

UNIVERSITATEA BABEȘ – BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ: PSIHODIAGNOSTIC ȘI INTERVENȚII PSIHOLOGICE
VALIDATE ȘTIINȚIFIC

TEZĂ DE DOCTORAT
Rezumat

EFICACITATEA TERAPIEI RAȚIONAL-EMOTIVE ȘI
COMPORTAMENTALE (REBT) ÎN AMELIORAREA DISTRESULUI
PERSOANELOR RELIGIOASE

AUTOR: doctorand, ROMAN OVIDIU TEOFIL
COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: prof. univ. dr., SZAMOSKÓZI ȘTEFAN

CLUJ-NAPOCA
2013

CUPRINS

CAPITOLUL I. FUNDAMETARE TEORETICĂ.....	4
1.1. Introducere și problematica cercetării	4
1.2. Clarificări conceptuale	4
1.3. Dimensiunile majore ale religiei.....	5
2. Rolul intervențiilor Cognitiv-Comportamentale în ameliorarea distresului.....	5
2.1. Originile filosofice ale REBT.....	5
2.2. Integrarea REBT în contextul teoriilor cognitiv-comportamentale.....	6
2.3. Baza teoretică a REBT	6
2.3.1. Clasificarea cognițiilor iraționale	7
2.4. Valorile REBT	7
2.5. Etici REBT	7
2.6. Terapia REBT: modelul A-B-C.....	7
3. Rolul intervențiilor spiritual-religioase în ameliorarea distresului	8
3.1. Implicații ale religiei asupra sănătății	8
3.2. Modele teoretice ale rolului religiei asupra sănătății mentale.....	9
3.3. Relația dintre religie și tulburările psihice	9
3.4. Premise ale integrării religiei în context REBT	11
3.5. Aspecte relevante ale evaluării religiozității	11
3.6. Etică și deontologie în intervențiile psihologice cu persoane religioase	12
3.7. Obstacole în intervențiile psihologice REBT cu persoane religioase.....	12
CAPITOLUL II. CONTRIBUȚII ȘI CERCETĂRI PERSONALE.....	13
Studiul 1. Relația dintre coping-ul religios și ajustarea psihologică la stres: studiu metaanalitic	13
Introducere și problematica cercetării	13
Metoda	13
Rezultate	14
Concluzii și discuții	14
Studiul 2. Particularități ale Terapiei Rațional Emotive Și Comportamentale la persoanele orientate religios intrinsec - studiu clinic controlat	15
Introducere și problematica cercetării	15

Metoda	15
Rezultate	16
Concluzii și discuții	7
Studiul 3. Eficacitatea REBT în reducerea distresului mamelor religioase ale unor copii cu dizabilități neuropsihomotorii	8
Introducere și problematica cercetării	8
Metoda	8
Rezultate	20
Concluzii și discuții	21
CAPITOLUL III. CONCLUZII GENERALE ȘI DISCUȚII.....	22
Bibliografie	24

Cuvinte cheie: Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT), REBT în variantă standard, REBT în variantă religioasă, distres afectiv, religiozitate intrinsecă, religiozitate extrinsecă, spiritualitate, cogniții iraționale, coping religios, rugăciune rațională.

CAPITOLUL I. FUNDAMENTARE TEORETICĂ

1.1. Introducere și problematica cercetării

Lucrarea de față abordează un domeniu controversat în literatura de specialitate, în general și mai puțin studiat în context științific românesc, în special și anume, implicațiile pe care religiozitatea le are asupra sănătății, cu accent pe sănătatea mentală.

Domeniul spiritual/religios este considerat a fi semnificativ asociat cu multe aspecte ale funcționării adaptative prin următoarele: conferă un sens al vieții (Clark, 1958, apud Hathaway, Scott, Garver, 2004), contribuie la creșterea calității vieții (Miller, McConnell, Klinger, 2007), menține speranța și optimismul (Cotton, Puchalski, Sherman, Mrus, Peterman, Feinberg, Pargament, Justice, Leonard, Tsevat, 2006), contribuie la un mai bun management al comportamentelor disfuncționale (adicții, uzul de substanțe) (Saunders, Lukas, Kuras, 2007), facilitează copingul cu situațiile de viață dificile (Pargament, 1997), facilitează suportul social (Smith, Poll, McCullough, 2003), conferă un sens naturii perisabile a ființei umane, oferind un sens legat de viață și moarte (Hill & Pargament, 2008). Cu toate aceste implicații pozitive, domeniului spiritual/religios și valențelor lui pentru sănătatea umană nu i se acordă suficientă atenție.

1.2. Clarificări conceptuale

Termenul „religiozitate” este un construct individual și instituțional, multifățetat, incorporând aspecte cognitive, comportamentale, emoționale și motivaționale, care derivă din căutarea sacrului (Koenig, 2001; Hill & Pargament, 2008; Hackney & Sanders, 2003). Conceptul de religiozitate face trimitere la mai multe dimensiuni ale acesteia, religiozitatea participanților la studiile propuse de noi a fost operaționalizată pornindu-se de la criteriul internalizării-externalizării conceptelor și valorilor religioase, fiind posibilă distincția dintre religiozitatea intrinsecă și extrinsecă. *Religiozitatea intrinsecă* implică internalizarea credințelor religioase și trăirea prin prisma respectării lor indiferent de consecințele exterioare, iar *religiozitatea extrinsecă* se referă la utilizarea religiei în vederea obținerii unor beneficii concordante cu sinele, având un caracter utilitarist. Religiozitatea intrinsecă este mai normativă comparativ cu cea extrinsecă, implică un scop în sine, iar cea extrinsecă este conceptualizată ca un mijloc pentru a accede la obiectivele personale dezirabile.

Cele mai multe studii susțin superioritatea orientării religioase intrinseci în ceea ce privește adaptarea și ajustarea la diferite situații problematice, comparativ cu cea extrinsecă,

ale cărei beneficii sunt delimitate temporar, aceasta având și un caracter uzual (Donahue, 1985; Ghorpade, Lackritz și Moore, 2010).

1.3. Dimensiunile majore ale religiei

În literatura de specialitate, sunt identificate numeroase dimensiuni ale religiozității dintre care amintim: credințe religioase, afiliere religioasă, religiozitate organizațională, religiozitate nonorganizațională, religiozitate subiectivă, angajamentul religios, coping religios. Sunt menționate și *alte dimensiuni* ale religiozității cum ar fi: cunoștințe religioase (informațiile pe care o persoană le deține despre doctrina la care subscrie); stare de bine religioasă (asignarea unui sens vieții prin prisma relației cu divinitatea și satisfacția rezultantă din acest fapt); implicații/consecințe religioase (se referă la implicațiile concrete ale religiozității în viața persoanei, demonstrate prin acțiuni altruiste cu scop religios- voluntariat, susținere financiară, participare benevolă la acțiuni organizate de instituții religioase sau personale); religia ca „problematizare” (înțeleasă ca sursă de explicații ale unor întrebări derivate din experiențe de viață negative); experiențe religioase, dimensiune care se concentrează pe aspecte majore ale existenței cu influență religioasă (convertirea religioasă, vindecări explicate religios, diverse experiențe spirituale). Prin prisma acestor dimensiuni se poate realiza o imagine integrată a fenomenului religios cu multiplele lui fațete.

2. Rolul intervențiilor cognitiv-comportamentale în ameliorarea distresului

2.1. Originile filosofice ale REBT

Bazele istorice pentru Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT) pot fi regăsite în tradiția psihanalitică.

Teoria Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT) se fundamentează în mare măsură pe anumite idei postmoderniste și, în special, pe ideile constructivismului social postmodern (Watson și Culhane, 2005). Combinând ideile constructiv-postmoderniste cu metode terapeutice activ-directive, REBT devine eficient în modificările la nivel cognitiv-comportamental, cu implicațiile acestora asupra celorlalte nivele ale psihicului uman.

