

## Supresia gândurilor ca strategie de control emoțional în depresie

Aurora Szentagotai  
Universitatea Babeș Bolyai, Cluj-Napoca

Daniel David  
Universitatea Babeș Bolyai, Cluj-Napoca  
Mount Sinai School of Medicine, New York

Thought suppression is a mental control strategy that we use to alter our thoughts, emotions, motives or other psychological states, according to consciously represented goals. The outcomes of suppression attempts illustrate the efficiency of this strategy, but also its failure under numerous circumstances. Experimental results regarding suppression have had a considerable effect on recent conceptualizations of emotional problems, particularly in the case of disorders characterized by the recurrence of unwanted thoughts, such as depression, generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, phobia and obsessive-compulsive disorder. The aim of this study was to assess the suppression of personally relevant thoughts in individuals diagnosed with depression (N=40). Our results indicate that suppression attempts are in fact associated with an increase in the frequency of unwanted thoughts, supporting the role of suppression in psychopathology. Beyond theoretical clarifications, an informed perspective on mental control and psychopathology could prove useful from the point of view of transferring fundamental research data into applied research in order to develop new therapeutic strategies for various psychological disorders.

Keywords: thought suppression, depression, ironic effects

Address of correspondence: Aurora Szentagotai, Babes Bolyai University, Cluj-Napoca, 37 Republicii Str., Cluj-Napoca, Romania, email: auroraszentagotai@psychology.ro

Ideea conform căreia ființa umană este capabilă să își controleze și își controlează efectiv propria minte a reprezentat un subiect de perpetuă preocupare și controversă în filosofie și psihologie. Interese legate de acest lucru pot fi identificate începând din Antichitate (Klausner, 1965; Schneider, 1993). Nu este surprinzător, prin urmare, faptul că aspecte legate de controlul mental sunt dezbătute în cadrul a numeroase școli de gândire moderne. În ceea ce privește psihologia, cu toate că sintagma de *control mental* nu apare ca atare în literatura psihologică înainte de 1987 (Wegner & Pennebaker, 1993), originile interesului față de abilitatea ființei umane de a-și influența propria minte se confundă cu originile ei ca știință.

Controlul mental se referă la influența pe care o exercităm asupra propriei minți, la încercările conștiente de a controla anumite conținuturi sau procese psihice (Wegner, 1992; Wegner & Wenzlaff, 1996). Apelăm la strategii de control mental ori de câte ori ne modificăm gândurile, emoțiile, motivele sau alte stări mentale în concordanță cu priorități pe care ni le reprezentăm conștient (Wegner & Wenzlaff, 1996). Cei mai mulți dintre noi avem o serie de stări mentale pe care le considerăm dezirabile: preferăm mai degrabă să fim fericiți decât triști, liniștiți decât speriați, organizați decât cu capul în nori. Chiar și în cazul în care nu avem preferințe pentru anumite stări mentale, avem scopuri influențate de contextul spațio-temporal în care ne aflăm (de ex. de a reuși să adormim atunci când suntem oboșiți, de a evita stereotipurile atunci când acestea sunt contraproductive etc.). Simplu spus, de cele mai multe ori oamenii preferă să se afle în stări

mentale care sunt în concordanță cu propriile preferințe decât ca anumite lucruri să le apară în minte intruziv, în contextele nepotrivite și în absența posibilității de a le controla (Wegner & Wenzlaff, 1996).

Încercările de control mental sunt în mod normal încununate de succes, mai ales în situațiile în care dispunem de suficiente resurse cognitive care ne permit să ne atingem scopul (Wegner, Erber, & Zanakos, 1993). Nu e însă nevoie de studii riguroase de psihologie pentru a constata că în multe cazuri încercările de a ne controla activitatea mentală ridică probleme foarte serioase. În fapt, cercetări vizând concepțiile de simț comun asupra minții (Flavell, Green, Flavell, & 1998), au pus în evidență că există, atât în rândul adulților cât și al copiilor, tendința de a vedea mintea ca un „homunculus”, cu o „voință” independentă de a noastră. De aici rezultă convingerea că, în unele cazuri, ea poate fi controlată, iar în altele nu [înțelegerea acestui fapt apare la copii în jurul vârstei de 9 ani (Flavell et al., 1998)].

