

IRINA HOLDEVICI

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

IV 75.116

Editura MAR

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU” IAȘI
N 75.116

IRINA HOLDEVICI

401554

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

EDITURA MAR



385302
B.C.U. IASI

© 2004 - Editura MAR

ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE

Irina Holdevici

ISBN 973-98448-8-X

Toate drepturile rezervate Editurii MAR

Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată fără permisiunea scrisă a editurii MAR.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

HOLDEVICI, IRINA

Elemente de psihoterapie / Irina Holdevici -

Constanța: Mar, 2005

Bibliogr.

ISBN 973-98448-8-X

615.851

Editura MAR

Constanța

Str. Petre Liciu nr. 14

Tel., fax: 0241 - 698.347

E-mail: asmicart@yahoo.com

2 NOV. 2005

Cuvânt înainte

Lucrarea prezentă are drept scop o trecere în revistă a principalelor sisteme de psihoterapie utilizate la ora actuală în țările cu tradiție în acest domeniu.

Definită ca tratament psihologic, psihoterapia și-a dovedit de-a lungul timpului eficiența în tratamentul unor afecțiuni nevrotice și psihosomatice datorate stresului, unde se pot obține rezultate foarte bune și în absența tratamentului medicamentos.

Chiar și în cazul unor boli psihice severe cum sunt psihozele, psihoterapia poate, alături de chimioterapie, să contribuie la o mai bună și mai durabilă remisiune a acestor bolnavi. Astăzi se manifestă tot mai mult tendința ca unele tehnici psihoterapeutice să fie utilizate și pentru autoperfecționarea oamenilor fără afecțiuni psihice sau somatice, care doresc să obțină performanțe ridicate în diverse domenii de activitate și să se bucure de o stare de sănătate cât mai bună.

În țările occidentale dezvoltate, psihoterapia și-a câștigat un loc important printre alte metode de tratament, ea fiind practică de către medici și psihologi care s-au specializat într-un anumit domeniu al psihoterapiei.

Lucrarea se adresează studenților de la secțiile de psihologie și psihopedagogie specială ai Facultății de Sociologie, Psihologie, Pedagogic din cadrul Universității din București, ș.a.

În același timp, lucrarea este utilă și absolvenților secțiilor respective, în vederea completării cunoștințelor, studenților la facultățile de medicină, medicilor specializați în medicina generală precum și unor cadre din domeniul științelor educației.

În prima parte a lucrării sunt abordate probleme generale ale domeniului psihoterapiei și sunt clasificate principalele sisteme psihoterapeutice.

Sunt prezentate în detaliu principiile teoretice și tehnicile psihoterapiilor de orientare analitică, experiențială și cele ale psihoterapiilor comportamentale.

O atenție deosebită este acordată psihoterapiei cognitiv-comportamentale și psihoterapiei rațional-emotive, orientări moderne în domeniul psihoterapiilor de scurtă durată.

Sunt abordate, de asemenea, problemele psihoterapiei prin joc dramatic, ale orientării strategice în psihoterapia de familie, cât și unele aspecte mai particulare pe care le îmbracă psihoterapia la copii și adolescenți.

În ultima parte a lucrării sunt abordate unele aspecte ale relației dintre psihoterapie și consilierea psihologică, precum și dintre psihoterapie și psihoprofilaxie.

Lucrarea prezintă interes și pentru publicul mai larg, ținând seama de faptul că în țara noastră s-a scris relativ puțin în domeniul psihoterapiei.

CAPITOLUL 1

PROBLEME GENERALE ALE PSIHOTERAPIEI

Mulți oameni au trăit, măcar o dată în viața lor, o situație dramatică pe care au depășit-o, fiind ajutați de sfatul unei rude sau al unui prieten, sau au făcut o schimbare radicală de viață după o anumită experiență care le-a modificat optica, i-a făcut să vadă altfel lucrurile.

Psihoterapia, așa cum este ea aplicată de specialiști, se deosebește însă de demersurile empirice, ea presupunând o aplicare sistematică și conștientă a unor mijloace psihologice de influențare a comportamentului uman.

Psihoterapia se bazează pe supoziția conform căreia, chiar în cazul unei patologii de tip somatic, modul în care individul va percepe și evalua starea sa precum și strategiile adaptative pe care le folosește, joacă un anumit rol în evoluția tulburării și aceste strategii vor trebui modificate în cazul în care dorim ca afecțiunea să evolueze favorabil.

La baza oricărei psihoterapii se află convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se modifica învățând noi strategii de a percepe, a evalua realitatea și de a se comporta.

Majoritatea psihoterapeuților sunt de părere că scopul psihoterapiei este să transforme această convingere în realitate.

Deci, în general, obiectivul oricărei psihoterapii constă în a înțelege comportamentul pacientului și a modifica acest comportament astfel încât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. În acest scop, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalității pacientului, căutând să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice ale acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimală a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul și au efecte negative asupra acestora celor din jur, afectând cele mai importante acțiuni ale individului, activitatea profesională, relațiile interpersonale, viața sexuală, imaginea de sine și autoaprecierea etc.

Psihoterapia este definită ca o acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct, și trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode și acțiuni specifice și nu se poate confunda cu simpla acțiune caldă și simpatetică pe care o exercită la nivelul empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat (Watson, 1963).

Psihoterapia poate fi privită și ca o relație interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a-l elibera pe pacient de suferință.

Suferința psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, tipuri de comportament sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze.

Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalității pacientului, modificări care îl vor ajuta pe acesta să realizeze o adaptare mai eficientă, mai puțin dezagreabilă și mai stabilă la mediu. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, o restructurare de profunzime a personalității, precum și o mai eficientă reglare și autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă și autoformativă, să urmărească evoluția omului, actualizarea disponibilităților sale latente, și a potențialului său maximal, atât pe plan fizic, cât și spiritual.

Psihoterapia se aplică la o gama largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihosomatice, bolile organice cronice și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faza de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Există și un număr de persoane normale (au succes profesional, familie bine organizată și afectuoasă, și-au îndeplinit multe din obiectivele existenței lor) care vin la psihoterapie pentru că au impresia că nu au trăit la nivelul expectațiilor lor și nu și-au realizat potențialul psihic la nivel maximal. Aceștia, poate și pentru că problemele lor nu sunt atât de grave, pot obține un mare câștig de pe urma psihoterapiei care îi ajută să-și regleze mai bine procesele și funcțiile psihice, să-și dezvolte creativitatea și să evolueze pe plan spiritual.

Care ar fi categoriile de pacienți care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei? Este vorba, în primul rând, de deficienții mintal care sunt incapabili să înțeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut și să ajungă la descoperirea cauzelor și soluțiilor propriilor lor probleme.

De asemenea, persoanele care nu reușesc să realizeze un contact uman, și deci nici relația psihoterapeutică, nu se pot bucura de avantajele psihoterapiei. În această categorie intră unii psihopați și unii pacienți psihotici, mai ales schizofrenii.

Un bun psihoterapeut trebuie să fie atent să nu se fixeze în mod rigid asupra unui diagnostic (care poate fi pus uneori cu superficialitate), ci să abordeze pacientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, fără a uita că nu există boli, ci bolnavi. Astfel, trebuie explorată lumea interioară a pacientului, slăbiciunile și punctele tari ale acestuia, simptomele ca și posibilitățile sale de vindecare, relațiile acestuia cu sine și cu ceilalți, adaptabilitatea, precum și receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta.

Este important de știut faptul că nu există un model standard de normalitate și că modalitățile de adaptare ale omului la mediu sunt foarte variate. Soluția psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul. Psihoterapeutul trebuie să aibă în vedere, atunci când începe psihoterapia, pacientul și realitatea situațională a acestuia, să caute să-i deblocheze propriile disponibilități, să-l ajute să trăiască fericit în colectivitate, să se accepte pe sine, să fie eficient din punctul său de vedere, fiind în același timp el însuși. Deci dezideratul psihoterapiei nu este să-l facem pe pacient să semene cu alții, ci să-și restructureze și să-și optimizeze propria configurație a personalității, astfel încât să-și poată rezolva problemele într-un mod matur, realist și mai puțin nevrotic.

Strupp și Hadley (1977) arată că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale:

- trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor; se simte mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);
- recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățatură etc.);
- materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului.

Mulți pacienți se pot simți ameliorați, cel puțin temporar, atunci când au reușit să scape de simptomele neplăcute care îi deranjează și care l-au determinat să se adreseze unui serviciu de psihoterapie.

Succesul așteptat de către psihoterapeut este ceva mai greu de atins și de evaluat mai ales în cazul psihoterapiilor de orientare analitică, unde simpla dispariție a simptomelor nu este considerată suficientă, ea nefiind sinonimă cu restructurarea de profunzime a personalității nevrotice. Deși pacientul afirmă că se simte bine pentru că a scăpat de simptomele sale (ca de pildă, insomniile, anxietatea, dispoziția depresivă) terapeutul psihanalist poate considera că starea pozitivă a pacientului e pasageră fiind, de pildă, rezultatul unui transfer pozitiv (relație emoțională pozitivă cu terapeutul) al pacientului asupra terapeutului și de a cărui stabilitate terapeutul se îndoiește. În același timp terapeutul psihanalist poate considera ameliorarea simptomului doar ca o parte neînsemnată a modificării dorite.

Specialiștii în psihoterapii scurte sunt ceva mai puțin pretențioși, ei mulțumindu-se, de cele mai multe ori, să rezolve doar problema de care se plânge pacientul, așa cum se întâmplă și în cazul tratamentului medicamentos.

Ca demers științific psihoterapia trebuie să aibă la bază niște ipoteze clar formulate și un sistem de reguli bine stabilite, ce derivă din concepția teoretică a școlii psihoterapeutice respective asupra personalității umane și a tulburărilor psihopatologice din sfera acesteia.

Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcționării subsistemelor personalității, să-și formuleze clar obiectivele și treptele necesare atingerii acestora, cât și metodele de acțiune adecvate fiecărui pacient în parte.

Majoritatea specialiștilor sunt de părere că obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

1. Scoaterea pacientului din criza existențială în care se află.
2. Reducerea sau eliminarea simptomelor.
3. Întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului.
4. Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului.
5. Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.

6. Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ.

7. Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare.

8. Dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității personale.

Aceste obiective nu sunt ușor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume și imaginea de sine nesănătoasă ale pacientului sunt rezultatul unor relații patologice din copilărie, relații întărite pe parcursul mai multor ani de experiență de viață. De asemenea, dezadaptările la nivel profesional, marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate, și operarea unor modificări în situația de viață a persoanei pe lângă intervenția psihoterapeutică propriu-zisă.

Este greu de presupus că un psihoterapeut, oricât de competent ar fi va izbuti într-un timp relativ scurt, să restructureze întregul trecut al persoanei, s-o înarmeze cu mijloace adecvate de adaptare valabile în orice situație. Totuși, chiar în cazurile de tulburări psihice cronice, o experiență psihoterapeutică încununată de succes îl poate face pe individ să câștige o nouă perspectivă asupra propriilor sale probleme, să pună în acțiune noi modele de comportament, să abordeze situațiile de viață dintr-o perspectivă ceva mai adaptată.

Astăzi se apreciază că există foarte multe abordări psihoterapeutice, care merg de la psihanaliza clasică a lui Freud până la utilizarea în psihoterapie a unor tehnici orientate cum ar fi cele de Yoga sau Zen.

Factori comuni în psihoterapie

În 1975 Parloff descria peste 140 de sisteme psihoterapeutice bine puse la punct, iar de atunci s-au mai dezvoltat încă multe altele. Deși partizanii fiecărei școli psihoterapeutice afirmă că sistemul lor este cel mai bun, la o analiză mai atentă constatăm că diferențele dintre aceste sisteme nu sunt chiar atât de mari cum ar părea la prima vedere.

Încă Ackerman (1943), Rogers (1940) și Thorne (1947) au realizat o sistematizare a principiilor fundamentale care stau la baza psihoterapiei și care constituie de fapt elementele comune ale unor sisteme psihoterapeutice diferite (vezi tabelul 1).

Tabel 1. Factorii comuni ai psihoterapiei după Ackerman, Rogers și Thorne (cit. *Watson, 1963*).

Ackerman	Rogers	Thorne
<p>"Pacientul dezvoltă o relație de atașament față de psihoterapeut și poate să-l identifice pe acesta cu persoane cu care a avut în trecut astfel de relații, retrăind modele relaționale mai vechi. Prin această relație pacientul capătă sentimentul securității personale, sentiment diferit exprimat ca fiind sentimentul de a fi acceptat, respectat, protejat, iubit etc. Acest sentiment de securitate este generat de sentimentul de încredere și simpatie și reprezintă conștientizarea faptului că este cu adevărat înțeles."</p>	<p>"Se stabilește o relație între pacient și terapeut. Dacă dorim să obținem un progres real, relația între sfătuitor și sfătuit trebuie să fie încărcată de căldura sufletească."</p>	
<p>"În psihoterapie are loc fenomenul de descărcare emoțională, fenomen denumit prin termenul de catharsis. Atunci când se simte în siguranță pacientul își exprimă emoțiile, impulsurile și tendințele în mod spontan și direct."</p>	<p>"În cursul terapiei se produce o descărcare a sentimentelor din partea pacientului. Acesta își conștientizează și își accepta în mod spontan eul propriu. Pe măsură ce pacientul elaborează un material emoțional, terapeutul îl ajută să recunoască și să înțeleagă propriile sale trăiri emoționale.</p> <p>Într-o relație interpersonală în cadrul căreia pacientul este acceptat și nu criticat, acesta este liber să se exprime pe sine fără a pune în funcțiune mecanismele de apărare și treptat poate să recunoască și să-și accepte propriul eu, cu toate modelele comportamentale infantile, ca sentimentele agresive, cu ambițiile, Cât și cu ideile mature și cu aspectele exterioare raționale."</p>	<p>"A exprima și clarifica trăirile afective. De la metoda catharsisului din psihanaliza până la metodele mai moderne, non-obiective, un accent deosebit în psihoterapie a fost pus pe securizarea pacientului în cursul descărcărilor sale emoționale, cât și pe expresia liberă a emoțiilor într-un mediu de acceptare permisivă."</p>

<p>"Spre sfârșitul demersului psihoterapeutic avem fenomenul de insight. Acesta rezultă din analizarea continuă a concepțiilor deformate despre sine și despre relațiile interpersonale, având ca sistem de referință relația cu terapeutul. Datorită insight-ului (iluminare, înțelegere intuitivă) percepția relațiilor pacientului cu sine însuși și cu ceilalți devine mai obiectivă, mai realistă, ceea ce conduce la o integrare de nivel superior a personalității, și o funcționare mai eficientă a acesteia."</p>	<p>"În urma unor interpretări succesive insight-ul reprezintă un câștig pe care îl obține pacientul. Fundamentul psihologic al insight-ului înseamnă, de fapt, autoacceptarea pacientului. Insight-ul este facilitat de interpretările pe care le face psihoterapeutul referitor la modelele de comportament emoțional pe care pacientul nu le conștientizează. Aceste interpretări și explicații nu sunt utile pacientului decât dacă ele sunt înțelese și acceptate de acesta. De aici derivă termenul de interpretare asimilat."</p>	<p>"Auto-înțelegerea. Orice psihoterapie are ca obiectiv stimularea pacientului să ajungă la înțelegerea și acceptarea propriei persoane, la obținerea unei înțelegeri intuitive (insight referitoare la sentimentele, atitudinile și motivațiile propriilor sale comportamente."</p>
<p>În cadrul demersului psihoterapeutic individual un loc important este acordat corectării progresive a percepțiilor deformate, obținerii unui nivel superior de acceptare a realității, a unei discriminări mai rafinate în domeniul relațiilor interpersonale și adaptării la viața colectivă, cât și a unei exprimări mai libere și mai depline a emoțiilor. Toate aceste elemente definesc un proces de evoluție a personalității. Această evoluție este posibilă datorită climatului special creat de către</p>	<p>A atinge independența apelând inițial la un sprijin - acesta este scopul psihoterapiei. Obiectivul final al fiecărei psihoterapii îl reprezintă educarea și reeducarea care fac posibilă stabilizarea câștigurilor fundamentale în sfera personalității pacientului. Atunci când pacientul își stabilește noi scopuri, terapeutul îl ajută pe acesta să obțină noi informații. În demersul complex de obținere a autonomiei și independenței psihice există trepte, urcușuri și coborâșuri pe care relația cu terapeutul îl face</p>	<p>Reeducarea. Considerând comportamentul uman ca fiind în mare măsură un rezultat al învățării, psihoterapia are ca obiectiv reeducarea omului și învățarea unor noi modele comportamentale cu caracter adaptativ. "Facilitarea maturizării". Recunoașterea faptului că majoritatea proceselor psihopatologice au la bază ma-</p>
<p>terapeut, climat în cadrul căruia pacientul îl investește pe terapeut conform tuturor dorințelor și nevoilor sale. În acest context psihoterapeutul își mimează propria sa personalitate pentru a permite exprimarea pleneră a personalității pacientului. Psihoterapia presupune, de asemenea, un proces progresiv de integrare a unor tendințe inconștiente în viața psihică conștientă, pacientul luând act de aceste tendințe și punându-și sub control conștiința. Mai mult, avem de-a face și cu procesul de testare a realității, în cadrul căruia are loc confruntarea dintre percepțiile de natură subiectivă și elementele realității obiective, proces în cursul căruia pacientul învață regulile și natura realității obiective și ajunge să o stăpânească într-o anumită măsură.</p>	<p>pe pacient să le depășească mai ușor. În cadrul acestor noi experiențe apar noi posibilități pentru pacient de a se vedea pe sine mai clar și de a beneficia de avantajele insight-ului pe care l-a trăit în timpul psihoterapiei.</p>	<p>turitatea și existența unor reacții regresive conduce la ideea că psihoterapia trebuie să aibă, printre altele, ca obiectiv facilitarea (catalizarea) maturizării, atingerea nivelului cel mai înalt și complet de dezvoltare de care este capabil individul.</p>
	<p>A realiza o alegere conștientă și responsabilă. Probabil diferența cea mai evidentă dintre psihoterapiile mai recente și practicile mai vechi constă în măsura în care responsabilitatea propriei existențe rămâne în mâna pacientului. Terapeutul nu sugerează, nu sfătuiește, nu caută să convingă.</p>	<p>"Rezolvarea conflictelor și inconsecvențelor dintre diferitele instanțe psihice. Atâta timp cât conflictele psihologice și atitudinile lipsite de consecvență psihologică amenință integrarea personalității, psihoterapia urmărește să înlăture refuzările și ambivalențele psihice."</p>

Analizând tabelul, ajungem la concluzia că în cadrul majorității sistemelor psihoterapeutice apar următoarele elemente comune: relația stabilită între pacient și psihoterapeut, exprimarea liberă și deschisă a trăirilor afective ale pacientului, înțelegerea intuitivă („insight”) a unor probleme psihologice personale, cât și ideea dezvoltării personalității pacientului, a realizării unor disponibilități psihice latente ale acestuia, a evoluției sale psihologice, în sensul achiziționării unor modele de comportament, care să conducă la adaptare de nivel superior a personalității.

Ne vom opri în mod special asupra unor aspecte ale relației psihoterapeutice.

Relația psihoterapeut – pacient

Relația psihoterapeutică este o relație dintre doi parteneri, dintre care unul solicită iar celălalt acordă ajutorul psihologic. Această relație conține în sine elementele pe care le aduce atât cel care are nevoie de ajutor, cât și cel care îl oferă (Coleman; Butcher; Carson, 1984).

Contribuția majoră a pacientului constă mai ales în motivația acestuia. Afirmatia psihologiei umaniste, că omul posedă el însuși impulsul interior spre sănătate fizică și mentală face ca psihoterapia

să devină posibilă. Deși această nevoie este uneori greu de identificat la pacienți foarte sever tulburați, majoritatea oamenilor derutați sau anxioși sunt suficient de descurajați pentru a fi dornici de o cooperare care le promite o ameliorare.

Un anumit nivel de colaborare din partea pacientului este absolut necesar pentru succesul psihoterapiei.

Importante sunt și expectațiile pacientului de a obține ajutor. Aceste așteptări sunt adesea prin ele însele suficiente pentru a produce unele ameliorări (Frank, 1978). Așa cum un preparat „placebo” înlătură durerea la subiecții sugestibili, care cred acest lucru, tot așa, persoanele care se așteaptă să fie ajutate, uneori chiar indiferent de metoda aplicată de terapeut.

În cadrul relației psihoterapeutice terapeutul vine cu o serie de metode și tehnici foarte precise. Acestea au în comun mai ales menirea lor de a contribui la ajutorul psihologic dat oamenilor aflați în suferință.

Aceste tehnici îi fac pe pacienți să se cunoască mai bine, să-și privească problemele mai obiectiv, dintr-o nouă perspectivă.

Dar descoperirea soluției la propriile probleme ("insight-ul") și obținerea unei noi perspective reprezintă doar primul pas în psihoterapie, după care pacientul învață noi modalități de a simți și acționa, capătă mai mult curaj în a-și asuma responsabilități și a acționa mai eficient și cu mai multe satisfacții personale.

Pentru a induce astfel de modificări, terapeutul trebuie să interacționeze cu pacientul într-o manieră apropiată și bazată pe o atitudine de acceptare, pentru a-i câștiga încrederea și a-i spori motivația.

Trebuie precizat însă faptul că anumite particularități ale relației terapeut - pacient, cât și modul de manevrare a acestei relații diferă de la o școală psihoterapeutică la alta Karasu (1980) descrie trei tipuri de relații psihoterapeutice:

1. Relația centrată pe realitate și obiect.
2. Contractul sau alianța psihoterapeutică.
3. Relația de tip transferențial.

I. Relația centrată pe realitate și obiect implică o atitudine calmă, atentă, interesată, empatică din partea psihoterapeutului care se străduiește să-i creeze pacientului un mediu bazat pe căldură și înțelegere, mediu care îl va ajuta pe acesta din urmă să atingă obiectivele pe care și le propune psihoterapia.

Acest mediu îl ajută pe pacient să mențină contactul cu realitatea înconjurătoare urmărind în același timp obiectivele psihoterapiei.

Sarcina principală în cadrul acestui tip de relație este câștigarea încrederii pacientului, ajutându-l pe acesta să vadă în terapeut o persoană cu comportament constant, previzibil, pe care te poți baza.

II. Contractul sau alianța psihoterapeutică consideră că succesul oricărei terapii implică o colaborare a două persoane. Acest tip de relație este de natura conștientă, rațională și nonregresivă, în care terapeutul face apel la ego-ul de adult al pacientului, pe care îl tratează ca pe un partener științific.

Alianța terapeutică este bazată pe acordul de implicat sau explicit al celor doi parteneri de a lucra împreună în situația psihoterapeutică. Atunci când relația centrată pe realitate interferează cu alianța psihoterapeutică, terapeutul poate oscila între cele două tipuri de relație.

III. Relația de tip transferențial. Este mult accentuată ca instrument psihoterapeutic de psihanaliză. Ea implică fixația afectivă a pacientului asupra persoanei terapeutului pe modelul relației părinte - copil. Nevoia afectivă a pacientului, satisfăcută prin intermediul relației centrate pe realitate, este deliberat frustrată de terapeut prin interpretarea transferului, pacientul fiind confruntat cu relația sa infantilă.

Mulți psihoterapeuți moderni non-analiști sunt de părere că numai în anumite situații terapeutul trebuie să încurajeze relația de tip transferențial și anume când intuiește că o asemenea relație cu aspect regresiv nu va împiedica testarea realității de către pacient, capacitatea sa de a diferenția realitatea de fantezie. Oricum, terapia nu se încheie până când terapeutul nu-l ajută pe pacient să lichideze dependența de tip transferențial.

Într-o psihoterapie de orientare eclectică, cele trei tipuri de relații terapeutice trebuie să fie bine conduse de către terapeut și echilibrate ca pondere.

Frank (1971) consideră, la rândul său, că toate sistemele psihoterapeutice au, indiferent de orientarea teoretică, niște elemente comune care stau la baza lor;

- prezența unei descărcări de natură emoțională;
- existența raționalizărilor în cadrul interacțiunii pacient - terapeut;
- vehicularea unor informații care sunt transmise pacientului sub forma unor precepte, reguli de conduită, exemple de viață sau pe care le descoperă pacientul însuși prin intermediul unei înțelegeri de natură intuitivă ("insight");
- întărirea expectațiilor pacientului că va obține suport afectiv și ajutor din partea terapeutului;
- întărirea experiențelor încununate de succes;

- facilitarea deblocărilor emoționale.

Aspecte variabile în psihoterapie

Wittkower și Warnes (1974) subliniau că, deși este cert că există trăsături comune ale diverselor sisteme de psihoterapie, nu trebuie minimalizate nici diferențele dintre acestea. Aceste diferențe sunt accentuate mai ales de acei creatori de sisteme de psihoterapie care simt nevoia să se delimiteze de ceilalți psihoterapeuți.

Au existat și studii experimentale care au comparat diverse sisteme de psihoterapie între ele. Astfel, s-a ajuns la concluzia că, de pildă, psihoterapiile de orientare analitică diferă semnificativ de cele de tip comportamentalist sub aspectul concepției teoretice și ai tehnicii aplicate.

O altă problemă care se ridică este aceea că nu orice tip de tratament și cu atât mai puțin cel psihoterapeutic este potrivit pentru orice individ și respectiv pentru orice situație psihopatologică. Din acest motiv specialiștii s-au ocupat, printre altele, și de studiul sistematic al criteriilor pentru selecția pacienților pentru diverse tipuri de psihoterapie.

Watson (1963) descrie câteva din criteriile principale în funcție de care se pot diferenția diverse sisteme psihoterapeutice;

1. Psihoterapia este privită de unii specialiști ca demers științific iar de alții ca o artă.

Așa cum este practică astăzi, psihoterapia își are rădăcinile în culturile străvechi și mai poartă în mare măsură amprenta tradițiilor arhaice. Unii specialiști sunt de părere că nici în ziua de azi psihoterapia nu este pe deplin un demers științific. Variabilele care intervin în cursul demersului psihoterapeutic sunt atât de complexe, iar interdependența acestora atât de complicată, încât experiența psihoterapeutică este unică în felul ei, fiind în aceeași măsură atât artistică, cât și științifică. Oricum, unul dintre obiectivele importante ale psihoterapiei constă în îmbogățirea cu elemente științifice, obiective ale demersului psihoterapeutic artistic.

Psihoterapia nu deține încă un sistem conceptual suficient de bine integrat și nu posedă o abordare sistemică unitară a problematicii pacientului. De asemenea, nu există o concepție standard referitoare la natura psihoterapiei, concepție care să fie acceptată de majoritatea specialiștilor.

2. Personalitatea psihoterapeutului - ca factor de diferențiere a diferitelor sisteme psihoterapeutice.

Personalitatea psihoterapeutului reprezintă, fără îndoială, un factor important în evoluția relației interpersonale pe care o presupune psihoterapia. Rezultatele favorabile sau nefavorabile ale psihoterapiei depind în mare măsură de particularitățile personalității psihoterapeutului.

S-a afirmat, chiar adesea, faptul că psihoterapeutul potrivit va obține rezultate bune chiar cu o metodă psihoterapeutică proastă, în timp ce un terapeut nepotrivit va avea eșecuri și cu o metodă psihoterapeutică adecvată.

Desigur, această afirmație este mult exagerată, dar, cu toate acestea, ea conține un dram de adevăr. Chiar și diferențele de puncte de vedere în cadrul unei școli psihoterapeutice, cum ar fi diferențele de vedere dintre psihanaliști sunt în mare măsură datorate diferențelor de personalitate dintre aceștia. Oberndorf (1946) sublinia faptul că diferențele de accent pe care le pun diverși psihanaliști asupra unor aspecte sau altora din cadrul doctrinei și practicii psihanalitice au la bază elemente ale talentului și abilității clinice manifestate de fiecare psihoterapeut. Dorințele și expectațiile psihoterapeutului fixează – într-o măsură mai mare sau mai mică – obiectivele psihoterapiei și modelul de personalitate pe care pacientul trebuie să se apropie ca rezultat al psihoterapiei. Dacă terapeutul este înclinat să dorească o modificare totală a personalității pacientului, el va fi înclinat să depună toate eforturile pentru a atinge acest obiectiv. Dacă expectațiile sale sunt mai modeste, el va acționa în conformitate cu acestea. De exemplu (Watson, 1963), un terapeut va considera că demersul său este încununat de succes dacă un homosexual s-a împăcat cu deviația sa, în timp ce altul este convins că orice altă situație, cu excepția trecerii la heterosexuality, este un eșec terapeutic.

3. Diferențe între diverse școli psihoterapeutice în ceea ce privește pregătirea de bază și antrenamentul profesional al psihoterapeutului.

Aceste diferențe sunt puse în evidență de faptul că un psihiatru, de pildă, are tendința (deși acest fenomen nu este obligatoriu) să abordeze pacienții cu tulburări psihice mai severe. Psihologul, în schimb, are tendința (deși nici aici nu putem face o generalizare prea largă) de a aborda cazuri mai ușoare.

4. Diferențe între diversele metode de psihoterapie reprezentând natura problemelor de rezolvat.

Procedeele și metodele aplicate în cursul psihoterapiei nu țin doar de structura personalității psihoterapeutului, ci și de problemele și de personalitatea pacientului, de condițiile în care se desfășoară psihoterapia, de severitatea simptomelor, cât și de o multitudine de alți factori. Metodele aplicate în cazul unui elev cu dificultăți școlare diferă de cele aplicate în cazul unui nevrotic vârstnic sau al unui psihotic aflat în faza de remisiune.

Variatatea problemelor umane pe care le ridică pacienții reprezintă tot atâtea surse de diferențiere în ceea ce privește metodologia și tehnica psihoterapeutică.

5. Diferențe între diversele sisteme psihoterapeutice datorate unor factori limitativi exteriori actului psihoterapeutic.

* Knight (*cit. Watson, 1963*) descrie o serie de factori care limitează obiectivele ce pot fi atinse în urma psihanalizei, factori ce intervin și în alte sisteme psihoterapeutice.

a) Nivelul intelectual al pacientului

Desigur, eficiența cognitivă poate fi îmbunătățită dacă individul este mai puțin nevrotic și deci mai puțin sfâșiat de conflicte, dar cu toate acestea nivelul nativ al inteligenței nu poate fi modificat.

b) În urma curei psihanalitice nu pot să apară talente sau abilități pe care pacientul nu le-a avut măcar în plan potențial. Ca și în cazul eficienței cognitive, se poate însă spera deblocarea unor resurse latente care nu au funcționat din cauza anxietății și inhibițiilor pacientului.

c) Este de la sine înțeles că nu putem spera ca prin psihanaliză să se modifice aspectul fizic al pacientului (cel mult o scădere ponderală în cazurile de obezitate ușoară), sau să se rezolve eventualele handicapuri pe care le are acesta în plan fizic. Putem cel mult spera ca el să se adapteze mai bine la defectul său.

d) Succesele psihoterapiei sunt limitate și de dificultățile, stresurile și frustrările vieții cu care pacientul trebuie să se confrunte permanent în ciuda celor învățate în cursul psihoterapiei. Chiar și cel mai bine psihanalizat pacient poate claca dacă i se întâmplă o nenorocire de proporții, așa cum se poate întâmpla și unei persoane normale, care nu a fost niciodată nevrotică.

e) Statutul social-economic al pacientului limitează, la rândul său, accesul unei largi categorii de persoane la psihoterapie și mai ales la psihoterapiile de lungă durată cum ar fi psihanaliza.

6. Diferența între diversele scoli psihoterapeutice în ceea ce privește abordarea relației psihoterapeut - pacient.

Deși are multiple aspecte comune, relația pacient - terapeut poate fi utilizată în mod diferit, în funcție de orientarea teoretică a psihoterapeutului.

* Allen (*cit. Watson, 1963*) diferențiază următoarele modalități de utilizare a relației psihoterapeutice;

- modalitatea autoritară, în cadrul căreia psihoterapeutul îi spune pacientului ce are de făcut, îi stabilește planurile și programele de recuperare orientate spre învingerea dificultăților sale. O formă mai puțin directă de utilizare a manierei autoritare o reprezintă aplicarea sugestiilor terapeutice în stare de veghe sau în stare de hipnoză.

Acest gen de terapie, bazat pe autoritate, se aseamănă în mare măsură cu tratamentele efectuate cu mijloace exterioare cum ar fi, de pildă, utilizarea medicamentelor;

- o altă modalitate de utilizare a relației psihoterapeutice este denumită de Allen "genetică" sau "cauzală". Această abordare tinde să utilizeze relația psihoterapeutică pentru a ajunge la sursa istorică a problemelor și dificultăților pacientului. Se urmărește conștientizarea unui conținut inconștient, a unor nevoi și impulsuri reprimată, se re trăiește experiența trecută a pacientului în cadrul relației psihoterapeutice, în scopul de a elibera anxietatea acumulată în cadrul unor experiențe timpurii ale pacientului. Accentul cade pe relația de tip transferențial care stă la baza producerii insight-ului psihoterapeutic. Se analizează ceea ce a fost pacientul în cursul istoriei vieții sale, pentru a-l ajuta să-și clarifice conflictele care stau la baza structurii eului actual. O asemenea înțelegere și utilizare a relației psihoterapeutice este specifică terapiei psihanalitice;

- a treia modalitate de concepere a relației psihoterapeutice este aceea prin care această relație este privită ca o experiență directă, imediată. Psihoterapeutul își începe demersul abordând pacientul așa cum este el în acel moment și caută să-l ajute să-și dezvolte disponibilitățile latente astfel încât să-și accepte și să-și utilizeze eul în mod mai creativ. Deși ceea ce a fost rău rămâne în atenția terapeutului, acesta manifestând înțelegere față de dificultățile pacientului, accentul cade pe ce trebuie să facă individul pentru a depăși situația negativă, pentru a înlătura ceea ce a fost și mai este încă rău. Această abordare este specifică psihoterapiei non-directive.

7. Diferențe între diversele scoli psihoterapeutice și în ceea ce privește necesitatea psihodiagnozei realizate înainte de începerea psihoterapiei. Dacă majoritatea autorilor sunt de părere că o cunoaștere psihologică a pacientului este absolut necesară, există și opinii contrare. De pildă Rogers - părintele psihoterapiei non-directive - respinge psihodiagnoza pe care o consideră prea autoritară.

Aprecierea lui Rogers poate, într-o oarecare măsură, fi valabilă în cazul unor afecțiuni nevrotice sau psihosomatice care ar putea beneficia de avantajele unei psihoterapii non-directive, dar acest principiu nu poate fi aplicat în cazul pacienților psihotici, cu tulburări neurologice; la unii psihopați sau la pacienții cu risc suicidar. Mulți autori sunt de părere că aceste categorii de pacienți nici nu trebuie să fie acceptate pentru a urma o psihoterapie non-directivă.

8. Diferențele între diversele sisteme psihoterapeutice rezultă și din analiza criteriilor care stau la baza clasificării diverselor sisteme de psihoterapie.

* Harper (1975) trece în revistă peste 36 de sisteme de psihoterapie pe care le împarte în două mari categorii: psihoterapii orientate în principal pe latura emoțional-afectivă și psihoterapii cognitive.

* Rychlak (1969) clasifică sistemele psihoterapeutice în funcție de concepția filosofică aflată în baza lor:

- psihoterapii mecaniciste;
- psihoterapii umaniste.

* Watson (1963) discută și el diferențele existente între psihoterapiile reconstructive și cele de suport, precum și între cele de profunzime și cele centrate pe simptom:

a) Psihoterapia reconstructivă în opoziție cu psihoterapia suportivă.

Termenul de psihoterapie de reconstrucție se utilizează pentru a denumi acele tehnici psihoterapeutice care își propun ca obiectiv modificarea structurii personalității subiectului. Psihoterapia de suport nu își propune asemenea obiective temerare, ci doar să-l susțină pe individ să depășească anumite situații de criză. Delimitarea între psihoterapiile de reconstrucție (dintre care cea mai cunoscută este psihoterapia psihanalitică) și cele suportive este doar relativă, pentru că psihoterapiile de reconstrucție conțin elemente suportive, iar psihoterapiile suportive contribuie într-o oarecare măsură la producerea unor modificări în sfera personalității pacientului.

De regulă, psihoterapiile de reconstrucție sunt denumite de specialiști "psihoterapii de dezvoltare" sau "de insight" în timp ce "terapiile de suport" mai pot fi denumite și "psihoterapii de acoperire", deoarece, în cazul acestora, pacientul este ajutat prin diverse metode cum ar fi încurajarea, sfătuirea, sugestia, hipnoza (excepție face tehnica hipnoanalizei) să uite de problemele sale principale, să-și ignore și să reprime dificultățile.

Trebuie subliniat încă o dată faptul că, centrale sau periferice, elementele suportive sunt prezente în orice psihoterapie.

În cadrul unor tehnici de psihoterapie suportul nu este nimic altceva decât un rezultat secundar al relației pacient - terapeut, cum se întâmplă de pildă în cadrul psihanalizei clasice. Psihoterapiile suportive utilizează susținerea pacientului nu în mod episodic și accidental, ci ca tehnică aplicată constant și deliberat, prin administrarea unor sfaturi, asigurări, prin acordarea simpatiei, încurajărilor și recompenselor emoționale pacientului aflat în terapie.

Ceea ce se înțelege în mod frecvent prin consiliere nu este altceva decât psihoterapie suportivă. Consilierea presupune, de regulă, un număr mai redus de ședințe, se ocupă mai ales de tulburări cu caracter reactiv și mai puțin de conflicte intrapsihice serioase, pune accent pe factorii de natură intelectuală și abordează în general cazuri cu tulburări mai puțin severe.

Scopul psihoterapiei suportive este să-l ajute pe pacient să învețe cum trebuie să trăiască mai adaptat la propriile sale dificultăți sau să-l ghideze pe acesta în traversarea unei perioade de stres, căruia trebuie să-i facă fața mai bine.

După Frank și Alexander (1946) psihoterapia suportivă este indicată în două categorii opuse de situații: una în care nu este necesară o modificare a personalității pacientului, eficiența acestuia fiind doar temporar perturbată de condiții exterioare neprielnice, iar cea de a doua - în care perturbarea de personalitate este atât de puternică încât este greu de presupus că s-ar mai putea produce o schimbare structurală a pacientului.

b) Psihoterapii de profunzime, în contrast cu psihoterapiile exclusiv pe simptom.

Simptomul reprezintă încercarea spontană și de cele mai multe ori inconștientă a pacientului de a se adapta dificultăților vieții. Clinicianul le consideră adesea nu ca semnificative prin ele însele ci ca indicatori al unei dezadaptări de mai mare profunzime. Simptomele sunt considerate ca modalități prin care se exprimă perturbările din sfera personalității pacientului. Dacă această structură de personalitate se echilibrează și se armonizează dispar și simptomele.

Deși simptomele nu reprezintă obiectivul final al unei psihoterapii de profunzime, aceasta nu înseamnă că nu există demersuri psihoterapeutice centrate direct pe simptom. În cadrul acestora psihoterapeutul își propune scopuri mai modeste și limitate care presupun nu reconstrucția personalității pacientului ci eliberarea de un simptom deranjant. Asemenea obiective pot fi stabilite atunci când unele condiții exterioare se opun unei terapii de mai mare profunzime, condiții cum ar fi lipsa timpului sau a unor resurse financiare din partea pacientului. Există și situații în care psihoterapeutul contraindică o psihoterapie mai profundă pentru că resursele psihologice ale pacientului sunt limitate sau acesta poate fi astfel structurat încât un tratament care ar pătrunde în abisurile personalității sale să nu fie dorit.

De asemenea, diverse situații de viață pot impune un tratament simptomatic, ca de pildă în cazul în care simptomul este deosebit de sever și invalidant, cum ar fi cazul unor atacuri de panică.

Terapia centrată pe simptom se practică pe o scară destul de largă. Eliberat de simptomul deranjant, individul capătă o anumită libertate de acțiune și adesea această eliberare reprezintă singurul obiectiv pe care el îl așteaptă de la psihoterapeut.

Există, desigur, pericolul ca înlăturarea simptomului să lase pacientul fără un substitut adecvat de adaptare la situația psihotraumatizantă, aceasta petrecându-se mai ales atunci când nu au fost abordate conflictele și problemele mai profunde ale pacientului. Una din consecințele posibile ale psihoterapiei centrate exclusiv pe simptom este substituția de simptom, adică apariția altui simptom, uneori chiar mai sever decât cel care a fost înlăturat. Din fericire, astfel de situații nu apar prea frecvent în cursul psihoterapiei.

* Frank (1946) consideră că tratamentul psihoterapeutic centrat pe simptom nu trebuie minimalizat cel puțin pentru următoarele rațiuni;

1. Se realizează un atac frontal asupra procesului psihopatologic.
2. Înlăturarea simptomului poate facilita abordarea tulburării care stă la baza producerii lui.
3. Înlăturarea simptomului conduce la dispariția tulburărilor emoționale care rezultă din experiența acestuia (sunt secundare simptomului).
4. O dată ce simptomul a fost înlăturat are loc o modificare în sens pozitiv a atitudinii pacientului față de psihoterapeut.

Oricum, dacă este ceva de reproșat tratamentului centrat exclusiv pe simptom, aceste reproșuri trebuie adresate într-o măsură mai mare tratamentului psihiatric medicamentos care, departe de a ajunge la rădăcinile problemei psihologice ale pacientului, nu face decât să înlătore simptomele fără a oferi persoanei o soluție mai bună de viață. Astfel de tratamente sunt, de pildă, tratamentele cu antidepressive, anxiolitice, tranchilizante sau analgezice.

* Karasu (1980) clasifică sistemele psihoterapeutice în raport de trei concepte de bază, fiecare școală psihoterapeutică pivotând, cu precădere, în jurul unuia din aceste concepte. Cele trei concepte - criterii sunt: dinamic, comportamental și experiențial.

Fiecare concept în funcție de care autorul împarte sistemele psihoterapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem de referință în raport de care este interpretată natura relației terapeut - pacient (tabel 2 și 3).

Categoriile profesionale care practica psihoterapia

Multe categorii profesionale au dat sau dau sfaturi oamenilor tulburăți emoțional, realizând un fel de psihoterapie empirică. Medici de diverse specialități realizează acest lucru suplimentar pe lângă preocuparea lor de bază pentru sănătatea fizică a oamenilor chiar și atunci când, în cadrul specialității lor, au puține cunoștințe psihologice și puțin timp la dispoziție pentru consiliere.

În țările dezvoltate medicii au însă cunoștințe suficiente pentru a recunoaște o afecțiune psihică și pentru a trimite pacientul la un serviciu de specialitate.

Tabel 2. Principalele forme de psihoterapie în raport cu criteriile: dinamic, comportamental și experiențial (Karasu, 1980).

Psihoterapii

Dinamice		Comportamentale		Experiențiale	
Forma	Reprezențații	Forma	Reprezențații	Forma	Reprezențații
Psihanaliza clasică	Freud	Psihoterapia prin inhibiție reciprocă	Wolpe	Analiza existențială	Binswanger
Psihologia analitică	Jung	Terapia implozivă	Stampfl	Daseinanaliza	Boss
Terapia voinței	Rank	Terapia reflex-condițională	Salter	Logo-terapia	Frankl
Terapia analitică activă	Stekel	Terapia bazată pe teoriile învățării	Dollard	Terapia bazată pe client	Rogers
Psihologia individuală	Adler	Psihoterapia bazată pe învățarea socială	Rotter	Gestalt-terapia	Pearls
Psihiatria interpersonală	Sullivan	Terapia modelată	Bandura	Terapia psiho-imaginativă	Shorr
Psihoterapia intensivă	Fromm; Reichman	Psihoterapia directivă	Thorne	Terapia experiențială	Whitaker

Analiza caracterologică	Homey	Terapia prin decizii directe	Greenwald	Terapia experiențială	Gendlin
Școala culturală	Fromm	Terapia de confruntare și rezolvare de probleme	Garner	Analiza bio-energetică	Lowen
Analiza ego-ului	Klein	Terapie asertiv-structurală	Phillips	Analiza structurală	Rolf
Școala de la Chicago	Alexander French	Terapia bazată pe constructe personale	Kelly	Antrenamentul autogen Schultz; Lute	Schultz Lute
Terapia sectorizată	Deutsch	Terapia rațional-emoțională	Ellis	Meditația transcendențială; Yoga, Nirvana-terapia	
Psihoterapie obiectivă	Karpman	Terapia integrativă	Drakeford	Psihoterapia Zen	Watts
Psihoterapie scurtă (analitică)	Sifneos, Malan Bellak	Terapia realității	Glasser	Psihoterapie psihedelică	Osmuno
Analiza directă	Rosen	Psihoterapia filosofică	Sahakian		

Tabel 3. Principalele direcții tematice de abordare terapeutică în cadrul celor trei tipuri de psihoterapie (Karasu, 1980).

Abordarea			
Problema	Dinamică	Comportamentală	Experiențială
Preocuparea principală	Represiunea sexuală	Anxietatea	Alienarea
Concepția psihopatologică (cauza apariției simptomelor)	Conflicte de natura instinctuală, dorințe libidinale timpurii care rămân în afara conștiinței, absența conștientizării	Deprinderi învățate, comportamente deficitare sau în exces, care au fost întărite de factori din mediu	Disperarea existențială. Pierderea posibilităților umane, fragmentarea eului, lipsa de congruență în cadrul experienței personale
Conceptul de sănătate psihică	Rezolvarea conflictelor refulate, victoria ego-ului asupra Id-ului, întărirea egoului	Reducerea (înlăturarea simptomelor); absența simptomelor și/sau reducerea anxietății	Auto-realizarea potențialului uman; auto-desăvârșirea personală, câștigarea autenticității și spontaneității.
Modul în care se realizează Schimbarea	Realizarea unui insight profund; înțelegerea problemelor din trecutul personal (copilărie). Înțelegere intelectual-emoțională	Învățarea directă a modului cum trebuie să se comporte subiectul în prezent, a modului de acțiune și de realizare a performanțelor	Trăirea experienței imediate; trăirea sentimentului momentului actual; exprimarea spontană a experienței
Perspectiva temporală	Istorică: trecutul subiectiv	Non-istorică: prezentul Obiectiv	An-istorică: momentul fenomenologic

Tipul de tratament	De lungă durată și intensiv	De scurtă durată și non-intensiv	De scurtă durată și intensiv
--------------------	-----------------------------	----------------------------------	------------------------------

Sarcina terapeutului	Să înțeleagă conținutul mental de natură inconștientă al subiectului, semnificațiile sale ascunse în istoria vieții bolnavului	Programarea, recompensarea, inhibarea sau elaborarea unor noi răspunsuri comportamentale adecvate (sănătoase) la stimulii anxiogeni	Învățarea pacientului să interacționeze într-o atmosferă de acceptare mutuală pentru a-și dezvolta exprimarea eului (de la planul somatic la cel psihic și spiritual).
Tehnica psihoterapeutică de Lucru	Interpretările. Asociațiile libere, analiza transferului, rezistențelor, actelor ratate și viselor	Condiționare. Desensibilizare Sistematică. Întăriri pozitive și negative; elaborarea unor modele comportamentale noi.	Interacțiunea. Dialogul mutual. Dramatizarea (jucarea propriilor sentimente). Trăiri experimentale. Jocuri.
Modul de tratament (modelul terapeutic)	Medical; de tipul relației medic-bolnav, părinte-copil (autoritar, bazat pe un contract terapeutic)	Educațional; profesor-elev, părinte-copil, (autoritar, bazat pe o convenție de învățare)	Existențial; de la om la om; de la adult la adult (egalitar) bazat pe o înțelegere umană.
Natura relației psihoterapeutice	Transferențială și realizată doar pentru terapia primară în raport cu terapia neautentică	Relație reală dar secundară terapiei; absența relației	Relație reală, primară în raport cu terapia autentică
Rolul terapeutului	Interpretare-reflectare. Indirect, nepasional; frustrant	Sfătuitor-formator; direct pentru rezolvare de probleme, practic	De acceptare mutuală. Interacțiune, permisiv; gratificant

O altă categorie profesională care se ocupă de problemele emoționale ale oamenilor o reprezintă clericii. În unele țări preoții primesc chiar o anumită instrucție psihologică pentru a fi mai competenți în rezolvarea problemelor enoriașilor; în timp ce alții se limitează doar la sfaturi ce privesc problemele religioase.

Să vedem care este situația în Statele Unite, țara cu cea mai dezvoltată tradiție în domeniul psihoterapiei? (Coleman; Butcher; Carson, 1984). În S.U.A. cei care fac psihoterapie propriu-zisă, de nivel științific și sunt special pregătiți pentru asta, sunt profesioniștii din domeniul sănătății mentale: psihiatrii, psihologii clinicieni și - pentru probleme mai simple - asistenții sociali din cadrul respectivelor servicii.

Psihiatrul care practică psihoterapia este absolvent al Facultății de medicină, doctor în științe medicale și are o specializare de cel puțin trei ani în psihiatrie și a urmat unul sau mai multe cursuri de psihoterapie fiind supervizat de un psihoterapeut competent.

Psihologul clinician care practică psihoterapia este absolvent al unei facultăți de psihologie, doctor în psihologie, cu specializarea în domeniul psihologiei clinice, psihopatologiei, teoriilor personalității, consilierii psihologice și psihoterapiei.

Mulți psihologi clinicieni obțin o instruire specială în psihoterapie în afară de instruirea în domeniul psihopatologiei și psihologiei clinice.

Asistenții sociali din S.U.A. sunt, de regulă, pregătiți la nivel mediu în domeniul științelor sociale, dar pot avea și pregătire universitară sau doctorat de la o școală superioară de asistență socială.

În S.U.A. asistenții sociali se ocupă mai mult de consilierea familială, supraveghează și evaluează aspectele din teren și în unele situații chiar aplică unele tehnici psihoterapeutice pentru care au calificarea necesară (se preocupă de măsura în care condițiile sociale care întrețin tulburarea pot fi ameliorate).

La noi în țară, psihoterapia este practică de către medici psihiatri și psihologi care au obținut o inițiere într-una sau mai multe tehnici psihoterapeutice. După 1990 s-a înființat Secția de asistență socială în cadrul Facultății de Sociologie, Psihologie, Pedagogie.

CAPITOLUL 2.

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE DINAMICA: PSIHANALIZA SI PSIHOTERAPIILE DINAMICE POST-FREUDIENE

Punctul de vedere dinamic în psihologie își are originea în fizică și pornește de la ideea că orice fenomen psihic este rezultatul interacțiunii unor forțe. Conform acestei concepții, ființa umană este o structură complexă, determinată de jocul agitației turbulente a unor forțe intrapsihice aflate în conflict.

Psihoterapia dinamică reprezintă o formă de tratament psihologic care abordează personalitatea din perspectivă psihodinamică, exemplul cel mai ilustrativ reprezentându-l psihanaliza lui Freud.

Există unii autori care includ în cadrul psihoterapiilor de orientare dinamică nu numai psihanaliza și terapiile derivate din aceasta, ci și alte sisteme psihoterapeutice, ca de pildă, cele de orientare existențială. Lazarus, (1976), a numit aceste terapii – terapii dinamice sau terapii bazate pe insight.

Opinia noastră este că, deși în cadrul unor școli de orientare existențialistă intervin elemente dinamice, iar insight-ul are un loc important, caracteristicile lor generale le fac să aparțină mai curând orientării existențiale în psihoterapie.

Terapiile psihodinamice pun accent pe descoperirea de către pacient a variatelor procese psihologice de natură inconștientă, procese ce stau la baza structurii personalității sale și a formării mecanismelor sale adaptative. Aceste descoperiri bruște și intuitive ale pacientului sunt cunoscute sub denumirea de «insight» sau iluminare.

Prin intermediul insight-ului pacientul descoperă de fapt sursele și motivele ascunse care stau la baza comportamentelor și problemelor sale.

În teoria freudiană se presupune că aceste elemente s-au structurat în copilărie, sunt de natură inconștientă și relativ inaccesibile persoanei.

Sarcina principală a terapiei dinamice este să-l ajute pe pacient să descopere ce se întâmplă cu el, să obțină insight-ul propriilor sale probleme și să utilizeze înțelegerea obținută pentru a-și modifica stilul perturbat de a reacționa și de a se comporta.

Această abordare își are originea în teoriile și practica psihanalizei freudiene, dar a fost modificată și structurată și în diverse alte sisteme psihoterapeutice, fiecare din acestea având o anumită concepție despre natura umană și aparținând unui anumit întemeietor de școală (cum ar fi, de pildă, Carl Jung sau Erich Fromm care au considerat sistemul lui Freud inadecvat sau incomplet).

În ciuda diferențelor, aceste sisteme diverse de psihoterapie se aseamănau prin aceea că sunt de părere psihoterapia trebuie să releve pacientului ce nu este în regulă cu viața sa psihică și pornind de la aceasta, trebuie să-l ajute să elaboreze noi modele comportamentale mai eficiente.

Aceste psihoterapii au cel puțin două trăsături comune:

1. Toate utilizează discuția cu pacientul ca instrument de bază în cadrul tratamentului psihologic și pacientul este cel care decide în general despre ce anume se va vorbi. Terapeutul poate influența deciziile sale în mod direct sau indirect, dar majoritatea terapiilor bazate pe insight îi minimalizează rolul punând pacientul în centrul psihoterapiei.
2. Deși există și excepții, în majoritatea terapiilor psihodinamice tradiționale, cum ar fi, de pildă psihanaliza, psihoterapeutul tinde să adopte mai curând o atitudine profesională decât una cu caracter personal, solicitând de la pacient date cu privire la viața personală, fără a se comporta ca un prieten sau ca o cunoștință apropiată.

Există numeroase diferențe în ceea ce privește strategia sau tactica abordării psihoterapeutice. Astfel, de pildă, psihanaliza ortodoxă impune pacientului între 3 și 5 ședințe pe săptămână, ședințe ce se întind pe mai mulți ani.

Neo-freudienii și multe alte psihoterapii consideră că este necesară o perioadă mai scurtă de tratament, ajungându-se uneori la câteva săptămâni sau luni, doar cu o singură ședință săptămânal.

Psihoterapiile de orientare psihodinamică plasează deci responsabilitatea conținutului despre care se va vorbi în cursul psihoterapiei pe umerii subiectului, terapeutul intervenind cu rezervă în cadrul acestui proces și numai pentru a ghida conținutul comunicării.

Principiile de baza ale terapiilor psihodinamice

Principiul de bază sau cheia acestor terapii îl reprezintă noțiunea de "insight". Toate aceste terapii sunt de părere că pacienții lor nu au fost capabili să urmeze preceptul lui Socrate -"cunoaște-te pe tine însuși".

Pacientul posedă o serie de scopuri de viață, atitudini, motive, opinii în legătură cu sine însuși de care este conștient și pe care se străduiește să le urmeze, cât și un set de motivații și conflicte inconștiente care își au originea în relațiile și experiențele din copilăria sa. Prezența acestor conținuturi de natură inconștientă în perioada adultă poate fi nocivă pentru pacient din cel puțin două motive:

- ele sunt specifice relațiilor din copilărie, care nu mai există. Cu alte cuvinte aceste relații sunt caracterizate prin imaturitate și egocentrism;

- în al doilea rând, nefiind conștientizate, ele operează din umbră, dar eficient asupra pacientului aflat în perioada prezentă, scăpând controlului rațional al acestuia.

Astfel, pacientul nu mai poate să fie acea persoană care ar dori să fie, pentru că, fără a fi capabil să și-o mărturisească deschis, el de fapt dorește să facă în același timp lucruri incompatibile, se află în permanent conflict cu sine însuși și din acest motiv se simte mereu amenințat și frustrat.

Soluțiile pe care le găsește pacientul la această situație sunt ineficiente pentru că ele pun în acțiune mecanisme defensive care reprezintă moduri nerealiste de adaptare, generatoare de tulburări. Aceste tulburări se pot exprima sub forma unor tulburări de natură emoțională cum ar fi anxietatea, depresia, comportamentul simptomatic, funcționarea neadecvată sau acuzele somatoforme.

Aceste simptome îl aduc la psihoterapeut căruia îi solicită ajutorul. În ochii pacientului acestea sunt tulburările pentru care el consideră că are nevoie de tratament.

Insight-ul se referă la descoperirea acestor forțe inconștiente care operează din umbră, împiedicând pacientul să ducă o existență la nivelul posibilităților sale reale.

Este deci necesar un procedeu care să-i permită pacientului înțelegerea acestor mecanisme, astfel încât acesta să găsească soluții mai raționale de viață și să adopte decizii mai corecte. Terapiile bazate pe insight consideră că în cadrul tulburărilor nevrotice simptomele ca atare sunt mai puțin importante decât forțele care le generează.

Și iată că aici apare un paradox: pacientul se prezintă la psihoterapeut pentru a se debarasa de simptomele sale dezagreabile, iar acesta din urmă le consideră ca fiind secundare, manifestări de suprafață ale unor procese nevrotice mai profunde.

Simptomele pot fi reduse și prin intermediul altor procedee, dar dacă nu se atacă rădăcinile lor, ele pot răbufni din nou sub altă formă.

Deci, conform acestei abordări, cele mai frecvente dificultăți ale oamenilor, cum ar fi nefericirea, ineficiența, comportamentul defensiv, anxietatea nu pot fi eliminate cu adevărat decât prin insight. Doar după ce acesta a avut loc se pot întreprinde măsuri eficiente de corectare a comportamentului.

Principiul insight-ului dă naștere la mari dificultăți (Lazarus, 1976). În primul rând scopul terapiilor psihodinamice nu este și scopul pentru care s-a prezentat pacientul la psihoterapie. Iată deci că psihoterapia are în față două obiective ambițioase:

- a) să modifice viziunea pacientului asupra propriei sale probleme și de fapt întregul său mod de viață;

- b) să-i formeze acestuia un nou mod de înțelegere a propriei sale persoane.

În al doilea rând, este dificil de aflat dacă pacientul a avut un adevărat insight cu privire la propriile sale probleme. Fiecare teoretician în domeniul psihoterapiei vede insight-ul în modul său propriu, deoarece înțelege în chip diferit dinamica psihologică.

Răspunsul la această dilemă constă în aceea că doar un insight corect va produce înlăturarea simptomului și va genera patternuri mai eficiente de comportament.

De fapt nu atât conceptul teoretic de insight are importanță, cât convingerea pacientului că a găsit răspunsul adecvat.

De asemenea, necesitatea insight-ului face sarcina evaluării gradelor de succes obținute în cursul psihoterapiei mult mai dificilă sub aspect practic.

Simpla reducere de simptom ar fi un criteriu mult mai sigur și mai facil de luat în considerare pentru a aprecia succesul psihoterapiei, în timp ce psihanaliza utilizează criterii complexe de apreciere a succesului psihoterapiei, criterii încărcate de subiectivism, cum ar fi: mai profunda înțelegere de sine, trăirea sentimentului fericirii personale, stabilirea unor relații interpersonale mai eficiente și mai încărcate de satisfacții etc.

Psihianaliza

Psihiatria modernă și psihologia clinică au fost în mare măsură influențate de teoria și practica psihanalizei.

În sensul strict, psihanaliza se referă la sistemul conceptual și psihoterapia inspirate direct din lucrările și tehnica terapeutică ale lui Sigmund Freud și ale urmașilor săi, grupați în institute și asociații care utilizează această metodă. Mulți autori consideră că acest sens este prea restrictiv ținând seama mai ales de faptul că au apărut o serie de variante inspirate din lucrările unor terapeuți de prestigiu cum ar fi Jung, Adler, Horney, Rank sau Sullivan, discipolii acestora autonomându-se tot psihanalisti.

Datorită acestei situații a fost delimitat conceptul de psihanaliză freudiană.

Psihanaliza poate fi considerată în același timp o teorie psihologică asupra dinamicii naturii umane, o metodă de cercetare și abordare psihoterapeutică (Watson, 1963).

Psihoterapia psihanalitică nu poate fi înțeleasă dacă nu este înțeleasă concepția teoretică asupra dinamicii naturii umane care stă la baza ei.

Bazele teoretice ale psihanalizei

Pentru teoria psihanalitică este centrală distincția între motivele inconștiente și cele conștiente care stau la baza conduitei umane.

Sunt cunoscute în psihologie experimentele care se referă la studiul influenței sugestiilor post-hipnotice în cadrul cărora subiectul execută comenzi de a căror sursă acesta nu este conștient.

Deși psihologii s-au ocupat mai ales de studiul fenomenului conștient, clinicienii nu pot nega prezența la pacienții lor a unor motivații de care aceștia nu-și dau seama. Psihanaliza pune accent pe influența unor forțe inconștiente în dezvoltarea și menținerea unor tulburări psihice sau a unor perturbări în afara personalității.

Conform teoriei psihanalitice forțele inconștiente influențează în fiecare clipă comportamentul uman, ele interferând cu elementele conștiente ale psihismului. Tehnica terapeutică a psihanalizei clasice își propune să aducă la nivelul conștiinței emoțiile, motivele și experiențele de care subiectul nu este conștient. O dată ce acestea au atins nivelul conștiinței, individul își extinde controlul conștient asupra lor sau se eliberează de energia psihică pe care aceste conținuturi psihice o conțin.

