subliniază comportamentul non-assertiv al oamenilor:

- Mitul ‘bunului prieten’ se bazează pe așa zisa citire a gândurilor care s-ar putea concretiza în următorul raționament: “dacă m-ar iubi cu adevărat ar ști ce îmi place și ce mă deranjează!”
- “Mitul obligației” -dacă prietenul meu îmi cere ceva eu trebuie să spun da!
- Mitul rolurilor sociale-de exp. “Comportă-te ca un bărbat!”
- Supunerea pentru a obține afecțiune !
- Postulatul perfecționist-trebuie să dovedesc întotdeauna că sunt competent, adaptat și performant, trebuie să am talent și să realizez lucruri importante în viață, altfel nu realizez nimic !

Aceste mituri, prejudecăți, gânduri automate în mod paradoxal întăresc comportamentul non-assertiv deși intenția persoanelor care apelează la ele este de a stabili relații sociale cât mai armonioase. Lipsa gândirii critice cu privire la aceste credințe conduce la deteriorarea relațiilor interpersonale.

DREPTURI ASERTIVE

1. Dreptul de a fi propriul judecător a ceea ce spune și face !
2. Dreptul de a nu oferi motive și scuze pentru propriul comportament !
3. Dreptul de a nu fi responsabil pentru descoperirea soluțiilor la problemele celorlalți !
4. Dreptul de a se răzgândi !
5. Dreptul de a face greșeli !
6. Dreptul de a spune « nu știu »!
7. Dreptul de a lua propriile decizii !
8. Dreptul de a spune « nu înțeleg »!
9. Dreptul de a spune “nu-mi pasă ! »
10. Dreptul de a spune nu, fără a avea sentimente de vinovăție !

Acest decalog al comportamentului assertiv ar putea să pară că favorizează indiferența față de ceilalți, ignoranța, neimplicarea, impertinența chiar. În realitate el apără persoana de excesul de implicare, de tendințele distructive ale vinovăției și perfecționismului. De asemenea în mod paradoxal aceste drepturi assertive vor conduce

la corectarea comportamentului pasiv, de tip depresiv, care are tendința de a se implica, de a ajuta, de a-si asuma responsabilitatea chiar în situațiile când nu i se cer aceste comportamente. Consecințele unui astfel de pattern comportamental ar putea fi descris cu propoziția “drumul spre iad este pavat cu bune intenții ! “

DEPRINDERI PROTECTIVE

- Tehnica “*discului defect* » -persoana asertivă repetă refuzul său unei persoane agresive, în aceeași manieră, ca un disc defect. De exp. o persoană agresivă cere în mod insistent ajutorul altei persoane, care pentru moment nu poate să-i acorde acest ajutor. Persoana asertivă îi explică acest lucru dar agresivul insistă. Prin urmare asertivul repetă până la suprasaturație refuzul său, în aceeași formă:”nu pot să sunt ocupat ! “
- *Ignorarea selectivă*-care constă în neformularea nici unui răspuns, în cazul în care acest comportament este perfect justificat.
- *Mânia dezarmantă* a unei persoane asertive, care refuză să mai continue discuția, până când persoana agresivă nu se liniștește! “Calmează-te, apoi vom discuta! “
- *Separarea problemelor* poate fi redată în mod sugestiv prin formula “ nu este vorba despre sentimentele mele, pur și simplu nu doresc să-ți împrumut bani!
- *Managementul vinovăției*
Dacă avem dorința irațională de a fi perfecți și de a plăcea tuturor, atunci nu vom avea tendința de a ne cere scuze imediat.”Știu bine că vă irită faptul că nu pot veni la întâlnire, dar acesta este singurul lucru pe care îl pot face! „
- *Cererea de scuze*
Sunt împrejurări în care scuzele sunt adecvate. În acest caz trebuie să recunoaștem dreptul interlocutorului de a fi supărat și să oferim sugestii în legătură cu ceea ce am putea face pentru a îndrepta greșeala.

DEZVOLTAREA COMPORTAMENTULUI ASERTIV

A.Gavin, 1997 propune mai multe modalități de dezvoltare a comportamentului asertiv:

- Conștientizarea sentimentelor
- Schimbarea credințelor iraționale prin testarea validității lor și dezvoltarea alternativelor raționale
- Conștientizarea drepturilor și a consecințelor posibile ale comportamentului nostru pe termen scurt și pe termen lung
- Comunicarea eficientă
- Dezvoltarea capacității de a negocia

PSIHOTERAPIA DEPRESIEI-MODELUL LUI A.BECK

A.Beck, fondatorul terapiei cognitive a emis ipoteza că gândurile negative ale subiectului au un rol central în menținerea depresiei.

Modelul propus de Beck poate fi ilustrat cu ajutorul schemei:

Experiență primară negativă-o situație traumatizantă pentru subiect

Idei disfuncționale activate

Gânduri negative automate

Simptome ale depresiei

Comportamentale

afective

somatice

Motivaționale

cognitive

Alterările funcționale ale capacității cognitive apar după A.Beck la următoarele trei nivele psihologice: cogniții, procese cognitive, scheme cognitive depresogene.