Lucrurile nu se opresc însă aici. Studiile privind controlul mental arată că, pe lângă faptul că nu reușim de fiecare dată să gândim sau să simțim ceea ce dorim, eforturile de a controla trec adesea dincolo de simplul eșec, soldându-se cu efecte diametral opuse celor intenționate (Wegner, 1989). Cu alte cuvinte, nu numai că greșim ci, mai mult decât atât, ajungem într-o situație mai „rea” decât cea inițială (de exemplu, făcând eforturi să adormim, putem ajunge să ne simțim mai „treji” decât înainte). Acest fenomen a fost numit de către Wegner (1994a) *efect contraintenționat /ironic al controlului mental*.

Ultimul deceniu a dus la o creștere deosebită a interesului în ceea ce privește efectele contraindenționate, nu numai datorită ubicuității lor în peisajul vieții noastre psihice, ci și datorită posibilității implicării acestora în diferite forme de patologie, iar studiile asupra lor au dus la elaborarea *Teoriei procesului ironic*, care la ora actuală se bucură de o largă acceptare în explicarea acestor paradoxuri ale controlului mental.

#### *Supresia gândurilor*

Supresia gândurilor, adică încercarea conștientă de a nu ne gândi la un anumit lucru (Wenzlaff & Wegner, 2000), reprezintă o strategie particulară de control mental. În condiții ecologice, gândurile care constituie ținta supresiei nu sunt alese în mod arbitrar (deși uneori există această impresie subiectivă). De regulă, această strategie de control este declanșată de o serie de condiții predictibile.

Una dintre cele mai simple modalitățile de a afla ce îi determină pe oameni să apeleze la supresie este de a citi titlurile cărților de „self-help” alinate pe rafturile librăriilor. Printre numeroasele lucruri pe care aceste cărți promit că le oferă este „eliberarea” de îngrijorare, teamă, depresie, adicție, gânduri traumatice din trecut, stres, probleme la locul de muncă etc. Lăsând la o parte problematica utilității și eficienței acestor cărți, subiectele pe care le abordează ne oferă un „catalog tematic” extrem de variat al problemelor în legătură cu care oamenii caută ajutor și modalități de control (Wegner & Erber, 1993; Wegner, 1994b).

O analiză a literaturii ne indică faptul că supresia gândurilor este utilizată ca strategie de control mental în situațiile în care avem ca scop: (1) evitarea emoțiilor negative (de ex., frică, depresie, anxietate); (2) controlul unor comportamente nedorite (de ex., supraalimentarea, consumul de alcool, fumatul, tentativele suicidale); (3) prevenirea comunicării unor secrete sau gânduri nedorite (de ex., gânduri agresive, dorințe sexuale inadecvate); (4) prevenirea unor gânduri care au ca efect scăderea performanței (de ex., eșec, îngrijorare, stimă de sine scăzută); sau (5) blocarea gândurilor care sunt inacceptabile în sine sau par să apară prea frecvent (de ex., moartea unui membru al familiei, rănirea unui copil) (Wegner, 1994b). Cercetările privind gândurile nedorite care apar atât la indivizii normali cât și la cei diagnosticați cu diverse probleme clinice indică faptul că există o mare varietate de motive pentru care oamenii doresc ca anumite gânduri să le „dispară” din minte (Rachman & de Silva, 1978). Deși se pare că unele persoane apelează la supresie mai frecvent decât altele, toată lumea pare a utiliza această strategie din timp în timp (Wegner, 1994b).