Trebuie subliniat faptul că inconștient nu înseamnă că anumite idei sau stări afective dispar din conștiință ci, de cele mai multe ori înseamnă disocierea unor părți componente ale unor conținuturi psihice care ar trebui să se afle în mod firesc împreună.

Pentru psihanalisti sănătatea mintală depinde (măcar parțial) de gradul în care viața psihică este condusă de forțe de natură conștientă, și de conștientizarea efectului unor forțe inconștiente.

Privit din altă perspectivă, acest obiectiv poate să însemne de fapt întărirea eului, comportamentul fiind adus sub controlul ego-ului. În felul acesta dinamica forțelor psihice este modificată, subiectul psihanalizat reușind să-și rezolve mai bine propriile conflicte intrapsihice și să facă față dificultăților existenței într-un mod mai matur și mai realist.

Conform psihanalizei, structura personalității cuprinde trei instanțe psihice: Ego, Id și Superego. Ego-ul (sau eul) are drept funcții perceperea evenimentelor interne sau externe, integrarea diferitelor conținuturi psihice, cât și o funcție executivă. Id-ul se referă la impulsuri inconștiente, persistente de căutare a plăcerii și de ostilitate, impulsuri pe care ego-ul le poate restructura conform datelor realității. Superego-ul (sau supraeul) se compune din conținuturi psihice de natură social-valorică, idealuri, principii morale și elemente de autocritică în raport cu primele, care stimulează ego-ul în acțiunea sa de combatere a forțelor id-ului. Ego-ul, entitate psihică de natură conștientă, se află în contact permanent cu mediul înconjurător și este capabil de judecată independentă.

La adultul normal Ego-ul are de regulă suficientă forță pentru a face față tendințelor inconștiente ale Id-ului prin transformarea și sublimarea acestora.

La nevrotic, de regulă, aceste tendințe sunt reprimare (refulate) și deci nu sunt accesibile conștiinței. Mai mult, ego-ul militează împotriva aducerii lor în conștiință, punând în acțiune diferite mecanisme de apărare.

Datorită acestui fapt, în decursul terapiei, terapeutul și pacientul au de luptat nu numai cu tendințe inconștiente ci și cu mecanismele de apărare ale eului.

Un alt element important al psihanalizei este postulatul conform căruia experiențele din copilărie joacă un rol deosebit de important în formarea personalității adulte. Această afirmație de natură genetică are o importanță deosebită în modul cum este manevrată relația pacient - terapeut.

O opinie acceptată într-o măsură ceva mai redusă este afirmația referitoare la conceptul de sexualitate, care ar cuprinde nu numai experiențe legate de sfera genitală ci o largă varietate de experiențe agreabile din copilărie, cât și faptul că aceasta ar pune o amprentă de neșters asupra personalității adulte. De pildă, complexul lui Oedip sau complexul de castrare care ar reprezenta fenomene normale în cursul dezvoltării copilului, atunci când nu sunt bine integrate, pot predispuce adultul la dificultăți de adaptare.

Trebuie subliniat faptul că Freud a avut o concepție deterministă asupra psihicului uman, el accentuând mult asupra cauzalității unor tulburări psihice. El sublinia însemnătatea unor fenomene ca actele ratate și lapsusurile, a

asociațiilor libere și a analizei viselor în descoperirea unor conținuturi ascunse ale psihicului uman, oricât de neînsemnate ar părea aceste fenomene la prima vedere.

Putem spune, în concluzie, că perspectiva psihanalitică, are la bază următoarele principii fundamentale (după Karasu, 1980):

1. Ideea că omul posedă o serie de impulsuri și tendințe instinctive - pulsuni de natură inconștientă și preocuparea pentru modul în care aceste impulsuri sunt exprimate/transformate sau refulate. Refularea se produce pentru a nu permite gândurilor, dorințelor și afectelor penibile să atingă pragul conștientului.

2. Convingerea că refularea are la bază în principal tendințele sexuale și că tulburările psihice au la origine o dezvoltare libidinală (psihosexuală) defectuoasă.

3. Ideea că dezvoltarea psihosexuală defectuoasă își are originea în conflictele și psihotraumele din copilăria timpurie, mai ales în complexul lui Oedip, care în forma sa clasică se manifestă în dorința sexuală față de părintele de sex opus.

4. Convingerea în caracterul universal și persistent al complexului Oedip, care rămâne activ și neconștientizat.

5. Ideea că omul se confruntă cu conflictele dintre pulsuniile biologice instinctive (Id), substitutele acestora, mecanismele primare de apărare ale ego-ului care încearcă o mediere cu realitatea externă (ego) în acord cu standardele și principiile morale elaborate de societate (superego).

6. Psihanaliștii sunt partizanii determinismului sau cauzalității psihice, după care fenomenele psihice și comportamentele umane nu apar întâmplător, ci sunt determinate strict de evenimente anterioare, care dacă nu sunt conștientizate determină subiectul să repete mereu aceleași tipuri de comportamente.

Pornind de la aceste principii, pentru terapeutul psihanalist, sarcina principală este să aducă în conștiință inconștientul, adică să-l ajute pe pacient să conștientizeze și să înțeleagă conținutul pulsional din zonele profunde ale psihismului. Astfel, terapeutul psihanalist analizează conținuturile refulărilor, instinctelor și pulsuniilor de natură sexuală căutând să înlăture rezistențele naturale ale pacientului, rezistențe care tind să se opună acestui demers. Este clar de ce demersul de orientare dinamică este de lungă durată, adesea fără sfârșit, el având un obiectiv pretențios și anume restructurarea personalității în ansamblu, și rezolvarea tuturor conflictelor nevrotice. Cel mai important aspect îl reprezintă rezolvarea conflictului lui Oedip, rezolvarea obligatorie pentru o personalitate sănătoasă. Vindecarea în această viziune presupune achiziționarea de către individ a unui control total al ego-ului asupra impulsurilor inconștiente ale Id-ului.

Procesul psihoterapeutic dinamic este marcat de momente de catharsis (descărcări psihice de natură emoțională) și insight. Harper (1959) definea catharsisul ca o descărcare a tensiunii și anxietății prin retrăirea pe plan psihic a experiențelor trecute.

Este cunoscut faptul că din cele mai vechi timpuri oamenii au cunoscut efectul binefăcător al exprimării sentimentelor (vezi efectul „purificator” al spovedaniei). În locul termenului de purificare utilizat de religie Freud, a preferat termenul de catharsis. Dacă la începutul psihanalizei catharsisul a fost considerat un element de bază al psihoterapiei, ulterior chiar Freud, odată ce sistemul său s-a structurat și s-a maturizat a ajuns la concluzia că pentru succesul terapiei este nevoie de mult mai mult, el deplasând accentul de pe catharsis pe alte elemente ale analizei. Totuși, catharsisul rămâne în continuare un element important în terapia analitică pentru că:

- terapia nu poate progresa dacă pacientul nu-și exprimă într-o anumită măsură trăirile afective;
- exprimarea acestor sentimente îi produce pacientului o ușurare, fapt ce îl încurajează pe acesta să continue terapia.

Deși ambele procese - catharsisul și insight-ul (iluminarea) – sunt considerate ca aparținând psihanalizei tradiționale, trebuie subliniat faptul că Freud nu a utilizat niciodată termenul de insight ca atare.

Demersul terapeutic își schimbă, pe parcursul evoluției sale, centrul de greutate de la momentele de catharsis (abreacție) la abolirea amneziei și recuperarea amintirilor uitate (insight).

* După Hutchinson (1950) există patru etape succesive în atingerea insight-ului psihoterapeutic și anume:

- o etapă pregătitoare, caracterizată prin trăirea sentimentului de frustrație, anxietate, de vid ulterior și disperare, urmată de o activitate febrilă de căutare prin încercări și erori a unei soluții la problema proprie și apoi de recădere în vechile modele de comportament și gândire în care subiectul nu pare să întrevadă nici o cale de ieșire din situația sa;
- o etapă de incubație sau renunțare, când se manifestă la subiect dorința de a renunța, de a fugi de problema sa, acesta manifestând lipsa de motivație sau rezistență la rezolvarea propriilor probleme;
- o etapă de iluminare când problema devine clară pentru pacient și soluția se impune de la sine (adesea apare un flux de idei,acompaniate de sentimentul realității insight-ului);
- o fază de evaluare și elaborare a soluției care este confruntată cu criteriile exterioare furnizate de realitate.

De regulă, terapeuții fac distincția dintre insight-ul de natură intelectuală, care are o valoare terapeutică limitată, și cel de natură emoțională, care este esențial. Oricum, distincția nu este ușor de realizat, cele două componente aflându-se în interacțiune.

Deși insight-ul are în cadrul psihanalizei un rol terapeutic major, trebuie să fim totuși de acord și cu afirmația lui Schonbar (1957) care spunea că nu toate schimbările din sfera personalității pacientului se datoresc insightului și că nu orice insight duce în mod obligatoriu la schimbare.

Psihaliștii consideră că un alt factor psihologic important generator de schimbare este relația de tip transferențial dintre pacient și terapeut, relație asupra căreia vom mai reveni.

Procedura preliminară

Aceasta implică acceptarea provizorie și evaluarea diagnostică a pacientului, aspectele financiare ale psihoterapiei, discuții legate de expectațiile pacientului, avertizarea acestuia în legătură cu posibile modificări serioase în sfera personalității sale și explicarea procedurii terapeutice.

Înainte ca pacientul să fie acceptat pentru psihanaliză se acordă, de regulă, o perioadă provizorie de 2-3 săptămâni pentru a decide dacă problemele acestuia sunt abordabile prin intermediul acestei tehnici.

Psihanaliza ortodoxă și conservatoare consideră că pot fi abordate psihanalitic următoarele categorii de tulburări; stările de anxietate, isteria anxioasă, isteria de conversie, nevrozele compulsive, fobiile, nevrozele caracteriale și perversiunile. Se consideră că pot fi abordate psihanalitic chiar formele mai severe și cronice ale acestor tulburări.

Unii psihaliști moderni recurg astăzi la serviciile unui psiholog care să realizeze interviul clinic și să furnizeze date bazate mai ales pe psihodiagnosticul proiectiv (Rorschach). Freud însă nu era de părere că este bine ca o altă persoană să realizeze discuțiile preliminare cu pacientul, mai ales datorită faptului că acest lucru ar putea afecta relația transferențială care tinde să se structureze în aceste perioade preliminare. Din același motiv, Freud era de părere să nu fie admiși în terapie prieteni sau cunoștințe deoarece cu aceștia relația transferențială s-a structurat deja într-un mod în care altfel nu s-ar fi produs.

În perioada preliminară se fixează ora precisă (cincizeci de minute) și zilele terapiei. Se lucrează în varianta clasică, 5 sau 6 zile pe săptămână. Unii psihaliști mai puțin ortodocși lucrează doar de 3 ori pe săptămână. Se precizează cu exactitate că pacientul este responsabil din punct de vedere financiar de desfășurarea ședințelor.

Durata totală a tratamentului psihanalitic variază de la un an la mai mulți ani, cu durata medie de doi ani.

Pacientului i se recomandă să nu facă schimbări radicale în existența sa (familială, profesională) cel puțin în fazele incipiente ale terapiei, până când motivațiile inconștiente care generează aceste schimbări nu sunt analizate.

Această recomandare se face nu numai pentru a proteja pacientul de dorințele impulsive de a-și rezolva conflictele într-un mod nevrotic ci și pentru a-l împiedica pe acesta de a se debarasa de problemele sale în afara ședințelor de psihanaliză.

Reamintim că psihanaliza este un tip de psihoterapie în cadrul căreia conflictele nevrotice trebuie aduse la nivel conștient. În timpul ședințelor de psihanaliză, de regulă pacientul este întins pe o canapea, iar terapeutul stă așezat în spatele lui. Psihaliștii mai puțin ortodocși admit și faptul că pacientul poate sta așezat.

Tehnicile psihanalizei

a) Metoda asociațiilor libere

După opiniile lui Freud, subiectul pe marginea căruia pacientul va asocia liber este lăsat integral la latitudinea sa, fără să i se ceară sau să se încurajeze coerența și păstrarea unui fir director al asociațiilor.

Tehnica asociației libere constă în a lăsa mintea să vagabondeze astfel încât pacientul să spună absolut tot ce-i trece prin cap, indiferent de conveniențe, jenă și fără a pune în acțiune dorința de a face o impresie bună.

Produsele asociațiilor pot fi amintiri, imagini, reverii diurne, gânduri acuzatoare, sentimente, reproșuri etc.

Adesea fluxul asociațiilor libere este blocat de punerea în funcțiune a rezistențelor subiectului.

Rațiunea pentru care se utilizează asociațiile libere este aceea că inconștientul va revela prin această metodă conținuturile sale reprimite, eliberând individul de efectele lor, în felul acesta scopul psihanalizei fiind atins.

Este eronată opinia după care psihanalistul nu utilizează niciodată întrebările directe. Dimpotrivă, acesta le folosește ca stimuli pentru declanșarea unor noi asociații (întrebările sunt de tipul: "la ce te duce gândul acesta?", sau "câți ani aveai când s-a întâmplat aceasta?").

Un principiu director al tehnicii asociațiilor libere constă în aceea că atâta timp cât pacientul asociază liber pe tema transferului asupra terapeutului, aceste asociații rămân neatrinse. Doar atunci când transferul este utilizat de pacient cu un mecanism de rezistență, a sosit momentul ca analiza să se îndrepte asupra acestui subiect.

b) Analiza viselor

Lipsa de coerență, caracterul dezordonat și aparent illogic al asociațiilor libere este caracteristic și viselor.

Ca și asociațiile libere și visele pot fi privite în mod determinist ca reprezentând reacțiile celui care visează la propriile sale experiențe de natură inconștientă. De fapt, pacienții se referă, de cele mai multe ori, în mod spontan în cursul asociațiilor libere la visele pe care le-au avut.

Freud a caracterizat visele ca fiind "calea regală spre inconștient".

Conținutul manifest, povestit de cel care a avut visul, este un fel de ecran de tip caleidoscopic, care nu face decât să ascundă conținutul latent - semnificația reală a visului. Acest conținut latent reprezintă sentimente și dorințe adânc reprimite, în care pacientul este atât de profund implicat încât nu le poate aduce în conștiință prin efort personal. Fiecare vis reprezintă o luptă a pacientului de a-și rezolva conflictele de natură inconștientă. Incapabilă de a face față conflictelor inconștiente, așa cum apar ele în semnificația lor deplină, personalitatea umană se angajează la o luptă cu ele și prin mecanisme de natură dinamică cum ar fi, de pildă, condensarea și deplasarea care substituie și mășchează conținutul real al visului care apare sub forma conținutului manifest.

Metoda analizei viselor, așa cum este ea utilizată în psihanaliză, cere pacientului să asocieze nu asupra visului în întregime ci asupra detaliilor care îi apar semnificative pacientului sau psihanalistului. Astfel, apar la iveală teme specifice care conduc la aducerea în conștiință a conținutului latent de natură inconștientă.

Analistul, atunci când îl ajută pe pacient să-și interpreteze visele, trebuie să cunoască foarte bine personalitatea și problematica pacientului și în același timp să fie conștient de faptul că nu există un simbolism universal al viselor, care se poate aplica absolut în orice situație (Watson, 1963).

Încă Freud arăta că modul cel mai eficient de a completa analiza unui vis este s-o amânăm până ce materialul respectiv va fi continuat și amplificat în cursul unor noi vise.

Interesant de subliniat este și faptul că primele vise sunt mai ușor de analizat și de interpretat de către pacient, datorită lipsei de sofisticare de către pacient. Cu cât analiza progresează mai mult, cu atât se pătrunde în zone din ce în ce mai obscure ale psihismului.

c) Analiza acțiunilor pacientului

O altă sursă pentru obținerea materialului ce trebuie analizat o reprezintă interpretarea acțiunilor pacientului. Comportamentul nonverbal cât și cel verbal (neintențional) includ o serie de elemente importante pentru analiză, cât și aspecte neesențiale. Aceste aspecte se pot manifesta atât în cursul ședinței de psihanaliză cât și în afara ei.

Astfel de comportamente manifestate în timpul ședinței pot fi, de pildă, grija excesivă a pacientului de a nu-și șifona pantalonii, privirile anxioase pe care acesta le aruncă peste umăr, în direcția terapeutului, comportamentul de flirt, erorile de pronunțare a unor cuvinte etc.

În afara ședinței pot să apară modificări ale comportamentului pacientului în familie, la serviciu, apariții sau dispariții de simptome, reacția la o anumită situație cu mai multă sau, dimpotrivă, mai puțină anxietate, modificări în modul în care pacientul își tolerează prietenii sau rudele.

d) Transferul și rezistențele

Freud considera transferul și rezistențele ca fiind puncte centrale ale psihanalizei, considerând că acestea sunt mijloacele prin intermediul cărora psihanaliza poate fi deosebită de o altă abordare psihoterapeutică non-psihanalitică.

Transferul se referă la relația pacient - terapeut, relație care are un caracter irațional, proiectiv și ambivalent. În psihanaliză această relație este utilizată terapeutic, explicându-se pacientului modul de acțiune al acestei relații cât și rădăcinile sale în istoria vieții acestuia.

Atâta timp cât psihanalistul își menține neutralitatea, majoritatea reacțiilor emoționale ale pacientului nu sunt rezultatul situației prezente, ci izvorăsc din propriile tendințe și dorințe ascunse. Analiza acestor reacții datorate transferului conduce la descoperirea unor experiențe timpurii din copilăria pacientului, experiențe care au generat aceste tendințe.

Transferul îl conduce pe pacient să-și pună probleme asupra originii comportamentelor sale, care a rămas măcar parțial în afara conștiinței sale.

O dată cu "insight-ul" (descoperire intuitivă și bruscă) asupra acestor probleme, valul irațional care mășchează adevăratele origini ale acțiunilor pacientului se dă la o parte și astfel pot să apară schimbări în sfera personalității acestuia.

* Thompson (1946) ilustrează acest fenomen prin intermediul următorului exemplu:

Un pacient încearcă permanent să facă pe plac terapeutului, față de care manifestă doar apreciere și admirație și nu se supără nici atunci când acesta îl pune față în față cu situații neplăcute pentru el. Când

terapeutul îi atrage atenția asupra acestui lucru, la început pacientul este surprins că cineva poate considera acest fenomen ca fiind neobișnuit. Treptat, pacientul începe să identifice același model comportamental și în relația sa cu alte persoane, devenind conștient de originile ascunse ale acestui gen de comportament - teama de dezaprobare care îl copleșește. Începând să se întrebe de ce este atât de anxios că va fi dezaprobat, îi revin în minte amintiri din copilărie care pun în evidență incidente care au declanșat această teamă.

Într-o mare măsură, psihoterapia analitică constă dintr-o serie de astfel de descoperiri pe care le face pacientul. Consecutiv acestor iluminări (insight-uri) se produc modificări favorabile în sfera personalității subiectului.

Transferul nu este altceva decât o repetiție a unor experiențe trecute ale pacientului, experiențe pe care le transferă asupra terapeutului.

Pacientul trăiește aceasta experiență nu atât prin reamintirea unor evenimente trecute cât prin retrăirea unor stări afective care au prezentat importanță pentru el în trecut. Astfel, el nu spune cât de critic a fost la adresa părinților săi ci devine critic față de analistul său; el nu-și reamintește jena sa privind practicile sexuale, în schimb este rușinat și secretos atunci când este analizat.

În stadiile inițiale ale psihanalizei, datorită relației transferențiale pot să dispară simptomele pacientului și să apară iluzia că s-a instalat deja sănătatea psihică. Aceasta se întâmplă din cauza eliberării anxietății, eliberare ce se produce datorită încrederii pacientului în analist. Această etapă este denumită în general "cura de transfer" și este tranzitorie deoarece procesele inconștiente nu au fost încă prelucrate. Repetarea modelelor nevrotice de comportament în relație cu psihoterapeutul poartă numele de "nevroza de transfer". Relația se fixează la un nivel irațional, emoțional și regresiv. Analistul este privit de către pacient ca o zeitate omnipotentă, acesta dorind să fie iubit de către psihoterapeut, inclusiv în plan sexual.

Sentimentele sale fiind frustrate, în conștiința pacientului decepționat apare anxietatea și furia. Dacă predomină anxietatea, pacientul va manifesta o atitudine supusă încercând să obțină favoruri de la terapeut. Dacă predomină furia, pacientul devine agresiv, revendicativ, asertiv și plin de resentimente.

Sarcina terapiei este să corecteze aceste atitudini pentru că pacientul nu poate fi realist cu restul lumii până nu e realist în cadrul relației sale cu psihoterapeutul.

În cadrul situației transferențiale pacientul are o minunată ocazie să se confrunte la scară mai redusă cu aceleași dificultăți pe care nu a fost capabil să le stăpânească în trecut, cum ar fi, de pildă, amestecul de invidie, cu admirație și recunoștință față de tatăl său, fratele mai mare sau alți rivali, sentimentele de anxietate consecutive trăirii invidiei și ostilității, atitudinea dependentă, solicitând ajutorul, pe care o are față de mama sa, în același timp cu toată frustrarea și resentimentele ce apar atunci când cerințele sale de a obține o dragoste nu sunt îndeplinite, sau cu revoltă față de hiperprotecția maternă.

Persoanele incapabile să se identifice emoțional cu o altă persoană, care deci nu pot trăi experiența transferului, sunt contraindicate pentru psihanaliză. În această categorie sunt incluși subiecți cu tulburări de personalitate, cum ar fi, de pildă, unii psihopați sau psihotici, mai ales schizofreni.

Pentru psihanaliză relația transferențială este importantă pentru două motive principale:

1. Ea aruncă o lumină asupra modelelor de identificare din copilărie, cât și asupra unor particularități ale relațiilor pacientului cu cei din jur. Astfel, psihanalistul află elementele fundamentale în legătură cu personalitatea pacientului prin intermediul reeditării, în cadrul relației psihoterapeutice, a relațiilor din copilăria timpurie, și ceea ce este poate și mai important este că aceste lucruri le află în cele din urmă și pacientul însuși.

2. Terapeutul se folosește de această puternică relație afectivă pentru a încuraja pacientul să depășească rezistențele. Deoarece dorința dominantă a pacientului este să-i facă pe plac terapeutului și deoarece el se simte protejat și susținut de către terapeut, relația transferențială contribuie la evidențierea unor anumite aspecte psihologice care în alt context ar fi prea greu de tolerat pentru pacient fiind prea anxiogene.

În cele din urmă relația transferențială trebuie dezvoltată astfel încât pacientul să ajungă s-o privească așa cum este ea de fapt, și anume o reeditare a relației sale cu o figură parentală din copilărie. Astfel, pacientul trebuie să renunțe la copilărie și să fie capabil să stabilească relații de tip matur cu persoanele importante din anturajul său.

Un alt concept utilizat de psihanaliză este cel de rezistență. În sens larg orice interferă cu desfășurarea firească a cursului terapiei poate fi considerat ca fiind rezistență, ca de pildă, interpretările oferite de analist pacientului, interpretări ce sunt primite de el cu dezaprobare. Încercările sale de a lupta împotriva respectivelor interpretări, de a-i demonstra analistului că nu are dreptate, căutând să se împotrivescă în mod inconștient progresului analizei.

În sens restrâns rezistențele se manifestă prin încălcarea regulii fundamentale a analizei - neîmpărtășirea tuturor gândurilor terapeutului.

Există o mare varietate de forme pe care le pot îmbrăca rezistențele, în afara dezacordului direct cu interpretările analistului asociații multiple și superficiale, pauze prelungite în fluxul asociațiilor, întâzieri și absențe de la terapie, apariția de noi simptome, posibilitatea de a adormi în timpul ședinței

de psihoterapie etc. Nu este de fel greu de înțeles de ce se manifestă rezistențe. Pacientul a izbutit să ajungă la un anumit gen de adaptare, de a face față propriilor probleme de viață. El va lupta împotriva asociațiilor libere pentru că simt că se întră într-un teritoriu nesigur unde este amenințată lumea pe care și-a făcut-o pacientul. Mai mult, unele din dorințele și tendințele inconștiente ale pacientului sunt de așa natură încât o dată ajunse în conștiința nu pot fi acceptate de el, cel puțin la început, pentru că sunt prea terifiante. Pacientul este speriat de propriile sale tendințe și dorințe pe care nu le poate admite.

Nuignoranța, necunoașterea propriilor sale probleme, ci rezistențele îl împiedică pe pacient să-și înțeleagă dificultățile. Sarcina terapiei este să analizeze rezistențele pentru a demonstra pacientului în ce măsură acestea îl împiedică să afle cauza a ceea ce îi provoacă disconfortul prezent.

Ultimul tip de rezistență se manifestă atunci când pacientul renunță la psihoterapie. Pentru a depăși această situație este nevoie de un transfer puternic asupra terapeutului. Spre sfârșitul terapiei relația transferențială slăbește și pacientul învață treptat să facă față singur situațiilor, să se bazeze pe sine însuși. Din timp în timp se reactivează vechile tendințe care se vor manifesta în reapariția sentimentelor de frustrare, trăire ce se soldează cu noi încercări ale pacientului de a sta pe propriile sale picioare. Egoul pacientului devine treptat tot mai puternic până în momentul când este capabil să renunțe la dependența sa față de terapeut.

e) **Contratransferul**

Psihanaliza reprezintă în mare măsură o experiență emoțională pentru pacient, dar și pentru psihanalist, la care se poate manifesta sub forma contratransferului în cursul căruia acesta răspunde emoțional la solicitările efective ale pacientului.

Analiza didactică pe care trebuie să o facă orice viitor psihanalist trebuie să împiedice apariția contratransferului. Cu toate acestea analiza nu este absolută și mai există uneori zone neexplorate la nivelul personalității terapeutului. Controlul sentimentelor față de pacient, fără însă a deveni nereceptiv și lipsit de înțelegere umană, este problema fiecărui terapeut. Acesta trebuie să aibă înțelegere față de pacient, să fie responsabil la problemele acestuia, dar în același timp să-și controleze propriile sentimente și atitudini.

f) **Analiza egoului**

Analiza funcțiilor egoului reprezintă, de asemenea, un proces important în cadrul psihanalizei.

După cum afirma French (1947), există în psihanaliză și o practică standard de a nu trece la interpretările Id-ului până când nu se realizează analiza forței și naturii specifice a atitudinilor conștiente și comportamentului subiectului care pot influența punerea în acțiune a rezistențelor la diverse interpretări. Aceasta este "analiza ego-ului".

Aceasta înseamnă că analistul tinde să înțeleagă nu numai care sunt rădăcinile trecute ale problemelor actuale, ci și ce aspecte curente ale vieții pacientului sunt active la un moment dat. Deci, terapeutul lucrează întâi prezentul; el nu poate analiza de fapt trecutul, ci doar îl reconstruiește.

Subliniind rolul întăririi funcțiilor integrative ale egoului, French (1945) arată ca analistul nu trebuie să se centreze doar pe impulsurile reprimite și pe mecanismele de apărare ale ego-ului, ci și asupra problemelor actuale pentru care egoul caută să găsească o soluție.

g) **Interpretările**

Pe măsură ce tendințele se desfășoară apar semnificații și conexiuni legate de probleme de bază ale pacientului. Bineînțeles, analistul este primul care începe să dezvăluie conținuturi semnificative în aparentă dezordine a informațiilor că rezultă din materialul produs de pacient.

Decizia când anume trebuie să se facă o interpretare unui pacient este luată în funcție de aprecierea terapeutului asupra măsurii în care pacientul poate face față respectivei interpretări. Această apreciere depinde, la rândul său, de existența transferului și de înțelegerea mecanismelor de apărare a egoului.

Interpretările făcute prea timpuriu de către un analist amator pot arunca un pre-psihotic în criză sau un anxios într-o stare de panică.

Interpretarea nu este un sfat, o sugestie, o încercare de influențare a pacientului sau o proiectare a opiniilor și atitudinilor analistului. În același timp, interpretările date de analist nu sunt irefutabile, validitatea lor depinde de verificarea lor de către pacient în ședințele viitoare, prin mecanismul asociațiilor libere și cel al analizei viselor.

Interpretarea analitică constă deci în aceea că terapeutul ordonează materialul discontinuu produs de pacient în cursul asociațiilor libere și analizei viselor, conferindu-i o explicație cu sens prin prisma conceptelor psihanalitice. Aceste interpretări realizate de psihoterapeut îl ajută pe pacient să obțină insight-ul cu privire la conținuturi inconștiente, surse ale unor comportamente dezadaptative.

Arta interpretărilor are drept scop principal, după Freud, identificarea rezistențelor pe măsură ce ele apar și determinarea pacientului să devină conștient de ele. Când rezistențele sunt eliminate pacientul poate proceda, prin intermediul asociațiilor libere, la abordarea materialului reprimat, aducând în conștiința conținutul inconștient.

h) Prelucrările asupra materialului produs de pacient

Prelucrarea este un proces descris ca reprezentând continuarea demersului analitic sub forma unor interpretări specifice ulterioare, în ciuda eșecului pacientului de a accepta sau asimila emoțional interpretările sau construcțiile inițiale oferite de terapeut și care se referă la anumite aspecte ale personalității pacientului.

Acest procedeu este foarte costisitor sub aspectul timpului, el "mâncând" multe ore de psihanaliză. Pacientul tinde mereu să se întoarcă spre comportamentele sale infantile iar terapeutul nu face altceva decât să aibă răbdare și să aștepte reluând materialul propus mereu, din diferite unghiuri de vedere așa cum sugera Freud, sau, devenind mai activ, așa cum este de părere Ferenczi (1926).

Putem spune, așadar, că demersurile psihanalizei sunt (Karasu, 1980):

- clarificarea, care înseamnă a pune un anumit eveniment sub lumina reflectorului atenției, separând aspectele esențiale de cele neesențiale;
- interpretarea, care caută ceea ce se ascunde în spatele materialului furnizat de pacient, subliniind cauzele și sensul unui material sau proces;
- prelucrarea asupra materialului asociativ, care reprezintă o explorare progresivă, repetitivă a interpretărilor și rezistențelor care apar în cursul interpretărilor, până ce semnificațiile psihologice ascunse sunt pe deplin integrate și înțelese de pacient.

Terminarea curei analitice

Cu privire la această problemă nu există un răspuns standard. Încă Freud era de părere că din punct de vedere teoretic există și analize care se prelungesc un timp nedefinit.

Scopul psihanalizei nu constă doar din a-l ajuta pe pacient să rezolve o anumită problemă specifică, ci mai degrabă să-și pună în acțiune resursele psihice pe baza cărora va putea face față oricărei probleme de natură emoțională.

Odată ce s-a obținut "insight-ul" pacientul trebuie să devină capabil să facă față unor probleme diferite de viață. Acesta este procesul psihoterapeutic de reeducare.

Psihologii consideră că acest proces este posibil după ce pacienții și-au examinat, conștientizat și înțeles propriile probleme și reacții.

Atâta timp cât psihanaliza este considerată o terapie de reconstrucție a personalității și nu una centrată pe simptom, este necesar ca o cură să aibă ca efect schimbări în sfera personalității.

Un studiu realizat de Obendorf (*cit. Watson, 1963*) pe baza unor chestionare a demonstrat că rezultatele terapiei analitice sunt pertinente când:

- pacientul dobândește capacitatea de a-și accepta sexualitatea;
- obține o mai bună adaptare socială;
- dobândește înțelegerea mecanismelor care stau la baza dificultăților sale actuale.

După Lorand (*cit. Watson, 1963*) alte criterii ar fi:

- reducerea tendinței de a deveni anxios, de a avea comportamente regresive, de a evita realitatea;
- dezvoltarea unor atitudini pozitive de toleranță și acceptare a celorlalți.

Dispariția amneziei infantile este considerată de unii autori un indicator important al succesului curei psihanalitice. Dacă subiectul mai păstrează amnezii referitoare la perioada primilor cinci ani de viață, atunci analiza nu este considerată completă. Asupra acestui criteriu există astăzi discuții.

Este importantă, de asemenea, dizolvarea relației transferului care s-a dovedit operativă pe parcursul desfășurării analizei. Atâta timp cât subiectul mai are relații de tip infantil cu un părinte sau cu o figură parentală reprezentată de psihanalist - cel analizat rămâne în continuare infantil sub aspect emoțional.

În concluzie, putem spune că în psihanaliză procesul psihoterapeutic funcționează, în principal, pe baza a trei aspecte – mecanisme:

- abreacția sau descărcarea emoțională (catharsisul);
- insight-ul sau înțelegerea imediată a problemelor;
- apariția conștientizării unor conținuturi de natură inconștientă (a amintirilor refulate, amintiri ce aparțin mai ales copilăriei).

Reexaminarea relației de ajutorare a pacientului din punctul de vedere al psihoterapiei dinamice moderne.

Casament (1992) a arătat că psihoterapia conține o serie de paradoxuri dintre care menționăm câteva:

1. Pentru fiecare subiect există două realități - una externă și una internă. Realitatea externă este trăită prin prisma realității interne, care la rândul ei este modelată de experiențele trecute. Terapeutul trebuie să ia act de ambele realități și de interrelațiile permanente dintre ele.

2. Există mai multe moduri în care subiectul își poate aminti ceva: reamintirea obișnuită, realizată la nivel conștient și reamintirea prin care se dezvăluie conținuturi inconștiente. Aceasta din urmă se caracterizează printr-o imagine mult mai vie, plină de detalii, care parcă sunt retrăite în prezent. De regulă aceste conținuturi nu se referă la experiențe agreabile ci la evenimente psihotraumatizante, producătoare de anxietate, despre care se poate spune în termeni analitici că reprezintă rezultatul căutărilor și încercărilor inconștientului de a controla anxietățile până atunci incontrolabile.

3. Nimeni nu are acces în mod obișnuit la propriul inconștient fără ajutorul altei persoane. Dacă conținuturile inconștiente pot fi interpretate într-un mod tolerabil și cu semnificație pentru subiect, ceva ce înainte fusese refuzat, va putea pătrunde în câmpul conștiinței.

4. De regulă terapeutul este cel care încearcă să descifreze conținuturile inconștiente ale subiectului. Ceea ce se ignora însă este că și pacientul "citește" cu sau fără voie inconștientul terapeutului, ceea ce înseamnă că acesta nu mai apare ca un ecran alb așa cum îl vroia Freud și din acest motiv este necesar să avem în vedere această realitate clinică.

5. Terapeutul se străduiește să nu facă greșeli sau să nu cadă în capcana propriilor comportamente defensive. Cu toate acestea, acest lucru se întâmplă uneori și în aceste situații pacientul profită de aceste greșeli, dând o nouă turnură procesului terapeutic. Acesta din urmă poate fi îmbogățit când terapeutul este capabil să învețe de la pacient.

6. Terapeutul analist trebuie, uneori, să tolereze perioade lungi în care se simte ignorant și neajutorat ceea ce îi poate produce anxietate. Analistul cu experiență trebuie să se comporte adecvat atunci când se află în această ipostază, pentru a putea rămâne deschis la informațiile care pot să apară.

Utilizarea teoriei analitice îl ajută pe terapeut să se descurce în perioadele în care nu știe pe ce drum să apuce (excepție fac situațiile în care terapeutul este cuprins de momente de inspirație subită).

Cu toate acestea, teoria trebuie să slujească demersului terapeutic real, nu să-l subjuge.

Dacă terapeutul poate tolera anxietatea de a nu fi competent, de a nu ști și își dezvoltă capacitatea de a aștepta până când apare ceva cu adevărat semnificativ, este asigurat succesul terapiei și se evita riscul de a proiecta asupra pacientului decepția de a nu fi înțeles esența problemei sale.

Fiind prea pregătit să aplice imediat o teorie gata fabricată, terapeutul poate deveni surd la informații neașteptate.

7. Când terapeutul se confruntă cu elemente ale comunicării inconștiente din partea pacientului, el adesea intră în contact cu ceva ce denumim procesul de gândire primară.

Este necesar ca el să fie capabil să înțeleagă paradoxurile logicii inconștientului.

De pildă (un exemplu de gândire primară), în mod firesc noi considerăm în mod inconștient că toate relațiile sunt simetrice.

Astfel, dacă Ion e supărat pe Maria, noi percepem în mod inconștient că și Maria este supărată pe Ion.

Pe plan inconștient partea este identificată cu întregul, iar interiorul și exteriorul sunt abordate în mod identic.

Așa cum arăta încă Freud, la nivel de inconștient nu există negație sau contradicție și nici conceptul de timp.

Dacă transferul este abordat în logica inconștientului, putem să ne așteptăm ca relația prezentă să fie similară cu o relație anterioară din istoria vieții pacientului.

Această similaritate poate fi inițiată atât de pacient cât și de terapeut. Cel mai adesea se consideră că pacientul este cel care proiectează elemente ale experienței trecute asupra terapeutului sau situației terapeutice. Experiența clinică a arătat că nu de puține ori terapeutul este cel care, fără voia lui, se poate comporta astfel încât să readucă în prezent unele elemente din trecutul pacientului.

Din acest motiv relația transferențială are un caracter atât de pregnant și imediat.

La nivel inconștient poate avea loc și o confuzie între experiența "eului" și a "celorlalți". Ce conținut vine de la cineva într-o relație bilaterală nu apare cu claritate la nivel de subconștient. Aceasta se întâmplă datorită faptului că procesul de comunicare la acest nivel poate fi în același timp

proiectiv (o persoană proiectează ceva asupra alteia) sau introectiv (o persoană interiorizează ceva ce aparține alteia).

8. Reacționând la elementele obiective ale relației de similaritate, pacienții reacționează și la modul în care percep ei realitatea externă în termeni de afectivitate. Astfel, de pildă, un pacient poate să devină conștient de relația sa de dependență față de terapeut. Această dependență poate evoca un set inconștient de alte reacții care implică dependența cum ar fi, spre exemplu, asocierea dependență - separare, fapt ce poate atrage un anumit gen de comportament din partea pacientului. Aceasta explică de ce chiar o întrerupere scurtă în cursul terapiei ajunsă la un stadiu mai avansat, în care se ajunge la o dependență regresivă infantilă, poate fi mai traumatică decât o întrerupere mai îndelungată a terapiei aflată într-un stadiu mai timpuriu.

9. Retrăirea trecutului nu este totdeauna legată direct de relația analitică (terapeut - pacient), ca în cazul următor:

*** Caz 1.**

Dna P. s-a trezit plângând fără motiv după ce și-a culcat băiețelul de 4 ani. Ea nu reușea să-și explice ce a apucat-o. Asociațiile puneau acest fapt în legătură cu copilul care fusese foarte neastâmpărat în timpul zilei, manifestând reacții de opoziție la absolut tot ce-i cerea ea. Mama i-a cerut să meargă în camera lui, iar când copilul a refuzat, ea a țipat la el. Copilul s-a supus și nu au mai apărut probleme.

Dna P. credea că plânsul ei avea ceva legătură cu incidentul respectiv, dar nu înțelegea ce a enervat-o atât de rău. Ceea ce era mai ciudat era că copilul se purtase bine până atunci. Ea s-a întrebat dacă nu cumva a enervat-o și faptul că copilul a refuzat să se culce până când ea i-a sugerat se culce în patul tatălui său după care s-a culcat imediat.

Dacă analizăm secvența rezultă că ea își are originea în relația mama - copil; copilul neascultător o face pe mama să plângă.

De fapt, analiza ulterioară scoate la iveală o experiență timpurie a mamei – propria ei mamă obișnuia să țipe la ea când nu era cuminte și asta mai ales după ce s-a născut fratele ei mai mic. Pacienta a refuzat să mănânce iar mama a trimis-o la internat până când a ajuns din nou la greutatea normală.

Asociațiile evocate au scos în evidență faptul că fratele ei mai mic avea voie să stea cu mama (aici fiul ei are voie să stea cu tatăl). Se observă că mama care plânge se identifică de fapt cu copilul care a fost certat. Mai mult, iese la iveală relația de excludere (fratele ei are voie să doarmă cu mama), relația ce a fost retrăită în prezent cu un echivalent al relației dintre fiul ei și soț. Fiecare relație include elementele relației părinte-copil și trăirea cuiva care a fost exclus.

10. Terapeutul este antrenat să-și controleze relațiile de contratransfer asupra pacientului. Cu toate acestea mulți pacienți devin victima relațiilor contratransferențiale ale terapeuților. Aceasta se întâmplă deoarece terapeutul are tendința de a avea o atitudine față de cele petrecute în timpul analizei. De pildă, el poate trăi sentimentul de: de „deja vu” când apar elemente comune între situația clinică actuală și alte situații cu care s-a confruntat în trecut. Aceasta îl face pe terapeut să răspundă unei noi situații cu un fals sentiment de recunoaștere.

*** Caz 2.**

O femeie se află în terapie la un terapeut începător de sex masculin (Protocolul e luat la penultima ședință înainte ca terapeutul să plece în vacanță) (Casament, 1992).

Pacienta: *Ar trebui să mă asculți azi cu mai multă grijă pentru că am fost la dentist. El a scăpat freza și mi-a rănit limba, așa că mi-e greu să vorbesc.*

Terapeutul: *(se repede să facă imediat legătura cu întreruperea ce va urma datorită vacanței):*

Cred că ți-e teamă că nu voi fi destul de atent cu tine pentru că mă pregătesc să plec în vacanță, în așa fel încât vorbele mele te vor răni pentru că trebuie să plec.

Pacienta: *Nu, de fel (liniște).*

Terapeutul: *Cred că utilizezi tăcerea ca un mod de a mă părăsi înainte ca eu să fiu cel care te părăsește.*

Pacienta: Nu. De fapt chiar mă gândeam să renunț la terapie pentru că lucrurile merg mai bine cu mine. Relațiile mele exterioare s-au îmbunătățit.

Terapeutul: (care avea în minte ceea ce învățase în legătură cu modul în care se încheie o terapie); Simți că aceste realizări se datorează lucrului nostru comun sau sunt doar efectul progresului tău?

Pacienta: Sunt o realizare a mea personală.

Terapeutul a încercat s-o convingă pe pacientă să mai reflecteze în legătură cu decizia de a întrerupe terapia.

Cu toate acestea, la următoarea ședință pacienta a afirmat faptul că nu mai are bani suficienți să continue terapia.

Pacienta a pus în funcțiune un pattern de comunicare indirectă; stomatologul neglijent aparține unei categorii de medici neglijenți din care face parte și terapeutul.

Intervenind prea devreme, terapeutul a pierdut șansa de a afla dacă afirmația se referă sau nu la el.

11. Re-orientarea ședinței de analiză

Uneori în timpul unei ședințe de psihanaliză este necesar ca terapeutul să lase impresia că știe, deși nu știe. Adesea pacientul va produce materialul suplimentar pentru descifrarea conținutului inconștient care până atunci rămăsese ascuns.

* Caz 3

O pacientă de 25 de ani, află că în al doilea an de psihanaliză, rămâne însărcinată – lucru pe care și-l dorea de mult. sora ei mai mică având deja un copil.

În primele luni de sarcină pacienta a păstrat secretul sarcinii, fiind informați doar soțul și terapeutul. Păstrarea secretului era importantă pentru ea deoarece ea a suferit mereu de tentativele mamei de a-i controla existența. Căsătoria i-a permis să se elibereze de tirania mamei văduve, ea locuind suficient de departe de aceasta, fapt ce nu-i permitea să se mai amestece în viața pacientei.

După câteva luni pacienta a venit la terapie foarte necăjită pentru că sora ei i-a descoperit secretul și ea va fi obligată să-i spună mamei adevărul înainte de perioada hotărâtă de ea.

De când sora sa a întrebat-o în legătură cu sarcina, pacientei i-a apărut o puternică durere de cap.

Terapeutul a interpretat simptomul ca fiind rezultatul anxietății legate de intervențiile brutale ale mamei în viața ei. Pacienta a fost de acord cu interpretarea. Sarcina a fost prima ei experiență în care nu s-a amestecat nimeni. Nici căsătoria nu a fost scutită de aceasta. Durerile de cap însă au continuat.

Interpretare: Aluzia pacientei cu privire la căsătorie este interpretată de terapeut prin aceea că pacienta se teme și de faptul că soțul se va amesteca în viața ei, căsătoria fiind o altă variantă a relației cu mama - și anume că ea va fi controlată de cineva.

Terapeutul va reorienta procesul terapiei. Dacă până acum a interpretat durerea de cap ca fiind produsă de teama de a nu fi dirijată de mama, apare acum posibilitatea de a o interpreta ca o aluzie la copil; nu cumva simptomul reprezintă teama pacientei legată de faptul că copilul ar simboliza încercarea mamei de a pune stăpânire pe ea din interiorul corpului.

Pacienta a acceptat interpretarea și a scos la iveală gândul ascuns că și-ar putea urî propriul copil, adăugând că durerea de cap ar putea fi expresia conflictului dintre iubirea protectoare pentru copil și impulsul ei de a scăpa de orice i-ar îngrădi libertatea. După ședință ea constată că pentru prima dată, după multe zile, durerea de cap a încetat.

12. Insight oferit sau impus?

Interpretările nu sunt totdeauna oferite de analist, ci pot fi și forțate, impuse. Dacă pacientul refuză interpretarea, aceasta este o dovadă că ea e adevărată și că pacientul a pus în acțiune rezistențele.

Dar, pentru că este posibil ca și terapeutul omniscient să greșească, el trebuie să se lase ajutat de pacient.

Pentru ca terapeutul să nu impună pacientului propriile idei, el trebuie să fie eliberat de dorința prea puternică de a vindeca și de a influența.

Când pacientul refuză o interpretare sau o acceptă formal, se spune că este vorba de rezistențele acestuia. De multe ori este așa, dar e posibil ca terapeutul să nu fi observat ceva sau să manifeste propriile sale rezistențe (nu vrea cu nici un preț să renunțe la interpretarea sa).

Exemplu:

Un terapeut de sex feminin aflat în pregătire, afirma în fața grupului de lucru format din colegi, că are un pacient care țipă la ea în timpul ședințelor de psihoterapie și ea nu poate înțelege de ce, suportând cu calm țipetele acestuia.

În urma discuțiilor cu colegi a rezultat faptul că terapeuta era "surdă" la ceea ce dorea să comunice pacientul și că acesta striga, doar – doar se va face cumva înțeles. Terapeuta a reflectat asupra acestei sugestii și a raportat faptul că a reușit să înțeleagă ceea ce dorea să spună pacientul, iar acesta din urmă s-a liniștit.

Desigur, aceasta nu înseamnă că pacienții trebuie să controleze procesul terapeutic.

Pentru a ne apăra de distorsionările produse de excesul de interpretări teoretice, terapeutul trebuie să-și pună următoarele două întrebări:

- (1) Este respectată individualitatea pacientului – acesta este ignorat sau se încearcă manipularea lui forțată?
- (2) Cine și ce conținut aduce la un moment dat în timpul procesului analitic și de ce?

Un alt exemplu de interpretare greșită:

*** Caz 4.**

Încă într-o fază timpurie a analizei, d-na B (care suferise arsuri grave când avea 11 luni) îi spune terapeutului că suferințele și amintirile acelei traume îi albesc părul. Terapeutul se uită cu atenție și nu vede nici un fir de păr alb. Atunci el se întreba dacă nu cumva aceasta este o invitație de a se apropia fizic de pacientă, ea încercând o manipulare isterică.

Ascultând însă cu atenție cele spuse de d-na B, care puneau în evidență o mare suferință interioară, terapeutul și-a spus că se află pe o pistă greșită, căutând semne exterioare și nu interioare. Pacienta se referea de fapt la lumea sa interioară, ea spunând că experimentele traumatizante din copilărie au îmbătrânit-o în mod prematur. Rănile ei psihice nu fuseseră vindecate.

Psihoterapia dinamică post-freudiana

Modelul prototip pentru terapiile dinamice este psihanaliză clasică întemeiată de Freud.

Celelalte terapii de orientare analitică aduc modificări atât sub aspect conceptual teoretic, cât și sub aspectul metodologic (durata terapiei, cazuistica abordată). Aceste sisteme încearcă să depășească parțial sau total accentul exagerat pus de Freud asupra aspectelor biologice ale personalității, subliniindu-se și rolul unor aspecte sociale, etice și culturale în determinismul psihismului uman (Adler; Horney; Sullivan; Fromm; Reichmann; Meyer; Masserman și alții). Jung lărgeste temporalitatea personalității umane, accentuând ceea ce el denumea trecutul său primordial, iar Rank, Alexander, Deutsch și Karpman extind sfera procedurilor de tratament precum și scopurile psihoterapiei.

Se încearcă și remanierea relației pacient - terapeut indicându-se ca terapeutul să fie mai flexibil, mai direct și/sau mai activ în relația cu pacientul (Adler; Sullivan; Rank; Alexander; Stekel; Ferenczi; Rosen).

Deși încă mulți psihanalisti continuă să fie adepții curei psihanalitice clasice pe termen lung, care poate dura ani de zile, au apărut și reprezentanți ai unor psihoterapii analitice de scurtă durată.

Mann (1973) descrie așa-numita „psihoterapie limită în timp”. Această abordare, centrată în principal asupra reducerii simptomelor, utilizează metodele psihodinamice în cursul unui tratament care durează 12 ședințe. Poate că cel mai extins program de psihoterapie dinamică de scurtă durată, care cuprinde și cea mai importantă componentă de evaluare aparține lui Strupp și colaboratorilor (Strupp, 1981, cit. Coleman; Butcher; Carson, 1984).

Acest sistem, cunoscut sub denumirea de „psihoterapie dinamică limitată în timp” merge mai departe decât programul lui Mann doar de reducere de simptome, având pretenția de a produce modificări durabile în sfera personalității pacienților în cursul unei terapii care durează 25-30 de ședințe.

Au mai apărut și alte diferențe în psihoterapia dinamică contemporană. Astfel, terapeuții analiști tind să acorde o atenție mai mare funcțiilor ego-ului, considerându-l pe acesta ca pe un factor de dezvoltare și de control al vieții individuale (Hartmann, 1958). Astfel, omul este considerat ca o ființă care este mai capabilă de a se autocontrola și mai puțin dominată de experiențele refulate ce țin de sexualitatea timpurie, ca în psihanaliza tradițională.

Deși evenimentele din copilărie sunt în continuare considerate ca experiențe formative importante, psihanalistii contemporani pun un accent ceva mai mare pe relațiile interpersonale și pe situațiile actuale ale pacientului. Există diferențe de opinii între psihanalisti și în ceea ce privește cazuistica abordată. Dacă psihanalistii ortodocși lucrează doar cu cazuri considerate în mod clasic ca fiind potrivite pentru psihanaliză (fobii, acte compulsiv-obsesive, stări anxioase, isterii), alți psihanalisti au curajul să abordeze și cazuri mai dificile cum ar fi de pildă, personalitățile schizoide, paranoide sau pacienții cu depresii moderate.

În ciuda acestor modificări psihanaliza este criticată și astăzi de mulți autori mai ales pentru durata ei prea lungă (fapt ce o face să fie și foarte costisitoare pentru pacient), pentru faptul că se bazează pe o teorie discutabilă asupra naturii umane, pentru neglijarea problemelor curente ale pacienților și accentuarea conflictelor inconștient timpurii.

Deoarece își propune o restructurare profundă a personalității, ea are un câmp de aplicare mai restrâns, fiind potrivită pentru persoane cu inteligență medie sau peste medie, cu o situație financiară bună și care nu suferă de boli psihice majore.

Cu toate acestea, există multe mărturii din partea unor persoane care au beneficiat de pe urma psihanalizei, care i-a ajutat să se autocunoască și să se înțeleagă mai bine, să se elibereze de anxietate și conflicte interioare și să-și îmbunătățească relațiile interpersonale.

CAPITOLUL 3 PSIHOTERAPIILE DE ORIENTARE COMPORTAMENTALA

Orientarea comportamentală a apărut ca o reacție față de psihoterapiile bazate pe "insight" (iluminare) care puneau un accent deosebit pe forțele ascunse, de natură inconștientă ale psihicului uman.

Baza teoretică a terapiilor comportamentale își are originea în teoriile învățării, care considerau că personalitatea umană se structurează și funcționează în raport de stimulii exteriori, de situațiile, rolurile și interacțiunile sociale și nu de forțele psihice interne, abisale.

În formele sale extreme, orientarea comportamentală neagă total existența factorilor psihologici de natură interioară.

Terapeuții comportamentaliști se ocupă de comportamentul observabil și de condițiile de mediu care îl modelează, psihoterapia fiind înțeleasă ca un proces de învățare. Conform acestei orientări nevroza este considerată ca un fenomen învățat și prin aceasta își pierde caracterul misterios.

Reacțiile, emoțiile și deprinderile dezadaptative au fost achiziționate în cursul istoriei vieții individuale și ele s-au fixat deoarece au permis cândva subiectului să evite anumite experiențe traumatizante. Ele tind să fie repetate nu numai în prezența stimulilor aversivi care le-au generat ci și într-o serie de situații cu caracter similar. Aceste reacții nedorite fac obiectul psihoterapiei care își propune să le elimine. Deci, în concepția comportamentaliștilor, psihoterapia nu mai vizează o restructurare și reconstrucție a personalității, ci doar reducerea și eliminarea simptomelor.

Astfel, Reyna (*cit. Lazarus, 1987*) arată că psihoterapia este considerată ca un set de procedee menite să elimine o multitudine de reacții emoționale cu caracter dezadaptativ, de comportamente nedorite și să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă față sarcinilor cotidiene, să interacționeze adecvat cu alte persoane și situații.

Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale sunt cele de întărire socială și de control al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea și manipularea stimulilor ambianței astfel încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate și în felul acesta să crească și probabilitatea de manifestare. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului bazat pe cunoașterea condițiilor care permit modificarea acestuia.

Decon condiționarea ca principiu terapeutic nu reprezintă o noutate în terapie. Încă înainte ca teoriile învățării să capete în psihologie o amploare atât de mare, a fost utilizată așa numita tehnică a « practicii negative » (Dunlap, 1917, 1932) în tratamentul logonevrozelor și nevrozelor motorii (mai ales în terapia ticurilor). Această tehnică solicită pacientul să practice în mod deliberat deprinderea greșită astfel încât aceasta să se supună controlului voinței. Aceste procedee sunt cunoscute sub denumirea de decon condiționare, desensibilizare sau reeducare.

După anul 1950 aceste practici psihoterapeutice a luat amploare, astfel încât la ora actuală orientarea comportamentalistă a devenit una din direcțiile prioritare în psihoterapia contemporană.

Terapeuții de orientare comportamentalistă citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson și Rayner (1920) în cursul cărora un copil de 11 luni a fost condiționat să dezvolte o reacție de frică în prezența

unui șobolan alb, prin asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic. Treptat teama s-a generalizat, ea apărând și la alte animale sau obiecte fabricate din blană sau pluș.

Watson și Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale afirmând că dacă stimulul generator de teamă ar fi asociat cu un stimul agreabil, teama ar fi eliminată.

Astfel, dacă pacientul este instruit să-și imagineze o experiență anxiogenă într-o situație terapeutică relaxantă și securizată el va constata curând că experiența respectivă nu este urmată de consecințele negative așteptate, reacția de evitare având un caracter nevrotic, prin intermediul unor procedee de acest tip pacientul învață să discrimineze între pericolele reale și fricile sale raționale. Această interpretare pune accentul pe înțelegerea semnificației stimulilor de către pacient, ea depășind limitele stricte ale conceptului de condiționare.

Din acest motiv mulți psihoterapeuți contemporani tind să interpreteze în felul acesta condiționarea, ei generând orientarea denumită « psihoterapie cognitiv-comportamentală » (Goldfried și Goldfried, 1975; Meichenbaum, 1974)

psihoterapie cognitiv-comportamentală" 1974).

Această abordare reduce discrepanță dintre psihoterapiile dinamice și cele comportamentale. Diferența esențială între cele două orientări terapeutice menționate mai sus constă în modalitatea lor diferită de abordare a simptomelor. Orientarea dinamică este de părere că simptomul nu este important prin el însuși, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie scos la lumină și numai în felul acesta pacientul va deveni mai adaptat la existență.

Pentru terapeuții comportamentaliști această orientare este un nonsens. Simptomul nu simbolizează nici o problemă mai profundă, ci reprezintă el însuși o problemă care trebuie eliminată fără pretenția de a modifica altceva din structura personalității pacientului. Dacă simptomul a fost achiziționat prin învățare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcția dezvățării, procesul de învățare fiind inversat.

În concepția terapeuților de orientare dinamică înlăturarea simptomului nu este considerată vindecare. Mai mult, această eliminare fără atacarea procesului nevrotic de bază este considerată periculoasă pentru că simptomul este doar expresia superficială a unui proces psihopatologic profund, care poate genera noi simptome adesea mai severe decât cel abordat.

Terapeuții comportamentaliști nu-și pun astfel de probleme, scopul psihoterapiei constând în decon condiționarea subiectului de comportamente nedorite și în înlocuirea lor cu comportamente dezirabile.

În perspectiva behavioristă persoana dezadaptată este diferită de cea normală prin aceea că a eșuat în dobândirea unor abilități de a face față evenimentelor cotidiene și în același timp a achiziționat modele de comportament greșite.

Tehnici ale psihoterapiei comportamentale (După Coleman; Bucher; Carson, 1984)

1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite

Modelele de comportament învățate au tendința de a slabi și de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situațiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane.

Astfel, copilul Billy, de 6 ani (Coleman; Bucher; Carson, 1984) a fost adus la clinica de neuropsihiatrie infantilă pentru că detesta școala, comportamentul său în clasă având un caracter agresiv care deranja lecțiile și făcea ca Billy să fie respins de colegii săi.

Observând cu atenție comportamentul părinților în timpul interviului clinic psihoterapeutul a constatat că ambii părinți erau foarte permisivi și aprobau tot ce făcea sau spunea copilul. Programul de psihoterapie propus a cuprins următoarele etape:

a) *Părinții au fost ajutați să discrimineze între comportamentele reale și cele cu caracter demonstrativ ale copilului;*

b) *Părinții au fost învățați să ignore copilul, neacordându-i interes și atenție atunci când pune în funcțiune comportamente demonstrative. Ei trebuiau, dimpotrivă, să manifeste aprobare pentru comportamentele dezirabile;*

c) *Învățătoarea a fost, la rândul ei, instruită să îl ignore pe Billy când acesta se comporta necorespunzător și să-i acorde atenție când se comporta bine.*

Comportamentele nedorite, cu caracter demonstrativ ale copilului, s-au accentuat în clasă în primele zile, ele reducându-se apoi din ce mai mult, nemaifiind întărite de părinți și învățătoare.

Odată cu diminuarea acestor comportamente copilul a început să fie tot mai mult acceptat de colegi, ceea ce a constituit o nouă întărire a modelelor dorite de comportament și a modificat atitudinea sa negativă față de școală.

Există două tehnici psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite:

- terapia implozivă;
- tehnica expunerii (flooding).

Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacțiilor condiționate de evitare a stimulilor axiogeni și din acest motiv sunt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase. Metodele sunt asemănătoare în esență, diferența constând în aceea că în cursul terapiei implozive pacientul se confruntă cu situația axiogenă în plan imaginar, în timp ce în cursul celei de-a doua tehnici confruntarea cu stimulul axiogen are loc chiar în realitate.

În cursul terapiei implozive pacientului i se cere să-și imagineze situații care îi produc anxietate; terapeutul în loc să-l liniștească manevrează astfel situația încât să se producă o creștere masivă a anxietății. Prin expuneri repetate la situații axiogene în condiții de securitate afectivă stimulii axiogeni își pierd forța și comportamentul de evitare a respectivelor situații are tendința să se stingă.

Hipnoza și medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru a crește sugestibilitatea subiectului și a facilita demersul psihoterapeutic. Confruntarea reală cu situațiile axiogene (flooding) se utilizează cu succes mai ales la subiecții cu capacități imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut în astfel de locuri (pe acoperișul unor blocuri, pe poduri etc.).

Într-un studiu pe pacienți cu agorafobie (teama de spații deschise), Emmelkamp și Wesels (1975) au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimuli axiogeni in vivo s-a dovedit superioară celei imaginative.

Cu toate acestea, există și subiecți pentru care expunerea reală la stimuli axiogeni este prea dură.

Aceiași autori (*Emmelkamp și Wesels, 1975*) citează cazul unui pacient agorafobic, care s-a ascuns în pivniță de teama de a nu fi obligat să se plimbe pe strada împreună cu terapeutul.

Datele clinice au demonstrat că deși marea majoritate a pacienților răspund favorabil la aceste tehnici, unii subiecți nu obțin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei.

2. Tehnica desensibilizării sistematice

Această tehnică s-a dovedit utilă în reducerea unor modele de comportament nedorite, prin punerea în acțiune a altor modele comportamentale antagoniste.

Prin tehnica desensibilizării subiectul este învățat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariția anxietății în prezența unor stimuli axiogeni reali sau imaginari.

