

PARTICULARITĂȚILE PSIHOTERAPIEI COGNITIV COMPORTAMENTALE LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Viorel Lupu¹, Izabela Ramona Todiriță²

REZUMAT

Terapia cognitivă la copii este o extensie a fundamentelor terapiei comportamentale bazată pe teoria învățării clasice, operante și prin modelare, putând fi utilă în tratamentul tulburărilor psihiatrice fie externalizate (hiperactivitate, agresivitate, comportamente disruptive), fie internalizate (depresie, anxietate). Terapeuții comportamentaliști au adaptat tehnicile la nivelul de dezvoltare al copilului.

Metodele operante au inclus: utilizarea întăririlor pozitive și negative, supracorecția, contractele terapeutice, extincția și pedepsele. Metodele nonverbale și nondirective (terapia prin joc sau arteterapia) sunt cele mai răspândite, în timp ce formele cognitive sau hipnoza sunt mai rare. Există aproximativ 230 de tehnici psihoterapeutice care pot fi aplicate la copii și adolescenți. Este nevoie de o evaluare precisă și de adaptarea strategiilor și metodelor verbale și nonverbale la nivelul de înțelegere a copiilor în suferință. Cele mai bune rezultate se obțin la adolescenți (între 13-18 ani) și la preadolescenți (11-13 ani) și rezultate mai modeste la copiii mai mici (5-11 ani), dar orice copil poate beneficia de terapia cognitiv-comportamentală.

Prin reevaluarea și corectarea gândirii, copiii și adolescenții învață: să-și stăpânească problemele, să-și monitorizeze gândurile negative automate (cognițiile); să recunoască legătura dintre cogniție, trăire și comportament; să examineze evidența pro și contra gândurilor automate; să substituie interpretările bazate pe realitate în locul celor bazate pe negativitate; să învețe să-și identifice credințele disfuncționale care-i predispun la astfel de experiențe.

Cuvinte cheie: psihoterapie cognitiv-comportamentală, copii și adolescenți.

Motto: H. Ey: "Dacă psihoterapia nu este întotdeauna suficientă, ea este întotdeauna necesară."

Termenul de psihoterapie cognitiv-comportamentală are mai multe sensuri. În cel restrâns acoperă terapia cognitivă și comportamentală clasică, iar în cel larg se referă la o perspectivă cognitivă asupra întregii psihoterapii în măsura în care vizează modificarea comportamentului, a modului de prelucrare a informației și a felului în care este trăită o situație traumatică. Unele tehnici dinamice de orientare psihanalitică și experiențială sunt reevaluate în lumină cognitiv-comportamentală.

RĂDĂCINILE TERAPIEI COGNITIV- COMPORTAMENTALE A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI

Terapia cognitivă la copii este o extensie a fundamentelor terapiei comportamentale bazată pe teoria învățării clasice, operante și prin modelare, putând fi

utilă în tratamentul tulburărilor psihiatrice (Eysenck, 1959).

Multe dintre tehnicile cognitive utilizate la copii și adulți se aseamănă cu cele utilizate în terapia comportamentală. De exemplu, trainingul abilităților sociale este considerat actualmente o strategie cognitivă, dar își are rădăcinile adânci în terapia comportamentală, prin utilizarea modelelor, jocului de roluri, repetiției. La fel, relaxarea este o importantă tehnică în terapia cognitivă, deși inițial a fost pusă la punct de către Jacobson (1938, apud Ronen, 1997) și apoi dezvoltată de către Wolpe (1982), fiind utilizată ca o parte a desensibilizării clasice în terapia comportamentală.

Terapia expunerii a fost dezvoltată de către Marks (1987) ca o parte a condiționării operante, iar în terapia cognitivă a fost integrată ca centrare pe propria expunere, ca o condiție necesară în imageria dificultăților (în special în învățarea de a-și accepta emoțiile). Terapeuții comportamentaliști n-au creat tehnici specifice pentru copii, ci doar le-au adaptat acestora.

¹ Conf. Dr., Disciplina de Psihiatrie pediatrică, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca
² MA Psih. clinician și Psihoterapeut, Șc. Gen. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Adresa de corespondență:
Viorel Lupu, Str. Ospătării F.N., Cluj-Napoca,
jud. Cluj, cod 400660, e-mail: violupu@yahoo.com

Cea mai populară tehnică utilizată la copii este derivată din învățarea operantă și prin modelare, fiind aplicabilă tulburărilor de externalizare cum ar fi agresivitatea. Aplicarea metodelor operante a inclus: utilizarea întăririlor pozitive și negative, supracorecția, contractele terapeutice, extincția și pedepsele. Această tehnică, aplicată și la adult, când este utilizată la copii trebuie să fie clară, concretă, ușor de înțeles și de enunțat de către copil. Copiii sunt expuși și în mod natural unor tehnici bazate pe modelare ca parte a procesului de ma-

turizare (de exemplu: în rolurile sexului, în deprinderea abilităților sociale prin interacțiunile sociale).

