

SCHEMELE COGNITIVE ȘI TCBS (TERAPIA COGNITIVĂ BAZATĂ PE SCHEME)

Mihaela BOZA

Abstract:

The aim of this study is to emphasize some theoretical aspects of the schema concept and its importance in the personal and social functioning of an individual. The concept of schema has quite a long history both in social psychology and in psychotherapy. The most complete account concerning the definition, typology and importance of this concept is given by the social psychology theories. The most pragmatic and functional approach of the concept is found in the psychotherapy techniques. One of the most recent, well balanced and integrated of this approaches is Jeff Young's (2003) schema focused cognitive therapy. The 18 main dysfunctional schemas and the five domains are presented together with a short note to their possible cause or origin. The innovative contribution and novelty of this approach compared to other cognitive therapies is also discussed.

I. Ce sunt schemele?

Schemele cognitive sunt, în egală măsură, structuri și procese mentale, care permit oamenilor să stocheze informația perceptivă și conceptuală din mediu și să interpreteze în mod abstract evenimintele. Schemele pot fi considerate atât structuri, cât și procese, deoarece sunt foarte asemănătoare unui model computațional al procesării cognitive, numit procesare distribuită paralel (PDP).

Schemele sunt structuri mentale care organizează și simplifică cunoașterea noastră despre lume: avem scheme despre sine, despre alte persoane, despre lucruri etc. Schemele sunt interconectate, uneori formând structuri ierarhice.

Schemele afectează modul în care observăm, interpretăm, luăm decizii și acționăm. Ele acționează ca niște filtre, accentuând sau estompând anumite percepții sau comportamente. Le utilizăm ca să clasificăm lucruri, persoane sau pentru a face predicții în legătură cu evenimente viitoare. Schemele sunt utilizate în reamintire, dar și pentru a codifica evenimentele care vor deveni amintiri. Schemele apar adesea în atribuirile cauzale. Schemele cauzale sunt, de multe ori, împărtășite, în interiorul aceleiași culturi, permițând comunicarea contextuală.

Avem cu toții tendința de a avea o schemă preferată pe care o utilizăm mai frecvent. Atunci când interpretăm evenimentele din mediu, utilizăm mai întâi această schemă și nu apelăm la altele, decât dacă aceasta se dovedește inefficientă.

Schemele au o putere mare de autoconservare, rezistând în fața dovezilor contrarii, iar acest lucru se întâmplă datorită filtrării sau ignorării noii informații, lucru posibil tocmai datorită existenței unei scheme anterioare. O schemă este un cerc vicios. Unele scheme se pot schimba, așa cum și oamenii se pot schimba, mai ușor sau mai greu.

Alte tipuri de scheme sunt:

- Schemele sociale care se referă la cunoștințe generale despre mediul social.
- Schemele de persoane care se referă la schemele despre ceilalți.
- Schemele idealizate de persoane care se mai numesc și prototipuri. Prototipul este utilizat și cu sensul de schemă generalizată.

- Schemele despre sine sunt combinații de trăsături prin prisma cărora ne autopercepem sau autocaracterizăm și conțin trăsături din Eul actual, dar și din alte Euri posibile.
- Schemele de rol sunt scheme despre comportamentele adecvate în anumite situații.
- Schemele evenimențiale sau scenariile se referă la un ansamblu de reguli și acțiuni care trebuie efectuate în anumite situații.
- Unii autori menționează și o categorie de scheme numite scheme fără conținut (Chelcea & Ilut, 2003).

Schemele sunt, de asemenea, modele mentale, concepte, reprezentări și structuri de cunoaștere.

Schema poate fi considerată drept o reprezentare relativ flexibilă, dar și un șablon care ne ghidează în interpretarea evenimentelor. Atunci când un eveniment este trunchiat, schema poate umple golurile informaționale cu informație implicită (*default*). Aceste informații implicite sunt achiziționate în timp, pe parcursul experienței individului, prin repetare în situații analogice, atunci când schemele sunt învățate.

Schemele au o parte semantică și una imagistică, dar legătura dintre ele este adesea metaforică, astfel încât învățarea de noi scheme, schimbarea celor deja existente sau chiar evocarea lor este un proces care nu ocolește, aproape niciodată, metafora. Acest sens metaforic difuz al „schemei-imagine” permite legarea sensurilor asociate unui cuvânt de sensuri similare din alte scheme și îmbogățește astfel rețeaua schematică. Aceste sensuri secundare ale unui cuvânt sau interpretări alternative ale unei imagini ne permit învățarea noului și adaptarea la situații noi, la care trebuie să răspundem cu „instrumente” noi. Sensurile asociate ne permit să adaptăm o schemă veche la o realitate nouă, altfel spus, în sens piagetian, să acomodăm.