Tehnica desensibilizării nu se adresează în exclusivitate comportamentelor fixate prin întărirea negativă, ci unei game mult mai largi de situații.

Termenul de "desensibilizare sistematică" îi aparține lui Wolpe (1969). Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiționate, autorul a elaborat o metodă prin care pacientul este învățat să rămână calm și relaxat în situații axiogene. Metoda cuprinde următoarele etape:

a) Învățarea relaxării

Aceasta se realizează în primele șase ședințe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a lui Jacobson (1938). În unele situații se poate apela și la alte tehnici de relaxare, hipnoza, meditație și chiar la medicamente, pentru a facilita destinderea subiectului.

b) Stabilirea ierarhiilor

Tot în cursul primelor ședințe de psihoterapie se stabilește o ierarhie a situațiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare de la situația cea mai axiogenă până la cea mai puțin axiogenă.

De pildă, în cazul unui copil cu fobie de câini, contactul direct cu animalele mari poate reprezenta stimulul cel mai axiogen, pozele cu câini un stimul mai puțin axiogen, iar prezența altor animale mici cu blană - un stimul și mai puțin axiogen.

c) Procedul, desensibilizării

După ce subiectul stăpânește bine tehnica de relaxare i se cere să se relaxeze cu ochii închiși, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începând cu unele neutre și înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, aflat în relaxare, este solicitat să-și imagineze fiecare situație descrisă de terapeut. În momentul în care pacientul afirmă că simte anxietatea, ședința se încheie. Tratamentul continuă până când pacientul devine capabil să rămână relaxat în timp ce își reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacție anxioasă de amploare.

Durata medie a unei ședințe de desensibilizare este de 30 minute, ședințele având loc de 2-3 ori pe săptămână.

Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni.

Există și variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc în vivo, pacientul fiind instruit să se confrunte și cu situații reale pe care și le-a imaginat în timpul ședințelor de psihoterapie.

Wolpe (1969) a subliniat următoarele situații în care tehnica desensibilizării s-a dovedit inefficientă:

- la pacienți cu dificultăți în învățarea relaxării;

- în cazul în care ierarhiile de stimuli anxiogeni sunt irelevante sau pot ghida greșit subiectul;

- în cazul existenței unei inabilități imaginative a subiectului.

Tehnica psihoterapeutică a desensibilizării s-a dovedit utilă într-o serie de situații cum ar fi: reducerea tracului de examen, terapia fobiilor, a tulburărilor anxioase, cât și în unele cazuri de impotență și frigiditate.

3. Psihoterapia aversivă

Această metoda presupune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancțiunilor. Sancțiunea presupune atât înlăturarea întăririlor pozitive cât și utilizarea unor stimuli aversivi. Cel mai des utilizați stimuli aversivi sunt șocurile electrice. Deși utile, pedepsele sunt rareori utilizate ca unică metodă de tratament.

Prima utilizare sistematică a tehnicii aversive aparține lui Kantorovich (1930) care a tratat alcoolicii prin administrarea unor șocuri electrice asociate cu prezentarea vizuală, mirosul și gustul unor băuturi alcoolice.

Ulterior tehnica aversivă a fost aplicată la o gamă largă de tulburări sau deprinderi greșite cum ar fi: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, mâncatul excesiv, dependența de droguri, deviații sexuale și chiar în cazul unor comportamente psihotice bizare.

La ora actuală utilizarea șocurilor electrice ca stimuli aversivi a scăzut mult, atât datorită aspectelor etice implicate cât și datorită faptului că noile comportamente dezirabile induse prin această metodă nu au tendința de a se generaliza și la alte situații decât strict la cele asupra cărora s-a acționat direct.

Au fost puse la punct procedee mai puțin periculoase și mai eficiente, cum ar fi, de pildă, metoda întăririi diferențiate în cadrul căreia sunt întărite comportamentele incompatibile cu cele indezirabile.

Psihoterapia aversivă reprezintă o modalitate de a stopa răspunsurile dezadaptative pentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea de a produce modificări în stilul de viață al subiectului prin încurajarea modelelor de comportament adaptative care au tendința de a se autoîntări. Acest element prezintă o importanță deosebită deoarece, astfel, pacientul se va abține de la comportamentul nedorit în situația psihoterapeutică în care este sancționat, el continuând însă să le manifeste în situațiile reale, unde se simte în siguranță.

4. Metoda modelării

Această metodă presupune însușirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane cum ar fi terapeutul sau părintele.

Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament realizate de către terapeut și încurajat să le imite.

Astfel, de pildă, modelarea s-a dovedit eficientă în acumularea unor deprinderi de alimentare independentă la copiii deficienți mintal.

5. Psihoterapia asertivă

Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizat atât ca metodă de desensibilizare cât și de formare a unor abilități de a face față diverselor situații de viață. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul persoanelor care au dificultăți în stabilirea unor contacte interpersonale datorită anxietății accentuate care îi împiedică să se exprime liber și chiar să-și manifeste sentimentele de afecțiune.

Psihoterapia asertivă este indicată și în cazul subiecților care în mod constant îi lasă pe ceilalți să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor.

Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăța pe subiect să-și exprime deschis și adecvat gândurile și sentimentele. Acest antrenament se desfășoară în etape, comportamentul asertiv fiind practicat inițial în cabinetul de psihoterapie și abia ulterior în viața reală. Se acordă o atenție sporită dezvoltării unor deprinderi și abilități de relaționare interpersonală.

Pacienții timizi sunt învățați să adreseze altor persoane remarci directe și mai puțin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate (de pildă, se pot adresa partenerului remarci de tipul: "nu-mi place cum te-ai pieptănat", sau "această rochie nu-ți stă bine" etc.).

Wolpe (1969 b) a arătat că psihoterapia asertivă nu este eficientă în cazul fobiilor care se referă la stimuli cu caracter impersonal.

De asemenea, tehnica nu este indicată nici în cazul anumitor tipuri de situații interpersonale, astfel, de pildă, în cazul unei persoane respinse de altcineva, psihoterapia asertivă mai mult tinde să agraveze situația decât să o rezolve.

6. Orientarea ce tinde să reconcilieze psihoterapia comportamentală cu terapia psihodinamică

Arnold Lazarus (1971) este un psihoterapeut flexibil care are tendința de a reconcilia orientarea comportamentală cu cea psihodinamică. El afirmă că, de pildă, în spatele unui comportament fobic se poate ascunde o problemă mult mai complexă și mai profundă a pacientului. În opinia sa, psihoterapeuții

comportamentalisti nu trebuie sa-și aplice tehnica în mod mecanic și rigid, ci trebuie să utilizeze o gamă mai largă de abordări ale pacientului, alegând, în urma unei examinări aprofundate a acestuia, acel demers terapeutic care se potrivește mai bine fiecărui caz în parte.

Arnold Lazarus (cit. Richard Lazarus, 1976, p. 335) prezintă un caz în care fobia de a traversa poduri ascunde în spatele ei un fenomen mai complex, care rămâne neobservat pentru un psihoterapeut comportamentalist care își aplică tehnica în mod clasic.

Pacientul: Simt o frică puternică atunci când trebuie să traversez un pod.

Terapeutul: Mai ai și alte frici sau dificultăți?

Pacientul: Doar complicațiile care rezultă din faptul că mi-e frică să trec peste un pod.

Terapeutul: În ce fel această teamă îți influențează viața?

Pacientul: Am fost nevoit să renunț la un loc de muncă excelent în Berkeley.

Terapeutul: Unde locuiești?

Pacientul: În San Francisco.

Terapeutul: Atunci de ce nu te-ai mutat în Berkeley?

Pacientul: Prefer să locuiesc în oraș.

Terapeutul: Pentru a ajunge la acel institut trebuie să traversezi Golden Gate?

Pacientul: Da. Am consultat un psihoterapeut în San Francisco. Acesta a încercat să mă desensibilizeze, dar nu a reușit, și atunci m-a trimis la dumneavoastră. Nu era chiar atât de rău atunci când eram împreună cu soția și copiii, dar chiar și atunci, Golden Gate, care are o lungime de o milă, mă aducea la capătul puterilor.

Terapeutul: Spune-mi, de cât timp ai această problemă?

Pacientul: De 4 ani. A apărut brusc când mă întorceam acasă de la serviciu pe podul Bay, pe care se circulă foarte încet. Dintr-o dată am fost cuprins de o stare de panică fără motiv. Îmi venea să intru în mașinile din fața mea. O dată am avut chiar senzația că podul se va rupe.

Terapeutul: Să revenim la situația în care panica a apărut pentru prima dată. Spuneai că te întorceai de la muncă. S-a întâmplat ceva la serviciu?

Pacientul: Nimic neobișnuit.

Terapeutul: Te simțeai bine la serviciu?

Pacientul: Da! Eram chiar propus pentru promovare.

Terapeutul: Ce înseamnă asta concret?

Pacientul: 3000 de dolari în plus pe an.

Terapeutul: Asta însemna că trebuie să faci alt fel de muncă?

Pacientul: Da, trebuia să devin șef de serviciu având sub ordine mai mult de 50 de oameni.

Terapeutul: Ce ai simțit în legătură cu această situație?

Pacientul: Nu înțeleg ce vreți să spuneți?

Terapeutul: Mă refer la modul în care ai resimțit responsabilitatea suplimentară. Simțeai că ești la înălțimea ei, că poți să-i faci față?

Pacientul: Soția mea aștepta primul copil. Niște bani în plus mi-ar fi prins bine.

Terapeutul: Deci, în aceeași perioadă așteptai să devii tată și să fii promovat într-o funcție de conducere. Trebuia deci să faci față la doua noi roluri sociale solicitante - "tătic" acasă și "tătic" la serviciu. Aceasta s-a întâmplat atunci când ai fost cuprins de panică pe pod. Sunt convins că nu ai ajuns niciodată șef.

Pacientul: Nu. A trebuit să-mi cer transferul în oraș.

Terapeutul: Acum te rog să analizezi cu atenție întreaga situație. Ai avut vreodată vreun accident pe pod sau lângă un pod? Sau ai fost martorul unui accident în zona unui pod?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Lucrezi în continuare pentru aceeași companie?

Pacientul: Nu. Am primit o oferta mai bună, cu mai mulți bani, de la o companie din oraș. Lucrez la ei de aproximativ un an și jumătate.

Terapeutul: Câștigi mai mulți sau mai puțini bani decât ai fi câștigat la Berkeley?

Pacientul: Aproximativ la fel, dar prețurile au crescut, așa că, de fapt, câștig mai puțin.

Terapeutul: Dacă nu ți-ar fi apărut fobia de poduri și ai fi lucrat la Berkeley pentru 3000 de dolari în plus, unde crezi că te-ai afla astăzi?

Pacientul: În Berkeley, bineînțeles.

Terapeutul: Ca șef? Cu mai mulți bani?

Pacientul: Pe naiba! Cine știe? (Râde). Poate că aș fi ajuns chiar vicepreședintele companiei.

Terapeutul: Și ce ar fi însemnat asta?

Pacientul: Glumesc, dar ar fi fost posibil să fie chiar așa.

Terapia, în cazul acestui pacient, a fost deplasată de la problema fobiei

de poduri la unele aspecte din istoria vieții pacientului. Acesta era ce mai mic din cinci frați și și-a însușit aprecierea mamei sale că, spre deosebire de frații săi deosebit de dotați, nu va ajunge niciodată nimic în viață.

A fost utilizată tehnica desensibilizării, dar nu pentru fobia de poduri, ci pentru condiționările negative din copilărie. A fost realizată o ierarhizare a afirmațiilor făcute de mamă, afirmații care urmăreau minimalizarea calităților subiectului care a fost imunizat față de afirmații de acest tip. În același timp el a fost antrenat după metoda psihoterapiei asertive.

O dată ce a căpătat încredere în sine, fobia de poduri a dispărut la fel de brusc cum a apărut.

La pacientul în cauză fobia de poduri avea funcția de a preveni impactul cu neîncrederea și nesiguranța sa în domeniul profesional, al competenței, responsabilității și autorealizării.

Acest caz ilustrează modul în care un terapeut comportamentalist s-a apropiat de o orientare psihodinamică în psihologie.

O direcție prin care are loc reconcilierea orientării comportamentaliste cu cea psihodinamică o reprezintă interesul sporit al terapeuților pentru tehnicile de autoreglare și autocontrol al stărilor psihice.

Pacienții solicită ajutor psihoterapeutic pentru că dintr-un motiv sau altul nu se mai pot autocontrola (nu-și pot controla tensiunile musculare, ideile obsesive, fricile iraționale, nu se pot stăpâni să mănânce, să bea sau să manifeste comportament agresiv). Obiectul terapiei comportamentale este, conform acestei orientări, învățarea pacientului să-și redobândească autocontrolul asupra lui însuși.

Psihoterapeuții comportamentalști mai puțin ortodocși acceptă faptul că factorii interni, gânduri, intenții, expectații, planuri etc. joacă un rol foarte important în viața individului, chiar dacă ei sunt influențați și modelați de stimuli externi, de recompensele și sancțiunile oferite de mediul înconjurător.

Pacienții sunt astfel antrenați să-și recapete autocontrolul asupra impulsurilor, tendințelor, reacțiilor, comportamentelor sociale prin manipularea atât a factorilor interni cât și a celor externi.

Goldfried și Merbaum (1973) definesc autocontrolul ca fiind procesul prin care un individ devine factorul principal în ghidarea, direcționarea și reglarea acelor trăsături ale propriului comportament în vederea obținerii unor consecințe pozitive dezirabile.

Autocontrolul reprezintă o capacitate dobândită, care se formează prin învățare, în urma unor contacte sociale variate, iar repertoriul tehnicilor de autocontrol se construiește progresiv în cursul interacțiunii cu factori complecși din mediul înconjurător.

În același timp, autocontrolul este rezultatul unei decizii personale, rezultate în urma unei deliberări conștiente, în scopul de a integra acțiunile menite să conducă la scopuri dezirabile stabilite de individul însuși.

Se poate afirma deci că autocontrolul este un proces mediat de instanțe de natură cognitivă, cu caracter conștient.

Metodele concrete de autocontrol includ tehnici de relaxare, autosugestie și de autoprogramare psihică.

CAPITOLUL 4

PSIHOTERAPII EXPERIENTIALE

psihoterapia centrata pe client, psihoterapia centrata pe grup si psihoterapiile existentialiste

Abordarea psihoterapeutică experiențială

Psihoterapeuți aparținând acestei orientări critică atitudinile deterministe și defetiste ale psihoterapeuților începând cu Freud, în legătură cu personalitatea umană. Aceste atitudini consideră eul ca fiind implacabil determinat și supus instinctelor și conflictelor inconștiente reprimite care îi ghidează întreaga existență și devenire. Ei afirmă că abordarea comportamentalistă ca și cea dinamică fac din om un automat care este depersonalizat, cu un comportament condus, programat și analizat.

Demersul experiențial reprezintă o valorificare a disponibilităților ființei umane, o realizare a universalității sale și are drept obiectiv principal contracararea alienării. Psihoterapia este dedicată depășirii experienței umane obișnuite. Astfel, Frankl (1966) arată ca omul este străbătut de dorința de a găsi și de îndeplini un sens în cursul existenței sale.

Obiectivele terapiei sunt atât intrapersonale cât și transpersonale.

După Arendsen - Hein (1974) nivelul intrapersonal se referă la descoperirea ego-ului propriu, a propriei sale individualități, a stărilor sale emoționale și a modului în care se reflectă acestea în corpul fizic. Obiectivul transpersonal al terapiei se referă la orientarea spirituală, la orientarea omului în raport cu realitatea ultimă, la unitatea omului cu universul, cu planul cosmic, unitate prin intermediul căreia omul reușește să depășească limitele propriului său eu, contopindu-se într-o conștiință universală.

Psihoterapia experiențială consideră omul ca pe o entitate activă, auto-afirmativă, cu un potențial latent care trebuie verificat. Se optează astfel mai curând pentru perfecționare decât pentru vindecarea unor simptome sau boli. Scopul psihoterapiei îl reprezintă conștientizarea maximală a propriului eu sau atingerea unui nivel

superior de conștiință prin care omul să devină conștient de semnificația lumii sale interne și externe și în același timp capabil s-o construiască. Experiențialii pun accent pe autodeterminarea, creativitatea și autenticitatea ființei umane, integrarea corpului cu mintea și spiritul omului.

Orientarea experiențială are la bază filosofia existențialistă europeană preocupată de trăirea și devenirea ființei umane. La aceasta se adaugă și contribuția filosofilor și tehnicilor orientale de autodesăvârșire.

Tulburările psihopatologice sunt privite ca expresii ale scăderii potențialului uman, ca un blocaj sau ca o pierdere a legăturii cu propria sa experiență internă. Personalitatea nevrotică este o personalitate fragmentată și reprimată, reprimarea fiind privită nu ca în psihoterapia dinamică, ca având o natura eminentemente instinctuală, ci ca un fenomen ontologic: pierderea sensului existenței și blocarea posibilităților de manifestare a eului.

Astfel, nevroza devine o expresie a disperării existențiale rezultate din înstrăinarea eului de sine însuși și de lumea sa, iar anxietatea reprezintă teama omului de a se confrunta cu propriile sale limite și cu consecințele acestora - moartea și sentimentul nimicniciei. Originile sentimentului de culpabilitate sunt în ignorarea propriilor posibilități pentru valorificarea cărora omul este unicul responsabil.

Idealul psihoterapiei este crearea omului spontan, activ, creativ, autentic.

Școala psihoterapeutică experiențială pune accent pe trăirea (insight) emoțiilor și experienței prezente. Trăirea experienței este mai degrabă un proces afectiv decât cognitiv, personal și inobservabil de către o altă persoană. Acest proces subiectiv conduce ulterior la conceptualizare, el fiind inițial implicit și căpătând semnificații profunde pentru subiect o dată cu atingerea obiectivelor psihoterapiei. Schimbările terapeutice rezultă în urma procesului trăirii experienței prin care semnificațiile implicite ale evenimentelor ajung în conștiință, sunt puternic și direct simțite și sunt modificate chiar fără a fi în mod expres verbalizate.

La aceste schimbări terapeutice contribuie în mod substanțial și relația dintre pacient și psihoterapeut.

Una dintre ideile de bază ale acestei orientări este teza lui Rogers conform căreia orice organism are tendința înăscută de a-și dezvolta capacitățile la nivel optim atunci când este plasat în condiții optime. Dacă înțelegem acest adevăr, pacientul capătă o imagine optimistă despre propria sa persoană care este privită ca fiind valoroasă și cu multe disponibilități ce trebuie realizate. Terapeutul nu trebuie să încerce să-l modifice pe pacient, ci doar să-i ofere un mediu plin de căldură și înțelegere în care acesta să-și poată actualiza posibilitățile.

Deci, conform acestei orientări, terapeutul nu este altceva decât un fel de catalizator care-l ajută pe pacient să-și valorifice disponibilitățile latente și să-și restructureze propria sa personalitate.

Relația terapeutică este în acest tip de terapie o relație umană mutuală, încărcată afectiv, în cadrul căreia fiecare din cei doi parteneri încearcă în mod sincer și deschis să comunice unul cu altul atât prin mijloace verbale cât și non-verbale. Terapeutul nu intră în această relație în primul rând ca un specialist, ci ca o ființă omenească, ca o persoană care inițiază o relație cu o altă persoană.

Terapeuții experiențialiști nu sunt partizanii unei relații de tip părinte - copil ca în psihoterapia dinamică, nici profesor - elev ca în psihoterapia comportamentalistă, ci optează pentru o relație mai echilibrată cum ar fi cea dintre prieteni sau soți.

Trebuie subliniat faptul că în cadrul orientării experiențialiste există o serie de școli psihoterapeutice diferite. Aceste școli, în marea lor majoritate de orientare existențialistă, nu pun accent pe o anumită tehnică în abordarea și înțelegerea ființei umane, considerând chiar că în cultura occidentală s-a făcut abuz de tehnici și metode la care a fost supus omul. Pentru acești terapeuți contează în mai mică măsură ceea ce face terapeutul, ci mai mult contextul psihoterapiei și ceea ce este terapeutul. Acesta din urmă nu analizează trecutul pacientului sau mecanismele transferului și contratransferului ca în terapiile dinamice, nu stabilește pentru pacient scopuri și obiective impunându-și personalitatea asupra acestuia ca în terapiile comportamentale, ci oferă pacientului posibilitatea de a-și controla din interior propriul proces de vindecare.

Dacă unele școli pun accent pe comunicarea verbală dintre terapeut și pacient, altele în schimb subliniază mai mult abordările non-verbale, considerând că mai importantă este activitatea decât reflecția, a face decât a spune, scopul final fiind combinarea acțiunii cu introspecția.

Scopul trăirii experienței personale include conștientizarea senzațiilor corporale, a pozițiilor, a tensiunilor musculare, a mișcărilor, a proceselor fiziologice din organism. Conștientizarea corporală are un efect energizant și activator asupra subiectului.

Printre tehnicile care facilitează exprimarea eului pacientului sunt incluse tehnicile dramatice, de jucare de rol sau de imaginație dirijată. Fantezia, reveria sunt considerate preferabile exprimărilor verbale seci, interpretărilor și abordării strict cognitive. Pentru conștientizarea senzațiilor corporale se utilizează tehnici de relaxare musculară, tehnici psihosomatice orientale și chiar manevre executate asupra corpului (masaj, presopunctură).

Pentru atingerea obiectivului celui mai înalt al acestei terapii - unirea trupului cu mintea și cu spiritul - unele școli utilizează tehnici meditative inspirate din culturile orientale. Starea de relaxare profundă servește,

conform acestor orientări, transcenderii ego-ului individual și contopirii cu ceea ce ei numesc conștiința universală. După cum se poate lesne observa acest obiectiv este specific unui mare număr de sisteme religioase.

În scop terapeutic și autoformativ se utilizează și tehnici de educarea voinței, de concentrare a atenției și de relaxare prin pronunțarea mentală a unor sunete - "mante" - așa cum se întâmplă în cadrul meditației transcendente.

Orientarea experiențialistă cuprinde, după cum am mai arătat, mai multe direcții, dintre care cele mai importante sunt (Karassu, 1980):

1. Direcția filosofică, care pune la baza demersului psihoterapeutic filosofia existențialistă, tehnica utilizată fiind cea a dialogului mutual pe bază de tehnica verbală (cum se întâmplă în terapia centrată asupra clientului a lui Robert sau în logoterapia lui Frankl).

2. Direcția psihosomatică, care pune un accent mai mare pe tehnici non-verbale, considerând că autoactualizarea eului se poate realiza mai bine prin concentrarea atenției asupra corpului propriu, a senzațiilor acestuia și a răspunsurilor senzoriale (ca în "Gestalt" - terapia lui Pearls) sau printr-o abreație puternică a unor stări emoționale ca în analiza bioenergetică a lui Lowen sau metoda strigătului primar al lui Janov.

3. Abordarea spirituală, asemănătoare cu cea religioasă, care pune accentul pe experiența transcendentă sau transpersonală, că implică depășirea nivelului conștiinței individuale și ridicarea omului la nivele superioare de conștiință, urmărind scopul ultim de contopire a acestuia cu conștiința universală sau cosmică. Acest obiectiv se atinge prin renunțarea la regulile de conduită dictate de ego-ul individual, prin relaxare, concentrare, autodisciplină, antrenament al voinței și meditație, ca de pildă în « Meditația Transcendentală » sau Psihosinteza lui Assagioli.

Psihoterapia centrata pe client (Rogers)

Psihoterapia centrată pe client (sau pe persoană) s-a dezvoltat începând cu anii 1940 ca o puternică reacție față de psihanaliză. Rogers a negat opiniile lui Freud cu privire la primatul instinctelor iraționale asupra comportamentului uman, cât și rolul dominant al psihoterapeutului în calitate de interpret și conducător al procesului psihoterapeutic. În 1942, Carl Rogers a publicat lucrarea denumită "Psihoterapia non-directivă" în cadrul căreia termenul de pacient este înlocuit cu cel de client. Ulterior sistemul său psihoterapeutic va primi și denumirea de "psihoterapie centrată pe client".

Încercător în forțele naturale de autovindecare ale organismului, el a văzut în psihoterapie un proces de îndepărtare a constrângerilor care împiedică acest proces să se manifeste.

Aceste constrângeri au sursa în solicitările nerealiste pe care și le autoimpun oamenii atunci când își imaginează că nu trebuie să trăiască un anumit gen de sentimente cum ar fi, de pildă, cele de ostilitate. Negând faptul că ei au astfel de sentimente, aceștia nu mai sunt conștienți de natura reacțiilor lor și în felul acesta pierd contactul cu experiența lor autentică, rezultatul fiind un nivel de integrare psihică mai scăzut, relații interpersonale falsificate și diferite forme de dezadaptare.

Obiectivul principal al psihoterapiei rogersiene este rezolvarea acestei incongruențe, respectiv ajutarea pacientului să se accepte pe sine.

Terapeutul stabilește un astfel de climat psihologic în cadrul căruia clientul se simte acceptat în mod necondiționat, înțeles și valorizat ca persoană. În acest climat el se simte liber pentru prima oară să-și exploreze gândurile și sentimentele reale, acceptându-și ura, furia sau alte sentimente "urâte" ca părți ale propriului său eu.

Pe măsură ce conceptul de sine devine tot mai congruent cu actuala experiență, oamenii devin tot mai toleranți cu ei înșiși, tot mai deschiși la noi experiențe și perspective, tot mai bine integrați.

În terapia centrată pe client, terapie denumită și non-directivă, dirijarea procesului terapeutic nu este sarcina psihoterapeutului. Acesta nu dă răspunsuri sau interpretări, nu sesizează prezența conflictelor inconștiente și nici măcar nu intervine activ în discursul pacientului. Terapeutul nu face decât să asculte cu atenție și cu o atitudine de acceptare ceea ce spune clientul, întrerupând doar pentru a formula cu alte cuvinte ceea ce a vrut să spună acesta. Aceste reformulări, fără a conține în ele interpretări sau evaluări, îl ajută pe client să-și clarifice sentimentele și ideile pe care le explorează, să le privească mai atent și să le conștientizeze.

Prezentăm, pentru exemplificare, un fragment dintr-un dialog terapeutic (Rogers, 1951, cit. Coleman, Butcher, Carassu, 1984, p. 658-659).

Alice: Mă gândeam la felul cum mă port la serviciu. Mi-am făcut un obicei să încerc să fac oamenii să se simtă bine în jurul meu, să aplanez conflictele.

Consilierul: Cu alte cuvinte, faci eforturi ca lucrurile din jurul tău să se desfășoare cât mai lin și oamenii să se simtă cât mai în largul lor.

Alice: Da. Cred că asta este. Motivul pentru care o fac nu este că aș fi "bunul samaritean" care încearcă să-i facă pe clienți fericiți, ci pentru că mi-e mai ușor să joc rolul ăsta. L-am jucat mult timp și acasă. Nu mi-am susținut niciodată cu tărie convingerile în cazul în care am avut cu adevărat vreo convingere pe care s-o apar.

Consilierul: Simți că de mult timp joci rolul persoanei drăguțe care netezește asperitățile și aplanează conflictele?

Alice: Da.

Consilierul: Mai degrabă decât să ai propriile tale opinii sau reacții. Nu-i așa?

Alice: Asta este. Nu am fost niciodată cu adevărat eu însumi sau nu am știut care este eul meu real. Ar trebui să joc propriul meu rol, pe care nu-l poate juca nimeni altcineva și care ar trebui jucat. Voi încerca să dau viață acestui rol (Rogers, 1951, p. 152-153).

Psihoterapia non-directivă se deosebește de alte abordări prin patru trăsături esențiale, descrise încă de Rogers:

1. Se acordă o mai mare autonomie și independență individului, considerându-se că acesta are o capacitate spontană de evoluție.

2. Noua abordare pune un accent mai mare în cadrul psihoterapiei pe factorii de natură emoțională decât pe cei intelectuali.

3. Se acordă mai multă atenție evenimentelor actuale și nu celor din istoria individului (așa cum se întâmplă în cazul psihanalizei).

4. Relația psihoterapeutică este privită ca o experiență evolutivă.

Încă din 1942, Rogers formula ipoteza de bază de la care pornește psihoterapia non-directivă: "O consiliere eficientă trebuie să aibă la bază o relație bine structurată dar permisivă, care trebuie să-l ajute pe client să se înțeleagă pe sine însuși în asemenea măsură încât să fie capabil să facă pași pe linia unei noi orientări" (p. 18), (cit. Watson, p. 636).

* Rolul psihoterapeutului în cadrul psihoterapiei non-directive

Psihoterapeutul are, în cadrul acestei orientări, o atitudine pasiv-stereotipă de acceptare totală a ceea ce se spune, reformulează cele afirmate de pacient, recunoaște sentimentele pacientului și îl ajută să și le clarifice.

S-ar putea crede că această atitudine de acceptare pasivă ascunde un dezinteres față de problemele pacientului (frecvent terapeutul nu spune decât da - da, sau repetă cu alte cuvinte ceea ce a spus pacientul). În realitate, abordarea non-directivă este încărcată de căldură afectivă și înțelegere umană. În cazul în care transferul se produce în timpul psihoterapiei non-directive, acesta este rezolvat într-o manieră lipsită de amenințare acționând asupra înlăturării rezistențelor și eliberând procesele de evoluție spontană din interiorul psihismului subiectului și acesta se realizează datorită permisivității și neutralității psihoterapeutului.

Condițiile relației psihoterapeutice non-directive după Rogers sunt următoarele:

1. Terapeutul trebuie să se conducă după principiul că individul aflat în terapie este responsabil pentru el însuși și este de dorit pentru individ să-și asume această responsabilitate.

2. Terapeutul trebuie să fie de acord cu faptul că clientul său are în interiorul său o puternică dorință de a deveni matur, adaptat social, independent, productiv, de a se baza pe propriile sale forțe pentru modificarea terapeutică.

3. Terapeutul trebuie să creeze o atmosferă caldă și permisivă, atmosfera în care individul este liber să-și exprime orice atitudine, trăire sau gând, indiferent cât de neconvenționale, absurde sau contradictorii ar fi acestea.

4. Terapeutul nu pune clientului limitări în ceea ce privește atitudinile, ci doar în ceea ce privește comportamentul (acest lucru este valabil mai ales pentru copii: copilului nu i se dă voie să spargă geamul cabinetului, dar poate să-și exprime sentimentul că ar dori să o facă).

5. Terapeutul utilizează numai astfel de tehnici și procedee care să conducă pe pacient la o înțelegere profundă a propriilor sale atitudini și stări emoționale și la autoacceptarea acestora. Aceasta înțelegere se realizează cel mai bine prin reflecții încărcate de sensibilitate și prin clarificarea atitudinilor clientului. Acceptarea realizată de terapeut nu trebuie să implice nici aprobare, nici dezaprobare.

6. Terapeutul trebuie să se abțină de la orice exprimare sau acțiune contrară principiilor anterior formulate. Aceasta înseamnă că el trebuie de fapt să se abțină de a întreba, dovedi, interpreta, sfătui, sugera, convinge, asigura. Printr-o astfel de acțiune terapeutul acordă încredere pacientului considerând că acesta își poate rezolva singur problemele și poate lua singur decizii.

Terapeutul (consilier) se concentrează mai ales asupra a ceea ce simte pacientul, sentimente care pot fi descifrate din afirmațiile acestuia, astfel încât să poată selecta și clarifica aceste sentimente. Trebuie să

recunoaștem că o astfel de atitudine, departe de a fi pasivă, cum pare la prima vedere, reclamă multă disciplină și auto-vigilență din partea terapeutului.

* Factori comuni cu alte sisteme psihoterapeutice

Încă Rogers (1942) sublinia faptul că descărcarea emoțională (catharsisul) și insight-ul sunt caracteristice și psihoterapiei non-directive, ca și psihanalizei. Această descărcare emoțională generează insight-ul, care în cadrul acestei orientări este conceput ca fiind perceperea unor relații noi, dorința de a-și accepta propriul eu cât și o nouă alegere de scopuri.

În urma insight-ului, care la rândul său este consecința unei descărcări afective, pacientul ia noi decizii în legătură cu sine și cu ceilalți, își modifică modelele comportamentale și elaborează soluții pentru rezolvarea situațiilor conflictuale.

* Trăsăturile caracteristice ale psihoterapiei non-directive

Rogers (1946) se referă la trei caracteristici care diferențiază cel mai bine abordarea non-directivă. Aceste trăsături specifice sunt următoarele: natura previzibilă a procesului terapeutic non-direktiv; descoperirea forțelor constructive ascunse în interiorul pacientului și relația terapeutică centrată pe client.

După Rogers, descoperirea ca atare a forțelor creatoare din om nu este originală prin ea însăși. Și alți terapeuți s-au referit la aceste forțe evolutive, dar ei nu au crezut că acestea pot fi puse în mișcare singure, ei căutând să le direcționeze intervenind practic în desfășurarea procesului respectiv.

Rogers consideră că tocmai această acceptare și lipsa de direcționare a pacientului, care înseamnă acordarea unei încrederi totale, este cea care stimulează punerea în acțiune a acestor forțe creatoare.

În ceea ce privește caracterul centrat pe client al relației psihoterapeutice, trebuie subliniat faptul că pacientul este înțeles în cursul relației terapeutice în același mod în care el se înțelege pe el însuși. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie acceptat total și din toată inima.

Există unele controverse în ceea ce privește aplicabilitatea psihoterapiei non-directive. Unii entuziaști au considerat-o ca pe un panaceu universal, pentru orice fel de dificultate psihologică. Această poziție se bazează mai ales pe faptul că Rogers a negat importanța și necesitatea psihodiagnozei înainte de începerea tratamentului psihoterapeutic.

Alți terapeuți sunt de părere că această tehnică psihoterapeutică se potrivește doar în cazul unor pacienți (când se aplică doar această tehnică), sau o aplică în cadrul unor ședințe de psihoterapie, combinând-o cu alte metode în cadrul unui demers eclectic.

Studiile clinice au demonstrat faptul că psihoterapia non-directivă este mai eficientă în cazul unor subiecți relativ normali (cu probleme de viață, acuze nevrotiforme), deși Rogers afirmă că ar exista posibilitatea utilizării ei și la psihotici spitalizați (aflați sub control).

Snyder (1948) a ajuns la concluzia că psihoterapia non-directivă este mai utilă în cazul studenților deoarece la aceștia problemele își au originea mai mult în interior decât în surse de natură externă. De asemenea, acest gen de psihoterapie are succes în cazul tulburărilor de adaptare mărită, al consilierii vocaționale, al relațiilor dintre părinți și copii cât și în cazul persoanelor cu tulburări nevrotice ușoare și moderate (în mod special în cazul stărilor anxioase și al unor sindroame isterice).

Psihoterapia non-directivă se utilizează ceva mai puțin în cazul psihoticilor, a pacienților cu inteligență scăzută, al celor trecuți de cincizeci de ani, al celor care au dificultăți de verbalizare (inclusiv în cazul celor tulburați emoțional și care se blochează atunci când li se cere să se exprime), cât și în cazul persoanelor excesiv de dependente.

Thorne (1944; 1948), un critic sever al psihoterapiei non-directive, este de părere că de la un caz la altul sau pentru același pacient, de la o ședință la alta, gradul de direcționare al pacientului sau dimpotrivă gradul de non-directivism trebuie să fie diferit.

Aceasta reprezintă poziția multor psihoterapeuți care utilizează abordarea non-directivă numai din când în când, atunci când situația o cere, considerând că doar puține cazuri sunt potrivite pentru demersul non-direktiv pur.

Psihoterapia centrată pe grup

În lucrările sale ulterioare (1967) Rogers începe să-și deplaseze atenția de la psihoterapia individuală la psihoterapia de grup, elaborând propria sa versiune de "grup de întâlnire" ("encounter group"). Acest grup permite realizarea unei trăiri foarte intense și plene în cadrul căreia persoane alienate față de ele însele, față de ceilalți și față de societate pot intra în contacte emoționale mai autentice prin intermediul întâlnirii cu propriul eu, cu ceilalți și cu lumea semnificațiilor și trăirilor.

Rogers se referă la trei mari probleme în cadrul grupurilor sale de întâlnire:

- În primul rând el presupune că experiența în cadrul grupului poate produce modificări permanente la nivelul personalității individului și astfel scopurile dezvoltării personale și cele ale grupului nu mai apar ca fiind separate.

• Sunt stimulate confruntările autentice la nivelul grupului, chiar dacă la un moment dat o astfel de confruntare poate părea negativă și în mod potențial nocivă pentru unul din membrii grupului. O exprimare sinceră și deschisă a unor sentimente negative se dovedește în cele din urmă de folos pe termen lung. Dacă însă apare o afirmație cu o notă de sadism, un membru al grupului său, leaderul își exprimă deschis impresia cu privire la respectiva afirmație, aducând la lumină motivele ascunse care stau la baza ei.

• În al treilea rând, Rogers nu este interesat de dinamica de grup în sine, așa cum se întâmplă în cazul majorității terapiilor de grup, interesul său de bază rămânând centrat asupra conștientizării, exprimării și acceptării propriilor sentimente de către fiecare membru al grupului.

Grupul de întâlnire are nevoie pentru a-și îndeplini rolul psihoterapeutic să fie coeziv, membrii grupului acordându-și încredere unii altora, iar terapeutul ca leader al grupului facilitează procesele ce se petrec în grup la nivel minimal, ca în cazul psihoterapiei non-directive sau centrate pe client.

Hobbs (1992) arată că între psihoterapia individuală și cea de grup există asemănări și deosebiri. Asemănările rezultă din obiectivul comun și din concepția teoretică despre natura umană ce stă la baza demersului terapeutic. Diferențele derivă mai ales din aceea că în cazul psihoterapiei individuale două personaje stau față în față (terapeutul și pacientul), în timp ce în cadrul terapiilor de grup mai multe persoane (6-7) participă la procesul psihoterapeutic.

Psihoterapia centrata pe grup dă cele mai bune rezultate cu grupuri de pacienți cu probleme de viață, ca de pildă:

- o femeie al cărei soț a decedat în războiul din Vietnam și care nu a fost capabilă să-și refacă viața;
- un bărbat care nu era capabil să-și pună în aplicare visul de a deveni profesor din cauza timidității etc.

Acești subiecți au drept caracteristică comună faptul că sunt ceea ce noi înțelegem prin termenul de "nevrotici normali", care suferă din cauza unei discrepanțe între ceea ce sunt de fapt și așteptările lor față de ei înșiși și în același timp își exprimă în mod deschis nevoia de a fi ajutați.

Psihoterapia centrata pe grup mai poate fi utilizată cu următoarele categorii de pacienți:

- pacienți suferind de reacții anxioase datorate stresului;
- copii cu tulburări de adaptare sau dificultăți școlare;
- adolescenți cu tulburări de comportament;
- subiecți cu afecțiuni somatice invalidante;
- subiecți cu migrenă;
- pacienți nevrotici;
- schizofreni aflați în faze de remisiune.

Redăm mai jos un fragment de protocol al primei ședințe din cadrul terapiei centrate pe grup (Hobbes, 1992):

Membrele grupului sunt:

- Jane, 23 de ani, învățătoare
- Kay, 35 ani, consilier la o școală superioară
- Anne, 21 ani, studentă; nu vorbește în timpul ședințelor
- Mary, 33 ani, profesoară de engleză
- Laura, 27 ani, psiholog
- Betty, 28 ani, profesoară de istorie

Jane: Aș dori să discutăm problema relațiilor de dominanță-dependență în cadrul căsătoriei. Sunt căsătorită de un an cu un student la drept; soțul meu e un tip primar și lipsit de afectivitate și între noi nu există comunicare. Conflictele apar mai ales datorită dorinței mele de independență și datorită faptului că nu pot să fiu independentă în cadrul relației cu soțul. Căsătoria noastră nu reprezintă o relație de egalitate.

Leaderul grupului: Și acest lucru nu te satisface, nu-i așa?

Jane: Nu, nu mă satisface, dar simt că există posibilități ca relația să devină satisfăcătoare.

Betty (Pauză): Cred că problema mea este că nu am suficientă încredere în mine și nu reușesc să mă afirm în prezența altora. Cred că sunt capabilă să fac anumite lucruri, dar când mă aflu în colectivitate mă dau la o parte și-i las pe ceilalți să vorbească, să-și exprime ideile. Cred că asta mi se trage din copilărie, pentru că tatăl meu era o persoană foarte dominatoare și toți membrii familiei trebuiau să i se supună. Am rămas cu sentimentul că nu am valoare personală, că nu sunt bună de nimic.

Leaderul: Ai încredere în tine când e vorba de capacitățile tale, atunci când ești singură, dar atunci când te afli în grup ai tendința de a te devaloriza.

Betty: Corect. Am tendința de a evita contactul cu ceilalți, în loc să-i privesc în față.

Leaderul: Da.

Jane: Ți se întâmplă același lucru și în grupurile mici, mai intime, cum ar fi cele din familie sau cele formate din prieteni?

Betty: În grupurile mici de prieteni, pe care îi cunosc de foarte multă vreme, nu am sentimentul ăsta, dar în clasă sau cu familia mea mă dau bătută..

Leaderul: Te simți protejată de grupurile mici de prieteni și numai așa poți să fii tu însăși.

Kay: Aș vrea să discutăm despre problema mea pe care am acceptat-o rațional, dar nu și emoțional. Soțul meu a suferit acum doi ani o moarte tragică, avionul său s-a prăbușit în Pacific. Asta s-a întâmplat după ce războiul s-a terminat și el trebuia să se întoarcă acasă. Când mă gândesc la cele întâmplate, nu le pot accepta. Aș dori să-mi accept viața de acum înainte din punct de vedere emoțional.

Leaderul: Ai reușit să te echilibrezi sub aspect rațional, înțelegând situația și ce ar trebui să faci, dar nu ai reușit să-ți pui sentimentele sub control.

Kay: Dacă ies în oraș și privesc într-o vitrină și văd un lucru de îmbrăcăminte pe care și l-aș fi dorit, mă prăbușesc din nou... etc.

În cadrul psihoterapiei centrate pe grup subiecții își percep propria situație, fiind susținuți de ceilalți membri ai grupului.

Membrii grupului profită de pe urma psihoterapiei doar dacă se simt acceptați de ceilalți membri ai grupului și de către psihoterapeut. El trebuie să găsească în situația de grup condiții care să le permită să nu mai dezvolte anxietatea care-i face ineficienți în relațiile cu ceilalți și nefericiți atunci când rămân singuri cu ei înșiși.

În grup, clientul trebuie să se simtă liber să se autoexamineze, fiind asigurat de faptul că problemele sale vor fi înțelese așa cum sunt și că el va fi respectat ca persoană.

În cadrul psihoterapiei individuale centrate pe client, atitudinea suportivă este asigurată în special datorită antrenamentului psihoterapeutului care conduce astfel ședințele pentru a crea clientului această impresie.

În grup, deși aparent fiecare membru al grupului este absorbit de propriile probleme, se produce o anumită dinamică a relațiilor interpersonale, care face ca posibilitatea unui membru al grupului de a fi înțeles și acceptat de mai multe persoane să devină mai mare. Acest fenomen are loc datorită coeziunii grupului.

Atât în cadrul psihoterapiei individuale cât și în cadrul celei centrate pe grup sarcinile psihoterapeutului sunt asemănătoare, ca de pildă:

- clarificarea sentimentelor;
- reflecții asupra naturii sentimentelor;
- reformularea unor conținuturi exprimate de client;
- acceptarea clientului;
- restructurarea atitudinală etc.

De asemenea, între ambele tipuri de psihoterapie centrată pe client și pe grup mai există similitudini:

- accentul pe psihodiagnoză este minimal;
- interpretările nu sunt considerate ca instrument psihoterapeutic important;
- insight-ul, deși important, nu reprezintă elementul de bază în procesul schimbării;
- atitudinile transferențiale sunt abordate exact ca oricare alte expresii ale stărilor afective;
- capacitatea subiectului de a trăi experiența psihologică directă și imediată este considerată indicatorul succesului psihoterapeutic.

Diferențe dintre psihoterapia centrată pe client și cea centrată pe grup:

a) Situația de grup pune accent mai ales pe gradul de adecvare al relațiilor interpersonale, permițând descoperirea unor noi modalități mai satisfăcătoare de a intra în relație cu alte persoane. Există însă și pacienți sever tulburați care pot considera că situația de grup este prea amenințătoare, ei având nevoie de psihoterapie individuală.

Dar pentru indivizii relativ normali care se simt mereu presați și tensionați, experiența de grup este benefică.

Eric Fromm a subliniat tendința de izolare a individului în cultura occidentală.

Ca membri ai unui grup terapeutic, indivizii învață ce înseamnă să acorzi și să primești sprijin emoțional și înțelegere într-un mod mai matur. Ego-ul este redefinit într-un context interpersonal diferit de cel care a contribuit la distorsionarea percepției și atitudinii față de sine, în relație cu ceilalți.

b) Există o categorie de indivizi care vorbesc mai ușor în grup decât puși în față cu psihoterapeutul. Această afirmație este făcută de Hobbs (1992) care a lucrat cu grupuri de veterani de război.

c) În cadrul psihoterapiei centrate pe client, unul din aspectele cele mai importante constă în faptul că clientul trebuie să ajungă să-și construiască propriul său sistem de valori. Impunerea de către terapeut a sistemului său de valori asupra clientului este considerată nocivă.

În situația de grup, ca și în cadrul terapiei individuale, terapeutul încurajează dreptul fiecărui client de a-și autodetermina stilul de viață. Dar în cadrul grupului ies la iveală și alte sisteme de valori sau stiluri de viață care îi apar unui membru al grupului ca alternative posibile, fără a-i fi impuse din exterior. El are dreptul să preia sau să respingă respectivele alternative.

d) Grupul mai oferă și un alt avantaj față de psihoterapia individuală și anume faptul că individul are posibilitatea să ofere ajutor, nu numai să-l primească. Faptul de a acorda sprijin este un act terapeutic în sine.

Astfel, în cadrul grupului un individ poate atinge un echilibru matur între acțiunile de a da și de a primi, între independență și dependență.

* Procesele din cadrul psihoterapiei de grup

Organizarea grupului terapeutic:

Grupul terapeutic specific acestui model de psihoterapie cuprinde 6 membri la care se adaugă terapeutul. La acest număr s-a ajuns în mod empiric și nu au fost realizate cercetări cu privire la numărul optim de membri ai unui grup de psihoterapie.

La cei 6 se mai pot adăuga eventual încă doi membri ai grupului.

Dacă însă numărul membrilor grupului crește prea mult, dinamica grupului este încetinită, mulți participanți rămânând la periferia grupului.

Reuniunile au loc într-o încăpere liniștită, de dimensiuni potrivite, membrii grupului fiind așezați în jurul unei mese.

Pot fi incluși subiecți cu diverse probleme și cu diverse structuri de personalitate, respectându-se doar grupele mari de vârstă: grup de copii, de adolescenți, de adulți.

Ședințele de grup au loc de două ori pe săptămână și durata unei ședințe este de o oră (unii autori au găsit utile ședințe ceva mai lungi).

Se permite o anumită flexibilitate, astfel încât grupul se poate întâlni o dată pe săptămână sau de mai multe ori.

Decizia de a încheia ședința de psihoterapie revine grupului.

Numărul mediu total de ședințe este în jur de 20.

Cum demarează lucrul în grup?

Ne-am putea imagina că niște oameni străini adunați la un loc pentru a discuta despre problemele lor s-ar putea simți stânjeniți.

În cadrul concepției terapeutice care stă la baza acestui model de psihoterapie se pornește de la premisa că grupul poate începe să funcționeze fără ghidaj din partea traseului. Terapeutul reamintește, de regulă, că obiectivele grupului sunt cunoscute tuturor și că grupul își poate urma propriile sale reguli.

Unele grupuri pot avea dificultăți de a demara: se lansează unele afirmații care sunt imediat urmate de retrageri sau apar cu o notă de umor crispat care întârzie dezvoltarea unui sentiment de securitate în cadrul grupului. Alte grupuri debutează imediat, ca în psihoterapia individuală, unde clientul tulburat de anxietate simte o nevoie disperată de a-și comunica sursele de perturbare. Un mod tipic de a începe este cel în care fiecare membru al grupului povestește ceva despre el și despre problemele sale. Acest lucru se realizează informal, fără presiune din exterior.

* Evoluția dinamicii de grup și tematica abordată

Tema de grup reprezintă un subiect asupra căruia se centrează discuția în cadrul grupului, ea având un început și un sfârșit clar precizat. De regulă, în cursul unei singure ședințe se pot aborda mai multe teme. Pentru fiecare temă există un participant cu rol prioritar care reprezintă centrul atenției și o serie de participanți cu roluri minore, al căror număr și grad de implicare variază de la o temă la alta. Unele teme au o viață scurtă: sunt puse în discuție, examinate rapid și apoi abandonate. Alte teme se întind pe parcursul tuturor ședințelor, ele căpătând un sens tot mai profund datorită contribuției diferiților membri ai grupului.

Dinamica grupului evoluează în direcția unei analize mai în detaliu și a unei exprimări emoționale mai vii. Unele teme sunt puse în discuție de un singur individ, altele de mai multe persoane, cu caracteristici distincte. Deși structura formală lipsește, există un model clar al evoluției, dezbaterilor în ceea ce privește intenția și cursul ce trebuie urmat.

Prezentăm mai jos un fragment din jurnalul lui Jane după prima ședință de grup (cit. Hobbes, 1992):

"Cred că am empatizat cu Kay. (Cea căreia i-a murit soțul). Mi s-a părut o situație atât de absurdă și lipsită de speranță. În același timp am simțit și o oarecare invidie față de ea pentru că a avut o căsătorie așa cum mi-aș fi dorit și eu. Mi s-a părut că după ce a trecut starea de stânjeneală inițială, grupul nostru a căpătat o anumită identitate și soliditate. Cred că ne identificăm unii cu alții pentru că avem un scop comun. Am simțit aici multă căldură și sinceritate pe care nu le-am întâlnit în nici un alt grup. M-am simțit de parcă i-aș fi cunoscut pe ceilalți bine și de foarte multă vreme. Cea mai puternică reacție a fost identificarea și simpatia mea cu problema lui Kay. Nu mi-a ieșit din minte problema ei toată ziua."

* Caracteristicile terapeutului din cadrul terapiei centrate pe grup

Atât în psihoterapia centrată pe client cât și în cea centrată pe grup, terapeutul trebuie să manifeste încredere în posibilitățile clienților de a deveni responsabili pentru propriile lor probleme și să-și limiteze tendința de a-și impune punctul său de vedere asupra participanților.

În cazul terapiei centrate pe grup, terapeutul trebuie să fie capabil să răspundă emoțional la șase persoane în loc de una singură. El trebuie să fie capabil să reorganizeze și să manevreze într-un mod cât mai obiectiv "curenții" de natură afectivă care circulă în cadrul grupului.

De asemenea, el trebuie să-și clarifice sentimentele personale față de fiecare membru al grupului pentru a fi capabil să-i acorde înțelegerea.

Scopul urmărit este *psihoterapia de grup* și nu o psihoterapie individuală realizată în grup.

Dacă terapeutul este suficient de abil, grupul însuși devine agent terapeutic, iar membrii grupului devin ei înșiși terapeuți.

Observații clinice au arătat că membrii grupului care beneficiază cel mai mult de psihoterapie sunt cei cărora terapeutul le răspunde în modul cel mai non-directiv (Telschow, ct. Hobbes, 1992).

Deși terapeutul trebuie să urmărească în mod activ evoluția stărilor afective în cadrul grupului, el nu trebuie să fie atât de activ încât să domine grupul.

De multe ori este bine ca terapeutul să dea posibilitatea unui membru al grupului să preia rolul de terapeut, fapt ce facilitează demersul autoexplorator al altui membru al grupului.

Dar în cazul în care anumite sentimente trec neobservate sau dacă membrii grupului creează în mod continuu dificultăți de exprimare pentru un anumit individ, negându-i sentimentele, terapeutul trebuie să intervină.

Atmosfera pe care trebuie s-o mențină terapeutul în cadrul grupului este de maximă siguranță, acceptare și înțelegere, situație în care amenințarea este minimală și se creează condiții pentru autoexplorare.

O caracteristică importantă a terapiei centrate pe grup este faptul că rolul de psihoterapeut nu este fix, el putând fi preluat, așa cum am mai arătat, de membrii grupului. De-a lungul procesului psihoterapeutic rolurile de client și terapeut trece de la un membru la altul al grupului.

Din analiza protocolului de mai jos se poate observa cum un membru al grupului preia rolul de terapeut (după Hobbs, 1992):

Mr. Ray: *Fratele meu și-a luat diploma în medicină când avea 24 de ani. Înainte de a face armata la marină îmi doream să termin colegiul și apoi să-mi trec masterat-ul și doctoratul. Eram foarte mândru de mine și de proiectele mele. Acum toate acestea nu mai înseamnă prea mult pentru mine.*

Mr. Berg: *Nu crezi că atitudinea părinților tăi față de tine stă la baza acestor sentimente?*

Mr. Ray: *Părinții nu mi-au spus niciodată deschis că nu sunt la fel de bun ca și fratele meu. Ei păreau satisfăcuți să am performanțe mijlocii. Niciodată nu m-au împins să fac ceva mai bine.*

Mr. Berg: *Când fratele tău și-a dat doctoratul, ei au fost mândri de el, nu-i așa?*

Mr. Ray: *O, desigur!*

Mr. Berg: *Când ți-ai trecut examenele nu te-ai simțit cumva respins pentru că performanțele tale nu mai provocau același entuziasm? (Pauză) Cred că mă proiectez prea mult în situația ta.*

Mr. Ray: *Da. Nu m-am simțit acceptat atât cât mi-aș fi dorit. Cred că rezultatele mele la examene au fost mult influențate de asta. Acum nu mai simt dorința să am performanțe mai bune.*

Mr. Hill: *Acum simți că responsabilitatea pentru performanțele tale profesionale îți aparține și că nu interesează pe nimeni altcineva ce faci? Asta e? Motivația pare a izvorî din tine însuși și nu din nevoia de a face pe plac cuiva.*

Se constată că în felul acesta membrii grupului dezvoltă o atitudine mai permisivă, mai puțin critică și mai puțin evolutivă în ultima parte a psihoterapiei.

* Selectia membrilor grupului

Selectia se realizează în funcție de două criterii:

- a) subiectul va beneficia de pe urma grupului;
- b) grupul va beneficia de prezența sa.

Din punctul de vedere al clientului singurul criteriu luat în considerație pentru a intra în grup este dorința lui de a participa la un grup în care să-și discute problemele.

Datele clinice au arătat că pot beneficia de pe urma grupului chiar persoane foarte timide, persoane agresive, persoane care au trăit experiențe sexuale deosebit de traumatizante, adolescenții delincvenți și chiar unii schizofreni aflați în faza de remisiune.

E drept, beneficiul acestora din urmă de pe urma grupului este relativ redus comparativ cu alte categorii de pacienți. Există o categorie de indivizi care au tendința de a distruge grupul. Este vorba de subiecți sofisticăți care utilizează cu sadism cunoștințele lor de psihodinamică pentru a-i perturba pe alții.

Dacă un subiect a urmat fără rezultat psihoterapia de grup timp de un an sau doi, sau cu rezultate incerte, este mai bine să i se recomande să treacă la psihoterapie individuală.

De asemenea, Hobbs recomandă să nu fie introduși în grup subiecți deosebit de agresivi (psihotici sau non-psihotici), deoarece prezența acestora face să se atingă cu dificultate o atmosferă de acceptare și libertate de exprimare.

Nu este de dorit să se introducă în cadrul grupului nici subiecți care au contacte frecvente unul cu celălalt în afara grupului. De pildă, dacă doi soți doresc să participe la psihoterapie de grup aceștia vor fi incluși în grupuri diferite, la ore diferite.

Combinarea psihoterapiei individuale cu cea de grup dă în general rezultate pozitive, recomandarea ei rămânând la latitudinea terapeutului și pacientului.

Printre avantajele psihoterapiei de grup, avantaje extrase din afirmațiile unor subiecți, rezultă că psihoterapia de grup:

- îi ajută pe participanți să-și rezolve mai bine problemele de viață, percepend mai realist realitatea externă;
- îi ajută să se accepte mai bine ca persoane;
- le trezește dorința și le creează posibilitatea de a fi ei înșiși.

Rogers nu a fost numai un talentat psihoterapeut și un creator de sistem propriu, ci și un pasionat cercetător în domeniul psihoterapiei.

Din analiza protocoalelor înregistrate în timpul psihoterapiei el a reușit să tragă concluzii cu privire la atitudinea și comportamentul pacientului în diferite stadii ale psihoterapiei. Astfel, primele ședințe psihoterapeutice sunt dominate de sentimente negative și de descurajarea pacientului. După un timp apar sentimente de speranță și o mai bună auto-acceptare din partea pacientului. Eventual pot să apară sentimente pozitive, căutarea companiei altora și făurirea unor planuri de viitor. Aceste elemente l-au încurajat pe Rogers să creadă în ipoteza că dacă oamenii devin liberi s-o facă, ei au în interiorul lor capacitatea de a merge pe drumul sănătății psihice.

Modificările caracteristice procesului terapeutic specifice psihoterapiei centrate pe client (Rogers, 1992)

a) Modificări în cadrul materialului verbal prezentat de client.

S-a observat că la începutul procesului psihoterapeutic subiectul are tendința de a vorbi despre problemele și simptomele sale; odată ce procesul psihoterapeutic progresează accentul se deplasează pe afirmații legate de înțelegerea legăturii dintre trecutul și situația sa prezentă.

Mai târziu clientul va avea tendința să discute despre noile modalități de acțiune care sunt în acord cu noul său mod de înțelegere a propriei situații.

Procesul explorării propriilor sentimente și atitudini legate de situația problematică este urmată de insight-ul și înțelegerea mai corectă a propriilor probleme, cât și de analizarea modalităților de reorientare a propriului comportament.

Din punct de vedere clinic se remarcă o deplasare a accentului de la simptom la "eu" ("ego"). Pacientul ajunge să-și pună tot mai mult întrebări de genul: "Ce fel de om sunt?". "Care sunt adevăratele mele sentimente?". "Care este eul meu real?" etc.

Se constată în același timp și deplasarea accentului în cursul discuțiilor terapeutice de la situațiile externe spre eu și de la ceilalți spre sine. Acest fenomen se produce atât datorită faptului că terapeutul orientează atenția clientului asupra sentimentelor sale, a modului său de a percepe lumea, și a modalităților de a se autoevalua, cât și datorită faptului că subiectul realizează că elementele ce țin de eu sunt factori pe care el îi poate ține în mod potențial sub control.

Subiectul realizează că dacă el se află în unitate cu sine însuși și și-a clarificat propriile probleme, va putea face față cu succes și situațiilor externe care îi creează probleme.

Clientul manifestă și tendința de a se deplasa de la trecut spre prezent. Desigur procesul nu este liniar, deoarece în cursul primelor ședințe clientul se referă la problemele actuale, apoi acesta trece la abordarea conflictelor și dificultăților trecute și în cele din urmă abordează situațiile frustrante din prezent cu mai multe detalii.

Astfel, clientul învață să abandoneze ruminările legate de simptomele, situațiile psihotraumatizante și problemele legate de relațiile cu ceilalți și să se concentreze asupra descoperirii eului actual.

b) Modificări produse de procesul psihoterapeutic în percepțiile și atitudinile față de sine.

În cazul în care psihoterapia este încununată de succes (criteriul succesului este aprecierea făcută de client), se pot constata următoarele modificări în ceea ce privește imaginea și atitudinea față de sine:

- se constată o creștere a numărului afirmațiilor ce reflectă o atitudine pozitivă față de sine;
- scade numărul afirmațiilor și atitudinilor autodevalorizatoare, exprimate pe un ton afectiv-negativ;

- atitudinile ambivalente față de propria persoană au o tendință de creștere cam până la jumătatea psihoterapiei, după care au tendința să scadă;
- în finalul psihoterapiei se constată prezența unui număr mult mai mare de autoevaluări pozitive în raport cu propria persoană;
- la pacienții considerați eșecuri ale psihoterapiei se menține un număr ridicat de aprecieri și sentimente negative față de propria persoană.

În urma psihoterapiei se constată o tendință crescută de autoacceptare a propriului eu, ceea ce înseamnă că pacientul tinde să se perceapă pe sine ca pe o persoană valoroasă, care merită respect și nu dezaprobare, al cărui sistem de norme și valori se bazează pe experiența sa proprie și nu pe dorințele altora și care acționează degajat în conformitate cu această autoapreciere.

În același timp clientul se percepe mai obiectiv, ca acționând mai spontan, mai independent, putând face față mai bine problemelor sale în urma psihoterapiei. Astfel el se percepe ca fiind integrat și nu divizat, ceea ce înseamnă o apropiere dintre eul real și eul ideal sau etalon.

Datorită acestor modificări viața interioară a pacientului devine mai agreabilă și mai puțin tensionată.

c) Dezvoltarea unui mod mai adecvat de a percepe realitatea înconjurătoare și de a gândi, a unui tip de raționament mai corect și mai sănătos.