REBT promovează modelul comportamentului omului de știință în cunoașterea realității, care lansează ipoteze, realizează experimente pe care le verifică empiric, fiind departe de a pretinde că deține adevăruri absolute și, mai ales, de a impune punctul de vedere personal.

2.2. Integrarea REBT în contextul teoriilor cognitiv-comportamentale

Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală promovează eclecticismul selectiv. Acesta presupune că REBT integrează tehnici din alte metode terapeutice care sunt eficiente pentru particularitățile beneficiarului terapiei. REBT poate fi inclusă în parametrii teoriilor cognitive, dar ea se individualizează prin sublinierea relevanței unui tip particular de cogniții, așa-numitele cogniții evaluative și imperative. Aceste aspecte sunt mai puțin abordate în contextul altor teorii cognitive, cum ar fi cea a lui Beck și Meichenbaum.

REBT preia din terapia rogersiană principiul acceptării necondiționate a altora și de sine, tendința omului către autoactualizare, reproșându-i pasivitatea în relația cu clientul, care este similară orientării psihanalitice, orientarea asupra trecutului persoanei, neglijarea rolului comportamentului în conduita și terapia clientului. Comparativ cu terapia gestaltistă, REBT are în vedere deficitul acesteia în a ajuta oamenii să fie mai sănătoși, nu doar să se simtă mai bine. Legat de relația dintre REBT și terapia existențialistă, există un acord parțial asupra relației dintre cele două teorii, prin aceea că omul trebuie să fie foarte implicat în procesul schimbării și îmbunătățirii condiției personale, că el trebuie să facă alegeri în vederea atingerii scopurilor în viață, departe de a fi facil predispus să acționeze în conformitate cu atingerea libertății și a binelui personal. Căutarea sensului și a semnificației vieții sunt motivații adânc înrădăcinate în ființa umană. REBT completează principiile terapiei existențialiste cu maniera activ-directivă a procesului terapeutic și cu suportul în vederea obținerii schimbării.

2.3. Baza teoretică a REBT

Principiul de bază al teoriilor cognitiv-comportamentale prezintă cogniția ca cel mai important determinat proximal al răspunsurilor afectiv-emoționale/subiective, cognitive, comportamentale și psihofiziologice, toate aflându-se în strânsă interacțiune. Evenimentele, oamenii sau lucrurile nu ne determină să ne simțim bine sau rău; noi realizăm acest lucru cognitiv, prin procesările pe care le realizăm referitor la o anumită realitate;

Gândirea disfuncțională este un determinant major al distresului emoțional. Gândirea disfuncțională este caracterizată de următoarele erori: gândirea dihotomică, inferența arbitrară, abstractizarea selectivă, minimalizarea și maximizarea, suprageneralizarea, gândirea emoțională, etichetarea, vederea „în tunel”, personalizarea;

Pornind de la principiul conform căruia gândirea este principalul determinant al emoțiilor, deducem că rezolvarea problemelor emoționale începe cu o analiză a cognițiilor.

Schimbarea gândirii conduce la ameliorarea distresului. Factorii multipli, care fac referire la influențele genetice și de mediu, sunt antecedentele etiologice ale gândirii iraționale și psihopatologiei. Accentuarea prezentului, mai degrabă decât sublinierea influențelor istorice ale comportamentului, este o altă trăsătură a teoriilor psihologice moderne, deci și a REBT.

2.3.1. Clasificarea cognițiilor iraționale

REBT subscrie dictonului emis de către Epictet, potrivit căruia oamenii sunt afectați nu de evenimentele pe care le traversează, ci de modul cum interpretează aceste evenimente (Bruno, 2002). Prin urmare, acest tip de terapie subliniază centralitatea cognițiilor în determinarea emoțiilor și a comportamentelor. Autorul acestei terapii este Albert Ellis. Autorul consideră cognițiile a fi raționale sau iraționale, primele fiind urmate de consecințe pozitive în plan comportamental și emoțional, ultimele fiind urmate de consecințe negative, disfuncționale. Ellis (1994) așează la baza psihopatologiei cognițiile iraționale, pe care le consideră a fi următoarele: „trebuie”, „catastrofare”, „toleranță scăzută la frustrare”, „evaluări globale” ale valorii umane. Autorul consideră că cerința absolutistă de tipul „trebuie” este cogniția irațională centrală, din ea derivând celelalte trei cogniții iraționale intermediare. Cognițiile iraționale sunt considerate factori de vulnerabilitate generală (David, 2006).

2.4. Valorile REBT

Filosofia REBT are la bază două valori explicite: supraviețuirea și plăcerea (enjoyment) (Wallen, Di Giuseppe și Dryden, 1992).

Valorile promovate de REBT sunt demonstrabile în atingerea scopurilor existenței umane, acelea de a trăi viața pe care o avem și să fim satisfăcuți cu propria viață, în ciuda limitărilor impuse de corpul uman, de lumea fizică și socială; să ne relaționăm eficient și mulțumitor la ceilalți, să promovăm relații pozitive în grupurile în care funcționăm. Subscopurile menționate de Ellis și Bernard, (1986, apud Wallen, Di Giuseppe și Dryden, 1992) care au la bază valorile REBT sunt: interesul propriu, interesul social, autodeterminare, toleranța, flexibilitatea, acceptarea incertitudinii, angajamentul, autoacceptarea, asumarea riscului, așteptările realiste, toleranța crescută la frustrare, autoresponsabilitatea.

2.5. Etici REBT

Teoria REBT susține că generalizarea principiilor etice de bine și rău este distorsionată. Ceea ce este etic este specific pentru fiecare situație. Nu există rău și bine absolute. REBT consideră că rigiditatea, dogmatismul și absolutismul sunt cele mai greșite trăsături ale oricărui sistem filosofic, fiind stiluri de gândire care conduc la nevroze și disfuncționalitate. Definierea binelui și a răului prin prisma criteriilor personale și impunerea

acestor definiții altora conduce la vină, rușine, anxietate și depresie, duce la ostilitate și la intoleranța celorlalți. Dilemele morale, susține filosofia REBT, pot fi rezolvate prin punerea în acțiune a minții, care implică o filosofie nondogmatică, nonabsolutistă, social responsabilă. Etica REBT poate fi rezumată la promovarea modului de comportament și a unor atitudini responsabile social sau „fă așa cum ai vrea ca alții să îți facă”.

REBT promovează ideea că toți oamenii sunt vulnerabili la a comite erori, aceasta fiind o caracteristică a naturii umane. Renunțarea la pretențiile absolutiste pentru a fi perfect și dezvoltarea autoacceptării de sine necondiționate și a celorlalți sunt modalități de a supraviețui plăcut și fericit.

În privința trecutului, REBT este o psihoterapie centrată pe prezent și orientată pe viitor (Dryden, 2001), fără a neglija trecutul persoanei. REBT consideră că nu trecutul determină prezentul, dar că acesta poate contribui la determinarea situației prezente.

2.6. Terapia REBT: modelul A-B-C

Pentru a demonstra rolul pe care gândurile îl au în plan emoțional, Ellis a dezvoltat un model conceptual-aplicativ ABC. În cadrul acestui *sistem*, A constituie evenimentul activator, care se referă la percepția persoanei cu privire la problema cu care se confruntă. C se referă la consecințele comportamentale, emoționale cu rezonanță psihofiziologică; conținuturile de la acest nivel propulsează pacientul către un specialist în vederea solicitării ajutorului. Ellis consideră că între Evenimentul activator (A) și Consecințe (C) se interpun credințele asupra evenimentului (B). Aceste credințe pot fi rigide sau flexibile. Credițiile flexibile vor fi asociate cu emoții funcționale, cele rigide, cu emoții disfuncționale. Emoțiile funcționale pot fi pozitive sau negative și reflectă experiențierea unei stări subiective pozitive și a unor consecințe comportamentale adaptative. Emoțiile disfuncționale (negative) indică prezența unei experiențe subiective negative și a consecințelor comportamentale dezadaptative. Scopul terapiei este modificarea emoțiilor disfuncționale în emoții funcționale și/sau reducerea intensității unei emoții funcționale și negative (David, 2006).

