

„Un șoarece pe roată” – studiu de caz

Dan VASILIU

Psiholog clinician în supervizare.

Formare în: NLP&NLPT.; terapii scurte, colaborative, orientate pe resurse și soluții; F.I.T. (feedback informed treatment). Cursuri de formare continuă în: hipnoterapie cognitiv-comportamentală; tehnici moderne de psihoterapie cognitiv-comportamentale - consiliere genetică; diagnostic, evaluare și intervenție în tulburări ale limbajului; intervenții cognitiv-comportamentale la copii, adolescenți și vârsta a treia; diagnostic și evaluare clinică. Activitate de cercetare în ceea ce privește factorii de personalitate în sanogeneză și tulburările de personalitate.

Încă de la început doresc să precizez că acesta este un caz real. Pentru publicare am obținut acordul prealabil al clientului. I-am oferit posibilitatea de a-l citi, înainte de a fi publicat, cu dreptul de a elimina sau reformula acele pasaje care i-ar putea dezvălui identitatea sau i-ar leza intimitatea. Pentru păstrarea confidențialității am modificat deliberat anumite date despre client, fără însă a denatura rezultatele psihodiagnosticului sau forma și conținutul asistării și ale terapiei suportive.

Laura, o femeie de 38 de ani, necăsătorită, cu studii superioare și preocupări intelectuale, a venit la cabinet cu următoarele acuze: neputința de a descoperi cauzele propriilor deficiențe de relaționare; dificultăți în identificarea resurselor necesare pentru a-și „manifesta întregul potențial”; obstacole în identificarea și manifestarea „sinelui autentic”.

Psiholog: Bună ziua. Luați loc unde credeți că vă este mai comod. (Clienta alege un fotoliu despărțit de o măsută transparentă de cel al psihologului). Cu ce anume vă pot fi de folos?

Laura: Știți ... eu ... (scoate un caiet voluminos în care erau notate presupunerile ei despre cum va decurge intervenția psihologică și intelectualizări referitoare la probleme). Mi-aș dori să scap de măștile mele care au ajuns să mă obosească și pe care le socotesc păguboase.

Psiholog: Văd că v-ați pregătit înainte de întâlnirea noastră.

Laura: Da. Am pus pe hartie temele despre care cred că ar fi util să vorbim. Să fiu sigură că nu îmi scapă nimic...

Psiholog: O să discutăm pe îndelete notele din caiet. Înainte însă aș fi curios să-mi împărtășiți, în câteva cuvinte, care ar fi esența lor. Ce v-ați dori să schimbați?

Laura: Nu știu dacă vreau sau dacă trebuie să schimb ceva sau dacă schimbare este cuvântul. Pentru început vreau să înțeleg. Am impresia că toate lucrurile sunt un ghem cu multe capete de fire care ies din el. Este nevoie să trag de fire; toate îmi sunt înșirate și nu știu ce să fac cu ele. Două lucruri mă deranjează profund. Este o mare diferență între „Laura în relație cu persoane cunoscute și apropiate” și „Laura în relație cu persoanele pe care nu le cunosc”. Pe de altă parte, nu mă pot manifesta „autentic Laura” cu cea din urmă.

Psiholog: Înțeleg că cele descriese v-au creat până acum disconfort. Ce credeți v-ar fi de folos să aveți o stare mai bună?

Laura: Mi-aș dori să scap de măștile mele păguboase. Pe de altă parte vreau să-mi exprim întregul potențial și nu știu să mă sprijin ... (crește anxietatea și somatizează – apare eritemul pudic).

Psiholog: Puteți să-mi spuneți mai multe despre aceste măști pe care dumneavoastră le-ați numit păguboase?

Laura: Simt că trebuie să facem o incursiune în trecut. Cred că ceva mă reține în manifestarea sinelui autentic. În fapt nu știu care este acesta și cum s-ar manifesta el în mod autentic!

Psiholog: Veți căuta și resurse de sprijin în trecut?

Laura: Poate că, dacă aflu ce și în ce mod îmi stă în cale, voi găsi și soluții.

Psiholog: Înainte de a ne continua explorarea vă rog să vă gândiți la ultimele două săptămâni și să încercați să vă evaluați aceste patru dimensiuni: individual, interpersonal, social și global. Marcați starea resimțită pe aceste linii continue unde „0” înseamnă foarte inadecvat iar „10” înseamnă că v-a fost foarte bine. (clienta completează scala de evaluare a rezultatului - ORS (Miller and Duncan, 2002) marcând cu un semn pe linia continuă de sub fiecare dimensiune).

