

PSIHOTERAPIA BAZATĂ PE SCHEME COGNITIVE - O OPȚIUNE ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE

Maria Estela MIHOC*

Rezumat:

Deși tulburările de personalitate sunt privite mai curând ca „netratabile”, există în momentul de față o literatură empirică în creștere care sugerează că acele condiții diagnosticate pe Axa II ar putea fi tratate cu ajutorul psihoterapiei. Literatura este revăzută critic, implicațiile legate de lungimea tratamentului sunt discutate, iar chestiunile cost-eficiență sunt examinate.

Psihoterapia bazată pe scheme cognitive este o forma de psihoterapie inovativă dezvoltată de Jeffrey Young pentru tratamentul tulburărilor de personalitate. Ea integrează elemente din terapia cognitivă, din terapia bazată pe relațiile de obiect și din gestalt-terapie într-o abordare terapeutică unificată și sistematică.

Cuvinte cheie:

tulburare de personalitate, psihoterapia bazată pe scheme cognitive

Abstract:

Although personality disorders are often regarded as “untreatable”, there is actually a growing empirical literature suggesting that Axis II conditions may be treatable by psychotherapy. This literature is critically reviewed, the implications for length of treatment are discussed, and cost-effectiveness issues are examined.

Schema therapy is an innovative psychotherapy developed by Jeffrey Young for personality disorders. It integrates elements of cognitive therapy, behavior therapy, object relations, and gestalt therapy into one unified, systematic approach to treatment.

Key words :

personality disorder, schema therapy

1. Tulburările de personalitate

Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 1993), tulburările de personalitate reprezintă modele de comportament stabile și profund înrădăcinate în structura psihică a persoanei, care se manifestă ca niște răspunsuri rigide declanșate într-o serie de situații sociale și personale. Acestea constituie deviații extreme și importante de la modul în care un individ mediu din cadrul unei culturi date percepe, simte, gândește și stabilește relații cu ceilalți. Respectivul model tinde să fie stabil și să includă numeroase situații care implică funcționarea psihologică și comportamentală. Tulburările de personalitate sunt frecvent, deși nu întotdeauna, asociate cu diverse grade de disconfort subiectiv și cu probleme în ceea ce privește funcționarea socială a individului.

Conform Manualului de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale elaborat de Asociația Psihiatrilor Americani (DSM IV; APA 1994), tulburările de personalitate reprezintă modele durabile de percepție, relaționare și gândire în raport cu propria persoană și cu mediul înconjurător, care se manifestă în contexte sociale și personale extrem de variate. Doar atunci când trăsăturile personalității sunt rigide și dezadaptative și cauzează o alterare în funcționarea individului sau o suferință subiectivă importantă, putem vorbi de tulburări de personalitate.

Marea majoritate a psihoterapeuților consideră că pacienții cu tulburări de personalitate sunt netratabili,

* Psiholog – Psihoterapeut, Cabinet Individual de Psihologie Mihoc Maria Estela

iar situațiile în care totuși se obțin rezultate sunt explicate prin caracterul simulat al simptomelor sau prin erori de diagnostic. Turkat și Maisto afirmau în 1985 că aproximativ 50% din pacienții tratați în clinicile de psihiatrie prezintă și tulburări de personalitate, aceștia fiind tratați inițial pentru probleme emoționale, până în momentul în care clinicienii realizează că au de-a face cu aspecte mai profunde, specifice tulburărilor de personalitate. Acești pacienți sunt mai greu de tratat decât cei cu tulburări emoționale, din cauza rigidității și persistenței trăsăturilor lor psihopatologice iar modificarea schemelor disfuncționale care stau la baza suferinței lor se va face întotdeauna după rezolvarea tulburărilor emoționale asociate care țin de axa I a DSM.

Cercetările efectuate în ultima perioadă au adus dovezi în sprijinul eficienței unor forme de psihoterapie în tulburările personalității. Astfel, sunt recunoscute strategiile cognitiv-comportamentale puse la punct de Beck și colaboratorii săi în 1979, ghidul practic de terapie cognitiv-comportamentală pentru pacienții cu tulburări de personalitate elaborat de Pretzer și Fleming în 1989, studiile și aplicațiile practice ale lui Jeffrey Young în terapia tulburărilor de personalitate, bazate pe schemele cognitive dezadaptative timpurii. Cu toate acestea, restructurarea profundă a personalității rămâne un obiectiv ambițios, iar intervențiile terapeutice vizează obiective mai realiste formulate în termeni de „ameliorare”, „adaptare”.