3. Rolul intervențiilor spiritual-religioase în ameliorarea distresului

3.1. Implicații ale religiei asupra sănătății

Studiile evidențiază o relație benefică între religie și sănătatea fizică (Paloutzian & Park, 2005), această relație fiind mediată și de aspectele psihologice (coping-ul cu boala, comportamente sănătoase etc.). Koenig, 1992 (apud Koenig, 1998) a identificat rolul preventiv și curativ al implicării religioase asupra sănătății mentale, specific, în ameliorarea

simptomelor cognitive ale depresiei. Implicațiile legate de relațiile regăsite între sănătatea mentală și religie fac trimitere la următoarele: Ellison, (1994, apud Koenig, 1998) consideră că implicarea religioasă reduce riscul și impactul stresorilor acuți și cronici; oferă un cadru cognitiv de interpretare a evenimentelor aversive ale vieții, menținând un sens al vieții, optimismul și speranța; contribuie la dezvoltarea resurselor de suport social; îmbunătățește resursele personale protective ale sănătății și preventive în relație cu boala (stima de sine, sentimentul valorii etc.).

Relația de cauzalitate dintre cognițiile religioase și psihopatologie nu a fost susținută științific (Hathaway, Scott și Garver, 2004; Nielsen, Johnson și Ellis, 2001).

3.2. Modele teoretice ale rolului religiei asupra sănătății mentale

Elison, (1994) (apud Koenig, 1998) explică rolul pe care religia îl are în viața umană, prin prisma câtorva modele explicative: *modelul supresor*, *modelul reținerii distresului*, *modelul moderator*, *modelul efectelor sănătoase*.

Mecanismele cauzale sau modalitățile prin care religiozitatea influențează sănătatea sunt (Paloutzian și Park, 2005): a) promovarea comportamentelor funcționale (sănătoase) - (prevenirea dependenței și a consumului exagerat de alcool (Velten, 1996); iertarea ca mecanism de coping (Robb, 2007); reducerea violenței domestice (Watlington și Murphy, 2006); b) îmbunătățește condiția/statusul psihologic al persoanei, cu impact pozitiv în ameliorarea sănătății fizice a organismului: conferă un sens al vieții (Park, 2006); contribuie la menținerea unei stări de bine optime (Wink și Dillon, 2003; Lee, 2007); c) resursă de coping având un rol benefic în confruntarea cu evenimente de viață stresante (Wachholtz, Pearce și Koenig, 2007; Hill și Pargament, 2008; Koszycki, Raab, Aldosary și Bradwejn, 2010); d) sursă de suport social (Kilbourne, Cumming și Levine, 2009; Watlington și Murphy, 2006); e) mai puțin studiate, deoarece trec dincolo de suportul empiric, sunt mecanismele superempirice sau „psi” de influență a religiei asupra sănătății mentale (efectele pe care unele tipuri de rugăciuni le au asupra organismului care depășesc explicațiile naturale) (Paloutzian și Park, 2005).

3.3. Relația dintre religie și tulburările psihice

Legătura dintre religiozitate și emoții este una profundă, religiozitatea fiind considerată sursa unor profunde experiențe emoționale, cu un rol important în reglajul emoțional.

Cele mai multe studii au identificat o relație inversă moderată între depresie și religiozitate. Suicidul, cea mai gravă complicație a patologiei depresive, poate fi prevenit cu aportul religiei (Regnerus, 2003 apud Paloutzian și Park, 2005).

Corelațiile dintre religiozitate și anxietate au fost în general mici (ca și mărimi ale efectului), iar relația dintre acestea este insuficient delimitată. Astfel, majoritatea studiilor au evidențiat o relație negativă între cei doi termeni, constatându-se că anxietatea conduce la creșterea implicării religioase, dar că persoanele religioase nu sunt neapărat mai susceptibile la anxietate.

Relația dintre religiozitate și manifestările schizofrenice este puternic influențată cultural, pacienții schizofrenici regăsindu-se în toate religiile cunoscute. Atunci când simptomele schizofreniei sunt asociate cu elemente religioase, acestea sunt mai puternice și sunt asociate cu o mai dificilă remisie (Siddle, Haddock, Tarrier și Faragher, 2002 apud Miller și Kelley, 2005 în Paloutzian și Park, 2005).

Simptomele negative ale schizofreniilor au o influență negativă asupra vieții spiritual-religioase a pacienților. În etapa prepsihotică se constată o intensificare a activității religioase a pacientului, explicată de căutarea de către pacient a unui remediu pentru dezintegrarea pe care o resimte (Wilson, apud Koenig, 1998).

Intervențiile religioase sau spirituale nu influențează în mod semnificativ evoluția schizofreniei și simptomele asociate ale acesteia: depresia, lipsa de speranță, stima de sine, la pacienții care manifestă delir paranoid, datorită interpretării lor greșite referitoare la încercarea terapeutică de a le ajusta cognițiile religioase ca având un scop negativ, trebuie manifestată mai multă prudență (Wilson, apud Koenig, 1998). Totuși pacienții schizofrenici care au beneficiat de intervenții cu caracter religios au devenit mult mai colaborativi în ceea ce privește autodezvăluirea experiențelor trăite pe fondul bolii, au manifestat emoții mai adecvate și au menționat mai puține simptome somatice. Rata suicidului la pacienții care au avut un substrat religios prodromal instalării bolii a fost mai scăzută comparativ cu rata suicidului în cazul celor fără un asemenea substrat (Breier și Astrachan, 1984 în Koenig, McCullough și Larson, 2001)

Tulburarea obsesiv-compulsivă. Manifestările tulburărilor obsesiv-compulsive au fost de obicei asociate cu scrupulozitatea religioasă. Hathaway, Scott și Garver, (2004) menționează scrupulozitatea ca o formă de hiperreligiozitate prezentă în contextul tulburării obsesiv-compulsive, care constă în practicarea rigidă a unor ritualuri religioase pentru a diminua anxietatea în context religios.

Diferența dintre ritualurile religioase și obsesiile religioase patologice este dată de distresul autoresimțit și de rezistența la schimbare a obsesiilor religioase. De asemenea,

anumite simptome ADHD au putut fi asociate cu religiozitatea ca: deficit de focalizare spirituală, instabilitatea și deficitul internalizării credinței, alienare spiritual-religioasă.

3.4. Premise ale integrării religiei în context REBT

Argumentele care stau la baza nevoii de integrare a credințelor religioase în sistemul REBT fac trimitere la următoarele: a) existența persoanelor religioase, care pot constitui clienții religioși în terapia REBT (Koenig și Pritchett, în Koenig, 1998); b) credințele religioase ale clienților oferă o structură esențială a organizării schemelor lor cognitive, având un rol important în modul în care percep dificultățile vieții și în modul în care găsesc soluții pentru copingul cu ele; cele mai importante nevoi spirituale ale pacienților sunt legate de cunoștințele religioase (percepția implicării divinității în viața umană, scopul și semnificația vieții); nevoi legate de practica religioasă (frecventarea bisericii, practicarea sacramentelor); nevoi de suport religios, (Koenig 1998) c) accentuarea importanței credințelor este un aspect specific atât pentru sistemele religioase, cât și pentru REBT (consolidarea acestora, schimbarea și ajustarea lor când apar erori sunt esențiale pentru o viață mai bună/rațională); d) dezideratul celor mai multe sisteme religioase este similar cu cel REBT, fericirea și plăcerea pe termen lung, reducerea autodistrugerii personale; e) congruența dintre premisele de la baza sistemelor și credințelor religioase și sistemul de valori și credințe REBT determină un curs mai bun al evenimentelor în timpul programelor psihoterapeutice, determinând, în același timp, o mai corectă înțelegere și preluare a principiilor religioase (Nielsen, Johnson și Ellis, 2001).