Psiholog: Mulțumesc. Mă întreb dacă la acest rezultat au contribuit și toate cele pe care mi le-ați spus înainte.

Laura: Toate sunt consecință a neputințelor mele. Pentru asta m-am decis să apelez la psiholog. Vreau să-nctez să mai despic firul în 564.

Laura are puțini prieteni și este oricum rezervată în privința lor. Locuiește cu chirie, cu toate că are în proprietate un apartament. Consideră că apartamentul aflat în proprietate „nu o reprezintă”. A avut o copilărie fericită, îi plăcea să deseneze (semna cu un pseudonim) și a avut o etapă în care avea

impresia că a fost înfiată. De la mamă a aflat că a fost „o sarcină nedorită”. Încă din copilărie s-a considerat în avans față de generația ei, fiind validată de mamă. Are o soră pe care multă vreme a perceput-o „ca tata” iar pe ea însăși „ca mama”. Atmosfera din casă, în perioada copilăriei și a adolescenței, o consideră „conflictuală și polarizată”. În perioada adultă a avut o relație de durată, foarte profundă, cu un partener mai în vârstă, care a decedat. A mai încercat o relație, cu un prieten, dar s-a finalizat cu un eșec. A avut o afacere la care a renunțat din cauza asociatului. În acea perioadă s-a considerat ca fiind creativă, capabilă de o bună gestionare a „situațiilor virgine” și având abilitatea de a transforma totul în „ceva aparte”. A simțit un sentiment de vină „deoarece nu profesa în domeniul în care s-a pregătit”. La data prezentării la cabinet, clienta nu avea o ocupație constantă și stabilă și era în căutarea unui nou drum în viață.

Din punct de vedere medical, nu are antecedente importante; a avut o operație de apendicită și două accidente de mașină fără traume deosebite. Este fumătoare, are un somn sănătos, dar cu treziri timpurii și „ia mese de proastă calitate”. În privința antecedentelor medicale în familie, bunica a suferit de rinichi și mama a decedat de cancer, iar din perspectivă psihologică – o verișoară a avut tentative de suicid. Clienta a suferit două atacuri de panică majore la vârsta de 18 ani și la 34 de ani și acuză următoarele senzații resimțite des: dureri de cap, tensiune, incapacitate de relaxare, dureri de spate, neplăcerea de a fi atinsă (selectiv), transpirație excesivă, tulburări intestinale. Din observațiile făcute în timpul interviului am constatat că, atunci când starea de anxietate crește, somatizează și apare fenomenul de eritem pudic. Este conștientă de acest fenomen și se consideră în pericol - „mă pune într-o situație ridicolă, de inferioritate, iar alții ar putea profita”.

Laura se imaginează pe sine ca având succes, fiind responsabilă, fiind urmărită sau fiind prinsă în cursă „ca un șoarece pe roată”. Gândurile sale persistente sunt: „sunt nedemnă de a fi iubită, sunt neatrăgătoare sau indezirabilă, fac prea multe greșeli”. Pentru a se descrie, folosește următorii

termeni: inteligentă, meritorie, atentă, sensibilă, loială, onestă, muncitoare, cu simț al umorului. Se vede totuși: plină de regrete, neatrăgătoare, inadecvată, naivă, încăpățanată, nu poate lua decizii pentru că „a obosit”. În prezent, manifestă sentimente de: vină, „tristețe calmă”, fericire, singurătate, energie, frică. Principalele teme ale fricii sale sunt: teama de sărăcie, de boală în sărăcie sau/și singurătate, de „neiubire”. Ar dori să se manifeste mai mult în „contexte autentice Laura” și să nu mai „despice firul în 564”. În relațiile sociale se consideră deopotrivă foarte relaxată și relativ inconfortabil – „ca și cum sunt două Laura”. Despre alte persoane apropiate sau prieteni vorbește puțin, la timpul trecut, considerând majoritatea poveștilor încheiate. Poate menționa doar trei, maxim cinci prieteni pe care îi consideră foarte apropiați ca și cum ar fi fost o familie cu fiecare în parte.

Alte observații din timpul interviului: clienta șterge des urmele de pe masa de sticlă aflată în cabinet; se joacă cu mărgelile de la gât (caută să facă ceva cu mâinile); înainte de a răspunde folosește îndelung dialogul interior; când evocă amintiri care au rănit-o sufletește izbucnește în plâns.