Cercetări care au apelat la diferite paradigme de studiu și s-au aplecat asupra a diverse fenomene în domeniul supresiei au pus în evidență nu numai reușita acesteia, ci și numeroase eșecuri în atingere ei (Abramowitz, Tolin, & Street, 2001). Situațiile în care persoana încearcă să suprimă un conținut mental în condiții de laborator pun în evidență atât eficiența strategiei cât și eșecul ei în numeroase circumstanțe. Primele studii în această paradigmă au fost realizate de Wegner, Broome și Blumberg (1987). În aceste studii, participanții rugați să nu se gândească la un item țintă (de ex., un „urs alb”), nu au reușit să mențină gândurile legate de acesta în afara conștiinței pentru perioade de timp mai lungi de 5 minute. Aceste experimente au fost reluate ulterior de numeroase ori, cu diferite grupuri de subiecți, tipuri de gânduri țintă, modalități de înregistrare, în condiții de încărcare mentală

și fără încărcare mentală etc. Rezultatele indică faptul că există o serie de situații în care încercările noastre de supresie pur și simplu nu funcționează (Abramowitz et al., 2001).

#### *Supresie și psihopatologie*

Rezultatele lui Wegner (1987) privind supresia gândurilor au avut un impact considerabil asupra conceptualizărilor recente a tulburărilor emoționale. Teoria efectelor ironice a fost aplicat mai ales tulburărilor caracterizate prin recurența persistentă a unor gânduri nedorite, cum sunt depresia, tulburarea de anxietate generalizată, tulburarea de stres posttraumatic, fobia și tulburarea obsesivo-compulsivă (Purdon, 1999).

Se consideră că există cel puțin două posibilități de abordare a relației dintre supresia gândurilor și psihopatologie. O modalitate de a conceptualiza legătura dintre supresie și anumite manifestări patologice, cognitive și emoționale, este de a sugera că atunci când oamenii se confruntă cu simptome nedorite, ei încearcă să nu se gândească la ele. Această interpretare este susținută de numeroase studii care au identificat corelații între relațiile subiective privind supresia și diverse tulburări clinice. În alte situații însă, există dovezi care susțin implicarea supresiei în etiologia și menținerea simptomelor și faptul că în unele cazuri ea contribuie la dezvoltarea acestora. Astfel unii autori pledează pentru un rol causal, mai degrabă decât reactiv, al supresiei în aceste tulburări (Wenzlaff & Wegner, 2000).

În general în literatură a fost acceptată explicația lui Wegner privind rolul efectelor paradoxale ale supresiei ca factor de menținere a tulburărilor emoționale. De exemplu, s-a sugerat că supresia gândurilor depresive duce la o creștere a frecvenței acestora din cauza: (1) hiperaccesibilității altor gânduri negative utilizate ca distractori, care devin amorse pentru gândurile depresive ce constituie ținta supresiei; (2) resurselor cognitive reduse ale subiecților; (3) faptului că încercările deliberate de a altera o stare afectivă specifică conferă o importanță crescută amorselor care semnalizează că starea dorită nu a fost atinsă, astfel încât încercările de a bloca o trăire negativă prin înlocuirea ei cu una pozitivă se vor dovedi contraproductive (Purdon, 1999). Se consideră că supresia joacă rol și în persistența gândurilor anxioase. De exemplu, Rachman (1981) arată că acele gânduri care generează distres emoțional sunt dificil de „eliminat” din cauza faptului că stimulii pozitivi sunt mult mai puțin accesibili, atât datorită distresului generat de conținutul gândului cât și a stării disforice, care este adesea comorbidă cu anxietatea. De asemenea, Rachman (1981) arată că supresia previne expunerea la gândurile nedorite, nepermițând habituarea cu acestea, ceea ce înseamnă că gândul va rămâne relevant din punct de vedere emoțional și țintă a focalizării atenției.