Utilizarea “modellului” în terapie este însoțită și de alte tehnici ca “self-talk”-ul sau întăririle, care s-au dovedit utile în cazul anxietății și a stresului și în învățarea de a gândi înainte de a acționa. Tehnicile bazate pe condiționarea clasică cum ar fi relaxarea și desensibilizarea (Wolpe, 1982) sunt mai dificil de aplicat la copii, necesitând adaptări speciale sub forma imageriei auto-instrucției, conciziei instrucțiunilor,

Tabelul 1. Criterii comportamentale care determină nevoia de terapie (adaptare după Ronen, 1997)

Comportament	Necesitatea terapiei
Corespunzător criteriilor de diagnostic pentru o boală (tulburare) - ICD-10, DSM-IV-TR	DA
Conform normelor mediului cultural	NU
Conform vârstei cronologice (ex. enurezis)	NU
S-a ameliorat	NU
S-a agravat sau este stabil	DA
Există riscuri pentru viitor	DA
Are un prognostic bun	DA
Există o mare motivație pentru schimbare	DA
Este important pentru copil și familie	DA
A schimbat o situație anterioară	DA
Se poate remite spontan	NU

Tabelul 2. Caracteristicile cadrului terapeutic (adaptare după Ronen, 1997)

Cadru	Tip de intervenție	Vârsta copilului	Problemele copilului	Obiective
Grup parental	Educativă	Orice vârstă (în special cei mici)	Dezvoltare normală	Aport informații, suport
Consiliere parentală individuală	Educativă terapeutică	Orice vârstă (în special cei foarte mici și adolescenți)	Tulburări de conduită, neascultare	Împărtășirea de abilități pentru schimbare
Consilierea educatorilor	Educativă	Școlari	Comportament necontrolat	Dobândirea de abilități
Intervenție școlară	Educativă	Școlari	Sociale	Modificarea normelor, interacțiunilor
Terapie familială	Terapeutică	Școlari	Comunicare	Modificarea comunicării, rolurile
Terapie de grup	Terapeutică	Preadolescenți și adolescenți	Orice tulburare	Schimbarea competențelor, noi abilități
Terapie individuală	Terapeutică	Vârsta grădiniței și peste această vârstă	Orice tulburare	Schimbarea comportamentului, gândirii și emoțiilor

Tabelul 3. Criterii de selecție pentru psihoterapia individuală a copilului (adaptare după Ronen, 1997)

Variabile	Terapie nonverbală	Terapie verbală
Vârstă	< 7 ani	Copilărie mijlocie, > 7 ani - adult
Nivel abilități cognitive	Mai puțin avansate	Abilități înalte
Tipul problemei	Internalizare, supracontrol	Externalizare, subcontrol

Tabelul 4. Cele patru alternative în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului (adaptare după Ronen, 1997)

	Direct	Indirect
Terapie verbală	Discuții directe sau discuții despre evenimente, comportamente și sentimente	Comunicare reflectivă (discuții despre alții), biblioterapie
Terapie nonverbală	Utilizarea directă a jocului, artei, constituind un model pentru schimbare	Utilizarea artei și jocului fără o referire directă

ajutorului din partea părinților, jocului, picturii, bomboanelor și jucăriilor oferite ca recompensă, care toate duc la creșterea motivației copilului și a abilității acestuia de a se relaxa.

TEHNICI PSIHOTERAPEUTICE APLICABILE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Cele mai multe forme de psihoterapie a copilului și adolescentului se bazează pe metode nonverbale și nondirective, cum ar fi terapia prin joc sau arteterapia, formele cognitive sau hipnoza fiind mai puțin răspândite, dar în continuă creștere prin adaptarea la copii ale unor tehnici de la adult. În zilele noastre, există aproximativ 230 de tehnici psihoterapeutice care pot fi aplicate la copii și adolescenți (Kazdin, 1988). Dintre aceste tehnici, trebuie selecționate acele forme care se potrivesc cel mai bine cu cazurile concrete din practica curentă.

CONDIȚII PENTRU REUȘITA PSIHOTERAPIEI

Pentru a asigura reușita deplină a oricărei psihoterapii, la copii sunt necesare evaluări precise ale situației copilului prin:

1) Obținerea unor informații despre copil din mai multe surse:

— părinți (pentru tulburări de tip “acting out” – neascultare, agresivitate, negativism, hiperactivitate, impulsivitate)

— educatori, profesori, învățători – date privind raportarea copilului la normele corespunzătoare vârstei cronologice (randament școlar, intelectual, abilități sociale de comunicare);

— direct de la copil – pentru înțelegerea emoțiilor sale, aprecierii stimei de sine, depresiei;

— observația directă.

2) Compararea acuzelor actuale cu comportamente considerate normale pentru vârsta copilului.