3.5. Aspecte relevante ale evaluării religiozității

Similaritățile dintre REBT și conținutul scriptural ar consta, dintr-un prim punct de vedere, în faptul că ambele subliniază centralitatea credințelor, a cunoștințelor. Ellis consideră că intervenind la nivelul credințelor, a punctelor de vedere pe care le au oamenii asupra realității, se poate reduce sau elimina distresul psihic. Acest adevăr promovat de teoria și practica REBT este elegant organizat de autorul teoriei în modelul A-B-C.

O congruență constatată între filosofia REBT și tradiția iudeo-creștină face referire la natura lor comună existențială și filosofică. O altă similaritate între REBT și sistemele religioase organizate face trimitere la sublinierea educației și învățării. Ellis (Dowd și Nielsen, 2006) punctează următoarele puncte comune dintre REBT și filosofia creștină: acceptare necondiționată de sine și a altora, toleranță crescută la frustrare, promovarea autocontrolului și schimbării, dorința mai degrabă decât nevoia de aprobare, acceptarea

responsabilității, acceptarea autodirecționării, acceptarea pericolelor vieții, filosofia nonperfecționismului și filosofia acceptării dificultăților vieții.

3.6. Etică și deontologie în intervențiile psihologice asupra persoanelor religioase

APA propune câteva recomandări generale în privința tratamentelor aplicate persoanelor religioase (Paloutzian și Park, 2005): informarea clientului prin intermediul consimțământului informat cu privire la perspectiva religioasă de conceptualizare a problemelor; evaluarea apriorică intervenției a background-ului religios al clientului și stabilirea statusului curent al funcționării spiritual/religioase a acestuia; stabilirea unei relații de încredere cu clientul; preocuparea în ceea ce privește oportunitatea intervenției din perspectivă religioasă sau contraindicarea acesteia; descrierea intervenției pe care terapeutul o propune și solicitarea părerii clientului despre aceasta, înaintea implementării ei; implementarea intervenției trebuie să fie făcută cu respect; respectarea valorilor religioase ale clientului, libertatea exprimării acestora de către client; folosirea flexibilă și diversă a intervențiilor spiritual/religioase cu clienții; căutarea de sprijin în ceea ce privește folosirea intervențiilor spiritual-religioase la nivelul reprezentanților doctrinei la care clientul aderă.

3.7. Obstacole în intervențiile psihologice REBT asupra persoanelor religioase

Sunt nominalizate obstacole care sunt în legătură cu personalitatea și pregătirea terapeutului ca: lipsa de experiență și necunoașterea aspectelor religiozității clientului pot fi obstacole în terapie; un alt obstacol este legat de lipsa de respect față de religia și practicile religioase ale clientului, într-o situație în care sunt implicați în terapie clienți religioși impunându-se documentarea și pregătirea terapeutului în direcția aceasta.

Un alt obstacol este introducerea prematură a intervențiilor spirituale, pentru care fie nu este pregătit clientul: problema lui în stadiul respectiv fie nu include elemente religioase, fie nu i-au fost evaluate cognițiile religioase suficient de comprehensiv, iar conceptele religioase au o semnificație diferită pentru el. Shafranske și Maloney, (1990) consideră că abordările spiritual-religioase afectează la un anumit nivel și atitudinile specialiștilor și intervenția terapeutică, fapte care influențează rezultatele terapiei.

Obstacole provenite din relația client-terapeut ar fi: disparitatea dintre client și terapeut în ceea ce privește orientarea religioasă, aderența la valori religioase, care se recomandă să fie dezvăluite inițial și să fie aduse clarificările legate de conținutul normelor și valorilor religioase încă de la început. Similaritatea dintre client și terapeut poate constitui un obstacol provenit din relația dintre terapeut și client pe fondul transferului și a contratransferului excesiv, existând riscul distragerii de la problemele relevante pentru sănătatea clientului și al focalizării pe discuții teologice sau doctrinare.

Ca factori contextuali Nielsen, Johnson și Ellis, (2001) nominalizează lipsa colaborării dintre terapeut și apropiații clientului, fie laici, fie clerici, care pot descuraja implicarea clientului în ceea ce privește căutarea de servicii profesionale sau/și clasice în scopul ameliorării problemelor proprii.

Principiile generale care stau la baza muncii cu persoane religioase sunt: competența, integritatea, responsabilitatea științifică și profesională, respectul pentru drepturi și demnitatea clienților, preocuparea pentru binele clienților, responsabilitatea socială (Yarhouse și VanOrman, 1991).

CAPITOLUL II. CONTRIBUȚII ȘI CERCETĂRI PERSONALE

Studiul 1. Relația dintre copingul religios și ajustarea psihologică la stres: studiu metaanalitic

Introducere și problematica cercetării

În prima parte a lucrării am prezentat un studiu metaanalitic asupra relației dintre copingul religios și ajustarea psihologică, studiul aducând dovezi științifice care susțin relația pozitivă dintre copingul religios pozitiv și ajustarea psihologică pozitivă, această relație regăsindu-se atunci când luăm în considerare atât religiozitatea persoanelor, cât și spiritualitatea acestora.

Obiectivele studiului prezent sunt: evidențierea eficacității strategiilor de coping religios în ceea ce privește ajustarea la stres și studierea eficacității strategiilor de coping în funcție de religiozitatea și spiritualitatea persoanelor care trec prin situații generatoare de distres.

Metodă

Ipoteze: Specific, investigăm următoarele ipoteze:

Strategiile de coping religios pozitive sunt asociate cu o bună ajustare la distres, atunci când copingul religios este evaluat prin prisma *religiozității*.

Strategiile de coping religios negative sunt asociate cu o ajustare la distres deficitară, atunci când copingul religios este evaluat prin prisma *religiozității*.

Strategiile de coping religios pozitive sunt asociate cu o bună ajustare la distres, atunci când copingul religios este evaluat prin prisma *spiritualității*.

Selecția studiilor

Articolele au fost selectate din bazele de date Ebsco Academic Search Premier, PsychInfo, PsychArticles, bazele de date investigate fiind din anul 2005 până în anul 2011, pe baza următoarelor cuvinte cheie: *religie, religiozitate, spiritualitate, coping religios, stres,*

ajustare psihologică. Au fost identificate un număr de 48 de studii relevante, care au fost sistematic reduse în funcție de anumite *criterii de includere*, metaanaliza realizându-se asupra a 15 studii.

Rezultate

Tabel 1. Statistică sumară coping religios/ajustare psihologică pentru variabila religiozitate

religiozitate	D	Var D	Intervalul de încredere (95%)
coping religios pozitiv/ ajustare psihologică pozitivă	.38	.30	.13-.63
coping religios negativ/ ajustare psihologică negativă	.15	.10	.02-.28

Tabel 2. Statistică sumară coping religios/ajustare psihologică pentru variabila spiritualitate

spiritualitate	D	Var D	Intervalul de încredere (95%)
coping religios pozitiv/ ajustare psihologică pozitivă	.36	.22	.15-.57

Concluzii și discuții

În ceea ce privește prima ipoteză, a fost identificată relația moderat pozitivă între strategiile de coping religios pozitive și rezultate pozitive în ceea ce privește ajustarea psihologică.

Ultima ipoteză lansată este susținută de studiul metaanalitic, întărind faptul că strategiile de coping religios negative sunt asociate cu ajustarea psihologică deficitară la stres.

În privința raportului dintre strategiile de coping pozitiv și ajustarea psihologică pozitivă se evidențiază existența unei relații pozitive similare, dacă comparăm rezultatele în funcție de religiozitate sau spiritualitate. Metaanaliza susține efectul pozitiv al includerii religiozității/spiritualității în modelele de coping la stres, evidențiind beneficiul acestui fapt. Copingul religios pozitiv este asociat cu o ajustare pozitivă la distres, atât în condiția de măsurare a religios, cât și în condiția de măsurare a spiritualității.