Datele clinice sugerează că o mare parte dintre pacienții depresivi evită să realizeze sarcinile experimentale care implică înregistrarea gândurilor negative, de teamă că ele vor duce la înrăutățirea stării lor (Purdon, 1999). Wenzlaff și Bates (1998) aduc dovezi clare în favoarea faptului că indivizii cu un episod depresiv trecut apelează frecvent la strategii de supresie activă a gândurilor negative. Atunci când aceste eforturi sunt „subminate” de introducerea unei sarcini cognitive suplimentare, apar biasări evidente ale procesărilor curente (de ex., dezambiguizarea unor propoziții) de către conținuturile depresive (pentru detalii vezi și Wenzlaff,

Wegner, & Roper, 1988). Strategiile de supresie se dovedesc însă a nu fi întotdeauna în folosul individului. Astfel, Kuyken și Brewin (1994) au studiat un lot de pacienți depresivi și au constatat că cele care raportau un nivel ridicat de intruziuni negative și încercări crescute de evitare a acestora aveau manifestări depresive mai severe. De asemenea, Wenzlaff și Bates (1998) au urmărit evoluția manifestărilor depresive la un lot de subiecți clinici pe o perioadă de 4-6 săptămâni, arătând că eforturile de supresie sunt asociate cu niveluri mai ridicate ale depresiei. Rezultate similare au fost obținute recent, pe bază de chestionare, și la un lot de subiecți nonclinici (Beevers & Meyer, 2004). Autorii au evaluat relația dintre tendința de utilizare a supresiei și reacția la evenimente de viață stresante. Rezultatele obținute au arătat că, în cazul subiecților cu tendințe crescute de supresie, stresorii majori sunt asociați cu niveluri ridicate de depresie, în timp ce stresorii minori sunt asociați cu niveluri scăzute ale acesteia. Aceste date sugerează că supresia poate avea un rol de protecție atunci când individul se confruntă cu stresori minori. Pe măsură ce magnitudinea stresorului crește însă încercările de blocare a gândurilor negative pot accentua vulnerabilitatea la depresie (Beevers & Meyer, 2004).

#### Obiectivele și ipotezele studiului

Studiul pe care îl prezentăm în continuare a avut ca obiectiv evaluarea caracteristicilor supresiei unui gând cu relevanță personală și valență emoțională negativă la un lot de persoane cu tulburare depresivă, comparativ cu un lot de participanți nonclinici. Evidențierea acestor particularități este utilă în vederea integrării fenomenelor legate de controlul mental în modelele teoretice ale tulburărilor caracterizate printr-un număr mare de gânduri intruzive nedorite. S-a pornit de la ipoteza că depresia se asociază cu o capacitate redusă de supresie a gândurilor cu valență negativă, manifestată prin apariția efectului de creștere inițială și a efectului de rebound.

#### Metodologia cercetării

##### Participanți

La experiment au luat parte 40 de participanți diagnosticați cu episod depresiv major (26 femei) care în momentul desfășurării studiului erau spitalizați și se aflau sub medicație. Ei aveau vârste cuprinse între 32-56 de ani ( $m = 38.7$  ani). În studiu a fost inclus și un lot de 40 de participanți non-clinici (20 femei), cu vârste cuprinse între 29-50 ani ( $m = 36.3$  ani).

##### Instrumente

*Inventarul de Depresie Beck* (Beck Depression Inventory; BDI) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) pentru evaluarea nivelului de depresie al participanților. Acesta a fost aplicat atât participanților clinici cât și celor non-clinici

##### Procedură

Procedura experimentală s-a desfășurat individual, fiind parcursi următorii pași:

1. *Evaluarea nivelului de depresie cu ajutorul BDI.*

2. *Identificarea gândului țintă* (care era comunicat experimentatorului). Participanții au fost rugați să aleagă ei gândul care i-a "supărat" în ultima săptămână.

3. *Aplicarea sarcinii de supresie.* Participanții din ambele loturi au fost împărțiți în două grupuri în vederea desfășurării sarcinii de supresie a gândurilor, în cadrul căreia au fost rugați să încerce să suprimă și/ sau să monitorizeze timp de 10 minute (două perioade distincte a câte 5 minute fiecare) gândul identificat. Înregistrarea intruziunilor s-a realizat prin procedura „event marking”, fiecare subiect primind un tabel realizat pe o foaie A4 în care trebuia să marcheze, printr-un X, apariția gândului țintă.