3) Aprecierea dacă tratamentul copilului trebuie inițiat sau dacă sunt șanse ca problemele să se rezolve de la sine (tabelul 1).

4) Alegerea celui mai potrivit cadru terapeutic (tabelul 2).

5) Alegerea celei mai bune tehnici pentru problemele prezentate de copil (tabelul 3 și tabelul 4) (Ronen, 1997).

ALȚI FACTORI IMPORTANȚI IMPLICĂȚI ÎN REUȘITA PSIHOTERAPIEI

1) **Vârsta:** copiii și adolescenții sunt cei mai receptivi la psihoterapie, inclusiv la hipnoză, spre deosebire de persoanele de peste 40-50 de ani, care sunt mai refractare;

2) **Nivel cognitiv – extremele:** superdotații și cei subdotați nu se pretează la psihoterapie - este necesar un ascendent asupra clientului;

3) **Nivel de culturalitate:** cu cât copilul este mai primitiv, cu atât este mai dificilă colaborarea;

4) Este necesar un **diagnostic precis**, pentru că există indicații și contraindicații precise ale psihoterapiilor.

În general, alegerea metodei se face în principal după trei criterii:

a) după valențele psihoterapeutului;

b) după client (diagnostic, personalitate);

c) după timpul avut la dispoziție.

PARTICULARITĂȚI LA COPIL ȘI ADOLESCENT

Psihoterapia copiilor și adolescenților diferă de cea a adulților din mai multe puncte de vedere. Una dintre diferențe constă în însăși natura copilăriei, copilul fiind comparat cu o “țintă mișcătoare”, fiind într-un permanent proces de schimbare. Acțiunile și comportamentul său sunt o rezultată a stadiului său de dezvoltare, situației familiale, influențelor mediului ambiant și caracteristicilor individuale.

Psihoterapeuții care se ocupă de această perioadă de vârstă trebuie să cunoască foarte bine sociologia copilăriei, psihologia developmentală, normele de conduită și procesele familiale, înainte de a intra în psihopatologia copilului și în deprinderea tehnicilor psihoterapeutice. Psihoterapia copilului este comparată cu abilitatea de a combina mai multe piese ale unui puzzle uriaș, fiind în același timp știință și artă și necesitând talent înăscut, disponibilitate și creativitate din partea psihoterapeutului în comunicarea cu copiii. Psihoterapeutul trebuie să învețe anumite strategii și metode verbale și nonverbale transpuse la nivelul de înțelegere a copiilor în suferință.

Întrebări orientative pentru psihoterapeut

În aplicarea oricărei forme de psihoterapie individuală cu copilul, terapeutul se poate orienta după următoarele întrebări:

— Copilul cu probleme se află în stadiul de dezvoltare în care să fie posibilă terapia verbală?

- Are copilul abilitatea să stea să asculte și să se concentreze?
- Are copilul motivație pentru terapie sau trebuie aplicată o terapie prin joc, pentru a-i capta atenția și motivația?
- Are copilul abilități verbale sau este mai performant în artă, muzică sau joc?

TERAPIA COGNITIVĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI

Terapia cognitivă a copilului își extrage o mare parte din ascendență de la teoria lui Bandura (1977) referitoare la rolul expectațiilor în orice învățare și a capacității expectațiilor de a facilita succesul terapiei. De asemenea, și alți teoreticieni au influențat această formă de terapie la copii, cum ar fi Ellis (1962) (terapia rațional emotivă), Beck (1979), Meichenbaum (1985), D’Zurilla (1986) (trainingul rezolvării problemelor).

Tratamentul cognitiv al copilului trebuie să se refere la învățarea celor mai potrivite abilități și aplicarea celor mai adecvate tehnici. Considerațiile teoretice au dus la ipoteza că cel mai important moderator în eficacitatea implementării teoriei cognitive la copii este nivelul lor de dezvoltare cognitivă.

TERAPIA COGNITIVĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI – REZULTATE

Cele mai bune rezultate se obțin la adolescenți (între 13-18 ani) și la preadolescenți (11-13 ani) și rezultate mai modeste la copiii mai mici (5-11 ani) (Durlak, 1991).

În ciuda acestor constatări, se consideră actualmente că orice copil, indiferent de vârstă, poate beneficia de terapia cognitiv-comportamentală, cu condiția ca terapeutul să adapteze terapia la stilul cognitiv personal al copilului (Ronen, 1992; Knele, 1993). Copiii mai mari își pot dezvolta strategii cognitive independente, în timp ce cei mai mici au nevoie de terapeut să le dezvolte aceste strategii.

Copiii cu un înalt nivel cognitiv pot adopta strategii generale și abstracte în timp ce cei cu un nivel modest au nevoie de strategii mai concrete. Terapia cognitivă se adresează atât copilului cu tulburări externalizate (hiperactivitate, agresivitate, comportamente disruptive) cât și cu tulburări internalizate (depresie, anxietate).