2. Psihoterapia bazată pe schemele cognitive

Psihoterapia bazată pe schemele cognitive reprezintă un demers elaborat de Young (1990; 1999) care, perfecționând conceptele și strategiile terapiei cognitive comportamentale și împrumutând și elemente specifice altor orientări terapeutice (psihanaliza, gestalt-terapia, orientarea constructivistă și cea centrată pe relația obiectuală), pune la punct acest nou model, destinat mai ales clienților cu tulburări cronice, precum sunt cei cu tulburări de personalitate, care primesc diagnostice înregistrate pe axa II a DSM IV. Aceștia, spre deosebire de pacienții care manifestă simptome psihiatrice acute înregistrate pe axa I a DSM IV, reclamă probleme vagi, cu caracter permanent și se manifestă într-un mod aparte, caracterizat de dificultăți majore în formarea și menținerea alianței terapeutice, incapacitate sau refuz de a urma prescripțiile primite, inflexibilitate și rigiditate cognitivă și comportamentală, comportamente autodistructive, strategii de coping inadecvate și dificil de schimbat.

Premisa principală a abordării lui Jeffrey Young este că indivizii cu probleme complexe dețin una sau mai multe scheme cognitive dezadaptative care îi fac vulnerabili la tulburările emoționale. Scopul principal în terapia schemelor la pacienții diagnosticați cu tulburare de personalitate este reprezentat de identificarea schemelor precoce dezadaptative, validarea nevoilor emoționale neîmplinite ale subiectului, schimbarea credințelor disfuncționale și a schemelor dezadaptative cu unele mai funcționale, modificarea tiparelor de viață și a stilurilor de coping dezadaptative, precum și asigurarea unui mediu în care să poată fi învățate abilități adaptative.

3. Concepte centrale în modelul psihoterapiei bazată pe scheme

Schemă cognitivă

Conform teoriei cognitive asupra personalității, termenul de „schemă cognitivă” desemnează un set de cogniții centrale și intermediare care se formează în cursul dezvoltării ontogenetice, cu accent (neexclusiv) pe prima copilărie și care fac parte din structura de personalitate a individului. Aceste cogniții generale constituie o structură pe care individul o impune asupra datelor realității și în baza căreia filtrează informațiile percepute, le interpretează conferind semnificații evenimentelor de viață și își dirijează reacțiile. Depozitate la nivel inconștient, schemele cognitive sunt structuri de profunzime care există în stare latentă și sunt reactivate în situații specifice, constituind factori de vulnerabilitate generală în condițiile în care ele sunt disfuncționale (David și Szentagotai, 2006).

Scheme precoce dezadaptative

Jeffrey Young postulează faptul că schemele cognitive rezultate în urma unor experiențe negative din copilărie stau la baza apariției și menținerii unor tulburări ale personalității. În 2003, el introduce termenul de „scheme precoce dezadaptative”, definindu-le ca “teme largi cu privire la sine și propriile relații cu ceilalți care se dezvoltă în copilărie, se elaborează pe parcursul vieții și sunt disfuncționale într-o anumită măsură”. Ele reprezintă structuri profunde, stabile și persistente, alcătuite din emoții, amintiri, cogniții și senzații corporale referitoare la propria persoană și la relațiile cu ceilalți. Caracterul lor disfuncțional devine evident la vârsta adultă, atunci când individul continuă să le utilizeze, deși acestea nu se mai potrivesc situației prezente. Ele sunt greu de modificat, întrucât indivizii le consideră adevăruri absolute, de necontestat și pun în funcțiune diverse mecanisme pentru consolidarea și perpetuarea lor.

Domenii ale schemelor dezadaptative

Cele optsprezece scheme dezadaptative precoce identificate au fost grupate în cinci categorii, numite

domenii ale schemelor. Young, Klosko și Weishaar (2003) consideră că la originea schemelor disfuncționale ale unei persoane se află următoarele cinci trebuințe umane nesatisfăcute: (1) nevoia de atașament (securitate, stabilitate, acceptare și nurturanță), (2) nevoia de autonomie, competență și identitate personală, (3) nevoia de libertate de a exprima propriile trebuințe și emoții, (4) nevoia de spontaneitate, trebuința ludică și (5) nevoia de limitări realiste și autocontrol. Aceiași autori descriu patru tipuri de experiențe timpurii care conduc la structurarea schemelor cognitive dezadaptative: (1) frustrarea nevoilor primare ale subiectului de către părinți sau îngrijitori, (2) traumatizarea sau victimizarea, (3) răsfățul și atenția exagerată, (4) internalizarea selectivă sau identificarea cu un părinte semnificativ de la care sunt preluate convingeri, sentimente, trăiri și modele de comportament.