Studiul 2. Particularități ale Terapiei Rațional Emotive Și Comportamentale la persoanele orientate religios intrinsec-studiu clinic controlat

Introducere și problematica cercetării

Cercetarea ulterioară studiază impactul REBT în variantă standard, comparativ cu REBT cu elemente religioase asupra distresului emoțional al unor studenți religioși orientați religios intrinsec, aflați în etapa premergătoare evaluării semestriale. Studiul este focalizat pe prevenția primară a distresului.

Obiective

Obiectivele acestei cercetări au vizat studierea relației dintre religiozitate și sănătatea mentală prin prisma modelului REBT coroborat cu elemente ale religiei creștine. Ne-am propus să evidențiem eficacitatea REBT la participanți religioși, combinând principiile terapeutice REBT standard cu tehnici scripturale.

Studiul se focalizează pe ameliorarea distresului emoțional. Fenomenul religios îl studiem pornind de la dihotomia orientare religioasă intrinsecă și extrinsecă. Cercetarea prezentă are la baza un *design experimental* unifactorial, participanții fiind plasați aleatoriu în unul din grupurile experimentale: participanți care au urmat activități terapeutice de grup bazate pe principiile REBT standard, subiecți care au urmat activități terapeutice de grup bazate pe principiile REBT în combinație cu elemente religioase și grup de control, în care nu s-a intervenit terapeutic.

Studiul prezent s-a desfășurat în perioada aprilie/mai 2011, etapă premergătoare evaluării semestriale a participanților (sesiunea de examene), având ca scop prevenirea instalării distresului.

Metodă

Participanții la studiul prezent sunt studenți creștini din Universitatea Emanuel din Oradea cu media vârstei de 20.63 ani (a.s. 1.06). Numărul total de participanți a fost de 52 (N=52). Toți studenții au fost intrinsec orientați religios.

Instrumente și tehnici de lucru. Participanții au fost evaluați cu următoarele scale: Scala Allport Ross; Scala de depresie Beck (*BDI*); Scala de anxietate ca stare și trăsătură (STAIS, STAIT, Spielberg și colab., 1983); Chestionarul de gânduri automate (ATQ); Scala de atitudini și credințe disfuncționale (ABS II); Profilul distresului emoțional (PDE);

General Attitudes and Beliefs Scale–Short Form (GABS-SF; Lindner și colab., 1999); Scala Furiei - STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory); Scala de percepție a stresului Levenstein. Măsurătorile au fost realizate pretest și posttest.

Tratamentele

Au existat două condiții experimentale: prima în care un eșantion de subiecți au urmat psihoterapie REBT în variantă standard și alta, în care un alt grup de subiecți a urmat REBT în variantă religioasă. Participanții au urmat 8 ședințe de psihoterapie cu o durată de aprox. 1,30 h. Între sesiuni s-au folosit materiale informative referitoare la REBT standard, (Ghid de Terapie Rațional Emotivă și Comportamentală, Dryden și DiGiuseppe, 2003) și REBT religios, sub forma unor „pastile psihologice”; totodată, la grupul cu intervenție REBT în variantă religioasă s-a testat eficacitatea restructurărilor cognitive prin metoda „rugăciunii raționale”. În ambele condiții experimentale au fost folosite *fișe de monitorizare* după modelul ABCD cognitiv (David, 2007). Acestea au fost introduse pentru a facilita învățarea modelului ABCD și pentru a facilita practicarea lui în afara contextului intervenției de grup, în vederea restructurărilor cognitive după modelul REBT.

Rezultate

Vom prezenta întâi rezultatele analizelor intragrupale („t”) și apoi pe cele rezultate din analizele intergrupale („F”).

Rezultatele demonstrează ca ambele tipuri de terapie au avut eficacitate similară în ceea ce privește ameliorarea distresului afectiv operaționalizat prin: *rezultate principale/țintă*: distresul total: ($t = 5.17$ (REBT standard), $t = 5.32$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 49) = 11.93$, $p = .00$), stres autoperceput ($t = 4.16$ (REBT standard), $t = 4.44$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2; 49) = 15.31$, $p = .00$); *rezultate secundare*: depresie ($t = 4.91$ (REBT standard), $t = 11.55$ (REBT religios), ($p = .00$), ($F(2, 49) = 8.70$, $p = .00$); anxietate ca stare ($t = 5.54$ (REBT standard), $t = 6.21$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 49) = 3.68$, $p < .05$); anxietate ca trăsătură ($t = 5.52$ (REBT standard), $t = 14.15$ (REBT religios), ($p = .00$), ($F(2, 49) = 6.24$, $p < .01$); furia ($t = 5.44$ (REBT standard), $t = 8.08$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 3.51$, $p < .05$). Modificări semnificative au fost obținute și în ceea ce privește modificările la nivelul substratului cognitiv declanșator al distresului (*variabile presupuse mediatoare*): cognițiile iraționale: „trebuie” ($t = 8.30$ (REBT standard), $t = 6.44$ (REBT religios), ($p = .00$), ($F(2, 49) = 7.52$, $p = .00$); toleranță scăzută la frustrare ($t = 6.36$ (REBT standard), $t = 6.73$ (REBT religios),

($p=.00$), ($F(2, 49) = 8.54, p=.00$); catastrofare ($t = 6.36$ (REBT standard), $t = 6.73$ (REBT religios), $p=.00$), ($F(2, 49) = 7.52, p=.00$); evaluare globală ($t = 5.64$ (REBT standard), $t = 3.74$ (REBT religios), $p=.00$), ($F(2,49) = 10.60, p=.00$). Aceste rezultate au fost obținute prin compararea cu grupul de control. A fost calculată mărimea efectului („d” Cohen) rezultatele indicând valori crescute.

Concluzii și discuții

Intervențiile propuse de noi au ținut la reducerea nivelului stresului unor participanți studenți aflați în perioada premergătoare evaluărilor semestriale, prin ajustarea cognițiilor legate de evenimentele stresante pe care le experimentează. Modificările de la nivel cognitiv au fost posibile cu ajutorul ambelor metode terapeutice, ducând la diminuarea stresului. Folosirea rugăciunii raționale și citirea textelor sacre în procesul psihoterapeutic conduce la o îmbunătățire a rezultatelor clienților, facilitează relația terapeutică și ameliorează calitatea vieții acestora (Weld și Eriksen, 2007).

În ceea ce privește ameliorarea simptomatologiei depresive, rezultatele statistice ne permit să susținem eficacitatea similară a intervențiilor cognitive comportamentale (REBT) de tip standard și orientat religios la participanții intrinsec motivați religios.

Stresul autoperceput a fost modificat ca urmare a intervențiilor REBT de factură clasică și cu elemente religioase. Testul global evidențiază eficacitatea intervențiilor în ameliorarea stresului, valorile testelor „t” fiind însoțite de praguri de semnificație mai mici de .05. Răspunsurile participanților la scala de stres autoperceput au fost similare la cele două grupuri de intervenție. Există tendința ca participanții intrinsec orientați religios care au beneficiat de intervenții REBT cu elemente scripturale să aibă valori mai mici pe scala stresului autoperceput. Ambele tipuri de terapii și-au demonstrat eficacitatea în ameliorarea stresului.

Anxietatea studenților intrinsec orientați religios a fost modificată, obținându-se modificări la nivelul anxietății ca stare și trăsătură, testele globale evidențind acest fapt. Modificările anxietății ca trăsătură par a fi ușor mai consistente în cazul studenților care au beneficiat de REBT orientat religios, fapt concordant cu alte cercetări care au identificat eficacitatea superioară a psihoterapiei adaptată religios comparativ cu psihoterapia suportivă în anxietatea generalizată (Koszycki, Raab, Aldosary și Bradwejn, 2010).

În privința ameliorării furiei rezultatele sunt similare atât în cazul grupului care a beneficiat de REBT standard, cât și în cazul celui care a urmat REBT cu elemente religioase.

Cercetarea susține modelul cognitiv-comportamentalist al medierii distresului de către cognițiile iraționale, modificări la nivel cognitiv fiind corelate cu o bună ajustare emoțională și comportamentală.