Copiii cu tulburări externalizate și cu lipsă de autocontrol dovedesc dificultăți în toleranța la frustrări,

în întârzierea gratificațiilor, menținerea atenției asupra obiectului sau utilizarea abilităților de rezolvare a problemelor directe.

Copiii cu tulburări internalizate sau supracontrol au abilitățile necesare, dar acestea sunt rău folosite. Ei percep greșit situațiile sociale și pot beneficia cel mai bine de modalitățile terapeutice non-verbale, în special de cele de expunere și de cele experiențiale.

Kendall (1993) sugerează că în timp ce copiii introverți sunt limitați de gândirea distorsionată, cei extroverți acționează fără să gândească sau să-și planifice acțiunile și nu procesează informațiile în situațiile în care gândirea le-ar putea fi benefică. Terapeuții cogniviști afirmă că orice copil care este capabil să învețe este un bun subiect pentru terapia de tip cognitiv.

APLICAREA TEHNICILOR COGNITIV-COMPORTAMENTALE LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Există o mare varietate de tehnici cognitiv-comportamentale pentru copii care presupun manipularea răspunsurilor comportamentale, cum ar fi: “modelingul”, repetiția secvențială și trainingul abilităților. Scopul terapiei constă în modificarea distorsiunilor și deficiențelor cognitive care influențează comportamentul. Toate tehnicile cognitive intervin cu scopul de a influența gândirea. Aceste tehnici identifică, testează realitatea și corectează concepțiile distorsionate și schemele (crențele disfuncționale) care însoțesc aceste cogniții.

Prin reevaluarea și corectarea gândirii, clienții învață să-și stăpânească problemele și situațiile.

Copiii sunt învățați:

- să-și monitorizeze gândurile negative automate (cognițiile);
- să recunoască legătura dintre cogniție, trăire și comportament;
- să examineze evidența pro și contra gândurilor automate;
- să substituie interpretările bazate pe realitate în locul celor bazate pe negative;
- să învețe să-și identifice crențele disfuncționale care-i predispun la astfel de experiențe (Beck, 1979).

Un program de intervenție poate include variate combinații de proceduri și metode. Nu există o formulă generalizată, cum ar fi: metoda X pentru problema Y. Planificarea intervenției terapeutice se bazează pe considerații individuale. Un criteriu de decizie în ceea

ce privește procedura de intervenție este dacă problema reprezintă un deficit sau un exces comportamental. Sarcina terapeutului în condițiile unei probleme de deficit comportamental este de a crește puterea comportamentului particular (proceduri de creștere a răspunsului), sau de a adăuga achiziții sau noi patternuri de comportament (proceduri de achiziție a răspunsului). Dacă este vorba de un exces în comportament, sarcina terapeutului este de a elimina sau reduce puterea comportamentului (proceduri de descreștere a răspunsului).

Părinții adeseori se întreabă: “Cum pot să-l determin să facă asta?” “Cum pot să-l fac să continue comportamentul dezirabil?” “Cum pot să-l opresc?”

Un copil care nu doarme suficient poate fi iritabil, nepoliticos. Un somn timpuriu poate rezolva problema. Cererile directe pentru schimbare pot uneori să fie suficiente. Schimbările în mediul fizic, schimbările în rutină sau responsabilități pot funcționa în anumite circumstanțe. Metoda terapeutică va fi determinată de ținta problemei. Nu se va folosi tehnica desensibilizării la o persoană care chiulește de la școală, motivând plictiseala de la cursuri.

Problema nu apare numai la nivel de acțiune, dar și în gândurile și trăirile clientului. Există două sarcini de bază în învățare, des întâlnite în terapia copilului:

1) achiziția, învățarea comportamentului dorit, dezirabil (autocontrol, fluentă verbală, abilități sociale, academice) sau a aceluia comportament care este în deficit;

2) reducerea răspunsului nedorit în repertoriul comportamental al copilului (agresiune, furt, ticuri faciale, anxietate, fobie, bulimie etc.), sau înlocuirea unui răspuns cu altul (asertivitate în locul timidității).

Toate aceste sarcini pot fi realizate prin combinarea a patru tipuri majore de învățare:

- a) condiționare clasică
- b) condiționare operantă
- c) învățare prin observare
- d) învățare cognitivă

Alegerea abordării terapeutice nu depinde numai de natura comportamentului țintă sau stimulii care îl mențin, dar și de vârsta, maturitatea copilului, circumstanțele în care comportamentul problemă se manifestă și de unele aspecte ale mediului (Herbert Martin, 1981).

Succesul terapiei cognitiv-comportamentale este condiționat de o bună evaluare a cazului și de o corectă conceptualizare a acestuia și de aplicarea acelor tehnici care au fost validate științific prin studii randomizate (Lupu, 2009).