„Schemele nu sunt structuri fixe. Sunt configurații flexibile care reflectă regularitățile experienței, oferind umplerea automată a informațiilor lipsă, efectuând generalizări despre trecut, dar și modificându-se permanent, adaptându-se pentru a reflecta starea de lucruri prezentă. Schemele sunt stări interpretative flexibile care reflectă amestecul de experiență trecută și circumstanțe prezente.” (Norman, 1986 apud D’Andrade, 1993, p. 142)

II. Terapia cognitivă bazată pe scheme

TCBS este o abordare integrativă care combină cele mai reușite aspecte ale terapiei cognitive comportamentale, experiențiale, interpersonale și psihanalitice într-un model unificat. Acest tip de terapie ajută oamenii să-și schimbe modelele neadaptative de viață. A fost dezvoltată de Jeff Young (2003). Aceste modele de viață inadecvate au fost numite și scheme sau capcane. Ele sunt învățate în copilăria timpurie și sunt deosebit de rezistente și autoconservative. Aceste modele constau în gânduri și sentimente negative sau disfuncționale, care s-au repetat și s-au elaborat pe parcursul vieții și care împiedică o persoană să își îndeplinească scopurile. Aceste scheme se formează în copilărie și adolescență, dar se pot forma și în perioada vieții adulte. Ele sunt perpetuate comportamental prin stilurile adaptative de menținere a schemei, de evitare a schemei sau de compensare a schemei. Modelul terapeutic centrat pe schemă ajută persoana să spargă aceste tipare negative de gândire, afect și acțiune și să dezvolte alternative sănătoase care să le înlocuiască.

Terapia are trei etape: aflarea schemelor și modelelor inadaptate, cunoașterea, experimentarea și trăirea lor și schimbarea acestora în manieră cognitiv-comportamentală.

Schemele disfuncționale timpurii își au originea în experiențele timpurii ale copilului, în temperamentul său și în influențele culturale. Dintre experiențele timpurii potențial traumatizante, menționăm: ignorarea nevoilor de bază ale copilului, victimizarea, interiorizarea unor modele negative sau traumatizante, suprasatisfacerea nevoilor, supraprotecția.

Young a identificat 18 scheme disfuncționale, pe care le-a grupat în cinci categorii, pornind de la categoriile de nevoi pe care le manifestă un individ în dezvoltare.

Domeniul 1: Dezangajare și respingere

Schemele din acest domeniu sunt rezultatul unui mediu familial prea detașat sau al unui prea imprevizibil și abuziv. Nevoile de securitate, stabilitate și empatie nu sunt îndeplinite pentru individul în dezvoltare. Din acest domeniu, fac parte următoarele scheme:

1) *Abandon/instabilitate*

Această schemă se referă la așteptarea pierderii persoanei care face obiectul atașamentului și este urmarea unui comportament parental inconsistent.

2) *Neîncrederea*

Se referă la credința că ceilalți se vor folosi, în mod intenționat, de noi într-o manieră care să îi avantajeze, sau prin înșelăciune, producând astfel suferință și descurajându-ne. Astfel de scheme sunt imprimate de comportamente abuzive fizic și emoțional din partea părinților, care trădează astfel așteptările copilului de a fi protejat.

3) *Privarea emoțională*

Această schemă se referă la credința că ceilalți nu ne vor îndeplini nevoile emoționale cum ar fi grija, empatia, protecția, afecțiunea sau îndrumarea. Această schemă este formată într-un mediu familial neglijent și detașat, distant față de copil.

4) *Izolare socială/alienare*

Este credința unei persoane că este izolată față de lume, că este diferită și că nu are un sentiment de apartenență la o comunitate. Acest lucru se întâmplă când în familia de origine copilul observă atitudinea părinților care se consideră ei înșiși ca diferiți și separați de comunitate.

5) *Imperfecțiune și rușine*

Această schemă este o credință legată de perceperea propriei persoane ca fiind imperfectă, inadecvată și nedemnă. Persoana se teme că un potențial partener se va retrage din relație în momentul în care va cunoaște aceste defecte. Acest sentiment de inadecvare duce la sentimente de rușine. De obicei, părinții foarte critici induc acest tip de schemă, deoarece creează copiilor impresia că nu sunt destul de buni, nu sunt demni de a fi iubiți.

6) *Indezirabilitatea socială*

Această schemă se referă la faptul că o persoană crede că nu este dorită de ceilalți. Aceste persoane se percep ca neatractive fizic, incapabile ca ființe sociale, sau lipsite de statut. Este o schemă determinată de experiențe timpurii, prin care familia sau grupul de egali induc copilului ideea că nu este agreat sau acceptat.