Concluziile pe care le putem trage este că Terapia Rațional Emotivă și Comportamentală este validă pentru ameliorarea distresului, orientarea standard și religioasă a terapiei ducând la efecte similare în cazul în care participanții sunt religioși. Potrivit cercetărilor anterioare din domeniu, orientarea religioasă a REBT este preferată de către clienții religioși. Integrarea elementelor scripturale (rugăciunea rațională, afirmații psihologice cu conținut religios având la baza ideile REBT) în context REBT este posibilă și benefică în ameliorarea distresului participanților religioși.

Studiul 3. Eficacitatea REBT în reducerea distresului mamelor religioase ale unor copii cu dizabilități neuropsihomotorii

Introducere și problematica cercetării

Ultima cercetare analizează printr-un studiu comparativ impactul REBT în variantă standard și cu elemente religioase în ameliorarea distresului mamelor copiilor diagnosticați cu paralizie cerebrală, internate într-o secție de recuperare.

Studiul acesta își propune validarea intervențiilor de tip REBT pentru ameliorarea distresului acestei categorii speciale de populație, mame internate pe o secție de recuperare neuromotorie în vederea tratamentului problemelor neuropsihomotorii ale copiilor lor. Am întocmit planuri de intervenție personalizate după modelul REBT, focalizate pe tabloul psihopatologic al însoțitorilor copiilor cu dizabilități, regăsit în literatura de specialitate.

Intervențiile propuse de noi au fost concepute după modelul REBT în variantă standard și al REBT în variantă religioasă. Aceste două tipuri de intervenție au fost aplicate mamelor religioase, care au fost încadrate în două eșantioane în funcție de criteriul religiozitate intrinsecă versus religiozitate extrinsecă. Intervenția de tip REBT standard a fost aplicată persoanelor extrinsec orientate religios, intervenția REBT în variantă religioasă fiind aplicată mamelor intrinsec orientate religios. Aceste metode de intervenție testează eficiența „pastilelor psihologice” în variantă standard și religioasă în ceea ce privește restructurările cognitive în perioadele dintre ședințele de psihoterapie. De asemenea, a fost introdus și

modelul „rugăciunii raționale” în eșantionul de mame care au urmat REBT în variantă religioasă.

Obiective

Obiectivul acestui studiu este să investigheze eficacitatea REBT în variantă standard comparativ cu REBT orientat religios în tratarea unui grup de 62 de mame ale unor copii diagnosticați cu paralizie cerebrală, internate într-o secție de recuperare pe o perioadă de trei săptămâni. Abordarea distresului acestor mame s-a realizat multinivelar, protocolul nostru terapeutic urmărind modificarea cognițiilor disfuncționale ale mamelor în vederea ameliorării impactului emoțional al creșterii unui copil cu dizabilități. Ne-am focalizat asupra gândurilor automate și cognițiilor iraționale disfuncționale și, prin modificările de la acest nivel, am urmărit modificările la nivelul distresului afectiv, concretizat în focalizarea asupra nivelului depresiei, a stresului autoperceput, a anxietății ca și stare și trăsătură, a furiei și a distresului emoțional operaționalizat prin emoții legate de frică și tristețe.

Metodă

Designul experimental al studiului este unifactorial. Subiecții au fost distribuiți în două loturi experimentale, unul constituit din subiecți cu religiozitate intrinsecă, celălalt din subiecți cu religiozitate extrinsecă și grup de control.

Participanți

Media de vârstă a mamelor participante la cercetare este situată la 33.30 (a.s 5.46).

Aspectele demografice care descriu participanții la studiu sunt prezentate în tabelul de mai jos.

Variabile	Religiozitate extrinsecă/ REBT standard N=20	Religiozitate intrinsecă/ REBT orientat religios N=21	Grup de control N =21
Sex	f	f	f
Vârstă, medie ± SD (în ani)	33.04 ± 5.73	34.38 ± 5.16	32.00 ± 5.54
Educație			
Gimnaziu	3	4	4
Scoală de arte și meserii	6	8	6
Liceu	7	4	9

Studii universitare	4	5	2
Statut marital			
Căsătorite	17	19	17
Divorțate	3	2	3
Coabitare	0	0	1
Religia			
Ortodox	18	17	18
Reformat	0	0	1
Catolic	1	2	1
Protestant	1	2	1
			N total: 62

Instrumente

Participantele au fost evaluate cu următoarele scale: Scala Allport Ross; Scala de depresie Beck (*BDI*); Scala de anxietate ca stare și trăsătură (STAIS, STAIT, Spielberg et al, 1983); Chestionarul de gânduri automate (ATQ); Scala de atitudini și credințe disfuncționale (ABS II); Profilul distresului emoțional (PDE); General Attitudes and Beliefs Scale–Short Form (GABS-SF; Lindner și colab., 1999); Scala Furiei - STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory); Scala de percepție a stresului Levenstein (Băban, 1998). Măsurătorile au fost realizate pretest și posttest.

Tratamentele

Au existat două condiții experimentale: prima în care un eșantion de subiecți au urmat psihoterapie REBT în variantă standard și alta, în care un alt grup de subiecți a urmat REBT în variantă religioasă. Participanții au urmat un număr de 7 ședințe de psihoterapie cu o durată de aprox. 1,40-2 h.

Rezultate

Inițial prezentăm rezultatele analizelor intragrupale („t”) și apoi pe cele ale analizelor intergrupale („F”). Intervențiile testate de noi au dus la rezultate comparabile în posttestare. Astfel, pentru *variabilele principale/țintă* rezultatele indică: distresul total ($t= 2.19$ (REBT standard), $t = 3.22$ (REBT religios), $p<.05$), ($F(2, 59) = 7.62$, $p = .00$), iar pentru stresul autoperceput ($t= 2.37$ (REBT standard), ($t =5.54$ (REBT religios), $p<.05$), ($F(2; 59)=8.40$, $p = .00$). Pentru *variabilele secundare* am obținut următoarele rezultate: pentru depresie am obținut ($t= 4.15$ (REBT standard), $t =2.62$ (REBT religios), ($F(2, 59)=6.26$, $p< .05$), $p<.01$); pentru anxietate ca stare ($t= 2.61$ (REBT standard), $t =4.65$ (REBT religios), $p<.01$), ($F(2, 59)$

=7.51, $p = .00$); la nivel de anxietate ca trăsătură ($t = 3.64$ (REBT standard), $t = 4.66$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 6.10$, $p = .00$); furia ($t = 1.86$ (REBT standard), $p > .07$; $t = 4.12$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 6.59$, $p = .00$). Intervenția de tip standard nu a redus în mod semnificativ furia.

Modificări semnificative au fost obținute și în ceea ce privește nivelul substratului cognitiv declanșator al distresului, *variabile presupuse a fi mediatoare ale distresului-cognițiile iraționale*: „trebuie” ($t = 3.76$ (REBT standard), $t = 6.69$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 21.55$, $p = .00$); toleranță scăzută la frustrare ($t = 4.20$ (REBT standard), ($t = 8.27$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 17.57$, $p = .00$); catastrofare ($t = 4.43$ (REBT standard), $t = 7.06$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 14.99$, $p = .00$); evaluare globală ($t = 2.03$ (REBT standard), $t = 5.71$ (REBT religios), $p = .00$), ($F(2, 59) = 13.76$, $p = .00$). Mediile înregistrate sunt relativ apropiate în ambele grupuri de intervenție comparativ cu grupul de control. Aceste rezultate au fost obținute prin compararea cu grupul de control.

Concluzii și discuții

Intervențiile terapeutice propuse de noi pentru ameliorarea distresului mamelor care au fost internate într-o secție de recuperare pentru tratamentul copilului lor diagnosticat cu probleme neuromotorii de sănătate a dus, în posttestare, la diferențe semnificative între grupuri pentru toate variabilele măsurate. Aceste diferențe sunt în sensul unor scoruri mai ridicate la grupurile de mame cu intervenție comparativ cu grupul de control, ceea ce înseamnă că terapia a avut efect. Mărimile efectelor sunt medii și mari pentru toate variabilele măsurate.