Instrucțiunile specifice pentru fiecare grup au fost următoarele:

##### Grup supresie (depresivi și non-depresivi)

*Intervalul 1: supresie (5 minute):* În următoarele 5 minute puteți să vă gândiți la orice doriți, în afară de...[GÂND ȚINTĂ]. Încercați cât de mult puteți să nu vă gândiți la... [GÂND ȚINTĂ]. Dacă totuși acest lucru vă vine în minte, vă rog să puneți de fiecare dată câte un X pe foaie. Este foarte important să faceți acest lucru ori de câte ori vă gândiți la... [GÂND ȚINTĂ], pe întreaga durată a celor 5 minute.

*Intervalul 2: monitorizare (5 minute):* În următoarele 5 minute puteți să vă gândiți la orice doriți, inclusiv la... [GÂND ȚINTĂ]. Nu trebuie să vă gândiți la asta, dar dacă totuși vă vine în minte, vă rog să puneți de fiecare dată câte un X pe foaie. Este important să faceți acest lucru ori de câte ori vă gândiți la... [GÂND ȚINTĂ], pe întreaga durată a celor 5 minute.

##### Grup II (control; depresivi și non-depresivi)

*Intervalul 1: monitorizare (5 minute):* aceeași instrucțiune de monitorizare de la grupul cu supresie (vezi mai sus).

*Intervalul 2: monitorizare (5 minute):* aceeași instrucțiune de monitorizare de la grupul cu supresie (vezi mai sus).

## Rezultate

### Niveluri depresie

Media scorurilor obținute la Inventarul de Depresie Beck de către lotul clinic fără supresie a fost de  $m = 31.5$  ( $AS = 5.1$ ), iar cea a lotului clinic cu supresie,  $m = 30.6$  ( $AS=4.13$ ). Diferența dintre cele două loturi nu este semnificativă ( $p>.05$ ). Media scorurilor obținute de lotul non-clinic fără supresie a fost de 9.95 ( $AS = 4.13$ ), iar cea a lotului non-clinic cu supresie, 8.65 ( $AS = 3.52$ ). Nici în acest caz diferența nu este semnificativă ( $p>.05$ ).

Media lotului clinic, per ansamblu, a fost de  $m = 31.05$  ( $AS = 4.64$ ), iar cea a lotului nonclinic, de  $m = 9.30$  ( $AS = 3.85$ ). Diferențele dintre cele două loturi sunt semnificative statistic ( $p<.05$ ).

### Supresie

În Tabelul 1 sunt prezentate mediile și abaterile standard ale numărului de intruziuni care au apărut la cele două categorii de participanți (clinici și nonclinici), în cele două faze experimentale.

**Tabelul 1.** Mediile și abaterile standard ale frecvenței gândului pe grupuri și intervale experimentale

Grup (N = 20, fiecare)	Interval 1		Interval 2	
	M	SD	M	SD
<i>Loturi clinice</i>				
Grup supresie	10.00	4.03	14.00	11.92
Grup control	5.45	3.06	6.55	2.32
<i>Loturi nonclinice</i>				
Grup supresie	5.80	2.60	6.15	2.66
Grup control	5.15	3.21	5.05	2.48

Datele au fost prelucrate prin intermediul analizei de varianță (ANOVA), pentru ambele loturi și pentru fiecare din cele două faze experimentale. Comparațiile multiple între condițiile experimentale au fost realizate prin testul Scheffe (vezi. Tabelul 2.). Se constată, în cazul lotului clinic (depresie), apariția atât a efectului de creștere inițială (număr mai mare de intruziuni la lotul cu supresie în faza 1), cât și a efectului de rebound (număr mai mare de intruziuni la lotul cu supresie în faza 2). Astfel, efectul de creștere inițială se reflectă într-o diferență între medii de 4.55, semnificativă la  $p < .05$ , iar efectul de rebound, într-o