CONCLUZII

1. Se consideră actualmente că orice copil, indiferent de vârstă, poate beneficia de terapia cognitiv-comportamentală, cu condiția ca terapeutul să adapteze terapia la stilul cognitiv personal al copilului. Copiii mai mari își pot dezvolta strategii cognitive independente, în timp ce cei mai mici au nevoie de terapeut să le dezvolte aceste strategii.

2. Succesul terapiei cognitiv-comportamentale este condiționat de o bună evaluare a cazului și de o corectă conceptualizare a acestuia și de aplicarea acelor tehnici care au fost validate științific prin studii randomizate.

BIBLIOGRAFIE

1. Bandura A. (1977): *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
2. Beck A.T., Rush A.J., Show B.F. & Emery G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford, New York.
3. D’Zurilla T.J. (1986): *Problem-solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Interventions*. Springer, N.Y.
4. Durlak J.A., Fuhrman T. & Lapman C. (1991): *Effectiveness of Cognitive-behavior Therapy for Maladaptive Children: A Meta-analysis*. Psychological Bulletin, 110-204-214.
5. Ellis A. (1962): *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York.
6. Eysenk H.J. (1959): *Learning Theory and Behavior Therapy*. Journal of Mental Science, 105, 61-75.
7. Kazdin A.E. (1988): *Child Psychotherapy: Development and Identifying Effective Treatments*. Pergamon, New York.
8. Kendall P.C. (1993): Cognitive Behavioral Therapies with Youth: Guiding Theory, Current Status and Emerging Developments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 235-247.
9. Knell S.M. (1993): *Cognitive Behavioral Play Therapy*. Northvale: Aronson.
10. Lupu V. (2009): Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului. Ed. ASCR, Cluj-Napoca.
11. Marks I. (1987): *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford University, New York.
12. Martin H. (1981): *Behavioral Treatment of Problem Children. A Practice Manual*, Academic Press, London.

13. Meichenbaum D.H., Bream L.A. & Cohen J.S. (1985): *A Cognitive-behavioral Perspective of Child Psychopathology: Implications for Assessment and Training*. In R.J. McMahon & R. De V. Peters (EDs.). *Childhood Disorders: Behavioral Developmental Approaches* (pp 36-52). Bruner/Mazel, New York.
14. Ronen T. (1992): *Cognitive Therapy with Young Children*. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 19-30.
15. Ronen T. (1997): *Cognitive Developmental Therapy with Children*, John Wiley and Sons, N.Y.
16. Wolpe J. (1982): *The Practice of Behavior Therapy* (3rd ed. n.), Pergamon, New York.

PARTICULARITIES OF COGNITIVE BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Viorel Lupu¹, Izabela Ramona Todiriță²

ABSTRACT

Cognitive therapy with children is an extension of the fundamentals of behaviour therapy based on the classical theory of learning merged with modelling, being useful in the treatment of externalized (hyperactivity, aggression, disruptive behaviours) or internalized disorders (depression, anxiety). Behavioural therapists adapted techniques to the specific level of development of each child.

Operational methods include: using positive and negative reinforcements, overcorrection, therapeutic contracts, extinction and punishments. Nonverbal and nondirective methods (therapy through play and art therapy) are the most notorious while cognitive forms and hypnosis are rarer. There are 230 psychotherapeutic techniques that can be applied to children and adolescences. We have to make a precise evaluation and an adaptation of the verbal and nonverbal methods and strategies to the level of the children. The best results are obtained with adolescents (between 13-18 years) and preadolescents (between 11 and 13 years) but any child may benefit from cognitive-behavioural therapy.

Through re-evaluation and correction of the way of thinking, children and adolescents learn: to control their problems; to observe their negative automatic thoughts (cognitions); to recognise the connection between cognition, emotion and behaviour; to examine evidences for and against automatic thoughts; to substitute interpretations based on reality in the place of negative ones; to learn to identify dysfunctional beliefs which predispose to those kinds of experiences.

Key words: cognitive behavioural psychotherapy, children and adolescents.

Motto: H. Ey: "If psychotherapy is not always sufficient, it is always necessary."

The cognitive behavioural psychotherapy term has a lot of meanings. In a restricted sense, the term covers classic cognitive and behavioural therapy, and in a larger sense it refers to a cognitive perspective on the entire psychotherapy insofar as it aims at modifying the behaviour, the way in which the information is processed and the way a traumatic situation is lived. Some psychoanalytical and experiential dynamic techniques of orientation are reevaluated from a cognitive-behavioural perspective.

THE BEGINNINGS OF CHILD AND ADOLESCENT COGNITIVE BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY

Cognitive therapy in children is an extension of the basic behaviour therapy based on classic learning

theory which is operational through modelling, too which can be useful in the treatment of psychiatric diseases. (Eysenck, 1959).