Prin urmare, cele trei grupuri – grup cu REBT standard, grup cu REBT cu elemente scripturale, grup de control – diferă semnificativ în posttest în ceea ce privește ameliorarea distresului operaționalizat prin scăderea nivelului simptomatologiei depresive, scăderea nivelului anxietății ca stare, fiind influențată și anxietatea ca și trăsătură, scăderea nivelului furiei și a distresului operaționalizat prin frică și tristețe funcționale și disfuncționale. Cele trei grupuri diferă în posttestare după participarea la terapie, prin urmare terapia are o influență semnificativă cu o mărime a efectului medie și ridicată asupra variabilelor dependente. Tratamentul terapeutic pe care noi l-am propus, a inclus și folosirea unor „pastile psihologice”, afirmații psihologice raționale menite să faciliteze restructurările cognitive, fiecărei metode de REBT (în variantă clasică și cu elemente religioase) fiindu-i asociate pastile psihologice specifice conținutului lor. Aceste afirmații au fost destinate grupului care

a beneficiat de REBT cu elemente religioase, fiind alcătuite după modelul celor existente pentru REBT în variantă standard (David, 2006), dar cu un conținut religios.

Prin prisma rezultatelor obținute putem deduce eficacitatea lor ca factor contributor la restructurările cognitive continue, prin intermediul temelor de casă. De asemenea, rugăciunea rațională este un alt element de particularitate al acestei lucrări, care a fost învățată și indicată în grupul de persoane care au beneficiat de REBT cu elemente religioase. Modelul rugăciunii raționale a favorizat restructurările cognitive, fiind construită după modelul ABCD.

CAPITOLUL III. CONCLUZII GENERALE ȘI DISCUȚII

Contribuții teoretice

În studiul prezent am integrat elemente spiritual-religioase în contextul paradigmei cognitiv-comportamentale după modelul Terapiei Rațional Emotive și Comportamentale pentru ameliorarea distresului unor persoane religioase.

Informațiile prezentate în această teză se înscriu în tendința recentă a cercetărilor de a accentua preocuparea față de impactul religiei în viața umană. Religiozitatea/spiritualitatea pot fi considerate variabile endogene, fiind componente importante ale dezvoltării personale.

Sunt sintetizate informații din literatura de specialitate cu privire la modul și eficiența încorporării elementelor spiritual-religioase ale beneficiarilor psihoterapiei, oferind nu numai informații declarative, ci și proceduri de lucru în acest domeniu.

Contribuții practice

Implementarea REBT în variantă standard și orientat religios permite extragerea unor concluzii care au la bază experiența practică. Se poate discuta despre un demers teoretico-practic, în prima parte a lucrării, dar și de un demers dinspre practică spre teorie, în ultima parte a tezei. Studiul de față conferă o viziune sintetică a cercetărilor de până acum, ducând la dezvoltarea repertoriului de informații din domeniul paradigmei cognitiv-comportamentale în interacțiune cu filosofia religioasă creștină.

Intervențiile realizate de noi respectă recomandările existente în domeniu cu privire la particularitățile terapiei cu persoane religioase, experimentând impactul pe care rugăciunea, citirea textelor sacre și folosirea pastilelor psihologice cu conținut religios îl pot avea în restructurările cognitive ale unor persoane religioase.

Limite și direcții noi de cercetare

Cercetări ulterioare ar trebui să se focalizeze pe studierea mecanismelor prin care factorul religios contribuie la menținerea sănătății mentale și fizice și la prevenirea bolii și să considere modalități de îmbunătățire a programelor terapeutice adresate clienților religioși.

Această teză subliniază impactul religiozității asupra sănătății mentale, recomandând considerarea acestei dimensiuni ca variabilă importantă în procesul terapeutic, fapt care va îmbunătăți eficacitatea terapiei, relevanța tratamentului și practica competentă.

Bibliografie selectivă

Allport, G., și Ross, M. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 5. No.4, 432-443.

Ano, G., și Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61: 4, pp. 461–480.

Baetz, M., și Toews, J. (2009). Clinical implications of research on religion, spirituality and mental health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 292-301.

Beck, A. T., Steer, R. A., și Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, Vol. 8, pp. 77-100.

Benore, E., Pargament, K., și Pendleton, S., (2008). An Initial Examination of Religious Coping in Children With Asthma. *The international Journal for The Psychology of Religion*, 18: 267-290.

Britner, P. A., Morog, M. C., Pianta R.C., și Marvin R. S. (2003). Stress and Coping: A Comparison of Self-Report Measures of Functioning in Families of Young Children with Cerebral Palsy or No Medical Diagnosis. *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 12, No. 3, 335-348.

Christopher, M. S. (2003). Albert Ellis and the Buddha: rational Soul Mates? A comparison of Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) and Zen Buddhism. *Mental Health Religion și Culture*, Vol 6, pp. 283-293.

Connor-Smith, J. K., și Flachsbart, C. (2007). Relations between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 93, 1080-1107.

Contrada, R. J., Goyal, T. M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E. L., și Krause, T. J. (2004). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: The impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*, 23, 227-238.

Costello, E. J., Foley, D. L., și Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 8–25.

Cotton, S., Puchalski C. M., Sherman S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J., Pargament, K. I., Justice, A. C., Leonard, A. C., și Tsevat, J. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of general internal medicine*, Dec 1; 21 Suppl. 5:S5-13.

David, D. (2006). Metodologia cercetării clinice, Fundamente, Editura Polirom, Iași.

David, D. (2006). Psihologie clinică și psihoterapie, Fundamente, Editura Polirom, Iași.

David, D. (2006). Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale, Editura Polirom, Iași.

David, D. (2007). Protocol clinic de psihoterapie Rațional Emotivă și Comportamentală pentru depresie, Editura Sinapsis, Cluj-Napoca.

David, D., Schnur, J., și Belloiu, A. (2002). Another search for the "hot" cognition: Appraisal irrational beliefs, attribution, and their relation to emotion. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 93-131.

David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., și Cosman, D. (2008). Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, Vol: 64, 746-728.

Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, No. 2, 400-419.

Dowd, T., și Nielsen, S. L. (2006). *The Psychologies in Religion: Working with the Religious Client*. Springer. New York.

Dryden, W. (2001). *Reason to Change: A Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) Workbook*. Brunner-Routledge. Hove, England.

Dryden, W., și David, D. (2008). Rational emotive behaviour therapy: Current Status. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 195-209.

Dryden, W., și DiGiuseppe, R. (2003). Ghid de terapie rațional-emoțională și comportamentală. Editura Press ASCR, Cluj-Napoca.

Dryden, W., și Mytton, J. (1999). *Four Approaches to Counselling and Psychotherapy*. Routledge, London.

Ellis, A. (2002). A Continuation of the Dialogue on Issues in Counseling in the Postmodern Era, *Journal of Mental Health Counseling*, Vol. 22: 2.

Ellis, A. (2000). Can Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) Be Effectively Used With People Who Have Devout Beliefs in God and Religion? *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 31, No.1, 29-33.

Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. A Birch Lane Press Book, New York.

Ellis, A. (2002). *Overcoming Resistance: A Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach*. Springer. New York.

Ellis, A., și Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York: Springer. Five-Factor Model of Personality and Religious Orientation. *Journal of Psychology and Christianity*. Vol. 28, No. 3, 195-199.

Flere, S., Klanjesk, R., Lavric, M., și Musil, B. (2008). Testing the Allportian religious orientation schema on Slovenian Catholics by multidimensional scaling. *Personality and Individual Differences*, 44 512–520.

Galen, L. W., și Rogers, W. M. (2004). Religiosity, alcohol expectancies, drinking motives, and their interaction in the prediction of drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 469-476.

Hackney, C. H., și Sanders, G. S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 42, 1-168.

Hays, P. A. (1995). Multicultural applications of cognitive-behavior therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 26(3), 309-315.