Stiluri de coping dezadaptative

Coping-ul este răspunsul individului la evaluarea unei amenințări, fiind definit (după Lazarus, Folkman, 1984) ca un ansamblu de eforturi cognitive și comportamentale de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările interne sau externe care îi depășesc resursele personale.

Dacă în copilărie stilurile de coping adoptate de un individ sunt adaptative, reprezentând mecanisme psihologice care operează la nivel inconștient pentru a-l ajuta să facă față amenințărilor provenite din frustrarea nevoilor sale bazale și pentru a-i asigura supraviețuirea, menținute la maturitate ele devin dezadaptative întrucât continuă să perpetueze schemele cognitive disfuncționale, chiar și atunci când condițiile s-au schimbat.

Există trei stiluri mari de coping, care întăresc schemele prin evitarea trăirii emoțiilor dureroase asociate cu ele: (1) acceptarea schemei (persoana acceptă schema ca fiind inevitabilă, se supune ei și se comportă pasiv pentru a nu înrăutăți lucrurile.), (2) evitarea schemei (persoana recurge la strategii care îi permit să evite schema sau să se sustragă ei, nemaisimțind efectele activării ei.), (3) compensarea schemei (persoana contraatacă, manifestând atitudinal și comportamental tendința excesivă de a face opusul acțiunilor pe care i le dictează schema.)

Modalitate a schemei cognitive

După Young, Klosko și Weishaar (2003), o modalitate a schemei cognitive este un set de scheme cognitive și strategii de coping puse în acțiune de un subiect într-un moment anume. Subiectul poate trece dintr-o modalitate disfuncțională în alta, activând scheme cognitive și strategii de coping latente, întocmai ca un individ care trece de la o stare de dispoziție tristă la una agresivă. Young și colaboratorii au identificat în 2003 mai multe modalități ale schemelor cognitive timpurii, grupate în următoarele categorii: modalități specifice copilului (copilul vulnerabil, copilul furios, copilul impulsiv și copilul fericit), modalități disfuncționale parentale (părintele punitiv, părintele solicitant) și modalități specifice adultului sănătos. Acestea din urmă au un caracter mai puțin rigid, sunt flexibile și deschise schimbării.

4. Psihoterapia bazată pe schemele cognitive în tratamentul tulburărilor de personalitate: faze și strategii terapeutice

Psihoterapia bazată pe scheme comportă două faze: identificarea schemelor (însoțită de informarea și educarea pacientului) și schimbarea. În prima fază terapeutul îl ajută pe pacient să își identifice schemele, să înțeleagă originea schemelor sale din copilărie și să relaționeze schemele cu problemele sale curente. În a doua fază, cea de schimbare, terapeutul integrează mai multe intervenții de tip cognitiv, comportamental, experiențial și strategii interpersonale pentru a modifica schemele și a înlocui stilurile de coping dezadaptative cu comportamente mai sănătoase. (Young, Klosko, & Weishaar, 2003)

Strategiile terapeutice pot fi grupate în următoarele categorii:

a) Strategii cognitive

Strategiile cognitive consideră schema o ipoteză de testat. Trăvialul cognitiv permite tratarea schemei prin intermediul reprezentării emoției și nu prin emoția ea însăși, facilitând astfel o gradare a abordării, întărind în același timp motivația pacientului pentru acțiune.

Tehnici: confruntarea empatică (recunoașterea de către terapeut a caracterului logic al prezenței schemei și a strategiilor de coping în funcție de istoria personală a pacientului), testul validității schemei (identificarea dovezilor pro și contra schemei pentru întreaga viață, evidențiind tendința spre minimizare sau maximalizare a dovezilor), reinterpretarea dovezilor (reinterpretarea motivațiilor reale ale factorilor traumatizanti – pentru deculpabilizarea pacientului – și repetarea dovezilor prin intermediul coping-urilor neadaptate), evaluarea avantajelor și inconvenientelor coping-urilor (demonstrarea avantajelor pe termen scurt – evitarea schemei dureroase – și a inconvenientelor pe termen lung – menținerea schemei ca atare), dialogul dintre schemă și latura rațională (joc de rol între pacient și terapeut care apără pe rând diferitele puncte de vedere), expunere scurtă (redactarea unei restructurări a schemei sub forma unui rezumat pe care pacientul îl păstrează

cu el și îl recitește în momentul în care schema se reactivează), agenda (autoobservare prin care pacientul notează apariția schemelor și se antrenează să răspundă la acestea în mod rațional).

b) Strategii experiențiale

Strategiile experiențiale acționează împotriva schemei pe plan emoțional (prin evocarea schemei în imaginație) și au drept scop dezvoltarea unor stiluri de coping mai adaptate și amplificarea încrederii în sine a pacientului în timp ce se expune schemei.