Many of the cognitive techniques used with children and adults resemble those that are used in the behaviour therapy. For example, the training of social abilities is considered at present a cognitive strategy, but the roots are deep in the behaviour therapy, by making use of models, role-play and repetition. Also, the relaxation is an important technique in cognitive therapy, although it was initially defined by Jacobson (1938, after Ronen, 1997) and then developed by Wolpe (1982), being further used as a part of the classical desensitization in behaviour therapy.

Marks (1987) developed the exposure therapy, as part of operational conditioning, which was then introduced into the cognitive therapy, helping to centre on one's exposure, as a necessary condition in the images of difficulties (especially in learning to accept one's own emotions). Behaviour therapists did not create special techniques for children, they just adjusted these techniques to suit their particularities.

The most popular technique used with children arise from operational and pattern making learning, which can be applied to externalization disorders such as aggressiveness. The application of operational methods in-

¹ Lecturer of University of Medicine and Pharmacy „Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca, Discipline of Child Psychiatry

² Clinical Psychologist and Psychotherapist, School „Iuliu Hatieganu”, Cluj-Napoca
Correspondence address:

Viorel Lupu, Ospatariei Street, F.N., Cluj-Napoca
Cluj district, cp. 400660, e-mail: violupu@yahoo.com

clude: the usage of positive and negative reinforcement, over-castigation, therapeutic contracts, extinction, and punishment. When it is applied to children, this technique, which is also applied to adults, must be clear, concrete, facile, and easy to explain to the child. The children are ordinarily exposed to pattern making techniques as part of a maturing process (for example: the role of the sex, gaining social skills by social interaction).

Beside models based therapy, other techniques are used too, like "self-talk" or reinforcements which

proved to be useful in anxieties, stress and learning to think before acting. The techniques based on classical conditioning such as relaxation and desensitization (Wolpe, 1982), are difficult to be applied with children, requiring special adjustments like self-instruction image, concision of instructions, parents help, playing, painting, lollipops and toys which can be offered as a reward, all of these leading to increased child motivation and training of relaxation abilities.

Table 1. Behavioral criterion which cause the need for therapy (after Ronen, 1997)

Behavior	Therapy Necessity
According to the diagnosis criteria for a disease (disorder) ICD-10, DSM-IV-TR	yes
According to cultural environment norms	No
According to chronological age (ex. enuresis)	No
It has improved	No
It has aggravated or it is constant	Yes
There are future risks	Yes
It has good expectations	Yes
There is a greate motivation for change	Yes
It is important for the child and his family	Yes
It has changed a previous situation	Yes
It can be remitted spontaneously	No

Table 2. The characteristics of the therapeutic frame (after Ronen, 1997)

Frame	Intervention	Child's age	Child's problems	Objectives
Parental group	Instructive	Any age (especially the little ones)	Normal development	Information and support
Parental Individual Counselling	Therapeutic instructive	Any age (especially the very little and adolescents)	Problems of conduct and disobedience	Gaining skills for change
Educator's Counselling	Instructive	Scholars	Incontrollable behavior	Gaining skills
School intervention	Instructive	Scholars	Social	The modification of the norms and interactions
Family Therapy	Therapeutic	Scholars	Communication	The modification of communication, roles
Group therapy	Therapeutic	Preadolescents Adolescents	Any problem	The change of abilities, new abilities
Individual therapy	Therapeutic	Kindergarten and over that age	Any problem	The change of the behavior, ideas and emotions

Table 3. The selection criteria for child individual psychotherapy (after Ronen, 1997)

Variables	Non-verbal therapy	Verbal therapy
Age	< 7 years old	Middle age childhood, > 7 years old - adult
Level of cognitive abilities	Less advanced	High abilities
The problem type	Internal, over control	External, under control

Table 4. The four alternatives in child cognitive-behavior psychotherapy (after Ronen, 1997)

	Direct	Indirect
Verbal therapy	Direct discussions, or discussions about behavior and feelings	Reflection (talking about the others), bibliotherapy
Non-verbal therapy	Using directly the games, art like a change model	Using art and game without a direct reference

PSYCHOTHERAPEUTIC TECHNIQUES APPLICABLE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS

Most of the psychotherapeutic forms applicable to children and adolescents are based on non-verbal and non-directive methods, like the playing therapy or art therapy, cognitive forms or hypnosis being less used for the moment but they are in a continuous development by adjusting adult techniques to children. Now there are almost 230 psychotherapeutic techniques that can be applied to children and adolescents (Kazdin, 1988). One must select from current practice those forms of psychotherapy which are appropriate to the cases that are treated.

CONDITIONS FOR THE SUCCESS OF PSYCHOTHERAPY

A precise evaluation of the child's situation is necessary in order to guarantee the complete success of any psychotherapy method that is applied. This evaluation must take into consideration the following aspects:

1) Obtaining information about the child's situation from varied sources:

– parents (for problems like “acting-out”- disobedience, aggressiveness, negativism, hyperactivity, rashness);

– pedagogue, teacher, schoolmaster-information regarding the way that child is related to the norms of the chronological age (intellectual and school efficaciousness, social and communication abilities);

– directly from the child- to understand his emotions, evaluate self-esteem, depression;

– direct observation.