Anamneza a fost realizată pe baza chestionarului multimodal Lazarus (1991), completat de către Laura ca temă de casă după prima ședință, și discutarea lui în cea de-a doua ședință. Pe parcurs a fost completată cu date obținute în urma observațiilor și a dialogurilor despre probleme.

Pentru realizarea diagnosticului multiaxial, conform DSM-IV-TR, au fost utilizate interviurile structurate pentru tulburările de pe axa I a DSM - SCID I (First, Spitzer, Gibbon, Williams, 2007) și pentru tulburările de pe axa-II-a DSM - SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, Benjamin, 2007), adaptate în România sub coordonarea prof. dr. Daniel David.

În urma aplicării interviului structurat SCID I a reieșit prezența tulburării de panică fără agorafobie și s-a constatat în același timp prezența fobiei specifice față de câini.

Din prelucrarea rezultatelor la interviul SCID II a reieșit faptul că Laura are o tulburare de personalitate schizotipală îndeplinind următoarele cinci criterii: a avut

sentimentul că poate face ca anumite lucruri să se întâmple prin simplul fapt că s-a gândit la ele (dă patru exemple care îi confirmă convingerea), a avut experiențe personale de ordin supranatural (povestește experiențe mistice), crede că are un „*al șaselea simț*” care-i permite să prevadă lucruri (are confirmări sau pur și simplu știe), a avut senzația că în preajmă se află o prezență, chiar dacă nu o putea vedea (prietenui decedat), există foarte puține persoane de care se simte cu adevărat apropiată (apare și în anamneză). De asemenea prezintă unele trăsături de personalitate evitantă (evită să interacționeze dacă nu este sigură că va fi simpatizată, își face frecvent griji pentru faptul că ar putea fi criticată, este de obicei tăcută atunci când întâlnește persoane noi) și personalitate obsesiv-compulsivă (acordă importanță crescută detaliilor, ordinii și organizării, are standarde foarte înalte în privința a ceea ce este bine sau rău, îi este greu să-l lase pe alții să o ajute dacă ei nu sunt de acord să facă lucrurile exact așa cum dorește ea), fără însă a îndeplini criteriile de diagnosticare ale acestor tulburări.

Au fost evaluați factorii de personalitate în sanogeneză pentru determinarea relevanței personalității în contextul vulnerabilității și rezistenței la stres și boală. Evaluarea a ajutat la înțelegerea mecanismelor și a proceselor cognitive care influențează funcționarea individuală în toate aspectele sale: motivațional, emoțional și comportamental. În acest scop am utilizat scalele Rosenberg pentru măsurarea stimei de sine, chestionarul lui Rotter pentru determinarea locului controlului și scala optimismului LOT – R (Life Orientation Test-Revised), adaptate pentru România de Baban (1998) și scalele SES (Self-Efficacy Scale), DRS15 (Dispositional Resilience Scale) și SOC13 (Sense of Coherence Scale) adaptate pentru România de Baban (1998), revizuite de Vasiliu, Pascal și Marinescu (2015).

Pentru scala autoeficacității personale SES (Schwarzer și Jerusalem, 1995) Laura a obținut scorul 39 ceea ce denotă un nivel foarte ridicat al autoeficacității: are încredere în capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru îndeplinirea sarcinilor date, este capabilă să

facă față evenimentelor din viață și are încredere în capacitatea de a reuși și de a menține controlul.

Chestionarul lui Rotter indică un loc al controlului intern apropiat însă de limita cu cel extern.

La aplicarea chestionarului stimei de sine (Rosenberg, 1989) Laura a obținut scorul 29, ceea ce indică un nivel mediu al stimei de sine, lucru ce se datorează situației incerte din prezent precum și eșecului repetat în relațiile interpersonale.

Pentru scala robusteții DRS15 (Bartone, 1995) a rezultat un nivel scăzut (scor general 27) indicând o deteriorare a percepției controlului personal și a semnificației implicării, iar schimbările și evenimentele din viață nu sunt percepute ca stimulante. Factorul „*angajare*” scăzut (scor 8) denotă o scădere a convingerii că evenimentele au sens și semnificație. Factorul „*control*” mediu (scor 11) arată o încredere moderată că evenimentele pot fi influențate și o percepție slabă privind abilitățile de a se raporta activ la mediu, iar factorul „*provocare*” scăzut (scor 8) indică o orientare redusă spre viitor și impresia că schimbările nu sunt o șansă de dezvoltare personală.