1. Nivelul cognițiilor

Cognițiile numite și gânduri negative, automate au fost sistematizate de A.Beck într-o triadă cognitivă:

- a. „sunt un nimeni!”- imagine de sine negativă
- b. „nimic din ceea ce fac nu iese bine!”-experiență curentă negativă
- c. „niciodată nu-mi va fi mai bine!”-viitor negativ

Aceste gânduri automate sunt spontane, repetitive, involuntare.Ele au ca teme principale: audeprecierea,sentimentul eșecului, respingerea de către ceilalți, hiperexigența față de sine, exagerarea dificultăților.

Gândurile automate pot fi identificate în cursul interviului terapeutic utilizând diverse liste de control-Beck, 1987.

2. Nivelul proceselor cognitive

Gândurile negative automate sunt produsul unor erori în procesarea informației care conduc la distorsionarea imaginii individului despre el însuși și despre realitatea înconjurătoare.

Beck enumeră șase tipuri de erori:

a.suprageneralizarea sau generalizarea exagerată. De exemplu :

“Dacă ceilalți nu mă iubesc sunt un nimeni !

Ion nu mă iubește

Deci, sunt un nimeni!”

Deciziile luate de subiect în acest caz sunt de tipul totul sau nimic a fi sau a nu fi.Un elev care a luat o notă mică la matematică va spune : » nu voi mai merge niciodată la ora de matematică ! »

b. *abstracția selectivă* presupune extragerea unui detaliu negativ dintr-o situație și utilizarea lui într-un context fără a ține cont de toate elementele situației inițiale.De exp.

un elev de liceu îndrăgostit de o colegă devine gelos după ce a văzut-o la o petrecere aplecându-și capul spre un alt coleg, pentru a auzi mai bine ceea ce acesta spune.

c. *inferența arbitrară* este un raționament care utilizează premize arbitrare, nefundamentate, de cele mai multe ori lecturi ale gândurilor, și care conduc în mod evident la concluzii greșite. De exp. un profesor gândește despre șeful său de catedră: ”știu că mă disprețuiește, deși atunci când ne întâlnim se poartă amabil cu mine!”

d. *personalizarea* este autoatribuirea greșită a responsabilității unor evenimente nefaste. Astfel de exp. un elev foarte bun, care nu a reușit din cauza aglomerației să-și salute profesorul preferat, la ora sa viitoare, va gândi „sigur l-am supărat, nici nu mă privește!”

e. *maximizarea* este exagerarea unui eveniment minor. De exp. un elev care a întârziat la oră va fi toată ziua supărat, dramatizând această situație întâmplătoare.

f. *minimizarea* constă în deprecieră resurselor personale și a reușitelor proprii.

3. Nivelul schemelor cognitive depresogene

Schema cognitivă este o credință personală negativă, interiorizată la o vârstă precoce. Acest nivel al schemelor cognitive stă la baza primelor două nivele, fiind responsabil de vulnerabilitatea subiectului la depresie.

Beck și Weissman, 1979 identifică șapte clase de scheme depresogene sau generatoare de comportamente depresive:

- ✓ Aprobarea sau așteptarea de a fi totdeauna aprobat
- ✓ Dragostea sau așteptarea de a fi iubit
- ✓ Reușita sau nevoia de a reuși cu orice preț,
- ✓ Perfecționismul sau nevoia de perfecțiune,
- ✓ Hiperexigența față de propria persoană,
- ✓ Omnipotența sau așteptarea de a fi atotpotent,
- ✓ Autonomia sau libertatea absolută

Schemele cognitive, negative, filtrează evenimentele curente, le procesează în mod eronat și generează comportamentul depresiv.

PROCESUL SCHIMBĂRII TERAPEUTICE

Obiectivele terapiei cognitive potrivit modelării cognitiv-comportamentale a personalității sunt determinate, precise și restrânse. Cei mai mulți cercetători identifică următoarele obiective:

- abordarea gândurilor voluntare
- identificarea și modificarea gândurilor negative automate
- contracararea efectelor negative ale schemelor cognitive disfuncționale profunde

Relația terapeutică este corespunzătoare terapiilor de scurtă durată fiind:

- de tip colaborativ
- centrată pe problemă
- similară dialogului socratic
- de descoperire ghidată

Tehnici de restructurare cognitivă

A. Explicarea demersului terapeutic este tehnica prin care acest tip de terapie își definește caracterul educațional. Psihoterapeutul, consilierul educațional sau profesorul aplică un demers de modelare a personalității:

- de tip față-n față,
- bazat pe relaxare,
- explicativ, atată cum sunt posibile gândurile automate,
- diferențiind imaginile, credințele subiectului care nu sunt niciodată greșite ci doar parțiale

B. Observarea gândurilor automate-3-4 ședințe se realizează prin:

- răspunsuri la întrebări directe (ce gânduri vă trec acum prin minte?)
- vizualizarea mentală sau reconstituirea mentală a unei situații puternic încărcată emoțional negativ
- jocul de rol, subiectul jucând atât rolul propriu cât și rolul persoanelor cu care sunt în conflict