Tehnici: dialogul imaginar cu persoana presupusă a fi la originea schemei sau care o consolidează în prezent (pacientul revede scena în imaginație dar își afirmă drepturile și nevoile; terapeutul sau pacientul adult servește drept model copilului de altădată), refacerea relației parentale în imaginație (pacientul adult sau terapeutul îi oferă copilului ceea ce îi lipsește, în funcție de ceea ce copilul însuși a mărturisit), scrisoarea către părinții care traumatizează (pacientul scrie o scrisoare care îi exprimă nevoile, criticile, scrisoare care va fi citită în cadrul terapiei și nu va fi trimisă în realitate).

c) Strategii comportamentale

Strategiile comportamentale presupun expunerea in vivo la schemă în toate domeniile vieții, în vederea abandonării coping-urilor neadaptate care mențin schema. Întrucât o singură schemă generează strategii de coping multiple și variabile în funcție de context (fiecare dintre acestea consolidând schema), sunt indicate prescripții care să acopere toate aspectele vieții.

Tehnici: definirea obiectivelor intervenției în toate aspectele vieții (vizarea schemelor și coping-urilor principale), stabilirea de priorități (în funcție de suferința și de obiectivele pacientului), utilizarea imageriei și a jocului de rol (pentru pregătirea acțiunii), prescrierea sarcinilor, reexaminarea sarcinilor, dezvoltarea abilităților sociale.

d) Strategii centrate pe relație

Strategiile centrate pe relație presupun declanșarea schemelor în cadrul relației terapeutice, cu scopul de a obține material diagnostic și terapeutic și de a optimiza în același timp relația.

Tehnici: confruntarea empatică, refacerea limitată a relației parentale (terapeutul satisface parțial, prin atitudinea sa, nevoia emoțională de bază de care copilul a fost frustrat: consolidează empatic, fixează limite ferme, controlează instalarea stării de dependență, etc.).

Bibliografie (References)

1. Holdevici Irina (2009) Psihoterapia cognitiv comportamentală în tulburările de personalitate, pp 563-705. **Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală**, Editura Trei, București
2. Nireștean Aurel, Lăzărescu Mircea (2007) **Tulburările de personalitate**. Editura Polirom, Iași.
3. Nireștean Aurel (2006) **Tulburările de personalitate – Interpretări doctrinare și condiții de comorbiditate**, University Press, Târgu Mures
4. Nireștean Aurel (2006) Tulburările de personalitate – repere manageriale, pp 59-63. Covrig Carmen, Zichil Gelu, Turcu Iustinian, Chiriță Roxana, Lăzărescu Mircea, Chiriță Vasile, (2006). **Calitatea vieții în psihiatrie**. Editura Vicovia, Bacău.
5. Philippe Fontaine, Maryse Fontaine-Buffer (2008), Depresia și terapia centrată pe scheme. Ovide Fontaine, Philippe Fontaine (2008) **Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă**, Editura Polirom, Iași
6. Arthur Freeman et al. (2005). **Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy**, Springer Science + Business Media Inc.
7. Len Sperry (2006) **Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV-TR Personality Disorders**, Taylor & Francisc Inc.
8. Robert P. Archer, Steven R. Smith (2008) **Personality Assessment**, Taylor & Francis Group, LLC
9. Mario Maj (2005) **Personality disorders – WPA Series, Evidence & Experience in Psychiatry**, Wiley
10. Theodore Millon, Seth Grossman, Carrie Millon, Sarah Meagher, Rowena Ramnath (2004), **Personality Disorders in Modern Life**, Wiley
11. Steven Jay Lynn, Albert Ellis (2009), **Rational and Irrational Beliefs**, Oxford University Press
12. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar (2003), **Schema Therapy – A Practitioner's Guide**, The Guilford Press, New Zork

13. Daniel David (2006), **Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale**, Editura Polirom, Iași
14. Judith Beck (2010) **Psihoterapie cognitivă - fundamente și perspective**, Editura RTS, Cluj