Sensul coerenței a fost evaluat cu scala SOC13 (Antonovsky, 1987) la care Laura a obținut un nivel înalt (scor general 75) cu factorii: „*înțelegere*” înalt (scor 32), „*flexibilitate și control*” înalt (scor 18), „*sens și rost*” înalt (scor 25), predicția fiind că sensul coerenței este stabilizat. Aceasta înseamnă că stimulii interni și externi sunt explicabili și predictibili; are resurse de a face față stimulilor; solicitările au sens și scop, implicarea și investiția de efort este justificată; respectă regulile și participă la luarea deciziilor.

Scala optimismului LOT-R (Scheier, Carver și Bridges, 1994) a arătat un optimism mediu (scor 18), în sensul că Laura investește efort pentru a preveni problemele sau a le transforma pozitiv; ajustarea sa la stres și boală este satisfăcătoare; caută și uneori găsește strategii de coping în situații de stres.

Diagnostic multiaxial

Axa I (tulburări clinice):

- 300.01 tulburare de panică fără agorafobie.
- 300.29 fobie specifică de câini.

Axa II (tulburări de personalitate):

- 301.22 tulburare de personalitate schizotipală;
- unele criterii de tulburare de personalitate evitantă și tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă, fără însă a îndeplini criteriile de diagnostic ale acestor tulburări.

Axa III (boli somatice, condiții medicale):

- eritem pudic.

Axa IV (probleme psihosociale și de mediu):

- deficiențe în relaționare datorate exigenței proprii;
- sentimentul de inadecvare în raport cu mediul social;
- eșecuri în găsirea unui partener.

Axa V (evaluarea globală a funcționării):

- indice GAF=63

În ceea ce privește diagnosticul diferențial se constată că atacurile de panică sunt spontane, nu se manifestă în urma unor fobii sociale sau a efectului consumului de substanțe și nu se asociază cu anxietatea datorată unei condiții medicale generale, ceea ce elimină posibilitatea de stres posttraumatic. Referitor la fobia pentru câini clienta nu a asociat-o cu declanșarea atacurilor de panică. Cu toate că manifestă unele obsesii și compulsii, acestea nu sunt egodistonice pentru a sugera tulburarea obsesiv-compulsivă. Analiza tiparelor de comportament conduce la ipoteza prezenței unei tulburări de personalitate schizotipale. Cu toate că se aseamănă în unele privințe cu tulburarea de personalitate schizoidă, clienta nu este flegmatică, impenetrabilă la emoții și nu este indiferentă; are în schimb un mod de gândire și comportament special, iar uneori manifestă convingeri și experiențe perceptivie ieșite din comun.

Conceptualizarea cazului

Conceptualizarea cazului, respectiv interpretarea tabloului clinic al clientului, a fost făcută pe baza modelului stres-vulnerabilitate. Acesta presupune faptul că anumite evenimente stresante interacționează cu o stare de vulnerabilitate biologică sau psihologică generând tabloul clinic (Rizeanu, 2014). Am explicat Laurei că anumiți factori predispozanți, în cazul ei distorsiunile cognitive (catastrofarea și evaluarea globală negativă precum: „sunt nedemnă de a fi iubită”, „sunt neatrăgătoare și indezirabilă”, „fac prea multe greșeli”), au determinat-o să interpreteze în mod greșit unele situații de viață, percepându-le drept amenințătoare. Decesul mamei și, peste un timp, cel al partenerului, situație amplificată de eșecul în stabilirea unei noi relații, au fost considerate de Laura ca predictive pentru un viitor sumbru. Datorită iluziei înțelegerii (Kahneman, 2012) Laura nu a mai putut identifica resurse pentru prevenirea unui viitor scenariu închipuit, acela de a sfârși în sărăcie și/sau de boală în singurătate. Pe de altă parte studii ale lui Schmidt și colaboratorii săi (apud. Beck, Freeman și Davis, 1996) sau ale lui Salkovskis și colaboratorii săi (apud. Beck, Freeman și Davis, 1996) au identificat legătura puternică între comportamentele orientate către siguranță și interpretările catastrofice eronate. Acestea au condus la creșterea anxietății și la apariția simptomelor somatice asociate pe care Laura le-a interpretat ca semne ale unui iminent atac de cord. Frica, astfel exacerbată, a dus la declanșarea atacurilor de panică, iar simptomele au fost amplificate de caracteristicile tulburărilor de personalitate schizotipale și obsesiv-compulsive. Factorii precipitanți au fost temerile existențiale față de izolare și față de libertate (I.D. Yalom, 2012). Prima se explică prin conflictul între conștientizarea singurătății și dorința de apartenență la ceva sau cineva, iar a doua prin lipsa unui temei, a unei structuri externe de sprijin. Factorii de menținere au fost evocarea unor vise repetitive din copilărie printre care