Clientul coboară de la un nivel înalt de generalitate la o percepere mai fină și mai diferențiată a realității. Astfel, de pildă, clientul care se prezintă la psihoterapie și afirmă că este un caz fără speranță, că este o persoană fără valoare, ajunge datorită psihoterapiei să realizeze că, deși uneori s-a comportat ca un individ fără valoare, alteori dimpotrivă a dat dovadă de calități deosebite și s-a comportat adecvat.

Un alt exemplu ne prezintă o clientă care, la începutul terapiei face afirmația categorică: "mama mea este îngrozitoare". După un număr de ședințe de psihoterapie ea ajunge să privească mai nuanțat relația ei cu mama sa: „mama m-a respins în copilărie, dar de multe ori mi-a vrut binele”; „este o incultă, dar are simțul umorului”; „este agresivă și violentă, dar se mândrește cu mine”.

În urma demersului psihoterapeutic subiectul nu mai percepe realitatea ca fixă, imuabilă, ci ca fiind maleabilă, mobilă, ceea ce îi dă speranța că schimbarea este posibilă (de pildă, nu mai percepe homosexualitatea sa ca pe un dat imposibil de modificat).

d) Conștientizarea unor experiențe trecute pe care subiectul le neagă.

Unul din procesele importante ale demersului terapeutic o reprezintă conștientizarea unor experiențe reprimite.

Astfel, de pildă, o femeie s-a prezentat la psihoterapie pentru amețeli și stări de leșin, fără o cauză organică precizată.

Acest comportament se instalează brusc și neașteptat, de regulă când era multă lume de față, ea simțindu-se foarte jenată de situație. La prima vedere ea nu găsea nici o explicație pentru comportamentul ei. La o explorare mai atentă, în urma unor discuții psihoterapeutice, pacientei i-a apărut cu claritate faptul că ea leșina mai ales atunci când acest lucru îl făcea pe soțul ei să se simtă cel mai stânjenit. Cu toate acestea ea nu-și putea explica situația pentru că-și iubea soțul și nu dorea să-i facă nici un rău. Treptat, odată ce procesul psihoterapeutic progresează, ea își dă seama de o anumită opoziție față de soțul ei, antagonisme ce erau total neconștientizate. În cursul terapiei pacienta realizează că funcția simptomului era de fapt o încercare de a-și controla soțul. Prin comportamentul ei, ea i se opunea acestuia și în același timp se pedepsea pe sine pentru acest comportament.

O dată conștientizate aceste elemente pacienta poate elabora modalități mai deschise de a-și exprima opoziția față de soț.

În cazul prezentat mai sus reprezentarea simbolică a problemei prin intermediul simptomului vine în contradicție cu concepția pacientei despre eul propriu (ea nu se percepea ca pe o persoană agresivă, care avea tendința de a se opune soțului ei, care se purta bine).

Aducerea în conștiință a materialului refutat nu se realizează simplu, prin adunarea unor argumente de către client sau terapeut, ci se realizează doar atunci când concepția asupra propriului eu este suficient de modificată pentru ca pacientul să poată formula deschis problema.

Modificarea în percepția propriului eu precede conform teoriei psihoterapiei centrate pe client și nu urmează procesului de dezgropare a amintirilor reprimite.

Primul pas în conștientizarea unor sentimente refutate îl reprezintă percepția unei discrepante de tipul: "Deși îmi iubesc soțul, comportamentul meu este de așa natură încât parcă aș dori să-l necăjesc, să-l pun în situații neplăcute", sau "Aș dori ca mariajul meu să continue, dar se pare că mă port în așa fel încât să-l distrug".

În cazul în care clientul percepe respectivele discrepanțe între ceea ce gândește și modul în care se comportă, el nu poate lăsa lucrurile așa, fiind motivat să descopere rațiunea pentru care lucrurile se petrec astfel: este vorba de o insuficientă cunoaștere a propriilor sentimente (de regulă lucrurile stau așa) sau de o descriere eronată a propriului comportament.

Deci, prin intermediul demersului psihoterapeutic se realizează conștientizarea și exprimarea prin intermediul unei simbolizări deschise a acelor experiențe și stări afective care vin în contradicție cu concepția despre sine a clientului.

e) Modificări în sistemul de valori al clientului

Analizând fragmente din cadrul protocoalelor de psihoterapie se constată faptul că psihoterapia centrată pe client are mult de-a face cu concepte ca "rău" sau "bun", "corect" - "greșit", "satisfăcător" - "nesatisfăcător" etc.

Demersul psihoterapeutic afectează sistemul de valori al individului și produce modificări în cadrul respectivului sistem de valori.

În fazele timpurii ale psihoterapiei individul se orientează în mare măsură pe baza unor valori preluate de la alții în urma interacțiunilor cu mediul sau social și cultural.

Aceste valori pot fi exemplificate astfel:

"Nu trebuie să mă supăr pe nimeni" (pentru că părinții și biserica sancționează ostilitatea). "Trebuie să obțin succese la învățătură" (pentru că părinții mei așteaptă succesele mele). "Trebuie să fiu o persoană asexuată" (pentru că mama mea privește relațiile sexuale ca pe ceva rău și deplasat pentru orice persoană bine crescută") etc.

Odată ce psihoterapia progresează, individul începe să-și dea seama că până atunci el a trăit așa cum i-au spus alții, nu conform eului său real, cât și de faptul că el este tot mai nemulțumit de această situație.

Dar presupunând că el ar renunța la aceste valori interiorizate, ce ar urma să pună în loc?

Urmează o perioadă de confuzie și nesiguranță, în care clientul nu mai are nici o bază prin prisma căreia să judece ce este rău și ce este bine.

Treptat această stare de confuzie este înlocuită de sentimentul că el își poate construi propriul sistem de valori pe baza propriei sale experiențe și prin prisma unor judecăți personale. Individul descoperă că posedă în el însăși capacitatea de a evalua și aprecia experiențele și de a lua decizii pentru el însuși.

De asemenea, în fazele incipiente ale psihoterapiei, "locus"-ul evaluărilor este plasat în exterior, ca o funcție a părinților, modelelor culturale, prietenilor sau unui consilier. Din acest motiv, în aceste etape ale psihoterapiei mulți clienți fac eforturi susținute de a-l determina pe psihoterapeut să preia această funcție de valorizare a evenimentelor.

O caracteristică a terapiei centrate pe client constă și în aceea că psihoterapeutul (consilierul) tinde să mențină permanent "locus"-ul evaluării la subiect, terapeutul făcând afirmații de tipul:

„Tu ești supărat pe...”, „Ți se pare că...”, „Simți că...”, „Crezi că ești rău pentru că...”.

Aceste afirmații au menirea să pună în evidență faptul că doar aprecierile clientului în legătură cu situațiile contează cu adevărat.

Încetul cu încetul, clientul ajunge la concluzia că evaluarea prin prisma propriei persoane a situațiilor, nu numai că este posibilă, dar îi oferă și satisfacții, fapt ce-l face să accepte ca "locus"-ul evaluărilor să-și afle sediul în el însuși.

Când aceste genuri de experiențe tind să se interiorizeze, sistemele de valori nu mai sunt percepute ca sisteme fixe, cu caracter amenințător. Ele devin judecăți emise de individul însuși, bazate pe propria sa experiență și care se pot modifica în cazul în care realitatea îi pune la dispoziție noi date.

Datorită acestui demers valorile se modifică astfel:

"Mă voi supăra pe individul X atunci când simt nevoia să mă supăr, pentru că astfel se vor produce mai puține consecințe decât în cazul în care îmi reprim sentimentele și în același timp relația mea cu persoana X va avea un caracter mai autentic".

"Voi obține succese la studiile mele numai dacă acestea mă interesează cu adevărat".

"Voi fi o mamă afectuoasă când simt acest lucru, fără să mă tem de atitudinea altora în aceasta privință".

"Îmi voi accepta sexualitatea și voi valoriza toate modalitățile de exprimare a ei"

f) Relația client - psihoterapeut

O serie de psihoterapeuți de orientări diverse, inclusiv dintre cei aparținând psihoterapiei centrate pe client, consideră că un factor important al succesului terapeutic îl reprezintă relația afectivă dintre pacient și terapeut. O serie de modificări în planul verbal, preceptiv sau atitudinal sunt rezultatul unei relații afective dintre două ființe umane: pacientul și terapeutul.

Analizarea unor cazuri clinice pune în evidență faptul că adesea nu tehnica terapeutică în sine ci relația cu terapeutul reprezintă factorul generator de schimbare.

Explicația acestui fenomen constă, după Rogers, în aceea că clientul vine la psihoterapie considerând că este o persoană lipsită de valoare, care nu este acceptată de ceilalți, care nu poate fi iubită etc. Și treptat, în

urma interacțiunii cu terapeutul, el ajunge să considere că este acceptat, respectat și înțeles de către terapeutul său.

Mai mult, pe măsură ce clientul se simte acceptat de către psihoterapeut, el începe să se accepte pe sine însuși și treptat începe să nutrească sentimente de acceptare și înțelegere față de cei din jur.

Termenul de "dragoste" înțeles prin prisma relației terapeut - client are aici poate cel mai cuprinzător sens și anume acela de a fi profund înțeles și acceptat.

g) Modificări în structura personalității și în organizarea acesteia în urma demersului terapeutic centrat pe client.

Întrebarea care se pune atunci când analizăm psihoterapia centrată pe client este aceea dacă modificările produse în cursul demersului psihoterapeutic sunt doar modificări de suprafață, sau afectează nucleul profund al personalității?

Rezultatele obținute de la o serie de subiecți cărora li s-au aplicat teste psihologice înainte și după psihoterapie, pledează pentru ideea că după încheierea psihoterapiei subiecții au obținut un nivel mai bun al adaptării la mediu (indicatorii sunt evaluați cu ajutorul testului Rorschach).

Se constată la pacienții tratați cu ajutorul acestei tehnici terapeutice următoarele modificări pozitive:

- creșterea tendinței de unificare și integrare în sfera personalității;
- o mai bună acceptare a eului propriu și a reacțiilor emoționale proprii

ca făcând parte din cadrul eului propriu;

- reducerea tendințelor nevrotice;
- scăderea anxietății;
- o abordare mai obiectivă a realității;
- achiziționarea unor abilități de a face față stresului;
- atitudini și sentimente mai constructive;
- un mod mai eficient de funcționare la nivel cognitiv.

h) Modificări în sfera comportamentului:

- În cursul unei terapii centrate pe client încununate de succes se constată și o modificare în sfera comportamentului de la un comportament imatur la unul mai matur.
- De asemenea, relatările verbale ale clientului spre sfârșitul terapiei pun în evidență o reducere a tensiunii și încordării psihice.
- Se constată și o reducere a numărului de comportamente defensive cât și o bună conștientizare a comportamentelor defensive care încă mai persistă.
- Un rezultat important al psihoterapiei centrate pe client îl reprezintă și creșterea toleranței la frustrare a clientului.
- Se înregistrează, în cazurile reușite, și o mai bună capacitate de a face față sarcinilor cotidiene din familie, de la locul de muncă sau a celor școlare.

Psihoterapia centrată pe client, în forma pură, este rar utilizată în zilele noastre dar această orientare a pus bazele unei multitudini de terapii orientate umanist, terapii care pun accentul pe problemele actuale aflate în conștiința clientului și în cadrul cărora acesta este considerat personajul principal al procesului curativ, terapeutul acționând doar ca un catalizator.

Noile orientări umaniste accepta conceptul lui Rogers de "eu activ", capabil de opțiuni valorice sănătoase. Se accentuează, de asemenea, asupra empatiei, căldurii autentice și a atitudinii pozitive necondiționate din partea terapeutului.

Aceste sisteme psihoterapeutice diferă de forma originală a psihoterapiei centrate pe client prin aceea că au găsit diverse tehnici prin care terapeutul, în afara simplelor reflecții și clarificări, îl poate ajuta pe pacient să-și descopere eul integral.

Psihoterapia existentialista

Varianta a psihoterapiilor experiențiale, perspectiva existentialistă accentuează importanța situației de viață așa cum este ea trăită de individ. Existentialiștii sunt profund preocupați de destinele omenirii, de slăbirea credințelor tradiționale, de alienarea și depersonalizarea omului în societatea contemporană, de lipsa de sens a vieții individului. În același timp ei consideră că oamenii dispun de un mare grad de libertate interioară datorită căruia sunt capabili să facă ceva cu privire la viitorul lor și au responsabilitatea de a-și făuri destinul cât mai bine posibil.

Capacitatea omului de a fi conștient, de a reflecta asupra existenței, de a-și pune probleme, îl pune pe acesta față în față cu responsabilitatea existenței sale, a deciziei ce fel de om dorește să fie, cu responsabilitatea stabilirii propriului său sistem de valori și a actualizării potențialităților sale latente.

Aplicarea filosofiei existențialiste la înțelegerea problematicii umane în scopul de a-i ajuta pe oameni să se înțeleagă mai bine pe sine și viața lor, a fost realizată de-a lungul anilor de către mai mulți teoreticieni în domeniul psihologiei incluzând pe Binswanger (1942) pe May, Angel și Ellenberger (1958).

Psihanalistul Binswanger a aplicat ideile existențialiste în cadrul terapiei psihanalitice, fapt ce a dus la metoda denumită "Analiza sinelui" (Daseinanalyse) sau "Analiza existențială".

May și colaboratorii au pus bazele la ceea ce a devenit deja clasică analiză existențială. Psihoterapeuții existențialiști nu se limitează la investigarea stărilor conștiente și inconștiente, ci îl ajută pe individ să-și reconstruiască lumea interioară prin concentrarea asupra lumii externe, înconjurătoare. Majoritatea terapeuților existențialiști nu urmăresc cu strictețe regulile analizei sinelui, ci accentuează unicitatea fiecărui individ și a felului său propriu de a fi în lume.

Se accentuează asupra ideii ca omul să fie conștient de propria sa existență. Pacientul este provocat prin intermediul unor întrebări privind sensul existenței, scopurile personale.

Relația sau "întâlnirea" terapeutică dintre terapeut și pacient este o relație interumană în cadrul căreia cei doi parteneri se străduiesc să fie cât mai deschiși și mai autentici.

Spre deosebire de terapeuții aparținând altor orientări, terapeuții existențialiști împărtășesc pacienților lor propriile sentimente, valori, experiențe de viață.

În afară de sarcina de a se comporta ei înșiși în mod autentic, terapeuții de orientare existențialistă trebuie să-i determine pe pacienți să răspundă în mod autentic la realitatea prezentă (Havens, 1974; May, 1969).

De pildă, dacă clientul spune terapeutului: "te urăsc așa cum mi-am urât tatăl", terapeutul îi va răspunde astfel: "eu nu sunt tatăl tău, ci eu însumi și tu trebuie să te raportezi la mine ca la doctorul H. nu ca la tatăl tău!".

Accentul (după Coleman; Butcher, Carson, 1984) în cadrul acestui sistem psihoterapeutic cade pe experiențele "aici și acum" pe care individul decide că trebuie să facă și să fie la un moment dat. Acest sentiment al experienței imediate reprezintă piatra unghiulară a psihoterapiei existențialiste, individul fiind ajutat să stabilească faze în cadrul cărora să clarifice și să aleagă între diverse moduri de a fi.

Ca și psihanaliza, psihoterapia existențialistă se adresează unui număr redus de pacienți, inteligenți, cu abilități verbale și care se află într-o criză existențială. În cadrul acestei categorii, acest gen de terapie înregistrează succese mai ales cu subiecții care suferă de tulburări anxioase sau de tulburări ale personalității, ea fiind neadecvată în cazul psihozelor.

Următorul caz va ilustra categoria de pacienți pentru care se potrivește psihoterapia existențialistă (Coleman; Butcher; Carson, 1984, p. 659).

Un om de afaceri în vârstă de 42 de ani se prezintă la psihoterapie pentru că, pentru el existența și-a pierdut înțelesul și savoarea. El consideră că problemele de familie nu mai au importanță în viața lui (soția este foarte preocupată de propria ei carieră, iar unicul fiu s-a căsătorit și s-a mutat în Alaska). Activitatea profesională, în care a avut un mare succes (atât financiar cât și în ceea ce privește prestigiul) și-a pierdut și ea sensul pentru pacient. Zilele i se par lungi și fără rost. Se simte plictisit, dar în același timp panicat. Își face datoria ca un automat la locul de muncă, dar se simte ca și cum n-ar trăi de fel. Din când în când se simte speriat și depășit de sentimentul de "cenușiu" și de gustul "amar" pe care îl are viața lui actuală.

* Teoria existențialista a lui Rollo May

Unul dintre cei mai cunoscuți reprezentanți ai acestei orientări terapeutice din Statele Unite este Rollo May.

May este critic cu privire la modul tradițional științific de a înțelege ființa umană pentru că, la fel ca și Sartre (1956), el este de părere că analiza distruge natura umană. Explicațiile bazate pe mecanismele prezente, experiența anterioară, secvențele evolutive sau forțele mediului ne împiedică să înțelegem omul ca ființă umană și opțiunile pe care le face. Din acest motiv trebuie găsită o nouă metoda științifică pentru a permite o mai adecvată înțelegere a omului (May; 1958, p. 37, cf. Lazarus, p. 308) descrie psihoterapia existențialistă astfel:

Contribuția fundamentală a psihoterapiei existențialiste este înțelegerea omului ca existență. Aceasta nu înseamnă negarea validității abordării dinamice și studiul diverselor modele comportamentale, dar se consideră că aceste forțe dinamice primare pot fi înțelese numai în contextul structurii existenței persoanei cu care avem de-a face.

Problema principală de care suferă oamenii în ziua de azi este închiderea sau îngustarea accesului mentalului la experiență ca rezultat al anxietății, aceasta având drept consecință reducerea posibilităților de a se autoactualiza pe ei înșiși ca ființe individuale. Anxietatea nevrotică nu este altceva decât blocarea sau îngustarea conștientizării, iar când aceasta stare se prelungește ea generează sentimente de apatie și depersonalizare. Anxietatea poate fi înțeleasă și ca pierderea sentimentului euului în raport cu realitatea

obiectivă. Ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este amenințată. De aceea, boala (anxietatea, tulburarea nevrotică) este o modalitate (dezadaptativă) prin care oamenii încearcă să-și conserve eul amenințat.

May consideră că societatea modernă a creat mai ales la tineri o vulnerabilitate deosebită față de anxietate.

Când însăși valorile unei societăți se află în stare de confuzie și când se desfășoară schimbări cu caracter traumatizant, individul nu are în interiorul său un teren solid pentru a face față unor amenințări concrete. Rezultatul este dezorientarea psihică cât și stările acute sau cronice de anxietate. Or, aceasta este de fapt starea culturii noastre în secolul XX.

În absența unor repere valorice externe, oamenii trebuie să-și găsească orientarea în ei înșiși și aceasta a dus la dezvoltarea psihanalizei și apoi a existențialismului.

După opinia lui May, dilema umană constă în aceea că omul este simultan subiect (care dorește, simte) și obiect orientat în raport cu situațiile externe, calitate în care trebuie mai curând să facă ceva decât să aleagă dacă să facă sau nu acel lucru.

Teoriile asupra comportamentului uman care pun un accent exclusiv pe forțele externe, ca și cele care, dimpotrivă, dau atenție prioritară determinantelor interne ale conduitei umane sunt incomplete și ele eșuează în interpretarea totală a ființei umane. A se descoperi pe sine și a fi deschis la experiențe presupune ambele tipuri de forțe care direcționează comportamentul.

Scopurile terapiei sunt:

1. Inversarea procesului de îngustare sau de blocare a câmpului conștiinței care s-a produs sub influența amenințării.

2. Deschiderea propriului eu în direcția conștientizării. Deci, psihoterapia are ca obiectiv să ajute pe pacient să-și actualizeze potențialul.

Se urmărește nu atât eliminarea anxietății ci transformarea anxietății nevrotice în anxietate normală, precum și a capacității de a trăi în condițiile acestei anxietăți normale. După încheierea psihoterapiei pacientul va putea suporta o încărcătură mai mare de anxietate decât înainte dar aceasta va fi anxietate conștientizată și subiectul va putea să-i facă față în mod constructiv.

De asemenea, nu se urmărește eliminarea sentimentului de culpabilitate, ci transformarea culpabilității nevrotice în culpabilitate normală, precum și capacitatea de a utiliza în mod creativ culpabilitatea normală. Nu se utilizează o tehnică psihoterapeutică anume.

După May, analiza existențială nu trebuie considerată ca o școală specială sau ca un sistem psihoterapeutic, ci mai curând ca un set de atitudini cu privire la om și la modul în care acesta este cunoscut.

Tehnica și analiza abstractă reprezintă pentru existențialiști concepte neadecvate deoarece ființa nu poate fi analizată fără a o distruge, cu toate acestea terapeuții existențialiști au la bază o pregătire psihanalitică sau în domeniul altei forme de terapie bazată pe insight.

Deci, analiza existențială reprezintă o modalitate de a înțelege existența umană, iar reprezentanții ei consideră că unul din motivele cheie care împiedică înțelegerea reală a omului este, cel puțin în cultura occidentală, accentul exagerat care este pus pe tehnică, accent care face ca omul să fie privit mai mult ca un obiect de condus, de luat în calcul, de analizat.

Această tehnică occidentală se caracterizează printre altele prin prejudecata că dacă aplicăm o metoda corectă vom izbuti să cunoaștem în profunzime și problematica pacientului. Orientarea existențialistă susține exact opusul și anume faptul că metoda urmează cunoașterii.

Pentru psihoterapia existențialistă nu este atât de important ce anume face psihoterapeutul în timpul psihoterapiei, ci mai ales contextul psihoterapeutic în cadrul căruia pacientul nu este privit ca un set de forțe dinamice, aflate în interacțiune, ci ca o ființă umană care decide, acționează, își fixează atenția asupra ceva aici și acum.

• Logoterapia lui Victor Frankl (1963; 1965)

Frankl a fost inițial antrenat în psihanaliză, dar cei trei ani petrecuți în lagărele de concentrare germane (inclusiv Auschwitz) l-au împins spre o orientare existențialistă.

Termenul de logoterapie vine de la termenul grecesc "logos" care înseamnă sens, semnificație.

Logoterapia este o variantă a analizei existențiale care pune accentul pe demersul personal de căutare a sensului existenței. Pentru Frankl "dorința de sens" este unul din motivele fundamentale ale omului.

El este de părere că psihoterapia se ocupă de problemele adaptării umane, iar logoterapia, care abordează mai mult aspectele spirituale ale existenței se substituie psihoterapiei, ci doar o completează.

Logoterapia are drept obiectiv să-i ajute pe oameni să-și găsească un sens în viață și să facă față crizelor existențiale. Accentul este pus mai ales pe conflictele de natură valorică. În cadrul acestei orientări psihoterapeutice se afirmă faptul că persoana este responsabilă de propriile sale convingeri sau acțiuni. Atenția psihoterapeutului nu se îndreaptă spre trecut ci spre viitor.

Un din tehnicile utilizate de Frankl este tehnica "intenției paradoxale" (ulterior se va dezvolta chiar o școală denumită "Psihoterapie prin intenție paradoxală") prin intermediul căreia se solicită pacientului să dorească exact acel lucru de care se teme și să o facă cu cât mai mult umor și detașare.

Pentru a ilustra această tehnică el dă exemplul unei studente la medicină care începea să tremure ori de câte ori asistentul se apropia de ea și o privea în timpul lucrărilor practice ("cit. Lazarus, 1976). Studenta a fost instruită să-și spună: „Iată asistentul! Acum îi voi demonstra cât de bine știu să tremur!” Bineînțeles că dacă ea încerca în mod deliberat să tremure, nu reușea.

O altă tehnică este tehnica denumită „de reflecție”, care cere pacienților să ignore ceea ce îi tulbură și să se concentreze asupra unui lucru pozitiv din alt domeniu. Această tehnică se utilizează cu bune rezultate în domeniul tratamentului de dinamică sexuală.

Frankl a utilizat aceste tehnici dar și altele, pentru a-i face pe pacienți să-și conștientizeze propriul sistem de valori, să câștige autocontrolul asupra lor înșiși și sentimentul responsabilității pentru acțiunile și reacțiile lor, cât și pentru a-i învăța să rezolve problemele existențiale care îi tulbură.

* Psihoterapia gestaltista a lui Fritz Pearls

Fritz Pearls a fost, de asemenea instruit în domeniul psihanalizei și a scăpat de teroarea hitleristă emigrând în Statele Unite. În 1951 el scrie „Psihoterapia gestaltistă” împreună cu alți doi colaboratori.

Psihoterapia gestaltistă a fost și este utilizată într-o mare măsură la Institutul Esalen din Big Sur, California, și este mai degrabă o psihoterapie de grup decât una individuală, deși unele din elementele ei interesează și pe specialiștii în psihoterapiile individuale.

Gestalt înseamnă întreg sau totalitate, idee care a preocupat pe mulți psihologi de prin anii 1920, care au și creat curentul gestaltist în psihologie și susține faptul că întregul este ceva mai mult decât suma părților componente, iar analiza componentelor nu face decât să-l distrugă.

Orientarea psihoterapeutică a lui Pearls pornește de la necesitatea integrării părților componente în cadrul personalității luate ca un tot unitar. El include în cadrul sistemului său conceptual elemente din cadrul psihanalizei și filozofiei existențialiste, punând un accent deosebit pe experiența imediată (ca și în cazul altor psihoterapii de orientare existențialistă). (Pearls, 1967, 1969).

Scopul psihoterapiei gestaltiste este refacerea capacității de evoluție a ființei umane ajutând pacientul să intre în contact cu nevoile sale neconștientizate cât și prin abordarea creativă a ambianței. Pacientul trebuie să tindă să devină ceea ce este el cu adevărat, să privească dincolo de măști, jocuri, mecanisme de apărare, să fie conștient aici și acum, de tot ce există, să trăiască în prezent. El este încurajat să comunice la timpul prezent mai curând decât să-și rememoreze trecutul său, să-și făurească vise de viitor.

Conștientizarea prezentului în cadrul terapiei gestaltiste este frumos ilustrată în următorul fragment din cadrul unui protocol de psihoterapie (Levitsky și Pearls, 1970, p. 143, cit. Lazarus, 1976, p. 311).

Terapeutul: De ce anume ești conștientă acum?

Pacienta: Acum sunt conștientă de faptul că stau de vorbă cu dumneavoastră. Îi văd și pe ceilalți oameni prezenți în sala de psihoterapie. Simt tensiune în umărul meu drept. Sunt conștientă de faptul că trăiesc un sentiment de anxietate.

Terapeutul: Cum simți starea de anxietate?

Pacienta: Îmi simt vocea tremurătoare, gura uscată, respirația sacadată. Simt că vorbesc prea precipitat.

Terapeutul: Ești conștientă de ceea ce fac acum ochii tăi?

Pacienta: Da, acum îmi dau seama că ochii mei au tendința de a privi în lături.

Terapeutul: Îți poți asuma responsabilitatea acestui fenomen? **Pacienta:** Da, încerc să nu vă privesc în față.

Terapeutul: Încearcă să te identifici cu propriii tăi ochi. Elaborează un dialog pentru ei!

Pacienta: Ei sunt ochii lui Mary. Mi-e greu să privesc drept înainte. Am tendința să sar dintr-un loc în altul.

Procesul conștientizării are o serie de aplicații. În primul rând el ajută la ghidarea individului spre o evaluare certă a propriilor sale experiențe, evitând verbalizarea fără sfârșit, explicațiile și interpretările.

Conștientizarea senzațiilor corporale, a celor externe, a percepțiilor constituie una dintre cele mai sigure surse de informații. Bazându-se pe informațiile provenind din procesul conștientizării, pacientul poate urma dictonul lui Pearls: "Pierde-ți mintea și întoarce-te la simțuri".

De asemenea, utilizarea conștientizării îl conduce pe pacient dincolo de "de ce"-urile care stau la baza comportamentului (interpretare psihanalitică) înspre "ce?" și "cum?" - întrebări specifice psihoterapiei experiențiale.

Pacientul: *Simt teama!*

Terapeutul: *Cum trăiești această stare de teamă?*

Pacientul: *Nu vă pot vedea clar. Îmi transpiră mâinile...*

Când pacientul se reîntoarce la experiența senzorială el poate face mai ușor distincția între realitatea existentă și propriile sale fantezii anxiogene.

Pacientul: *Sunt sigur că cei din grup mă disprețuiesc pentru ceea ce am spus.*

Terapeutul: *Uită-te la fețele noastre și spune-mi ce observi, nu ce îți imaginezi!*

Pacientul: *Da, parcă oamenii nu mă privesc cu ostilitate, nu mă resping! Unii dintre ei se uită chiar cu prietenie la mine.*

Terapeutul: *Ce simți acum?*

Pacientul. *Acum mă simt mult mai relaxat!*

Comunicarea în cadrul grupului are loc între membri egali, închizând și terapeutul. Limbajul pacientului reflectă nivelul responsabilității sale pentru sentimentele și acțiunile sale, mai curând decât starea în care el s-a manifestat ca un recipient pasiv în care pătrunde experiența.

Pacienții trebuie să se concentreze asupra existenței imediate și să devină cât mai conștienți de ceea ce se întâmplă.

Dintre tehnicile aplicate în cadrul acestui sistem psihoterapeutic menționăm o serie de jocuri de tip role-playing, în cadrul cărora pacientul trebuie să joace roluri ce corespund diverselor părți sau zone ale eului său.

De pildă, unde se intuiește un conflict între superego ("trebuie") și eul depreciat, se poate juca jocul: "câinele de sus" și "câinele de jos", pacientul prezentând pe rând punctele de vedere ale celor două porțiuni ale eului său.

Se pot dramatiza dialoguri între partea masculină și cea feminină a aceleiași persoane.

În jocul "îmi asum răspunderea", pacientul trebuie să adauge această propoziție după ce comentează fiecare secvența a comportamentului său.

În cadrul unui alt joc: pacientul trebuie să repete mereu, uneori din ce în ce mai tare, un comentariu pe care terapeutul îl consideră semnificativ.

În sistemul lui Pearls se pune un accent important și pe analiza viselor: "diferitele părți ale viselor nu sunt altceva decât fragmente ale personalității noastre". Deoarece obiectivul nostru este să-l facem pe fiecare să devină o personalitate-integrală, unitară, fără conflicte, ceea ce trebuie să facem este să punem la un loc diferitele fragmente de vise. Astfel vom relua în stăpânire aceste părți fragmentare și proiectate ale personalității noastre, reintrând în posesia potențialului nostru ascuns care apare în vise (1967, p. 67. cit. Coleman; Butcher; Carson, 1984, p. 660).

Multe ședințe sunt dedicate unor aspecte comportamentale ale subiectului și sunt denumite "antrenament structural de conștientizare". În cadrul acestuia pacientul devine mai conștient de eul său total și de mediul înconjurător.

Tehnica de lucru asupra conflictelor nerezolvate se numește "să avem grijă de afacerea neterminată".

După opinia lui Pearls, toți oamenii se mișcă în viață purtând cu ei conflicte și traume nerezolvate. Noi cărăm acest balast în cadrul unor noi relații și avem tendința de a reedita vechiul tip de relații și cu alți oameni.

Dacă suntem capabili să încheiem afacerile noastre mai vechi, vom avea mai puțină tensiune psihică în etapa prezentă și vom putea deveni mai conștienți și mai realiști în raport cu noi înșine și cu lumea înconjurătoare.

Faptul de a te exprima în prezența unui grup, de a juca anumite scene, depășind propriile sisteme de a evita conștientizarea face ca la un moment dat un membru al grupului să intre în impas, moment în care nu mai are încotro și trebuie să-și confrunte sentimentele și conflictele.

În condițiile securizante ale situației psihoterapeutice individul nevrotic descoperă că lumea nu se prăbușește dacă el se comportă ca un om furios, vesel, trist sau face avansuri erotice. În felul acesta, pacienții descoperă faptul că pot ieși din impas prin propriile lor forțe.

Psihoterapiile umanist-existențialiste au fost criticate de către unii specialiști pentru lipsa unui model sistematic al comportamentului uman, pentru lipsa de unitate în ceea ce privește procedeele și tehnicile psihoterapeutice, cât și pentru caracterul vag al relației pacient - terapeut.

Partizanii acestei orientări, dimpotrivă, consideră că tocmai în aceste trăsături ar consta forța și vitalitatea acestor forme de psihoterapie.

Teoriile prea sistematice reduc ființa umană la o abstracțiune, negând unicitatea individului.

Având în vedere faptul că oamenii sunt foarte diferiți, trebuie să fim de acord și cu faptul că tehnici diferite de psihoterapie vor fi potrivite pentru oameni diferiți.

CAPITOLUL 5.

PSIHOTERAPIA

COGNITIV-COMPORTAMENTALA

Principiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989) arată că abordarea cognitiv-comportamentală pune un accent deosebit pe formularea conceptelor în termeni operaționali și pe validarea empirică a rezultatelor tratamentului.

Ea se poate utiliza atât în psihoterapia individuală cât și în cea de grup.

Adesea se recurge și la indicatori obiectivi pentru a valida eficiența demersului terapeutic.

Rezolvarea de probleme reprezintă o latură importantă a tratamentului. Toate aspectele psihoterapiei sunt descrise în mod explicit pacientului, acesta colaborând cu terapeutul în planificarea unor strategii de rezolvare a problemelor care îl deranjează pe pacient.

Psihoterapia este limitată în timp și are obiective clar definite.

Pentru ca psihoterapia să reușească este absolut necesară formularea precisă a obiectivelor - împreună cu pacientul - pe baza unor informații detaliate în legătură cu factorii care contribuie la menținerea problemei simptom.

Principiul de bază al terapiei cognitiv-comportamentale postulează că modurile în care individul se comportă sunt determinate de situațiile imediate și de felul în care subiectul le interpretează.

În cursul psihoterapiei pacientul trebuie să se simtă securizat pentru a putea furniza informații despre evenimente stresante. Aceasta se realizează prin crearea unei atmosfere calde, pline de încredere, terapeutul fiind empatic și gata să-l ajute pe pacient să depășească dificultățile curente.

Obiectivele psihoterapiei cognitiv-comportamentale

După Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark (1989) obiectivele psihoterapiei cognitiv-comportamentale sunt următoarele:

* Formularea problemelor

Primele ședințe sunt dedicate formulării unei ipoteze preliminare asupra problemei pacientului și elaborării unui plan terapeutic. Ipoteza este verificată în cursul ședințelor viitoare sau prin sarcinile trasate pentru acasă și dacă este necesar, este modificată.

Deși obiectivele terapiei sunt stabilite de la început, ele se pot schimba pe parcursul demersului psihoterapeutic.

Unii terapeuți fac greșeala de a considera că dacă problema e stabilită (de exemplu: fobie de locuri înalte), linia de tratament este deja precizată (de pilda, tehnica expunerii progresive).

Dar clinicienii experimentați devin tot mai conștienți de faptul că stabilirea cu precizie a diagnosticului dă indicații limitate asupra a ceea ce trebuie să reprezinte tratamentul, aceasta fiind utilă doar în etapele preliminare, ulterior fiind necesare informații mai detaliate cu privire la:

- ce face persoana în mod deschis sau în mod implicit și ar dori să nu mai facă
- care sunt factorii precipitatori (situaționali, mentali emoționali) pentru comportamentul problematic;
- în ce condiții se manifestă problema;
- care sunt consecințele comportamentului problematic;
- care sunt variabilele care conduc la menținerea și perturbarea comportamentului problematic;
- ce modificări ar putea fi aduse acestor condiții pentru a obține schimbarea comportamentului problematic;

Pacientul trebuie informat că psihoterapia cognitiv-comportamentală îl va ajuta să se ajute singur, iar terapeutul îl va învăța să achiziționeze abilități prin care să rezolve nu numai problema prezentă ci și eventuale probleme similare ce pot să apară în viitor.

Terapeutul trebuie să accentueze rolul temelor pentru acasă, subliniind faptul că partea cea mai importantă a terapiei are loc în viața de zi cu zi, pacientul trebuind să pună în aplicare ce a învățat în cursul ședinței de psihoterapie.

Pacientul este solicitat să coopereze activ la procesul psihoterapiei prin furnizarea de informații pentru terapeut, prin transmiterea de informații inverse (feed-back) asupra eficienței tehnicilor aplicate și prin intermediul unor sugestii date terapeutului cu privire la noile strategii ce ar trebui puse în funcțiune.

Pacientul este informat și cu privire la structura tratamentului: număr de ședințe, durata ședințelor, locul de desfășurare al acestora etc. De asemenea, pacientul este interogat cu privire la simptomele sale, factorii ce țin de relațiile interpersonale, cât și despre comportamentul manifest.

Interviul preliminar are o însemnătate mare în cadrul demersului psihoterapeutic pentru că adesea pacientul se prezintă cu un amalgam nediferențiat de probleme, iar terapeutul este cel care îl ajută să le ordoneze, astfel încât dificultățile sunt reduse la dimensiuni rezonabile și în felul acesta pacientul începe să creadă că schimbarea e posibilă.

De pildă, dacă un pacient se poate adresa terapeutului pentru o serie de probleme cum ar fi: dispoziție proastă, stări de plâns, pierderea interesului și bucuriei de viață, fatigabilitate, tulburări de somn, scăderea autostimei, lipsa speranței pentru viitor etc., terapeutul îi explică faptul că este vorba de o unică problemă - depresia - pentru care sunt modalități de terapie clar definite.

Poate apare și situația inversă când pacientul crede în mod greșit că este vorba de o singură problemă, ca de pildă, lipsa autocontrolului, când, de fapt, este vorba de mai multe probleme, cum ar fi: mâncat compulsiv, abuz de alcool, dispoziție proastă, datorii și relații interpersonale proaste - toate acestea necesitând strategii separate de abordare.

Psihoterapeutul stabilește scopuri rezonabile ale terapiei. De pildă, pentru un agorafobic este utopic obiectivul că nu va mai trăi niciodată o stare afectivă negativă, în schimb faptul că poate merge singur în oraș, fără probleme, reprezintă un obiectiv rezonabil.

Terapeutul trebuie să manifeste o atitudine simpatetică față de pacient, fără a-l judeca sau moraliza și acest lucru este important mai ales în cazul pacienților care se simt stânjeniți, au sentimente de culpabilitate sau se simt fără speranță.

O problemă importantă a interviului preliminar o reprezintă abordarea urgențelor. De pildă, dacă pacientul are idei suicidare, acestea trebuie abordate în mod prioritar.

Funcția principală a evoluării în cadrul acestui demers psihoterapeutic o reprezintă formularea și acordul dintre pacient și psihoterapeut cu privire la planul de tratament.

* Modalitățile prin care se realizează evaluarea pacientului

1. Interviu cu privire la comportamentul pacientului

2. Auto-monitorizarea

3. Auto-evaluarea prin intermediul:

- chestionarelor;
- scalelor de evaluare;
- obținerea unor informații de la alte persoane;
- Intervievarea unor persoane cu rol „cheie” în viața subiectului.

4. Observarea directă a comportamentului subiectului în situația clinică:

- jocuri de rol;
- teste comportamentale;
- analiza activității pacientului;
- înregistrări psihofiziologice.

Când se realizează evaluarea subiectului este necesar să se ia în considerație patru categorii de răspunsuri: comportamentale, fiziologice, cognitive și emoționale. De pildă, un pacient poate să renunțe la comportamentul patologic dar el poate continua să se simtă deprimat sau să aibă anumite manifestări fiziologice într-o situație anxioasă:

Evaluările și măsurarea modificărilor în cele patru domenii menționate are o serie de avantaje:

- facilitează cunoașterea precisă a frecvenței și intensității comportamentului problematic;
- îi permite terapeutului să realizeze modificări în ceea ce privește strategia terapeutică;
- evaluările au un rol psihoterapeutic prin ele însele pentru că oferă pacientului informații exacte cu privire la progresele obținute.

Exemple de scale de autoevaluare:

1. Va rog notați cât de stresat vă simțiți în momentul acesta, după următoarea scală:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nu mă simt deloc stresat	Mă simt modest stresat.	Sunt extrem de stresat; Mă simt cât se poate de prost.
--------------------------	-------------------------	---

II. Vă rog notați cât de încordat v-ați simțit în timpul zilei utilizând următoarea scală:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nu m-am simțit deloc încordat	Încordare moderată.								M-am simțit foarte încordat.	

Data	Dimineța	La prânz	Seara
29 Nov.	4	5	3
30 Nov.	2	5	4
1 Dec.	5	6	7
2 Dec.	5	4	2
3 Dec.	3	7	8

Fragment din jurnalul unei paciente cu agorafobie:

Data	Locul unde s-a deplasat	Anxietate anticipată De la 0-100	Durață	Anxietate trăită De la 0-100
4 Nov.	Traversarea străzii.	75	30 min.	40
5 Nov.	Deplasare la cumpărături (lângă casă).	50	25 min.	30
6 Nov.	Deplasare la școala unde învață copilul (cu autobuzul)	75	2 ore	40
7 Nov.	Deplasare la alimentară și la școală.	60	25 min.	35
8 Nov.	Deplasare la teatru, seara.	80	1 oră	20

Fragment din jurnalul unei paciente cu claustrofobie (care se teme să stea singură în casă)

Data	Timpul petrecut în singurătate. De la-până la	Anxietate trăită inițial 0-100	Anxietate trăită o ora mai târziu 0-100	Cum a făcut față situației
3 Oct.	10,20-10,45	85	15	Am telefonat mamei și am rugat-o să vină la mine.
5 Oct.	10,00-10,15	70	10	Am vorbit la telefon cu vecina.
12 Oct.	10,00-10,30	60	5	Am pus în funcțiune casetofonul.

21 Oct.	14,10-14,40	60	10	Am încercat să citesc pentru a-mi abate atenția.
---------	-------------	----	----	--

În baza unor autoevaluări de acest gen, pacienții pot să observe în ce măsură au progresat sau care sunt perioadele în care starea psihică se înrăutățește (de pildă, la unele paciente în perioadele premenstruale anxietatea și irascibilitatea cresc).

În cadrul interviului preliminar pacientul este invitat că timp de 15-20 de minute să-și expună liber problemele, terapeutul făcându-l pe acesta să simtă atitudinea lui simpatetică și interesul față de problema-simptom. El trebuie să i se adreseze, după ce l-a ascultat cu atenție, astfel:

"Dacă am înțeles bine, problema ta este că încerci să faci prea mult pe plac celor din jur și pui interesele celorlalți deasupra propriilor tale interese și asta îi face pe ceilalți să profite de tine. Am dreptate...?"

Pentru pacienții care au dificultăți în descrierea propriilor probleme pot fi adresate întrebări ajutătoare de tipul: "poți să-mi descrii ce s-a întâmplat ultima dată când te-ai simțit deprimat? Când s-a petrecut? Care a fost elementul care ți-a sărit în ochi atunci?". "În ce s-a schimbat viața ta de când a apărut problema? Ce anume te împiedică? La ce a trebuit să renunți de când a apărut problema?"

* Etapele interviului specific psihoterapiei cognitiv-comportamentale

- Descrierea sumară a problemei
- Evoluție:
 - factori precipitatori;
 - timpul când apare problema;
 - factori predispozanți.

Descrierea problemei în termenii psihoterapiei comportamentale	Aspecte comportamentale cognitive afective fiziologice	Ce anume? Când? Unde? Cât de des? Cu cine? Cât de perturbator
Variabile ce țin e context	- situaționale - comportamentale - cognitive - afective - interpersonale - fiziologice	
Factori ce contribuie la menținerea simptomului.	- situaționali - comportamentali - cognitivi - afectivi - interpersonali - fiziologici	
Comportament de e evitare.		
Resurse adaptative de a face față situației.		
Istoria psihiatrică a pacientului.	- ce tratament a urmat (medicație) - cum a reacționat la acesta ?	
Opiniile și credințele sale cu privire la problema sa.		
Implicare (dorința de a se vindeca .		
Dispoziție afectivă. Atitudini.		
Aspecte psihosociale.	- situație familială - aspecte psihosexuale - adaptare la mediu - ocupație - relații sociale - interese / hobby-uri	

Formularea preliminară a unor ipoteze terapeutice

Diagrama evenimentelor de viață în cazul unui pacient cu tulburare anxioasă (după Hawton, Salkovskis, Kirk, și Clark, 1989)

Anxietate ocazională care a dispărut în timp	1967	La terminarea liceului un unchi în vârstă de 40 de ani a decedat de atac de atac de cord
Anxietate puternică, cu tendința de accentuare	1970	Despărțire de partener
Atacuri de panică nocturne	1980	Începe tratamentul cu oxazepam. Se simte nesigur în activitatea profesională Se simte "prins în capcană" de propriii copii.
Atacuri de panică diurne Ameliorare rapidă a simptomelor Simptome ușoare Atacuri de panică tot mai puternice Atacurile de panică diminuează, dar persistă o anxietate generalizată, cu atacuri de panică ocazionale	1982	Oprește tratamentul cu oxazepam; începe să ia fier. Decesul mamei. Fiica cea mare părăsește casa. Nu se mai simte prizonier și începe să călătorească. Călătorie peste hotare Începe să evite călătoriile, exercițiile fizice. la cantități mari de medicamente care conțin fier.

Tratamentul prin intermediul psihoterapiei cognitiv-comportamentale a atacurilor de panică și a anxietății generalizate (după: Hawton, Salkovskis, Kirk și Clark, 1989).

Anxietatea este definită ca fiind o teamă nespecifică, fără legătură cu situațiile externe și care nu este asociată cu comportamentul de evitare sistematică a anumitor stimuli, cum se întâmplă în cazul fobiilor.

În limba engleză avem termenul de "free-floating anxiety" sau teamă care plutește în aer.

Cu toate acestea, interviurile realizate asupra unor pacienți suferind de anxietate au condus la concluzia că nu este vorba chiar de o teamă fără obiect pentru că respectivii pacienți percep mediul înconjurător ca fiind amenințător și anxiogen. Astfel anxietatea respectivilor pacienți devine un răspuns logic la o interpretare eronată a realității.

Această observație stă la baza abordării psihoterapeutice cognitiv-comportamentale prin intermediul căreia pacienții sunt ajutați să descopere, să evalueze și să modifice modul lor nerealist de apreciere a unor pericole potențiale.

Cercetările recente au evidențiat prezența a două tipuri de manifestare a anxietății (*Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea și Di Nardo, 1986; Clark ș.a., 1988*):

a) Atacurile de panică, care apar brusc, neașteptat, indiferent de situație. Acestea constau în trăirea unui sentiment puternic de pericol iminent, sentiment însoțit de o serie de manifestări psihofiziologice de mare amploare: senzație de leșin, tremurături, trăirea sentimentului de irealitate.

Caracterul brusc și neașteptat al manifestărilor respective îi sugerează pacientului ideea că ar putea fi victima unei boli somatice sau psihice grave; infarct, pierderea controlului, instalarea unei stări psihotice (de nebunie).

În absența atacurilor de panică pacienții sunt calmi și liniștiți. Cu toate că mulți dintre ei trăiesc o anumită stare de anxietate anticipatorie cu privire la un posibil atac în viitor.

b) A doua formă sub care se manifestă tulburarea anxioasă o reprezintă evaluarea nerealistă și anxioasă a unor evenimente existențiale. Și în acest caz anxietatea poate fi însoțită de o serie de simptome somatice ca de pildă: supraîncordare musculară, tremurături, neliniște, fatigabilitate, tulburări respiratorii,

palpitații, transpirații excesive, uscăciune a gurii, amețeli, senzație de greutate, diaree, micțiuni frecvente, dificultăți de concentrare a atenției, senzație de nod în gât, insomnie, irascibilitate etc.

Cele două tipuri de anxietate sunt clasificate în D.S.M. III R (1987) sub denumirea de:

- tulburare de tip panică
- tulburare caracterizat prin anxietate generalizată.

Trebuie menționat faptul că un număr mare de pacienți suferă de ambele tipuri de anxietate. Lader și Marks (1971) afirmă că tulburările anxioase sunt prezente la aproximativ 8 % din pacienții ambulatori care se adresează cabinetelor de psihiatrie și psihoterapie.

Tulburările fobice afectează un număr mult mai redus de pacienți (3 %).

Atacurile de panică debutează, de regulă, brusc, aproximativ între 20 și 30 de ani (Rapel, 1985). Anxietatea generalizată poate avea și ea debut brusc dar cel mai adesea aceasta are un caracter insidios.

În ambele tipuri de tulburări evenimentele stresante ale existenței joacă un rol important. Mulți pacienți cu tulburări anxioase nu realizează de la început că problema lor are la bază anxietatea. De regulă, ei se adresează la început medicului specialist în medicină generală, pentru acuze somatoforme. Când în cele din urmă acești pacienți ajung la psihiatrie, ei mai păstrează adesea unele dubii cu privire la natura simptomatologiei lor.

Ideea centrală a abordării cognitive a tulburărilor emoționale constă în aceea că nu evenimentul în sine ci expectațiile individului în legătură cu acesta sunt generatoare de simptome. În cazul anxietății, de regulă, subiectul supraevaluează semnificația pericolului într-o conjunctură dată.

În cadrul modelelor cognitive ale tulburării emoționale sunt luate în considerare două nivele diferite ale gândirii negative:

a) Gândurile negative (și imaginile negative) ce apar în mod automat atunci când subiectul trăiește starea de anxietate (de exemplu, un individ anxios în legătură cu impresia pe care o face în societate, poate dezvolta următoarele gânduri care se declanșează în mod automat: "ei cred că tot ce spun eu este plictisitor și neinteresant").

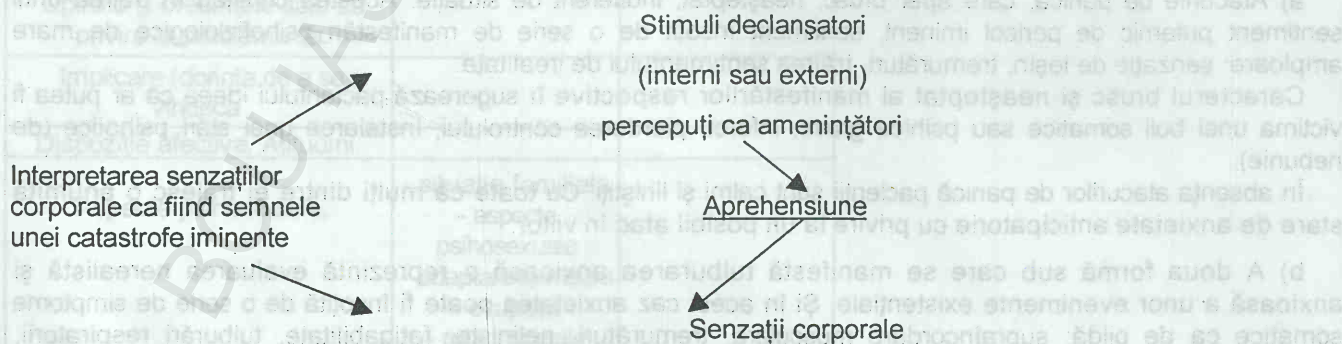
b) Afirmările și regulile cu caracter disfuncțional care reprezintă seturi de aptitudini și credințe pe care le împărtășesc indivizii în legătură cu ei înșiși și cu lumea înconjurătoare și care îi determină să interpreteze diverse situații într-un mod negativ.

Un exemplu de astfel de regulă cu caracter disfuncțional ar fi: "dacă nu mă agreează toată lumea, înseamnă că sunt lipsit de valoare". Un individ care se bazează pe o astfel de afirmație poate interpreta tăcerea celor din jur ca pe un indiciu că ceea ce spune el este perceput de ceilalți ca fiind neinteresant.

Afirmările cu caracter disfuncțional s-au format în urma unor experiențe învățate în copilărie și ele pot rămâne în stare latentă până când pot fi activate de anumite evenimente externe: de pildă, o tânără al cărui tată a decedat brusc și neașteptat la vârsta de 40 de ani în urma unor simptome somatice neobișnuite și eronat diagnosticate, poate dezvolta convingerea că orice simptom somatic apărut brusc poate duce la moarte. Această convingere are o influență neglijabilă în viața ei până când ea însăși trăiește stări de amețală și leșin datorită unor probleme hormonale. Aceste stări pot să-i activeze convingerile mai vechi, făcând-o să fie excesiv de preocupată de starea ei de sănătate, ea interpretând diversele senzații corporale într-o manieră catastrofală.

În cele ce urmează prezentăm câteva modele de gândire negativă, generatoare de anxietate; "Dacă o persoană mă critică, înseamnă că nu țin la mine". "Eu nu am nici o valoare dacă ceilalți nu mă iubesc". "În viață sunt doar învingători și învinși". "Dacă fac o greșală sunt pierdut". "Nu pot face față situației X". "Succesul celorlalți înseamnă eșecul meu". "Dacă un lucru nu este perfect, nu e bun de nimic". "Eu sunt responsabil de ceea ce vor face copiii mei în viață". "Dacă mă voi apropia prea mult de cineva, acea persoană va pune stăpânire pe mine" etc.

Clark (1986; 1988) afirmă faptul că oamenii trăiesc atacul de panică pentru că ei manifestă tendința de a interpreta o serie de simptome corporale într-un mod catastrofic. Tahicardia, amețelile sau jena în respirație pot fi interpretate ca fiind semnele unei boli psihice sau organice grave.



De exemplu, apariția unei dificultăți în respirație este precepută ca un indiciu că respirația se va opri și va surveni moartea.

Odată ce subiectul a dezvoltat tendința de a catastrofiza diversele senzații corporale, există două procese care contribuie la menținerea tulburării panice;

1. Din cauza faptului că se tem de anumite senzații corporale, pacienții devin hipervigilenți și în mod frecvent își explorează stările proprii, ceea ce îi face să remarce senzații pe care majoritatea oamenilor nici nu le observă. Aceste senzații sunt, la rândul lor, interpretate ca semne ale unei boli grave.

2. Anumite comportamente de tip evitant nu fac decât să întărească interpretările negative ale pacienților. Astfel, de pildă, un pacient care crede că suferă de tulburări cardiace evită să facă exerciții fizice sau să facă dragoste.

Evitarea întărește convingerea patologică pentru că el consideră reducerea simptomelor ca pe un efect al evitării anumitor activități.

Evaluarea trebuie să ia în considerație următoarele aspecte: Descrierea sumară a problemei:

1) Descrierea în detaliu a situației când a apărut problema:

- a) situația;
- b) reacțiile corporale;
- c) gândurile care au apărut;
- d) comportamentul

2) Lista cu situațiile problematice posibile.

3) Comportament de evitare; situații și activități.

4) Factori modelatori: factori care fac ca situația să fie mai rea sau mai bună.

5) Atitudinea și comportamentul celorlalți.

6) Credințele pacientului cu privire la cauzele problemei.

7) Experimentări în sfera comportamentului.

8) Efecte.

Medicație (prescrisă sau autoadministrată) Psihoterapie urmată (modalități; ce efecte a avut) Resurse adaptative personale

Situație socială și financiară

* Indicații nosografice

Psihoterapia cognitiv-comportamentală este potrivită pentru majoritatea pacienților cu tulburări anxioase. Pentru pacienții cu probleme somatice reale trebuie făcute unele modificări în cadrul tehnicilor indicate. De pildă, metoda hiperventilației este contraindicată la pacienți cu tulburări cardiace, emfizem pulmonar, epilepsie, astm bronșic sau în caz de sarcină.

Când starea anxioasă este secundară unei boli psihice majore, este necesar tratamentul psihiatric al respectivei afecțiuni.

În același timp, pacienții toxicomani au nevoie de o perioadă de dezintoxicare înainte de a trece la o abordare cognitiv-comportamentală.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală are drept obiectiv reducerea anxietății prin intermediul învățării pacienților să identifice, să evalueze, să controleze și să modifice gândurile negative legate de pericole potențiale cât și comportamentele asociate cu acestea.

Durata psihoterapiei este de 5 până la 20 de ședințe. Aceste ședințe sunt foarte bine structurate, terapeutul și pacientul stabilind de comun acord ce anume se va lucra în cursul unei ședințe.

* Tehnicile specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale

1. Identificarea gândurilor negative

Se realizează prin intermediul următoarelor strategii:

1) Discutarea unei experiențe emotionale recente

Pacienților li se cere să-și reamintească un eveniment sau o situație care a fost asociat cu o anxietate puternică. Evenimentul este descris în detaliu și terapeutul intervine cu întrebări de tipul: "Ce gânduri ți-au venit în minte atunci?". "Ți-a apărut vreo imagine?". "Când ți-a fost cel mai tare teamă, care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar putea întâmpla?". Exemplificarea legăturii pe care o realizezi pacientul între diverse senzații și gândurile aferente:

Senzații	Interpretarea lor
Palpitații	Voi face un atac de cord. Am o boală gravă de inimă.
Dificultăți în respirație	Respirația mea se va opri, mă voi sufoca și voi muri.
Ameteli. Senzație de leșin	Voi leșina, voi cădea, mă voi pierde.
Gânduri stranii sau dificultate de a gândi	Voi înnebuni cu siguranță.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să sesizeze legătura dintre senzațiile corporale și interpretările pe care le acordă acestora. Acest obiectiv se poate realiza prin intermediul unor liste de tipul celei de mai sus.

2). Utilizarea tehnicii imaginației dirijate sau a jocului dramatic pentru a retrăi o experiență emoțională.

Când întrebările directe nu reușesc să-l determine pe pacient să evoce gândurile negative ce se declanșează spontan, este util să se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv pe plan imaginativ sau prin intermediul unui joc dramatic când este vorba de o situație interacțională (relaționarea cu o persoană).

3). Utilizarea modificărilor de dispoziție în cursul unei ședințe de psihoterapie.

Fluctuațiile de dispoziție din cursul unei ședințe de psihoterapie pot fi surse utile pentru declanșarea automată a gândurilor.

Terapeutul, observând modificarea de dispoziție poate, întreba pacientul: "Ce ți-a trecut prin minte acum?"

4). Determinarea semnificației unui eveniment

Uneori declanșarea automată a patternurilor de gândire negativă nu se realizează. În astfel de situații terapeutul trebuie să caute să discearnă, prin intermediul unor întrebări specifice, care este semnificația evenimentului respectiv pentru pacient. De exemplu: "Nu ești foarte sigur în legătură cu ce anume ți-a trecut prin cap când te-ai simțit speriat în situația X. Încercând să privești în urmă, ce crezi că a însemnat situația respectivă pentru tine?"

II. Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente.

1) Rationalizarea

Terapeutul trebuie să-i explice pacientului rațiunile tratamentului prin demonstrarea relației dintre gândire, sentiment și comportament. Astfel, de pildă, Beck (1979) dădea următorul exemplu: dacă un subiect aude în toiu noapții un zgomot în camera alăturată el își poate spune în minte că a intrat un hoț. Atunci apare o stare de teamă și comportamentul se desfășoară în consecință; subiectul se va ascunde sau va telefona la poliție. Dacă, dimpotrivă, subiectul își spune că a lăsat geamul deschis, sentimentele de teamă nu vor apare, ci el se va scula și va închide geamul.

2) Furnizarea unor informații cu privire la mecanismele anxietatii

Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluția lor probabila, cât și faptul că trăirea anxietății nu înseamnă că subiectul are o boala psihică gravă. În același timp trebuie explicat că simptomele produse de anxietate nu sunt periculoase (de exemplu accelerarea bătăilor inimii nu reprezintă un semn că se va produce un atac de cord).

Trebuie explicat pacientului și faptul că unele simptome ca insomnia, dificultatea de a lua decizii, fatigabilitatea și chiar vederea ca prin ceață sunt manifestări ale anxietății.

3) Distragerea

Este utilizată ca strategie pentru a exercita un control direct și imediat asupra simptomului. Astfel de metode pot fi:

- concentrarea asupra conținutului unei conversații și nu asupra stării proprii;

- * dacă subiectul manifestă anxietate în timpul ședinței de psihoterapie, terapeutul îi poate cere să descrie mobilierul din cabinet.

4). Programarea activitatilor

În cadrul acestora se cere pacienților să noteze, oră de oră, activitățile pe care le desfășoară, evaluându-le după o scală de la 0 la 100 sub aspectul unor stări afective cum ar fi: anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situației.

Pentru indivizii care se simt presați de timp este indicată o planificare riguroasă a activităților astfel încât aceștia să nu aibă tentația să facă mai multe lucrări de-odată, fapt ce le sporește tensiunea și supraîncordarea.

Mulți subiecți anxioși renunță la activități de loisir deoarece trăiesc permanent ideea că nu și-au îndeplinit toate datoriile.

De pildă, o femeie casnică se trezea la 5,30 dar rămânea la pat până la ora 8, când rumega toate activitățile pe care le-ar putea face greșit sau nu le-ar putea duce la bun sfârșit, fapt ce-i sporea gradul de anxietate.

În această situație terapeutul i-a recomandat să se scoale din pat imediat ce s-a trezit și să facă jogging.