diferență de 7.45, semnificativă la  $p < .05$ . În ceea ce privește lotul nonclinic, nu se observă o creștere semnificativă a numărului de intruziuni la grupul care a primit instrucțiunea de supresie, în nici unul din cele două intervale experimentale. Cu alte cuvinte, spre deosebire de subiecții cu depresie, la subiecții non-depresivi nu apare nici efectul de creștere inițială (diferența dintre medii între grupul cu supresie și cel de control = 0.65,  $p > .05$ ), nici efectul de rebound (diferența dintre medii între grupul cu supresie și cel de control = 1.1,  $p > .05$ ).

**Tabelul 2.** Analiza comparativă a rezultatelor obținute în cazul sarcinii de supresie a gândurilor de către subiecții cu depresie și subiecții nonclinici.

Faza experimentală	Condiții experimentale	Rezultate
<b>Faza 1</b>  F (3,76) = 9.71, $p < .05$	Supresie clinic vs. Control clinic	<b>Diferențe medii = 4.55, <math>p &lt; .05</math></b>
	Supresie nonclinic vs. Control nonclinic	<b>Diferențe medii = 0.65, <math>p &gt; .05</math></b>
	Supresie clinic vs. Control nonclinic	Diferențe medii = 4.85, $p < .05$
	Supresie clinic vs. Supresie nonclinic	Diferențe medii = 4.20, $p > .05$
<b>Faza 2</b>  F (3,76) = 8.31, $p < .05$	Control clinic vs. Control nonclinic	Diferențe medii = 0.30, $p > .05$
	Supresie clinic vs. Control clinic	<b>Diferențe medii = 7.45, <math>p &lt; .05</math></b>
	Supresie nonclinic vs. Control nonclinic	<b>Diferențe medii = 1.10, <math>p &gt; .05</math></b>
	Supresie clinic vs. Control nonclinic	Diferențe medii = 8.95, $p < .05$
	Supresie clinic vs. supresie nonclinic	Diferențe medii = 7.85, $p < .05$
	Control clinic vs. Control nonclinic	Diferențe medii = 1.05, $p > .05$

Cu litere îngroșate au fost trecute comparațiile principale, direct legate de ipotezele studiului.

## Discuții

Obiectivul acestui studiu a fost acela de a analiza comparativ supresia unui gând cu valență negativă la un lot de subiecți diagnosticați cu depresie și la un lot de subiecți nonclinici. Deși teoriile depresiei insistă asupra importanței ruminațiilor în tabloul clinic al acesteia (vezi inclusiv criteriile de diagnostic DSM-IV) și deși teoreticienii controlului mental consideră că supresia lor ar putea juca un rol important în menținerea tulburării, există foarte puține date culese pe subiecți clinici, majoritatea discuțiilor bazându-se pe date obținute pe populație normală, cu scoruri mari la scalele de depresie. În cazul lotului de pacienți, datele noastre indică apariția atât a efectului de creștere inițială, cât și a efectului de rebound. În termeni concreți, aceasta înseamnă că cu cât persoana încearcă mai mult să nu se gândească la un lucru care „o supără”/deranjează, cu atât șansele ca acel gând să reapară în mod intruziv sunt mai mari. Acest lucru conferă legitimitate ipotezei emise de unii autori care susțin că supresia are un rol important, dacă nu în apariția, cel puțin în menținerea ruminațiilor depresive și în dificultățile de blocare a acestora. (Beevers & Meyer, 2004; Beevers et al., 1999; Wenzlaff, 1993). Mai mult decât atât, rezultatele susțin și asumția că stările emoționale negative (mai ales cele de intensitate și natură clinică) constituie în sine, un factor de încărcare cognitivă care afectează încercările de control mental, persoana intrând astfel într-un cerc vicios greu de „rupt”.