„este prinsă undeva și ceva necunoscut se aproprie amenințător” sau senzația cotidiană că este ca „un șoarece pe roată”.

Laura nu a putut evoca un moment traumatizant din viață care ar fi putut declanșa fobia specifică. În general știe că evită situațiile în care ar putea întâlni câini. Conform teoriei lui Seligman (2013) aceasta are rădăcini genetice.

Experiențele de viață ce au condus la structurarea tulburării de personalitate schizotipală au fost: respingerea percepută din partea părinților, a suferit abuzuri și violență fizică din partea tatălui precum și experiențe în care s-a simțit respinsă, persecutată și devalorizată în grupul de egali (după cum rezultă din anamneză). Rezultatul a fost materializat în convingeri neobișnuite, ceea ce a condus la strategii de coping cum ar fi vigilența exagerată (ex. „Cred că nu las pe nimeni în viața mea”) sau refuzul de a avea încredere în oameni.

Convingerile sale centrale sunt următoarele: ”Sunt o victimă a circumstanțelor” sau „Sunt o persoană care face lucrurile altfel decât majoritatea”, iar convingerile subiacente: „Dacă încerc să mă împrietenesc cu cineva mă va respinge și voi suferi”, „Dacă sunt diferită voi atrage atenția”. Strategiile de coping adoptate de Laura sunt: evitarea contactelor sociale și limitarea exprimării emoțiilor.

Obiectivele intervenției psihologice

Am stabilit de comun acord următoarele obiective:

- prevenirea atacurilor de panică, privire mai optimistă asupra viitorului și îmbunătățirea relațiilor familiale;
- ameliorarea fobiei specifice, frica de câini;
- găsirea unor resurse pentru îmbunătățirea abilităților de interrelaționare;
- întărirea stimei de sine și a robusteții;
- restabilirea modului proactiv în depășirea dificultăților;
- sporirea asertivității.

Planul intervenției

Planul intervenției psihologice cuprinde următoarele aspecte:

- exerciții de control al respirației și relaxare progresivă pentru controlul atacurilor de panică și reducerea anxietății;
- evidențierea credințelor iraționale față de situațiile activatoare pe baza modelului ABC (Ellis, 2006), disputarea și reformularea acestora și înlocuirea cu altele mai adaptative;
- intervenții terapeutice de scurtă durată, colaborative și orientate pe resurse și soluții pentru întărirea robusteții;
- tehnici rațional-emotive și comportamentale (Ellis, 2006) pentru întărirea stimei de sine (prin acceptarea necondiționată de sine și acceptarea necondiționată a celorlalți);
- ameliorarea fobiei prin desensibilizare sistematică;
- exerciții de reframing de context și de semnificație pentru îmbunătățirea relaționării interpersonale;
- tehnici NLP&NLPT. de echilibrare a trecutului și coaching pentru identificarea sau reactualizarea unor obiective și a posibilităților de a le realiza;
- training asertiv;
- folosirea scalelor de evaluare a rezultatului intervenției psihologice – *ORS* - cu axele: individual, interpersonal, social și global și de evaluare a ședinței – *SRS* - cu axele: relația terapeutică, scopurile și subiectele, abordarea sau metoda și global; urmărirea la fiecare ședință a evoluției prin *Feedback Informed Treatment (F.I.T.)*.

Prima ședință a debutat cu un scurt dialog referitor la problemele clienței, după care a urmat stabilirea elementelor de cadru: frecvența ședințelor - o dată pe săptămână, durata ședinței - de o oră, onorariul, modalitatea de adresare, precum și alte

elemente necesare întăririi și menținerii relației terapeutice. Am convenit negocierea unor teme de lucru individual, pentru acasă, și completarea, la fiecare ședință, a scalelor ORS pentru evaluarea rezultatului și a scalelor SRS pentru evaluarea ședinței (Miller, Duncan și Johnson, 2002). Ca primă temă de casă am convenit asupra completării chestionarului multimodal Lazarus.