7) *Eșecul în autorealizare*

Persoanele cu această schemă disfuncțională se simt incapabile să se realizeze profesional sau școlar la un nivel comparabil cu al altor persoane din grupul de egali. Se simt netalentate, incapabile, ignorante sau neinteligente. Părinții cu cerințe exagerate față de copii, mai ales în perioada școlară, pot induce o astfel de schemă, pentru că, în loc să ofere sprijin, înțelegere, încurajare și chiar o anumită disciplină și coerență, ei își împing copii să realizeze performanțe tot mai înalte, în domenii în care aceștia nu sunt talentați sau le cer mai mult decât aceștia sunt capabili, fără a le recunoaște meritele.

Domeniul 2: Probleme de autonomie și performanță

Schemele din acest domeniu sunt legate de așteptările legate de raportul dintre propria persoană și mediul social. Mediul social este cel care plasează diverse obstacole în fața individului. Aceste obstacole pot fi legate de capacitatea individului de a funcționa autonom și a supraviețui. Familia de origine este, de obicei, acaparatoare și supraprotectivă.

1) *Dependență/incompetență*

Individul nu se simte capabil să facă față responsabilităților de zi cu zi în manieră competentă sau independentă. Lasă în seama celorlalți inițiativa și luarea deciziilor, deoarece nu au fost încurajați să acționeze să își poarte de grijă sau să gândească independent.

2) *Vulnerabilitatea în fața problemelor și a bolilor*

Este o schemă a catastroficului, o credință că acea persoană este pe punctul de a fi martor sau protagonist al unui eveniment major negativ. Acea persoană este excesiv de precaută, crescută de părinți excesiv de precauți sau chiar panicați, care induc credința că viața este o luptă, iar lumea este un loc plin de pericole.

3) *Eul nedezvoltat sau sufocat*

Individul are impresia că este nesemnificativ și nu are o forță interioară suficientă, se simte golit și în derivă. Este o schemă determinată de părinți abuzivi sau supraprotectivi, care descurajează copilul să își formeze un Eu independent și care nu îi permit separarea psihologică.

4) *Eșecul*

Individul este convins că a eșuat sau va eșua în mod inevitabil, că este inadecvat în orice activitate ar desfășura, prin comparație cu alții și că nu va putea niciodată să ajungă la o realizare acceptabilă. Părinții nesuportivi sau cei care nu au oferit destulă coerență sau disciplină în educație sunt responsabili de apariția unei astfel de scheme.

Domeniul 3: Lipsa limitelor

Schemele din acest domeniu se referă la lipsa unor limite interne, a respectului și responsabilității față de alții sau la stabilirea unor scopuri personale realiste. Familia de origine este una supraindulentă și permisivă.

1) *Centrarea pe sine*

Aceasta este schema „micului tiran”. Acest individ consideră că totul i se cuvine și îi revine de drept. Dorește să i se îndeplinească dorințele și nevoile imediat, indiferent de ceea ce doresc ceilalți și indiferent de sentimentele acestora. Nu este interesat de ceea ce doresc alții și nici de costurile pe termen lung ale unei astfel de atitudini, care riscă să îi îndepărteze pe ceilalți. Părinții care își răsfășă copii și nu le impun nici un fel de limite legate de cerințele și normele sociale sau cei care își privează afectiv copiii pot induce o astfel de schemă.

2) *Autocontrol și autodisciplină insuficiente (toleranță scăzută la frustrare)*

Aceste persoane nu tolerează nici un obstacol în îndeplinirea scopurilor personale și nici nu sunt capabile să își controleze răspunsurile afective sau impulsurile. Când lipsa controlului este extremă, se poate ajunge la comportament delicvent, adictiv sau criminal. Această schemă este urmare a lipsei de disciplină sau a unui model coerent de urmat în familie.

Domeniul 4: Orientarea către ceilalți

Schemele din acest domeniu se referă la preocuparea excesivă pentru îndeplinirea nevoilor celorlalți, în defavoarea nevoilor proprii. Familia tipică este cea în care se oferă afecțiune și acceptare în mod condiționat, în care copiii trebuie să își suprimă sau ignore propriile nevoi pentru a primi atenție sau afecțiune.

1) *Subjugarea*

Aceste persoane consideră că trebuie să se supună controlului celorlalți pentru a evita consecințele negative, cum ar fi respingerea sau mânia. Este o schemă determinată de părinți foarte restrictivi.