La lotul nonclinic, în schimb, se observă că nu apare nici unul dintre efectele ironice ale supresiei. Aceste date coincid cu cele observate în alte studii care au avut ca scop evaluarea controlului mental al gândurilor negative/depresive pe loturi de subiecți non-clinici. Rezultate similare au fost obținute de către Roemer și Borkovec (1994) și Muris, Merkelbach și de Jong (1993).

Examinarea vieții psihice a persoanelor cu depresie relevă preponderența gândurilor negative (vezi Haaga, Dyck, & Ernst, 1991) precum și încercări frecvente și

nereușite de a scăpa de acestea (Wenzlaff, 1993). Înțelegerea modului în care gândurile nedorite ajung să domine „peisajul mental” al pacienților depresivi și a dificultăților întâmpinate în controlul acestora este importantă deoarece se consideră că aceste cogniții au o contribuție fundamentală în apariția și menținerea tulburării (Beck, 1967; Ellis, 1987, 1994). Nu vom insista aici asupra teoriilor cognitive ale depresiei. Ne vom limita la o analiză a aspectelor mai importante ale relației dintre ruminațiile depresive și elementele teoriei procesului ironic.

Ideea, extrem de intuitivă de altfel, conform căreia depresia și gândurile negative formează o unitate, este susținută de un volum semnificativ de date empirice. Cercetări devenite clasice au evidențiat tendința persoanelor depresive de a se focaliza pe și de a raporta cogniții negative referitoare la sine, lume și viitor (Beck, 1976). Analiza conținuturilor din câmpul conștiinței indică preponderența și rememorarea preferențială a celor negative (Wenzlaff, 1993). S-a observat, de asemenea, tendința de a se evalua în termeni mai defavorabili decât subiecții non-depresivi (Ruehlman, West, & Pasahow, 1985), de a-și asuma o responsabilitate mai mare pentru evenimente negative (Sweeney, Anderson, & Bailey 1986) și de a-și exagera eșecurile (Beck, 1967). Tabloul care rezultă de aici a dus la avansarea ipotezei că gândurile negative nu reprezintă pur și simplu simptome secundare ale tulburării, ci joacă un rol important în apariția și menținerea ei (Abrahamson, Seligman, & Teasdale 1978; Beck, 1976; Ellis, 1962). Această concepție nu este proprie doar abordării științifice a depresiei, fiind împărtășită de însăși persoanele bolnave (Wenzlaff, 1993).

În unele situații, pare că indivizii cu depresie au toate motivele de a se gândi la lucruri negative, mulți dintre ei trecând prin experiențe de viață aversive sau traumatice (Barnett & Gotlib, 1988). Cu toate că este de așteptat ca aceste experiențe să genereze cogniții negative, este surprinzătoare persistența lor, mult după trecerea evenimentelor care le-au declanșat. Una dintre explicațiile acestei „rezistențe” este faptul că, prin repetiție, aceste

cogniții ajung să se automatizeze, exercitând o influență majoră asupra vieții psihice. Atunci când anumite gânduri apar repetat, în timp devin înalt semnificative și ajung cu ușurință în câmpul conștiinței. Ele se automatizează, în sensul că apar spontan și sunt dificil de controlat, în timp ce gândurile mai puțin uzuale și „exersate” sunt mult mai dificil de adus în minte (vezi teoriile lui Posner & Snyder, 1975; Shiffrin & Schneider, 1977). Astfel, la persoanele care suferă de depresie, gândurile negative apar în minte ușor și solicită o cantitate minimă de resurse cognitive, spre deosebire de conținuturile mentale pozitive care solicită mai multă intenționalitate și efort și, prin urmare, un volum mai mare de resurse mentale. Această stare de fapt poate genera dificultăți serioase în controlul mental al depresiei.