În următoarele două sedințe am trecut la aplicarea Interviului clinic structurat pentru tulburările clinice – SCID - I și a Interviului clinic structurat pentru tulburările de personalitate - SCID - II. Spre finalul ședințelor am experimentat exerciții pentru controlul respirației și metoda de relaxare progresivă Jacobson. A doua temă de casă a fost completarea scalelor de evaluare a factorilor personalității în sanogeneză (*Scala autoeficacității SES, Chestionarul stimei de sine Rosenberg, Chestionarul locului controlului Rotter, Scala robusteții DRS15, Scala sensului coerenței SOC13 și Scala optimismului LOT-R*). Am discutat rezultatele obținute în urma psihodiagnosticului și testării și am convenit împreună asupra planului intervenției. La a patra ședință am retestat dorința Laurei de a-și explora trecutul.

Psiholog: Mi-ai spus la prima întâlnire că ai dori o incursiune în trecut.

Laura: Da! Simt că pot găsi acolo chei de înțelegere. Am făcut incursiuni individuale în trecut, către episoade semnificative sau marcante, am găsit răspunsuri punctuale, fragmentare, însă nu există o coerență... Am sentimentul că sunt ca pe un șantier arheologic: s-au făcut săpături și au fost scoase la suprafață bucăți disparate, cioburi, obiecte... Dar este nevoie de o privire titrată, sistemică, globală, care să dea sens tuturor celor descoperite... să pot înțelege și să obțin un sens unitar (clienta șterge compulsiv masa și se observă o creștere a anxietății și apariția eritemului pudic). In ultimii 20 de ani, mai exact de la moartea mamei și pâna acum, toată ființa mea și toate resursele au fost direcționate către asigurarea traiului zilnic. Am fost urmarită în permanența de spaima ca nu voi avea din ce să imi achit facturile, să imi asigur traiul zilnic, și aceasta m-a făcut să muncesc în permanență, până la surmenaj, într-un ritm stahanovist. Orice altceva era secundar. Acest mod de existență m-a făcut să am sentimentul acelu „șoarece pe roată”, din experimente, care nu se mai poate opri. Asta mă obosește și-mi creează un sentiment de revoltă. Sunt câteva puncte asupra cărora am reflectat și pe care le simt semnificative. Îmi tot vin în minte niște vise din copilărie. Mă simt prinsă undeva și ceva

amenințător, primejdios, se apropie de mine. Încerc zadarnic să scap. Mama mi-a spus că am fost o sarcină nedorită, dar mai apoi, după ce m-am născut, am devenit feblețea ei. În copilărie îmi doream să știu că sunt frumoasă însă mama și cei din jur îmi spuneau că sunt deșteaptă, nu frumoasă.

Am aplicat tehnica NLP&NLPT (Bandler, 2010) de echilibrare în trecut prin ancorare și modificarea constructivă a istoriei personale de-a lungul unei linii temporale, apoi am abordat întărirea stimei de sine prin modelul acceptării necondiționate de sine (Ellis, 2006). Ca temă pentru acasă, după exersarea relaxării progresive, clienta a acceptat să integreze cu toată convingerea definiția: „*Sunt bună, sunt valoroasă, sunt în bună regulă, numai pentru că exist, numai pentru că sunt un om, numai pentru că aleg să mă văd pe mine însămi cu ochi buni.*”

În următoarele sedințe i-am propus Laurei să ne ocupăm de prevenirea în viitor a atacurilor de panică. După exercițiul de relaxare progresivă Jacobson am trecut la aplicarea modelului lui Clark descris de Martin Seligman (2013).

Psiholog: Încearcă să-ți amintești ce anume ai simțit în momentele în care s-a instalat panica.

Laura: M-am simțit ca în visul din copilărie, când eram imobilizată și acel ceva rău se apropia de mine. Am simțit un fel de tremur și o durere în piept. Parcă nu mai aveam aer, parcă nu mai puteam respira pe nas și trebuia să deschid larg gura. Îmi părea că există doar clipa prezentă și că aceasta durează o veșnicie. A doua oară am simțit clar că o să mor.

Psiholog: Ai idee cât au durat?

Laura: Nu știu. Părea că durează o veșnicie. Poate mai bine de 10 minute ...