2) The comparison of the present problems/disorders with behaviours that are considered normal for the child's age.

3) Evaluating if the child needs treatment or if there are chances that the problems will be solved without any intervention. (table 1)

4) Choosing the most appropriate therapeutic frame. (table 2)

5) Choosing the best technique for the child's problems. (table 3 and table 4) (Ronen, 1997).

OTHER IMPORTANT FACTORS INVOLVED IN THE SUCCESS OF PSYCHOTHERAPY

1) Age: children and adolescents are the most susceptible to psychotherapy, including hypnosis, in comparison to 40-50 year old people, who are reluctant;

2) Cognitive level - the extremes: the very gifted and the least gifted do not respond to psychotherapy – it is necessary to have an ascendant over the client;

3) Cultural level: the co-operation is difficult if the child is primitive;

4) A precise diagnosis is necessary, because there are precise indications and contraindications for different types of therapy;

Generally speaking, the method is chosen based on three criteria:

a) therapist valences;

b) the client (diagnosis, personality);

c) the time available for therapy.

CHILD AND ADOLESCENT PARTICULARITIES

Child and adolescent psychotherapy is different from adult psychotherapy, for many reasons. One of those differences is the nature of childhood, since the child is compared with a “moving target”, and he is in a process of continuous change. His actions and his behaviour are the result of the stage of development he is in, his family situation, the influences of the environment and the individual characteristics.

Psychotherapists that handle this age group must become familiar with childhood sociology, developmental psychology, conduct norms and family processes, before they begin their struggle with child psychopathology and start learning the therapeutic techniques. Child psychotherapy is compared with the ability to combine a lot of pieces from a giant puzzle, which is at the same time science and art and requires natural talent, availability and creativity on the part of the therapist in communication with children.

The psychotherapist must learn certain strategies both verbal and non-verbal methods that must be adjusted to the understanding level of the suffering children.

INFORMATIVE QUESTIONS FOR THE PSYCHOTHERAPIST

In order to apply any form of individual psychotherapy to a child, the therapist can take the following questions as a guide:

– Is the child with problems in a developmental stage where the verbal therapy can be applied?

– Is the child able to sit, listen and concentrate?

– Is the child motivated to do therapy or a playing therapy must be applied in order to gain his attention and his motivation?

– Has the child verbal abilities or has he got better performances in art, music or play?

CHILD AND ADOLESCENT COGNITIVE PSYCHOTHERAPY

Child cognitive therapy has a big part of its origin in Bandura's (1997) theory, which refers to the role of learning expectations and the expectation abilities that facilitate a successful therapy. Also, there have been other theorists who influenced this form of therapy with children, such as Ellis (1962) (rational-emotive therapy), Beck (1979), Meichenbaum (1985), D'Zurilla (1986) (solving problems training).

Child cognitive treatment must be based on learning the most appropriate abilities and on the application of the most adequate techniques. Theoretical considerations led to the hypothesis that the most important factor involved in cognitive therapy efficacy in children is their cognitive development level.

CHILD AND ADOLESCENT COGNITIVE THERAPY – RESULTS

Best results are obtained with adolescents (between 13- 18 years old) and preadolescents (11-13 years old) and modest results are noted with young children (5-11 years old). (Durlak, 1991).

Despite these findings, at present it is considered that despite the child's age, any child can benefit from cognitive-behavioural therapy, if the therapist adjusts the therapy to the child's personal cognitive style (Ronen, 1992; Knele, 1993). Older children can develop independent cognitive strategies, while the younger need the therapist to help them develop these strategies.

The high cognitive level children can achieve general and abstract strategies while modest level children need concrete strategies. Cognitive therapy addresses both the externalization troubles (hyperactivity, aggressiveness, a disruptive behaviour) and the internalization troubles (depression, anxiety).

Children with externalization disorder and lack of self-control, have difficulties with their blight tolerance, with their gratuities, maintaining attention over the objects or using their abilities of solving direct problems.

Children with internalization disorders or over control have the necessary abilities but they are not used properly. They misunderstand social situations and they benefit the most from non-verbal therapeutic strategies, especially the exposure and experiential ones.

Kendall (1993) suggests that, while introverted children are limited by the distortion thinking, extroverted ones act without thinking or planning their

actions and they do not process data in the situations where thinking can be favourable.

Cognitive therapists assert that any child who can learn is a good candidate for the cognitive therapy.

APPLYING COGNITIVE- BEHAVIOURAL TECHNIQUES WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

There is a large variety of cognitive-behaviour techniques for children that assume behaviour response handling, such as: modelling, sequential repetition and abilities training. The therapy purpose is to modify cognitive distortion and deficiency that influence the behaviour. All the cognitive techniques have as intervention purpose to influence the thinking. They identify, test the reality and correct distortion views and schemes (dysfunctional beliefs) that accompany those cognitions.