Principiile planificării timpului

1. Revizuieste-ți obiectivele
2. Realizează o listă a lucrurilor pe care **trebuie** să le realizezi și alta a celor pe care **vrei** să le faci cu estimarea timpului necesar.
3. Dacă sarcinile și activitățile îți solicită mai mult timp decât ai la dispoziție, stabilește prioritățile:
 - ce trebuie făcut neapărat astăzi;
 - ce poate fi amânat și pentru cât timp;
 - ce doresc să fac astăzi;
 - pot trasa sarcina aceasta altcuiva și dacă da, cui anume;
 - ce se întâmplă dacă nu fac acțiunea X; dacă nu se întâmplă nimic pot s-o omit.
4. Stabilește o ordine a efectuării sarcinilor și activităților pe care le ai de îndeplinit; alege secvența care îți convine mai mult.
5. Caută să faci un singur lucru odată și să termini ce ai început.
6. Nu te repezi la o nouă activitate imediat ce ai terminat-o pe cea veche, ci ia o pauză; planifică-ți mici pauze pentru relaxare.
7. Revizuieste-ți încă o dată prioritățile la jumătatea zilei.
8. Analizează amânările și tendința de a târâgăna lucrurile; ai amânat ceva pentru că ți-ai fixat obiective prea înalte? ai fost nerealist în a aprecia ceea ce poți face cu adevărat? Acum poți realiza acel lucru?
9. La sfârșitul zilei reamintește-ți ce ai realizat și acordă-ți credit.

5) Verificarea veridicității gândurilor negative automate

Terapeutul utilizează o serie de întrebări pentru a-l ajuta pe pacient să evalueze gândurile negative și să le substituie cu gânduri mai realiste.

În cadrul ședinței de psihoterapie, pacientul și terapeutul colaborează pentru a găsi soluții raționale pentru a înlocui gândurile negative automate.

Între ședințe pacienții caută să pună în practică abilitățile de a se întreba pe care le-au învățat împreună cu terapeutul. Pentru ca acest lucru să se realizeze mai ușor este indicată notarea zilnică a gândurilor negative producătoare de disfuncții.

Iată câteva tipuri de întrebări care au menirea să verifice realitatea gândurilor negative, disfuncționale:

a) Ce dovadă am că acest gând este adevărat? Nu exista și un alt mod de a privi această situație? Nu cumva există și o altă explicație ca alternativă a gândului negativ?

Exemplu

Pacientul: Când am un atac de panică îmi trece prin cap gândul că voi leșina sau voi muri.

Terapeutul: Bine. Hai să vedem cât de real este acest gând. Ai leșinat vreodată în cursul unui atac de panică?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Știi ce se întâmplă cu organismul tău atunci când leșini?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Tensiunea arterială scade brusc. Știi cum evoluează tensiunea în timpul unui atac de panică?

Pacientul: Am pulsul accelerat. Cred că tensiunea se ridică.

Terapeutul: Corect. În stare de anxietate pulsul și tensiunea urcă. Deci este mult mai puțin probabil că vei leșina când ești anxios decât atunci când nu ești.

b) Cum ar gândi o altă persoană cu privire la situație?

De regulă, pacienții care exagerează pericolele nu au tendința de a extinde această exagerare și asupra altora (Butler și Matheros, 1983). Din acest motiv a-i întreba ce cred alții cu privire la situație poate reprezenta o modalitate utilă de schimbare a perspectivei.

c) Nu cumva aprecierile tale se bazează mai mult pe ceea ce ai simțit decât pe evaluarea modului în care te-ai comportat?

O eroare frecventă a pacienților cu anxietate generalizată constă în aceea că ei cred că nu pot face față situației pentru că sunt anxioși. Când sunt întrebați cum s-au comportat de fapt, ei constată cu surpriză faptul că modul lor de comportare a fost adecvat și deci au făcut față cu bine situației.

d) Ai tendința să-ți fixezi obiective nerealiste de atins?

Mulți pacienți își fixează niște obiective imposibil de atins și devin anxioși în momentul în care își dau seama că nu le pot atinge. Aceste obiective sună în felul următor: "Tot ceea ce fac trebuie să fie perfect". "Trebuie să fiu calm în orice situație".

e) Ai tendința de a omite fapte importante și de a acorda atenție unora lipsite de importanță? De exemplu, multe persoane par să uite succesele trecute atunci când sunt confruntate cu o sarcină dificilă sau când au comis o greșeală. În aceeași categorie poate fi inclusă și afirmația "Pentru că un prieten de aceeași vârstă a murit de atac de cord, e limpede că voi face și eu un atac de cord".

f) Gândești adesea în termenii totul sau nimic?

Persoanele anxioase au tendința de a se autoevalua în culori extreme; alb-negru (ex: dacă ceilalți nu-și manifestă dragostea față de el înseamnă că nu-l plac).

În aceste cazuri este indicat ca pacientul să fie instruit să plaseze toate cunoștințele sale pe o scală care are la un capăt: mă urăsc din tot sufletul, în mijloc - nici nu mă urăsc, nici nu mă iubesc și la celalalt capăt - iubire puternică.

Cu cât se obișnuiesc mai mult cu acest exercițiu, cu atât ei realizează că cei cunoscuți nu se plasează la extreme ci tind să acopere toată scala.

g) Nu ai cumva tendința de a supraestima propria responsabilitate în legătură cu modul în care se desfășoară lucrurile!?

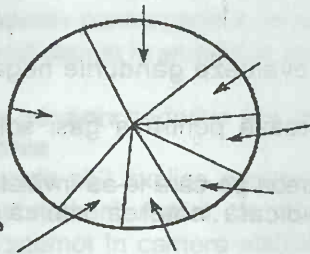
De pildă, o mamă anxioasă rumegă mereu gândul dacă a ales bine școala pentru fiul ei, pornind de la ideea eronată că este posibil să știi dinainte dacă o anumită decizie pe care o iei e corectă.

Pentru a corecta astfel de gânduri terapeutul poate desena o diagramă din care să rezulte cauzele diferite care pot produce un eveniment, cerându-i-se pacientului să noteze acele cauze pe care nu le poate controla și să aloce apoi câte un sector de cerc fiecărei cauze.

Diagrama factorilor care contribuie la buna dispoziție a musafirilor pe care i-am invitat la masă.

Interesele și opiniile politice ale invitațiilor

Factori care se află direct sub controlul pacientului



Dacă oaspetele are relații bune cu partenerul său

Dacă le place mâncarea și băutura (e imposibil să gătești pe gustul tuturor)
Abilitățile sociale ale celor așezați lângă musafiri
Abilitățile sociale ale musafirului

În ce măsură oaspetele este preocupat de propriile probleme (de muncă, financiare etc.)

h) Ce va fi dacă evenimentul neplăcut se va întâmpla cu adevărat? Va fi oare chiar atât de rău?

Datorită tendinței de evitare cognitivă, pacienții anxioși nici nu sau gândit în detaliu cât de rău va fi dacă s-ar petrece situația de care se tem. De regulă, evenimentul real este mai puțin dezastruos decât cel anticipat.

De pildă, un student se poate teme că va cădea la un examen, fără a se gândi că în fond îl poate trece în sesiunea următoare.

i) Cum vor arăta lucrurile peste un anumit timp?

Această întrebare este utilă mai ales când avem de-a face cu o pierdere anticipată pentru că adesea atunci când se gândește la o posibilă pierdere sau la ruperea unei relații, subiectul are în vedere impactul imediat al pierderii.

Astfel, despărțirea de prieten/prietenă îl poate face să sufere câteva luni, intensitatea suferinței reducându-se odată cu trecerea timpului și odată ce apar contacte cu alte persoane.

Conștientizarea proiecției posibile în timp poate fi, utilă nu doar când o pierdere anticipată este probabilă, ci și atunci când gândurile în legătură cu despărțirea generează un comportament care face despărțirea mai probabilă (de pilda, o femeie care se teme că va fi părăsită de iubitul ei devine pisăloagă, geloasă, cu dispoziție proastă, fapt ce va exercita o presiune asupra partenerului și-l va determina să rupă relația).

j) Ai tendința de a supraestima un eveniment?

Subiecții anxioși au tendința de a supraestima un eveniment anxioген. În acest caz sunt utile discuții cu privire la probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului.

Cu toate acestea, unii pacienți rămân anxioși chiar când conștientizează faptul că probabilitatea obiectivă a producerii evenimentului negativ este mică și aceasta se produce datorită supraestimării consecințelor evenimentului. Metoda de abordare terapeutică pentru astfel de pacienți constă în decatastrofizarea evenimentului, demonstrându-i pacientului că va face față cu bine respectivei situații.

k) Nu cumva subapreciați propriile posibilități de a face față situației?

Subiecții anxioși trăiesc cu impresia că nu au abilități suficiente de a se descurca în astfel de situații anxiozene. Din acest motiv, terapeutul trebuie să treacă în revistă situații din trecut când pacientul s-a descurcat bine în situații similare, aprecierile pozitive ale celorlalți cu privire la modul în care au făcut față evenimentelor și să realizeze împreună cu pacientul o repetiție în legătură cu modul de a aborda evenimentele anxiozene. Este util ca pe lângă întrebări să se utilizeze și tehnica imaginației dirijate, prin care se modifică imaginile negative.

De exemplu, o pacientă era asaltată de imagini legate de faptul că va leșina în public. Discuțiile au ajutat-o să înțeleagă faptul că cel mult își va pierde cunoștință pentru câteva secunde și apoi își va reveni și se va comporta normal. Vizualizarea modului în care își revine și se comporta normal au ajutat-o să-și reducă anxietatea.

6). Experimentarea în sfera comportamentului

Terapeutul cere pacientului să verifice în viața reală dacă gândurile negative sunt adevărate.

a) Experimentarea în cazul pacienților cu anxietate generalizată.

Un om de afaceri se simțea foarte speriat când trebuia să vorbească în public. El credea că subalternii săi vor observa anxietatea sa și vor înceta să-i acorde respectul cuvenit. Fiind evidentă pentru alții, el a afirmat că e convins că dacă el se simte anxios ceilalți trebuie să-și dea seama de asta. Ca test, terapeutul i-a cerut să țină un mic discurs în timp ce va fi înregistrat pe video. În timp ce vorbea el s-a simțit anxios, dar spre surprinderea sa, revăzând caseta, nu a observat nici un semn vizibil de anxietate. Aceasta a redus convingerea sa cu privire la faptul că ceilalți ar observa cât de anxios este. (La început estima că ceilalți îi observau teama cu un procent de 65 %, iar în urma experimentului aprecierea lui s-a redus până la 30 %).

b) Experimentarea (testarea) în sfera comportamentului cu subiecți suferind de atacuri de panică.

Scopul principal al abordării terapeutice este modificarea interpretării catastrofice pe care o au pacienții în legătură cu senzațiile lor corporale, pe care le trăiesc în cursul atacului de panică. În aceste cazuri se propun pacienților experimente de hiperventilație prin intermediul cărora se pot reproduce voluntar simptomele corporale ale stării de panică (Li se cere să inspire rapid pe nas și pe gură, timp de două minute, golind cât mai mult plămâni la expirație și nu li se spune precis ce senzații vor trăi. Apoi pacienții sunt invitați să aprecieze dacă nu cumva senzațiile trăite după exercițiu seamănă cu cele din cursul atacului de panică. Se analizează apoi eventualele asemănări și deosebiri dintre cele două categorii de senzații. De pildă, dacă pacienții spun că senzațiile fizice sunt asemănătoare dar lipsește anxietatea, pacientul este întrebăat cum s-ar simți dacă astfel de senzații ar apărea brusc și neașteptat, atunci când el nu s-ar găsi în clinica. În cele mai multe cazuri pacienții recunosc că le-ar interpreta în mod catastrofic -"voi face un atac de cord".).

Pornindu-se de la aceste discuții se trece la învățarea pacientului să realizeze o tehnică de respirație controlată, care contribuie la reducerea simptomelor fiziologice de panică.

Clark, Salkovskis și Chalkley (1985) au găsit că învățarea controlului respirației este foarte eficientă cu ajutorul unei benzi de magnetofon, unde o voce calmă pronunța "inspiră" timp de două secunde și "expiră" pentru un interval egal de timp (ritmul respirator este variabil și se alege în funcție de subiect), prelungindu-se treptat durata inspirului și expirului.

Apoi pacientul este instruit să utilizeze respirația controlată atunci când presimte instalarea unui atac de panică (de pilda, expirație prelungită).

În cadrul unui alt experiment, unei paciente care crede că este grav bolnavă de inimă pentru că își simțea mai frecvent decât alții bătăile inimii, terapeutul îi explică faptul că acest fenomen reprezintă doar efectul concentrării atenției asupra unor funcții ale organismului. Deoarece ea s-a arătat sceptică, terapeutul i-a cerut să se concentreze asupra inimii în timpul ședinței timp de 5 minute. Pacienta a constatat cu surpriza că simpla concentrare asupra cordului o făcea să simtă pulsul în zona frunții, la gât, în piept și chiar în degete. Apoi i s-a cerut să descrie mobilierul din cabinet tot timp de 5 minute, timp în care ea nu a mai fost conștientă de bătăile inimii sale.

Un alt tip de experiment constă în demonstrarea rolului gândurilor în declanșarea unor atacuri de panică și aceasta se realizează prin producerea unui atac de panică prin simpla manipulare verbală. Se poate face:

- prin solicitarea pacientului să citească cu voce tare o serie de cuvinte care desemnează posibile catastrofe sau senzații corporale (sufocare, palpitații, moarte etc.);
- prin tehnica imaginației dirijate în cadrul căreia li se cere să-și imagineze în detaliu că au un atac de panică, să descrie senzațiile trăite și consecințele de care se tem. Dacă experimentul reușește, terapeutul îi demonstrează pacientului rolul montajului cognitiv în declanșarea stării de panică.

* Terapia comportamentelor de evitare

Deși anxioșii nu au comportamente sistematice de evitare ca cei fobici, unii dintre ei evită totuși unele activități sau situații (Butler, ș.a., 1987 a).

- În primul rând aproximativ 40% din pacienții cu anxietate generalizată evită situațiile care presupun evaluarea socială (a vorbi în public, a mânca la restaurant), iar aproximativ 20% dintre ei evita și situațiile pe care le evită agorafobicii (a călători cu mijloace de transport în comun, a face cumpărături, a se afla în aglomerație).

- În al doilea rând ei evită unele activități care produc senzații care evocă teama (ca de pildă, exercițiile fizice).

- În al treilea rând utilizează strategii de evitare când se instalează simptomele (ex.: se sprijină de obiecte solide când apare senzația de leșin).

Toate cele trei modalități de evitare tind să mențină gândurile negative ale pacienților. Din acest motiv este bine ca terapeutul să încurajeze pe pacienți să intre în situații sau să se angajeze în activitățile pe care au tendința să le evite pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr.

Pacienții sunt încurajați să se expună gradat la situațiile sau activitățile anxiogene. Mai mult chiar, ei sunt solicitați să anticipeze ce se va întâmpla în timpul exercițiului de expunere și apoi să evalueze dacă ceea ce se petrece cu adevărat este mai rău sau mai puțin rău decât au anticipat (apreciază pe scale nivelul de anxietate).

În plus este important să se modifice și acele modele de comportament pe care pacienții s-au obișnuit să le pună în acțiune odată ce simptomele se declanșează.

De pilda, un pacient cu atacuri de panică se teme că își va pierde mințile în timpul respectivului atac. Întrebat ce îl împiedică totuși să nu și le piardă, el a răspuns că încercă să-și controleze gândurile și că asta îl salva.

Pentru a-i demonstra faptul că este vorba de o convingere eronată, terapeutul l-a determinat să reproducă în plan imaginativ simptomele și apoi să nu-și controleze gândurile. Drept urmare el a constatat că atacul de panică nu duce la nebunie. Un pacient care se teme să nu-i tremure mâinile în public verifica mereu acest lucru cu palmele întinse și degetele depărtate. Terapeutul i-a demonstrat că o astfel de poziție favorizează tremuratură a mâinilor chiar și la persoane care nu se tem de așa ceva.

* Învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor

Pentru mulți pacienți, situațiile sociale sunt dificile pentru că ei nu au deprinderi de conversație sau comportament social. În astfel de cazuri este necesară o antrenare a abilităților sociale. Odată problema identificată, respectivele comportamente sunt modelate de către terapeut în cursul ședinței și apoi practicate sub formă de role-playing în timpul psihoterapiei și apoi în situațiile de viață.

Tehnica identificării supozițiilor negative (disfuncționale). Se poate realiza prin:

- a) utilizarea unor jurnale zilnice în care se notează aceste supoziții disfuncționale;
- b) identificarea gândului negativ și găsirea convingerii care se ascunde în spatele lui.

Pacientul se întreabă: "Dacă gândul ar fi într-adevăr real ce ar însemna asta pentru mine?"

Ilustrarea unei supoziții disfuncționale, a răspunsului rațional și a planului de schimbare (Clark și Beck, 1988) - În Cognitive approaches. În Handbook of anxiety disorders (ed. Last, C și Hersen, M) p. 362 - 385. Pergamon, New York.

1. Supoziția disfuncțională

Eu nutresc convingerea că "nu sunt bun de nimic dacă nu reușesc. Toate succesele mele trecute nu valorează doi bani dacă nu reușesc din nou. Nimeni nu mă va iubi dacă nu voi reuși."

2. Răspunsul rațional și planificarea schimbării

Gândul meu este nerațional și el a apărut pentru că părinții nu m-au lăudat niciodată pentru succesele obținute ci mi-au sugerat mereu că este un nou obstacol de trecut.

Această idee a mea nu este adevărată și pentru că în trecut am obținut realizări pe care nimeni nu mi le poate lua înapoi. Eu sunt același și atunci când am note slabe la școală și nimeni din familie nu s-a purtat cu mine altfel în această situație. Ei continuă să mă iubească.

Mai mult, acest gând este perturbator pentru că mă face să mă simt tot timpul anxios.

Pentru că nutresc acest gând de multă vreme, va trebui să lupt mult cu mine pentru a-l schimba și aceasta îmi va cere ceva timp. Pot să fac două lucruri pentru a facilita schimbarea:

a) să fac o lista cu convingerile mele;

b) să-mi petrec o parte din timp făcând ceva ce îmi face cu adevărat plăcere, nu să fac doar acele lucruri care trebuie îndeplinite.

Tehnica este ilustrată și prin intermediul următorului exemplu:

O pacienta anxioasă nutrea gândul că nu va putea face tot ce și-a propus să realizeze. Discuția a pus în evidență faptul că la baza ei stătea afirmația eronată: "Trebuie să realizez totdeauna lucrurile perfect."

Notând avantajele și dezavantajele acestei convingeri a apărut că avantajul (uneori se obține lucru de calitate) este depășit de dezavantaj (se produce anxietate care o împiedică să-și asume riscuri, o făcea să-și restrângă aria de activități).

Programul terapeutic a constatat în a-i propune să lupte împotriva convingerii eronate încercând să facă lucrurile mai puțin perfect în mod deliberat, ceea ce a făcut să găsească mai multă satisfacție în activitățile cotidiene pentru că a încetat să-și evalueze tot timpul performanțele.

Tehnicile de relaxare. Îi ajută pe pacienți să-și demonstreze faptul că țin sub control simptomele lor.

Peveler și Johnston (1986) au demonstrat și faptul că relaxarea crește gradul de accesibilitate a informațiilor pozitive în memoria pacientului și facilitează găsirea unor alternative la gândurile anxioase.

Relaxarea se realizează prin:

- realizarea planificată a unor activități care îi fac plăcere subiectului;
- pauze planificate în cadrul unor programe încărcate;
- practicarea unor tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, - aceasta trebuie practică până când devine deprindere utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci și în situațiile de viață.

Majoritatea pacienților cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienți care devin anxioși în timpul practicării relaxării (Heide și Borkovec, 1984). Printre aceștia se numără pacienții care se tem de pierderea autocontrolului.

Mai mult, la unii pacienți concentrarea asupra corpului poate evoca producerea unor senzații pe care aceștia le interpretează eronat ca fiind semne de boală. Aceste reacții negative, pot fi reduse dacă se explică pacienților că ei pot trăi în timpul relaxării senzații neobișnuite. De multe ori aceste situații pot fi exploatate în cursul psihoterapiei prin procesul de reatribuire de semnificații (subiectul poate acorda o altă interpretare senzațiilor corporale).

Relaxarea trebuie prezentată ca o modalitate de reducere a anxietății și prin aceea că în cursul ei se poate realiza expunerea progresivă, în plan imaginativ, la diverse situații anxioase.

Prevenirea recăderilor. Pentru a crește încrederea în sine a pacientului, spre sfârșitul terapiei, când simptomele au dispărut, se mărește intervalul dintre ședințele de psihoterapie.

Dacă terapeutul anticipează producerea vreunui eveniment negativ (pierderea serviciului, ruperea unei legături afective), el trebuie să lucreze cu pacientul strategii de a face față unor astfel de situații.

Terapeuții cognitiv-comportamenaliști sunt de părere că o cauză majoră a recăderilor ar fi adunarea unor argumente insuficiente împotriva gândurilor negative.

Pentru a antrena această capacitate de a descoperi contrargumente la gândurile negative, în cursul unor ședințe de role-playing pacientul furnizează argumente împotriva ideilor sale negative, iar terapeutul îl provoacă prin contraargumente. Acest procedeu îi ajută pe pacienți să descopere punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative. Când aceste puncte slabe ale argumentării sunt identificate, pacientul învață să găsească argumente mai convingătoare.

CAPITOLUL 6

PSIHOTERAPIA RATIONAL-EMOTIVA

Psihoterapia rațional-emoțională (RET) reprezintă o combinație a unor tehnici de psihoterapie comportamentală cu elemente de abordare terapeutică filozofică.

Elis a fost pregătit ca psihanalist și după ce a practicat psihanaliza timp de 5 ani a abandonat-o afirmând că este ineficientă.

Elis își definește metoda ca o psihoterapie activ-directivă, de scurtă durată (de la 5 la 15 ședințe). După Elis și Dryden (1987) criteriile sănătății psihice sunt următoarele: interes față de propria persoană, interese sociale, toleranță înaltă la frustrație, flexibilitate, acceptarea cu ușurință a incertitudinii, stabilirea de scopuri creative, gândire științifică, fără utopii, responsabilitate față de propriile probleme emoționale și autodirecționare.

RET presupune utilizarea următoarelor tehnici și reguli:

1. Învățarea rapidă a ABC-ului metodei.

De la prima ședință i se explică pacientului că un eveniment nefericit activator (As) contribuie dar nu produce perturbarea psihică (comportamentul de eșec, înfrângere) care se manifestă la nivelul C (respectiv produce consecințe emoționale și comportamentale).

De fapt persoanele se perturbă pe ele însele datorită credințelor și opiniilor neraționale (iBs) cu privire la evenimentul activator (As).

Terapeutul arată pacientului diferența uriașă dintre credințele raționale (rBs) prin intermediul cărora subiectul își exprimă dorința ca situația, evenimentul activator (As) să se amelioreze și credințele iraționale (iBs) care reprezintă cerințele absolutiste și absurde conform cărora evenimentul (As) trebuie, cu orice preț, să fie ameliorat.

Chiar din primele ședințe i se arată pacientului cum să lupte prin contraargumente (D = dispute) împotriva convingerilor iraționale și prin aceasta să ajungă la E, care este o nouă filozofie eficientă, care la rândul său va genera sentimente eficiente de auto-ajutorare (selfhelping) și comportamente sănătoase.

2. Cu cât terapeutul este mai activ, mai directiv și mai persuasiv atunci când îi explică pacientului ABC-ul metodei, cu atât mai repede învață pacientul să se autoajute.

3. Manifestarea încrederii în eficiența metodei

Terapeutul trebuie să manifeste în prezența pacientului încredere în faptul că psihoterapia rațional-emoțională dă rezultate rapide și eficiente. Cu toate acestea nu trebuie exagerat, în sensul că terapeutul trebuie să afirme că metoda dă rezultate adesea, nu totdeauna. De regulă, pacienții își pun problema dacă nu cumva este ceva în neregulă cu ei în cazul în care nu obțin ameliorări rapide.

4. Prescrierea unor teme pentru acasă

Foarte repede terapeutul dă sarcini pentru acasă pacientului, sarcini ce vizează aspectele cognitive, emoționale și comportamentale. (De exemplu, realizarea unor liste cu gândurile negative, autoperturbatoare).

5. Sarcinile cu caracter imploziv

Mulți psihoterapeuți, în special terapeuții specializați în terapie cognitiv-comportamentală, utilizează prescrierea unor sarcini graduale, ca de pildă, solicitarea pacientului să realizeze exerciții de desensibilizare pe plan imaginativ sau in vivo o dată sau de mai multe ori pe săptămână (Wolpe, 1983).

În cadrul psihoterapiei rațional-emoționale uneori se procedează astfel. Cu toate acestea Elis sugera adesea pacienților săi să realizeze exercițiile în mod imploziv (de 10-20 de ori pe zi).

De pildă, fumătorilor li se cere să alcătuiască și apoi să parcurgă liste cu dezavantajele fumatului de 10-20 de ori pe zi sau, persoanelor cu fobie de ascensor li se cere să meargă cu liftul de 25 de ori pe zi, spunându-și, în timp ce realizează acest lucru: "Nu am nevoie de asigurări că acest lift nu va cădea, pentru că există o probabilitate foarte redusă ca acest lucru să se întâmple. Pot suporta disconfortul de a merge cu liftul și dacă realizez acest lucru, curând mă voi simți bine în timp ce merg cu liftul".

Elis a observat că atunci când se administrează sarcini implozive, durata terapiei se scurtează foarte mult și eficiența ei crește.

6. Acțiuni ferme și puternice împotriva gândurilor negative

Terapeutul trebuie să-l învețe pe pacient (client) cum să lupte eficient și cu tărie împotriva convingerilor iraționale, demonstrându-le faptul că o argumentare slabă va duce doar la un "insight" de natură intelectuală, nu și emoțională, ceea ce va avea ca efect producerea unor schimbări minore, cu durată limitată.

7. Discriminarea între sentimentele adecvate și cele neadecvate

Încă de la început, pacientul este învățat cum să discrimineze între stările afective negative adecvate care apar în cazul producerii unui eveniment psihotraumatizant activator (tristețe, regret, frustrație) și stările afective neadecvate (panică, depresie, ură față de propria persoană). Li se demonstrează că gândurile iraționale sunt cele care generează sentimentele inadecvate autoperturbatoare.

De asemenea, li se explică pacienților faptul elementar că uneori este indicat ca omul să trăiască emoții puternice, dar că nu este necesar ca aceste emoții să fie etalate în fața unor persoane cu autoitate (șefi, profesori), care ar putea penaliza pacientul pentru faptul că manifestă astfel de reacții emoționale.

8. Clientul este ajutat să devină mai realist, mai logic și să nu realizeze așa-numită „masturbare intelectuală”.

Elis este de părere că toți pacienții au credințe de un tip nerealist. „Pentru că ai refuzat să iei masa cu mine, înseamnă că am făcut ceva rău și tu mă urăști” sau lipsit de logică „Pentru că eu mă port frumos cu tine, tu trebuie, în mod obligatoriu, să te porți la fel cu mine”.

În spatele acestor afirmații lipsite de logică stau postulate absolutiste de tip: „Eu trebuie, în orice condiții și cu orice preț, și întotdeauna să obțin aprobarea ta și să te fac să te porți bine cu mine.”

9. Psihoterapia rațional-emoțională de grup

Psihoterapia rațional-emoțională de grup singură, sau în combinație cu cea individuală îi ajută pe clienți să obțină ameliorări mai rapide, pentru că, participând la grup subiecții realizează faptul că și alții au probleme emoționale și văd cum aceștia se luptă să le rezolve.

În grup participanții discută cu alții despre gândurile lor iraționale, obțin sprijin de la alte persoane și sunt încurajați să-și pregătească temele pentru acasă. În același timp în grup se realizează jocuri care au ca obiect lupta cu convingerile negative, și antrenarea unor abilități sociale.

10. Terapia rațional-emoțională (RET) poate fi utilizată în combinație cu alte metode terapeutice ca: tehnici specifice psihanalizei, ale gestalt-terapiei, ale terapiei de familie sistemice, ale analizei tranzacționale sau ale terapiei existențialiste.

Elis recomandă totuși evitarea unor proceduri, pe care le consideră neelegante, pentru scurtarea duratei tratamentului și pentru obținerea unor rezultate mai stabile. El propune evitarea, pe cât posibil a:

a) Metodei asociațiilor libere, pentru că pune în evidență tone de material irelevant bun pentru a scrie romane, dar nu pentru a identifica rapid gândurile iraționale. Mai mult, această metodă, mai ales dacă este utilizată extensiv, împiedică chestionarea directă, argumentările și strângerea de dovezi, ea determinându-i pe pacienți să se complacă în nefericirea lor în loc să lupte pentru a depăși situația.

De asemenea, analiza viselor nu este considerată de Elis ca fiind "calea regală spre inconștient" așa cum spunea Freud, ci un fel de "ladă de gunoi" a unor fragmente de materiale din zilele precedente și analiza lor ar face mai mult rău decât bine.

Elis practică rareori analiza viselor, dar când o face totuși, aceasta este de scurtă durată, el căutând în vise elemente ale credințelor iraționale, arătându-i-se clientului în ce constau acestea și cum să lupte împotriva lor.

b) Elis recomandă evitarea unor atitudini prea apropiate ale terapeutului față de pacient.

El afirmă că a încercat să acorde pacienților multă căldură afectivă și suport, conform metodei lui Ferenczi (1952) și rezultatul a fost că aceștia se simțeau bine, doreau mai multe ședințe pe săptămână și aveau tendința de a prelungi tratamentul, unii dintre ei devenind dependenți de terapeut, ceea ce îi făcea să devină și mai perturbați (cu nevoi iraționale de dragoste și cu toleranță scăzută la frustrație).

Elis propune o atitudine empatică încărcată de feed-back-uri care să reflecte această atitudine.

c) Evitarea furnizării unui număr prea mare de detalii cu privire la evenimentul activator (As).

Mulți clienți, mai ales dintre cei obișnuiți cu psihanaliza, cu tendința de a descrie evenimentul nefericit prin istorii lungi, pline de detalii. Uneori acest fenomen are efect cathartic, îi face să se simtă pe moment mai bine, dar nu îi face să se schimbe.

De regulă, această practică este consumatoare de timp și încurajează și ea pe pacient să se scufunde în nefericirea sa. Din acest motiv terapeutul trebuie să ceară clientul să rezume problema și să se concentreze asupra gândurilor iraționale și a consecințelor lor pe plan emoțional și comportamental.

d) Evitarea vorbăriei compulsive cu privire la propriile sentimente. Mulți pacienți, mai ales dintre cei care au mai urmat alte forme de psihoterapie, au tendința de a reveni în mod obsedant la sentimentele și trăirile lor. În astfel de cazuri este indicat ca terapeutul să spună: "Înțeleg foarte bine ce ai simțit în legătură cu evenimentul respectiv și cred că multe dintre trăirile tale sunt justificate. Dar, hai mai bine să ne concentrăm asupra sentimentelor neadecvate și dăunătoare și asupra a ceea ce gândești și faci pentru a le crea și pentru a le menține. Să ne întoarcem la gândurile tale iraționale care te fac să trăiești panica, depresia și sentimente autodestructive."

e) Evitarea excesului de gândire pozitivă

Încă de la începutul elaborării sistemului sau, Elis a utilizat gândirea și imaginea pozitivă, exprimate în afirmații de tipul: "Mă voi putea ameliora, dacă încerc cu adevărat". "Nu voi fi totdeauna respins, ci uneori voi fi acceptat, dacă mă apropii de oameni." "Încet și cu răbdare se câștigă cursa".

Dar acest tip de gândire are și serioase dezavantaje:

- gândurile pozitive pot să aibă un caracter utopic și să conducă la dezamăgiri viitoare;
- ele contribuie la obținerea performanțelor, dar implică ideea că pacientul trebuie să reușească cu orice preț, trebuie să fie aprobat pentru că altfel se va dovedi fără valoare;

- este mai indicată o abordare de tip filosofic și nu pragmatic.

Abordarea pragmatică este de tipul: "Eu pot face acest lucru totdeauna bine, voi lua în considerație numai performanțele și voi înceta să mă blamez."

f) Evitarea accentuării exagerate a schimbărilor și soluțiilor practice.

Psihoterapia rațional-emoțională postulează faptul că oamenii vin la terapie pentru:

1. Probleme practice, ceea ce înseamnă că ei tind să obțină cât mai mult din ceea ce doresc de la viață și cât mai puțin din ceea ce nu doresc de la viață.

2. Aspectele emoțional-comportamentale ridicate de problemele practice.

Pacienții se autoperturbă permanent pentru:

- modul ineficient în care își rezolvă problemele practice (perturbări primare);
- cât de sever perturbați sunt (perturbări secundare);
- cât de dificil este demersul psihoterapeutic și cât de puțin au

obținut de pe urma acestuia.

Ca și alte sisteme psihoterapeutice, psihoterapia rațional-emoțională furnizează clientului tehnici eficiente de rezolvare de probleme și tehnici de antrenare a unor abilități de a face față diverselor situații. Dar ceea ce deosebește RET-ul de alte sisteme psihoterapeutice este că acest sistem îi ajută pe oameni să se modifice atunci când se află într-o situație disfuncțională și abia apoi îi ajută să modifice respectiva situație.

Se pornește de la premisa că dacă subiecții modifică evenimentul activator, respectiv împrejurarea de viață "ei se simt mai bine și nu mai manifestă tendința de a se modifica pe ei înșiși în sensul renunțării la un stil irațional de gândire". Din acest motiv, Elis evită să lucreze prea mult asupra unor soluții practice (rezolvarea de probleme sau deprinderi de viață), până când clienții nu renunță la patternul negativ de gândire, pentru că altfel, nu vor mai face niciodată acest lucru.

RET este un sistem psihoterapeutic care se vrea mai scurt decât alte tipuri de psihoterapie, deși Elis este de părere că dacă se lucrează cu pacienți dificili (sever tulburați, rezistenți, borderline sau chiar psihotici) psihoterapia se poate întinde pe parcursul mai multor ani.

RET își propune să conducă la o ameliorare de lungă durată astfel încât clienții:

- să renunțe la simptomele lor (ex.: anxietate crescută în situații sociale);
- să reducă sau să elimine alte aspecte disfuncționale (ex: să elimine tracul legat de situațiile competiționale);
- să mențină progresele obținute în urma psihoterapiei;
- să utilizeze cele învățate în urma aplicării RET de-a lungul anilor pentru a preîntâmpina situația în urma căreia s-ar simți din nou serios tulburați;
- în cazul în care survine o nouă problemă ei pot utiliza tehnicile RET pentru a depăși noile dificultăți.

RET nu reprezintă doar un demers cognitiv, ci și profund filosofic, autorul fiind convins de faptul că dacă oamenii se bazează pe o filosofie sănătoasă, ei pot renunța la modul nevrotic de gândire, simțire și comportament.

Elis consideră că deși psihoticii sunt programați să funcționeze în mod aberant, chiar și ei se pot ameliora, măcar parțial, dacă își modifică atitudinea față de ei înșiși, față de alții sau față de împrejurările de viață.

Nevroticii se vor autoperturba mai puțin, chiar când sunt confrunțați cu situații psihotraumatizante, dacă renunță la modul de gândire dogmatic, absolutist, lipsit de logică și orientat împotriva datelor realității.

Pentru a produce restructurarea atitudinală a clienților, Elis propune următoarele soluții:

1. Oamenii trebuie să conștientizeze faptul că ei se perturbă pe ei înșiși într-o măsură mult mai mare decât îi perturbă ceilalți sau împrejurările de viață.

2. Trebuie implementată convingerea fermă că omul poate refuza să se lase perturbat de evenimente minore care s-au produs sau s-ar putea produce și că, odată perturbați, ei au posibilitatea să reducă singuri perturbarea respectivă.

3. Conștientizarea faptului că nu dorințele, scopurile sau valorile personale sunt cele care îi perturbă pe oameni, ci cerințele absolutiste, rigide și iraționale în legătură cu acestea.

4. Pacienții trebuie să realizeze faptul că au mult de lucrat asupra lor pentru aș restructura gândurile iraționale, sentimentele neadecvate și comportamentele disfuncționale și că minuni nu există, ci doar acțiuni tenace de autoperfecționare.

5. Trebuie dezvoltată atitudinea conform căreia dacă pacienții vor lupta din răsuferință împotriva gândurilor negative, a sentimentelor autoperturbatoare și comportamentelor disfuncționale, ei vor fi capabili să se modifice rapid.

Pacienții găsesc soluții pentru propriile lor probleme mai ales atunci când dezvoltă un interes pe termen lung pentru un anumit domeniu de activitate. Din acest motiv, Elis își încurajă pacienții să proiecteze un scop: întemeierea unei familii, cariera profesională, aderarea la o activitate politică, socială sau religioasă etc.

Avantajele acestei orientări ar fi următoarele:

* pacienții își comută atenția de la simptome, stări afective negative sau comportamente de eșec.

- ei realizează faptul că existența lor capătă un sens real, ceea ce îi face să renunțe la sentimentele de inutilitate sau la ideile suicidare;

- subiecții obțin plăcere de pe urma intereselor lor vitale și astfel le vine mai ușor să accepte aspectele mai puțin agreabile ale existenței lor pe alte planuri;

- ei încep să se perceapă pe sine ca „buni” și „utili” pentru că sunt angrenați într-o cauză „bună” și „valoroasă”. Trebuie să fim atenți la faptul că există posibilitatea ca indivizii să aibă tendința spre autodevalorizare, dacă respectiva cauză eșuează.

Grieger (1991) arată că tulburările emoționale și comportamentale sunt consecința sistemului perfecționist, catastrofizant și autoevaluativ de a vedea existența și propria persoană.

Tehnica de bază a psihoterapiei rațional-emoțive este tehnica argumentării.

1. Clientul care începe psihoterapia rațional-emoțivă este solicitat de terapeut să-și asume deplina responsabilitate a tratamentului.

Grieger este de părere că la începutul terapiei este bine ca el să semneze un fel de angajament de tipul: mă angajez să-mi asum întreaga responsabilitate pentru a face tot ce este necesar pentru a combate sentimentele și acțiunile care duc la eșec”

2. Apoi i se recomandă clientului să citească o serie de materiale referitoare la psihoterapia rațional-emoțivă.

3. Urmează descoperirea și evaluarea gândurilor negative autoperturbatoare. Pentru a realiza acest lucru clientul trebuie să citească și să reflecteze asupra următoarelor maxime (insigt-uri):

a) Modul în care te simți și te porți este în mare măsură determinat de modul în care gândești și nu atât de ceea ce ți se întâmplă sau de acțiunile celor din jur.

Putem reprezenta acest adevăr sub forma teoriei ABC, în care A este evenimentul extern, activator, B credințele și opiniile în raport cu el și C reacțiile tale emoționale și răspunsurile comportamentale, adică modul în care te simți și acționezi atunci când apreciezi cele întâmplate.

b) Indiferent de ce ți s-a întâmplat în trecut (dacă părinții te-au iubit sau nu), ai devenit o persoană perturbată în momentul în care ți-ai însușit un sistem irațional de convingeri. Cu alte cuvinte, indiferent cât de irațional s-au comportat ceilalți față de tine, te-ai dereglat doar când ai început să crezi în ideile greșite ale celorlalți despre tine sau despre viață.

c) Deși ești responsabil pentru crearea și menținerea stilului irațional de gândire, nu trebuie să te autoblamezi pentru că majoritatea oamenilor au în general tendința de a gândi irațional și autoblocant, la care se adaugă și faptul că societatea ne bombardează și ea cu idei neraționale, generatoare de nevroză. Dă-ți seama că ai aceleași probleme ca și majoritatea oamenilor și acceptă-te așa cum ești, deși tu ești cel care ți-ai creat și îți menții problemele.

d) Este necesar să depui eforturi susținute pentru a conștientiza credințele iraționale și apoi pentru a le distruge prin contraargumentare.

Deci, clientul trebuie să:

- identifice credințele iraționale;

- să aprecieze modul în care gândurile și credințele iraționale conduc la trăiri afective negative și la comportamente de eșec.

Pentru identificarea credințelor și gândurilor iraționale clientul trebuie să aprecieze o serie de afirmații, exprimându-și acordul și dezacordul față de el. Aceste afirmații aparțin unor scale de tipul:

- Scala de atitudini disfuncționale (DAS) elaborată de Arlene Weissman;

- Testul pentru gânduri iraționale (IBT) elaborat de R.G. Jones.

4. Clientului i se dau și sarcini pentru acasă și anume să acorde 1530 de minute activității de identificare a gândurilor iraționale, după următorul model:

A	B	C
Eveniment activator	Credințe și gânduri iraționale	Consecințe emoționale și comportamentale

a) Atunci când te-ai supărat pentru ceva, descrie pe scurt ce anume s-a petrecut.

b) Notează emoțiile negative care au însoțit evenimentul (anxietate, culpabilitate, depresie, mânie etc.).

Notează apoi comportamentele negative, care conduc la eșec în raport cu evenimentul A.

c) Notează gândurile care ți-au apărut când te-ai confruntat cu evenimentul A și care au produs stările afective negative și comportamentele neadecvate.

5. Modificarea modului negativ de a gândi

a) Clientului i se cere să consulte materialele din care învață cum să combată gândurile negative.

b) Trasarea unor sarcini de natură comportamentală mai eficiente de distrugere a gândurilor negative este lupta activă împotriva lor.

Prezentăm mai jos câteva din sarcinile trasate subiectului:

- Distragerea atenției prin cufundarea în activități agreabile.

Imaginație rațional emotivă; subiectul trebuie să-și imagineze cât mai în detaliu evenimentul negativ și apoi să gândească despre el în mod rațional.

Efectuarea în public a unor acțiuni ridicole sau stupide pentru ca subiectul să nu mai simtă sentimentul de jenă.

- Realizarea deliberată în situații în care subiectul nu se simte confortabil.
- Asumarea riscului: realizarea unor acțiuni de care subiectul se teme.
- Exersări pe plan comportamental; subiectul trebuie să repete acțiuni pentru care nu are aptitudini sau pe care îi e frică să le realizeze.

- Autoacordarea unor recompense și sancțiuni.

Model de protocol pe care subiectul trebuie să-l completeze acasă Săptămâna;

Activitatea propusă; Recompense; Pedepse;

Data	Acțiune realizată	Gânduri iraționale
	Da/ Nu	

c) Clientului i se cere apoi ca timp de o lună să dedice 15-30 minute pe zi pentru a aduce contraargumente în scris la ideile și gândurile iraționale.

În felul acesta, clientul învață să devină propriul său terapeut pentru problemele viitoare. Temele scrise se discută cu terapeutul în cursul fiecărei ședințe de psihoterapie.

6. Combaterea rezistențelor

Deși clientul a făcut pași serioși pe drumul psihoterapiei el poate constata cu surpriză că începe să lupte împotriva terapeutului, a psihoterapiei și chiar a lui însuși. Astfel, de pildă, el poate să nege că ar avea probleme să nu mai dorească să participe la ședințele de psihoterapie, să aducă contraargumente împotriva celor solicitate de terapeut sau să refuze să-și facă temele pentru acasă.

Această etapă este specifică oricărui demers psihoterapeutic și poartă denumirea de fază de rezistență.

Psihoterapeuții specializați în RET sunt de părere că rezistențele au următoarele surse:

- insuficienta înțelegere din partea pacientului a ceea ce-i spune sau ce-i cere terapeutului să realizeze. Dacă așa stau lucrurile, clientul este solicitat să discute deschis cu terapeutul care va clarifica pentru el problemele;

- rezistențele pot avea drept sursă și temerile nerealiste sau prejudecățile iraționale ale pacientului.

Albert Ellis, fondatorul psihoterapiei rațional-emotive, a descris aceste probleme în lucrarea sa denumită "Depășirea rezistențelor". În respectiva lucrare el enumera următoarele tipuri de rezistențe, rezultate din logica greșită a clientului:

1. Teama de disconfort, care are la bază ideea că efortul de schimbare este prea dificil, că subiectul nu poate tolera disconfortul de a realiza teme pentru acasă și că este mai ușor să se descurce cu propriile sale probleme decât să facă eforturi pentru a le schimba.

2. Teama și jena de a fi descoperit, derivă din convingerea că subiectul nu trebuie să gândească, să simtă sau să acționeze așa cum o

face în realitate și că ar fi îngrozitor dacă altcineva, chiar și terapeutul, și-ar da seama de ce simte el cu adevărat.

3. Sentimentele de neputință și de lipsa de speranță rezultă din convingerea că subiectul este incapabil să se modifice, că problema sa este mult prea dificilă și că el este prea mic și prea slab pentru a o putea învinge.

4. Teama de schimbare rezultă din convingerea că subiectul trebuie să se simtă în siguranță chiar cu simptomul său care, deși îi produce disconfort, este ceva cu care s-a obișnuit.

5. Teama de eșec și dezaprobare rezultă din convingerea eronată că subiectul trebuie, cu orice preț, să aibă succes. De pildă, acesta se teme că dacă va depăși teama de a vorbi în public, el va fi pus să vorbească, va eșua și va fi dezaprobat.

6. Tendința spre auto-pedepsire rezultă din convingerea subiectului că este o persoană rea și că trebuie să continue să sufere pentru răutatea sa prin intermediul simptomului.

7. Tendința spre rebeliune rezultă din opinia subiectului că el trebuie să aibă un control total asupra propriului său destin și că poate face absolut ce dorește. El se revoltă împotriva terapeutului a cărui acțiune o vede ca pe o piedică în calea libertății sale.

8. Beneficiile secundare: pacientul nu dorește să renunțe la simptomele sale pentru că are avantaje de pe urma lor.

La aceste rezistențe Grieger mai adaugă:

9. Descurajarea care rezultă din faptul că dacă subiectul nu se simte imediat mai bine, el nu-și va depăși niciodată propria problemă.

10. Teama de pierdere a identității: subiectul poate crede, în mod eronat, că nu va mai fi el însuși dacă va renunța la sentimentele sale, chiar și negative.

11. Teama de pierdere a rezonanței emoționale rezultă din convingerea greșită că dacă va începe să gândească rațional, va deveni total inefectiv, plat și robotizat.

12. Cerințele exagerate față de ceilalți: subiectul crede, în mod eronat, că ceilalți trebuie să se poarte perfect față de el, fără a admite

că ceilalți au propriile lor slăbiciuni omenești și că pot greși. Din acest motiv el poate refuza să renunțe la sentimentele de ostilitate față de ei.

Cientul trebuie să identifice și să lupte și împotriva acestui tip de idei iraționale:

A	B	C
Model de gândire și	Gânduri iraționale	Sentimente și
simțire diferită	care produc	Comportamente
(elaborat în urma	rezistențele	rezistente, consecința
psihoterapiei)		a gândurilor B

Pentru a combate rezistențele subiectul trebuie să procedeze astfel:

- Să ignore rezistențele și să continue să practice cele indicate de terapeut.

- Să lupte direct împotriva lor, prin aceleași metode prin care a combătut și celelalte gânduri iraționale.

Odată încheiată psihoterapia, i se cere clientului să-și asume responsabilitatea pentru menținerea câștigurilor obținute de pe urma acesteia.

Cerințele pentru creșterea eficienței psihoterapiei RET:

1. Nu trebuie ignorată total istoria vieții clientului

De regulă specialiștii în RET ignoră modul în care clientul a devenit perturbat, ignorându-se legăturile dintre experiențele trecute și tulburările actuale. Când clientul caută să explice ce anume i s-a întâmplat, terapeutul afirmă că trecutul nu este important și că el se autoperturbă pentru că repetă la

nesfârșit pattern-ul de gândire irațională învățat. Această abordare îl forțează pe client să se cantoneze în prezent și să-și asume responsabilitatea propriei schimbări.

Cu toate acestea, afirma Grieger, uneori trebuie ca terapeutul să se oprească și asupra unor evenimente din istoria vieții clientului și aceasta în următoarele situații:

- când convingerile negative s-au fixat în urma unor situații deosebit de dramatice (viol, agresiune puternică fizică sau verbală în copilărie);
- când opiniile negative despre propria persoană s-au format în copilărie (de pildă, tatăl nu i-a arătat afecțiunea).

Când clientul învață cum să lupte împotriva gândurilor negative trebuie explorată circumstanțele în care acestea s-au produs, astfel încât el să fie convins că lucrurile trebuiau să se petreacă astfel și să nu se mai autoblamazeze:

- trebuie lucrat asupra trecutului și când clientul continuă să sufere din cauza unui eveniment care s-a petrecut în trecut. Există o diferență între simpla contraargumentare a opiniilor iraționale cu privire la evenimentul respectiv și re-trăirea sa pe plan imaginativ, luptând împotriva lui ca și cum s-ar desfășura în prezent.

Pentru a nu omite astfel de situații, Grieger le cere subiecților să-și scrie un fel de psihobiografie în care să descrie:

- persoanele semnificative din viața sa (părinți, frați, prieteni);
- modul cum s-au purtat cu el respectivele persoane;
- cum au contribuit ele la apariția problemelor prezente;
- ce concluzii iraționale a tras clientul de pe urma respectivelor experiențe suferite;
- experiențe semnificative de la școală, din profesie, problemele religioase, problemele sexuale și orice alte probleme care i se par importante, cum a reacționat la respectivele experiențe și ce concluzii a tras de pe urma lor.

2. Terapeutul trebuie să dea dovada de flexibilitate

Specialiștii în RET recomandă terapeutului să fie activ, directiv, să verbalizeze mult și să abordeze clientul în forță.

Cu toate acestea, nu trebuie uitat că psihoterapia rațional-emoțională presupune o convorbire între două ființe omenști și din acest motiv trebuie să se acorde atenția cuvenită sentimentelor clientului, mai ales că analiza acestora reprezintă un pas spre identificarea gândurilor iraționale.

Clientul va reacționa mai bine la un terapeut care îi e simpatic, pe care îl respectă și care îi acordă la rândul său simpatie și respect.

Din acest motiv, terapeutul nu trebuie să fie un profesionist inflexibil.

Când terapeutul întâlnește rezistențe, el trebuie să oprească ceea ce făcea și să lucreze asupra acestora, identificând gândurile iraționale care se ascund în spatele rezistențelor.

3. Produsul contraargumentării trebuie să fie puternic și profund.

Pentru a fi eficient, terapeutul trebuie să fie suficient de inteligent pentru a nu se lăsa prins de caracterul dramatic al evenimentului activator (ca, de pildă, decesul unui copil).

De asemenea, el nu trebuie să manifeste exces de zel pentru a-l face pe client să-l agreeze, pentru a-l proteja pe acesta sau pentru a-l ajuta, pentru că altfel cade în plasa tendințelor de victimizare și neajutorare ale acestuia.

O contraargumentare puternică nu înseamnă repetare de lozinci, ci a vedea prin intermediul logicii cum anume s-au format convingerile negative.

Pentru a verifica în ce măsură clientul crede cu adevărat în propriile afirmații iraționale, terapeutul trebuie să-i pună întrebări suplimentare. Astfel, de pildă, dacă el afirma că este lipsit de valoare pentru că ea l-a părăsit, terapeutul trebuie să întrebe de ce crede că este așa.

4. Convingerile irrationale trebuie abordate ca un tot unitar.

Elis (Elis și Dryden, 1987) consideră că sursele gândurilor și convingerilor iraționale sunt:

- cerințele absolutiste;
- toleranța scăzută la frustrație;
- tendința de auto-evaluare;
- tendința spre catastrofizare.

Grieger atrage atenția asupra caracterului circulator al acestor surse, care se potentează reciproc. Astfel, tendința spre autoevaluare produce teama că subiectul nu va fi destul de bun, de unde cerința absolutistă că trebuie, cu orice preț, să realizeze un anumit lucru bine.

5. Caracterul universal al auto-stimei

Deși RET respinge tendințele spre auto-evaluare, nu trebuie să uităm că în mod virtual toți oamenii se autoevaluează și luptă pentru a fi valoroși; ei făcându-și probleme în legătură cu faptul dacă au valoare, dacă merită dragostea celor din jur etc.; tendința spre autoevaluare fiind sursa perturbărilor la aproape toți indivizii. Din acest motiv o parte importantă a RET trebuie să fie îndreptată pentru a se lucra asupra acestui gen de probleme.

CAPITOLU L 7

PSIHOTERAPIA

SCURTA CENTRATA PE OBIECTIV

Terapeuții orientați spre soluții practice (Walter și Peller, 1992) elaborează modelul de psihoterapie pornind de la o serie de întrebări:

1. Care este cauza care a generat problema?

De pildă, în tradiția psihanalitică cauza problemei pacientului poate fi descrisă în următorii termeni: oprirea la un stadiu inferior al dezvoltării psihice, tulburare de personalitate, relație nesatisfăcătoare centrată pe obiect, imagine de sine proastă; refularea instinctelor sexuale, conflicte nerezolvate etc. De regulă tulburările de personalitate se explică prin eșecul mecanismelor de apărare ale egoului.

Psihiatrii explică tulburările psihice prin intermediul unor dezechilibre biochimice sau prin predispoziții ereditare. Din modul de a pune problema derivă și elaborarea soluției.

2. Ce anume (ca factori) contribuie la menținerea problemei?

3. Care sunt soluțiile posibile?

a) Există mai mult decât o singură soluție?

b) Pot fi respectivele soluții constructive?

c) Ce anume trebuie să construiască terapeutul împreună cu pacientul?

Construirea unei soluții terapeutice trebuie să implice următorii pași (după Walter și Peller, 1992):

I. Terapeutul trebuie să afle exact ce anume dorește pacientul.

Deși acest lucru pare banal la prima vedere, se constată că majoritatea pacienților nu știu exact ce anume doresc, ei plângându-se mai mult de ceea ce *nu* doresc să se întâmple sau de modul în care *nu* doresc să fie.

Terapeutul trebuie să-și folosească toate abilitățile pentru a-l determina pe pacient să-și clarifice scopurile.

II. Terapeutul trebuie să realizeze un interviu clinic în detaliu și o psihodiagnoza pentru a afla ce strategie terapeutică se potrivește pentru pacientul în cauză și care nu se potrivește.

III. În cazul în care soluția aleasă nu se potrivește, trebuie încercată o altă soluție.

Terapia scurtă centrată pe scop nu reprezintă o colecție de tehnici terapeutice sau o strategie anume, ci mai curând reprezintă un alt tip de abordare a schimbării psihice, o abordare cu caracter sistematic interactiv și constructivist.

Soluția terapeutică este interacțională, ea fiind negociată de terapeut împreună cu pacientul.

Principiile care stau la baza psihoterapiei scurte centrate:

1. Punerea accentului pe aspectele pozitive, pe ideea că soluția e posibilă, pe viitor, facilitează schimbarea în direcția dorită. Discuția trebuie orientată mai curând pe soluție decât pe problema pacientului.

2. Terapeutul cât și pacientul trebuie să caute situațiile care reprezintă excepții de la problema care constituie comportamentul simptomatic. Aceste excepții trebuie speculate în cadrul demersului de construire a soluției.

3. Schimbările în viața psihică a pacientului se produc permanent, iar schimbările minore conduc în cele din urmă la schimbări majore.

4. Dacă terapeutul este capabil să înțeleagă corect modul de a gândi și acționa al pacientului, acesta va coopera cu siguranță.

5. Pacienții sunt de fapt cei interesați să-și rezolve propriile lor probleme.

6. Semnificațiile și experiențele reprezintă constructe interacționale; între acțiuni și descrierile lor se produce o interrelație de tip circular, cele două elemente potențându-se reciproc.

7. Pacientul este cel mai mare expert în rezolvarea propriilor probleme.

8. Orice schimbare în modul în care pacientul percepe soluția la problema sa și tot ceea ce întreprinde îl afectează pe toți ceilalți care sunt implicați în problemă și cu care el interacționează (familie, persoane de la locul de muncă etc.).

* Regulile psihoterapiei scurte centrate pe soluție

1. În cazul în care pacientul întreprinde ceva pozitiv în direcția rezolvării problemei sale și acele elemente funcționează, terapeutul trebuie să-l încurajeze să continue și nu să sugereze alte soluții din dorința de a-l ajuta cu orice preț pe pacient, întărind - dacă este posibil - direcția respectivă.

Astfel, un bărbat s-a prezentat la psihoterapie pentru că toți cei din jurul său, inclusiv noua sa prietenă, erau de părere că ceva nu este în regulă cu el pentru că nu s-a căsătorit încă, ceea ce reflectă, probabil, o teamă patologică de căsătorie.

Pacientul a relatat că actuala prietenă era de părere că relația lor progresează pentru că el o trata deschis pe partenera sa, ca pe un prieten, îi vorbea despre absolut orice, inclusiv despre teama sa de căsătorie și relații apropiate. Se poate observa că acest tip de relație - a-și trata partenera ca pe un prieten - funcționa, pentru că, privind-o în felul acesta, pacientul nu o considera ca pe o femeie care îl obligă la căsătorie, deci o amenințare, ceea ce contribuia la întărirea relației.

În acest caz, dacă terapeutul, cu bună intenție, ar fi analizat originile fricii patologice de căsătorie, rezultatul ar fi fost întreruperea relației prietenești a pacientului cu partenera sa.

2. Dacă tot ce a încercat să facă terapeutul până atunci nu a dat rezultate, el trebuie să încerce ceva diferit (de Shazer, 1985). Walter și Peller (1992) sugerează ca în astfel de cazuri terapeutul să întreprindă altceva, chiar dacă demersul respectiv pare absurd și lipsit de logică.

Astfel, un cuplu se prezintă la psihoterapie pentru că soția refuză relațiile sexuale din motive medicale, iar soțul o soliciată în permanență, ceea ce ducea la conflicte.

La un moment dat cei doi soți au relatat terapeutului că au avut relații sexuale. Fiind întrebați cum au ajuns la acest lucru, soția a afirmat că și-a spus în gând: "În fond de ce nu?" și a trecut peste disconfortul ei somatic, iar soțul s-a lăsat antrenat fără să mai pună întrebări. Cei doi soți au afirmat că au simțit că trebuie să procedeze astfel, deoarece modul în care interacționaseră timp de mai mulți ani nu dăduse rezultate.

3. Faceți ca lucrurile să pară simple.

Walter (1992) descrie cazul unui militar care s-a prezentat la psihoterapie pentru că nu-și putea stăpâni agresivitatea față de copiii săi. Problema sa era că el considera obrăznicia fiilor săi ca un afront personal. Întrebat fiind cum se poartă cu subordonații săi, el a relatat că în momentul în care un subordonat greșește el își spune în gând că acesta este responsabil pentru faptele sale și că nu a greșit în mod special pentru a-și enerva comandantul. Este de la sine înțeles că terapeutul i-a sugerat să-și spună că și copiii lui sunt responsabili pentru faptele lor și că nu caută în mod intenționat să-l enerveze.

4. Dacă terapeutul dorește ca psihoterapia să fie scurtă el trebuie să abordeze fiecare ședință ca fiind ultima.

Aceasta îl fac pe terapeut să-și concentreze atenția asupra soluției astfel încât să-l facă pe pacient să părăsească ședința fiind deja angajat pe o direcție de rezolvare a problemei sale.

5. Nu există eșec terapeutic, ci doar feed-back-uri din partea pacientului.

Aceasta înseamnă că dacă strategia utilizată nu a dat rezultate, intră în acțiune regula nr. 2 și anume că terapeutul trebuie să încerce altceva.

O caracteristică a psihoterapiei scurte centrate pe soluție constă și în aceea că se lucrează, de regulă, în echipă (doi terapeuți, un bărbat și o femeie).

Pacientului i se spune de la început că după 40 de minute de discuții se va face o pauză în care cei doi psihoterapeuți se vor consulta asupra problemei sale, iar rezultatul i se va comunica pacientului imediat.

Cu toate acestea, uneori psihoterapia în echipă nu este indicată sau este prea costisitoare. În acest caz terapeutul se retrage singur timp de 5 minute pentru a medita asupra soluției la problema pacientului său.

Psihoterapia este clar orientată spre scop și centrată pe client (se ține seama de ce anume dorește acesta și nu de modelele abstracte ale sănătății mintale, așa cum sunt ele văzute de terapeut).

Relația psihoterapeutică este caldă, empatică și bazată pe ascultare reflexivă, astfel încât pacientul să se simtă înțeles. Se utilizează și tehnicile specifice "programării neurolingvistice" pentru intrarea în rezonanță cu pacientul (astfel dacă pacientul se exprimă în termenii modalității vizuale, terapeutul trebuie să-i răspundă în același fel).

În cadrul acestui sistem psihoterapeutic se pune un accent deosebit pe formularea întrebării terapeutice, pornindu-se de la premisa că întrebarea conține în sine răspunsul.

Astfel, de pildă, întrebarea "care e problema dvs.?" pornește de la presupunerea că există o problemă și că pacientul știe care este aceasta și este capabil să o descrie (o altă variantă ar fi: "ce anume te-a adus la cabinetul acesta?").

Întrebarea inițială trebuie construită ținând seama de particularitățile fiecărui pacient în parte, particularități de care terapeutul poate să-și dea seama în mod intuitiv.