Psiholog: Trebuie să știi că o creștere a anxietății nu este un simptom specific morții sau al unui atac de cord. Anxietatea însăși produce dureri în piept și intensificarea respirației. Dacă interpretezi greșit aceste senzații firești ele devin mai intense iar neliniștea se poate transforma în groază. Cercul vicios poate culmina cu un atac de panică.

Laura: Și atunci ce semnificație ar trebui să le dau ?

Psiholog: O interpretare corectă este că orice stimul din viața noastră poate duce la o creștere a anxietății. Putem să ne îngrijorăm de ceva, la un anumit moment, putem să experimentăm o senzație de teamă sau nesiguranță ... Toate astea au ca rezultat creșterea anxietății și o reacție din partea organismului nostru.

Laura: Și cum pot ști asta?

Psiholog: Ai putea să-ți impui, preț de un minut, să respiri controlat? Fii atentă la ritmul și

profundimea respirației. Este posibil ca acest lucru să fie suficient pentru a prelua controlul anxietății. Gândește-te ce s-a întâmplat cu puțin timp în urmă și ce gânduri ar putea să te îngrijoreze. Observă că sunt doar ipoteze și stă în puterea ta să nu le materializezi. Caută soluții pentru a îmbunătăți situația și pentru a te feri de o eventuală amenințare.

Laura: Adică să nu mă lamentez că va cădea drobul de sare ...

Psiholog: Cam așa. Dacă vrei, putem face o demonstrație.

Am provocat hiperventilația, prin accelerarea respirației într-o pungă, iar creșterea cantității de CO₂ a dus la dificultatea respirației și la simularea simptomelor unui atac de panică: gâfâit, palpitații etc. fără un efect vătămător.

I-am explicat Laurei modelul ABC cognitiv și am continuat cu restructurarea credințelor iraționale. A ales ca primă situație activatoare „încercarea unui eventual partener de a intra în relație cu ea”, iar consecința negativă este aceea că „îi este greu să relaționeze și să se atașeze de un partener”. Credințele iraționale au fost: că nu este suficient de frumoasă și că „nu femeia alege” asociate cu sentimente de revoltă, neputință, anxietate crescută și comportamente de evitare, retragere, stângăcie. Am identificat, împreună, o listă de probleme și credințele care le susțin iar tema pentru acasă a fost să identifice alternative raționale la credințele iraționale din listă.

Începând cu ședința a șaptea am experimentat exerciții de reframing pentru îmbunătățirea abilității de interrelaționare și am aplicat un metamodel de coaching (O'Connor, 2010) pentru testarea unor obiective imediate și modelarea vieții de zi cu zi. Am observat dorința sporită de implicare și de colaborare din partea Laurei.

Începând cu ședința a zecea am observat că Laura era mai angajată, a venit cu proiecte noi și am discutat despre resurse, obstacole, pierderi, câștiguri, strategii și despre „cum va fi dacă ...”. Au apărut și rezultate concrete: Laura s-a înscris într-un program implicant de lungă durată, a conceput și a predat, punctual, cursuri pentru formarea persoanelor adulte, a conceput câteva planuri și strategii pentru viitor. Am observat creșterea optimismului și a încrederii în sine. Am prevenit-o că pot apărea, iar acest

lucru este natural, recăderi în viitor - de cele mai multe ori determinate de cauze obiective.

În ședința a douăsprezecea am făcut o trecere în revistă a ceea ce a câștigat prin realizarea constantă a exercițiilor propuse ca temă de casă și am trecut la experimentarea și integrarea modelului acceptării necondiționate a altora conform lui Albert Ellis (2006). Am convenit să integreze în exercițiile zilnice credința: „Eu sunt o persoană la fel de bună și de frumoasă ca alții, cu calități și defecte și mă accept necondiționat atât pe mine, cât și pe ceilalți”.

Următoarele trei ședințe am insistat pe creșterea încrederii în decizii și întărirea robusteții (Bavelas&all., 2013) și am lucrat pentru ameliorarea fobiei față de câini. Am explicat rădăcina genetică a fobiei și faptul că nu o putem vindeca, ci putem doar ameliora simptomele. Am folosit metoda desensibilizării sistematice utilizând realitatea virtuală.

La ședința a șaisprezecea am făcut un bilanț al rezultatelor obținute și am convenit, de comun acord, să încheiem asistarea psihologică cu menținerea legăturii și cu posibilitatea programării unor ședințe suplimentare, în cazul în care va fi simțită nevoia.