Considerăm, așadar, că aceste rezultate prezintă un interes crescut din perspectiva încercărilor de a delimita rolul supresiei în psihopatologie. Chiar dacă ele nu indică nicicum o relație cauzală, este plauzibilă intervenția lor în menținerea „cercului vicios cognitiv” în care sunt prinse persoanele afectate de diverse tulburări, mai ales cele care implică o frecvență și persistență crescută a ruminărilor (vezi Wenzlaff & Wegner, 2000). Mai mult decât atât, creșterea volumului de informații privind relația dintre controlul mental și psihopatologie oferă și posibilitatea de a transfera cunoștințele din cercetarea fundamentală în cea aplicată, în vederea elaborării unor noi tehnici de abordare terapeutică a acestor tulburări (Beevers, Wenzlaff, Hayes, & Scott, 1999).

### Bibliografie

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Street, G. P. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review, 21*, 683-703.
- Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning in depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin, 104*, 97-126.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapies and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beevers, C. G., Wenzlaff, R. M., Hayes, A. M., & Scott, W. D. (1999). Depression and the ironic effects of thought suppression: Strategies for improving mental control. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 133-148.
- Beevers, C. G., & Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion, 18*, 859-867.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 121-145.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy (re. ed.)*. Secaucus, NJ: Birch Lane.
- Flavell, J. H., Green, F. L., Flavell, E. R. (1998). The mind has a mind of its own: developing knowledge about mental uncontrollability. *Cognitive Development, 13*, 127-138.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110*, 215-236.
- Klausner, S. Z. (1965). *The quest for self-control*. New York: Free Press.
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1994). Intrusive memories of childhood abuse during depressive episodes. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 525-528.
- Muris, P., Merckelbach, H., & de Jong, P. (1993). Verbalization and environmental cueing in thought suppression. *Behavior Research and Therapy, 31*, 609-612.
- Posner, M. I., & Snyder, C. R. R. (1975). Attention and cognitive control. In R. L. Solso (Ed), *Information processing and cognition: The Loyola symposium* (pp. 55-85). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Purdon, C. A. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1029-1054.
- Rachman, S. J. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*, 89-99.
- Rachman, S. J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 233-248.
- Roemer, E., & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 467-474.
- Ruehlman, L.S., West, S.G., & Pasahow, R.J. (1985). Depression and evaluative schemata. *Journal of Personality, 53*, 46-92.
- Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review, 84*, 127-190.
- Schneider, D. J. (1993). Mental control: lessons from our past. In D. M. Wegner, & J. W. Pennebaker (Eds). *Handbook of mental control*. (pp. 13-35). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Inc.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 974-991.
- Wegner, D. M. (1994a). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*, 34-52.
- Wegner, D. M. (1994b). Thought Suppression. In D. Druckman, & R.A. Bjork (Eds.), *Learning, remembering, believing: Enhancing human performance*. (pp. 277-293). Washington: National Academy Press.
- Wegner, D. M. (1992). You can't always tink what you want: Problems in the suppression of unwanted thought. In M. Zana (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. (Vol 25. pp. 193-225). San Antonio, CA: Academic Press.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Penguin.
- Wegner, D. M., Broome, A., & Blumberg, S. J. (1997). Ironic effects of trying to relax under stress. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 11-21.
- Wegner, D. M., & Erber, R. (1993): Social Foundations of mental control. In Wegner, D. M., & Pennebaker, J. W. (Eds). *Handbook of mental control*. (pp. 36-56). Prentice Hall Inc. Upper Saddle River, NJ.
- Wegner, D. M., Erber, R., & Zanakos, S. (1993). Ironic process in the mental control of mood and mood related thought. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 1093-1104.
- Wegner, D. M., & Pennebaker, J. W. (1993). Changing our minds: an introduction to mental control. In Wegner, D. M., & Pennebaker, J. W. (Eds). *Handbook of mental control*. (pp. 1-12). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Inc.
- Wegner, D. M. & Wenzlaff, R. M. (1996). Mental Control. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 466-492). New York: Guilford.

- Wenzlaff, R. M. (1993). The mental control of depression: Psychological obstacles to emotional well-being. In Wegner, D. M., & Pennebaker, J. W. (Eds). *Handbook of mental control*. (pp. 239-257). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Inc.
- Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1559-1571.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Wenzlaff, R. M., Wegner, D. M., & Roper, D. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 882-892.