By thinking reevaluation and correction, clients learn how to overrule their problems and situations.

Children are taught how to:

- handle their automatic negative thoughts (cognitions);
- recognize the connection between cognition, feelings and behaviour;
- observe affirmative and negative evidence of the automatic thoughts;
- substitute basic negative interpretations with reality based interpretations;
- learn to identify dysfunctional thoughts which predispose them to those kinds of experiences.

An interventional programme may include various types of procedures and methods of combination. There is no general formula like: method X for problem Y.

The planning of therapeutic intervention is based on individual considerations. One of the intervention decision criteria is the nature of the problem: behavioural deficit or excess. If there is a deficit behaviour problem, the therapist's obligation is to increase the power of the particular behaviour (answer increasing procedures), or to add acquisitions or new behaviour patterns (answer acquisition procedures). If there is a behaviour excess the therapist's obligation is to eliminate or reduce the power of the behaviour (answer decrease procedures).

Often, the parents ask themselves: "How can I that to him?" "How can I make him continue the desirable behaviour?" "How can I stop him?"

If a child does not sleep enough he may become irritable and impolite. A good sleep can solve the problem. Direct demands for the change can be enough sometimes. Environment changes, changes of routines or responsibilities can be useful in certain situations.

The therapeutic method will be established by the target of the problem. The desensitization technique will not be used with those who do not go to school because they say they are bored in class.

The problem does not appear only at action level but also at the thinking and emotional level. There are two basic learning tasks in child therapy:

1) acquisition, learning the wanted, desirable behaviour (self-control, verbal fluency, social and academic skills) or the deficit behaviour;

2) decreasing the unwanted answer in the child behaviour (aggression, theft, facial twitch, anxiety, phobia, bulimia) or changing one answer with another (timidity with assertion).

All of those tasks can be achieved by combining the four major learning types:

- a) classical conditioning;
- b) operational conditioning;
- c) learning by observing;
- d) cognitive learning.

The decision about the therapeutic approach depends not only on the nature of the target behaviour or on the stimulus that maintain this behaviour, but also on age, child's maturity, the circumstances of the behaviour manifestations and on some environment aspects (Herbert Martin, 1981).

Success of cognitive-behaviour therapy, is conditioned by an appropriate evaluation of the case and a correct conceptualization and the applicability of those techniques that had been validated scientifically through randomized studies (Lupu, 2009).

CONCLUSIONS

1). At the moment it is considered that no matter the age, any child can benefit from the cognitive-behavioural therapy, on condition of adjusting the therapy to the child's personal cognitive style. Older children can develop independent cognitive strategies, while the younger need the therapist to help them develop these strategies.

2). Success of cognitive-behaviour therapy, is conditioned by an appropriate evaluation of the case and a correct conceptualization and the applicability of those techniques that had been validated scientifically through randomized studies.

BIBLIOGRAPHY

1. Bandura A. (1977): *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
2. Beck A.T., Rush A.J., Show B.F. & Emery G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford, New York.
3. D'Zurilla T.J. (1986): *Problem-solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Interventions*. Springer, N.Y.
4. Durlak J.A., Fuhrman T. & Lapman C. (1991): *Effectiveness of Cognitive-behavior Therapy for Maladaptive Children: A Meta-analysis*. Psychological Bulletin, 110-204-214.
5. Ellis A. (1962): *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York.
6. Eysenk H.J. (1959): *Learning Theory and Behavior Therapy*. Journal of Mental Science, 105, 61-75.
7. Kazdin A.E. (1988): *Child Psychotherapy: Development and Identifying Effective Treatments*. Pergamon, New York.
8. Kendall P.C. (1993): *Cognitive Behavioral Therapies with Youth: Guiding Theory, Current Status and Emerging Developments*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 235-247.
9. Knell S.M. (1993): *Cognitive Behavioral Play Therapy*. Northvale: Aronson.
10. Lupu V. (2009): *Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului*. Ed. ASCR, Cluj-Napoca.
11. Marks I. (1987): *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford University, New York.
12. Martin H. (1981): *Behavioral Treatment of Problem Children*. A Practice Manual, Academic Press, London.
13. Meichenbaum D.H., Bream L.A. & Cohen J.S. (1985): *A Cognitive-behavioral Perspective of Child Psychopathology: Implications for Assessment and Training*. In R.J. McMahon & R. De V. Peters (EDs.). *Childhood Disorders: Behavioral Developmental Approaches* (pp 36-52). Bruner/Mazel, New York.
14. Ronen T. (1992): *Cognitive Therapy with Young Children*. Child Psychiatry and Human Development, 23, 19-30.
15. Ronen T. (1997): *Cognitive Developmental Therapy with Children*, John Wiley and Sons, N.Y.
16. Wolpe J. (1982): *The Practice of Behavior Therapy* (3rd ed. n.), Pergamon, New York.