Concluzii

După cele 16 ședințe am constatat o îmbunătățire semnificativă a calității vieții și Laura s-a angajat în mai multe proiecte cu perspective în viitor. Indicele GAF s-a îmbunătățit ajungând la valoarea 85. Am menținut legătura, iar în timp nu au existat recăderi semnificative.

Pe tot parcursul intervenției psihologice am folosit tehnici din domeniul terapiilor scurte, colaborative, orientate pe resurse și soluții, tehnici cognitiv-comportamentale, emotiv-raționale și NLP&NLPT. De foarte mare utilitate au fost scala de evaluare a rezultatului – ORS - și scala de evaluare a ședinței – SRS - pentru: alegerea momentelor adecvate de aplicare a intervențiilor, menținerea relației terapeuțice, urmărirea evoluției terapeutice și al efectului în beneficiul clientului, precum și prevenirea eșuării asistării.

Bibliografie

1. Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
2. Baban, A. (1998). *Stres și personalitate*. Cluj: Presa Universitară Clujeană.
3. Bandler, R. (2010). *Ghidul lui Richard Bandler pentru TRANS-formare*. București; Ed. Vidia.
4. Bartone, P.T. (1995). A short hardiness scale. Paper presented at the *American Psychological Society Annual Convention*, June, New York.
5. Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A. Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S., Lee, M.Y., McCollum, E.E., Jordan, S.S., Trepper, T.S. (2013). *Solution Focused Therapy. Treatment Manual for Working with Individuals*. 2nd Version © . Solution Focused Brief Therapy Association, July 1, 2013.
6. Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D. D. (2011). *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate*, Cluj-Napoca: ASCR.
7. David, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: Polirom.
8. Ellis, A. (2006). *Terapia comportamentului emotiv-rațional*. București: Antet.
9. First, M.B., Spitzer, L.R., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (2007). *Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM - Versiune Clinică*. Cluj Napoca: RTS.
10. First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, L.R., Williams, J.B.W. Benjamin, L.S. (2007). *Interviul Clinic Structurat pentru Tulburările de Personalitate de pe Axa II a DSM -Versiune Clinică*. Cluj Napoca: RTS.
11. Kahneman, D. (2012). *Gândire rapidă, gândire lentă*. București: Publica.
12. Lazarus, A.A., Lazarus, C.N. (1991). *Multimodal Life History Inventory (2nd edition)*. Champagne, IL: Research Press.
13. Miller, S. D., Duncan, B. L., Johnson, L. (2002). *The Session Rating Scale 3.0*. Chicago: Author.
14. O'Connor, J. (2010). *Manual de programare neuro-lingvistică*. București: Curtea Veche.
15. Rizeanu, S. (2014). *Psihodiagnoza și evaluarea clinică a copilului și adolescentului. Note de curs. Ediția a II-a revizuită și adăugită*. București: Universitară.
16. Rizeanu, S. coord. (2014). *Psihoterapie și consiliere. Studii de caz*. București: Universitară.
17. Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image. Revised edition*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
18. Scheier, M.F., Carver, C.S., and Bridges, M.W. (1994). *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
19. Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35-37, Windsor, England: NFER-NELSON.
20. Seligman, M. (2013). *Ce putem și ce nu putem schimba*. București: Humanitas.
21. Sîrbu, M. (2014). *Psihologia sănătății – note de curs*. București: Universitatea Hyperion.
22. Vasiliu, D., Pascal, D. M., Marinescu, G., Rizeanu, S. (2015). Evaluarea autoeficacității. Proprietăți psihometrice pentru scala SES (Self-Efficacy Scale). *Revista de studii psihologice nr.2*, pp.: 210-222. București: Universitatea Hyperion.
23. Vasiliu, D., Pascal, D. M., Marinescu, G., Sîrbu, M. (2015). Evaluarea robusteții. Proprietăți psihometrice pentru scala DRS15 (Dispositional Resilience Scale). *Revista de studii psihologice, nr.2*, pp.: 184-195. București: Universitatea Hyperion.
24. Vasiliu, D., Pascal, D. M., Marinescu, G., Golu, I. (2015). *Evaluarea sensului coerenței*. Proprietăți psihometrice pentru scala SOC13 (Sense of Coherence Scale). *Revista de studii psihologice, nr.2*, pp.: 107-123. București: Universitatea Hyperion.
25. Yalom, D.I. (2012). *Psihoterapia existențială*. București: Trei.