C. Autoînregistrarea gândurilor automate se poate realiza prin modalități diferite:

- prezentarea subiectului unor liste elaborate în urma cercetărilor științifice, cu gânduri disfuncționale
- realizarea propriei liste cu gândurile negative ale subiectului

D. Confruntarea cu realitatea

În procesul de remodelare a personalității care prezintă anumite disfuncții cognitive-comportamentale între partenerii relației terapeutice se dirijează în așa fel gândirea subiectului încât acesta își formulează anumite întrebări:

- Nu cumva văd doar partea rea a lucrurilor?
- Nu-mi asum responsabilitatea pentru lucruri care nu stau în puterea mea?
- Nu cumva mă condamn în baza unui singur eveniment ?
- Nu cumva exagerez situația ?
- Nu cumva mă concentrez numai asupra slăbiciunilor și defectelor mele ?
- Nu cumva mă aștept să fiu perfect ?

E. Producerea de răspunsuri cognitive alternative

- Ce altceva aș putea gândi într-o astfel de situație ?
- Ce altceva ar putea gândi altcineva ?(mama, tata, prietenul meu)

-Ce gândeam eu înainte de a interveni această situație ?

F. Autoevaluarea gândurilor și emoțiilor

Fișă de înregistrare

1. Data
2. Situația, de exp: am prezentat tema și profesorul a spus că nu e bine făcută
3. Emoții: tristețe 100% și neînțelegere 80%
4. Gânduri asociate: nu știu să fac nimic 100%
5. Alternative: - am mai făcut și alte teme care au fost apreciate de profesor
- alți profesori m-au lăudat
- ce-ar fi să refac tema și sa-i dovedesc profesorului că sunt capabil
6. Noua estimare a credințelor asociate cogniției inițiale nu știu să fac nimic 25%
7. Noua estimare a nivelului emoțional tristețe 25%, neînțelegere 25%

G. Utilizarea altor tehnici cognitive

a. *reatribuirea responsabilităților* sau trecerea de la atribuirea predominant internă ce caracterizează depresivii la atribuirea externă. « Poate nu sunt eu responsabil de toate esecurile, mai sunt și alți factori responsabili ! »

b. *redefinirea problemei* de la formula « nu-mi acordă atenție nimeni ! » la inversarea situației « am nevoie sa întâlnesc alte persoane și să fiu atent cu ele ! »

c. *decentrarea* de pe propria persoană pe ceilalți de exemplu : un student timid care nu putea vorbi la seminar deoarece avea senzația că toți se uită la el a primit următoarea sugestie : să urmărească atenția studenților atunci când răspunde el la seminar .Astfel el a constatat că un student citea, alții vorbeau, iar alții aveau cu totul alte preocupări. Prin urmare anxietatea sa a scăzut în mod evident.

H. Abordarea schemei cognitive-comportamentale

a. căutarea factorului comun al gândurilor disfuncționale înregistrate

b. alte tehnici cognitive

- concentrarea asupra unui obiect
- conștientizarea senzorială
- exerciții mentale

c. monitorizarea activităților “ce a făcut subiectul pe parcursul unei zile?”

d. planificarea activităților

e. împărțirea activităților în sarcini concrete mai mici.

BIBLIOGRAFIE

1. BRINSTER PH. ”(1999), “Terapia cognitivă Editura Teora, București)
2. BIRKENBIHL V.(1998) “Antrenamentul comunicării” Editura Gemma Press, București
3. COTRAUX, J.(2003), “Terapii cognitive”, Editura Polirom Iași

4. DAVID DANIEL(2006), “Tratat de psihoterapiei cognitive-comportamentale », Editura Polirom Iași
5. TIRON ELENA(2005), « Consiliere educațională» Editura Institutul European, Iași

PROBE DE EVALUARE

1. Formulați o problema educationala și aplicați modelul S.O.R.C de prezentare a ei.
2. Dezvoltați modelul Beck de analiză a unei probleme educaționale cu care va confrunțați la disciplina predată de d-voastră, sau la disciplina de profil/specializare.
3. Realizați fișa de înregistrare a unei probleme educaționale pentru unul dintre elevii d-voastră.
4. Elaborați un proiect de modelare cognitiv-comportamentală la o disciplină de profil.
5. Formulați o problemă educațională și aplicați modelul Basic Ideea de analiză a ei.
6. Descrieți o situație educațională problematică și aplicați modelul SECCA pentru analiza ei.
7. Elaborați 10 cogniții negative ale elevilor din clasele cu care lucrați d-voastră.
8. Formulați 5 cogniții asertive ale unor elevi cu rezultate bune la învățatură dar care sunt considerați de ceilalți elevi ai clasei tocilari.
9. Elaborați o situație educațională prin care să evidențiați *mitul bunului prieten*.
10. Formulați 6 soluții alternative pentru a contracara efectele negative ale perfecționismului elevilor.