2) *Sacrificiul de sine*

Aceste persoane se dedică în totalitate celorlalți și nevoilor acestora. Atunci când își îndeplinesc o nevoie personală, se simt vinovați. Acest sacrificiu de sine îi face să se simtă mai buni, mai utili, le dă sens vieții și le crește stima de sine. În copilărie, aceștia au fost responsabilizați și sensibilizați în mod excesiv la nevoile și la bunăstarea celor din jur, mai ales a părinților.

3) *Nevoia de a fi aprobat*

Individul este preocupat excesiv de a obține aprobarea și recunoașterea celorlalți, în detrimentul inițiativelor și idelilor proprii. Aceasta poate implica un interes exagerat pentru bani, statut sau realizare profesională. Este o schemă indusă de părinți care au fost ei înșiși preocupați de aceste aspecte și au oferit acceptare și afecțiune condiționată.

Domeniul 5: Inhibiție și vigilență

Schemele din acest domeniu se referă la o atenție excesivă acordată controlului, suprimării sau ignorării emoțiilor și sentimentelor personale, pentru evitarea greșelilor și respectarea unor reguli rigide. Familia de origine este una dominatoare sau cu o atmosferă sumbră și conservatoare, în care este valorizat autocontrolul și autorealizarea, în defavoarea sentimentelor.

1) Negativismul/teama de eșec

Această schemă se referă la credința că, mai devreme sau mai târziu, lucrurile vor lua o întorsătură nefavorabilă, combinată cu teama de a nu greși, lucru care ar putea precipita acest moment catastrofic. Părinții pesimiști, anxioși și care au doar expectanțe negative pot induce o astfel de schemă.

2) Controlul exagerat sau inhibarea emoțiilor

Individul consideră că este necesar să își inhibeze emoțiile și impulsurile, în special, mânia, deoarece exprimarea lor ar răni pe ceilalți sau ar duce la pierderea stimei de sine, la jenă, abandon sau răzbunare. Acestor persoane le lipsește spontaneitatea și sunt percepute drept rigide.

3) Ipocrizie și standarde ridicate

Această schemă cuprinde două credințe: fie persoana crede că nu este suficient de bună și că trebuie să se străduiască mai mult, sau pune accent pe statut, putere sau avere în detrimentul altor valori sociale. Aceste persoane sunt în oricare dintre cazuri nefericite și nesatisfăcute, indiferent ce realizează.

4) Pedepsirea

Indivizii sunt excesiv de exigenți cu sine și cu ceilalți și cred că orice eșec în atingerea unor standarde trebuie pedepsit cu asprime. De obicei, părinții au fost punitivi sau abuzivi și și-au făcut copiii să se simtă vinovați și responsabili de orice greșală.

Se poate observa că unele dintre scheme se regăsesc în mai multe domenii sub diferite forme. Se observă, de asemenea, influența teoriei psihanalitice, dar și a dezvoltării sociale care marchează dezvoltarea individului.

III. Prin ce diferă TCBS de terapia cognitivă tradițională?

Accentul pe experiențele timpurii și o abordare a dezvoltării personalității, cu accente psihanalitice, dar și ale dezvoltării sociale, fac din acest tip de terapie unul mai complex și mai profund. TCBS utilizează tehnici experimentale, cognitive, comportamentale și interpersonale, care permit un acces mai profund la afectele individului și este o terapie mai de durată decât terapia cognitivă clasică.

Relația terapeutică este una flexibilă, acomodându-se la schema care este activată la un moment dat în timpul ședinței terapeutice sau în afara ei, dar pe care clientul dorește să o abordeze și să o modifice.

Abordarea evenimentelor de viață nu este una liniară, ci combină evenimente prezente cu experiențe trecute într-o manieră dinamică. Prin conversație aprofundată, imagerie sau joc de rol sunt activate niveluri afective tot mai profunde, pentru a permite clientului să înțeleagă originea schemei sale disfuncționale și mecanismul prin care aceasta este menținută.

BIBLIOGRAFIE

1. Chelcea, S. & Iluț, P. (coord.) (2003), *Enciclopedia de psihosociologie*. Editura Economică, București.
2. Baldwin, M.W. (1992), *Relational schemas and the processing of social information*. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
3. Crocker, J., Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1984), *Schematic basis of belief change.*, In, J. R., Eiser (ed.), *Attitudinal judgement*. New York: Springer-Verlag.
4. D'Andrade, R.G. (1992), *Schemas and motivation*. In, R., G., D'Andrade & C., Strauss (Eds.) *Human motives and cultural models*, Cambridge: Cambridge University Press.
5. McGinn, L.K. & Young, J.E. (1996), *Schema-focused therapy*, In Salkovskis, P. (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford.
6. Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M. (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.
7. Young, J.E. (1999), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.), Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Mihaela BOZA – lector univ. dr., Universitatea „Al. I. Cuza” Iași,
Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației