



**Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca**  
**Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației**  
**Școala Doctorală Psihologie Cognitivă Aplicată**

## **REZUMATUL EXTINS AL TEZEI DE DOCTORAT**

**Atitudinile terapeuților privind efectul integrării terapiei prin dans și mișcare  
și terapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor de anxietate  
în copilărie**

**Coordonator,**

Prof. Univ. Dr. Adrian Opre

**Student doctorand,**

Naomi Weitz

Cluj-Napoca  
2020

## CUPRINS

CAPITOLUL 1. FUNDAMENTE TEORETICE ȘI EMPIRICE ALE CERCETĂRII .....	1
CAPITOLUL 2. OBIECTIVELE ȘI DESIGNUL CERCETĂRII .....	7
CAPITOLUL 3. STUDIUL 1 - ATITUDINILE TERAPEUȚILOR FAȚĂ DE UTILIZAREA COMBINATĂ A TERAPIEI PRIN DANS ȘI MIȘCARE ȘI TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ÎN COPILĂRIE.....	10
CAPITOLUL 4. STUDIUL 2 - ELABORAREA ȘI VALIDAREA CHESTIONARULUI: „ATITUDINILE TERAPEUȚILOR FAȚĂ DE TERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ÎN COPILĂRIE” .....	17
CAPITOLUL 5. STUDIUL 3 - EFECTUL TDM ȘI CBT ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ÎN COPILĂRIE: O COMPARAȚIE ÎNTRE GRUPURILE DE TERAPEUȚI (TDM, CBT, TDM+ CBT) .....	19
CAPITOLUL 6. REZUMATUL REZULTATELOR CERCETĂRII. DISCUȚII ȘI CONCLUZII ALE CERCETĂRII .....	33
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE.....	40

**Cuvinte cheie:** terapie prin dans și mișcare (TDM), terapie cognitiv-comportamentală (CBT), tulburări de anxietate, copii, atitudini și percepții;

# CAPITOLUL 1. FUNDAMENTE TEORETICE ȘI EMPIRICE ALE CERCETĂRII

În cadrul acestei cercetări doctorale s-au examinat atitudinile terapeuților față de efectul terapiei mixte sau combinate, respectiv al terapiei prin dans și mișcare (TDM) și al terapiei cognitiv-comportamentale (în continuare abreviat „CBT”) în tratarea tulburărilor de anxietate la vârsta copilăriei. Tulburările de anxietate (APA, 2013) sunt printre cele mai frecvente tulburări psihiatrice și pot debuta în copilărie (Costello, Egger, & Angold, 2004; Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita, 2016). Cu toate că uneori anxietatea poate să fie adaptativă și relaționată dezvoltării copilului (Gullone, 2000), în unele cazuri, poate atinge niveluri ridicate de severitate și poate avea un impact negativ asupra funcționării și vieții copiilor. În plus, tulburările de anxietate sunt caracterizate de simptome fizice (Egger, Costello, Erkanli, & Angold, 1999; Hofflich, Hughes, & Kendall, 2006; Ramsawh, Chavira, & Stein, 2010). Aproximativ 5% dintre copiii și tinerii din lumea occidentală îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru tulburări de anxietate (Rapee, Schniering, & Hudson, 2009; Robichaud, Koerner, & Dugas, 2019). Cu toate că au o prevalență ridicată, tulburările de anxietate sunt subdiagnosticate în copilărie și, prin urmare, adesea nu sunt tratate corect (Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004). În Israel, aproximativ o cincime dintre copii și adolescenți suferă, într-o oarecare măsură, de diferite tipuri de tulburări de anxietate (Regev & Snir, 2016).

Cercetarea de față vizează două tipuri de terapie pentru tulburările anxioase: 1) terapia cognitivă comportamentală (CBT) -unul dintre cele mai eficiente tipuri de terapie pentru tulburările de anxietate, citate în literatura de specialitate (Banneyer, Bonin, Price, Goodman, & Storch, 2018; Higa-McMillan et al., 2016), 2) și 2) terapia prin dans și mișcare (TDM) (Payne, 2003; Tortora, 2016).

**CBT** este o terapie de tip „evidence-based”, concentrată și orientată spre scop. CBT reunește o combinație de strategii cognitive, comportamentale, emoționale și sociale, bazate pe teoriile lui Ellis (1962) și Beck (1976). CBT reprezintă o intervenție de primă linie pentru tulburările de anxietate din copilărie și s-a dovedit ca fiind o intervenție eficientă, atât în copilărie cât și la vârsta adultă (Banneyer, Bonin, Price, Goodman, & Storch, 2018; Beck, 2011; Butler et

al., 2006; Farrell, Ollendick, & Muris, 2019; Hofmann et al., 2012; James, James, Cowdrey, Soler, & Choke, 2013; Walczak, Breinholst, Ollendick, & Esbjørn, 2019). CBT oferă o structură organizată a activităților terapeutice și încurajează spre chestionarea/reflecția asupra cognițiilor, comportamentelor și emoțiilor. CBT pentru terapia tulburărilor de anxietate la vârsta copilăriei se focalizează asupra comportamentelor și relațiilor din realitatea externă (Kendall, 2012), incluzând formularea cazului (Sim & Gwee, 2005), intervenții cognitive și comportamentale, în special: psihoeucație, identificarea gândurilor și emoțiilor, restructurare cognitivă, relaxare, expunere treptată, recompense și sarcini suplimentare pentru acasă. De obicei, în CBT, sesiunile urmăresc aspecte precum: conștientizarea reacțiilor fizice/emoționale și a simptomelor fizice specifice anxietății; identificarea și evaluarea „dialogului intern” anxios; abilități de soluționare a problemelor, precum capacitatea de a modifica dialogul intern anxios, împreună cu dezvoltarea sentimentului autoeficacitate și a strategiilor de coping (Kendall & Hedtke, 2006). Numeroase dovezi empirice susțin utilitatea unor intervenții și tehnici specifice CBT pentru tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie. Metodele de intervenție CBT se dezvoltă constant (de ex., progrese tehnologice și modalități de auto-ajutor) (Farrell, Ollendick, & Muris, 2019).

**TDM** (terapia prin dans și mișcare) este cuprinsă în categoria terapiilor expresive, bazate pe practici și teorii care conectează arta, creativitatea și terapia. TDM se caracterizează prin utilizarea psihoterapeutică a dansului și a mișcării, bazată pe conexiunea dintre corp și minte și puterea de vindecare a dansului (Wengrower, 2016). TDM îmbină psihoterapia corporală și artele expresive și se bazează, în mod tradițional, pe teoriile psihodinamice. TDM consolidează integrarea emoțională, cognitivă, fizică, socială și spirituală a individului (ADTA, 2019; EADMT, 2019). O serie de terapeuți TDM au încercat să stabilească o bază teoretică pentru activitatea lor (Bernstein, 1979; Gross, 2005). În cadrul TDM corpul este instrumentul principal de exprimare. Terapeutul și părinții copilului (dacă sunt prezenți) își folosesc corpul pentru a reflecta și a se adapta spontan la copil. Mediul terapeutic (în cadrul TDM) este unul adecvat copiilor: bogat în stimuli senzoriali, muzică și ritm, utilizarea spațiului, relaxare, imaginație și practică cu mișcare organizată și spontană, joc și dans. Ca atare, TDM îi oferă copilului un sentiment de siguranță, contribuie înțelegerea rolului semnificativ al intervențiilor nonverbale ca mijloc principal de comunicare și dezvoltarea relațiilor interpersonale (Tortora, 2016). Deși dansul este una dintre cele mai vechi forme de vindecare, TDM s-a consolidat ca profesie în țările Occidentale în anii 40, și s-a răspândit în țările Estice și în toată lumea începând cu anii '90. Impactul TDM a fost investigat

predominant prin metode de cercetare calitative, dar în ultimii ani, corpul cercetărilor cantitative a înregistrat o expansiune (Koch, Riege, Tisborn, & Biondo, 2019). Rezultatele studiilor susțin eficiența TDM în diminuarea anxietății și depresiei (Koch et al., 2014, 2019; Ritter & Low, 1996). Așadar, este necesară înțelegerea în profunzime (prin desfășurarea unor cercetări) a mecanismului terapeutic al TDM și intervențiilor prin dans, în special a celor care sunt implementate sub formă mixtă, împreună cu alte tipuri de terapii, cum ar fi CBT.

Cele două abordări terapeutice ale tulburărilor de anxietate, CBT și TDM, se bazează pe fundamente teoretice distincte, prin urmare, sunt diferite în mod inerent. Cu toate acestea, în ultimul deceniu, aceste abordări au devenit mai apropiate.

**Utilizarea terapiilor mixte** în tratamentul tulburărilor de anxietate este o practică tot mai comună. În ultimii ani, activitatea psihoterapeutică este tot mai frecvent desfășurată în manieră integrativă. În literatura de specialitate sunt menționate patru tipuri principale de abordări integrative: eclecticism tehnic, factori comuni, integrare asimilativă și integrare teoretică (Stricker, 2010; Wampold, 2015).

Până în prezent, au fost efectuate o serie de încercări pentru integrarea terapiilor bazate pe tehnici CBT și a celor bazate pe componente ale terapiei psihodinamice (teoria de bază a TDM). De exemplu, Wachtel (1977, 2014) a sugerat extinderea abordării dinamice pe trei axe, care descriu conexiunea dintre lumea noastră interioară și comportamentele din realitatea externă; Ryle (Ryle & Kerr, 2002) a dezvoltat Terapia Cognitiv-Analitică; în mod similar, Fonagy și Bateman (2006) au dezvoltat abordarea mentalistă bazată pe Teoria Minții; Perry (2008) a descris „o combinație secvențială” de terapie psihodinamică și CBT.

Un alt model terapeutic contemporan, care a reprezentat un progres important în domeniul CBT, este modelul terapiei CBT bazată pe proces (PB-CBT; Hayes & Hofmann, 2018). Acesta descrie abordarea proceselor relevante și transdiagnostice care pot combina sau conecta diferite orientări terapeutice, definiții și chiar culturi.

Literatura de specialitate cuprinde diverse referințe privind integrarea CBT și Terapiei expresive prin artă (Czamanski-Cohen, 2012; Beardall & Surrey, 2013; Malchiodi & Rozum, 2012; Sharon, 2018; Treadwell, Dartnell, Travaglini, Statts, & Deviney, 2016). Potrivit lui Shelby

și Berk (2009), integrarea CBT cu jocul și creativitatea îi ajută pe copii să se simtă mai confortabili cu terapia și, astfel, sporește eficiența terapiei.

Unele abordări integrative combină principiile CBT cu cele TDM. Acestea fac parte din a treia generație de abordări cognitiv-comportamentale și reunesc elemente care se concentrează pe experiență și tehnici de intervenție, precum Mindfulness (Weiss, 2009), Terapia Dialectic Comportamentală (Linehan, 2018) și Terapia Schemelor Cognitive (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), care utilizează imagini experiențiale, dialogul și intervenții cognitiv-comportamentale. Un alt exemplu este modelul integrativ, „See Far CBT”, care combină realitatea fantastică (FR) cu CBT și experiențele somatice (SE) (Lahad, Farhi, Leykin, & Kaplansky, 2010); acest model terapeutic pentru tulburări de anxietate și traumă este menit să ofere o intervenție care să răspundă nevoii de a face coping imediat simptomelor stresului și anxietății și de a diminua în cel mai scurt timp posibil efectele lor negative asupra funcționării.

Până la momentul desfășurării cercetării față, utilizarea combinată (în terapie) a tehnicilor specifice TDM și CBT nu a fost investigată, în general, și în mod special în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie. Utilizarea combinată a celor două tipuri de intervenție apare în literatura de specialitate în mod indirect, cum ar fi în: utilizarea combinată a mindfulnessului și Terapiei Dialectic Comportamentale (Beardall & Surrey, 2013), într-o nouă „meta-abordare” (Parsons et al., 2019), în cadrul strategiilor de reglare a emoțiilor, bazate pe corp (Shafir, 2015), sau în modelul ECBT (Embodied-CBT) care integrează CBT, elemente de neuroștiință și „embodied cognition” (Pietrzak, Lphr, Jahn, & Hauke, 2017). Tratatamentul tulburărilor emoționale reunește abordarea CBT de tip „top-down” și tehnicile de de sincronizare a mișcării și imitație, ca parte a componentelor TDM (Goggin, 2018).

**În această cercetare, efectul terapiei mixte TDM și CBT** a fost investigat din trei perspective: autoeficacitatea terapeuților, eficiența procesului terapeutic și eficacitatea tratamentului - rezultate pozitive ale pacienților care indică succesul terapiei.

**Autoeficacitatea** se referă la nivelul de încredere al unei persoane că este capabilă să organizeze, să îndeplinească și să execute cu succes sarcini (Bandura, 1989, 1997). Studiile desfășurate anterior s-au focalizat pe investigarea acestei caracteristici cu preponderență în eșantioane de consilieri, profesori și asistenți medicali și un număr foarte restrâns de studii au

examinat autoeficacitatea terapeuților prin artă expresivă. Rezultatele disponibile sugerează că terapeuții prin artă expresivă au avut un nivel scăzut al burnoutului și autoeficacitate crescută, iar un grad mai ridicat de autoeficacitate permite terapeuților să-și stabilească obiective înalte și să adopte schimbări și inovații cu mai multă ușurință (Gam, Kim, & Jeon, 2016). Terapeuții calificați și cu experiență, cu o autoeficacitate crescută, reușesc, de obicei, să se concentreze asupra pacienților lor și asupra procesului terapeutic (Levenson & Davidovitz, 2000; McGuire et al., 2019). În această cercetare, experiența terapeuților - pentru fiecare dintre cele două abordări terapeutice de interes, TDM și CBT - a fost măsurată în funcție de durata de timp (exprimată în ani) pe parcursul căreia au practicat fiecare abordare terapeutică.

Literatura sugerează că atât în cazul terapiei pe termen scurt, cât și în celei pe termen lung, presupunând că terapeutul deține cunoștințele teoretice necesare referitoare la tehnicile terapeutice și are competența de a integra obiectivele terapeutice, acesta poate să aibă sentiment sporit de autoeficacitate (Levenson & Davidovitz, 2000; Messer, 2001). Această afirmație este susținută de studiile privind autoeficacitatea terapeuților, în cadrul cărora s-a identificat o asocieră între autoeficacitate și nivelul de pregătire, pe de o parte (Melchert, Hays, Wiljanen, & Kolocek, 1996), precum și o mai bună aderență la cele mai bune practici și terapii evidence-based, pe de altă parte (Kozina, Grabovari, & Stefano, 2010; Schiele, Weist, Youngstrom, Stephan, & Lever, 2014), în special în etapa în care terapeutul își formează o imagine de ansamblu a tratamentului și decide metodele optime de intervenție pentru atingerea rezultatelor dorite (Butler, 1998; Mace & Binyon, 2005). Terapeuții cu o autoeficacitate mai dezvoltată își fixează obiective înalte și sunt dispuși să adopte schimbări și inovații, în timp ce terapeuții cu un nivel scăzut al autoeficacității evaluează negativ capacitatea lor de a implementa schimbări (Fullan, 2012; Guskey, 1988).

**Eficiența și eficacitatea terapiei** se referă la a măsura în care o intervenție produce rezultatul scontat și modificări ale emoțiilor și simptomelor. Studiile care au examinat relația dintre caracteristicile terapeuților și eficacitatea terapiei au investigat o varietate de variabile (Swain, Hancock, Hainsworth and Bowman, 2013; Vocisano et al., 2004).

Atitudini și percepții. Atitudinile au un impact asupra modului în care informațiile sunt procesate și, prin urmare, influențează imaginea de sine, comportamentul și mediul unei persoane (Vogel & Wanke, 2016). Atitudinile reflectă modul în care oamenii evaluează lumea din jurul lor (Eagly & Chaiken, 2007; Stroebe, 2011). Atitudinile implică trei componente principale: afecte,

cogniții și comportament. Componenta afectivă se referă la sentimentele și emoțiile negative/ pozitive pe care individul le are față de un obiect sau un fenomen. Componenta cognitivă cuprinde credințele și percepțiile individului cu privire la un obiect sau un fenomen, iar componenta comportamentală include reacțiile, acțiunile și răspunsurile individuale. Prin urmare, măsurarea atitudinilor ar trebui să cuprindă toate cele trei componente (Harmon-Jones, Armstrong, & Olson, 2018). Termenul „percepții” descrie componenta cognitivă a atitudinilor, care se raportează la concepțiile, gândurile, cunoștințele și credințele individului despre un obiect, un proces sau o practică (Baron & Byrne, 2000). Această cercetare doctorală examinează atitudinile terapeuților față de efectul utilizării combinate a CBT și TDM, cu privire la: Afect (reacția emoțională) - ce simt terapeuții în legătură cu acest fenomen? Cogniții (reacția cognitivă) - ce cred terapeuții despre acest fenomen și cum îl percep? Comportament (reacția comportamentală) - Ce fac terapeuții (auto-raportare) și cum integrează principiile terapeutice distincte în practica lor? Cu toate acestea, utilizarea terapiei mixte TDM și CBT depinde de atitudinile terapeuților față de această practică, analizate în funcție de trei componente distincte dar interrelaționate: componenta cognitivă a atitudinilor - nivelul de eficiență perceput al utilizării terapiei mixte TDM și CBT; componenta afectivă (emoțională) a atitudinilor - eficacitatea lor terapeutică; componenta comportamentală a atitudinilor - utilizarea efectivă (bazată pe auto-raportare) a terapiei mixte TDM și CBT.

Atitudinile terapeuților au fost examinate într-un model cuprinzător. Cercetarea doctorală s-a axat pe atitudinile terapeutului față de utilizarea combinată/mixtă a terapiei TDM și CBT. Figura 1 prezintă componentele percepțiilor și atitudinilor terapeutului.



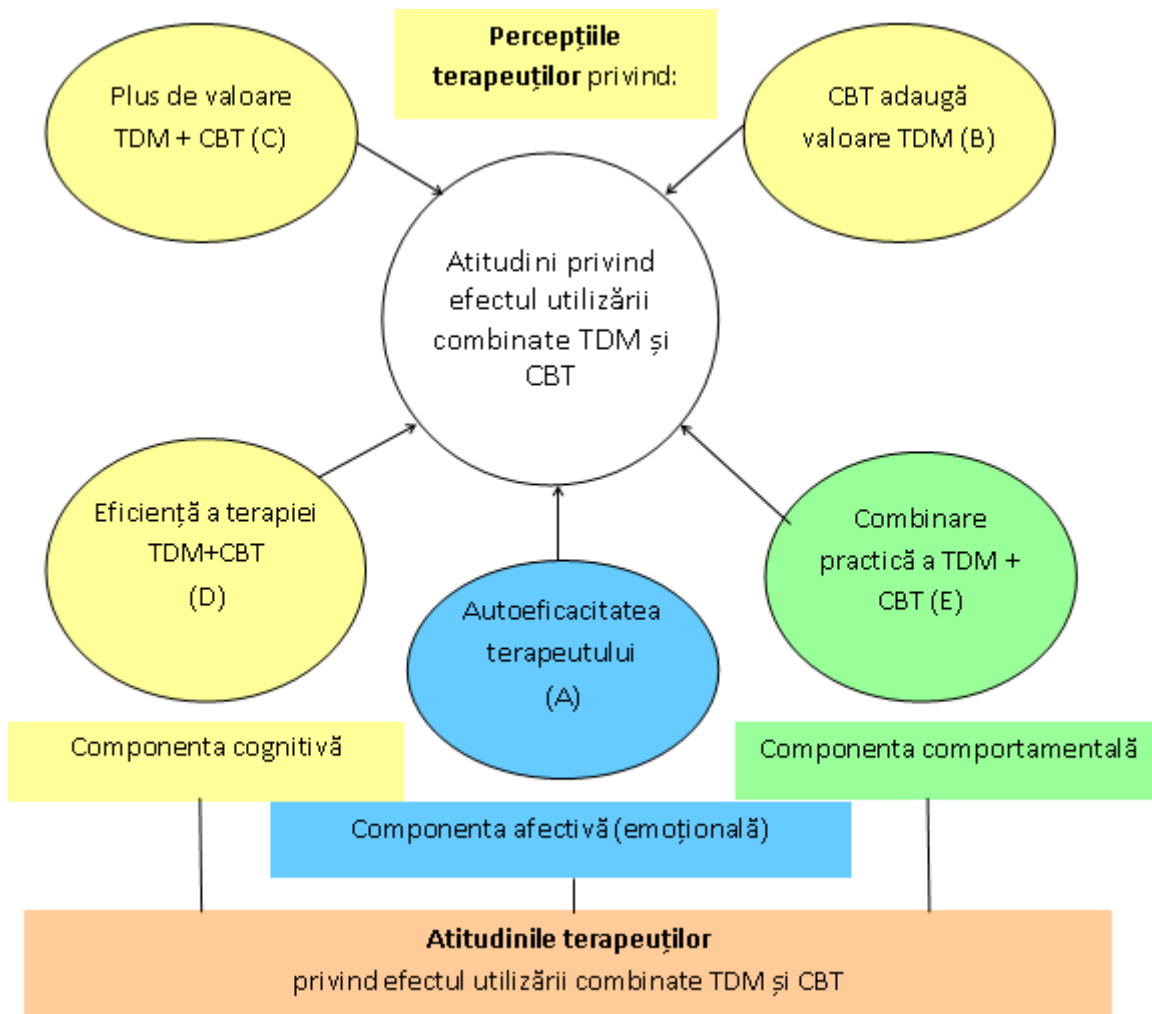


Figura 1. Modelul atitudinilor și percepțiilor terapeuților față de efectul utilizării combinate a terapiei TDM și CBT

## CAPITOLUL 2. OBIECTIVELE ȘI DESIGNUL CERCETĂRII

**Scopul** acestei cercetări doctorale a constat în investigarea atitudinilor terapeuților față de efectul terapiei mixte și CBT în adresarea tulburărilor de anxietate în copilărie. Cercetarea s-a bazat pe utilizarea metodelor mixte - o combinație de metode de cercetare calitative și cantitative (Creswell & Creswell, 2018). Cercetarea a cuprins trei studii Studiul 1 – o investigație calitativă

(interviuri cu zece terapeuți CBT și TDM) a atitudinilor terapeuților față de efectul terapiei mixte TDM și CBT în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie. A fost realizată o analiză sistematică a conținutului pentru a identifica teme și categorii specifice, care ulterior, au stat la baza elaborării și validării chestionarului „Atitudinile terapeuților față de terapia tulburărilor de anxietate (ATAD-Q)”, în cadrul studiului 2. Procesul de validare a acestei forme inițiale a chestionarului a fost efectuat prin (a) validarea unui grup de 6 experți (calitativ) și (b) testarea proprietăților psihometrice - validitatea și fidelitatea chestionarului pilot (cantitativ) (N = 32). Rezultatele tuturor acestor proceduri au contribuit la proiectarea structurii finale a chestionarului și la verificarea fidelității și validității sale ca instrument de cercetare prin determinarea validității interne, validității discriminante, validității concurente și validității conținutului și construcției. În al treilea studiu - chestionarul cantitativ, forma finală, a fost administrat unui eșantion alcătuit din 99 de terapeuți care utilizau trei tipuri de terapie: exclusiv TDM (N = 35, grup denumit în continuare TDM), exclusiv CBT (N = 42, grup denumit în continuare CBT) și terapeuți care utilizau terapia mixtă, TDM și CBT (N = 22, grup denumit în continuare TDM + CBT). Diferențele dintre cele trei grupuri de cercetare (TDM, CBT, TDM + CBT) au fost examinate utilizând analiza statistică Oneway ANOVA între grupuri cu comparații multiple (testul lui Scheffe); testarea modelului fundamentat teoretic (construit în Studiul 2) s-a efectuat prin intermediul modelării prin ecuații structurale (SEM).

Prin această cercetare s-au urmărit o serie de **obiective**, după cum urmează: (1) examinarea utilizării terapiei mixte (TDM și CBT) în activitatea terapeuților (prevalență și metode de implementare); (2) identificarea modalităților prin care, conform percepțiilor terapeuților, principiile CBT pot completa terapia și principiile TDM, iar tehnicile TDM pot completa terapia CBT, pentru a spori efectul terapiei mixte TDM + CBT, destinată copiilor cu tulburări de anxietate; (3) investigarea percepțiilor celor trei grupuri de terapeuți (TDM, CBT, TDM + CBT) cu privire la efectul integrării principiilor TDM și CBT în terapia copiilor cu tulburări de anxietate; (4) propunerea unui model fundamentat teoretic - utilizarea combinată a terapiei TDM + CBT în funcție de modul în care sunt percepute efectele terapiei mixte .

**Întrebările de cercetare:** (1) Cum utilizează terapeuții TDM + CBT ambele abordări terapeutice, în activitatea lor? (2) Conform percepțiilor terapeuților, care sunt mecanismele prin care principiile CBT pot spori terapia TDM, iar principiile TDM pot spori terapia CBT? - pentru a îmbunătăți efectul terapiei mixte TDM + CBT în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie

(3) Cum percep terapeuții (TDM, CBT, TDM + CBT) efectul combinării principiilor TDM și a celor CBT în tratarea tulburărilor de anxietate la vârsta copilăriei?

Designul mixt al cercetării este prezentat în Tabelul 1.

Tabelul 1

*Designul cercetării bazat pe metode mixte*

Nr. Studiu	Metoda de cercetare	Metodologie/instrumente	Analiza	Participanți
Studiul 1	Calitativă	Interviuri semi-structurate	Analiza sistematică a conținutului	N=10
Studiul 2	Calitativă și cantitativă (studiu pilot)	Construirea și validarea unui chestionar de auto-raportare, online	Coefficienți de fiabilitate, frecvențe și procente, mijloace și abateri standard, $\chi^2$ , <i>Phi</i> și <i>Cramer's' V</i> , Pearson <i>r</i>	N=32
Studiul 3	Cantitativă	Administrarea unui chestionar de auto-raportare online	ANOVA (Analiză de varianță) SEM (Modelare prin ecuații structurale)	N=99

**Justificarea cercetării.** Literatura de specialitate existentă descrie terapia prin dans și mișcare (TDM) și terapia cognitiv-comportamentală (CBT) ca două abordări terapeutice separate, fără a lua în considerare posibilitatea combinării sau integrării celor două. Există câteva studii privind integrarea terapiei prin artă cu CBT. De asemenea, există mai multe studii și cărți privind integrarea terapiei dinamice cu CBT. Cu toate acestea, datele referitoare la combinarea terapiei prin artă cu CBT, în general, și a terapiei prin dans și mișcare și CBT, în mod particular, sunt incomplete. În plus, nu am identificat studii care să examineze atitudinile și percepțiile terapeuților cu privire la abordarea terapeutică mixtă/combinată TDM și CBT, în special în ceea ce privește adresarea tulburărilor de anxietate în copilărie.

**Ipoteze de cercetare:** Ipoteza (1): Există o diferență semnificativă între terapeuți în ceea ce privește percepția privind valoarea pe care o adăugă tipul de terapie practicat celuilalt tip de terapie de referință. Mai specific, terapeuții care combină ambele tipuri de terapie (TDM + CBT) și terapeuții care utilizează un singur tip de terapie (CBT sau TDM) vor evalua valoarea adăugată a principiilor proprii practici terapeutice (CBT sau DMT) ca fiind semnificativ mai mare, decât terapeuții care utilizează cel de-al doilea tip de terapie (TDM sau CBT); Ipoteza (2): (2a) Eficiența combinării TDM și CBT: terapeuții TDM + CBT și/sau terapeuții care practică exclusiv TDM vor percepe asocierea TDM cu CBT ca fiind mult mai eficientă decât terapeuții care practică exclusiv CBT; (2b) Eficacitatea terapeuților care lucrează cu copii cu tulburări de anxietate: terapeuții TDM

+ CBT și/sau terapeuți care practică exclusiv CBT își vor percepe eficacitatea ca fiind semnificativ mai mare, comparativ cu terapeuții care practică exclusiv TDM; (2c) Utilizarea abordărilor terapeutice combinate - TDM + CBT - în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie: terapeuții TDM + CBT și/sau terapeuții TDM vor raporta o utilizare semnificativ mai mare a terapiei mixte în comparație cu terapeuții CBT.

### **CAPITOLUL 3. STUDIUL 1 - ATITUDINILE TERAPEUȚILOR FAȚĂ DE UTILIZAREA COMBINATĂ A TERAPIEI PRIN DANS ȘI MIȘCARE ȘI TERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ÎN COPILĂRIE**

#### **Design**

Acest studiu a fost realizat utilizând o abordare calitativă de cercetare (Creswell & Poth, 2018), bazată pe interviuri semi-structurate. În acest studiu, metoda investigativă a caracterizat viziunea holistică a combinării abordărilor TDM și CBT, cu scopul de a înțelege fenomenul și situațiile care conturează acest tratament ca entitate completă (Lincoln & Guba, 2000).

#### **Metodologie**

**Participanți și eșantionare.** Participanții au fost selectați printr-o procedură de eșantionare selectivă (Mason, 1996; Shkedi, 2003). Eșantionul de participanți la acest studiu a fost alcătuit din terapeuți care au studiat, au fost instruiți și au practicat TDM și CBT, și care au îndeplinit criteriile prestabilite privind educația și experiență academică. Eșantionul de participanți a fost alcătuit din zece terapeuți care au îndeplinit criteriile de includere în studiu. Toți terapeuții participanți locuiau și își desfășurau activitatea profesională pe teritoriului statului Israel. Terapeuții participanți la acest studiu au avut între 11 și 34 de ani de experiență profesională TDM și între 2 și 14 ani de experiență profesională CBT. Toți terapeuții participanți au studiat CBT ulterior studierii TDM.

**Instrumente de cercetare.** În cadrul Studiul 1 a fost utilizat un ghid de interviu semi-structurat (Flick, 2006; Spradley, 1979), orientat de „Atitudinile terapeuților față de combinarea principiilor TDM și CBT”. Acest instrument a fost elaborat și validat în acord cu scopul studiului curent. Utilizarea ghidului de interviu semi-structurat a avut scopul de a facilita dezvăluirea perspectivelor unice ale terapeuților (care tratează copiii cu tulburări de anxietate) referitoare la abordările TDM și CBT – atât ca terapii independente, cât și ca terapie mixtă. Obținerea perspectivelor unice ale terapeuților a permis evidențierea sentimentelor, convingerilor și comportamentelor lor cu privire la fenomenul investigat, prin exemple din propriile lor practici. În plus, instrumentul a servit ca o modalitate de a expune dilemele și ideile terapeuților.

**Elaborarea ghidului de interviu.** Ghidul de interviu a fost elaborat pe baza obiectivelor de cercetare și a întrebărilor de cercetare pentru a clarifica percepțiile terapeuților privind influența terapiei combinate TDM + CBT asupra muncii lor, privind procesul terapeutic și influența asupra pacientului. Aceasta se referă la: (a) managementul terapiei; (b) autoexpunerea și implicarea terapeutului; (c) comportamentul terapeutului; (d) accentul terapiei (Perry, 2008).

**Validarea ghidului de interviu.** Prima versiune a ghidului de interviu a trecut printr-o serie de proceduri de validare printre care calcularea coeficienților de validitate de conținut sau de validitate conceptuală (Creswell & Miller, 2000; Shkedi, 2003).

**Procedură.** Cele zece interviuri au avut loc individual. Interviurile au fost realizate față în față, în funcție de timpul și locația convenabilă pentru participant, ceea ce a permis cercetătorului să colecteze date de la sursa primară (Shkedi, 2003).

**Analiza calitativă a datelor** a avut ca obiectiv acordarea semnificației și interpretarea subiectului investigat (Strauss & Corbin, 1990). O analiză sistematică a conținutului a fost realizată pentru a dezvălui teme și categorii (Lincoln & Guba, 2000; Strauss & Corbin, 1990).

**Considerații etice.** Cooperarea dintre cercetător și participanți la studiul calitativ a ridicat dileme etice care decurg din dorința de a asigura confidențialitatea datelor, dar, în același timp, de a împărtăși experiența persoanei intervievate. Pentru a adresa acest aspect, în cadrul acestui studiu s-a asigurat anonimitatea participanților, în acord cu prescripțiile eticii în cercetare.

În cadrul cercetării, numele participanților au fost înlocuite cu pseudonime, pentru a menține anonimatul participanților, iar înregistrările au fost păstrate în siguranță de către cercetător. Participanții au fost informați cu privire la scopurile studiului, procedura de cercetare și condițiile de participare. Participarea la cercetare a fost posibilă doar după semnarea unui

consimțământ informat și în baza opțiunii participantului de a participa. Participanții au avut posibilitatea de a se retrage din cercetare. Retragerea participanților din cercetare a fost posibilă în orice etapă a cercetării.

## Rezultate

Sumarul rezultatelor studiului 1 este prezentat în Tabelul 2.

Tabelul 2

*Sumarul rezultatelor studiului calitativ- Interviu*

<b>Teme</b>	<b>Subteme</b>	<b>Terapeut</b>	<b>Tratament (Terapie)</b>	<b>Pacient</b>
Terapeutul care utilizează terapia mixtă, TDM și CBT	Abordare personală	Personalizarea abordării mixte	CBT combinat cu abordări psihodinamice CBT combinat cu mișcare, expresivitate, creativitate și artă Terapie combinată, abordări din al treilea val CBT	Integrarea abordărilor în concordanță cu nevoile pacientului; atenție acordată corpului și mișcărilor pacientului
	Dezvoltarea abordării mixte	Cunoștințe despre cele două abordări terapeutice și experiență cu acestea Deschidere față de abordarea combinată	Terapie bazată pe TDM și dezvoltare profesională în CBT	Procesul identificării unui tratament adecvat pacientului
Terapia mixtă	Metode de combinare	Corpul terapeutului servește ca mijloc în procesul de terapie	Pe baza unei ordini stabilite, un tip de terapie este consecutivă celuilalt tip Combinare/integrare parțială Combinare conform procesului	În conformitate cu pacientul, obiectivele și scopul terapeutic
	Gestionarea terapiei	Management inteligent al terapiei combinate pe tot parcursul tratamentului	Conform termenilor și structurii CBT, integrarea principiilor TDM	În conformitate cu pacientul - abordarea dominantă este alternată pe parcursul terapiei
	Rolul terapeutului	Echilibru între terapeut și pacient, terapeutul conduce, pacientul urmează; poziție dominantă; Creativitate	Conducere, îndrumare, autoexpunere, predare, mentor (roluri legate de principiile CBT)	Reflectare empatică și ascultarea pacientului. Acceptarea și reflectarea emoțiilor inițiale
	Conducerea terapiei	Terapeut care conduce procesul terapeutic și se alătură pacientului	Conducerea comună a terapiei	Pacientul conduce terapia

<b>Teme</b>	<b>Subteme</b>	<b>Terapeut</b>	<b>Tratament (Terapie)</b>	<b>Pacient</b>
	Eficiență	Creșterea eficacității și profesionalismului terapeutului	Expansiunea opțiunilor de intervenție, combinare optimă Fuziunea metodelor terapeutice	Expansiunea mijloacelor de exprimare și creativitate ale pacientului
Valoarea adăugată de fiecare abordare terapeutică	Completări aduse de TDM terapiei cognitiv-comportamentale	Corpul terapeutului este un mijloc în procesul terapeutic	Intervenție nonverbală	Permite pacientului să își exprime nonverbal emoțiile și senzațiile
			Integrarea mișcărilor corporale și a proceselor CBT	Focalizare asupra progresului pacientului-progres în ritmul său propriu, pe baza alegerilor sale
			Flexibilitate	Plăcerea, interesul și motivația sporită a pacientului
			Creare și experiență care influențează schimbarea	Potrivit ca mijloc de comunicare și de lucru cu copiii
	Completări aduse de terapia cognitiv-comportamentală terapiei prin dans și mișcare (TDM)	Organizează, structurează, ancorează și ghidează procesul terapeutic	Definește obiective specifice și practice pentru procesul terapeutic	Terapie pe termen scurt
		Validează activitatea terapeutului TDM	Întărește și validează conexiunea corp-minte	Subliniază motivația pentru tratament și motivația pentru schimbare
Satisfacție profesională	Cognitiv	Provocare, gândire și interes Actualizarea și perfecționarea metodelor de terapeutice cunoscute	Integrarea se bazează pe logică, inteligență și adecvare	În beneficiul terapeutului
	Emoțional	Emoții pozitive, când terapeutul combină metode terapeutice diferite și această abordare devine parte din practica sa terapeutică Entuziasm privind implementarea terapiei combinate în practica terapeutică desfășurată cu copiii	Sentiment pozitiv atunci când cutia instrumentele creative completează beneficiile terapiei cognitiv-comportamentale în procesul terapeutic  Crește motivația pentru participarea activă la sesiunile de terapie	Sentimente pozitive induse de schimbare și obținerea rezultatelor
Rețineri		Necesită efort din partea terapeutului Necesită creativitate din partea	Inadecvată în situațiile în care utilizarea combinată a metodelor este impusă	Lipsa de adecvare a terapiei la caracteristicile pacientului (vârstă, dificultate de conectare la corp, dificultate în a urma o

Teme	Subteme	Terapeut	Tratament (Terapie)	Pacient
		terapeutului, pentru combinarea optimă a metodelor diferite		formă de terapie structurată și concentrată în timp)
		Necesită cunoștințe privind protocoalele celor două abordări terapeutice	Necesită înțelegerea modului de gestionare a abordării combinate Aderarea prea strânsă la protocoalele CBT poate avea un impact negativ asupra principiilor TDM	Terapia mixtă poate duce la copleșire și confuzie Posibil dacă există rezistență la una dintre abordări

În baza răspunsurilor oferite de respondenți la întrebările cuprinse în interviu, s-au conturat o serie de concluzii care sugerează că terapeuții TDM + CBT combină ambele abordări terapeutice în activitatea lor, deoarece consideră că această practică este eficientă, atât în ceea ce privește rolul terapeutului în procesul terapeutic, cât și potențialele beneficii pentru pacienții lor (copii cu tulburări de anxietate). Mai mult, au fost identificate diferite variațiuni ale terapiei mixte TDM+CBT, toate bazate pe experiența practică și satisfacția terapeuților și a pacienților. Respondenții au convenit că utilizarea mixtă a TDM și CBT adaugă un plus de valoare terapiei. Pentru terapeuții respondenți, implementarea adecvată a terapiei mixte este extrem de satisfăcătoare, însoțită de emoție și înălțare spirituală, care este exprimată de respondenți prin cuvinte precum „mare”, „puternic” și „câștigător”.

O constatare centrală a studiului este că o condiție necesară și importantă pentru asigurarea eficienței terapiei mixte vizează experiența și expertiza terapeutului în ambele abordări (CBT și TDM). Terapeuții respondenți au descris principiile CBT ca acele principii care contribuie la extinderea și sporirea eficienței terapeutice, care afectează în mod pozitiv terapeuții, pacienții și procesul terapeutic. Respondenții studiului au raportat că CBT reprezintă o „ancoră” sau un *ghid terapeutic*, o abordare care îi permite terapeutului să conducă procesul terapiei.

O altă constatare interesantă se referă la opinia respondenților conform căreia CBT „facilitează alăturarea TDM unui curent terapeutic mai mare.” Mai specific, CBT oferă legitimitate principiilor terapeutice TDM și, prin urmare, sporește eficiența TDM. Această constatare este semnificativă prin prisma eforturilor de a legitima TDM în Israel. Până în prezent, TDM a fost autorizată și delimitată prin lege ca formă specifică de terapie în țări precum cum ar fi în Anglia și SUA.

În ceea ce privește valoarea pe care o adaugă fiecare individuală de terapie, TDM și CBT în contextul terapiei combinate, s-a pus accentul pe importanța extinderii conexiunii cu corpul,



asupra mișcării și dansului - care creează o experiență și promovează schimbările pozitive în cadrul terapiei. În plus, persoanele respondente s-au referit pe larg la conexiunea dintre corp și mișcare ca un factor fundamental și elementar, care cuprinde toate componentele vieții. Acestea creează un „limbaj” care promovează conexiunea cu corpul ca aspect important al terapiei CBT, în conformitate cu a treia generație de abordări cognitiv-comportamentale.

Sumarizat, pentru a investiga în continuare percepțiile și atitudinile terapeuților față de terapia mixtă se impune abordarea următoarelor cinci teme: A. Eficacitatea terapeuților în terapia tulburărilor de anxietate, în copilărie; B. Valoarea adăugată de tehnicile CBT la cele ale TDM; C. Valoarea adăugată de tehnicile TDM la cele CBT; D. Eficiența combinării TDM cu CBT (Calitatea tratamentului); E. Utilizarea mixtă CBT+TDM. Aceste teme au stat la baza chestionarului cantitativ, elaborat și validat în cadrul cercetării doctorale (detalii în Capitolul 4).

## **Discuții**

Întreg eșantionul de respondenți ai studiului a raportat că utilizează în mod combinat cele două tipuri de terapie (TDM și CBT), dar s-au înregistrat variațiuni la nivelul modului de implementare. Terapeuții care utilizează TDM+CBT au subliniat, în primul rând, alegerea modalității de integrare a celor două terapii în acord cu nevoile fiecărui pacient, acordând în același timp atenție semnificativă corpului, respirației și mișcării.

Respondenții acestui studiu au raportat că practicile terapeutice combinate/mixte au apărut ca reacție la scepticismul privind terapia tradițională, din cauza lipsei unei forme de terapie adecvată. Acest argument este în concordanță cu literatura de specialitate actuală, care descrie terapii bazate pe procese stabilite în baza analizei funcționale și a abordărilor focalizate asupra aspectelor unice ale fiecărui individ (Hayes și Hofmann, 2018). Pornind de la rezultatele cercetărilor, terapeuții pot alege să combine sau să conecteze diverse orientări terapeutice. Cu alte cuvinte, caracteristicile pacientului servesc ca un marker care conturează metoda de integrare a terapiilor, iar considerațiile terapeutului în selectarea unui tratament se bazează mai puțin pe caracteristicile abordărilor care vor fi integrate.

Gross (2005), terapeut TDM, întărește acest argument dintr-o perspectivă diferită. Autoarea se focalizează mai puțin asupra înclinațiilor teoretice ale unui terapeut TDM și subliniază importanța dimensiunii fizice și păstrarea unui canal deschis cu corpul pe toată durata terapiei. Acest lucru demonstrează că în TDM există loc pentru integrarea altor teorii decât cele clasice,

care sunt deja încorporate în corpul de cunoștințe al terapeuților. Argumentele autoarei plasează aspectele fizice ca având un rol unic, central, în terapia prin mișcare și în combinarea sa cu alte abordări terapeutice.

Terapeuții TDM și CBT au raportat integrarea cele două tipuri de terapie în diferite moduri, toate bazate pe experiența practică și satisfacția terapeuților și a pacienților. Terapeuții au raportat că această combinație este eficientă atât în ceea ce privește rolul lor în procesul terapeutic, cât și în ceea ce privește beneficiile potențiale pentru pacienții lor (copii cu tulburări de anxietate). Eficacitatea terapeuților, experiența profesională și expertiza în ambele abordări terapeutice constituie condiții necesare și importante pentru a se asigura eficiența terapiei mixte. În ceea ce privește valoarea adăugată de fiecare terapie, s-a constatat că CBT este percepută ca o „ancoră” sau un ghid terapeutic. În ceea ce privește valoarea adăugată de TDM terapiei cognitiv-comportamentale, s-a pus accentul pe importanța expresiei non-verbale, conexiunea cu corpul, mișcarea și dansul, care creează o experiență semnificativă și promovează schimbarea.

Dintre posibilele limite ale acestui studiu amintim o limită relaționată caracteristicilor eșantionului de participanți. Respondenții studiului au avut mai multă experiență în TDM comparativ cu CBT și de asemenea, formarea inițială a fost efectuată în TDM (posibilă influență a unui efect de ordine) – acest fapt ar putea determina prejudecăți comune. Cu toate acestea, eșantionul de participanți reflectă adecvat populația relativ mică de terapeuți care până în prezent combină în practica lor TDM cu CBT.

Rezultatele obținute în cadrul acestui studiu sunt unice și validează presupunerile anterioare, experiențele și intuițiile terapeuților. La momentul desfășurării acestui studiu nu am identificat studii disponibile care să investigheze perspectiva terapeuților cu privire la utilizarea terapiilor combinate/mixte, în general și a utilizării combinate TDM și CBT, în mod particular.

Creșterea utilizării corpului și a mișcării alături de terapii concentrate, eficiente, bazate pe dovezi științifice (cum ar fi CBT), poate sprijini și orienta dezvoltarea terapiilor, oferind răspunsuri optime pentru pacienți. Respondenții studiului au argumentat că fiecare abordare individuală (dintre cele două de interes pentru această cercetare) aduce o contribuție și o completare unică și poate avea un impact pozitiv asupra eficienței tratării tulburărilor de anxietate în copilărie. Efectul practicării terapiei combinate, asupra terapeuților, a fost exprimat în mod clar de unul dintre intervievați (Nitzan): "Când integrarea celor două terapii este efectuată în mod optim simt că dansez!"

## **CAPITOLUL 4. STUDIUL 2 - ELABORAREA ȘI VALIDAREA CHESTIONARULUI: „ATITUDINILE TERAPEUȚILOR FAȚĂ DE TERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ÎN COPILĂRIE”**

### **Metodologie**

În cadrul acestui studiu s-a elaborat și validat științific un chestionar de auto-raportare: „Atitudinile terapeuților față de terapia tulburărilor de anxietate - ATAD-Q”. Chestionarul a fost elaborat pentru a fi utilizat ulterior ca mijloc în studierea atitudinilor și percepțiilor terapeuților referitoare la efectele terapiei mixte (TDM și CBT) în tratamentul tulburărilor de anxietate în copilărie. Chestionarul a fost formulat inițial în baza rezultatelor analizei sistematice de conținut a interviurilor realizate în cadrul Studiului 1 și a concluziilor suplimentare extrase în urma analizei literaturii de specialitate.

Construirea chestionarului a fost realizat în etape: Selectarea a cinci categorii; Formularea itemilor; Examinarea corespondenței cu întrebările de cercetare; Validare de către grupul de experți; Determinarea structurii chestionarului: introducere, istoric personal și profesional. Chestionarul a fost pilotat pe un eșantion de conveniență, format din 32 de terapeuți. În baza rezultatelor statistice astfel obținute, unii itemi ai chestionarului au fost reformulați sau eliminați.

Procesul de validare a chestionarului inițial a fost realizat prin (a) evaluarea de către un grup de șase experți (calitativ) și (b) testarea proprietăților psihometrice - validitatea și fidelitatea chestionarului (cantitativ) - chestionarul pilot (N = 32) și chestionarul final (N = 100) (fidelitatea test-retest a fost efectuată pe eșantionul final de participanți). În mod similar, datele colectate prin forma finală a chestionarului au fost supuse unei analize factoriale exploratorii (EFA) și unei analize factoriale confirmatorii (CFA).

### **Participanți**

Eșantionul studiului pilot a fost alcătuit din 32 de terapeuți (30 de femei și doi bărbați) cu vârsta cuprinsă între 36 și 60 de ani (media 48,7, SD = 6,41); 14 terapeuți practicau terapia mixtă TDM + CBT, 9 practicau exclusiv TDM și 9 terapeuți practicau exclusiv CBT. Douăzeci și trei

de participanți (71,9%) tratau copiii cu tulburări de anxietate, la momentul efectuării studiului. Douăzeci și doi de participanți (68,8%) practicau TDM și 23 de participanți (71,9%) practicau CBT.

Studiul-pilot pentru validarea chestionarului de auto-raportare s-a desfășurat după următoarele etape: (a1) Analiza fidelității categoriilor și analiza itemilor ( $\alpha = .81 - .92$ ); (a2) Analiza de corelație între categorii (validitatea internă a chestionarului): în conformitate cu conținutul unic al fiecărei categorii; (b) Validitate discriminantă - Comparație între cele trei grupuri privind itemii și categoriile: TDM (n = 9), CBT (n = 9), TDM + CBT (n = 14) (Rezultatele ANOVA cu comparații multiple – testul Scheffe) – potrivire a conținutului enunțurilor, diferențele de acord au fost în concordanță cu caracteristicile grupurilor; (c) Validitate concurentă: corelația dintre itemi și variabilele experienței profesionale.

## **Versiunea finală a chestionarului**

Examinarea distribuțiilor itemilor (frecvențe și procente; medii și abateri standard) a relevat că respondenții au folosit toată gama de valori ale scalei (1-5), în majoritatea enunțurilor. Conform răspunsurilor, întrebările privind experiența profesională au fost reformulate, iar întrebările deschise au fost convertite în întrebări închise. Categoriile B și C (beneficiile suplimentare adăugate de CBT la TDM / beneficiile suplimentare adăugate de TDM la CBT) includeau opțiunea de răspuns „nu știu / nu sunt sigur”. O parte dintre respondenți au selectat această opțiune - prin urmare, aceasta a fost păstrată.

Validitatea și fidelitatea scalei- S-au înregistrat valori ridicate ale validității de construct și ale consistenței interne pentru categorii (Cronbach's  $\alpha=.81-.92$ ); Validitate de conținut - În urma consultărilor cu supervisorul cercetării doctorale și cu un expert în metode de cercetare, măsurare și evaluare s-au operat reformulări la nivelul unor itemi, pentru a perfecționa semnificația și claritatea lor. În plus, itemii care se focalizau excesiv pe mai mult de un element au fost divizați în doi sau mai mulți itemi; Validitate discriminatorie - Diferențele dintre grupuri sunt în concordanță cu conținutul enunțurilor (în ceea ce privește diferențele dintre participanții fiecărui grup); Validitate concurentă- Tiparele semnificative de corelații identificate au fost în concordanță cu ipotezele de bază ale studiului, precum și cu distincția dintre abordări; Validitatea de conținut EFA și CFA -Rezultatele EFA au susținut validitatea de construcție a chestionarului final.

Rezultatele CFA au evidențiat o potrivire bună între modelele teoretice și empirice și, astfel, au consolidat validitatea chestionarului final.

## **CAPITOLUL 5. STUDIUL 3 - EFECTUL TDM ȘI CBT ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ÎN COPILĂRIE: O COMPARAȚIE ÎNTRE GRUPURILE DE TERAPEUȚI (TDM, CBT, TDM+ CBT)**

### **Design**

Acest studiu s-a bazat pe o abordare cantitativă de cercetare (Creswell & Creswell 2018). Atitudinile și percepțiile terapeuților au fost investigate prin intermediul unui chestionar online. În acest studiu, variabilele au fost generate în baza rezultatelor interviului. Variabilele independente au fost: tipul de terapie practicat de respondenți, caracteristicile personale, caracteristicile privind calificarea și caracteristicile profesionale. Variabilele dependente au fost: atitudini și percepții privind tratamentul combinat TDM + CBT: eficacitatea terapeuților, valoarea adăugată de CBT terapiei prin dans și mișcare, valoarea adăugată de TDM terapiei cognitiv-comportamentale, măsura în care combinarea celor două tipuri de terapie este percepută ca eficientă și utilizarea mixtă a TDM și CBT.

### **Metodologie**

**Participanți.** Eșantionul final a cuprins 99 de participanți, divizați în trei grupuri: terapeuți care practicau exclusiv TDM (n = 35), terapeuți care practicau exclusiv CBT (n = 42) și terapeuți care practicau TDM + CBT (n = 22). Grupurile de participanți practicanți „exclusiv TDM” și „TDM+CBT” au fost alcătuite din participanți de gen feminin, în timp ce grupul CBT a fost alcătuit în proporție de 85,7% din participanți de gen feminin. Vârsta medie a participanților a fost de 48,33 (SD = 7,38). Toți terapeuții participanți la studiu trăiau și își desfășurau activitatea profesională în Israel și au un istoric similar. Majoritatea dintre ei lucrează (88%) sau au lucrat

(91%) cu copii cu tulburări de anxietate. În medie, participanții au desfășurat ședințe de terapie cu aproximativ trei tipuri de tulburări de anxietate, dintre care cea prevalentă a fost Tulburarea de anxietate generalizată (64%).

**Instrumente de cercetare.** Datele au fost colectate prin intermediul chestionarului elaborat și validat anterior, în cadrul acestei cercetări doctorale, „Atitudinile terapeuților față de terapia tulburărilor de anxietate- ATAD-Q” (chestionar elaborat în baza rezultatelor interviurilor efectuate în primul studiu calitativ al cercetării).

**Analiza datelor.** Răspunsurile (N = 99) au fost colectate și transferate în programul de analiză statistică SPSS. Analiza datelor a inclus calcularea coeficienților alpha Cronbach, calcularea statisticilor descriptive (variabile discrete - frecvențe și procente, variabile continue – medii și abateri standard; ANOVA cu comparații între grupuri (tip de tratament); ANOVA unidirecțional cu multiple comparații post-hoc (testul lui Scheffe).

## **Rezultate**

Rezumatul rezultatelor obținute poate fi consultat mai jos, în Figura 2.

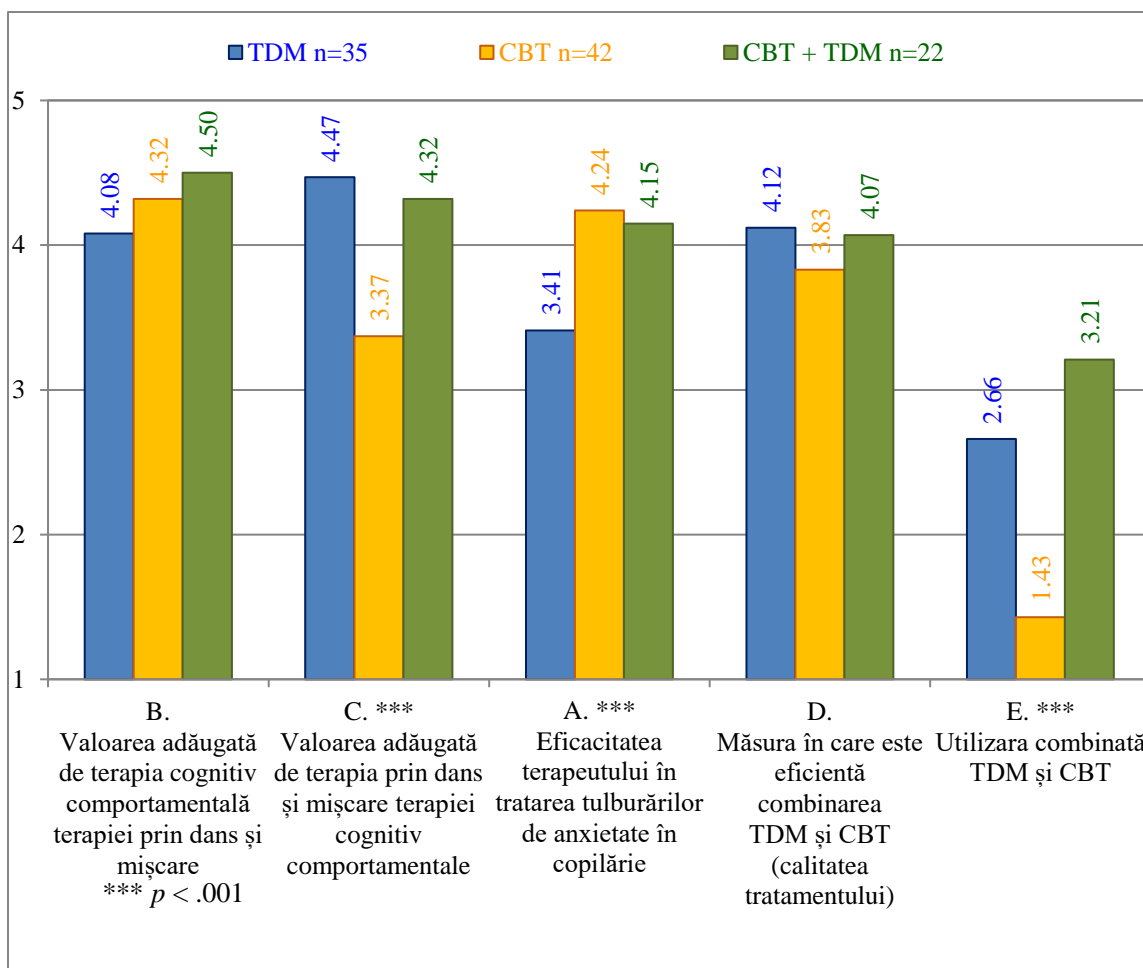


Figura 2. Sumarizarea rezultatelor: Atitudinile terapeuților față de terapia tulburărilor de anxietate în copilărie, analizate în funcție de tipul de terapie

**Plus de valoare (întrebare de cercetare nr.2). Valoarea adăugată de CBT terapiei prin dans și mișcare.** Terapeuții participanți au perceput că transferul principiilor CBT în terapia TDM poate adăuga numeroase beneficii. În mod particular, terapeuții TDM+ CBT și terapeuții CBT au convenit că „CBT îmbină explicațiile psihoeducative pentru a spori înțelegerea pacientului în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul” (itemul 17), „validează importanța senzațiilor corporale și a expresiei fizice a pacientului, a sentimentelor și a gândurilor”( itemul 11) și „ oferă instrumente pentru a stabili un diagnostic și a selecta modalități de tratament ”(itemul 16). În plus, toți participanții au convenit că „CBT definește obiective realizabile și măsurabile pentru procesul terapeutic” (itemul 13), „subliniază componentele cognitive și comportamentale ale terapiei” (itemul 9) și „focalizează procesul terapeutic (itemul 14) .

**Valoarea adăugată de TDM terapiei cognitiv-comportamentale.** Terapeuții TDM+CBT și terapeuții CBT, participanți ai studiului, s-au bazat, în general, pe următoarele principii: „TDM permite exprimarea non-verbală a sentimentelor și a senzațiilor, fapt care creează un limbaj mixt, emoțional și fizic” (itemul 20), care „extinde aspectele comportamentale și fiziologice ale CBT ”(itemul 18). În plus, „TDM conferă flexibilitate procesului terapeutic, în concordanță nevoile și caracteristicile pacientului” (itemul 22), „permite o experiență creativă semnificativă, care sporește schimbarea” (itemul 23) și „deoarece TDM se bazează pe un element primar și o sursă naturală pentru copii - permite combinarea mișcării în toate componentele terapiei ”( itemul 19) și susține „ realizarea și înțelegerea conceptelor și a proceselor abstracte din CBT ”( itemul 21). În vreme ce percepțiile terapeuților au fost relativ similare în ceea ce privește valoarea adăugată de CBT terapiei prin dans și mișcare, s-au înregistrat diferențe mai mari între nivelurile de acord exprimate de cele trei grupuri de participanți, în legătură cu valoarea adăugată de TDM terapiei cognitiv-comportamentale. Prin urmare, ipoteza (1) s-a considerat confirmată: s-a identificat o diferență între grupurile de terapeuți, în funcție de practica lor terapeutică, în ceea ce privește evaluarea subiectivă a valorii adăugate (a plusului de beneficii) a terapiei practicate de aceștia, față de cel de-al doilea tip de tratament (de referință).

**Percepțiile terapeuților asupra efectelor utilizării combinate TDM și CBT (întrebarea de cercetare nr.3).** Cei șase itemi ai chestionarului care măsoară justificarea eficienței terapiei mixte și condițiile pentru eficiența terapiei mixte au fost cotați cu scoruri mai ridicate de terapeuții TDM+CBT și CBT în comparație cu terapeuții TDM. În plus, terapeuții TDM+CBT și CBT au convenit că „Procesul terapeutic TDM + CBT se bazează pe cercetare și experiență” (itemul 27); „Terapia TDM + CBT este eficientă, deoarece include atât exprimare verbală, cât și non-verbală (itemul. 29); „Combinarea ambelor abordări terapeutice este eficientă, deoarece stabilește obiective definite și oferă instrumente clare și precise, dar și ocazia de a participa cu plăcere, în special pentru pentru copii” (itemul 24); și „Combinarea celor două tipuri de terapie crește interesul, încurajează restructurarea cognitivă și stabilește provocări pentru terapeuți” (itemul 28). În ceea ce privește condițiile pentru eficiența terapiei mixte, terapeuții din grupul TDM+CBT și CBT au fost de acord în mai mare măsură, comparativ cu terapeuții din grupul TDM asupra faptului că „Pentru ca tratamentul TDM + CBT să fie eficient, terapeutul necesită experiență profesională în ambele abordări terapeutice” (itemul 26) și „Pentru ca tratamentul TDM + CBT să fie eficient, terapeutul trebuie să aibă o pregătire profesională adecvată în ambele tipuri de



terapie” (itemul 25). Cu toate acestea, doi itemi care s-au concentrat asupra pacientului au fost cotați cu scoruri mai mari de participanții din grupul TDM și de participanții din grupul CBT, comparativ cu cotările participanților din grupul TDM + CBT: „Terapia TDM + CBT este eficientă, cu condiția ca pacientul să nu se simtă confuz și copleșit”(itemul 31) și, „Terapia TDM + CBT este eficientă în situația în care copilul are capacitatea de a se conecta la corpul și mișcările sale ”( itemul 30). Deși diferența dintre grupurile de terapeuți nu a fost semnificativă, modelul răspunsurilor la acești doi itemi este diferit de modelul anterior. Participanții și-au exprimat în unanimitate dezacordul cu privire la faptul că abordările terapeutice TDM și CBT „sunt în mod inerent contradictorii” (itemul 39). Prin urmare, ipoteza 2 a cercetării a fost confirmată –mai specific nu au fost înregistrate diferențe semnificative între grupurile de terapeuți în ceea ce privește trei sub-ipoteze: (a) Eficiența combinării TDM cu CBT a fost percepută ca fiind mai crescută de către terapeuții TDM + CBT și/sau terapeuții TDM, în comparație cu terapeuții CBT; (b) Terapeuții TDM + CBT și/sau CBT au perceput eficacitatea lor profesională în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie ca fiind mai crescută, comparativ cu terapeuții TDM; (c) terapeuții TDM + CBT și/sau TDM au raportat o utilizare mai mare a abordărilor terapeutice combinate (TDM cu CBT) terapia tulburărilor de anxietate în copilărie, comparativ cu terapeuții CBT.

**Model fundamentat teoretic - efectul combinat al TDM și CBT (obiectivul de cercetare nr. 4).** Conform rezultatelor SEM (indicilor de adecvare ai modelului), modelul teoretic este adecvat ( $\chi^2 / df = 1,48$ , NFI = .92, TLI = .93, CFI = .97, RMSEA = .07). Rezultatele sunt prezentate în Figura 3.

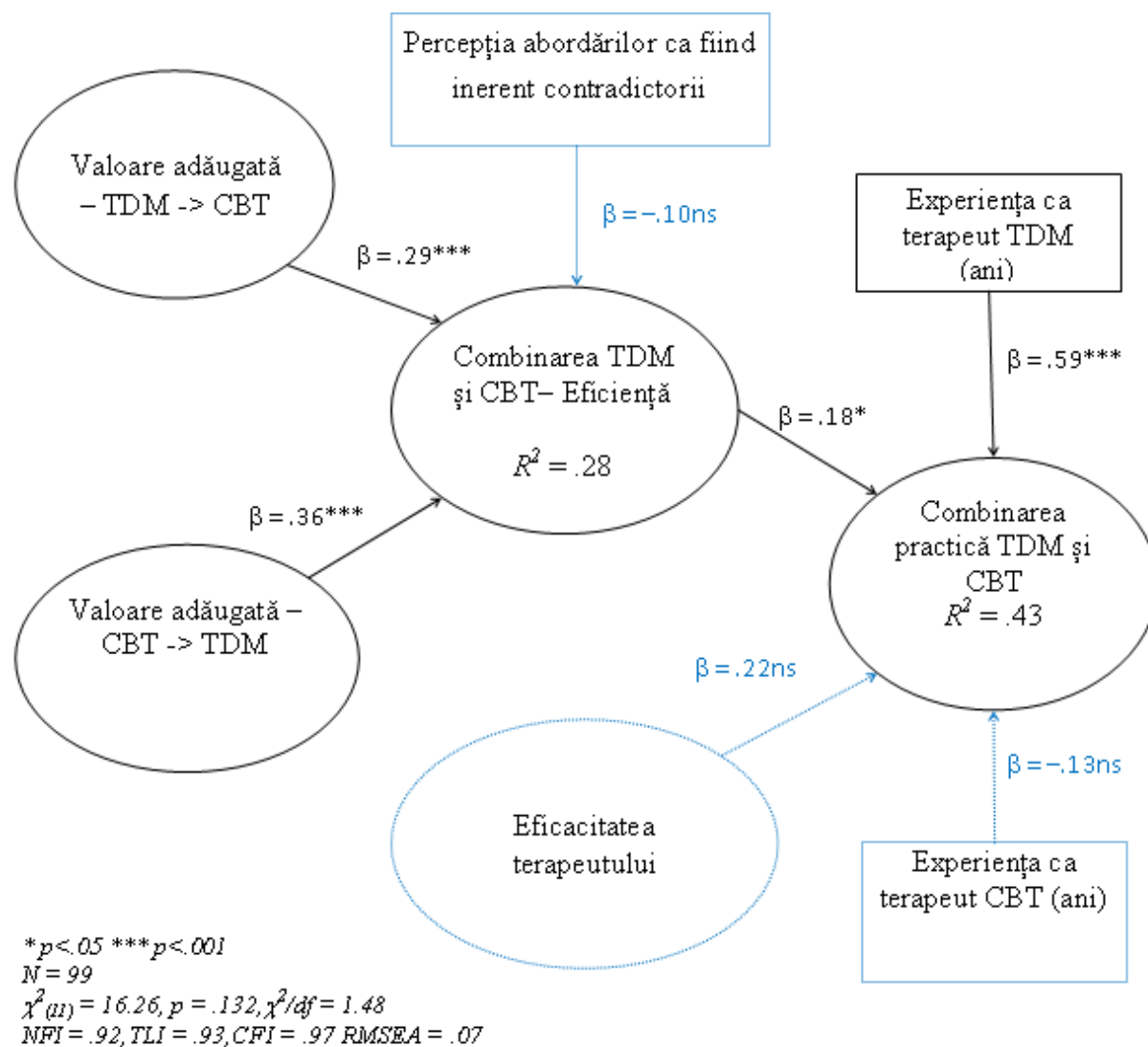


Figura 3. Rezultatele SEM care explică varianța integrării TDM și CBT

Rezultatele analizei (Fig. 3) au relevat că 28% din varianța percepțiilor terapeuților privind calitatea tratamentului (eficiența combinării TDM cu CBT) a fost explicată de perceperea unei valori adăugate (ridicate) de terapia cognitiv-comportamentală terapiei prin dans și mișcare ( $\beta = .36, p < .000$ ) și viceversa ( $\beta = .29, p < .000$ ). Altfel spus, cu cât participanții au perceput ca fiind mai mare valoarea pe care o adaugă o abordare terapeutică specifică (individuală) formei de terapie luată drept reper- cu atât aceștia au perceput terapia mixtă TDM+CBT ca fiind mai eficientă. În plus, 43% din varianța utilizării mixte (combinare) TDM+CBT în tratamentul tulburărilor de anxietate în copilărie a fost explicată în mod semnificativ de: percepția terapeuților

asupra calității tratamentului (eficiența combinării TDM cu CBT) ( $\beta = .18, p < .05$ ), și experiența în practicarea TDM, exprimată în ani ( $\beta = .59, p < .000$ ), dar nu a fost explicată de percepția eficacității terapeuților în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie ( $\beta = .22, p = .368$ ), sau de numărul de ani în care au practicat ca terapeuți CBT ( $\beta = -.13, p = .286$ ). Așadar, cu cât utilizarea combinată TDM+CBT a fost percepută ca fiind mai eficientă și cu cât numărul anilor de experiență a participanților în practicarea TDM a fost mai mare, cu atât au crescut șansele ca terapeuții să folosească terapia combinată pentru tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie. Cu toate acestea, varianța în utilizarea abordărilor combinate de către terapeuți nu a fost explicată semnificativ prin eficacitatea lor în tratarea copiilor cu tulburări de anxietate sau prin numărul de ani în care au activat ca terapeuți CBT.

## Discuții

Conform ipotezei formulate inițial, s-a identificat o diferență între terapeuți, în funcție de tipul de terapie practică, în ceea ce privește percepțiile privind beneficiile suplimentare pe care le adaugă forma de terapie practică (mai specific, beneficiile aduse de CBT în terapia prin dans și mișcare și viceversa). Terapeuții TDM+CBT, CBT și TDM au perceput o valoare adăugată mai mare a principiilor formei terapeutice practicate de ei, comparativ cu alte forme ale terapiei. Această constatare este în concordanță cu definiția atitudinilor, deoarece reprezintă modul în care indivizii își evaluează realitatea, atât personală, cât și profesională (Stroebe, 2011). Prin urmare, chestionarul cantitativ, care a fost conceput pentru a evalua atitudinile și percepțiile terapeuților, s-a dovedit a fi un instrument valid pentru măsurarea percepțiilor complexe referitoare la beneficiile aduse de fiecare formă de terapie (Vogel & Wanke, 2016).

O diferență semnificativă statistic și o mărime a efectului medie a fost identificată în ceea ce privește valoarea adăugată de fiecare abordare terapeutică (abordării considerate reper), în funcție de tipul de terapie practică. Toți terapeuții participanți au perceput că CBT adaugă o valoare ridicată terapiei TDM, în timp ce valoarea adăugată de TDM terapiei CBT a fost percepută semnificativ mai scăzută de terapeuții CBT, în comparație cu terapeuții TDM+CBT și terapeuții TDM. Această diferență este în concordanță cu literatura de specialitate, conform căreia CBT este recunoscută în ultimele decenii ca practică organizată de terapie, bazată atât pe teorie, cât și pe cercetare. S-a dovedit a fi o abordare eficientă în tratarea tulburărilor de anxietate atât la adulți, cât

și la copii (Banneyer et al., 2018; Beck, 2011; Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012; Kendall, 2012).

Concordanța dintre concluzii și literatura de specialitate poate explica, de asemenea, rezultatul obținut conform căreia terapeuții CBT au perceput că valoarea adăugată de TDM este mai mică, spre deosebire de terapeuții TDM+CBT și terapeuții TDM, pentru care s-au obținut scoruri diferite. O posibilă explicație a rezultatului ar putea consta în lipsa familiarizării cu principiile TDM. Terapeuții din grupul CBT nu au considerat necesară integrarea abordării TDM în activitatea lor. Rezultatul a fost surprinzător. Considerând că tulburările de anxietate sunt adesea caracterizate de simptome fizice și comportamentale (Egger et al., 1999; Hofflich et al., 2006; Ramsawh et al., 2010) se putea anticipa că terapeuții CBT vor percepe o că principiile TDM vor adăuga o valoare mai mare terapiei cognitiv-comportamentale datorită potențialei sale eficiențe, care decurge din combinarea mișcărilor corporale.

Spre deosebire de terapeuții CBT, terapeuții TDM au atribuit o valoare adăugată mai mare terapiei CBT. Această constatare susține, de asemenea, concluzia că principiile CBT sunt cunoscute, recunoscute și bazate pe dovezi (Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012; Kendall & Hedtke, 2006; Rapee et al., 2009), în mai mare măsură, comparativ cu principiile TDM (Koch et al., 2014). Rezultatul poate fi justificat prin prisma faptului că TDM s-a dezvoltat din abordări umaniste și dinamice consacrate. Cu toate acestea, corpul de cunoștințe care validează eficacitatea abordării TDM în tratarea tulburărilor de anxietate este relativ redus ((Ritter & Low, 1996). În consecință, terapeuții TDM își pot propune să integreze alături de TDM și alte abordări terapeutice, bazate pe dovezi științifice, care pot contribui la recunoașterea abordării lor și la validarea existenței și eficienței sale. Astfel, se poate concluziona că CBT oferă terapeuților TDM justificarea și validarea principiilor, metodelor și a proceselor de bază. Această explicație este susținută de rezultatul conform căreia terapeuții TDM+CBT au atribuit valori adăugate mai ridicate fiecărei abordări terapeutice individuale, similare cu valorile atribuite de către terapeuți propriei abordări practice. În timp ce CBT validează principiile TDM (importanța senzațiilor corpului și exprimarea fizică, a sentimentelor și cognițiilor pacientului), iar TDM extinde aspectele comportamentale și fiziologice ale CBT, acestea împărtășesc conexiuni și principii comune. Cu alte cuvinte, terapeuții care combină cele două abordări recunosc factorii comuni ale acestora, fapt care contribuie la eficacitatea integrării în tratamentul tulburărilor de anxietate (Shafir, 2015; Wampold, 2015). Această recunoaștere poate duce la dezvoltarea continuă a terapiei mixte ca

terapie integrativă, în conformitate cu abordarea comună a factorilor (Stricker, 2010). Terapeuții TDM+CBT își organizează activitatea terapeutică în baza factorilor comuni identificați și a celor specifici fiecărei abordări distincte, selectând astfel cea mai adecvată opțiune de tratament pentru fiecare pacient individual. În conformitate cu factorii selectați, terapeuții TDM+CBT adaptează tehnici și interacțiuni terapeutice care pot promova succesul tratamentului mixt (Wampold, 2015).

În același timp, diferențele dintre abordări contribuie la o mare varietate de opțiuni de terapii mixte și posibilități nemărginite, în care diverse componente și principii se completează reciproc. În timp ce CBT subliniază aspectele cognitive, oferă o structură definită, scopuri și instrumente, pe de o parte, TDM permite o experiență semnificativă creativă și posibilitatea de exprimare nonverbală.

**Valoarea pe care o adaugă terapia cognitiv comportamentală terapiei prin dans și mișcare.** Terapeuții CBT și terapeuții TDM+CBT au exprimat acordul cu privire la următoarele beneficii ale CBT: existența unei componente psihoeducative în CBT cu rolul de a spori înțelegerea pacienților cu privire la diagnostic și tratament, validarea senzațiilor corpului și exprimarea sentimentelor și a gândurilor pacientului, oferirea instrumentelor pentru a stabili un diagnostic și a alege modalitatea optimă de tratament. Aceste trei elemente reprezintă aspectele unice ale valorii adăugate de CBT, în utilizarea sa combinată cu TDM, dincolo de principiile evidente admise de toți terapeuții participanți. Pentru ca o abordare integrativă să evolueze, este necesar ca practicienii să cunoască bine teoria care se află la baza activității lor (Stricker, 2010). Pentru a asigura eficiență în contextul unei abordări integrative, este necesară includerea următoarelor trei principii în programele de formare sau de dezvoltare profesională destinat celor care integrează CBT în activitatea lor terapeutică: (1) utilizarea explicațiilor psihoeducative pentru a ajuta pacienții să înțeleagă diagnosticul și tratamentul, (2) oferirea de instrumente prin concentrarea pe senzațiile corporale și (3) exprimarea sentimentelor și a gândurilor. Principiile evidente ale CBT (accentuarea componentelor cognitive și comportamentale ale terapiei, focalizare asupra tratamentului și oferirea unei terapii pe termen scurt, cu o structură definită și obiective măsurabile) par să reflecte caracteristicile CBT care au fost studiate și recunoscute de comunitatea profesională a terapeuților, în general, și a celor care lucrează cu persoane cu tulburări de anxietate, în mod particular (Kendal, 2012). Rezultatele acestui studiu sugerează că doar terapeuții TDM, care nu au studiat CBT în profunzime, consideră caracteristicile terapiei ca fiind importante și necesare pentru tratarea copiilor cu tulburări de anxietate. Cele trei principii CBT nu

sunt cunoscute de terapeuții TDM, deoarece nu le-au studiat în profunzime și, astfel, s-au înregistrat diferențe între grupuri.

**Valoarea pe care o adaugă terapia prin dans și mișcare terapiei cognitiv-comportamentale.** Cu toate că terapeuții CBT au fost mai puțin familiarizați cu principiile TDM, răspunsurile lor au sugerat conștientizarea aspectelor unice ale TDM care pot fi integrate cu CBT pentru a ajuta mai bine copiii cu tulburări de anxietate, pentru care CBT nu s-a dovedit a fi o terapie suficientă (James et al., 2013; Walczak et al., 2019). Terapeuții TDM+CBT și TDM au exprimat acord (în măsură semnificativ mai mare comparativ cu terapeuții CBT) cu privire la toate elementele TDM care adaugă valoare terapiei CBT: focalizarea asupra organismului conform TDM extinde aspectul comportamental și fiziologic al terapiei CBT și permite exprimarea non-verbală a sentimentelor și senzațiilor, creează o experiență semnificativă care promovează copingul și schimbarea și permite combinarea mișcării cu toate componentele terapiei. Cu alte cuvinte, valoarea adăugată a TDM se reflectă, în principal, în adăugarea unei dimensiuni experiențiale creative și de exprimare non-verbală folosind corpul.

Acești factori unici sunt esențiali, în tratarea copiilor, în general (Tortora, 2016) și a copiilor cu tulburări de anxietate, în special a simptomelor fiziologice caracteristice acestor tulburări (Ramsawh, Chavira, & Stein, 2010). Este necesar, dar nu în mod obligatoriu suficient, ca în terapie să fie adresate aceste aspecte. Prin urmare, poate fi necesar ca terapia să fie completată cu principiile CBT.

Eficiența TDM în tratarea tulburărilor de anxietate a fost evidențiată prin studii calitative (Koch et al., 2014), iar eficiența CBT a fost examinată în special prin studii cantitative (Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012). Implicația practică decurge din faptul că eficacitatea fiecărei abordări terapeutice a fost, cel puțin parțial, recunoscută și stabilită. Cu toate acestea, confirmarea eficienței fiecărei abordări individuale nu sugerează neapărat că utilizarea lor combinată este benefică.

**Eficiența combinării principiilor TDM și CBT.** Ipoteza conform căreia terapeuții TDM+CBT și/sau TDM vor percepe combinarea TDM+CBT ca fiind mai eficientă decât terapeuții CBT a fost confirmată de rezultatele obținute. Cu toate acestea, toți terapeuții au perceput efectul combinat al principiilor TDM și CBT ca fiind unul pozitiv în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie. Literatura de specialitate privind terapiile mixte dezvăluie modalități prin care pot fi

adresate procese relevante și în mare parte transdiagnostice, pentru a promova o dezvoltare sănătoasă, pornind de la o varietate de abordări și intervenții. Hayes & Hofmann (2018) au descris modul în care concentrarea asupra procesului poate soluționa anumite controverse privind utilizarea diferitelor abordări (CBT și diferite „valuri” terapeutice) și le poate transforma în discuții empirice, luând în considerare diferențele lor de filosofie (i.e., PB-CBT). Există și alte abordări integrative, cum ar fi terapia cognitivă analitică (CAT, Ryle & Kerr, 2002) și abordarea mentalistă bazată pe Teoria minții (Fonagy & Bateman, 2006). În plus, a fost elaborată o a treia generație de abordări cognitiv-comportamentale, derivate din CBT, care combină tehnicile de intervenție ale corpului și ale minții, precum Mindfulness (Weiss, 2009); Terapia comportamentală dialectică (Linehan, 2018), Terapia centrată pe scheme cognitive (Young et al., 2003), Abordări cognitiv-comportamentale și abordări dinamice și interpersonale, etc. Toate aceste abordări mixte au fost investigate din punct de vedere al eficienței, iar investigațiile continuă și în prezent. Prin urmare, considerăm necesară investigarea eficienței TDM + CBT și în special a diferitelor posibilități de integrare a principiilor lor.

**Eficacitatea terapeuților în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie.** Rezultatele obținute în cadrul acestui studiu au susținut ipoteza inițială, evidențiind că terapeuții TDM + CBT și CBT au înregistrat un nivel mai ridicat al autoeficacității percepute în tratarea copiilor cu tulburări de anxietate, comparativ cu terapeuții TDM (care au raportat, de asemenea, o autoeficacitate crescută, dar mai mică decât primele două grupuri). Terapeuții CBT raportează, de obicei, autoeficacitate puternică în terapie, rezultat care poate fi explicat printr-o mai mare adeziune la cele mai bune practici și terapii bazate pe dovezi științifice (*eng.* Evidence-based) (Kozina et al., 2010; Schiele et al., 2014). Cu toate acestea, rezultatul ar putea fi justificat parțial prin faptul că participanții la acest studiu au fost selectați în baza experienței lor în tratarea tulburărilor de anxietate, iar experiența ar putea avea impact asupra autoeficacității.

Una dintre cele mai evidente diferențe între grupurile de participanți a fost identificată la nivelul percepțiilor privind eficiența instrumentelor pe care le oferă abordarea terapeutică practică în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie; grupurile TDM + CBT și CBT au perceput instrumentele ca fiind suficiente, în comparație cu terapeuții din grupul TDM. Rezultatul este în conformitate cu literatura de specialitate, care arată că autoeficacitatea este relaționată deținerea unei baze teoretice solide și a unei varietăți de cunoștințe despre diverse tehnici terapeutice, precum și capacității de a integra profesional obiectivele terapeutice (Levenson &

Davidovitz, 2000; Messer, 2001). Rezultatele cercetărilor indică faptul că terapeuții cu o autoeficacitate puternică tind să își stabilească obiective înalte și să le atingă, adoptând schimbări și inovații (Fullan, 2012; Guskey, 1988). Autoeficacitatea este exprimată, de exemplu, prin alcătuirea unei „hărți terapeutice”, care le permite terapeuților să construiască o imagine de ansamblu pentru a determina dacă opțiunile lor terapeutice sunt adecvate pentru a obține rezultatele dorite (Butler, 1998; Mace & Binyon, 2005).

CBT este asociată autoeficacității crescute, deoarece îi ajută pe terapeuți să își organizeze munca și susține înțelegerea clinică a cazurilor. De asemenea, facilitează definirea multinivelară (comportamente, cognițiile și emoțiile specifice ale pacientului) a obiectivelor principale ale sesiunilor terapeutice și ale intervenției (Sim & Gwee, 2005). Cu toate acestea, este necesară aprofundarea științifică prin desfășurarea unor cercetări suplimentare pentru a cartografia instrumentele disponibile în cadrul fiecărui tip de terapie, pentru a documenta teoria pe care se bazează fiecare instrument și pentru a analiza studiile existente care demonstrează eficacitatea instrumentului în tratarea copiilor cu tulburări de anxietate. Rezultatele acestui studiu ar putea fi extinse prin desfășurarea unui studiu experimental care să compare eficiența diferitelor instrumente și combinarea acestora. Majoritatea participanților la cercetările disponibile au fost de gen feminin; o meta-analiză care a cuprins 58 de studii (Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013) a sugerat că terapeuții de gen feminin sunt semnificativ mai eficienți decât terapeuții de sex masculin (mărime mică a efectului) în ceea ce privește succesul terapiei. În mod similar, aproximativ o cincime dintre participanții studiilor anterioare au fost asistenți sociali sau psihologi - două profesii importante din punct de vedere al identificării și adresării tulburărilor de anxietate (Vocisano et al., 2004). În timp ce fiecare dintre abordările terapeutice distincte folosește instrumente diferite pentru tratarea copiilor cu tulburări de anxietate, instrumentele CBT au fost descrise ca fiind mai eficiente - atât teoretic, cât și empiric (Beck, 2011; Butler et al., 2006; Hofmann et al., 2012). În mod similar, CBT se bazează pe formularea în curs de dezvoltare continuă (Beck, 2011).

**Utilizarea abordărilor combinate (TDM + CBT) în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie.** Rezultatele acestui studiu susțin ipoteza conform căreia terapeuții din grupul TDM + CBT și/sau TDM vor raporta o utilizare mai mare a terapiei mixte, în comparație cu grupul CBT. Rezultatele au evidențiat utilizarea frecventă a abordărilor combinate/mixte (TDM+ CBT) de către terapeuții TDM + CBT și, utilizarea ocazională, de către terapeuții TDM, care au raportat o



frecvență mai ridicată de utilizare a tehnicilor combinate, comparativ CBT. Conform terapeuților din grupul TDM + CBT și CBT, utilizarea integrarea celor două abordări terapeutice a fost determinată de factori specifici: obiectivele terapiei, caracteristici particulare ale pacientului, vârsta pacientului, precum și stadiul terapiei. Aceste caracteristici descriu considerațiile evidente ale terapiei, în general. Terapeuții TDM au raportat că au folosit uneori terapia mixtă. Răspunsurile terapeuților TDM au sugerat tendința de integrarea a unor abordări terapeutice bazate pe dovezi, în special CBT, pentru a consolida și valida activitatea lor TDM. Prin urmare, terapeuții TDM utilizează tehnici CBT. Utilizarea relativ frecventă a abordărilor mixte raportată de terapeuții TDM + CBT poate fi explicată pe baza faptului că majoritatea participanților la studiu au obținut o calificare în CBT, după ce au lucrat ca terapeut TDM. Se recomandă efectuarea de cercetări suplimentare pentru a expune posibile motive care încurajează terapeuții TDM să caute o calificare suplimentară în alte tipuri de terapie. Rezultatele obținute în cadrul acestui studiu pot ajuta la proiectarea de programe de formare adecvate.

Terapeuții TDM +CBT și terapeuții TDM participanți au raportat că au utilizat, de asemenea diferite forme ale abordării mixte. Rezultatul sugerează că modul de integrare a celor două abordări se află în etapele inițiale, de experimentare și sunt necesare în continuare eforturi pentru ca terapia TDM+ CBT să se consolideze ca abordare integrativă acceptată. Mai mult, nu există o abordare mixtă care să fie fundamentată pe dovezi științifice, iar datele privind succesul și eficacitatea sa sunt incomplete.

În cadrul acestui cercetări, participanții care au integrat terapia TDM și CBT au utilizat trei dintre cele patru metode de integrare enunțate de Stricker (2010): eclecticismul tehnic (bazat pe un diagnostic complet al nevoilor pacientului), factori comuni (factorii comuni sunt identificați și folosiți pentru organizarea activității terapeutului) și integrarea asimilativă (combină integrarea teoriei cu anumite tehnici). Există o nevoie de a cerceta și analiza terapiile combinate și de a depune eforturi științifice pentru dezvoltarea celui de-al patrulea tip de integrare - integrarea teoretică, fundamentată pe teorii integrative solide și bine delimitate. În cadrul acestui studiu, terapeuții TDM+ CBT și TDM au raportat că deși combină tehnici din cele două abordări terapeutice, nu au un sistem de cunoștințe sau un model organizat de terapie care să ghideze integrarea celor două abordări. Rezultatul consolidează concluzia centrală a studiului: pentru ca terapia mixtă să fie percepută și implementată ca abordare terapeutică legitimă, recunoscută și bazată pe cercetare, sunt necesare eforturi precum organizarea unor programe de formare care să adreseze integrarea

celor două abordări terapeutice, sau înființarea și dezvoltarea unei comunități profesionale de terapeuți care integrează cele două abordări terapeutice. Aceste acțiuni vor promova construirea unui ansamblu de cunoștințe și experiențe profesionale și vor facilita avansarea conceptualizării și construcției unei teorii unificatoare, care va susține o practică mixtă TDM+CBT, va permite validarea TDM+CBT și va facilita evaluarea eficacității sale, atât empiric, cât și teoretic.

**Model fundamentat teoretic - efectul combinat al TDM și CBT (obiectivul 4).** Rezultatele studiului au arătat că modelul teoretic reprezintă adecvat datele empirice; 28% din varianța percepțiilor privind calitatea terapiei (eficiența combinării TDM și CBT) a fost explicată semnificativ prin perceperea unor valori adăugate ridicate atât de CBT, TDM, cât și de TDM, CBT. Perceperea terapiei mixte TDM+CBT ca fiind mai eficientă se bazează, dincolo de conștientizarea abordărilor terapeutice și cunoașterea principiilor sale, recunoașterea valorii pe care poate să o adauge fiecare abordare terapeutică individuală. Până la momentul desfășurării acestei cercetări, au fost depuse eforturi teoretice și practice pentru a elabora terapii noi, eficiente, pornind de la beneficiile diferitelor abordări terapeutice individuale (Linehan, 2018; Stricker, 2010; Wachtel, 1977; Young et al., 2003). În plus, 43% din varianța utilizării abordărilor mixte în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie a fost explicată semnificativ de percepția terapeuților privind eficiența terapiei mixte și de numărul de ani de experiență în practicarea TDM. Influența percepțiilor terapeuților asupra utilizării practice a terapiei mixte poate fi explicată prin concordanța preconizată dintre componentele afective, cognitive și comportamentale ale atitudinilor unei persoane (Harmon-Jones et al., 2018) Terapeuții care percep terapia mixtă ca fiind eficientă (cogniția) și consideră că sunt eficienți (afect) își vor manifesta percepțiile și credințele în răspunsuri și acțiuni (comportament) (Eagly & Chaiken, 2007). În conformitate cu concluziile referitoare la valoarea pe care o adaugă TDM în contextul terapiei mixte (care a fost recunoscută atât de terapeuții TDM + CBT, cât și de terapeuții TDM), s-a constatat că numărul de ani de experiență în practicarea TDM a explicat în mod semnificativ varianța în utilizarea abordărilor mixte în tratamentul tulburărilor de anxietate în copilărie.

Utilizarea abordărilor mixte nu a fost explicată semnificativ prin eficacitatea auto-reportată a terapeuților. O posibilă explicație a acestui rezultat poate consta în necesitatea unor abilități și cunoștințe specifice eficacității în terapia mixtă, abilități aflate în curs de dezvoltare (Bandura, 1989). Toți terapeuții au exprimat un puternic sentiment de autoeficacitate și convingerea că sunt

capabili să desfășoare activități de terapie a tulburărilor de anxietate în copilărie (Gam, Kim, & Jeon, 2016).

## **CAPITOLUL 6. REZUMATUL REZULTATELOR CERCETĂRII. DISCUȚII ȘI CONCLUZII ALE CERCETĂRII**

### **Rezumatul rezultatelor cercetării**

**Integrarea celor două abordări terapeutice în terapia mixtă/combinată.** Utilizarea combinată TDM + CBT a fost percepută ca eficace datorită eficienței procesului terapeutic, eficacității sale în asigurarea unei acomodări mai bune la nevoile pacienților (copii cu tulburări de anxietate) și îmbunătățiri autoeficacității terapeuților. Terapeuții se dezvoltă profesional prin obținerea de experiență și expertiză în planificarea și implementarea terapiilor integrative în funcție de nevoile multifacetate, diverse și unice ale copiilor.

Terapeuții TDM + CBT au raportat integrarea celor două abordări în trei modalități principale, pe baza experienței lor practice: o abordare secvențială (fiecare abordare terapeutică este utilizată separat, în mod înlănțuit), integrare parțială (o abordare dominantă în care principiile abordării secundare sunt puse în aplicare) și integrarea în conformitate cu procesul (conexiunile dintre tipurile de terapie sunt construite într-o manieră dialectică unitară). Cu toate acestea, unii dintre terapeuți au integrat doar parțial cele două tipuri de terapie, datorită cunoștințelor practice și teoretice insuficiente referitoare la procesele terapiei mixte. Sumarizat, în urma interviurilor calitative s-au identificat 5 teme principale: (A) Eficiența terapeuților în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie ; (B) Valoarea adăugată de CBT la TDM; (C) Valoarea adăugată de TDM la CBT; (D) Combinarea eficientă a TDM cu CBT (Calitatea tratamentului); și, (E) Utilizarea combinată TDM și CBT.

**TDM și CBT - efectul integrării în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie.** Conform terapeuților intervievați, principiile TDM contribuie și completează terapia CBT și

viceversa. Dintre beneficiile adăugate terapiei prin dans și mișcare de principiile CBT, enunțate de terapeuții respondenți ai cercetării, amintim următoarele: CBT servește drept „ancoră” sau „foaie de parcurs” și „pilon de ghidare”, adică este o abordare care conduce procese terapeutice, deoarece este structurată și bazată pe protocoale. Principiile de bază ale CBT îi ajută pe terapeuții TDM să definească obiective, prin accentuarea proceselor cognitive, care să permită terapia pe termen scurt, în conformitate cu necesitatea de a oferi un efect relativ imediat în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie. De asemenea, CBT validează activitatea terapeutului TDM, consolidând și conexiunea corp-minte, principiul central al TDM. Acest lucru este important în dezvoltarea TDM ca psihoterapie integrativă, legitimă, certificată și o formă organizată de terapie, cu o conceptualizare clară.

Dintre beneficiile adăugate terapiei CBT de principiile TDM, enunțate de terapeuții respondenți ai cercetării, amintim următoarele: expresia non-verbală a sentimentelor și senzațiilor, conexiunea cu corpul, mișcarea și dansul ca mijloc transformator și instrument de schimbare, care permite o experiență terapeutică flexibilă și creativă. Rezultatele unice obținute validează ipotezele anterioare, experiențele și intuițiile terapeuților. Toți terapeuții participanți au perceput că CBT adaugă beneficii TDM, în vreme ce doar terapeuții TDM+CBT și TDM au perceput o valoare adăugată mare de TDM principiilor CBT. Concluzia este că, deși tulburările de anxietate se manifestă atât prin simptome fizice, cât și comportamentale, terapeuții CBT nu percep TDM ca o opțiune pentru îmbunătățirea terapiei destinate copiilor tulburări de anxietate. Prin urmare, se consideră că ipoteza 1 a fost confirmată în ceea ce privește valoarea adăugată de CBT terapiei prin dans și mișcare.

**Diferențe de percepție a efectului terapiei mixte TDM și CBT.** Combinarea metodelor TDM și CBT poate dezvolta alternative terapeutice unice, optime pentru fiecare copil cu tulburări de anxietate. Fiecare abordare terapeutică individuală completează principiile terapeutice unice ale abordării de referință și astfel poate crește eficiența și eficacitatea terapiei, dar și eficacitatea terapeutului. Cu alte cuvinte, utilizarea combinată permite integrarea beneficiilor celor două abordări distincte, prin contopirea metodelor top-down specifice CBT (Goggin, 2018) cu metodele bottom-up ale TDM. Satisfacția terapeuților privind terapia mixtă s-a bazat pe provocările cognitive (solicită gândirea), emoțiile pozitive pe care le poate produce și, în special, motivația copiilor de a participa la terapie. Cu toate acestea, terapeuții participanți au admis că terapia mixtă necesită efort suplimentar și creativitate, cunoaștere unică și recunoaștere a diferitelor protocoale

și, uneori, s-ar putea să nu conducă spre rezultate pozitive. Acest aspect indică spre necesitatea elaborării și testării „meta-abordărilor” (vezi, de exemplu, Parsons et al., 2019). Astfel, pentru a implementa cu succes terapia mixtă, este nevoie de îndrumare și supraveghere profesională.

În conformitate cu concluziile interviului, principalele justificări ale perceperii terapiei mixte ca fiind eficientă constau în faptul că se bazează pe cercetare și implică experiență creativă, fuzionând expresia verbală și non-verbală. Prin urmare, terapia mixtă facilitează definirea obiectivelor și oferă instrumente terapeutice clare. Adeseori terapeuții se confruntă cu provocări care impun reconsiderarea planului terapeutic, cu toate că terapeuții au pregătirea profesională și experiența necesară în ambele abordări terapeutice. Terapeuții TDM+CBT participanți la cercetare au fost de acord în măsură mai mică decât terapeuții TDM și CBT asupra condițiilor pentru eficiența terapiei mixte. Mai specific, terapie nu trebuie să fie copleșitoare pentru copii, iar copiii trebuie să aibă capacitatea de a se conecta la corp și la mișcări. Prin urmare, ipoteza (2a) a fost confirmată.

(b) Terapeuții TDM+CBT și CBT au raportat o autoeficacitate crescută în tratarea copiilor cu tulburări de anxietate, semnificativ mai mare decât terapeuții TDM, care au înregistrat, de asemenea, scoruri ridicate ale autoeficacității, dar mai mici decât primele două grupuri. În conformitate cu concluziile interviurilor, terapeuții TDM +CBT și CBT percep instrumentele terapeutice caracteristice terapiei practicate ca fiind mai adecvate, prin comparație cu grupul TDM. Prin urmare, ipoteza (2b) a fost confirmată.

(c) Terapeuții TDM+CBT și TDM au raportat o utilizare mai intensă a terapiei mixte, în comparație cu terapeuții CBT, rezultat în conformitate cu ipoteza formulată (2c). Terapeuții care au utilizat terapia mixtă au justificat opțiunea lor în funcție de: obiectivele terapiei, caracteristicile pacientului, vârsta pacientului, precum și stadiul procesului terapeutic. În baza rezultatelor calitative, s-au identificat diferite forme ale abordării combinate, utilizate de terapeuții TDM+CBT și TDM, cum ar fi, terapia parțial combinată, folosirea unei abordări dominante adăugarea celei secundare, etc.

Rezultatele modelării de ecuații structurale au relevat faptul că eficiența percepută a terapiei mixte crește cu cât terapeuții identifică mai mult beneficii adăugate de terapia prin dans și mișcare terapiei CBT. Percepțiile privind beneficiile adăugate de TDM, experiența în practicarea TDM (dar nu neapărat CBT), au influențat utilizarea efectivă a terapiei combinate în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie.

## **Contribuții teoretice**

În această cercetare, a fost evidențiată o distincție între trei semnificații diferite ale termenului efect (în ebraică - „Hashpa'aa”) în ceea ce privește cele trei componente principale ale terapiei: eficacitatea terapeuților (în ebraică - "Mesugalut ha'metapel”) ; eficiența procesului terapeutic (în ebraică - " ye'ilut ha'tipul "); eficacitatea terapiei - rezultate pozitive pentru pacient, care indică succesul terapiei (în ebraică - " Ye'ilut ha'toza'ot mibhinat ha'metupal "). În cadrul acestei cercetări, s-a formulat un model teoretic explicativ al utilizării terapiei mixte în tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie, ca funcție a: percepțiilor fiecărui tip de tratament/terapie individual, eficienței terapiei mixte TDM+CBT (componenta cognitivă a atitudinilor), eficacității raportate a terapeuților (componenta afectiv-emoțională a atitudinilor) și utilizării efective a terapiei combinate (componenta comportamentală a atitudinilor).

Culturile TDM și CBT, ca abordări terapeutice și de cercetare, par să se dezvolte etapizat și în ritm diferit, atât în ceea ce privește implementarea lor singulară, cât și ca parte a unei abordări terapeutice mixte. Această dezvoltare creează un ansamblu larg de cunoștințe practice latente care pot avansa și evolua într-o teorie bine definită. Într-adevăr, foarte puține studii s-au concentrat pe investigarea atitudinilor terapeuților, iar prin această cercetare s-a urmărit adresarea directă a acestui aspect, mai specific a percepțiilor și atitudinilor terapeuților, folosind două metode de cercetare: interviuri calitative și chestionar cantitativ. Aceste demersuri au fost orientate spre construirea unui cadru teoretic care să permită cercetarea ulterioară a efectelor terapiei mixte. Modelul elaborat în cadrul acestei cercetări, în baza rezultatelor interviurilor, a fost încorporat în chestionarul dezvoltat și validat în cadrul cercetării, „Atitudinile terapeuților față de terapia tulburărilor de anxietate- ATAD-Q”.

## **Implicații și recomandări practice**

În Israel, aproximativ 15-20% dintre copii și adolescenți suferă de tulburări de anxietate. Rezultatele acestui studiu pot sugera modalități de intervenție pentru sistemul de învățământ și terapeuții de arte expresive care lucrează în școli, evidențiind terapia combinată TDM+CBT ca alternativă pentru tratarea tulburărilor de anxietate în copilărie. Împărtășirea diferitelor forme de

integrare, în general, și a combinării TDM+CBT în mod particular, poate să contribuie la extinderea sferei practicilor terapeutice eficiente. De asemenea, rezultatele cercetării pot fi utilizate ca referință pentru inițierea unor eforturi de elaborare și validare a protocoalelor terapeutice pentru tulburările de anxietate și elaborarea unor teorii integrative, în viitor. Până în prezent, terapeuții care integrează ambele abordări terapeutice (cu aspectele lor teoretice și practice definitorii), lucrează independent și nu au un grup de afiliere, în principal, deoarece majoritatea nu sunt conștienți că există și alți terapeuți care utilizează în practică terapia mixtă TDM+CBT. Așadar, ar putea fi utilă fondarea unei comunități profesionale internaționale a terapeuților care utilizează terapii mixte. O astfel de comunitate profesională ar putea să faciliteze împărtășirea experiențelor practice și a cunoștințelor empirice, bazate pe dovezi și construirea de noi programe de formare, care se concentrează pe instruirea în abordările mixte TDM+CBT.

### **Limite ale cercetării și direcții de cercetare viitoare**

Această cercetare a examinat atitudinile terapeuților în raport cu beneficiile pe care le adaugă fiecare abordare TDM și CBT în contextul terapiei mixte/combinată. Prin urmare, în cadrul unor studii viitoare, ar putea fi utilă explorare în profunzime a percepțiilor terapeuților asupra naturii și eficacității aplicării efective a terapiei mixte. În plus, este necesară înțelegerea modului în care terapeuții (care tratează copiii cu diverse tulburări de anxietate) identifică și determină cele mai eficiente metode terapeutice pentru acești copii. Prin urmare, sunt necesare cercetări suplimentare pentru a cartografia instrumentele disponibile pentru fiecare abordare, pentru a documenta teoria pe care se bazează fiecare instrument terapeutic și pentru a examina studiile existente care demonstrează eficacitatea instrumentului în tratarea copiilor cu tulburări de anxietate. De asemenea, documentarea ședințelor terapeutice (TDM, CBT, TDM+CBT) ar putea fi informativă în vederea validării concluziilor și rezultatelor cercetării de față. Una dintre posibile limite ale acestei cercetări ar putea consta în gradul redus de obiectivitate al răspunsurilor înregistrate (a atitudinilor și percepțiilor). Prin urmare, investigarea aspectelor cu privire la eficacitatea TDM+CBT ar putea fi adresată în cercetări viitoare, printr-o metodologie bazată pe măsurători obiective, care să le suplimenteze pe cele subiective. De asemenea, studiile viitoare ar putea să adreseze atitudinile părinților cu privire la experiențele și rezultatele terapiei tulburărilor de anxietate ale copiilor.

Nu în ultimul rând, cercetările viitoare ar putea să adreseze contribuția principiilor TDM și CBT în terapia tulburărilor de anxietate în copilărie, prin efectuarea de cercetări-acțiune, interviuarea profesioniștilor și a copiilor și documentarea ședințelor de terapie (observații, înregistrări video și analiza de documente). Modelul fundamentat teoretic, obținut în această cercetare, poate fi aplicat în cercetarea altor terapii mixte, în domeniul terapiei expresive prin artă sau în domeniul abordărilor terapeutice tradiționale, în cadrul diferitelor grupe de vârstă și în contextul unor tipologii diferite de tulburări.

## **Concluzii**

În urma desfășurării cercetării doctorale s-a constatat faptul că terapeuții care integrează metode terapeutice mixte (specifice terapiei prin dans și mișcare și terapiei cognitiv-comportamentale) conștientizează și recunosc beneficiile și completările pe care le aduce fiecare tip de terapie individuală din cele două integrate, în cadrul terapiei mixte a tulburărilor de anxietate în copilărie. În linie cu rezultatele obținute, este esențială eliminarea decalajului dintre teorie și practică și dezvoltarea, în viitor, în baza unor cercetări suplimentare, a unui cadru de terapie integrativă, bazată pe teoriile relevante din domeniu și rezultatele cercetărilor. În urma unor cercetări suplimentare s-ar putea obține o nouă definiție teoretică și practică a TDM și CBT ca abordare integrativă.

Concluziile cercetării au pus în lumină abordarea CBT ca o abordare terapeutică stabilă, bine fundamentată și au evidențiat perspective care pot facilita, în viitor, integrarea CBT cu TDM, atât teoretic cât și practic. Unul dintre beneficiile integrării CBT în ale forme de terapie poate consta, de exemplu, în structurarea terapiei și orientarea spre obiective, pe care le oferă acest tip de terapie. CBT oferă o orientare terapeutului (din diferite abordări, inclusiv TDM), o „foaie de parcurs” și o „ancoră”, care poate crește conștientizarea și spori autoeficacitatea. CBT poate să ofere validitate principiilor TDM și poate stabili rolul și importanța senzațiilor corpului și a expresiei fizice a emoțiilor și cognițiilor, în procesul terapeutic.

TDM, ca abordare umanistă, stabilește copilul (pacientul) în centrul procesului terapeutic. Prin urmare, extinde aspectele comportamentale și dimensiunile fiziologice ale CBT și permite flexibilitate și exprimarea nonverbală a emoțiilor și gândurilor, printr-un proces terapeutic creativ, axat pe experiență.



Conexiunile și principiile comune ale celor două abordări terapeutice, alături de diferențele dintre ele, așa cum este evidențiat pe parcursul acestei cercetări, pot servi drept reper pentru demararea unor cercetări suplimentare, în viitor, care să contribuie la prefigurarea unei terapii mixte, în cadrul căreia abordările terapeutice individuale se vor completa reciproc. Această integrare este extrem de importantă și semnificativă pentru terapia eficientă a tulburărilor în copilărie, în general și al tulburărilor de anxietate, în mod special.

## Referințe bibliografice

- ADTA. (2019). Homepage of the American Dance Therapy Association. *What is dance/movement therapy?* Retrieved from: <http://www.adta.org/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-Efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5), 729.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Macmillan.
- Banneyer, K. N., Bonin, L., Price, K., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2018). Cognitive Behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A review of recent advances. *Current psychiatry reports*, 20(8), 65.
- Baron, R. A., & Byrne, D. (2000). *Social psychology*. MA, US: Allyn & Bacon.
- Beardall, N., & Surrey, J. (2013). Relational mindfulness and relational movement in training dance/movement therapists. In L. Rappaport (Ed.), *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice* (pp. 276-287). London, United Kingdom: Jessica Kingsley.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of Cognitive-Behavioral therapy: A review of meta- analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation, In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*(volume 6, pp. 1-24). Oxford, United Kingdom: Pergamon.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and Anxiety*, 20(4), 155-164.

- Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 61-91). New York: Oxford University.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice, 39*, 124-130.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th Ed.), Thousand Oaks, California: Sage.
- Czamanski-Cohen, J. (2012). The use of art in the medical decision-making process of oncology patients. *Art Therapy, 29*(2), 60-67.
- EADMT. (2019). Webpage of the European Association of Dance Movement Therapy. Retrieved from <http://www.eadmt.com>.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition, 25*(5), 582-602.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(7), 852-860.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Muris, P. (Eds.) (2019). *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD: Improving access and outcomes*. Cambridge: Cambridge University.
- Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research* (2<sup>nd</sup> Ed.) London: Sage.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology, 62*(4), 411-430.
- Fullan, M. (2012). *Change forces: Probing the depths of educational reform*. London: Routledge.

- Gam, J., Kim, G., & Jeon, Y. (2016). Influences of art therapists' self-efficacy and stress coping strategies on burnout. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 1-8.
- Goggin, C.(2018). The efficacy of Dance/Movement Therapy for trauma affected youth: A literature review. *Expressive Therapies Capstone Theses*, 93. Retrieved from: [https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_theses/93](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/93)
- Gross, A. (2005). Mavo l'tipul b'tnua [Introduction to movement therapy]. In A. Or & D. Amir, *B'safa axeret: Terapia b'omanuyot sipurei tipul* [In other words: Arts therapies treatment stories]. Ben Shemen, Israel: Modan. (in Hebrew)
- Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429-451.
- Guskey, T. R. (1988). Teacher efficacy, self-concept and attitudes toward the implementation of instructional innovation. *Teaching and Teacher Education*, 4, 63-69.
- Harmon-Jones, E., Armstrong, J., & Olson, J. M. (2018). The Influence of Behavior on Attitudes. In D. Albarracin, B. T. Johnson (Ed.), *The Handbook of Attitudes, Volume 1: Basic Principle*. New York: Routledge.
- Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2018). (Eds.) *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. Oakland, California: New Harbinger.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
- Hofflich, S. A., Hughes, A. A., & Kendall, P. C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 229-242.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive-Behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (6). Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23733328>

- Kendall, P. C. (2012). Anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures, 4<sup>th</sup> edition* (pp. 143-189). New York, NY: Guilford.
- Kendall, P.C., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual*. (3<sup>rd</sup> ed.) Ardmore, PA: Workbook.
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy, 41*(1), 46-64.
- Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., & Biondo, J. (2019). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Frontiers in psychology, 10*, 1806.
- Kozina, K. Grabovari, N., Stefano, J. D., & Drapeau, M. (2010). Measuring changes in counselor self-efficacy: Further validation and implications for training and supervision. *The Clinical Supervisor, 29*(2), 117-127.
- Lahad, M. Farhi, M. Leykin, D., & Kaplansky, N. (2010). Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: See Far CBT. *Arts in Psychotherapy, 37*(5), 391-399.
- Levenson, H., & Davidovitz, D. (2000). Brief therapy prevalence and training: A national survey of psychologists. *Psychotherapy, 37*, 335-340.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E.G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 163-188). Beverly Hills, California: Sage.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Mace, C., & Binyon, S. (2005). Teaching psychodynamic formation to psychiatric trainees, part 1: Basics of formulation. *Advances in Psychiatric Treatment, 11*, 416-423.
- Malchiodi, C. A., & Rozum, A. L., (2012). Cognitive behavioral and Mind-body approaches. In C. A. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 89-102), New York: Guilford.

- Mason, J. (1996). *Qualitative researching*. London: Sage.
- McGuire, J. F., Caporino, N. E., Palitz, S. A., Kendall, P. C., Albano, A. M., Ginsburg, G. S., ... & Piacentini, J. (2019). Integrating evidence-based assessment into clinical practice for pediatric anxiety disorders. *Depression and anxiety, 36*(8), 744-752.
- Melchert, T. P., Hays, V. L., Wiljanen, L. M., & Kolocek, A. K. (1996). Testing models of counselor development with a measure of counseling self-efficacy. *Journal of Counseling & Development, 74*(6), 640-644.
- Messer, S. B. (2001). What makes brief psychodynamic therapy time efficient? *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 1-18.
- Parsons, A., Omylinska-Thurston, J., Karkou, V., Harlow, J., Haslam, S., Hobson, J., ... & Griffin, J. (2019). Arts for the blues – a new creative psychological therapy for depression. *British Journal of Guidance & Counselling, 1-16*. Retrieved from: <http://bit.ly/2G718jB>
- Payne, H. (2003). Shut in, shut out: Dance movement therapy with children and adolescents. In H. Payne (Ed.), *Dance movement therapy: Theory and practice*, (pp. 53-94). United Kingdom: Routledge.
- Perry, T. (2008). Tipul psychodynami v'tipul cognitivi hitnahaguti: Shiluv efshari [Psychodynamic therapy and Cognitive-Behavioral therapy – A possible combination]. *Sihot, 22, 2*. (in Hebrew)
- Pietrzak, T., Lohr, C., Jahn, B., & Hauke, G. (2017). *Embodying cognition in Cognitive-Behavioral Therapy*. Preprints 2017, 2017090065.
- Ramsawh, H. J., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2010). Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164*(10), 965-972.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A., & Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 311-341.
- Regev, D., & Snir, S. (2016). Tipul b'emtzaut omanut b'maarehet hahinuch b'medinat Israel; Temunat matzav [Arts therapies in the Israeli education system: An update]. *Tipul*

- Beomanuyot: Mehakar V'yitzira B'maaseh Hatipuli [Arts Therapies: Research and Creativity in the Therapeutic Process]*, 6(1), 575-591. (in Hebrew)
- Ritter, M., & Low, K.G. (1996). Effects of dance/movement therapy: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23(3), 249-260.
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Ryle, A., & Kerr, I. (2002), *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Schiele, B. E., Weist, M. D., Youngstrom, E. A., Stephan, S. H., & Lever, N. A. (2014). Counseling self-efficacy, quality of services and knowledge of evidence-based practices in school mental health. *Professional Counselor*, 4(5), 467-480. doi:10.15241/bes.4.5.467
- Shafir, T. (2015). Body-based strategies for emotion regulation. In M. L. Bryant (Ed.), *Handbook on emotion regulation: Processes, cognitive effects and social consequences*, (pp. 231-249). United Kingdom: Nova Science.
- Sharon, Y. (2018). Tipul cognitiv hitnahaguti b'emtzaut omanuyot [Cognitive behavioral therapy using the arts]. In S. Snir, & D. Regev (Eds.), *K'shehatipul b'emtzaut omanuyot pogesh et ma'arexet haxinux b'israel [When treatment with the arts meets the Israeli educational system]*. Haifa, Israel:University of Haifa. (in Hebrew)
- Shelby, J. S., & Berk, M. S. (2009). Play therapy, pedagogy, and CBT: An argument for interdisciplinary synthesis. In A. A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with Cognitive-Behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (pp. 17-40). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Shkedi, A. (2003). *Milim hamenasot lagaat: Mexkar eixutani, teoria, v'yisum [Words that try to touch – Qualitative research – Theory and practice]*. Tel Aviv: Tel Aviv University: Ramot.
- Sim, K., & Peng Gwee, K. (2005). Case formulation of psychotherapy: Revitalizing its usefulness as a clinical tool. *Academic Psychiatry*, 29, 289-292.
- Spradley, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

- Strauss, A & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, California: Sage.
- Stricker, G. (2010). Psychotherapy integration. *Psychotherapy Bulletin*, 410, 25.
- Stroebe, W. (2011). *Social psychology and health*. United Kingdom: McGraw-Hill Education.
- Swain, J, Hancock, K, Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978.
- Tortora, S. U. Z. I. (2016). Dance/movement psychotherapy in early childhood treatment. In S. Chaiklin & H. Wengrower (Ed.), *the art and science of dance/movement therapy: Life Is Dance* (pp.159-180). London, United Kingdom: Routledge.
- Treadwell, T. W., Dartnell, D., Travaglini, L. E., Staats, M., & Devinney, K. (2016). *Group therapy workbook: Integrating Cognitive-Behavioral therapy with psychodramatic theory and practice*. Denver, Colorado: Outskirts.
- Vocisano, C., Klein, D., Arnow, B., Rivera, C. Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., et al. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 255-265. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.41.3.255>
- Vogel, T., & Wanke, M. (2016). *Attitudes and attitude change*. New York: Routledge.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic.
- Wachtel, P. L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self: The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. New York: Routledge.
- Walczak, M., Breinholst, S., Ollendick, T., & Esbjørn, B. H. (2019). Cognitive behavior therapy and metacognitive therapy: moderators of treatment outcomes for children with generalized anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 449-458.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.



- Wengrower, H. (2016). The creative–artistic process in dance/movement therapy.  
In S. Chaiklin & H. Wengrower (Ed.), *The art and science of dance/movement therapy: Life Is Dance* (2<sup>nd</sup> ed., pp.45-64). London, United Kingdom: Routledge
- Weiss, H. (2009). The use of mindfulness in psychodynamic and body orientated psychotherapy.  
*Journal of Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(1), 5-16.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*.  
United Kingdom: Guilford.