Hill, P. C., și Hood, R.W. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, Ala.: Religious Education Press, 110 M43.

Hill, P. C. și Pargament, K. (2008). Advances in the Conceptualization and Measurement of Spirituality. *American Psychologist*, Vol. 5, No. 1, 3-17.

Hobson, K. (2009). The era of personalized medicine. *U.S. News and World Report*, 35.

Iannotti, R. J. (1978). Effect of role-taking experiences on role taking, empathy, altruism, and aggression. *Developmental Psychology*, 14, 119-124.

James, A., și Wells, A. (2003). Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359-376.

Johnson, S. (2008). *Incorporating Religion into Rational Emotive Behavior Therapy with the Christian Client*, Albert Ellis Institute, New York, NY, 10065.

Johnson, W. B., și Ridley, C. R. (1992). Brief Christian and non-Christian rational-emotive therapy with depressed Christian clients: An exploratory study. *Counseling and Values*, 36, 220-229.

Kilbourne, B., Cummings, S. M., și Levine, R. S. (2009). The Influence of Religiosity and Depression among Low -Income People with Diabetes. *Health & Social Work*, Vol: 34, No:2.

Koocher, G. P., Norcross, J. C., și Hill, S. S. (2005). *Psychologists' Desk Reference*. Oxford University Press. New York.

Koenig, H. G. (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. Academic Press. San Diego, CA.

Koenig, H. G., și Cohen, H. (2002). *The link between religion and health*, New York: Oxford University Press.

Koenig, H.G., Hays, J.C., George, L. K., Blazer, D. G., Larson, D. B., și Landerman, L.L. (1997). Modeling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support and depressive symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 131-144.

Koenig, H. G., Larson, D. B., și McCullough, M. E., (2001). *Handbook of Religion and Health* Oxford University Press, New York.

Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., și Bradwejn, J. (2010). A Multifaith Spiritually Based Intervention for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Randomized Trial. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.66(4), 430-441.

Laubmeier, K. K., Zakowski S. G., și Bair J. P. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 11(1):48-55.

Lawrance, C. (1987). Rational-Emotive Therapy and The religious client. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, Vol. 5, No. 1.

Levenson, M. R., Aldwin, C. M., și D'Mello, M. (2005). Religious development from adolescence to middle adulthood. In R. F. Paloutzian și C. L. Park (Eds.). *The psychology of religion and spirituality*, (pp. 144–161), New York: Guilford Press.

Lindner, H., Kirkby, R., Wertheim, E., și Birch, P. (1999). A brief assessment of irrational thinking: Shortened General Attitude and Belief Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 651-663.

Mahoney, A., Pargament, K., Tarakeshwar, N., și Swank, A. B., (2001). Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage and parenting. *Journal of Family Psychology*, 15, 559-596.

Miller, J., McConnell, T., și Klinger, T. (2007). Religiosity and Spirituality: Influence on Quality of Life and Perceived Patient Self-Efficacy among Cardiac Patients and Their Spouses. *Journal of Religion and Health*, Vol. 46, No. 2.

Milevsky, A., și Levitt, M. J. (2004). Intrinsic and extrinsic religiosity in preadolescence and adolescence: Effect on psychological adjustment, *Mental Health, Religion & Culture*, Volume 7, Number 4, 307–321.

Nielsen, S. L., Johnson, W. B., și Ellis, A. (2001). *Counseling and Psychotherapy with Religious Persons: A Rational Emotive Behavior Therapy Approach*, Mahwah, NJ.

Nielsen, S. L., Johnson, W. W., și Ridley, C. R. (2000). Religiously Sensitive Rational Emotive Behavior Therapy: Theory, Techniques, and Brief Excerpts From a Case. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 31. No. 1. 21-28.

Paloutzian, R. F., și Park, C. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Guilford Press. New York.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, practice, research*. New York: Guilford.

Pargament, K. I., Ensing, D.S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., și Haitsma, K. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.

- Pargament, K. I., și Rye, M. S. (1998). Forgiveness as a method of religious coping. In E.L. Worthington, Jr. (Ed.). *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 59-78). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Pargament, K. I., Olsen, H., Reilly, B., Falgout, K., Ensing, D., S., și Haitzma, K. (1992) God Help Me (Ii): The Relationship Of Religious Orientations To Religious Coping With Negative Life Events. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 31 (4): 604-13.
- Pargament, K. I., și Saunders, S. M.(2007). Introduction to the special issue on spirituality and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 903-907.
- Park, C., (2006). Exploring relations among religiousness, meaning, and adjustment to lifetime and current stressful encounters in later life. *Anxiety, Stress, and Coping*, Vol. 19(1): 33-45.
- Park, C., Cohen, L., și Herb, L. (1990). Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 562-574.
- Reinecke, M. A., și Davison, M. R. (2002). Comparative treatments of depression. Springer Publishing Company, Inc., New York.
- Rivera, G., Degoma, E., M., Lilly S. M., Usman, M. H., și Mohler, E. R. (2011). Personalized vascular medicine: Individualizing drug therapy. *Vascular Medicine*, Oct;16(5):391-404.
- Robb, H. B. (2007). Treating anger with forgiveness may sometimes require reconciliation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 25(1), 65-75.
- Rose, E. M., Westfeld, J. S., și Ansley, T. N. (2001). Spiritual issues in counseling clients' beliefs and preferences. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 118-134.
- Sava, F. (2004). Analiza datelor în cercetarea psihologică. Editura ASCR. Cluj-Napoca
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., și David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavior therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 36-52.
- Saunders, S., M., Lucas, V., și Kuras, L. (2007). Measuring the Discrepancy Between Current and Ideal Spiritual and Religious Functioning in Problem Drinkers. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 21, No. 3, 404-408.
- Singh, D. K. (2003). Families of children with spina bifida: A Review. *Journal of developmental and Physical Disabilities*, vol. 15, no. 1.
- Spielberger, C. D. (1999). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Spilka, B., și McIntosh, D. (1997). *The Psychology of Religion: Theoretical Approaches*. Westview Press. Boulder, CO.
- Szetagotai, A., și Freeman, A. (2007). An Analysis of the Relationship between Irrational Beliefs and Automatic Thoughts in Predicting Distress. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol: 7.
- Tan, S. Y. (2007). Use of Prayer and Scripture in Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Psychology and Christianity*, Vol: 26.
- Tremblay, M. A., Blanchard C. M., Villeneuve, M., Taylor, S., și Pelletier L. G. (2009) Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale: Its Value for Organizational Psychology Research. *Canadian Journal of Behavioural Science*. Vol: 41.
- Watlington, C., și Murphy, C. (2006). The Roles of Religion and Spirituality Among African American Survivors of Domestic Violence. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 (7), 837-857.
- Watson, P. J., și Culhane, S. E. (2005). Irrational beliefs and social constructionism: Correlations with attitudes about reality, beliefs about people, and collective self-esteem. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 57-70.
- Weld, C. și Eriksen, K. (2007). The ethics of prayer in counseling. *Journal of Psychology and Theology*, Vol. 51, 125- 138.
- Vernon, A., (2004). *Counseling Children and Adolescents*. Love Publishing Company, Denver-Colorado.
- Wink, P., și Dillon, M. (2008). Religiousness, spirituality, and psychosocial functioning in late adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychology of Religion and Spirituality*. Vol. 5, No. 1, 102-115.
- Wilde, J., (2008). Rational-emotive Behavioral Interventions for Children with Anxiety Problems, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 8, 1.
- Worthington, E. L., Jr., Hook, J. N., Davis, D. E., și McDaniel, M. (2010). Religion and spirituality. *Journal of. Clinical Psychology: In Session*, Vol. 67(2), 204-214.
- Ziolko, M. E. (1991). Counseling parents of children with disabilities: A review of the literature and implications for practice. *Journal of Rehabilitation*, Vol. 57, 29-34.
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Muller, C., Korber, J., și Murken, S. (2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 29, No. 6, pp. 533-547(15).