A doua întrebare trebuie să fie din categoria "Ce anume dorești de la psihoterapie?" și ea trebuie astfel pusă încât să dea conversației o orientare optimistă. Aceasta întrebare poate lua și forma "Cum ai dori să te comporți după ce s-a încheiat terapia?" sau "De unde ai să știi când nu mai nevoie să vii la psihoterapie?".

* Definirea obiectivelor psihoterapeutice

Walter și Peller (1992) consideră că demersul psihoterapeutic seamănă cu elaborarea scenariului unui film, în care pacientul este regizorul dar și actorul principal din cadrul filmului. În cadrul respectivului film pacientul trebuie să-și rezolve singur problemele sau să realizeze ceea ce dorește într-un mod pozitiv și constructiv.

Criteriile unor obiective psihoterapeutice bine definite:

1. Formularea obiectivului terapeutic în termenii gândirii pozitive.

Aceasta nu implică noțiunile de bine sau rău, moral-imoral, sănătos -nesănătos, ci doar - exprimarea într-o formă lingvistică pozitivă a ceea ce dorește să obțină pacientul în urma psihoterapiei, (ce dorește să facă, cum dorește să fie, cum dorește să gândească și nu cum nu dorește să fie).

Se urmărește faptul ca pacientul să-și reprezinte obiectivul dezirabil la nivel de reprezentare, în modalitatea senzorială care îi este specifică (vizuală, auditivă, kinestezică) sau în mai multe modalități senzoriale în același timp.

Motivul pentru care se cere subiectului să-și reprezinte obiectivul în termeni pozitivi constă în aceea că dacă îl exprimă în termeni negativi, ce nu trebuie să facă, atenția sa se va cantona pe aspectul negativ (de pildă, încercați să sugerați unui obez să nu se mai gândească la prăjituri. Rezultatul va fi că imaginile prăjiturilor îl vor obseda).

Dacă pacientul subliniază în mod nejustificat aspectele negative ("nu vreau să mă despart de soțul meu"), terapeutul trebuie să-l incite în direcția alternativă ("dar ce ai vrea să faci de fapt?").

2. Formularea obiectivului în termeni procesuali

Aceasta înseamnă că scopul final trebuie exprimat sub forma unui film și nu ca o imagine statică, de tip diapozitiv ("De pilda, voi reduce treptat alimentația și voi face exerciții de gimnastică până când voi ajunge la greutatea ideală pentru vârsta și structura mea somatică" și nu "voi cântări 65 kg").

3. Formularea soluției psihoterapeutice în termeni actuali "aici și acum".

Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să înceapă să lucreze în direcția rezolvării problemei sale imediat, nu să deplaseze problema undeva în viitor.

Astfel, pacientul poate fi întrebat "când părăsești cabinetul și ești deja pe cale să rezolvi problema, ce ai face în mod diferit față de ceea ce faci acum?".

Pacientul trebuie ghidat să ia deciziile acum și nu cândva în viitor. ("O să mă las de fumat peste 6 luni!").

De pildă, pentru o persoană care dorește să slăbească, se pune întrebarea: „Când pleci din cabinet și ești decisă să slăbești până la 65 kg, cum te vei comporta?".

Răspunsul potrivit ar trebui să fie: "Voi mânca mai puțin și voi face mai multă mișcare!".

4. Formularea obiectivului psihoterapeutic în termeni cât mai concreți.

Arta terapeutului constă în a-i spune cât mai precis pacientului ce anume trebuie să-și spună lui însuși sau celor din jur.

De pildă pacientul poate fi întrebat:

"Spune-mi mai precis cum vei proceda atunci când îți vei asculta copiii cu mai multă atenție?" sau "De unde vor afla copiii tăi că acum le acorzi atenție cu adevărat?".

5. Acțiunea întreprinsă trebuie să se afle sub controlul pacientului (trebuie inițiată și menținută de acesta).

Îndeplinirea acestui obiectiv nu este ușoară pentru că adesea pacienții se prezintă la psihoterapie pentru că doresc ca situațiile sau alte persoane să se schimbe.

Dacă terapeutul se angajează împreună cu pacientul într-un demers de modificare a celorlalți sau a situațiilor externe, acest demers este fără sfârșit.

Pacienții care vin cu astfel de solicitări trebuie convinși că primul pas în direcția schimbării trebuie să-l facă ei și nu partenerii de viață.

De pildă, în cazul unui cuplu care nu funcționează, soțul are pretenția ca soția să nu mai dorească să aibă program în afara familiei și să stea mai mult împreună cu el (să se poarte mai afectuos), în loc să se schimbe și s-o determine pe aceasta să dorească să fie împreună cu el.

6. Formularea obiectivului psihoterapeutic în termenii pacientului (clientului).

Terapeutul trebuie să fie sigur că soluția și obiectivul propus sunt realmente cele dorite de pacient și nu cele pe care terapeutul presupune că ar trebui să le dorească pacientului.

Pentru a preîntâmpina astfel de situații este bine ca terapeutul să noteze obiectivele psihoterapeutice dorite de pacient chiar cu cuvintele acestuia.

Trebuie subliniat faptul că, în urma discuțiilor psihoterapeutice, este posibil ca obiectivele dorite de pacient să se modifice (de pildă, pacientul poate descoperi că nu este posibil să schimbe comportamentul altei persoane).

Construirea soluțiilor psihoterapeutice presupune respectarea următoarelor indicații:

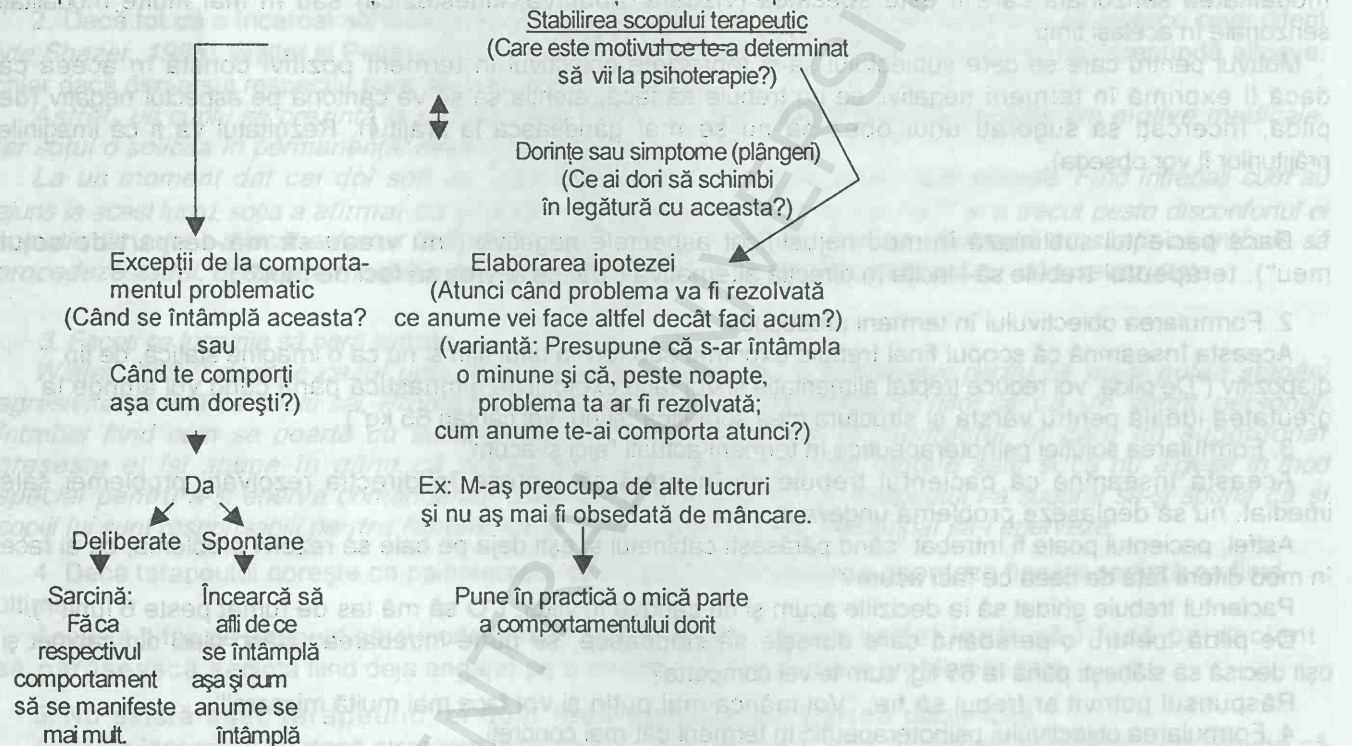
1. Concentrarea atenției asupra aspectelor pozitive, asupra soluției, asupra viitorului, facilitează demersul schimbării pacientului în direcția dorită.

Reamintim faptul că în cursul discuțiilor psihoterapeutice accentul trebuie să cadă pe aspectele constructive (ce se poate face) și nu pe ruminarea unor aspecte legate de problemă - comportamentul simptomatic.

2. Excepțiile, respectiv situațiile când comportamentul simptomatic nu are loc, trebuie evidențiate și chiar create de către psihoterapeut și pacient și aceste excepții trebuie să reprezinte un fel de "temelie" pe care se poate construi soluția psihoterapeutică.

3. Modificări, chiar și de mică amploare, se produc permanent în cursul interacțiunii pacient - psihoterapeut.

Reamintim, de asemenea, principiul conform căruia semnificațiile psihologice și experiențele comportamentale sunt realități care se interconstruiesc reciproc.



O modalitate eficientă de elaborare ipotetică a soluțiilor este inspirată din tehnica ericksoniană a bilei de cristal (Erickson, 1954), tehnica în cadrul căreia i se poate spune pacientului: "Dacă s-ar întâmpla un miracol peste noapte și te-ai trezi a doua zi de dimineață fără problema ta, sau ai fi sigur că ești pe cale s-o rezolvi, ce anume vei face sau vei simți altfel decât faci sau simți acum?"

Demersul psihoterapeutic trebuie să fie îndreptat în direcția transformării soluției ipotetice într-un fapt real și aceasta se realizează în primul rând pe baza inventarierii și chiar a producerii excepțiilor de la regulă (când comportamentul problematic nu se produce).

De pildă, un pacient bulimic afirmă că nu mai este obsedat de mâncare atunci când se ocupa de alte probleme.

În acest caz, pacientul este invitat să relateze despre acele perioade când se gândește mai puțin la alte lucruri decât la mâncare și apoi să crească incidența respectivelor situații.

Unul din elementele de bază ale acestui tip de psihoterapie scurtă constă în administrarea unor feed-back-uri pozitive pacientului: acesta este încurajat în ceea ce face bine mai ales atunci când schimbările în comportament încep să se producă. Conversația psihoterapeutică este suportivă și simpatetică. Feed-back-urile pozitive implică:

- crearea unui climat afectiv pozitiv în timpul ședinței de psihoterapie;

b) sublinierea aspectelor pozitive în comportamentul pacientului și evidențierea progreselor obținute în cadrul psihoterapiei (pacientului i se adresează complimente și încurajări pentru ceea ce face bine);

c) suspendarea evaluărilor critice referitoare la cele relatate de pacient;

d) susținerea efectivă a pacientului pentru a depăși teama de schimbare (se pot teme de consecințele schimbării, de faptul că vor eșua în rezolvarea problemei lor etc.);

e) accentuarea aspectelor normale din viața pacienților care și-au pierdut speranța. Astfel, de pildă, pentru că nu au reușit să scape de simptomele lor și au impresia că este ceva în neregulă cu ei, terapeutul trebuie să le spună că problema lor este ceva obișnuit și că foarte mulți oameni suferă de simptomele respective;

f) pacientul trebuie încurajat să-și asume responsabilitatea schimbării în sfera comportamentului și să conștientizeze faptul că are capacitatea de a acționa independent, cât și suficiente resurse care să-i permită schimbarea.

În cele ce urmează, prezentăm un set de întrebări menite să-l ajute pe psihoterapeut în administrarea unor feed-back-uri pozitive pacientului (*Walter și Peller, 1992*):

1. Ce lucru pozitiv pot să-i spun pacientului pentru a crea o atmosferă caldă și bazată pe încredere în timpul ședinței de psihoterapie?

2. Că acțiuni pozitive întreprinde pacientul, acțiuni care dau unele rezultate și care pot fi puse în evidență și încurajate?

3. Exista la pacient teama de a fi criticat sau judecat, teama pe care aș putea să o înlătur?

4. Apar la pacient temeri în legătură cu posibila schimbare și pe care le-aș putea înlătura?

5. Există ceva în context sau în ceea ce afirmă subiectul despre care aș putea afirma că se situează în limitele normalului?

6. Cum să procedez pentru a-i acorda pacientului credit pentru propria schimbare?

7. Dacă în cursul psihoterapiei sunt prezente mai multe persoane (ca de pildă, în cursul psihoterapiei de familie), cum să procedez pentru a-i încuraja pe fiecare individ în parte?

CAPITOLUL 8

ANALIZA TRANZACȚIONALĂ

Analiza tranzacțională își are originea în lucrările lui Eric Berne (1950) și poate fi considerată atât ca o tehnică psihoterapeutică și autoformativă, cât și ca o teorie explicativă asupra personalității.

Analiza tranzacțională consideră că în fiecare individ coexistă trei stări ale ego-ului, stări active și dinamice; starea de părinte, de adult și de copil.

Starea de părinte se împarte la rândul ei, în stare de părinte critic (P.C.) și părinte grijuliu (P.G.), iar starea de copil are și ea două subcomponente: stare de copil liber (C.L.) și copil adaptat (C.A.).

Fiecare individ are nevoie de recunoaștere și are planuri de viață formate în timpul copilăriei și bazate pe credințele timpurii cu privire la sine și la ceilalți. Credințele și atitudinile de viață sunt întărite în decursul timpului, în cursul interacțiunilor sociale repetitive cu ceilalți.

Reprezentarea dinamică a energiilor psihice individuale (părinte critic, părinte grijuliu, adult, copil liber și copil adaptat) poate fi exprimată grafic sub forma de egograma (*Dusay M.J și Dusay Katherine, 1978*).

Echilibrul energetic al egogramei va rămâne fix până când individul nu decide în mod activ cu ajutorul terapeutului, să-și modifice comportamentul.

Un terapeut specializat în analiza tranzacțională este un catalizator care facilitează schimbările și maturizarea psihică la clienții săi. Conceptele specifice analizei tranzacționale sunt următoarele:

1. Stări ale ego-ului (*Berne, 1961*)

- stare de copil numită și archeopsyche;
- stare de adult sau neopsyche;
- stare de părinte sau exteropsyche

Berne nu pune accent în cadrul analizei tranzacționale pe dinamica inconștientului, deși nu neagă existența acestuia, considerând că acest concept (dinamica inconștientului) nu este necesar pentru practicarea analizei tranzacționale.

Se constată ușor faptul că conceptul de stări ale ego-ului își are originea în teoria psihanalitică asupra personalității, pe care, de altfel, Berne o și practicase înainte. Încercând să se delimiteze de psihanaliză,

Berne arată că diferența constă în aceea că structurile descrise de psillanaliză, Id, ego și superego sunt ipotetice, în timp ce structurile descrise de analiza tranzacțională sunt direct observabile.

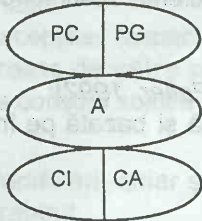
Starea de copil liber implică comportamente emoționale, intuitive, creative, nesupuse rigorilor disciplinei.

Starea de copil adaptat se caracterizează prin conformism, adaptabilitate, complezență.

Starea de adult caracterizează comportamentul realist, logic, rațional, neafectiv (ca și cum subiectul s-ar comporta ca un calculator electronic).

Starea de părinte implică introiectarea și identificarea valorilor preluate de la propriii părinți; norme și reguli morale, sisteme de atitudini și credințe.

Starea de părinte grijuliu se referă la declanșarea comportamentelor nurturante, empatică, de grijă și ocrotire față de ceilalți.



Fiecare stare a ego-ului funcționează independent de celelalte.

2. Tranzacțiile psihologice

Reprezintă interacțiuni sociale bazate pe procesul de comunicare. Astfel, dacă într-o încăpere se află două persoane, de fapt interacționează șase stări ale ego-lui, care tranzacționează (comunică unele cu altele).

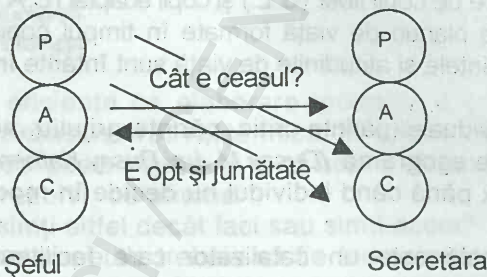
Deci, tranzacția este o unitate de comunicare interumană care implică un stimul și un răspuns între două stări ale ego-ului aparținând la două persoane diferite.

Tranzacția se poate desfășura la nivel social (deschis) unde este reprezentată prin linii continue și la nivel psihologic (latent), reprezentat prin linie discontinuă.

3. Jocurile psihologice

Specialiștii în analiza tranzacțională arată că atunci când două nivele (social și psihologic) operează în același timp, are loc un "joc psihologic". Jocul psihologic presupune o serie ordonată de tranzacții ulterioare (cuprinzând ambele aspecte: deschis și latent) care are drept rezultat niște "plăți" care generează stări afective negative pentru ambii parteneri.

Iată un exemplu:



La nivel deschis, șeful întreabă cât este ceasul, iar secretara răspunde,

comunicarea desfășurându-se la nivelul ego-ului de adult al ambilor. La nivel psihologic, comunicarea are loc astfel:

Șeful: Tu întârzi mereu! Secretara: Iar mă critici!

Șeful va juca jocul "te-am prins cu ocaua mică", iar secretara, jocul "dă-mă afară".

După o serie de astfel de interacțiuni, secretara va ajunge la o reacție depresivă deschisă, iar șeful la o reacție agresivă deschisă.

4. Întăririle comportamentale

Motivația de baza pentru orice interacțiune socială este bazată pe nevoia de întărire.

Specialiștii în analiza tranzacțională arată că atunci când un comportament nu obține întărire pozitivă, subiectul tinde să modifice jocul psihologic. Deși întăririle pozitive sunt superioare, deoarece produc stări

afective pozitive și întăririle negative sunt de preferat lipsei de întărire. (Întăririi pozitive: aprobare, mângâiere. Întăririi negative: dezaprobare, critică, lovire etc.).

Modelele specifice de obținere a acestor întăririi sunt învățate și sunt specifice fiecărei familii.

Modul în care subiectul primește și acordă întăririi stă la baza modelării viitoarei personalități a acestuia.

5. Scenariul de viață

În urma interacțiunilor timpurii cu părinții și cu alte persoane, copilul va dezvolta ulterior un model de comportament care poate fi suportiv sau agresiv (Berne, 1972).

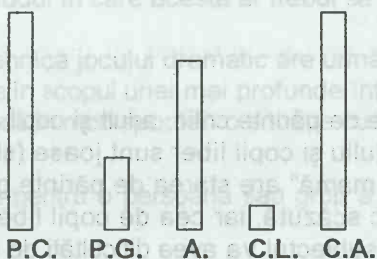
Copilul ia de timpuriu decizia dacă este o persoană bună sau rea, care merită sau nu merită să fie iubită. De asemenea, el ia și decizii în legătură cu ceilalți; sunt buni sau răi, merită sau nu încredere, te poți baza sau nu pe ei. (Berne, 1964; Hartis, 1969).

Aceste decizii vor forma ulterior scenariul de viață care poate fi de câștigător sau de persoană care pierde, tragic sau banal. Fiecare scenariu de viață implică roluri specifice: erou, salvator, răufăcător, persecutor, victimă etc. (Kaperman, 1968).

6. Egograma

Este reprezentarea grafică a cantității de energie pe care o conține fiecare stare a ego-ului.

Iată, pentru exemplificare, egograma unei persoane depresive:



Acest individ este hipercritic, chiar cinic, conformist, se supune regulilor construite de alții, nu este capabil de activități spontane, care să-i facă plăcere, e egocentric și foarte puțin preocupat de problemele altora.

Dacă se întărește o anumită stare a ego-ului o altă stare a ego-ului pierde din energie.

Egograma rămâne fixă până când individul ia decizia conștientă să o modifice și acest lucru se realizează în urma psihoterapiei.

Psihoterapeutul specializat în analiza tranzacțională ia parte la jocurile psihologice, se implică, realizează tranzacții.

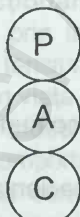
Tehnicile terapeutice au rolul de a crește quantumul de energie din cadrul stărilor deficitare ale ego-ului.

Aceste tehnici se adaptează în funcție de structura personalității fiecărui pacient. Astfel, de pildă, comportamentele auto-assertive și chiar agresive, sunt recomandate celor care au un ego de părinte autoritar, insuficient dezvoltat, iar exercițiile de exprimare liberă a afectelor sunt indicate celor cu un ego de adult prea puternic.

Stările ego-ului sunt, prin urmare, structuri coerente de sentimente și experiențe, direct legate de un model consistent de comportament.

Aceste stări ale ego-ului nu depind de vârsta subiectului, cu excepția copilului foarte mic, la care starea de adult sau de părinte nu s-a structurat încă.

Specialiștii în analiza tranzacțională sunt de părere că în cazul personalității normale fiecare stare a ego-ului este distinctă.



Personalitate normală

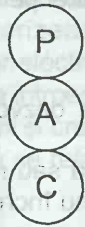
În cazul comportamentului halucinator delirant, fanteziile și visele copilului se amestecă în mod nejustificat cu simțul realității și logica adultului.



Comportament halucinator – delirant

La structurile paranoide (fixiste), ego-ul de părinte este în funcțiune, în timp ce ego-ul adult sau copil sunt excluse.

Acesta este, de pilda, tipul de predicator care caută păcatele celorlalți peste tot.



Personalitate fixistă



Personalitatea destructivă va fi reprezentată prin stările de părinte critic, adult și copil adaptat foarte ridicate (cu foarte multă energie), în timp ce stările de părinte grijuliu și copil liber sunt joase (slab reprezentate).

Personalitatea obezului, denumită de Berne "marea mamă" are starea de părinte grijuliu foarte ridicată, cea de copil adaptat foarte ridicată, cea de părinte critic scăzută, iar cea de copil liber foarte scăzută.

În cazul în care starea de adult are puțină energie, subiectul va avea dificultăți de concentrare a atenției și în rezolvarea de probleme.

Când starea de copil liber are o energie redusă, subiectul este lipsit de capacități creative.

Când starea de părinte grijuliu e slab reprezentată, subiectul este singuratic, depresiv, incapabil să acorde afecțiune celorlalți.

Persoanele cu stare de părinte critic redusă se caracterizează prin penetrație socială facilă, iar cele cu stare de copil adaptat redusă, vor avea dificultăți mai ales când sunt puși în situația de a face compromisuri.

* Regulile comunicării sociale (a tranzacțiilor)

1. Când săgețile sunt paralele, comunicarea poate continua în timp nelimitat.
2. Când săgețile se încrucișează, comunicarea cu privire la un anumit subiect încetează imediat.
3. Comportamentul unui subiect nu poate fi prevăzut doar analizând nivelul social al comunicării, deoarece mesajul psihologic reprezintă cheia predictibilității unui comportament și a înțelegerii semnificației sale.

* Jocurile psihologice

Aceste jocuri se joacă între doi sau mai mulți parteneri.

Individul alege un anumit tip de joc psihologic după experiențele de comunicare pe care le-a avut în copilăria sa.

Astfel, de pildă, în cadrul jocului "dă-mă afară" individul face tot posibilul pentru a fi respins.

De exemplu, secretara se prezintă la psihoterapie pentru că a fost concediată de 20 de ori în 5 ani. Ea solicită ajutorul terapeutului

(comunicare de la adult la adult), dar începe imediat să-l enerveze pe terapeut [comunicare copil (secretara) - părinte (terapeutul)].

În cazul în care terapeutul s-ar lăsa antrenat în jocul psihologic, el ar refuza pacienta la psihoterapie.

* Obiectele psihoterapiei în cadrul analizei tranzacționale

1. Echilibrarea egogramelor, care constă în transformarea energiilor și deplasării puternice spre cele slabe ale ego-ului pacientului.

2. Evidențierea și întreruperea jocurilor psihologice.

3. Modificarea scenariilor de viață.

Se referă la modificarea atitudinilor și opiniilor cu privire la sine și la ceilalți.

Pentru întreruperea jocurilor psihologice se utilizează frecvent tehnici de jucare de rol. (Role-playing).

Analiza tranzacțională se poate combina eficient cu hipnoza sau cu tehnica visului dirijat în vederea obținerii regresiei de vârstă care are drept scop modificarea scenariului de viață.

Persoanele cu ego de copil liber slab exprimat sunt stimulate să participe la activități care dezvoltă exprimarea spontană și creativitatea.

CAPITOLUL 9

PSIHOTERAPIA PRIN JOC DRAMATIC

Jocul de rol ca tehnică psihoterapeutică nu este atât de bine cunoscut pe cât ar fi de dorit. De regulă se considera în mod eronat că ar fi vorba de o tehnică exotică dificil de învățat, care obligă pe cel care o practică să aparțină unei școli anume de psihoterapie, sau că este o metodă care se poate aplica doar în cadrul psihoterapiei de grup. Rădăcinile tehnicii jocului de rol se află în psihodrama lui Moreno.

Termenul de roleplaying în psihoterapie are o semnificație educațională, în sensul că oamenii joacă în mod deliberat diverse situații imaginare în scopul de a se înțelege mai bine pe sine, de a-și dezvolta anumite abilități, de a analiza un comportament sau de a demonstra celorlalți modul de funcționare al unui comportament sau modul în care acesta ar trebui să funcționeze.

În psihoterapie, tehnica jocului dramatic are următoarele funcții:

1. Psihodiagnoza în scopul unei mai profunde înțelegeri a structurii psihice a individului prin observarea modului în care acesta joacă în mod spontan o situație cu caracter aproape veridic.
2. Demonstrarea pentru o persoană sau grup a modului în care acesta sau aceștia ar trebui să joace un anumit rol.
3. Facilitarea trăirii de către individ a unei experiențe veridice solicitându-i să se joace pe sine în diverse situații cu caracter dramatic.

Acest ultim aspect în cadrul căreia persoana se joacă pe sine, poartă numele de psihodramă (termenul de psihodramă se utilizează uneori în sens mai larg pentru orice terapie prin joc de rol).

Psihoterapia este un proces de învățare care se poate desfășura în mod autonom ca în cazul autoterapiei, în cadrul unei relații diadice pacient – terapeut sau în cadrul unei situații de grup în cadrul căreia funcționează un terapeut și 6 până la 12 pacienți.

Conștientul învățării depinde de pacient. Fiecare pacient poate prezenta o multitudine de probleme intercativ, simptome sau insatisfacții personale, probleme ce se pot subsuma la două categorii majore:

1. Stări subiective de disconfort cum ar fi: sentimente de inferioritate, anxietate, timiditate - sentimente de culpabilitate, tensiune psihică, depresie etc.
2. Inadaptări și insuficiențe pe plan comportamental cum ar fi: inaptitudinea socială, tendința de retragere, stările de mânie, funcționarea inadecvată în școală, la locul de muncă, în familie etc.

Pacientul speră că prin intermediul psihoterapiei să învețe să se adapteze mai bine, să se accepte ca persoană, să-și reducă tensiunile și conflictele interne și să ajungă la o stare de confort psihic, seninătate și să devină mai competent în viața reală.

Strategia reprezintă modul în care terapeutul îl abordează pe pacient. Ea poate fi suportivă, analitică, non-directivă, cognitivă, comportamentală etc.

Tehnica terapeutică constă în ceea ce face terapeutul în mod concret. Astfel de tehnici pot fi: chestionarea, interpretarea, sfătuirea, tehnica narației libere, tehnica rogersiană a reflecției, tehnica confruntării, relaxarea, hipnoza, tehnica elaborării unor produse artistice, tehnica jocului dramatic etc.

* Tehnica jocului dramatic

Este o tehnică ce poate fi combinată cu oricare din tehnicile de mai sus. Ea se poate utiliza atât în terapia individuală cât și în cea de grup, indiferent de orientarea teoretică a terapeutilor. Ea a fost utilizată de psihanalisti adlerieni, rogersieni, cât și de terapeuți de orientare eclectică. Poate fi utilizată ca o tehnică centrală, sau ca un procedeu auxiliar, într-o manieră directivă sau non-directivă, având următoarele funcții:

1. Metoda de psihodiagnostic. Observând modul în care pacientul joacă, terapeutul poate primi informații cu privire la natura și extensiunea problemei pacientului cu privire la modul în care acesta operează, gândește sau simte.

2. Modalitate de instruire: urmărindu-i pe ceilalți cum joacă roluri, pacientul învață cum să abordeze diverse situații.

3. Modalitatea de antrenament: angajându-se în jocul de rol, pacientul poate obține un insight cu privire la el însuși și poate învăța să-și controleze mai bine sentimentele și să dezvolte noi abilități de a face față existenței (*life skills*).

În cadrul psihoterapiei prin intermediul jocului dramatic pacientul va juca o durată limitată de timp "ca și cum" situația ar fi reală.

Iată câteva exemple:

a) Joc de rol autonom, cu caracter subiectiv

Pacientul își spune în gând:

Acum voi intra în biroul șefului și-i voi spune: "Domnule Ionescu, aș dori să vă spun ceva", iar el va răspunde: "Despre ce este vorba?". "Lucrez la firmă de doi ani" Atunci el va răspunde: "și de ce îmi spui asta?", iar eu îi voi spune: "„Știi de câte ori mi s-a mărit salariul în acest interval?"...

b) Joc de rol autonom cu caracter comportamental.

Sa ne imaginăm că un individ se pregătește să țină un discurs. În camera sa, el se ridică în picioare și spune:

"Acum dați-mi voie să vă prezint pe distinsul nostru oaspete dr. Mareș (El se așează, apoi se ridică din nou în picioare, se înclină în fața auditoriului și spune: "Vă mulțumesc domnule președinte, doamnelor și domnilor pentru călduroasa primire pe care mi-ați făcut-o. Acum privindu-vă, îmi amintesc de o istorie pe care poate mulți dintre dvs. nu o cunoașteți (continuă apoi să-și recite discursul).

c) Joc de rol psihoterapeutic cu caracter diadric.

Pacientul discută cu terapeutul:

P. Nu pot să mă înțeleg de fel cu soția mea. E atât de nerațională. Se ceartă tot timpul. Pur și simplu m-am săturat de ea. Dimineața a început cearta la micul dejun.

T. Ce s-a întâmplat?

P. Ea m-a întrebat când mă întorc, și pentru că i-am răspuns că nu știu, s-a supărat. De fapt nu avea nici un motiv.

T. Hai să rejucăm scena micului dejun!

P. Nu înțeleg ce înseamnă asta?

T. E simplu, Eu voi juca rolul soției tale. Tu vei juca propriul tău rol. Hai să repetăm exact ce s-a întâmplat. Tu vei proceda exact așa cum ai procedat atunci, iar eu voi încerca să procedez cum a procedat ea.

P. Dar nici nu o cunoașteți pe soția mea.

T. Dacă nu voi juca rolul corect, spune-mi și voi încerca s-o imit.

P. O.K.!

T. Hai să presupunem că biroul meu este masa din bucătărie.

Unde stătea ea?

P. Ea stătea în fața mea. De obicei bem cafea, mâncăm ouă și pâine prăjită.

T. Ea pregătește micul dejun?

P. Da.

T. Ce s-a întâmplat atunci?

P. M-a chemat la micul dejun, m-am așezat și am început să citesc ziarul în timp ce mâncam.

T. Ea î-ți vorbea în timp ce citeai ziarul?

P. Da.

T. Bine. Eu sunt soția ta. Iată ziarul. Eu te chem la masă, tu iei ziarul, te așezi și te prefaci că mănânci în timp ce citești. Fă totul cum ai făcut azi dimineață.

T. (soția): Micul dejun este gata.

P. Stai să-mi iau ziarul. Ia ziarul, se așează la masă și începe să citească în timp ce se prefăcea că mănâncă.)

T. (S): La ce oră te întorci deseară

P. Ce

T. (S): Te-am întrebat la ce oră te întorci deseară

P. Te aud. Nu știu.

T. (S): Vreau numai să știu când să-ți pregătesc masa.
P. Ți-am spus odată că nu știu. Încetează să mă mai cicălești. Stai mereu pe capul meu.

T.(S): Da, nu e rău. Am jucat corect rolul soției tale?

P. Da, foarte bine. Mă cicălești tot timpul.

T. Dar despre comportamentul tău ce părere ai

P. Este normal.

T. Crezi că modul în care i-ai răspuns era normal

P. Da, posibil. Ei nu-i place când citesc la masă, dar altfel nu am timp. Poate ar trebui să nu mai fac asta. Poate ar fi mai bine dacă mi-aș citi ziarele la birou. Poate că am judecat-o prea aspru.

Acest fragment demonstrează modul în care jocul de rol poate suplimenta informațiile obținute cu ajutorul interviului clinic.

În urma acestui tip de dialog terapeutul cunoaște mai bine problemele pacientului iar acesta învață să se cunoască mai bine pe sine însuși.

Jocul de rol acționează la toate trei nivelele psihologice importante:

- la nivelul cognitiv;

- la nivelul afectiv;

- la nivelul comportamental,

pentru că în timp ce joacă, subiectul gândește, simte și acționează în interacțiune cu stimulii psihosociale. Structura și împrejurările create în situația jucată tind să producă răspunsuri exagerate, astfel încât individul se manifestă nervos, plictisit, supărat etc., el implicându-se total, ca în viața reală.

Adesea el tinde să-și piardă autocontrolul datorită naturii dramatice a situației jucate. Deci, jocul de rol:

- este o reprezentare apropiată de situațiile de viață;

- îl implică pe individ total;

- prezintă observatorilor un tablou în legătură cu modul în care se

comportă subiectul în situațiile reale;

- datorită caracterului dramatic, fixează atenția asupra problemei;

- permite individului să se perceapă pe sine în acțiune, fiind în același timp și neutru;

- jocul de rol reprezintă o metodă naturală de a asimila diferite

deprinderi de viață (ca învățarea înotului în mod practic, realizând mișcări în apă).

Câteva aspecte teoretice care stau la baza tehnicii jocului de rol. Valoarea acestei tehnici are la bază trei aspecte:

a) Simultaneitatea

Se referă la desfășurarea în același interval de timp a mai multe evenimente. După cum am mai subliniat, individul care joacă un rol acționează, gândește și simte în același timp interacțiunea acestor planuri contribuind la realizarea unor potențări reciproce, ceea ce face ca întregul să fie mai mult decât suma părților și deci se obține un grad înalt de implicare.

b) Spontaneitatea

Este definită ca fiind caracteristică unui comportament natural, neforțat și creativ în situații noi. Subiectul începe să se întrebe ce ar fi dacă?

În cazul în care reacția spontană s-a dovedit eficientă, subiectul a învățat ceva prin propriile sale forțe - a învățat să reacționeze.

De pildă, pentru pacientul care se simte paralizat când intră în biroul șefului și realizează ce ar fi trebuit să spună abia după ce întrevederea s-a terminat, este indicat ca scena întâlnirii cu șeful să fie jucată în cabinetul terapeutului.

Cea mai importantă achiziție obținută de pe urma tehnicii dramatice este posibilitatea de **generalizare** a noului comportament achiziționat spontan.

Pacientul realizează insight-ul în legătură cu problema sa: de ce se comportă cum se comporta în compania șefului (Insight-ul înseamnă: "E ca atunci când eram cu tatăl meu șeful și tata...") Odată ajuns în acest punct, terapeutul îl întreabă: "Poți să-ți amintești o situație când erai împreună cu tatăl tău, situație, care seamănă cu relația ta cu șeful?"

În cazul în care pacientul își amintește, se poate iniția în câteva minute un nou joc dramatic.

Dacă jucarea rolului a fost proastă (a jucat într-un mod inadecvat), pacientul ca și terapeutul pot cere să se repete scena.

De ce este indicată jucarea unor situații în condiții artificiale?

Pentru că punerea în practică a unor noi modele de comportament în situații reale este prea amenințătoare pentru pacient. De asemenea, dacă comportamentul eșuează în viața reală, se pot produce efecte negative asupra stării psihice a pacientului. (De pildă dacă un băiat timid cere o întâlnire unei fete și ea îl respinge, el se va simți atât de descurajat încât nu va mai încerca din nou).

În situația de joc terapeutic nu se poate întâmpla așa ceva pentru că faptul că pacientul are curajul să pună în acțiune un comportament oricât de neadecvat, reprezintă un succes. În situația terapeutică, individul nu se simte jenat de performanța sa slabă pentru că se află în cabinet din acest motiv (a venit pentru a fi ajutat).

c) Autenticitatea

Se referă la realitatea subiectivă a situației dramatice (este un fapt asemănător cu antrenarea zborului cu avionul prin intermediul simulatorului).

Ședințele de joc dramatic nu trebuie să se refere doar la o problemă specifică, specialiștii fiind de părere că tehnica are valoare dacă se pun în acțiune atâtea experiențe dramatizate câte probleme are subiectul.

Insight-ul produs în urma jocului dramatic trebuie să conducă la o restructurare în sfera personalității subiectului.

Corsini (1975) citează cazul unui pacient terorizat de tatăl său, la a cărui firmă lucra. Tatăl țipa în permanență la el, pacientul fiind total blocat de acest comportament. La un moment dat s-a pus problema înlăturării tatălui de la conducerea firmei, deoarece acesta nu mai făcea față noilor cerințe moderne de conducere

În urma jocului dramatic realizat în cadrul grupului terapeutic, pacientul găsește în mod spontan soluția: ori de câte ori tatăl începe să strige, el o ia la fugă și părăsește încăperea. Ulterior el pune în practică acest comportament și la firmă și acasă. (O ia la fugă în timpul unor negocieri importante, chiar îl amenință pe tată că o să o ia la fugă și dezbrăcat, din baie dacă acesta va continua să strige etc.)

După ce a practicat un timp acest model de comportament pacientul a constatat o netă ameliorare în comportamentul tatălui. În același timp el a realizat prin insight faptul că tatăl său era de fapt un om slab, care își masca prin strigăte propriile anxietăți și frici. Înțelegând acest lucru, fiul a adoptat un comportament mai cald și mai protector față de tată, ceea ce l-a calmat pe acesta din urmă.

Cum se explică modificările produse în sfera personalității prin intermediul psihoterapiei prin joc dramatic?

Specialiștii în psihodramă consideră că personalitatea poate fi privită ca un set de expectații relativ stabile în legătură cu propria persoană și cu ceilalți. Aceste expectații au la bază ceea ce sociologii numesc "asumare de roluri".

Rolul reprezintă o ficțiune, în sensul că el este asumat în mod subiectiv și este dezvoltat, nu dat odată pentru totdeauna. Cu toate acestea rolul are o anumită consistență care are la bază concepția individului cu privire la el însuși, concepție care îl face să funcționeze în mod armonios și previzibil ("era evident că el va face aceasta", "Ion este un tip de om care...").

Există o interrelație dinamică între modul în care un subiect se comportă și concepția despre sine a subiectului. Astfel, dacă concepția despre sine se modifică, se modifică și comportamentul. Dar ce anume se va întâmpla cu concepția despre sine în cazul în care se schimbă comportamentul? Comportamentul care nu corespunde cu modul de a fi, cu ceea ce crede despre sine persoana, va fi explicat, încorporat, devenind un nou element al concepției față de sine, care la rândul său va afecta comportamentul (vezi teoria disonanței cognitive a lui Festinger).

Aceste aspecte teoretice sunt ilustrate de Corsini (1975) prin prezentarea următorului caz:

Se realiza un experiment psihodramatic la o școală de reeducare, pacienții fiind băieți cu tulburări de comportament.

George, un băiat pirpiriu, se plânge de faptul că este permanent bătut de ceilalți băieți.

Terapeutul propune jucarea următoarei scene de grup. George este regele Kong, invincibilul. El are voie timp de 10 minute să facă tot ce dorește fără ca cineva să-l oprească.

George intră în rol atât de autentic încât începe să împartă pumni în stânga și în dreapta, manifestând o adevărată criză de isterie.

A doua zi terapeutul îl vede pe George plin de vânătăi dar fericit. Copilul a spus că s-a bătut cu băieții și faptul că a avut curaj să se bată i-a dat satisfacție.

În următoarele săptămâni George a încetat să se mai bată, el făcând următoarea afirmație: "Când ai impresia că ești slab, toți se reped la tine. Acum când ei au aflat că voi riposta, mă lasă în pace."

După acest episod educatorii, părinții și colegii au observat schimbări pozitive în comportamentul băiatului, acesta devenind mai cooperant și cu o purtare mai bună.

Înainte George juca rolul unui băiat slab și speriat, care se strecura cu capul plecat și cu ochii plini de spaimă, comportamentul său reprezentând un stimul provocativ pentru ceilalți. Reacțiile celorlalți băieți întăreau imaginea și concepția despre sine a lui George.

Prin asumarea în cadrul grupului terapeutic a unui rol total opus concepției despre sine, această concepție a fost atât de zdruncinată încât a apărut insight-ul: "nu trebuie să-mi fie frică de ceilalți".

Ideea care se desprinde din acest exemplu este una de esență structuralistă și anume că prin modificarea unui element, putem modifica întreaga structură. Dacă pacientul ia contact cu un mic fragment de adevăr sau de succes și acest element este încorporat în cadrul sistemului imaginii de sine, atunci schimbarea este posibilă.

După cum se poate observa, specialiștii în terapia "roleplaying" afirmă faptul că această tehnică produce schimbări rapide și spectaculoase datorită funcționării holiste a individului într-o situație asemănătoare cu cea reală, situație care-i permite individului să-și pună în acțiune spontaneitatea.

Și experiențele din viața reală pot produce schimbări bruște în sfera personalității (de pildă, un copil care află că a fost adoptat, un soldat care comite o faptă eroică etc.).

O altă caracteristică a terapiei prin joc dramatic constă în aceea că pacientul realizează **insight-ul** după ce modelul superior de comportament a fost pus în acțiune. Inițial situația problematică e interpretată, stăpânită și abia apoi pacientul începe să înțeleagă dinamica și implicațiile respectivei situații.

Terapia prin joc dramatic nu reprezintă o simplă învățare condiționată prin care subiectul învață un nou tip de comportament fără să-l înțeleagă. Aici schimbările pe plan comportamental sunt urmate de schimbări emoționale și intelectuale.

Psihoterapia prin joc dramatic utilizează demersul inductiv, care pornește de la experiență spre generalizarea teoretică. Aceasta înseamnă că deși terapeutul știe care este problema, el îi oferă pacientului șansa de a descoperi singur ceea ce nu merge prin intermediul jocului dramatic. Demersul terapeutic în acest caz are un caracter pragmatic, mai puțin centrat pe teorie. Se lucrează asupra unor situații specifice iar concluziile se trag ulterior.

Efectele terapiei prin joc dramatic sunt:

a) centrale: noi nivele de înțelegere, insight-uri cu privire la sine și la ceilalți, mult curaj, o mai bună acceptare a propriei persoane, reducerea anxietății etc.;

b) periferice: noi deprinderi, noi modele de comportament, noi modalități de abordare a altora etc.

Comportamentul periferic reprezintă manifestarea deschisă a concepției despre sine și despre ceilalți.

* **Procesul terapeutic bazat pe joc dramatic**

Se utilizează o camera confortabilă în care pacienții să se simtă în siguranță, fără lumină sau zgomot prea puternic și unde ședința de psihoterapie să nu poată fi întreruptă.

Dacă se realizează terapie de grup este bine ca subiecții să fie așezați în cerc sau în semicerc, apropiați unii de alții.

Se recomandă înregistrarea pe videorecorder a ședințelor de psihoterapie. Aceste ședințe sunt vizionate apoi de pacient împreună cu terapeutul astfel încât acesta să devină conștient de modul în care s-a comportat.

Terapeutul-conducătorul jocului dramatic.

Specialiștii sunt de părere că terapia prin joc dramatic este foarte solicitantă pentru terapeut, care este mereu provocat de situațiile care apar pe parcurs.

Calitățile pe care trebuie să le aibă terapeutul sunt:

a) Creativitatea

Terapeutul trebuie să decidă dacă problema lui X poate fi bine jucată. O dată ce a decis acest lucru el are o altă sarcină care implică creativitate: care este problema? (cum poate ea fi formulată), cine va juca? Cum se poate structura situația problematică? Care formă este preferabilă?

Conducătorul terapiei nu trebuie să se bazeze doar pe creativitatea sa proprie ci trebuie să fie capabil să includă în jocul dramatic și ideile altora. El trebuie să sublinieze anumite aspecte, să le subordoneze pe altele și să reușească să inducă efectul de scenă și ceea ce, este poate cel mai dificil este că toate acestea trebuie realizate rapid.

În același timp el trebuie să rețină elementele importante de pe parcursul jocului dramatic (nevoile eroului piesei, ale celorlalți membri ai grupului).

b) Non-convenționalism; spirit de aventură

Terapeuții de acest tip s-au dovedit a fi mai non-convenționali, mai deschiși spre noi abordări și idei, comparativ cu terapeuții de alte orientări.

În același timp ei trebuie să dea dovadă de curaj încercând diverse demersuri, să fie hotărâți, să nu ezite în aplicarea unui procedeu și să fie capabili să-și asume riscurile experimentului. De pildă, ei trebuie să se decidă rapid dacă e bine sau nu să supună pacientul unui stres puternic și în ce măsură vor putea stăpâni anxietatea care se degajă.

Spiritul de aventură nu trebuie înțeles ca o lipsă de prudență și responsabilitate.

Conducătorul terapiei trebuie să dovedească discernământ, înțelegerea problemelor altora și capacitatea de a prevedea consecințele diverselor situații.

Un terapeut fricos sau unul care nu are încredere în capacitatea altora de a face față stresului nu va fi capabil să conducă o psihoterapie prin joc dramatic.

c) "Leadership".

Psihoterapeutul trebuie să aibă o prezentă scenică agreabilă, calități de conducător și de persoană care reușește să vândă un produs. Cu alte cuvinte, el trebuie să fie o persoană care trebuie să domine și să conducă situația.

Pentru a realiza acest lucru el trebuie să fie puternic, dar plin de tact, dar și maleabil în același timp, manevrând gradul de control și dominare în funcție de situație.

El trebuie să permită pacienților să-și manifeste creativitatea fără a scăpa din mână situația și a produce haosul. Deci, el trebuie să reprezinte o autoritate, nu un tiran.

În cadrul psihodramei se definesc două tipuri de roluri: eroul sau

protagonistul și ego-ul auxiliar. Eroul este persoana asupra căreia este îndreptată atenția în cadrul psihoterapiei. El este cel care prezintă problema simptom și care dorește să se amelioreze.

Persoana care joacă împotriva lui, fie că este terapeutul, o soră medicală sau un alt pacient, reprezintă asistentul. Cel care joacă rolul asistentului, dacă este pacient, poate beneficia, la rândul său, de ajutor mai ales datorită următorilor factori:

a) Altruismul

Un pacient aflat în terapie este copleșit de propriile sale probleme, percepțiile sale sunt îngustate și el devine egocentric.

Dar atunci când un pacient aflat în grupul terapeutic îl ajută pe altul să-și clarifice problemele, el este confruntat cu o problemă care nu mai este a lui și a fi implicat în problemele altora are un efect benefic asupra sa.

De regulă terapeutul îl întreabă pe asistent cum s-a simțit în rol și cum l-a perceput pe pacient. Acest lucru îl situează din nou într-un rol prin care oferă ajutor – respectiv el devine aproape terapeut.

b) Empatia

Un alt motiv datorită căruia asistentul beneficiază de pe urma psihoterapiei este dezvoltarea capacității sale empatică: el începe să înțeleagă problemele persoanei pe care o joacă, precum și pe cele ale persoanei împotriva căreia joacă.

Persoanele egoiste și narcisiste au dificultăți de a juca rolurile altora. Prin asumarea unor roluri inedite ei își dezvoltă abilitățile sociale și empatia.

De pildă, un tânăr delincvent pus să joace rolul mamei unui delincvent, începe să înțeleagă sentimentele mamelor în general și ale mamei sale în mod special.

c) Auto-iluminarea

Un pacient care se confruntă cu o altă persoană în cadrul jocului dramatic se poate confrunta adesea pe sine însăși. Această confruntare poate fi uneori dramatică: "De ce se poartă el exact așa cum mă port eu?".

Constatarea că o altă persoană este la fel ca el însuși poate constitui o revelație. O altă fațetă a aceleiași probleme se referă la faptul că cineva poate constata că și atunci când joacă rolul altei persoane el poate da dovadă de insuficientă flexibilitate, în sensul că nu se poate implica total în rol: "nu pot gândi ca el", "mai mult sau mai puțin îmi exprim propriul punct de vedere".

Schimbările de rol dintre pacient și asistent îl ajută pe terapeut în activitate pentru că îi face pe pacienți să rămână alert și interesați. În același timp, situația se democratizează, dându-se participanților posibilități să joace o varietate de roluri și punându-i alternativ în postura de a oferi ajutor.

În cazul terapiei individuale terapeutul își asumă rolul asistentului, situație în care el poate interacționa cu pacientul într-un mod mai încărcat de sensuri, impactul pacient - terapeut fiind și mai puternic.

* Tehnicile psihoterapiei prin joc dramatic,

1. Jocul de rol direct (psihodrama)

Se caracterizează prin aceea că persoana se joacă pe sine (își joacă propriul rol) față de o altă persoană care joacă un alt rol. Există două variante:

A (A) x B (B) – A și B se joacă pe ei înșiși, ca în cazul unui cuplu marital care joacă o scenă de viață.

A (A) x C(B) - C este asistentul care joacă rolul lui B.

În unele situații joacă mai mulți parteneri. Astfel, dacă soțul (A) și soția (B) se joacă pe ei înșiși, copiii sunt simbolizați prin C, D, E astfel încât structura poate fi următoarea:

A (A) x B (B) x F (C) x G (D) x H (E)

De regulă, mai mult de jumătate din terapii îmbracă această formă. Chiar dacă ulterior se utilizează și altă forme, prima ședință este de tip direct.

2. Inversarea rolurilor

Modelul A (A) x C (B) devine acum A (B) x C (A). A, eroul dramei îl joacă pe B, cel care i se opună în viața reală, în timp ce C, asistentul terapeut îl joacă pe el (A). În felul acesta A trăiește situația adversarului său și se poate observa pe sine mai bine jucat de C.

Jocul inversat are doua variante: în primul caz situația A (A) x C (B) devine A (B) x C (A), iar în al doilea caz acțiunea este întreruptă la un moment dat și cei doi schimbă din nou rolurile. Aceste inversări se pot face de mai multe ori în cursul unei ședințe.

Acest model produce rapid și eficient conștientizarea unor aspecte sociale (individul se vede pe sine cu ochii altora și învață să se pună în situația altuia).

3. Modelul alter ego-ului

Acest procedeu este subtil și presupune prezența unui asistent cu experiență și sensibilitate.

A (A) x C(B) este situația inițială, după care altcineva intră în scenă - D, care devine alter - ego-ul lui B - B'. D vorbește exprimând ceea ce crede că ar reprezenta gândurile ascunse ale lui B.

Acest model este ilustrat de dialogul jucat între (dna Allen (A) - o pacientă care are probleme cu fiul ei și dl Brown - directorul școlii, jucat de C.

A(A): Domnule Brown, nu-mi puteți da nici măcar o speranță?

C(B): Îmi pare rău, dar nu cred, dnă Allen. Faceți tot ce este cu putință. Acum este problema dumneavoastră.

Terapeutul: Bine. D te rog să joci alter - ego-ul lui B și să exprimi ce crezi că simte el. D se așează în spatele lui B și în afara privirii lui A. A aude ce spune D (B'), dar el dialoghează doar cu C (B).

A (A): Nu înțeleg de ce nu puteți întreprinde nimic. Eu am nevoie de ajutor.

C(B): Doamnă, mi-am expus clar punctul de vedere. Nu este problema noastră.

D(B'): Femeia asta mă scoate din minți.

A(A): Dle Brown, m-am gândit în toate felurile și cred că dacă i-ați mai da lui James încă o șansă...

D(B'): Iar începe! Femeia asta este imposibilă. Cum să fac s-o scot afară din birou?

C(B): Îmi pare rău, nu se poate. James trebuie să părăsească școala.

D(B'): Te rog ieși afară! Chiar vrei să te arunc pe fereastră?

A(A): Sunt foarte dezamăgită de dumneavoastră. James este de fapt un băiat bun. O să vorbesc cu el.

C(B): Așa cum v-am spus, este imposibil.

D(B'): Nu înțelegi că e IMPOSIBIL!

Tehnica alter ego-ului îi produce eroului insight-ul cu privire la ceea ce pot ceilalți să gândească despre el.

După respectiva scenă, terapeutul provoacă cu următorul dialog:

T: Dnă Allen cum ai recepționat cele spuse aici?

A: Sunt sigură că dl Brown nu a simțit față de mine cele spuse de D.

T: Bine. Hai atunci să-l întrebăm pe C, care l-a jucat pe domnul Brown. A exprimat bine D sentimentele tale adevărate?

C: Cu siguranță. Eram furios pe dna Allen. Era atât de pisăloagă și insistentă, încât abia m-am putut stăpâni.

A: Crezi că am fost prea agresivă?

C: Nu mi-a fost deloc milă de dumneata. Mi-a fost milă de James că are o astfel de mamă.

A: O!

T: Ce vrei să spui cu asta?

C: Ești posesivă, cicălitoare, o femeie nevrotică, un fel de caricatură a unei mame hiperprotectoare.

A: Nu e adevărat. Relația mea cu James este foarte bună.

T: Ce fel de băiat e James?

Apoi terapeutul poate iniția o nouă scenă în care D devine alter ego-ul fiului - James - D (J').

A(A): James, trebuie să te îndrepți. După tot ce am făcut pentru tine, asta mi-e răsplata? Ce se va întâmpla cu tine acum?

B (J): Mamă, eu fac tot ce pot. Ei nu-mi oferă nici o șansă. Mă dau afară pur și simplu afară.

D(J'): De fapt, mamă, îmi place să provoc scandal pentru că știu că asta te supără.

A(A): Știi că purtarea ta mă supură!

D (J'): De fapt asta și vreau.

B(J): Voi încerca să mă port mai bine dacă mai am o șansă

D(J'): Pe naiba, n-o s-o fac!

Se poate observa de ce modelul alter ego-ului este subtil. D care îl joacă pe J' poate să nu exprime cu adevărat sentimentele lui J. Dar și în cazul în care persoana care joacă rolul alter ego-ului se află pe o pistă complet greșită, aceasta nu invalidează însemnătatea scenei pentru că oricum se produce un efect asupra mamei.

Acest lucru rezultă din dialogul terapeutic de mai jos:

A: Chiar crezi că fiul meu simte asta pentru mine?

D: Ei bine, nu știu. Dar ești o mamă agresivă și hiperprotectoare și este posibil ca James să nu aibă curajul să-ți spună ce simte cu adevărat.

B: Și eu am simțit ceva asemănător. Ai o asemenea tendință de dominare. Mi-l pot imagina pe fiul tău încercând să-ți țină piept. Este posibil să dorească să scape.

T: Dna Allen, noi facem speculații pe seama sentimentelor fiului dumitale față de dumneata. Este posibil ca el să dorească să-ți se opună fără să-și dea seama de asta. La suprafață el poate fi iubitor și recunoscător, dar poate nutri resentimente de natură inconștientă.

A: Oamenii sunt complicați. Se pare că voi toți sunteți de acord că eu sunt o persoană puternică.

T, D, B: Da.

A: Posibil. Și soțul meu spune asta. Poate ar fi bine să-l las pe James să-și rezolve singur problemele. Poate încercă să facem acest lucru aici, prin joc dramatic.

T: Vom încerca tehnica oglinzii. Întâi îți vom arăta cum te porți, apoi vom încerca să jucăm scena într-un mod diferit. B, vrei să-l joci din nou pe James și D, vrei s-o joci pe dna Allen așa cum o vezi dumneata?

4. Modelul (tehnica) oglinzii

Este vorba de aceeași scenă jucată de D (A) xB(J) - A

Această formulă înseamnă ca dna Allen privește în timp ce D îi joacă rolul, iar B joacă rolul fiului. C va deveni alter ego-ul dnei Allen (A'), care va încerca să-i exprime sentimentele în timp ce ea privește cum D îi joacă rolul.

D(A): James, trebuie să stăm de vorba.

B (J): Despre ce, mamă?

D(A): Despre comportarea ta la școală.

B (J): Iar începi?

D(A): Da, iar încep. M-am gândit să-mi schimb atitudinea și comportamentul față de tine. Ai 15 ani și trebuie să înveți să-ți rezolvi problemele singur.

C(A) : O, niciodată nu o să-i pot vorbi lui James așa!

(J): Ce înseamnă asta, mamă? Știi bine că toți au picat pe capul meu!

D (A): Prostii! Dacă au făcut-o înseamnă că aveau un motiv. Cred că vina este a ta.

C(A'): James vinovat? Cum pot să gândesc așa?

(J): Nut mă mai iubești, mamă? Nu înțeleg cum poți să vorbești așa?

C(A'): Sigur că nu înțelegi. Ești obișnuit să te protejez tot timpul.

C(A): E timpul să te maturizezi, băiete și să te lupți singur cu viața.

B(J): Dar am crescut. Tot timpul mi-ai spus că a fost vina celorlalți.

D(A): Nu-mi pasă a cui vină este. E timpul să stai pe propriile tale picioare și să-ți rezolvi problemele. Nu mă voi duce să vorbesc cu directorul. Îi voi scrie să procedeze cum crede de cuviință. Dacă vrei să rămâi în școală trebuie să vorbești tu cu el și să-ți clarifici situația.

B(J): Dar dacă mă dă totuși afară?

D(A): O să-mi pară rău pentru tine și voi face tot ce pot, dar dacă îți ceri iertare cred că este mult mai bine decât dacă intervin eu. **C(A'):** Pare să fie bine, dar nu cred că pot vorbi cu băiețelul meu pe tonul ăsta.

În felul acesta dna Allen vede pe altcineva care îi joacă rolul și abordează problema altfel. În același timp ea vede și modul în care sunt exprimate gândurile ei interioare. Astfel, ea este supusă unei presiuni de a se schimba.

După jucarea scenei timp de 5 minute, urmează o jumătate de oră de comentarii și discuții.

5. Tehnica dedublării

Dna Allen este invitată pe scenă unde va exprima cu voce tare gândurile ei cu privire la problemă. B devine alter ego-ul ei. Într-o astfel de situație cei doi stau spate în spate.

B (A'): Mă simt atât de dezorientată.

A(A): Da, chiar așa sunt.

B(A'): S-au întâmplat atâtea. Oare chiar am greșit atât de mult? **A(A):** Nu sunt chiar atât de sigură.

B(A'): Sunt o mamă bună. Toți mi-au spus asta.

A(A): Da, toți mi-o spun.

B(A): Dar aici, în timpul jocului de scenă, ei mă critică. De ce oare?

A(A): Cred că îmi vor binele.

B(A): Dar ce știu ei de fapt? Nici nu-l cunosc pe James. Toată comedia asta...

A(A): Am făcut tot ce am putut, dar James este un copil dificil.

B (A) : Oare ce ar trebui să fac?

A(A): Sunt necăjită. M-am străduiut atât de mult să fiu o mamă bună.

B(A'): Și nici nu sunt convinsă de faptul că nu sunt o mamă bună. Am încercat tot ce am putut. Probabil că am făcut și greșeli.

A(A): Toți putem greși.

B(A'): Deci e posibil să fi greșit. Oricine poate greși.

A(A): Pot să mă schimb dacă vreau. Aș putea să-i spun lui James: "Școala e problema ta"; iată ce ar trebui să-i spun.

B(A'): Problema ta, James. Trebuie să ți-o rezolvi.

A(A): Trebuie să-ți rezolvi singur problemele, nu să alergi la mine de fiecare dată. Ești destul de mare acum. Nu mai aștepta mereu ajutor de la mine.

B(A'): Dar ce va face James? Cum mă va privi? Nu va crede cumva că-l resping? Dar, mamă, va spune el...

A(A): Dar, mama -va spune el - nu mă mai iubește?

B(A'): Mi se rupe inima.

A(A): Mă voi simți atât de rău. Vreau ca el să fie...

B(A'): Un bebeluș!

A(A): Da, bebelușul meu. Nu vreau să-mi pierd bebelușul.

6. Jocul de structurat

În *general* se recurge la tehnica jocului de rol când apare o problemă despre care terapeutul consideră că nu poate fi rezolvată prin metode mai convenționale cum ar fi: interviul clinic, interpretările sau tehnici de tip narativ (cum ar fi cea a asociațiilor libere).

În unele cazuri, atunci când inițiază jocul dramatic, terapeutul nu știe nici el ce se va întâmpla. Jocul dramatic îi poate furniza noi informații despre pacient, acesta din urmă apărând în cu totul alta lumină.

Se pune însă uneori problema structurării prealabile a unei scene și terapeutul decide în ce măsură o scenă trebuie să fie pregătită dinainte.

Dacă pacientul a mai practicat terapia prin joc dramatic, este suficient că terapeutul să spună; "Hai să jucăm problema asta. Eu voi juca rolul partenerului tău, iar tu vei fi tu însuși..."

În alte cazuri trebuie să se obțină de la pacient cât mai multe informații prin intermediul interviului clinic.

Pe baza acestor informații se structurează situația, astfel încât diverșii protagoniști află ce tipuri de persoane vor juca și înțeleg punctele lor de vedere.

Iată un exemplu de astfel de interviu prin care se extrag informații în vederea structurării scenei care va fi jucată:

T: Ar merita să jucăm situația ta. Ai vorbit mult despre familia ta, despre care spui că te persecută. Ar merita să-i cunoaștem pe toți. Cum e soțul tău?

A: Vreți să spuneți cu cine seamănă de obicei, din grup?

T: Nu. Descrie-l. Cum arată.

A: E gras și are barbă. Barba lui mă scoate din minți.

T: Ce fel de persoană este?

A: E un om care se poarta ca și cum n-ar fi greșit niciodată în viață.

T: Nu poate înțelege punctele de vedere ale altora. Doar el este perfect.

T: Altceva?

A: Tot ce spune sora lui e bine, iar tot ce spun eu este rău.

T: Dar mama ta?

A: E un nimic. Totdeauna este de partea celui mai puternic și aceea nu sunt eu!

T: Dar fratele tău?

A: Un alt nimic. Este la fel ca mama. Nu are propriile sale opinii. Este subalternul soțului meu și nu are curajul să aibă vreo opinie.

T: Dar cumnata ta?

A: Este exact ca soțul meu. Parcă nu ar fi făcut vreodată vreo greșală. Parcă nici nu merge la baie. Toți sunt împotriva mea!

T: Dar tu cum ești?

A: Încerc să fiu eu însămi și să-mi apăr punctul de vedere.

Pe baza acestor informații se structurează jocul dramatic. În urma analizei secvenței jucate rezultă exact contrariul și anume că pacienta este agresivă, încăpățânată și dominatoare, fiind un fel de mic tiran în familia ei.

CAPITOLUL 10

ABORDAREA STRATEGICĂ ÎN PSIHOTERAPIA DE FAMILIE

Psihoterapia are mai puține șanse de succes dacă pacientul este scos din contextul sau social și este abordat izolat, separat de interacțiunile cu cei cu care conviețuiește.

Tot mai mulți terapeuți sunt de părere că interacțiunile sociale și nu individul reprezintă problema de care trebuie să se ocupe terapeutul.

Datorită acestor observații s-a dezvoltat psihoterapia de familie, care - ca și psihoterapia individuală - are la bază numeroase orientări teoretice: psihodinamică, experiențială, comportamentală sau bazată pe teoria comunicării, aceasta din urmă orientare incluzând psihoterapia structuralistă și strategică.

Orientarea strategică în psihoterapia de familie își are originile în psihoterapia strategică a lui Milton Erickson (*cit. Haley, 1967 și 1973*).

Trăsăturile caracteristice ale acestei orientări sunt următoarele:

(Madanes, 1981):

1. Responsabilitatea de a pune la punct o strategie pentru rezolvarea problemei clientului revine în exclusivitate terapeutului. Acesta este cel care stabilește scopurile și obiectivele psihoterapiei în vederea soluționării problemei clientului.

2. Accentul nu este pus pe o anumită psihoterapeutică care să se aplice în toate situațiile, ci pe elaborarea unei strategii de rezolvare a unei situații specifice.

3. Deoarece terapia este centrată pe aspectele psihosociale ale problemelor umane, sarcina psihoterapeutului este să stabilească un plan de intervenție în situația socială a clientului.

4. Obiectivul psihoterapiei de familie strategice este să ajute pe individ să depășească o situație de criză specifică diverselor etape ale vieții de familie: perioada de logodnă, căsătoria timpurie, nașterea și îngrijirea copiilor, căsătoria târzie, separarea copiilor de părinți, pensionarea și problemele vârstei înaintate.

5. Conform acestei orientări psihoterapeutice problema este definită ca o secvență a unei relații interpersonale ce se desfășoară între mai multe persoane (*Haley, 1976*).

Simptomele cum ar fi depresia, fobiile, sunt gândite în termenii unor contracte între doi sau mai mulți parteneri și au un rol adaptativ pentru a menține relația respectivă.

6. Terapeuții specializați în acest tip de psihoterapie fac distincția dintre identificarea problemei și stabilirea problemei prin intermediul demersului psihodiagnostic sau prin acordarea unei etichete individului sau familiei.

În cadrul orientării strategice nu se pune accent pe diagnosticul psihiatric sau psihologic, sarcina terapeutului constând în a defini problema clientului în astfel de termeni încât aceasta să poată fi rezolvată. Psihoterapeutul trebuie să includă în cadrul planului său strategic și asistentul social, dirigințele sau autoritatea legală.

7. Abordarea strategică în psihoterapie consideră problema simptom care apare la un adult sau la un copil ca un mod de comunicare interpersonală.

Astfel, de pildă, atunci când un cuplu devine instabil, având tendința să se destrame, este posibil ca copilul să dezvolte un simptom care îl menține pe tată activ, având grijă de copil, ceea ce îl împiedică pe tată să se manifeste depresiv și incompetent.

Simptomul nu face decât să exprime în mod metaforic o problemă și să sugereze soluția care însă este una nesatisfăcătoare, cu caracter dezadaptativ.

Obiectivul psihoterapiei constă în modificarea conținutului comunicării de tip metaforic, în prevenirea repetării secvențelor patologice de comunicare și în oferirea unor soluții alternative mai sănătoase.

Un exemplu tipic de interacțiune simbolică de tip dezadaptativ este acela în care copilul dezvoltă un comportament simptomatic atunci când părinții sunt pe cale să divorțeze, iar aceștia sunt siliți, datorită problemei copilului, să rămână împreună. Când copilul începe să se comporte mai normal, părinții au din nou tendința de a se despărți. În acest caz, sarcina psihoterapeutului este să modifice secvența patologică de comportament astfel încât ameliorarea copilului să nu mai depindă de faptul dacă părinții rămân împreună sau nu.

8. Demersul psihoterapeutic se desfășoară în trepte sau etape, iar fiecare problemă este definită ca implicând două sau mai multe persoane (de regulă 3 persoane).

Într-o etapă inițială psihoterapeutul stabilește cine anume este implicat în problema actuală și în ce mod. Apoi terapeutul va găsi o soluție de intervenție care va conduce la modificarea interacțiunilor din cadrul familiei astfel

Încât problema să nu mai fie necesară. De regulă, schimbarea este planificată în etape, astfel încât modificarea unei situații sau unui tip de interrelații va conduce la o altă modificare a altor interacțiuni și așa mai departe, până când întreaga situație se modifică.

Adeesea terapeutul încearcă la început să genereze o nouă problemă pe care s-o rezolve în așa fel încât această rezolvare să conducă la rezolvarea problemei inițiale pentru care s-a prezentat familia la psihoterapie.

9. Terapeutul trebuie să fie atent la sistemul de relații ierarhice stabilit în cadrul familiei. Astfel, de pildă, părinții sunt cei care trebuie să aibă grijă de copii, iar alianțele dintre un părinte și un copil împotriva celuilalt părinte trebuie blocate.

În același timp, psihoterapeutul trebuie să evite la rândul său să formeze coaliții cu membrii familiei care se afla în partea de jos a ierarhiei sistemului familial împotriva celor care se află în partea de sus a ierarhiei.

Haley (1976) se referă la sisteme patologice în cadrul cărora acționează ierarhii disfuncționale, el subliniind faptul că demersul psihoterapeutic trebuie îndreptat inițial în direcția realizării unei noi ierarhii, tot cu caracter patologic, înainte de a reorganiza familia conform unei structuri ierarhice mai sănătoase.

Pentru a exemplifica acest demers, Haley (1976) dă următorul exemplu:

O mamă poate avea în familie o poziție prea centrală în raport cu copiii, ea acționând ca și cum ar fi axul unei roți. Într-un astfel de caz este indicat să se creeze un nou model de interacțiune în care copilul cel mai mare o degreveză pe mama de responsabilități. Acest tip de interacțiune în cadrul căreia copilul cel mai mare își asumă rolul de adult, având grijă de copiii mai mici este, de asemenea, anormal, dar de la acest mod de interacțiune se poate trece la unul mai adaptativ, ca de pildă tipul de interacțiune în cadrul căruia toți copiii pot participa la viața de familie având diferite responsabilități.

În cazul în care interacțiunea psihopatologică are în centrul ei bunica, aliată cu copilul împotriva mamei, într-o primă etapă este bine să se confere întreaga responsabilitate a vieții de familie bunicii, trecându-se apoi la alt tip de interacțiune anormală în cadrul căreia doar mama are responsabilitate deplină în familie, bunica neavând dreptul să intervină în educația copilului în nici un fel. De la această interacțiune, de asemenea, patologică, se poate merge mai departe la construirea unei ierarhii normale în cadrul familiei.

Dacă familia se caracterizează printr-o interrelație excesiv de strânsă dintre mamă și copil, tatăl fiind exclus, o primă etapă a psihoterapiei constă în a acorda tatălui deplina responsabilitate asupra copilului, mama fiind exclusă. De la acest stadiu anormal, se poate trece la unul normal.

Intervenția psihoterapeutică îmbracă forma unor directive pe care terapeutul le dă membrilor familiei cu privire la ce anume ar trebui ei să facă atât în timpul ședinței de psihoterapie, cât și în afara ei.

Aceste directive sunt menite să modifice modul în care membrii familiei interacționează unii cu alții, cât și cu psihoterapeutul, de asemenea, să faciliteze obținerea unor informații rezultate din modul în care membrii familiei răspund la instrucțiuni.

Este evident faptul că acest tip de psihoterapie are un caracter directiv, intervenția psihoterapeutică având un caracter deliberat planificat.

10. Demersul psihoterapeutic este orientat spre rezolvarea problemelor prezente și nu înspre trecut, terapeutul încurajând comunicările actuale. Familia trece prin noi experiențe dacă indicațiile date de psihoterapeut urmează experiențe care nu reprezintă un scop în sine, după cum nici a lucra asupra unor probleme sau a conștientiza modul în care se desfășoară procesul de comunicare nu reprezintă scopul psihoterapiei.

Reprezentanții acestei orientări psihoterapeutice sunt de părere că și în cazul în care familia iese din impas fără să știe cum și de ce obiectivul psihoterapiei a fost atins (Montalvo, 1976).

11. Directivele date de psihoterapeut pot fi directe sau paradoxale, simple - implicând una sau două persoane, sau complexe - angajând întreaga familie.

Instrucțiunile directe au drept scop modificarea interacțiunilor din cadrul sistemului familial, respectiv implicarea în activitate a *membrilor dezangajați ai familiei, stabilirea unor acorduri și sentimente mai bune, încurajarea interacțiunilor pozitive, a circulației informațiilor, cât și sprijinirea familiei să adopte un mod mai eficient de stabilire a regulilor, a comunicării între generații, cât și a unor scopuri individuale și a strategiilor de atingere a acestor scopuri.*

Primul pas în stabilirea unei instrucțiuni de urmat îl reprezintă motivarea familiei să urmeze respectiva instrucțiune. Modalitatea prin care terapeutul se decide să motiveze familia depinde de natura sarcinii trasate, tipul de familie cât și de relația care se stabilește între terapeut și membrii familiei. Psihoterapeutul precizează totdeauna clar sarcinile trasate familiei astfel încât acestea, dacă sunt urmate, au efectul scontat.

În cazul în care o alternativă nu s-a dovedit eficientă terapeutul recurge la o alta soluție.

Cu cât problema și obiectivele terapiei sunt mai clar definite, cu atât este mai facilă stabilirea sarcinilor psihoterapeutice pentru membrii familiei.

Haley (1976) prezintă exemple de sarcini psihoterapeutice:

a) Tatăl și fiul sunt solicitați să facă un lucru mărunț pe care mama îl dezaprobă.

b) Un tată, care se aliază cu fiica sa mică împotriva mamei, poate fi solicitat să spele cearceafurile când fetița a urinat în pat. Această sarcină are rolul de a stabili legătura tată – fiică și în același timp de a trata enurezisul copilului.

c) Unei mame care nu mai era capabilă să controleze comportamentul fiului ei de 12 ani și care a decis că unica soluție era să-l dea la o școală militară, terapeutul i-a propus ca înainte de a-l trimite la școala militară, ea să-i arate cum este acolo, deoarece copilul nu avea nici o informație despre ce se întâmplă într-o astfel de școală. Mama a acceptat și, sub îndrumarea terapeutului, ea a început să-l învețe pe băiat ce înseamnă disciplina: să fie politicos, să execute ordine, să-și facă patul etc., ea jucând rolul comandantului și copilul pe cel al soldatului. În două săptămâni copilul a început să se comporte suficient de bine astfel încât mama să nu mai dorească să-l ducă la școala militară.

Uneori psihoterapeutul dă directivele într-o formă metaforică, fără a arata în mod explicit ce anume dorește să se întâmple.

Așa cum arăta Milton Erickson (*cit. Haley, 1967*), oamenii sunt mai dispuși să urmeze instrucțiuni atunci când nu realizează faptul că le-au primit.

Instrucțiunile paradoxale se caracterizează prin aceea că terapeutul afirmă că dorește să ajute familia să se modifice, cerându-i în același timp să nu se modifice. Aceasta abordare are la baza ideea că multe familii care vin la psihoterapie pentru a se modifica sunt rezistente la schimbare. Provoacăndu-i pe membrii familiei să-i reziste, terapeutul va provoca în mod indirect schimbarea.

Haley (1963; 1976 b) descrie câteva astfel de strategii:

1. Terapeutul frânează schimbarea discutând cu membrii familiei care vor fi consecințele rezolvării problemei prezente. Despre acest lucru se vorbește în cursul fiecărui interviu psihoterapeutic.

2. Unui cuplu care se ceartă mereu într-un mod neproductiv i se sugerează să se certe în continuare.

3. Unei soții care prezintă un simptom i se poate cere să se plângă de faptul că prezintă simptomul și atunci când nu-l prezintă, astfel încât soțul să nu știe dacă ea prezintă simptomul cu adevărat sau doar urmează indicațiile psihoterapeutului.

4. Unul dintre soți poate fi solicitat să-l încurajeze pe celălalt soț să prezinte simptomul.

Papp (1980) face distincția dintre sarcinile pe care familia le va executa în virtutea unui comportament complezent și cele paradoxale la care psihoterapeutul este convins că familia se va opune sau va lupta împotriva lor.

Intervențiile psihoterapeutice bazate pe complezență includ sfaturi, explicații și sugestii bazate pe o comunicare deschisă prin intermediul cărora părinții sunt învățați să-și controleze copiii, să redistribuie sarcinile și privilegiile în cadrul familiei, să stabilească regulile de disciplină și să furnizeze informațiile de care unii membri ai familiei au nevoie.

Directivele paradoxale sau bazate pe opoziție sunt cele al căror succes va depinde de lupta familiei împotriva lor sau de urmarea lor până în punctul în care acestea conduc la absurdități.

Papp (1980) descrie trei etape în furnizarea unei instrucțiuni paradoxale:

- definirea simptomului ca fiind un element pozitiv merit să mențină stabilitatea familiei;

- prescrierea interacțiunii ciclice producătoare de simptom;

- frânarea familiei atunci când aceasta manifesta tendințe de schimbare.

În cadrul demersului strategic în psihoterapia de familie se elaborează un plan precis de acțiune pentru fiecare problemă și nu există nici o contradicție în ceea ce privește selecția pacienților.

Aceasta abordare a fost utilizată indiferent de vârstă și nivelul socio-economic pentru probleme diverse cum ar fi: neînțelegeri maritale, anxietate, comportament delinvent, tulburări psihosomatice și chiar în cazul unor subiecți psihotici.

Reamintim faptul că dacă o strategie eșuează, terapeutul nu se cramponează de aceasta ci elaborează o noua strategie.

* Abordarea strategică în rezolvarea unor probleme ale cuplurilor maritale

În toate cuplurile intervin problemele repartizării puterii și a organizării unei ierarhii în cadrul căreia diverse zone de control și de asumare a responsabilității sunt împărțite între soți.

Cuplurile repartizează puterea în moduri foarte diferite.

Astfel, de pildă, în cadrul unui cuplu unul din soți poate lua toate deciziile importante care se petrec în afara familiei. În alte cupluri, un soț poate lua decizii referitoare la problemele financiare, în timp ce celălalt ia decizii cu privire la viața de familie sau prieteni.

Nu de puține ori un soț rezolvă conflictul de putere bazându-și forța pe o aparentă slăbiciune sau neajutorare. Astfel, de pildă, soții pot ceda în fața copilului adolescent, care îi va face să se simtă egali comparativ cu poziția sa de superioritate.

În unele cupluri, un soț poate lua toate deciziile importante, în timp ce celălalt soț, de pe poziția de neajutorare, se poate alia cu copiii pentru a sabota toate deciziile luate de soțul aflat în poziția de superioritate, în timp ce în alte cupluri simptomul este utilizat ca sursă de putere.

Simptome ca depresia, alcoolismul, anxietatea sau tulburările psihosomatice pot servi scopului echilibrării raportului de forță dintre membrii cuplului.

O modalitate de a descrie cuplul în cadrul căruia unul din parteneri este simptomatic o reprezintă conceptul de incongruență ierarhică în cadrul căsătoriei. De regulă, persoana purtătoare de simptom se află într-o poziție de inferioritate, partenerul încercând să o ajute sau să o modifice. În același timp, purtătorul de simptom se situează și într-o poziție de superioritate, el refuzând să fie ajutat sau să se schimbe. Deși solicită ajutor și sfaturi, soțul care prezintă simptomul refuză de fapt să fie influențat. Astfel în cadrul cuplului se constată doua ierarhii de putere care sunt incongruente: în cadrul unei ierarhii persoana purtătoare de simptom se află într-o poziție de inferioritate pentru că are nevoie de ajutor, soțul fiind în poziție de superioritate, fiind cel căruia i se cere ajutorul. În cadrul celei de a doua ierarhii, partenerul purtător de simptom este cel care nu dorește de fapt să fie ajutat, ceea ce îl situează în poziție de superioritate față de soțul care încearcă fără succes să-l influențeze.

În cazul în care subiectul renunță la comportamentul simptomatic, acesta își pierde supremația în cadrul relației interpersonale cu partenerul care nu mai are de ce să încerce, fără motiv, să-l modifice.

Comportamentul simptomatic al unuia dintre soți poate organiza comportamentul celuilalt soț în foarte multe moduri; cum își vor petrece timpul liber, cum vor fi folosiți banii, etc. (acestea sunt doar două exemple de moduri în care soțul purtător de simptom poate domina situația).

Este important de cunoscut faptul că unul dintre membrii cuplului poate să fie în mod simultan într-o poziție de inferioritate și de superioritate. Partenerii pot ocupa poziții de superioritate sau inferioritate unul față de celălalt în mod alternativ sau în diverse sectoare ale vieții. Astfel, de pildă, un soț poate fi mai afectuos, iar celălalt mai rațional, unul poate gospodări mai bine banii în timp ce partenerul este mai eficient în activitățile practice din casă.

Astfel de zone de competență pot conduce la o împărțire a puterii și la stabilirea unor ierarhii care sunt satisfăcătoare pentru ambii parteneri. Uneori, repartizarea zonelor în care se exercită puterea nu este satisfăcătoare pentru unul din soți și cuplul nu găsește o soluție pentru echilibrarea raportului de forțe care să fie satisfăcătoare pentru ambii parteneri. În astfel de cazuri se poate declanșa comportamentul simptomatic. Astfel, unul din parteneri poate dezvolta simptomul ca o încercare de modificare a ierarhiei și raportului de forțe din cadrul sistemului. Dar comportamentul simptomatic al unuia dintre soți reprezintă o putere, pentru că, în loc să echilibreze raportul de forțe în cadrul cuplului, nu face decât să producă o incongruență în cadrul ierarhiei de putere caracteristice cuplului. Dacă dispare comportamentul simptomatic, soții se reîntorc la vechea luptă care a generat comportamentul simptomatic. Ei pot continua lupta până când apare un nou simptom prin intermediul căruia se va încerca o nouă aranjare a raportului de forțe din cadrul cuplului. Acest ciclu se poate repeta mulți ani la rând, soțul purtător de simptom neînfruntându-și, dar nici neîmbunătățindu-și starea. Acest comportament simptomatic, deși util până la un anumit punct, menținând un anumit echilibru de forțe și prevenind destrămarea cuplului, nu le permite soților să rezolve problema reală care a pus în mișcare tot acest mecanism.

În jurul comportamentului simptomatic al unuia dintre soți se dezvoltă un sistem de interacțiuni care reprezintă o exprimare simbolică a luptei pentru putere pe care cuplul nu o poate soluționa. Astfel simptomul devine o metaforă iar modul în care cuplul abordează simptomul reprezintă o expresie metaforică a altui tip de interacțiuni (astfel, de pildă, faptul că soția vomită în mod compulsiv poate reprezenta de fapt dezgustul ei față de soț).

Soții A și B pot să lupte cu privire la faptul că B trebuie să se subordoneze lui A în ceea ce privește gospodărirea banilor sau la faptul dacă problemele de muncă ale lui B sunt mai importante decât alte aspecte ale vieții de familie. Dacă lupta este atât de puternică încât căsătoria este amenințată sau dacă raportul de forțe este atât de inechitabil încât devine disfuncțional sau intolerabil, unul dintre soți poate dezvolta un simptom. Astfel, de pildă, dacă soțul B dezvoltă o tulburare depresivă sau psihosomatică; A și B pot să discute cu privire la simptom în loc să se refere la problema pe care nu o pot rezolva (în loc să discute în contradictoriu în legătură cu faptul că B trebuie să-l asculte pe A în problema gospodării banilor, ei pot discuta despre faptul că B trebuie să-l asculte pe A în ceea ce privește măsurile luate pentru înlăturarea simptomului).

Interacțiunile care se centreează în jurul simptomului reprezintă o analogie pentru alte tipuri de interacțiuni din cadrul sistemului familial. Aceste interacțiuni centrate pe simptom fac posibil pentru A și B să afle pe ce poziții se situează ei unul față de celălalt fără să fie necesară o discuție explicită a problemelor care ar putea periclita existența cuplului.

Secvența de evenimente este următoarea:

A și B reprezintă un cuplu în cadrul căruia A este dominant. Cariera lui A este mai importantă decât a lui B. A ia decizii referitoare la modul în care trebuie cheltuiți banii, a stilului de viață adoptat etc. La un moment dat B dezvoltă un simptom prin intermediul căruia el se situează într-o poziție de inferioritate, conferindu-i lui A puterea. Acesta îi va da sfaturi lui B cum să scape de simptome, A manifestându-se în cadrul cuplului și mai adecvat, și mai competent. A eșuează în mod repetat să-l ajute pe B în a-și rezolva problema, deși există o convenție tacită conform căreia A trebuie să rezolve problema și că însăși existența simptomului este problema lui A. Datorită simptomului, A trebuie să facă o serie de lucruri pentru

B sau în locul lui B, sau A este împiedicat să realizeze anumite lucruri datorită stării în care se află B. În felul acesta acest simptom îi conferă lui B o anumită putere asupra lui A.

A și B realizează o interacțiune în jurul simptomului lui B care este analoagă modului în care cei doi interacționează și în alte zone de activitate. (A îi spune lui B ce să facă în legătură cu simptomul său și se plânge de faptul că B nu face ce i se spune sau nu execută cu exactitate indicațiile. B se plânge de faptul că ceea ce îi spune A să facă nu este corect: dacă A ar fi fost mai interesat, mai înțelegător sau mai implicat în problemă, el ar fi putut oferi o soluție mai bună).

În felul acesta A și B ajung să discute cu privire la poziția dominantă a lui A și a nefericirii lui B în legătură cu situația creată, în timp ce ei discută de fapt despre simptom. B își exprimă prin intermediul comportamentului simptomatic atât dorința de a nu fi dominat cât și neajutorarea cu privire la situația în care se află. Poziția lui A în calitate de soț al unei persoane simptomatice constituie atât forța cât și slăbiciunea sa. Dacă B renunță la comportamentul simptomatic, cei doi se vor reîntoarce la vechea luptă care are ca obiectiv faptul că profesia lui A este mai importantă sau că A trebuie să hotărască modul în care trebuie să fie cheltuiți banii. Deoarece problema nu se rezolvă, B va dezvolta un nou simptom și ciclul se va repeta la nesfârșit. Uneori copilul va dezvolta un simptom, eliberându-l pe B de acesta, A și B centrându-se pe simptomul copilului în același mod în care s-au centrat înainte pe simptomul lui B.

Astfel, de pildă, copilul poate prezenta eșec școlar sau tulburări de comportament cum ar fi furtul. Interacțiunea soților în jurul problemei copilului va deveni o metaforă care exprimă în mod simbolic dificultățile cuplului. Pentru a ilustra acest demers psihoterapeutic, Haley (1981) prezintă un caz clinic:

Un bărbat de 60 de ani suferea de o tulburare depresivă de mai mulți ani. Psihoterapia individuală și de grup nu au dat nici un rezultat. Pacientul se trezea foarte devreme în fiecare dimineață și își făcea probleme în legătură cu serviciul pe care l-a neglijat în ultimii cinci ani din cauza depresiei de care suferea.

Soția pacientului era psihoterapeut care, după ce copiii au crescut, și-a reluat serviciul unde avea succes.

Depresia soțului avea la bază următoarea schemă bazată pe ierarhii familiale incongruente: soțul avusese poziție dominantă în cadrul cuplului în primii ani de căsătorie. După ce soția s-a dedicat activității de psihoterapeut unde a obținut succes, soțul a început să prezinte probleme psihice. Cu cât soția avea mai mult succes, cu atât soțul avea simptome mai puternice. Soțul a dezvoltat o depresie, tulburare din zona de preocupări a soției; depresie care reprezenta în raport cu soția atât o sursă de putere cât și o sursă de slăbiciune. Soția se afla într-o poziție de superioritate având succes profesional și acordând sprijin și sfaturi soțului, dar și într-o poziție de inferioritate deoarece nu reușește să-și ajute soțul în mod eficient. Interacțiunile în jurul depresiei soțului reprezintă o analogie pentru interacțiunile legate de succesul soției la locul de muncă. Depresia soțului reprezintă o metaforă pentru dificultățile cuplului, dar și o soluție pentru aceste dificultăți, deoarece o menține pe soție preocupată de problemele soțului.

Soțul s-a prezentat singur la primul interviu, soția având o întâlnire neașteptată la serviciu. După ce a ascultat cele relatate de pacient, terapeutul i-a spus acestuia că este vorba de o eroare de diagnostic, pacientul nefiind depresiv, ci pur și simplu iresponsabil, pentru că și-a neglijat serviciul timp de cinci ani, problema lui fiind să-și asume din nou responsabilitatea activității profesionale.

Pacientul a fost surprins dur a acceptat diagnosticul de lipsă de responsabilitate în loc de cel de depresie, aceasta însemnând de fapt că el a acceptat și caracterul voluntar al comportamentului său cât și faptul că acesta poate fi modificat în mod voluntar.

Dacă psihoterapeutul ar fi acceptat diagnosticul de depresie i-ar fi fost greu să nu-l abordeze pe pacient în același fel în care o făcea soția sa (susținându-l, încurajându-l, dar în același timp ajungând la exasperare din cauza lui), ceea ce ar fi condus cu siguranță la eșecul intervenției psihoterapeutice. În momentul în care soțul a acceptat diagnosticul de lipsă de responsabilitate în loc de depresie, terapeutul avea posibilitatea să-i pretindă acestuia să întreprindă ceva (să lucreze cu responsabilitate la serviciu) și nu să trăiască o stare afectivă negativă (să fie bine dispus). În același timp psihoterapeutul poate aranja situația astfel încât și soția să-și abordeze soțul în același mod.

În cursul primei ședințe psihoterapeutul i-a recomandat pacientului să pună ceasul să sune la ora trei și jumătate, să se scoale și timp de o jumătate de oră să-și facă griji în legătură cu serviciul. Restul timpului el nu trebuia să se gândească la problemele de serviciu. În același timp el era instruit să continue activitatea profesională. În cazul în care nu va face acest lucru, el va trebui să mărească în următoarea săptămână timpul în care trebuie să-și facă griji.

La ședința următoare pacientul a afirmat că a pus ceasul să sune doar o singură dată, el refuzând în continuare să mai facă acest lucru, deoarece i se pare stupid. Pacientul a dormit foarte bine tot timpul, iar problema insomniei nu s-a mai manifestat pe parcursul psihoterapiei. În același timp, el nu și-a mai făcut multe griji în legătură cu activitatea profesională și a început să-și reorganizeze munca la birou.

La al doilea interviu, a participat și soția: era o persoană agreabilă și care ținea mult la soțul ei. Ea a fost de acord cu diagnosticul și a acceptat să colaboreze la acțiunea de a-l face pe soț să redevină responsabil. Terapeutul i-a cerut să facă un plan după care soțul să îndeplinească unele obligații profesionale. Dacă acesta refuză să le îndeplinească, soția trebuia să le îndeplinească ea, deși acest lucru reprezenta o pierdere

financiară serioasă pentru familie, soțul fiind priceput în probleme economice, iar soția nefiind pricepută. Soția trebuia să-i telefoneze soțului în fiecare zi la serviciu, pentru a se asigura că acesta lucrează. Prin intermediul acestor instrucțiuni psihoterapeutul a exagerat un aspect al relației ierarhice incongruente, și anume aceea în care soția era în poziție de superioritate și soțul în poziție inferioară. Se aștepta prin aceasta ca cei doi să-și reorganizeze într-un mod mai rezonabil interacțiunile.

După două săptămâni, soțul a făcut progrese serioase la serviciu. În acest moment i s-a spus soției că ea și-a neglijat soțul de când s-a angajat în activitatea profesională. I s-a cerut ca în următoarea săptămână să petreacă două seri în compania soțului și să acorde o jumătate de oră pe zi unor discuții cu soțul pe tema vieții lor personale.

Interogând pe cei doi soți cu privire la viața sexuală, terapeutul a aflat că totdeauna soțul era inițiatorul relațiilor sexuale. Pornind de la acest fapt, i s-a cerut soției ca săptămâna viitoare să inițieze ea comportamentul sexual. Terapeutul a oferit explicația că soțul s-a comportat atât de protector față de soție, încât nu i-a oferit posibilitatea să aibă inițiativa unei relații intime. Afirmând că soțul s-a manifestat protector față de soție în ceea ce privește relația sexuală, psihoterapeutul îl situează pe acesta într-o poziție de superioritate față de soție.

După încă două săptămâni, soția a afirmat că soțul s-a comportat și mai bine la serviciu, a fost bine dispus, și chiar a realizat ceva deosebit pe plan profesional. Soțul și-a minimalizat succesul, plângându-se de faptul că lucrurile merg la fel de prost ca și înainte.

Terapeutul a spus că între cei doi soți are loc o neînțelegere și că este nevoie de o modalitate nouă de a-și verifica modul de comunicare. Astfel soțul a fost instruit ca de trei ori în cursul săptămânii care urmează să afirme că este iresponsabil și incompetent, iar soția trebuia să ghicească dacă el simte cu adevărat acest lucru sau doar se preface. Deși a afirmat că indicația este stupidă, soțul a fost în cele din urmă de acord s-o urmeze.

Terapeutul s-a bazat în demersul său pe faptul că soția, neștiind ce simte soțul cu adevărat, nu va reacționa la afirmațiile acestuia în modul său obișnuit.

În cursul săptămânii următoare, terapeutul a aflat că soțul nu a urmat indicațiile sale. Atunci el i-a cerut să afirme că este iresponsabil și incompetent în cursul ședinței de psihoterapie, ceea ce pacientul a realizat cu mare dificultate. Soția și terapeutul i-au adresat critici, afirmând că el nu era prea credibil în calitate de persoană iresponsabilă și incompetentă.

Modelul obișnuit de interacțiune între cei doi soți funcționase până atunci după schema: soțul se plânge în legătură cu problemele sale, iar soția îi oferă sprijin și asigurări.

În cazul noii interacțiuni, soțul se preface că plânge, iar soția îl critică pentru că nu se preface suficient de bine. În mod implicit din această interacțiune rezultă faptul că soțului îi vine greu să apară iresponsabil și inefficient. Deoarece soțul nu mai era deprimat, și avea succes în activitatea profesională, terapeutul a sugerat cuplului ca în loc să mai vină la ședința viitoare de psihoterapie, să meargă la restaurant.

În felul acesta terapeutul se detașează de cuplu, înainte de terminarea terapiei.

După încă două săptămâni cei doi soți au raportat modificări pozitive. În această situație terapeutul propune încheierea terapiei fixând un interviu de verificare peste câteva luni. La această întâlnire soții s-au prezentat bine.

În concluzie, în acest caz intervențiile psihoterapeutice au fost următoarele:

1. Terapeutul refuză modul în care cuplul definește problema, schimbând eticheta de depresie cu cea de iresponsabilitate. În consecință sistemul de interacțiuni care se structurează în jurul simptomului se modifică.

2. Instrucțiunea paradoxală ca pacientul să se trezească obligatoriu foarte devreme a rezolvat problema insomniei.

3. Soția a primit sarcina să-l ajute pe soț să devină mai responsabil. În felul acesta un aspect al relației ierarhice incongruente a fost exagerat și anume acela în care soția se afla în poziție de superioritate iar soțul în poziție de inferioritate și neajutorare. Aceasta reprezenta o intervenție paradoxală menită să-l provoace pe soț să se revolte împotriva acestui tip de interacțiune, ceea ce el a și făcut reluând controlul asupra activității sale profesionale.

4. I s-a dat soțului instrucțiunea paradoxală conform căreia să pretindă că manifestă simptomul.

Interacțiunile dintre cei doi soți s-au ameliorat astfel încât ei au început să petreacă mai mult timp împreună, iar activitatea sexuală a cuplului s-a diversificat. Odată ce relația lor s-a ameliorat ei nu au mai avut nevoie să interacționeze în jurul simptomului ca o analogie și în același timp o soluție la problemele lor.

Terapeutul a organizat viața cuplului astfel încât problemele de putere și slăbiciune să nu mai fie centrate pe comportamentul simptomatic, iar apoi el a modificat total modul de organizare a interacțiunilor cuplului.

CAPITOLUL 11

METODE DE PSIHOTERAPIE UTILIZATE ÎN CAZUL COPIILOR CU PROBLEME

În clinica de neuropsihiatrie infantilă tratamentul medicamentos este adesea asociat cu psihoterapia și cu activitatea de asistență socială.

Reamintim faptul că psihoterapia este definită ca o formă de tratament psihologic în cadrul căreia agentul terapeutic principal îl reprezintă relația și comunicarea dintre terapeut și pacient.

Deși există multe sisteme psihoterapeutice, care se deosebesc atât în ceea ce privește baza teoretică cât și prin modul în care funcționează relația și comunicarea dintre terapeut și pacient, în toate tipurile de psihoterapie este importantă înțelegerea semnificației unui anumit tip de comportament cât și învățarea pacientului să facă față mai bine problemelor sale emoționale.

Inițial psihoterapia a luat un mare avânt datorită apariției psihanalizei și terapiei analitice, care consideră că tulburările psihice au la bază mecanisme de natura inconștientă și care pun accent pe realizarea "insight"-ului în ceea ce privește conflictele de natura inconștientă.

Psihoterapia analitică la copii a fost dezvoltată de Anna Freud, Melanie Klein și Michael Fordham.

Modelul de funcționare a psihismului uman cât și realizarea insight-ului asupra problemelor subiectului fac parte astăzi din aproape toate sistemele de psihoterapie, indiferent de orientarea teoretică, deoarece este evident că anumite modele de comportament pot avea o semnificație simbolică sau un sens ascuns. (Astfel, de pildă, supărarea cu șeful poate fi transferată asupra soției sau uităm să ne ducem la o întâlnire la care nu vrem să ne ducem.)

Până și psihologii behavioriști de orientare mai recentă au fost de acord că există mecanisme de natura inconștientă ale comportamentului uman, cât și o simbolică ce stă în spatele conduitei manifeste.

În varianta ei tradițională, psihoterapia analitică durează mai mulți ani. Accentul cade doar pe ceea ce se petrece în timpul ședinței de analiză, terapeutul refuzând să se ocupe de problemele pe care le are copilul în restul timpului și evitând în mod deliberat să ia contact cu părinții sau cu alți membri ai familiei copilului. Acest mod de abordare ia prea mult timp și pornește de la prejudecata că orice tulburare psihică își are rădăcinile în procese intrapsihice. Din acest motiv s-au căutat noi variante de abordare psihoterapeutică a copilului, modificările vizând mai ales următoarele aspecte:

1. Deplasarea accentului pe psihoterapii de scurtă durată.
2. Acordarea unei atenții sporite conflictelor de natura conștientă și rolului factorilor de mediu în generarea și întreținerea tulburării psihice a copilului.
3. Deplasarea atenției de la tratamentul individual al copilului spre psihoterapia de familie, urmărindu-se interacțiunile și comunicările dintre membrii familiei.
4. O preocupare mai redusă în legătură cu interpretarea mecanismelor intrapsihice și o întărire a accentului asupra relației copil - terapeut, ca un agent terapeutic de maxima importanță.

În cadrul psihoterapiilor scurte se realizează o focalizare clară a obiectivelor, stabilindu-se scopuri realiste pentru strategia terapeutică.

Limitarea în timp necesită o strategie terapeutică mai precis direcționată, o activitate mai susținută a terapeutului și o mai mare responsabilitate a acestuia. Terapeutul trebuie să se bazeze și pe forța curativă a familiei, ajutându-i pe membrii acestuia să facă față problemelor lor interne și interpersonale.

În afară de observațiile și interpretările utilizate în psihoterapia analitică tradițională, terapeuții moderni mai utilizează și sfaturile, asigurările și direcționarea comportamentului copilului.

Trebuie făcută precizarea că studiile mai recente în domeniul psihoterapiei (Ruttej-, 1990), au condus la următoarele concluzii:

- a) Există diferențe semnificative între terapeuți în ceea ce privește eficiența terapiei.
- b) Indivizi cu caracteristici diferite de personalitate pot beneficia de forme diferite de psihoterapie.
- c) Psihoterapeuții entuziaști și implicați au mai mult succes decât cei neinteresați, sceptici și pesimiști.
- d) Cercetările au arătat că terapeuții care nu sunt calzi, empatici și deschiși pot să-i facă pe pacienții lor să se simtă mai rău decât înainte.

* Psihoterapiile individuale la copii

Psihoterapia individuală este indicată mai ales când avem de-a face cu o tulburare emoțională datorată unor conflicte de natură interioară sau a unor agenți stresanți care au acționat în trecut sau care acționează în prezent și despre care copilul simte că nu le poate face față, agenți stresanți ce nu țin de

patternul de comunicare din cadrul familiei (dificultăți ce apar din modul în care copilul sau adolescentul percepe situația).

La copiii mai mici adesea o comunicare se realizează mai bine sub formă de joc și din acest motiv și psihoterapia prin joc este mai eficientă, dar jocul prin el însuși nu reprezintă o psihoterapie, ci el facilitează comunicarea. Folosind într-un anumit fel jucăriile, copii exprimă sentimente și trăiri (plastelină, păpuși, animale, soldați, armament, creioane colorate, păpuși ce le reprezintă pe mama, tata, bunici, frați, surori pot ajuta pe copil să-și exprime mai bine sentimentele.

La copiii mai mari sau adolescenți se pot analiza visele și se pot stimula copiii să vorbească deschis despre trăirile lor.

Metoda teatrului de păpuși, în care copilul reface scene din propria familie, pare a fi foarte utilă. Se observă sentimentele de ostilitate și se pot întrevădea și noi soluții.

Terapeutul este adesea confruntat cu o opoziție deschisă când încearcă să abordeze direct problemele copilului; dacă el se preface că nu știe că băiețelul de pe scenă este același cu pacientul, problemele pot fi discutate cu acesta.

Pentru mulți copii este important să aibă încredere în terapeut, să știe că există cineva pe care se pot baza cu adevărat, ceea ce în familie cu probleme adesea nu se poate realiza.

Deși există abordări psihoterapeutice foarte diferite, majoritatea terapeuților sunt de acord cu Reisman (1973) că trebuie respectate următoarele principii:

1. O înțelegere clară a naturii dificultăților psihologice ale copilului și a mecanismelor care stau la baza acestora.

2. Terapeutul trebuie să-i asculte cu multă răbdare pe copii și să-i ofere posibilitatea de a-și exprima sentimentele și credințele sale. Aceasta înseamnă că terapeutul nu trebuie să-și impună propriile opinii, iar situația terapeutică trebuie astfel structurată pentru a facilita comunicarea.

3. Terapeutul trebuie să arate copilului că înțelege problemele sale și că are dorința sinceră de a-l ajuta.

4. Atât terapeutul cât și copilul trebuie să definească scopul și obiectivele întâlnirilor lor. Nu întotdeauna aceste obiective se suprapun cu exactitate peste motivele pentru care copilul a fost adus la psihoterapie, dar e important ca pacientul să realizeze faptul că - psihoterapia are un scop precis.

5. Terapeutul trebuie să precizeze clar ce anumite este inefficient sau neadecvat în comportamentul copilului.

6. Atunci când are de-a face cu un comportament care este dependent de un anumit tip de interacțiune socială, terapeutul trebuie să modifice respectivul comportament concentrându-și atenția asupra respectivei interacțiuni. În cazul în care situația este de așa natură, el trebuie să se concentreze asupra psihoterapiei de familie, mai curând decât asupra psihoterapiei individuale. Dacă dificultățile sunt legate de școală, tratamentul trebuie centrat în această direcție, respectiv pe consultarea și colaborarea cu profesorii. Dacă dificultățile copilului stau în interacțiunile sale cu alți copii, este indicată psihoterapia de grup cu copiii care au probleme asemănătoare.

7. Terapeutul trebuie să decidă încheierea terapiei atunci când avantajele încheierii acesteia sunt mai mari decât avantajele continuării ei. Adesea terapia trebuie încheiată înainte ca copilul să fie integral restabilit, vindecarea completă fiind în unele situații nerealistă, fiind inefficient să continuăm tratamentul atunci când acesta pare să nu mai conducă la progrese.

8. În timpul psihoterapiei este bine să se precizeze limite exacte pentru comportamentul copilului și, cu excepția unor situații extreme, nu trebuie permis copilului să desfășoare un comportament agresiv sau distructiv.

Majoritatea copiilor se vor simți mai bine și mai securizați dacă știu precis ce au voie să facă și ce nu.

9. Pentru a facilita comunicarea și înțelegerea este mai indicat, atunci când copilul descrie o situație sau un eveniment, să se răspundă la sentimentele și trăirile copilului decât la variabilele situații externe. Astfel, dacă copilul afirmă că este chinuit de ceilalți copii, este mai bine ca terapeutul să accepte că aceasta situație îl face pe copil să fie supărat și îl lovește, decât să aprecieze faptul că s-a ajuns la situația respectivă pentru că el nu este suficient de cooperant și prietenos.

10. Este important ca terapeutul să utilizeze un limbaj pe înțelesul copilului, atât în ceea ce privește vocabularul, cât și nivelul de abstractizare.

11. În timpul tratamentului psihoterapeutul trebuie să se concentreze asupra aspectelor pozitive ale comportamentului copilului și nu să acorde o atenție excesivă deficiențelor și eșecurilor.

Deși copilul trebuie să-și recunoască eșecurile și inabilitățile, este esențial ca el să fie ajutat să găsească soluții constructive la problemele sale.

Deși este, desigur, important pentru copil să-și înțeleagă natura problemelor, ar fi absurd și nerealist să afirmăm că nu este util ca terapeutul să sugereze, atunci când este posibil, căi eficiente de rezolvare a respectivelor probleme. Aceasta înseamnă că psihoterapia trebuie combinată cu metode educaționale, metode de modificare a mediului și cu tehnici comportamentale.

Mulți autori sunt de părere că forța psihoterapiilor scurte constă tocmai în flexibilitatea cu care combină diverse metode terapeutice pentru a găsi cea mai bună soluție la problemă.

* Psihoterapia comportamentală

Este un concept cu sens foarte larg ce se aplică la o serie de demersuri psihoterapeutice destinate să modifice anumite comportamente nedorite, sistem ce are ca bază teoretică principiile teoriei învățării.

Elementul comun al acestor tehnici constă în manipularea unor elemente ale ambianței pentru a încuraja sau descuraja un anumit tip de comportament.

Principalele tehnici ale psihoterapiei comportamentale sunt:

a) Desensibilizarea

Este una din cele mai bine puse la punct tehnici de psihoterapie comportamentală și se utilizează la adulți, adolescenți și copii, mai ales în tratamentul fobiilor. Are la bază două principii generale:

- Asocierea stimulului anxiogen cu relaxare și experiențe pozitive.
- Familiarizarea gradată pe o scală ierarhică cu stimuli tot mai anxiogeni (de la cel mai puțin anxiogen, până la cel mai anxiogen).

De fiecare dată când se trece spre o situație cu conținut anxiogen mai ridicat, se utilizează relaxarea și întăririle pozitive (hrana, jucării).

b) Modelarea

Bandura și colaboratorii au demonstrat că vizionarea altei persoane care face față progresiv unor situații tot mai anxiogene poate facilita eliminarea unor fobii. (Astfel, copiii care au văzut alți copii sau adulți cărora nu le era frică, apropiindu-se de câini, s-au debarasat mai ușor de teama lor.)

c) Metoda imersiunii (sau metoda implozivă)

Se utilizează tot în tratamentul fobiilor. Metoda constă în aceea că după ce s-a discutat și analizat natura fobiei, subiectul este aruncat direct în cea mai anxiogenă situație. De regulă, aceasta se face inițial mai ales la nivel de imaginație dirijată, cerându-i subiectului să-și imagineze situația care îi provoacă cea mai mare panică. Apoi i se cere să facă față situației celei mai anxiogene în viața reală.

Metoda este echivalentă cu a arunca copilul în apa adâncă, acesta ajungând la concluzia că situația nu este atât de îngrozitoare cum și-a imaginat-o.

Studiile au arătat că metoda dă uneori rezultate tot atât de bune ca și desensibilizarea. Rezultatele sunt și mai bune dacă se combină metoda cu administrarea de tranchilizante care mențin la un nivel scăzut anxietatea generală.

Mecanismul acestor terapii constă probabil în aceea că într-un fel sau altul pacientul învață să facă față situației.

d) Utilizarea biofeed-back-ului

Adesea factorul principal care împiedică copilul de a depăși o problemă constă în faptul că el nu-și dă seama de ce se întâmplă.

Pentru a rezolva aceste situații se pot utiliza aparate pe bază de biofeed-back. Astfel, Rutter (1990) citează cazul lui Gilbert, care era un adolescent cu o tulburare neurologică care îi provoca o permanentă încordare și întoarcere a gâtului, asociată cu dureri și tensiune în mușchii feței și gâtului. Aceasta îi crea probleme la școală pentru că provoca râsul colegilor și în același timp îl deranja din scris. Deși tulburarea neurologică nu a putut fi integral rezolvată, s-a considerat că situația copilului ar putea fi ameliorată dacă acesta ar învăța să-și relaxeze voluntar mușchii gâtului. Fără un aparat biofeed-back el nu a reușit să realizeze acest lucru pur și simplu pentru că nu știa ce grupe musculare sunt afectate de spasmul muscular.

e) Încurajarea și descurajarea

Reprezintă un principiu de bază al comportamentului uman în cadrul căruia se postulează că anumite comportamente tind să se perpetueze; dacă atrag după sine o întărire pozitivă, sau tind să dispară dacă sunt întărite negativ.

Principiul terapeutic constă în a fragmenta comportamentul în pași mici, în care șansele de succes sunt maxime și în acordarea copilului a feed-back-ului imediat legat de succes sau eșec.

Terapia are succes mai ales dacă se încurajează elementele pozitive în comportamentul copilului. (De regulă, în viața cotidiană se țipă la el când face ceva rău sau adulții se plâng în continuu de comportamentul copilului. Se pot utiliza lauda și dojana, dar și recompense materiale cum ar fi jetoanele pe care copilul le poate schimba pe dulciuri sau jucării).

Pentru comportamentele negative cel mai bine este să le ignorăm, astfel încât acestea să nu atragă după sine recompense.

(Este cunoscut faptul că, dacă copilul urlă vine mama și îl mângâie.)

Terapeutul și părinții trebuie să fie atenți și la pedepse. Uneori acestea pot ascunde o recompensă mascată ca de pildă, copilul la care se țipă în clasă, beneficiază de atenția colegilor și învățătoarei.

Pedepsele prea severe pot provoca panică și resentimente: - utilizarea prea frecventă a pedepselor poate oferi copilului un exemplu negativ; acesta utilizând mai târziu, în viață, modele agresive și bazate pe violență în relație cu partenerul de viață și cu propriii săi copii.

* Psihoterapiile de familie

Aproape toți psihologii și psihiatrii din rețeaua de copii au ajuns la concluzia că în foarte multe cazuri originea problemelor copilului constă în existența unor probleme în familie.

Psihoterapia de familie se caracterizează prin aceea că toată familia este văzută de terapeut împreună, atenția fiind îndreptată spre interacțiunile din cadrul familiei și mai puțin pe problemele copilului. În cadrul acesteia trebuie să ținem seama de următoarele aspecte (Rutter, 1990):

1. Problema de bază își are originea în comunicările din cadrul familiei, membrii familiei având dificultăți să se înțeleagă unii pe alții, să ajungă la un acord, sau să comunice cu alte persoane.

2. Aceasta problemă reprezintă factorul major care produce tulburarea și care conduce familia la solicitarea unui ajutor.

3. Pentru ca terapia să aibă succes trebuie să existe legături emoționale strânse între membrii familiei (acestea pot fi și de coloratură negativă - resentimente, ură, dar psihoterapia de familie are rezultate mai ales atunci când există legături afective pozitive și chiar când ostilitatea și rejecția au la bază o căldură afectivă mascată).

4. Trebuie să existe dorința sau nevoia membrilor familiei de a rămâne împreună unii cu alții. Dacă părinții sunt în prag de divorț sau dacă copilul este pe cale de a părăsi familia, acest gen de psihoterapie nu mai este indicat.

5. Psihoterapia de familie nu trebuie aplicată nici când problemele copilului se datorează în mare măsură unor factori interni de natură psihologică sau exteriori familiei.

În aceste cazuri este indicat să se intervieveze familia împreună, dar să se lucreze individual cu fiecare membru al acesteia.

În psihoterapia de familie se utilizează în principal trei tipuri de abordări:

a) psihanalitică

- se acordă atenție proceselor de natură inconștientă;
- se acordă o mare importanță unor evenimente trecute, care se presupune că au efecte actuale;
- se subliniază însemnătatea relației fiecărui membru al familiei cu terapeutul;
- cheia demersului terapeutic o reprezintă insight-ul asupra cauzelor ascunse ale comportamentului (e mai important să se interpreteze ce spune fiecare membru al familiei și nu atât efectele a ceea ce spune acesta asupra celorlalți membri ai familiei). În cadrul acestui demers sugestiile directe sunt foarte rar administrate.

b) psihoterapie sistemică

În cadrul acesteia accentul de bază cade asupra interacțiunii dintre membrii familiei (cine domină; patternuri de comunicare; tipuri de feed-back; modele de izolare; cine e "țapul ispășitor"). Din aceasta perspectivă familia e abordată ca un sistem social în miniatură, iar rolul psihoterapeutului este să înțeleagă forțele care acționează în cadrul sistemului și care conduc la tulburări și comportamente dezadaptative.

Terapeutul trebuie să comenteze excluderea sau victimizarea unui membru al familiei, de ce nu i se dă posibilitatea unui membru al familiei, sau chiar copilului, să-și exprime deschis punctul de vedere, de ce circulă mesaje cu caracter conflictual și care sunt efectele acestor mesaje.

Mulți autori pornesc de la supoziția că simptomul copilului reprezintă o modalitate de comunicare blocată.

Jocul de rol și dramatizarea problemelor familiei pot arunca o lumină asupra cauzelor interacțiunilor denaturate. În psihoterapia de familie de orientare sistemică:

- accentul cade pe ce se petrece aici și acum;
- se insistă pe patternurile de comunicare dintre membrii familiei și mai puțin pe conflictele intrapsihice;
- este de presupus că membrii familiei vor continua discuțiile între ei și în afara ședințelor de psihoterapie.

Tratamentul este de scurtă durată (maximum 12 ședințe).

c) Psihoterapie de familie de orientare comportamentalistă

Se bazează pe principiile teoriei învățării.

Lieberman (1970) este unul din exponenții cei mai de seamă ai acestei orientări. Acesta accentuează câteva elemente care trebuie avute în vedere:

1. Crearea și menținerea unei alianțe terapeutice pozitive, bazate pe empatie și căldură.
2. Analiza problemei din punctul de vedere al teoriei comportamentului.

Aceasta presupune identificarea acelor schimbări pe care fiecare membru al familiei le dorește la ceilalți, cât și a modului în care aceștia doresc ei înșiși să se modifice. De aici rezultă stabilirea scopurilor precise ale terapiei.

Se analizează și factorii de mediu sau cei de natură interpersonală care conduc la perpetuarea conduitei dezadaptative.

3. Utilizarea principiului întăririi (recompensă, încurajare ca întăriri pozitive și lipsa de atenție ca întărire negativă) și al modelării prin ceea ce se oferă un exemplu de comportament dezirabil, care să influențeze interacțiunile.

4. Realizarea obiectivelor se urmărește în pași mici, cu utilizarea unor întăriri pentru fiecare mic progres.

5. Terapeutul manifesta o atitudine optimista încurajând fiecare mică schimbare.

6. Se întărește orice nou comportament pozitiv stimulându-se dorința de schimbare și responsabilitatea membrilor familiei.

7. Se țin evidențe clare (jurnale) astfel încât toți membrii familiei să vadă când lucrurile merg în direcția dorită.

8. Ca și în cazul altor modele de psihoterapie de familie se încurajează interacțiunile prezente (aici și acum), jocul de rol repetarea comportamentelor dezirabile.

9. Relația terapeut - familie este considerată importantă în soluționarea problemelor de familie. Diferența față de alte tipuri de abordări constă în stabilirea exactă a obiectivelor, în analiza funcțională pentru a determina cauzele și efectele diverselor interacțiuni, în recunoașterea deschisă, că este necesar să se stabilească sarcini pentru familie și că fiecare persoană trebuie să facă lucrurile altfel între ședințe, cât și în utilizarea pașilor mici și a întăririlor pentru a încuraja modificările de comportament în cadrul familiei.

* Psihoterapia de grup cu părinții sau cu copiii

Psihoterapia de grup este indicată mai ales atunci când problema principală a copilului constă în relația cu alți copii.

Se utilizează grupuri de copii de vârstă apropiată.

Terapeutul observă ce face copilul astfel încât să fie rejectat, izolat, provocat sau luat la bătaie.

Psihoterapia de grup poate fi utilizată și pentru părinții cărora le este de folos să discute cu alți părinți care au probleme similare cu ale lor. Acest lucru este valabil mai ales pentru părinții copiilor handicapați (deficienți mintal, paralitici sau autiști).

În grup părinții scapă de culpabilitatea legată de problemele copilului lor, grupul fiind suportiv pentru acest aspect.

În cursul terapiei părinții sunt ajutați de terapeut și de ceilalți părinți să găsească soluții cât mai bune la problemele lor. Adesea părinții copiilor handicapați încearcă sentimente negative (furie, frustrație, disperare, vinovăție), sentimente pe care le este greu să le recunoască deschis. Pentru ei este benefic să-și dea seama că și alți părinți sunt la fel, iar discuțiile îi pot ajuta să înțeleagă cum apar astfel de sentimente și cum pot să le facă față.

Un alt tip de grup este cel în care mai mulți părinți și copii se întâlnesc împreună. Acest grup este indicat mai ales când mame nevrotice sau dizarmonice nu știu cum să se descurce cu copiii lor preșcolari.

În acest caz nu este vorba de a rezolva un comportament problematic, ci de a învăța cum trebuie să vorbești și să te joci cu un copil.

* Aspectele discutabile ale abordării psihanalitice în psihoterapia la copii (Rutter, 1990)

Psihanaliza a adus o contribuție esențială în înțelegerea unor mecanisme ascunse ale comportamentului uman și în dezvoltarea unor metode de psihoterapie.

Cu toate acestea, trebuie să fim de acord cu Graham (1974) care spunea că din psihanaliză au izvorât și o serie de atitudini dăunătoare în interpretarea comportamentului copiilor.

Exagerarea psihanalitică în interpretarea comportamentului copilului este ilustrată de descrierea pe care o face Graham (cit. Rutter, 1990) după un text aparținând lui Fordham:

"Din interpretarea a numeroși indicatori s-a desprins cu claritate faptul că mecanismele de apărare ale lui Alan, mecanisme ce au devenit foarte puternice, reprezentau defense împotriva dorințelor sale ambivalent-pasive; anusul său simțea adesea nevoia să fie pătruns de penisul tatălui său, iar adesea de al meu. Dar el se temea că dacă acesta va pătrunde înăuntru va fi rău pentru el și că va fi distrus propriul său penis ca atunci când iese fecalele care seamănă cu penisul unor animale și datorită acestei frici expulzează fecalele!"

(Copilul suferea de encompresis!)

• opinia că orice tip de comportament ar putea fi explicat prin intermediul unor concepte psihanalitice;

• nevoia terapeutului; de a-și satisface propria curiozitate este mai puternică decât dorința de a face bine pacientului.

CAPITOLUL 12

PSIHOTERAPIE SI CONSILIERE PSIHOLOGICA

Ivey și Symek-Downing (1980) consideră că atât psihoterapia cât și consilierea psihologică reprezintă procese de influențare interpersonală reciprocă. Modul în care persoana care oferă ajutor (consilier, psihoterapeut) răspunde solicitărilor clientului (pacientului) va influența în mare măsură evoluția evenimentelor viitoare.

Astfel, de pilda, în cazul în care un prieten ne-a solicitat ajutor, deoarece se află într-un impas existențial, modul în care îi răspundem și modul în care conceptualizăm problemele acestuia va influența profunzimea comunicării viitoare cât și modul de a gândi și acționa în viitor al persoanei respective. Chiar și simpla încurajare a persoanei care solicită ajutor să vorbească despre problemele sale, în loc să ignore cele spuse, va avea efect asupra evoluției viitoare a individului.

Deci, indiferent ce spune sau ce face consilierul în cadrul interviului clinic, subiectul va fi oricum influențat într-o direcție sau alta.

Din fericire, majoritatea terapeuților și consilierilor sunt orientați mai curând spre dezvoltarea independenței și autonomiei clienților, decât spre a-i determina pe aceștia să le urmeze în mod rigid indicațiile și sfaturile.

Ca și în cazul psihoterapiei, consilierea psihologică are ca obiectiv ajutarea clientului să funcționeze mai eficient în viața cotidiană și să aibă relații pozitive cu cei din jur.

Una din problemele majore pe care trebuie să le accentueze demersul de consiliere este dezvoltarea la subiect a unui sistem coerent de scopuri de viață; cu alte cuvinte, întărirea comportamentului intențional. O persoană orientată spre scop are sentimentul propriei sale capacități, este capabilă să pună în acțiune modele alternative - de comportament într-o situație dată, poate aborda problemele de viață din unghiuri diferite de vedere, fără a se cantona rigid în anumite soluții prefabricate.

Principiile codului deontologic al psihologului consilier (adaptat după regulamentele Asociației Americane de Psihologie și ale Asociației Americane pentru Îndrumare și Personal) cit. Ivey și Simek-Downing (1980);

1. Păstrarea caracterului confidențial al datelor obținute de la clienți.

Dacă dintr-un motiv sau altul informațiile trebuie comunicate altor persoane, este obligatorie obținerea acordului clientului. Regula secretului profesional poate fi încălcată doar atunci când informațiile pe care le-a obținut consilierul indică posibilitatea unui pericol pentru client sau pentru alte persoane.

2. Consilierul-terapeut trebuie să fie conștient de propriile limite.

De regulă, consilierii începători consideră că știu totul, hazardându-se să pătrundă uneori înainte de vreme, în sferile mai profunde ale psihismului pacientului, ceea ce poate reprezenta un pericol de dereglare a acestuia.

3. Evitarea solicitării excesive a unor detalii irelevante.

Consilierii începători se pot lăsa fascinați de istoriile mai deosebite din viața pacientului sau solicită detalii cu privire la unele aspecte intime ale vieții personale sau sexuale a pacientului.

Un indicator al faptului că avem de-a face cu un consilier neexperimentat constă în faptul că acesta va acorda prea multă importanță unor amănunte și mai puțină atenție sentimentelor și ideilor pacienților.

Consilierea trebuie să aibă ca obiectiv binele pacientului și nu satisfacerea propriei curiozități.

4. Clientul trebuie tratat așa cum consilierul ar dori să fie tratat el însuși, cu respect, blândete, onestitate și atitudine de acceptare.

Ajutorul psihologic reprezintă un demers organizat prin intermediul căruia o persoană calificată acordă asistență unei alte persoane sau grup sub forma interviului, consilierii sau psihoterapiei.

Interviul este definit ca un proces de strângere de informații cu privire la client și este utilizată mai ales în cadrul serviciilor de orientare vocațională și de plasament profesional.

Consilierea reprezintă un proces intensiv de acordare a asistenței pentru persoanele normale care doresc să-și atingă obiectivele și să funcționeze mai eficient, în timp ce psihoterapia este, așa cum am mai subliniat, un demers mai complex de tratament psihologic centrat pe reducerea unor simptome sau comportamente disfuncționale sau, și mai pretențios, pe reechilibrarea și reconstrucția personalității.

Cu toate acestea, mulți specialiști consideră termenii de consiliere și psihoterapie ca fiind echivalenți.

Interviul psihoterapeutic ca proces decizional

Ivey și Simek-Downing (1980) subliniază faptul că terapeutul consilier trebuie să fie o persoană înalt creativă, care să nu răspundă cerințelor clienților săi într-o manieră rigidă rutinieră.

Sarcina terapeutului este să-l determine pe client să descopere noi alternative de a face față dificultăților vieții.

Terapeutul consilier trebuie să fie suficient de flexibil pentru a aborda clientul de pe pozițiile psihoterapiei analitice, experiențiale sau comportamentale.

Pe baza informațiilor furnizate de client, terapeutul consilier trebuie, în primul rând, să redefinească problema și să ofere o alternativă de soluție.

Creativitatea nu este numai apanajul terapeutului. Aceasta trebuie dezvoltată și la clientul care se prezintă la cabinet cu fragmente de experiențe și trăiri care parcă nu au nici un sens și terapeutul este cel care îl ajută să reexamineze aspectele conștientizate sau mai puțin conștientizate ale acestor fragmente și pornind de la ele să elaboreze un mod mai constructiv de a vedea existența.

Clienții se adresează de regulă consilierului pentru că au un conflict decizional și trăiesc un sentiment de blocare la nivelul gândurilor, sentimentelor și comportamentului.

Aceștia au nevoie să li se ofere o nouă perspectivă, să fie ajutați să spargă vechile tipare rigide ale comportamentului dezadaptativ și să ia noi decizii pentru a-și soluționa problemele.

Consilierul trebuie să urmeze următoarea schemă în cursul procesului de acordare a sprijinului psihologic:

1. Definirea clară a problemei clientului
2. Elaborarea unor alternative posibile de soluții
3. Alegerea unei alternative și implementarea ei în practică

Unul dintre cele mai bine elaborate modele de consiliere, bazate pe teoria deciziei aparține lui Bramer (1973). Conform acestui model, procesul de consiliere terapeutică trebuie să urmeze următorii pași:

a) Stabilirea unei relații apropiate cu clientul și implicarea acestuia în procesul de rezolvare a propriilor sale probleme. Persoanele care solicită ajutorul trebuie să fie cu adevărat interesate de acest demers și să fie convinse de faptul că ei au forța de a lua decizii care le pot influența în mod serios existența.

b) Identificarea și clarificarea problemei și stabilirea obiectivelor psihoterapiei.

c) Determinarea și analizarea alternativelor posibile de soluționare a problemei.

d) Culegerea de informații relevante.

e) Analizarea implicațiilor care decurg din informațiile culese și a consecințelor care derivă din diverse alternative posibile,

f) Clarificări în privința sistemelor de valori care stau la baza opțiunilor personale. Clienții trebuie să știe precis ce doresc, cât și ordinea în care doresc să-și atingă obiectivele. Consilierul trebuie să-l ghideze pe client să-și exploreze interesele, abilitățile, competențele, condițiile familiale, expectațiile sociale și elementele caracteristice realității externe.

g) Reexaminarea obiectivelor, soluțiilor alternative, a riscurilor și consecințelor acestora.

h) Decizia cu privire la una din alternative și formularea unui plan de acțiune pentru a atinge obiectivul propus.

i) Generalizarea celor învățate împreună cu terapeutul la noi situații de viață.

j) Testarea planului elaborat pe baza unor reevaluări periodice realizate pe baza noilor informații acumulate și ținând seama de posibilele modificări ale împrejurărilor externe.

Din examinarea modului în care lucrează consilierii ineficienți rezultă că aceștia au dificultăți frecvente să definească în termeni preciși ce problemă are clientul. Ei trec de la o temă la alta, analizând o mare cantitate de material, dar realizând relativ puțin sub aspectul eficienței.

Adesea aceștia sunt satisfăcuți când clientul a găsit singur o soluție sau pare să se fi acceptat faptul că așa cum este el la ora actuală este bine, cu alte cuvinte s-a "împăcat cu soarta".

În același timp, consilierii ineficienți rareori ating etapa a treia și anume consilierea decizională eficientă.

Spre deosebire de aceștia, consilierii eficienți definesc foarte repede problema, oferă clientului cel puțin trei alternative posibile de soluții și îl ghidează pe acesta să găsească cea mai bună soluție dar și s-o pună în practică.

Prima regulă a oricărui interviu de consiliere psihologica constă în a preciza exact, împreună cu clientul, despre ce anume se va discuta în timpul, ședinței de psihoterapie.

De regulă clientul își păstrează problema la un nivel superficial, după care, terapeutul și clientul elaborează împreună noi alternative de definire a respectivei probleme și decid care va fi definiția pe care o vor utiliza, de comun acord în cadrul demersului terapeutic viitor. Această abordare are un caracter sistematic.

Să analizăm de pildă următorul dialog terapeutic (adaptat după Ivey și Simek-Downing, 1980)

Consilierul: Bună dimineața, Andreea. Am aflat că dorești să discutăm despre felul în care merg lucrurile la noul tău serviciu, așa este?

Clienta: Nu merg deloc.

Consilierul: Nu merg, cum așa?

Clientul: Șeful mă ia în primire și țipă la mine cum intru pe ușă. Îmi cere să mă învățesc ca titirez de la o mașină la alta. Nici colegii nu sunt mai buni. Tot timpul râd de mine și caută să mă încurce. Săptămâna trecută era să-l iau la palme pe unul dintre ei. Ceilalți au râs și mai tare. Mizerabilii! Am să le arăt eu lor! (Andreea lucrează ca mecanic).

Care este în acest caz problema?

Provine ea din interiorul clientului sau este o problemă generată de condițiile neprielnice de mediu?

Un consilier începător ar accepta problema așa cum a definit-o clienta ("lucrurile nu merg bine la serviciu") ci ar căuta o soluție imediată și anume să lucreze asupra comportamentelor de tip adaptativ, fără a mai explora și alte variante posibile.

Decizia pe care o ia consilierul (dacă să accepte definiția dată problemei de clientă sau să lărgască aria de explorare) prezintă o importanță covârșitoare, pentru că de aceasta va depinde succesul consilierii.

Problema Andreei poate îmbrăca diverse aspecte:

- ea este o persoană dificilă;
- șeful manifestă un comportament discriminatoriu față de femei.
- ea nu are abilități sociale de a colabora cu alți salariați;
- are o depresie mascată datorită unor probleme familiale mai vechi, depresie ce o face să suporte greu stresul de la noul loc de muncă;

- nu are o educație și un nivel de cunoștințe și abilități la nivelul cerințelor postului;
- s-a identificat mai mult cu tatăl ei în copilărie și are probleme în definirea și acceptarea rolului ei de femeie;

- trăiește într-un mediu în care nu sunt recunoscute aptitudinile tehnice la femei;
- are dificultăți în a-și exprima sentimentele;
- are un prieten sau are soț care refuză să accepte ca ea să lucreze la fabrică;
- are probleme cu copiii pentru că nu-i ajung banii să-i dea la grădiniță etc.

În această situație, consilierul are nevoie de informații suplimentare.

Dialogul dintre consilier și clientă se poate desfășura în continuare astfel:

Consilierul: Andreea, se pare că serviciul tău este cu adevărat îngrozitor, astfel încât te face să simți că te afli mereu pe un câmp de luptă. Nu ai putea să-mi spui ceva mai mult despre ce ți s-a întâmplat înainte?

Clienta: Da, desigur. Ion nu poate suporta să lucrez în fabrică. El ar vrea să mă țină acasă, dar mie îmi place să ies în lume. Cu toate acestea, secția unde am fost transferată e groaznică!

Consilierul: Deci, tu și cu Ion aveți o problemă de rezolvat. Poți să-mi spui mai multe despre felul în care se poartă el și despre felul în care vezi tu situația?

Clienta: Da, să vă povestesc ce s-a întâmplat aseară...

Dacă Andreea nu accepta noua definire a problemei (relația ei cu soțul), terapeutul trebuie să se întoarcă în trecut și să ia în discuție o etapă anterioară din viața clientei și, pe baza informațiilor obținute, să genereze și alte alternative de probleme.

Cu cât decizia terapeutului este mai rapidă și mai bună, cu atât interviul va avea un caracter mai focalizat, ceea ce va economisi timpul și resursele clientului.

Pentru că diferența dintre un interviu eficient și unul ineficient să rezulte mai clar, prezentăm mai jos un dialog posibil între clienta noastră și un consilier care nu urmează o direcție precisă:

Clienta: Șeful mă ia în primire cum intru pe ușă. Și colegii sunt răi și râd tot timpul de mine. Săptămâna trecută am fost cât pe ce să-l iau la palme pe unul din ei. Ceilalți au râs și mai tare. M-am saturat de toate astea!

Consilierul: Unde lucrezi?

Clienta: Într-o secție de reparații auto.

Consilierul: Ce pregătire ai pentru munca ta?

Clienta: Liceul cu profil de auto.

Consilierul: Unde ai locuit înainte?

Clienta: Sunt născută aici.

Consilierul: Nu te-ai gândit și la alte meserii pe care le-ai putea practica?

Clienta: Nu! Chiar mi-am dorit să fiu mecanic. Am învățat cu plăcere și simt că pot să fac asta.

Consilierul: Ce ar fi să te recalifici pentru o muncă de secretară? Cred că ți-aș putea aranja să participi la niște cursuri organizate de Ministerul Muncii.

După cum se poate lesne constata, consilierul trece fără nici o linie directoare de la o problemă la alta, omițând aspectele cu adevărat importante ale problemei clientei.

După definirea corectă a problemei, urmează examinarea acesteia mai în profunzime și apoi găsirea unor alternative de soluții.

Modalitatea de elaborare a soluției depinde în mare măsură de orientarea teoretică a terapeutului. Astfel, un terapeut de orientare analitică va fi mai puțin interesat de faptele ca atare, ci de procesele inconștiente care se ascund în spatele lor, un terapeut feminist va pune accent pe rolul femeii care are o profesie

netradițională, iar unul care se bazează pe o teorie cognitivă a personalității, va fi înclinat să adune cât mai multe date posibil.

Să presupunem că terapeutul Andreei se bazează pe o orientare cognitivă. Acesta va căuta să culeagă un număr cât mai mare de informații, va pune accentul mai mult pe modul de a gândi al pacientului, decât pe modul său de a simți și va fi preocupat mai ales să-i determine pe clienții săi să se înțeleagă mai bine și să se raporteze mai corect la lumea reală.

Acest terapeut va utiliza în mod frecvent sfaturile și sugestiile date clientului.

Să analizăm un fragment de interviu bazat pe această orientare teoretică:

Clienta: Șeful mă ia în primire de cum intru pe ușă. Nici colegii nu sunt mai buni... Săptămâna trecută eram cât pe ce să-l iau la palme pe unul dintre ei. Ceilalți au râs și mai tare. M-am săturat de toate acestea.

Consilierul: Deci, ai niște probleme la serviciu. Hai să analizăm împreună lucrurile care s-au petrecut. (Trebuie menționat faptul că acest consilier consideră că problema pacientei este legată de locul de muncă și caută să obțină date în sprijinul acestei ipoteze.)

Clienta: Sunt prima femeie angajată în acest atelier. Cred că le-am încurcat într-un fel socotelile. Șeful avea un om pe care dorea să-l angajeze dar la concurs eu am ieșit mult mai bine. Acum ei toți se poartă cu mine de parcă eu nu aș ști ce am de făcut.

Consilierul: Se pare că ai mult de luptat cu ei. Ai putea să-mi descrii mai exact ce se petrece în timpul unei zile obișnuite de muncă?

Informațiile obținute astfel pot contribui mai bine la înțelegerea situației de muncă.

Atitudinea Andreei față de activitatea ei și față de colegi poate sta la baza elaborării unor planuri de acțiune prin intermediul cărora ea va fi capabilă să facă față mai bine situației cu care este confruntată.

În cazul în care respectivele planuri se vor dovedi pline de succes, interviurile de consiliere se pot opri aici. În felul acesta problemele mai profunde pot să rămână neexplorate.

Dacă însă în cursul interviului de consiliere terapeutul a descoperit faptul că o problemă importantă o constituie relația Andreei cu soțul este indicat ca terapeutul să renunțe măcar pentru moment la abordarea cognitivă și să adopte o atitudine de ascultare pasivă, centrată pe client (rogersiană).

Consilierul: Andreea, se pare că am ajuns împreună la niște concluzii legate de modul cum ar trebui să te porți la serviciu. Cu toate acestea, mi se pare că tu și Ion aveți unele probleme. (Trebuie să menționăm faptul că a lucra simultan asupra a două probleme: relațiile de la serviciu și cele de acasă, nu este indicat, pentru că poate genera confuzii în mintea clientului.)

Clienta: Da, el este deprimat și furios. Uneori mi-e chiar frică de el. Mă tem că este în stare să mă lovească.

Consilierul: Pari foarte îngrijorată de sentimentele lui și în același timp te temi pentru tine.

Clienta: Mi-e frică. El m-a bătut. El nu poate suporta ideea că eu am un serviciu și el este șomer. Încerc în toate felurile să-i fac pe plac, fac toată treaba în casă, nu mai știu cum să procedez.

Consilierul: Faci eforturi disperate să-i fi pe plac, dar toate eforturile tale par inutile. Mi se pare că ai și sentimente de furie.

În acest moment al demersului, consilierul poate relua abordarea cognitivă pe baza căreia va construi împreună cu clienta planuri de acțiune pentru ca ea să ajungă să se înțeleagă cu soțul ei, cât și strategii de a face față situației de la serviciu.

După cum este lesne de observat, relația Andreei cu soțul are unele puncte comune cu relațiile ei de la locul de muncă.

În multe cazuri atunci când clientul consideră că a descoperit problema și lucrurile merg mai bine, procesul de consiliere se încheie, așa cum se întâmplă frecvent în cursul unor abordări psihodinamice, experiențiale sau centrate pe client.

Abordările de tip comportamentalist sau rațional-emoțional consideră însă că lucrurile nu s-au încheiat aici și pun accent pe transferul celor învățate în cursul ședințelor de consiliere sau psihoterapie în viața reală.

Acest aspect este reprezentat de faza acțională a consilierii. În cadrul acestei faze terapeutul:

- elaborează alternative de soluții practice pentru clientul său;

- examinează avantajele și dezavantajele fiecărei soluții;
- optează pentru o anumită soluție și testează eficiența acesteia prin intermediul temelor pentru acasă.

Dacă soluția s-a dovedit a fi eficientă, consilierea se poate încheia în acest punct. În cazul în care soluția nu s-a dovedit viabilă sau este parțial eficientă, consilierul și clientul trebuie să redefină problema și să elaboreze o nouă modalitate de a lucra asupra acesteia.

Să analizăm următorul fragment de interviu în cadrul căruia consilierul revine de la abordarea de tip non-directiv la cea cognitivă.

Consilierul: *În concluzie, lucrurile par a fi foarte clare. Enervarea lui Ion îți pare evidentă și nu mai ai chef să suporti agresivitățile lui fizice și verbale. În același timp te simți foarte tristă și rănită pentru că în ciuda acestor lucruri încă îl mai iubești. Te-am înțeles bine?*

Clienta: *Da. Lucrurile care păreau atât de încurcate acum o jumătate de ora par că s-au limpezit.*

Consilierul: *Deci trăiești simultan sentimente puternice de dragoste și furie. Care ar fi modalitățile de a acționa pe care le întrevezi? Ai spus că nu mai suporti ca lucrurile să fie ca înainte. Ce idei ai în legătură cu posibilitățile de a schimba situația?*

Clienta: *M-am gândit să-l părăsesc, dar parcă în același timp aș vrea și să rămân.*

Consilierul: *Ai deci două alternative - să pleci sau să rămâi. Să presupunem că pleci, care ar fi alternativele și posibilitățile pe care le ai?*

În cursul următoarelor interviuri sunt examinate posibilitățile eficiente de separare.

Consilierul: *Am ajuns la concluzia că vrei de fapt să te desparți de Ion. Ai să trăiești independent. Deși o să suferi, ești convinsă de faptul că ești în stare să faci asta. Mai devreme spuneai că în același timp parcă ai dori să rămâi cu el. Hai să examinăm și posibilitățile pe care le ai dacă rămâneți împreună. Apoi vom compara alternativele între ele.*

Se constata faptul că sarcina consilierului terapeutic este să lucreze împreună cu clienta sa, ajutând-o să elaboreze cât mai multe variante de acțiuni posibile. O persoană care are doar una sau cel mult două alternative nu are posibilitatea de a-și controla integral propria existență.

În cazul în care decizia nu s-a dovedit eficientă terapeutul trebuie să revină la stadiile anterioare ale procesului de consiliere.

Când clientul a optat pentru una din alternative se trece la elaborarea strategiilor de a face față cât mai eficient situației.

Să presupunem că Andreea a optat pentru alternativa de a rămâne împreună cu soțul ei, în ciuda dificultăților pe care le are de înfruntat.

În acest caz, terapeutul consilier decide că ea ar trebui să parcurgă un program de antrenament autoasertiv pentru a fi capabilă să lupte mai bine pentru drepturile sale.

Dacă în ciuda eforturilor ei lucrurile nu merg și problemele cu soțul continuă, ea mai are și alte alternative la dispoziție: poate pleca să locuiască la mama ei, poate intenta imediat acțiune de divorț etc.

În această situație consilierul și clienta trebuie să definească problema ca de pildă "este o problemă maritală".

În acest caz se poate recurge la consiliere de cuplu sau se poate ajunge la concluzia că problema este de fapt a lui Ion, situație în care acesta ar trebui să fie convins să accepte la rândul său consilierea.

Modelul de consiliere bazat pe teoria deciziei are avantajul că oferă clientului mai multe alternative de rezolvare, pune accentul pe realizarea unui consens între client și consilier și în același timp direcționează și focalizează interviurile.

Majoritatea teoreticienilor în domeniul consilierii pun un accent exagerat pe problemele subiectului, ignorând factori de mediu care întrețin probleme. (Dacă Andreea are o problema personală, conflicte de serviciu și acasă, tratamentul va fi, de regulă, centrat asupra ei; cum poate ea să se modifice pentru a face față situațiilor.

Cu toate acestea nu trebuie să uităm că diferite atitudini și prejudecăți sociale cum ar fi discriminările rasiale, sexismul, decalajele economice etc. își spun cuvântul asupra situației unui individ.

Lewis și Lewis (1977) sunt de părere că prima decizie pe care trebuie s-o adopte consilierul terapeu este dacă problema care apare poate fi rezolvată prin intermediul unor modificări în structura clientului său prin intermediul unor modificări ale mediului.

Astfel, uneori este mai eficient să modificăm condițiile de viață decât structura persoanei pentru că se poate întâmpla ca pacientul să fie "un om sănătos într-o lume nebună".

Întorcându-ne la cazul Andreei, se poate observa cu ușurință că majoritatea problemelor ei izvorăsc din faptul că este femeie care trăiește într-o lume a bărbaților. Ea se confruntă cu discriminări la locul de muncă, iar soțul are prejudecăți sociale, neputând suporta faptul că ea are succes într-o meserie masculină și o bate în mod sălbatic.

Relațiile Andreei la serviciu și acasă sunt puternic afectate de discriminările dintre bărbați și femei.

Datorită faptului că prejudecățile sociale sunt greu de modificat, majoritatea terapeuților consilieri preferă să abordeze problemele clienților dintr-o perspectivă individuală.

Există însă și unele modalități de abordare în cadrul cărora consilierul poate să ia în considerație și factorii de mediu.

Astfel, de pildă, în prima etapă, în cadrul căreia are loc definirea problemei, terapeutul consilier poate s-o ajute pe Andreea să înțeleagă faptul că problema nu este numai a ei și are la bază prejudecăți sociale.

Prezentăm mai jos un fragment de protocol care poate să ilustreze cele afirmate mai sus:

Consilierul: Andreea, suntem deja la a treia noastră întâlnire. Te-am ascultat povestind despre faptul că ai vrea să te descurci mai bine la serviciu și să faci față bărbaților care te tachinează. Am înțeles că ai probleme asemănătoare în relațiile tale cu soțul. Te-am auzit de nenumărate ori spunând "este greșeala mea". Dacă mă voi strădui mai mult lucrurile vor merge mai bine. Cu cât te ascult mai mult cu atât îmi dau seama mai bine că problema lui Andreea este în același timp problema oricărei femei. Femeile au fost multă vreme victimele unor atitudini discriminatorii și se pare că tu ești victima acestor prejudecăți și acasă și la serviciu. Ce zici de asta?

În acest moment al consilierii terapeutul interpretează afirmațiile clienței și îi oferă acesteia posibilitatea de a reacționa. I se pot propune apoi clienței alternative de soluții la problema ei, cum ar fi de pildă, aderarea la o mișcare pentru drepturile femeilor.

Pentru ca procesul de consiliere să fie eficient, terapeutul trebuie să acorde atenție propriului său stil decizional.

Janis si Mann (1977) au identificat următoarele stiluri decizionale specifice consilierului terapeutic:

a) Stilul bazat pe aderarea non-conflictuală, caracteristic unei persoane care găsește o singura modalitate de rezolvare a problemei și merge pe această direcție indiferent dacă rezultatul este dezastruos.

În cazul consilierii este vorba de o persoană care crede cu tărie într-o anumită teorie psihologică și o aplică nediferențiat, indiferent de situație.

b) Stilul bazat pe schimbare non-conflictuală este caracteristic consilierului: care își modifică rapid ideile adesea fără a reflecta prea mult. Acest consilier adoptă o atitudine eclectică fără a avea un motiv bine întemeiat s-o facă.

c) Stilul de decizie defensiv-evitant este caracteristic persoanelor care neagă problemele sau, pur și simplu, refuză să se aplece asupra lor.

Consilierii care aparțin acestui tip nu reușesc să-i determine pe clienții lor să-și analizeze suficient de profund problemele lor și de regulă se comportă suspect de amabil.

d) Stilul de decizie hipervigilent caracterizează persoana care este conștientă de multitudinea posibilităților existente, dar care este în același timp anxioasă și preocupată că ar fi putut omite un element important. Acești consilieri sunt excesiv de stresați.

e) Stilul vigilent, considerat de autorii menționați ca fiind cel mai eficient pentru consilierea psihologică, se caracterizează prin aceea că persoana este suficient de motivată și activată pentru a se angaja în sarcini cognitive de luare de decizii, dar niciodată atât de motivată încât supraactivarea să-i afecteze eficiența cognitivă.

Consilierul vigilent va fi permanent alert și deschis la noi alternative și posibilități care pot să apară în cursul ședințelor de psihoterapie.

În continuare prezentăm un tabel care subliniază în mod comparativ caracteristicile unui consilier eficient și ale unuia ineficient (după Ivey și Simek-Downing, 1980);

Atribuții		Consilier terapeut eficient	Consilier terapeut Ineficient
1.	Definirea comportamentului i problemă	a) Elaborează definiții alternative; b) Selectează o definiție de lucru	a) Accepta definiția oferită de client ca atare; b) Este incapabil să definească singur problema
2.	Focalizarea demersului terapeutic și de consiliere	Alege un anumit tip de definire a problemei și începe să lucreze asupra acestuia împreună cu clientul	Este incapabil să aleagă o anumita definiție a problemei și trece fără nici un fel de direcționare de la un subiect la altul

3.	Activitate creatoare	a) Îi răspunde în mod flexibil clientului b) Se bazează pe diferite teorii pentru a elabora noi posibilități de acțiune c) Face apel la tehnici creative pentru a stimula clientul	a) Posedă un model standard de a răspunde clienților b) Aplică același set de tehnici indiferent de problemele pe care le ridică clienții
4.	Procesul decizional	a) Direcționează clientul să adopte soluții creative b) Focalizează demersul terapeutic conform unui model bazat pe teoria deciziei	a) Elaborează o singură alternativă de soluție la problemă b) Se învârteste fără rost interogând clientul, fără a se centra pe adoptarea unei decizii
5.	Factori conjuncturali	a) Definește problema ținând seama atât de factorii personali cât și de cei conjuncturali b) Ține seama de prejudecățile sociale	a) Consideră că problema este doar individuală b) Ignora conjunctura socioeconomică și alți factori de natură psihosocială

6.	Modificări posibile	a) Lucrează asupra subiectului b) Lucrează pentru a modifica și unele condiții de mediu	Lucrează doar asupra individului
7.	Modalitatea efectivă de lucru	a) Modifică sistemul teoretic pe care se bazează în funcție de situație b) Alege un set adecvat de tehnici de lucru c) Generează noi perspective asupra problemei d) Inițiază discuții deschise	a) Se bazează pe o concepție teoretică unică b) Utilizează un set standardizat de tehnici c) Ia în considerație doar ceea ce spune clientul cu privire la problema sa d) Inițiază discuții rigide
8.	Rezolvarea problemei	a) Elaborează multiple soluții din cadrul cărora clientul are posibilitatea să aleagă b) Elaborează un plan concret de acțiuni c) Elaborează problema înainte de a furniza soluția	a) Elaborează doar o soluție sau nici o soluție b) Îl lasă pe client să se descurce singur în ceea ce privește implementarea soluției c) Se repede la soluții imediate fără a analiza cum trebuie problema
9.	Stilul decizional	Vigilent	Aderent non-conflictual, bazat pe schimbare nonconflictuală, defensiv-evitant sau hipervigilent

CAPITOLUL 13

MODELUL PSIHOEDUCATIONAL ÎN TERAPIE SI CONSILIERE. PSIHOTERAPIE SI PSIHOPROFILAXIE

Astăzi, un număr tot mai mare de psihologi se ocupă de punerea la punct a unor strategii psihologice care să contribuie la sănătatea mintală a oamenilor, să îmbunătățească ceea ce numim calitatea vieții umane. Se pun la punct tot mai multe programe de sănătate mintală, accentul deplasându-se de la psihoterapie la consilierea psihologică.

Lavson (1984) arata că această orientare este ilustrată de un vechi proverb chinez: "Dacă dai unui om un pește, îi asiguri o masă, dacă îl înveți să pescuiască el va putea să-și procure hrana pentru tot restul vieții".

Acest proverb reprezintă esența programelor care presupun învățarea unor deprinderi de a face față problemelor vieții. Aceste deprinderi îi ajută pe oameni să-și conducă mai bine propria viață și să-i ajute pe ceilalți mai eficient.

În 1964, Hobbs vorbea de cea de-a treia revoluție în domeniul sănătății mintale", revoluția caracterizată prin deplasarea accentului de la problemele clinice spre cele legate de sănătatea mintală și educarea populației în această direcție, de la strategiile reparatorii (psihoterapie, chemioterapie), spre cele preventive, de psihoprofilaxie menite să-i înarmeze pe oameni cu deprinderi care să le garanteze sănătatea psihică și abilitatea de a face față stresului.

Programele de formare a deprinderilor de sănătate mintală variază de la simple casete audio și video, manuale și instrucțiuni referitoare la relațiile interpersonale, la cultura empatiei, la rezolvarea unor probleme personale.

Astfel, principiile psihologice se transformă în deprinderi de viață de a face față stresului, care se pot învăța. Învățarea acestor deprinderi de viață a constituit subiectul unor numeroase programe de cercetare în S.U.A. și Canada. (Anthony, 1979; Cormier și Cormier, 1979; Egan, 1982; Hammond, Hepworth și Smith, 1977; Hosford și de Visser, 1974; Ivey, 1980; Kanfer și Goldstein, 1975; Okun, 1976; Schulman, 1976.)

Atenția cercetătorilor față de acest gen de probleme a apărut din necesitatea de a găsi soluții la criza morală și alienarea de care suferă mulți oameni din societățile de consum (Frank, 1974).

Rogers vorbește despre "revoluția linistită" prin care înțelege că tot mai mulți oameni au tendința de a-și lua propriul destin în mână; de a-și controla corpul și mintea, de a-și rezolva propriile probleme.

32 de experți americani au fost întrebați cum prevăd viitorul psihoterapiei (Prochaska și Norcross, cit. Larson, 1984). Răspunsul unanim a fost "creșterea interesului și accentului pentru autodeterminare în psihoterapie", ceea ce înseamnă creșterea popularității metodelor de "automodificare" a grupurilor de autoajutorare a procedurilor de autoreglare (însușirea unor deprinderi de comunicare, de modificare a comportamentului, de deconținere biofeedback, relaxare, imaginație dirijată etc.).

Deci în cadrul acestui demers clientul trebuie să învețe să stea pe propriile lui picioare și e responsabil de propria însănătoșire, iar psihoterapeutul este un fel de profesor care îl învață ce trebuie să facă pentru a-și dobândi, păstra sau îmbunătăți sănătatea mentală.

După datele Institutului Național de Sănătate Mintală din S.U.A. 15% (32 milioane) din populație suferă de tulburări psihice serioase și doar 3% (6,5 milioane de oameni) primesc ajutorul unor cabinete specializate (Reiger, Goldberg și Taube, 1978).

În aceste condiții accentul trebuie să cadă pe procedeele de prevenire a bolilor psihice și pe autoreglare. Această orientare este cu atât mai valabilă pentru țara noastră unde numărul psihoterapeuților este și mai limitat.

Mișcarea pentru deprinderile psihologice are bază trei elemente:

1. Identificarea unor deprinderi de psihoprofilaxie.
2. Utilizarea unor metode sistematice pentru a-i învăța pe subiecți astfel de tehnici.
3. Punerea la punct a unor programe de psihoprofilaxie.

Facilitatea, accesibilitatea, și eficiența deprinderilor psihologice preventive le fac accesibile unei largi categorii de clienți și educatori.

În accepțiunea acestei orientări deprinderea psihologică este definită ca "o capacitate, o competență necesară pentru o existență eficientă. (Egan și Cowan, 1979). Aceste deprinderi sunt modalitățile comportamentale operaționale, repetabile, antrenabile și produc un număr determinat de efecte previzibile (Carkhuff, și Berenson, 1976).

Kaye (1979) extinde termenul de deprindere psihologică la sfera personalității afirmând că într-o anumită măsură noi învățăm diferite deprinderi de a ne comporta corespunzător cu diferite persoane pentru a face față unor situații sociale diferite pe care le întâlnim în viață. În același timp există similitudini în comportamentul unei persoane într-o varietate de situații și în interacțiunea cu indivizi diferiți. Astfel, personalitatea poate fi privită ca reprezentând această modalitate de a transfera aceste deprinderi de comportament din cadrul structurilor sociale unde s-au format (familie, școală) la noi situații sociale.

A însuși o deprindere nouă, care poate fi cea de a asculta activ, de a dansa, de a administra banii, de autoformare sau de concentrare asupra unor experiențe psihice, implică însușirea unor subsisteme, care, organizate ierarhic, formează deprinderea de viață.

Cu trecerea timpului și odată cu exersarea, aceste deprinderi comportamentale capătă un caracter tot mai automatizat, permițând persoanei să-și concentreze atenția asupra unor strategii de nivel superior pentru autorealizare.

Clienții își însușesc deprinderile de a face față situațiilor psihosociale (*psychosocial coping skills*) iar terapeuții - deprinderi de ajutorare interpersonală (*interpersonal helping skills*).

* Deprinderile de a face față situațiilor psihosociale.

Egan, Adkin și Gazda (*cit. Larson, 1984*) au pus la punct un repertoriu larg de educare a așa-numitelor "deprinderi de viață" (*life skills*). Învățarea lor constituie atât o formă de psihoterapie, cât și un model de psihoprofilaxie. Problemele de viață cum ar fi rezolvarea unor sarcini, a unor crize existențiale, aprofundarea relațiilor interumane etc. sunt conceptualizate sub forma unor modele comportamentale ce pot fi învățate, ca de pildă deprinderea de a gospodări banii, de a planifica activitatea, de ascultare activă a partenerului, de conversație, de autoafirmare, de concentrare a atenției asupra datelor experienței, de relaxare, de a găsi un loc de muncă, de rezolvare a unor probleme de viață, de a soluționa conflicte etc.

* Deprinderile de ajutor interpersonal:

Aceste programe sunt destinate terapeuților și altor categorii de persoane care doresc să ajute oamenii pentru a le crește propria eficiență în calitate de susținători al celorlalți. Ele cuprind, de pildă, deprinderi de sfătuire, de răspuns activ, de interpretare a celor spuse de pacient, deprinderi de întrebare, de tăcere, de acordare a unei atitudini încărcate de căldură afectivă. Acestea nu sunt altceva decât "ingrediente" ale psihoterapiei.

Metodele de antrenare a acestor deprinderi psihologice de viață au la bază modele oferite de teoria învățării cât și de psihologia clinică. Ele se caracterizează prin:

1. Participarea activă a clientului sau a celui care este instruit (psiholog, profesor, asistentă medicală) în procesul învățării.
2. Presupun acordarea unei atenții deosebite conceptualizării și formalizării unor comportamente specifice (interioare și exterioare) stăpânirii și fixării acestor comportamente.
3. Programele se bazează pe respectarea principiilor învățării: modelare, observare, discriminare, întărire și generalizare etc.
4. Fiecare program cuprinde elemente didactice și elemente experiențiale.
5. Programele sunt bine structurate.
6. Obiectivele sunt clare și precise.
7. Programele sunt înregistrate riguros și se transmit sub forma de feed-back-uri.

În cadrul acestei orientări psihoterapeutul devine mai mult un profesor decât un medic, problemele clientului fiind abordate mai degrabă ca niște comportamente dezadaptative decât ca simptome (orientare behavioristă), pacienții fiind considerați capabili să-și direcționeze propriul proces de învățare și nu să primească în mod pasiv tratamentul.

De fapt, încă cu mult timp în urmă, psihoterapeuții (mai ales cei de orientare comportamentalistă) au considerat psihoterapia ca pe un proces de învățare (învățarea afectivă, cognitivă, condiționare operantă, identificarea, modelarea, luarea deciziilor sunt procese ce se includ în multe sisteme de psihoterapie) (*Korchin, și Sands, 1982*).

Aceasta considerare a terapeuților ca profesori și a pacientului ca discipol reprezintă "modelul psihoeducațional" în psihoterapie. Astfel, secvența anormalitate (boala psihică) > diagnoză > prescriere > terapie > vindecare, devine:

Insatisfacția sau > stabilirea > însușirea unor > satisfacție sau
ambția unor scopuri deprinderi de atingerea
clientului scopului
vieții

(*Authier et al., 1975, p. 31*)

După Guerny et al. (1971), psihologul clinician care urmează un model educațional nu se ocupă de tratarea nevrozelor sau simptomelor, ci de învățarea clientului cum să-și modifice atitudinile față de sine și față de ceilalți și cum să dobândească deprinderi de viață sănătoasă și eficientă.

Se pornește de la premisa că fiecare subiect (pacient) are în el însuși o serie de disponibilități latente, iar psihoterapeutul trebuie să fie suficient de abil pentru a-l ajuta să aducă la lumină aceste disponibilități, înlăturând obstacolele care stau în calea autorealizării persoanei.

Sarcina terapeuților se deplasează de la interpretări de simptome, reflecții, suport, la învățarea pacientului să dezvolte un comportament dezirabil. Modelul psihoeducațional în psihoterapie consideră că pacientului îi lipsește ceva ce poate să i se ofere acestuia prin intermediul unui program de antrenament. Ceea ce lipsește pacientului sunt **competențele** de a face față dificultăților vieții.

O altă caracteristică a modelului psihoeducațional constă în aceea că privind problemele pacientului mai curând ca deficite de competență decât ca simptome, se stimulează participarea activă a pacientului la rezolvarea propriilor sale probleme.

Considerarea problemelor ca fiind semne de boală psihică îl face pe client să se simtă mai puțin în stare să-și rezolve dificultățile; să se ajute singur (*Danish și Smyer, 1981*).

Abordând problemele clientului ca deprinderi deficitare și dându-i acestuia instrumentul de a corecta respectivele deficite, psiho-educatorul îl ajută să-și ia răspunderea propriului tratament și prin extindere a propriei sale vieți. De pildă, un client care a învățat niște strategii de rezolvare a unor probleme de viață devine mai capabil să rezolve problemele proprii apărute în diverse situații decât un client care a rezolvat o singură problemă cu un psihoterapeut.

Cheia succesului acestei abordări psihoterapeutice educaționale constă în aceea că se acordă respect clientului, capacității acestuia de a-și propune scopuri și de a le atinge.

Unele din programele de însușire a deprinderilor psihologice de viață pot fi însușite și de alte persoane decât psihoterapeuții specializați: profesori, părinți, asistente sociale etc.

Abordarea psihoprofilactică este ilustrată și de următoarea povestire (Egan, 1984):

Un om mergea pe malul unui râu. La un moment dat el observă că un om se îneacă; sare, îl scoate și-i salvează viața. El merge ce merge, vede cum alt om e pe cale să se înece și îl scapă și pe acesta. Mergând mai departe, cineva de pe mal îl strigă: "Hei, unde mergi? Nu vezi că mai este un om care se îneacă". La aceasta, omul nostru răspunde: „Merg sus spre izvoare să văd cine îi aruncă pe acești oameni în apă!”

Prevenirea trebuie să devină obiectivul major al eforturilor serviciilor de sănătate mintală și învățarea deprinderilor psihologice de a face față vieții reprezintă un mare pas înainte (Albee, 1982).

Clack (1975) scria că aceasta abordare tinde să întărească autodeterminarea individului. Dacă oamenii pot fi învățați să ia decizii în mod independent, să se bazeze în primul rând pe ei înșiși, ne vom îndrepta spre ceea ce putem numi o societate psihosuficientă.

Pentru a ilustra orientarea psihoeducațională în psihoterapie vom prezenta antrenamentul deprinderilor multiple al lui Gazda (1984).

Conform acestui model, odată ce deficiențele, cât și deprinderile care trebuie să stea la baza depășirii lor sunt identificate, clientul intră într-unul sau mai multe grupuri în care aceste deprinderi de a face față stresului sunt învățate. Obiectivele diferitelor grupuri de antrenament sunt foarte diferite, ca de pildă: dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală, de menținere a formei fizice, de păstrare a sănătății, deprinderi de stabilire a unor obiective și scopuri de viață, deprinderi de alegerea partenerului, de stabilire a unor relații corespunzătoare în familie etc.

De regulă, persoanele care se adresează unor cabinete sau spitale de psihiatrie sunt rareori deficitare doar într-un singur domeniu al vieții, acestora lipsindu-le deprinderi corecte de viață în multe domenii.

Programul de antrenare a deprinderilor multiple a fost pus la punct în cadrul departamentului de psihiatrie al Centrului Medical al Veteranilor din Augusta, Georgia (S.U.A.).

Singurul criteriu după care sunt eliminați pacienții este prezența unor afecțiuni organice severe cât și absența contactului cu realitatea (schizofrenii deliranti, de pildă).

În prima etapă pacienții sunt supuși unor programe de testare pentru a se stabili ce tipuri de programe le sunt indicate. În cadrul

interviului, pacienții sunt încurajați să vorbească despre problemele lor și apoi li se prezintă diverse programe de antrenament, ei fiind solicitați să-și asume în mod activ responsabilitatea pentru alegerea unui program sau a altuia.

Grupurile de antrenare a deprinderilor de viață sunt următoarele:

1. Dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală.
2. Forma fizică. Menținerea unei bune stări de sănătate.
3. Deprinderi de stabilire a unor scopuri în viață.
4. Deprinderi de a rezolva problemele de viață.
5. Grup de sfat vocațional.
6. Grup pentru formarea unor deprinderi de loisir.

În cadrul fiecărui grup tematic se pot face diverse opțiuni ca de pildă învățarea relaxării și o subcomponentă a grupului pentru menținerea formei fizice, sau antrenamentului autoasertiv ca o subcomponentă a programului referitor la dezvoltarea deprinderilor de comunicare.

Fiecare program de dezvoltare a deprinderilor de viață durează aproximativ două ore pe zi, timp de 4-5 zile pe săptămână.

Programul în totalitate durează 2-3 săptămâni pe parcursul cărora se realizează frecvente evaluări ale progresului obținut, pe baza unor chestionare și scale de autoapreciere a stării.

Prezentare de caz (după Gazda, 1984):

John este un tânăr american, alb, în vârstă de 32 de ani, veteran al războiului din Vietnam. Acesta a fost adus la cabinet de către soția sa deoarece a manifestat un comportament depresiv cu tentativă de suicid prin ingestie voluntară de medicamente după pierderea serviciului. Soția relatează faptul că John a avut câteva episoade când a abuzat de alcool și că a fost concediat datorită alcoolismului.

John este absolvent de învățământ mediu. După eliberarea din armată s-a înscris la o școală postliceală serală de profil tehnic pe care însă a abandonat-o după ce s-a căsătorit. John relatează că a făcut o mare greșală că a renunțat la școală, el trăind cu ideea că nu mai are de ales și că trebuie să accepte orice loc de muncă. Pacientul se prezintă pe sine ca pe

un singuratic (are puțini prieteni și nici un prieten foarte apropiat). El este nevoit să se bazeze pe soție pentru a fi ocrotit și chiar pentru a fi susținut financiar atunci când nu avea serviciu. (Soția lucra la un cabinet de cosmetică). Au doi copii, o fetiță de 8 ani și un băiețel de 7 ani.

John afirmă ca își găsea refugiu față de problemele sale în băutură, de care s-a apucat pe front în Vietnam. În timpul serviciului militar a utilizat sporadic și alte droguri. Ideea care îl stăpânește pe John este că nu a obținut nici un progres în viață. "Timpul trece, eu îmbătrânesc și nu ajung nicăieri. Timpul trece pe lângă mine."

După interviurile inițiale, John a optat pentru programele:

- Stabilirea scopurilor de viață.
- Dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală.
- Program de orientare vocațională.

El a fost introdus și în grupul pentru rezolvarea problemelor legate de alcoolism.

John împreună cu psihoterapeutul său au identificat existența următoarelor deprinderi deficitare de viață:

1. În domeniul comunicării interpersonale: are dificultăți să inițieze o conversație și să vorbească despre problemele sale, este singuratic și non-assertiv (nu este capabil să-și impună punctul de vedere).
2. În domeniul obiectivelor existențiale: este lipsit de scopuri și de sens al existenței; a încercat să se sinucidă pentru că se considera un ratat fără speranță.

3. În domeniul profesional: nu și-a dus la bun sfârșit planurile de realizare a unei cariere; ruta profesională este plină de "pete albe",

pacientul fiind frecvent fără serviciu.

4. Forma fizică. Menținerea sănătății. Abuz de alcool. Regim

alimentar- neadecvat. Nu are deprinderi corecte de exercițiu fizic. Timpul liber: Foarte puține hobby-uri sau activități recreative.

De cele mai multe ori își petrece timpul liber la restaurant sau la bar.

6. Rezolvarea problemelor de viață: utilizează o strategie comportamentală de tip defensiv, strategie ce implică frecvent abuzul de alcool.

7. Domeniul relațiilor de familie: își resimte dureros dependența față de soție; adesea se simte neadecvat ca tată.

În ceea ce privește partea pozitivă, pe care se va sprijini programul de psihoterapie, se pot spune următoarele:

- John are o inteligență de nivel cel puțin mediu;
- dorește să fie ajutat pentru rezolvarea problemelor sale;
- are o soție dispusă să-l ajute;
- nu așteaptă să fie susținut de stat;
- se află la prima internare într-o secție de psihiatrie.

John a rămas internat în clinică timp de cinci săptămâni. El a participat timp de două săptămâni la următoarele programe: stabilirea unor scopuri de viață, dezvoltarea deprinderilor de comunicare interpersonală și sfat vocațional. În același timp el a participat și la grupul pentru problemele alcoolismului. S-a decis, de comun acord, ca John să mai rămână în clinica încă două săptămâni. După ce a parcurs primele trei programe de dezvoltare a deprinderilor de viață, John s-a oferit să mai participe la alte trei programe: petrecerea timpului liber, rezolvarea problemelor de viață și programul de menținere a stării de sănătate și a formei fizice, el continuând să participe și la programul pentru problemele alcoolismului. La externare el a acceptat să se adreseze la cabinetul teritorial pentru probleme de consiliere în probleme de familie. Progresele realizate de pacient sunt următoarele:

1. În domeniul comunicării interpersonale: a devenit capabil să-și dezvăluie sentimentele și să comunice în mod concret; se simte în largul său atunci când inițiază o conversație; a devenit mai assertiv în urmărirea scopurilor sale și în exprimarea opiniilor personale.

2. În domeniul scopurilor de viață: participarea la grupul respectiv l-a învățat să găsească sensuri profunde atât în lucrurile pozitive cât și în cele negative care se întâmplă în viață. Pacientul a decis să frecventeze cu regularitate serviciul religios și a avut multe discuții cu pastorul.

3. În domeniul vocațional a căpătat interes pentru completarea unor inventare vocaționale, căutând să se edifice asupra intereselor sale profesionale. A fost admis la o școală serală pentru completarea studiilor.

4. În domeniul formei fizice și menținerii sănătății: a început să practice alergarea și exerciții de gimnastică. Și-a modificat regimul alimentar: nu mai abuzează de dulciuri, băuturi alcoolice și alimente sintetice.

5. În domeniul petrecerii timpului liber: a început să citească literatura de popularizare în domeniul mecanicii; lucra cu plăcere în grădina spitalului și și-a propus ca la externare să se ocupe de grădinărit și acasă.

6. În domeniul rezolvării de probleme: a utilizat cunoștințele și deprinderile de rezolvare a problemelor pentru a lua singur decizii. Decide să reia învățământul seral și să consulte un consilier specializat în sfat marital la externare.

În elaborarea sistemului său psihoterapeutic și formativ, autorul a fost influențat de ideile lui Erick Erikson (1950; 1953); J. Havighurst (1953; 1992) și Super (1963). Acești autori sunt de părere că dezvoltarea normală se desfășoară de la simplu la complex, ca fiind logică, ordonată, previzibilă la diferite nivele de vârstă. Progresul de la o etapă de dezvoltare la alta a subiectului depinde de gradul de stăpânire a unor sarcini specifice respectivului nivel de dezvoltare. Pornind de la aceste studii, lui Gazda (1984) i-a venit ideea să pună în evidență și să sintetizeze deprinderile de viață corespunzătoare nivelului de dezvoltare al unui individ normal. Autorul este de părere că măsurile de psihoprofilaxie au efecte mai bune dacă deficiențele găsite la nivelul deprinderilor de viață pot fi formulate cu precizie. Aceste deprinderi de a face față vieții se referă la aspectele psihosociale și vocaționale, la parametrii dezvoltării fizice și sexuale, la gradul de dezvoltare cognitivă, la nivelul de maturizare al conduitei morale, cât și la dezvoltarea psihoafectivă și la maturizarea ego-ului. Din analiza acestor direcții de dezvoltare a personalității pot fi extrase așa-zisele deprinderi de viață, care sunt direct legate de îndeplinirea cu succes a diverselor sarcini corespunzătoare vârstei și stadiului de dezvoltare în care se află individul. Eșecul în asimilarea unor deprinderi de viață corespunzătoare unui anumit nivel de evoluție poate genera "patternuri" comportamentale dezadaptative care se pot transforma în simptome.

La început Gazda (1984) a lucrat doar cu unele programe de dezvoltare a deprinderilor de comunicare, el convingându-se treptat că subiecții aflați în impas trebuie abordați din mai multe direcții, deoarece rareori o persoană are lacune în ceea ce privește deprinderile de viață doar într-un singur domeniu al existenței. Așa s-a născut modelul „antrenament de dezvoltare a deprinderilor multiple”.

Oamenii ating nivelul optim de funcționare atunci când stăpânesc la nivel operațional deprinderile fundamentale de a face față cerințelor vieții. Nevrozele și tulburările funcționale apar datorită deficitului dezvoltării unor asemenea deprinderi. De regulă, subiecții sunt capabili să identifice, sub îndrumarea psihoterapeutului, zona în care deprinderile lor de viață sunt deficitare.

Deprinderile de viață corecte se pot învăța ușor în cadrul unor grupe mici de lucru - cu 6 până la 12 cursanți - procesul având ca bază teoretică un eclecticism de tip empiric. În cadrul acestor grupuri subiecții exersează, sub forma jocului de rol, noi comportamente și primesc informații de tip feed-back de la ceilalți participanți. Se dau, de asemenea, sarcini pentru acasă, în ședința următoare subiecții relatând ce au făcut.

Etapele învățării unei deprinderi de comportament sunt următoarele (Gazda, 1984):

Etapa I - Antrenarea deprinderilor de viață specifice:

1. Prezentarea de tip didactic a motivelor care stau la baza unui comportament corect. Descrierea comportamentului respectiv.
2. Modelarea sau demonstrarea comportamentului sau răspunsului care se așteaptă de la subiect. Se arată **cum** se procedează.
3. Practicarea de către cursanți a deprinderii respective.
4. Aplicații ale noii deprinderi la viața cotidiană (tema pentru acasă).
5. Autoevaluarea și evaluarea de către membrii grupului a deprinderii nou formate - faza de feed-back.
6. Cursanții se asistă unii pe alții în exersarea deprinderii de viață.

Etapa a II-a - Asumarea rolului de coterapeut împreună cu un terapeut cu experiență (o pot face membrii echipei medicale, dar și cursanți care au parcurs toate etapele).

Etapa a III-a - Antrenarea unor grupuri cu supervizarea unui expert.

Etapa a IV-a - Asumarea rolului de terapeut independent.

Etapele II-IV se refera la progresul unui subiect de la statutul de cursant la cel de antrenor-terapeut.

Această abordare psihoterapeutică este foarte bine exprimată de Brown (1980) care spunea că multe probleme pe care le considerăm ca făcând parte din sfera comportamentului anormal sau a "tulburărilor emoționale" pot fi privite ca fiind comportamente ineficiente cu consecințele lor, când subiectul nu este capabil să rezolve anumite situații de viață și în încercările sale nereușite de a le rezolva se produc efecte nefavorabile care au drept consecință anxietatea, depresia și apariția unor probleme.

O abordare terapeutică asemănătoare găsim în sistemul lui Lazarus (1975) denumit "Terapie comportamentală multimodală", pe care autorul său o definește ca pe un proces sistematic de rezolvare de probleme "care are drept obiectiv examinarea și, dacă este necesar, remedierea unor răspunsuri dezadaptative vizând șase direcții separate, dar aflate în interacțiune: comportamentul, viața afectivă, sensibilitatea, imaginația, cogniția și domeniul relațiilor interpersonale."

Modelul oferit de Gazda este nu numai psihoterapeutic, ci și preventiv, elemente ale acestuia putând fi aplicate în scop psihoprolifactic în cadrul unor programe educaționale școlare.

* Orientarea psihoeducatională în formarea terapeuților și consilierilor

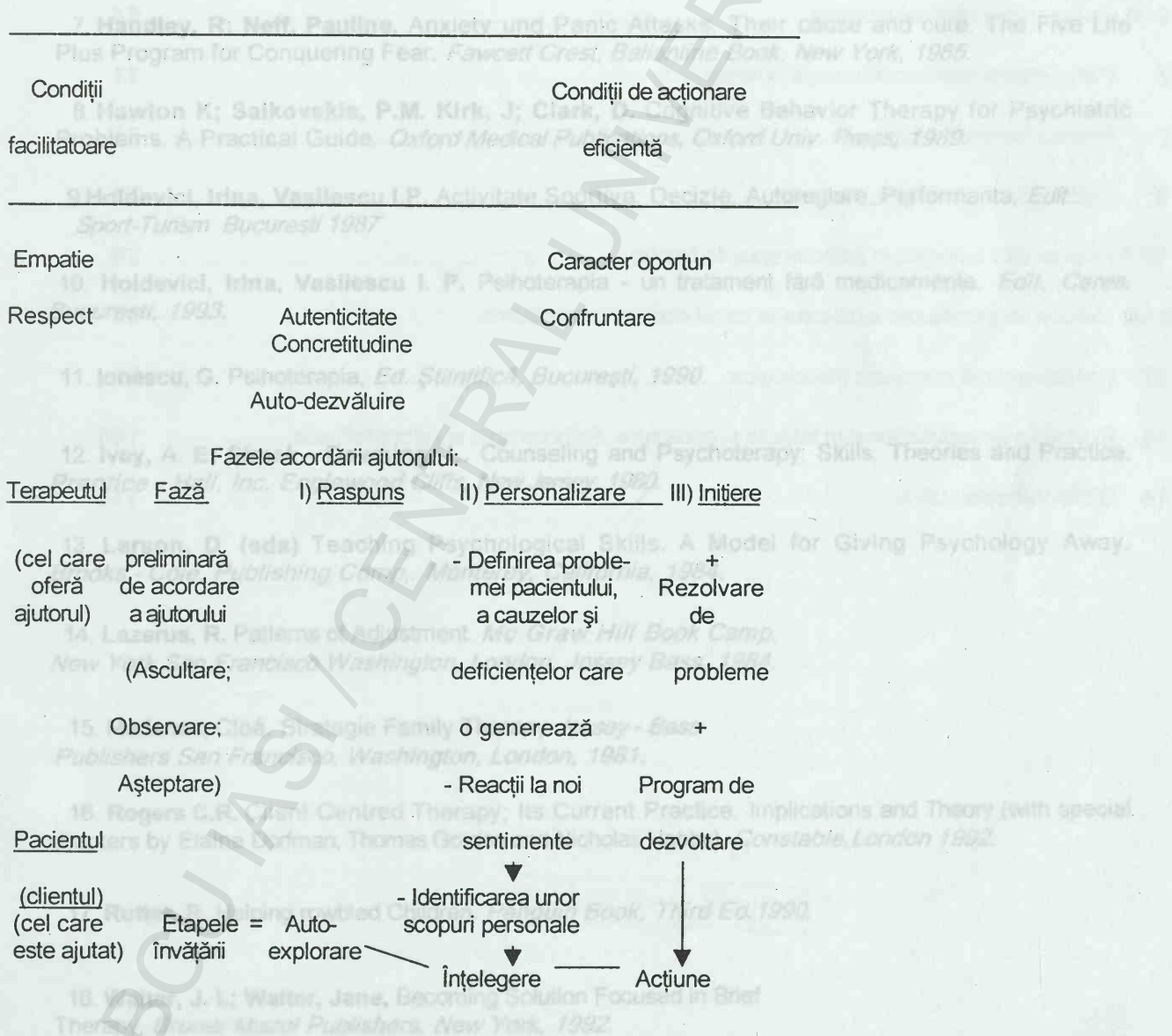
Ilustrativ este modelul "dezvoltării resurselor umane" care a fost conceput de Carkhuff la începutul anilor '60, el fiind apoi introdus în majoritatea programelor de dezvoltare a deprinderilor de a-i ajuta pe alții, a deprinderilor de a deveni educatori și terapeuți eficienți (Cash, 1984).

Alte programe sistematice de dezvoltare a relațiilor interumane aparțin lui Truax și Carkhuff (1967).

Autorii acestora și-au pus problema care ar fi aspectele relației interpersonale pacient - psihoterapeut care să conducă în mod efectiv la modificări semnificative ale comportamentului.

Carkhuff și Truax (1967) s-au oprit mai ales asupra aspectelor esențiale ale relației de ajutorare a celuilalt, sublimite de Rogers și anume înțelegerea empatică, abordarea pozitivă necondiționată a pacientului și autenticitatea relației cu acesta. Cercetările ulterioare au adăugat la aceste condiții și concretitudinea, oportunitatea și caracterul direct al relației psihoterapeutice (Carkhuff, 1969 a; 1969 b). Cu timpul în programele de formare a psihoterapeuților a fost inclusă și abilitatea de a rezolva probleme de viață.

În anul 1974 programul de dezvoltare a relațiilor interpersonale pacient - psihoterapeut a fost pus la punct sub aspectul conceptual și este prezentat schematic astfel:



Bibliografie selectiva

1. **Bernard, E. (eds).** Using Rationale Emotive Therapy Effectively. A Practitioner's Guide. *Plenum Press, New York, London, 1991.*
2. **Casament, P.** On Learning from the Patient Tavistock - *Routledge, Sec. ed. 1992.*
3. **Coleman, J. C; Butcher, J. N. Carson, R. C.** Abnormal Psychology and Modern Life *Scott Foresman Comp. Glenview, Illinois, London, 1984.*
4. **Corsini R. J: Cardone, S.** Role-playing in Psychotherapy. *Aldine Publish. Comp. Chicago, Third. ed. 1975.*
5. **Gazda G. M.** Multiple Impact Training: A Life Skills Approach in **Lorson D(Eds).** Teaching Psychological Skills. *Brooks Cole, Publishing Comp. Monterey, California.*
6. **Grieger, R. M.** Keys to Effective RET. in Bernard, E (eds). Using Rationale Emotive Therapy Effectively; a Practitioner's Guide *Plenum Press, New York, London, 1991.*
7. **Handley, R; Neff, Pauline.** Anxiety und Panic Attacks. Their cause and cure. The Five Life Plus Program for Conquering Fear. *Fawcett Crest, Ballantine Book, New York, 1985.*
8. **Hawton K; Salkovskis, P.M. Kirk, J; Clark, D.** Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide. *Oxford Medical Publications, Oxford Univ. Press, 1989.*
9. **Holdevici, Irina, Vasilescu I.P.** Activitate Sportiva: Decizie, Autoreglare, Performanta, *Edit. Sport-Turism Bucuresti 1987*
10. **Holdevici, Irina, Vasilescu I. P.** Psihoterapia - un tratament fără medicamente, *Edit. Ceres, București, 1993.*
11. **Ionescu, G.** Psihoterapia, *Ed. Științifică, București, 1990.*
12. **Ivey, A. E; Simek - Downing, L.** Counseling and Psychotherapy: Skills, Theories and Practice. *Prentice - Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1980.*
13. **Larson, D. (eds)** Teaching Psychological Skills. A Model for Giving Psychology Away. *Brooks - Cole, Publishing Comp., Monterey, California, 1984.*
14. **Lazarus, R.** Patterns of Adjustment. *Mc Graw Hill Book Camp. New York San Francisco Washington, London, Jossey Bass, 1984.*
15. **Madanes, Cloé.** Strategie Family Therapy *Jossey - Bass Publishers San Francisco, Washington, London, 1981.*
16. **Rogers C.R.** Client Centred Therapy; Its Current Practice, Implications and Theory (with special chapters by Elaine Dorfman, Thomas Gordon and Nicholas Hobbs), *Constable, London 1992.*
17. **Rutter, R.** Helping rowbled Children. *Penguin Book, Third Ed. 1990.*
18. **Walter, J. L; Walter, Jane,** Becoming Solution Focused in Brief Therapy, *Bruner Mazel Publishers, New York, 1992.*

Cuprins

1	Probleme generale ale psihoterapiei.....	5
2	Psihoterapii de orientare dinamica-psihanaliza si psihoterapiile dinamice post-freudiene.....	15
3	Psihoterapii de orientare comportamentala.....	29
4	Psihoterapii experientiale: psihoterapia centrata pe client, psihoterapia centrata pe grup si psihoterapiile existientiale.....	34
5	Psihoterapia cognitiv-comportamentala.....	51
6	★ Psihoterapia rational-emotiva.....	64
7	Psihoterapia scurta centrata pe obiectiv.....	71
8	Analiza tranzactionala.....	75
9	Psihoterapia prin mijloc dramatic.....	79
10	★ Abordarea strategica in psihoterapia de familie.....	88
11	★ Metode de psihoterapie utilizate in cazul copiilor cu probleme.....	94
12	★ Psihoterapie si consiliere psihologica.....	99
13	Modelul psihoeducational in terapie si consiliere. Psihoterapie si psihoprofilaxie.....	105
14	Bibliografie selectiva.....	114

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

7.5 RON 269/05

Profesor universitar dr. Irina Holdevici are o bogată experiență ca psiholog tehnician psihoterapeut fiind specializată în hipnoză clinică relaxare psihoterapie sugestivă precum și în autoreglarea comportamentului și optimizarea performanțelor umane.

Această carte din cele peste douăzeci din cariera autoarei prezintă principalele orientări teoretice și practice pe care le-a cunoscut psihoterapia și sistemele utilizate în prezent. Textul este susținut de numeroase cazuri clinice reale; în fiecare situație a fost analizată și comentată atitudinea terapeutului.

Lucrarea se adresează psihologilor clinicieni și medicilor studenților de la facultățile de profil publicului larg.