

UNIVERSITATEA „ALEXANDRU IOAN CUZA“ - IAȘI

TEZĂ DE DOCTORAT

*Rezistența la schimbare în relația
psihoterapeutică*

Coordonator științific:

Prof. Dr. Univ. Adrian Neculau

Doctorand

Dipl. Psih. Iordan Goglează

CUPRINS

Cap. I. Psihoterapia - ca relație interpersonală și comportamentul psihoterapeutic.....	3
I.1. Situația psihoterapeutică și aspecte ale relației psihoterapeut-pacient în psihanaliză.....	8
I.1.a. Analiza rezistențelor în psihanaliză.....	14
I.1.b. Analiza relației de transfer sau a expectanțelor pacientului.....	25
I.2. Relația terapeutică în terapia de conversație de tip Rogers.....	35
I.2.a. Conceptul de rezistență și apărare în terapia centrată pe client.....	38
I.3. Rolul psihoterapeutului și relația terapeut-pacient în cadrul terapiei comportamentale	42
I.3.a. Rezistențele în cadrul terapiei comportamentale.....	45
Cap. II Strategii de influențare și mecanisme de apărare în relația psihoterapeutică	
II.1. Cibernetică schimbării psihoterapeutice.....	56
II.1.a. Instrumentarul psihoterapeutic.....	61
II.2. Sistemul diadă psihoterapeut-pacient sau efortul de definire a unei relații. Simptomul, ca tactică sau șansă de schimbare	74
II.3. Rezistența și mecanismele de apărare în psihoterapia de tip Erickson.....	93
Cap. III Metodologia schimbării. Fazele terapiei strategice	
III.1. Planificarea psihoterapiei.....	115
III.2. Atitudinea (orientarea) pacientului față de situația sa. Folosirea atitudinii sale și evitarea rezistențelor.....	122
III.3. Desfășurarea psihoterapiei cognitiv comportamentale și strategice. Soluții	130
III.4. Închiderea terapiei.....	178
Cap. IV. Limitele cercetării în psihoterapie	
IV.1. Cercetarea psihoterapeutică în impas metodologic.	188
IV.2. Relevanța empatiei și dirijării în procesul de schimbare: studiu de caz.....	195
IV.3. Studiul eficienței schimbărilor terapeutice.....	211
IV.4. Anexe.....	228

CAP. 1

Psihoterapia - ca relație interpersonală și comportamentul psihoterapeutic

Preambul

Psihoterapia, ca instituție de sine stătătoare, există doar de o sută de ani, fiind dezvoltată și practică ca atare de Freud și asemănătoare artei socratice a dialogului. După Socrate, filosoful nu ar trebui numai să predice propria concepție sau propriul sistem filosofic, ci să fie și interesat în descoperirea reprezentărilor mentale ale partenerului său de discuție, să-l ajute la formularea și dezvoltarea acestora, să-l facă atent asupra eventualelor contradicții din gândirea sa, eventual să-l încurajeze la eliminarea elementelor inadecvate, negative cauzatoare de insuccese. În acest sens, el a fost primul „psihoterapeut” care a dezvoltat o metodă rămasă valabilă în terapia modernă și denumită „dialogul socratic.”

Cuvântul terapie provine din verbul grecesc **therapeuo**, care înseamnă a face un serviciu, a sluji, a îngriji, a-ți face griji pentru cineva și din substantivul **therapoon** (servitor, tovarăș, însoțitor) iar **Therapontes Dios** erau însoțitorii lui Zeus, principii cu spirite nobile, de unde decurge și reprezentarea terapeutului ca un însoțitor de o factură mai deosebită.

David Orlinski și Kenneth I. Howard în „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change” din anul 1978 definesc psihoterapia „ca o relație între persoane care, pe de o parte, ajută pe unul sau mai multe persoane care au nevoie de ajutor să-și îmbunătățească funcționarea ca persoană și, pe de altă parte, unul sau mai multe persoane care pun la dispoziție această formă specială de ajutor. Ea este o formă de promovare și continuare a învățării privind funcționalitatea social-economică a individului, o formă non-agresivă de control social al comportamentului deviant, de intermediere a unei orientări cu un sens personal și a unei filozofii de viață (sau dezvoltare spirituală). Dintr-o altă perspectivă psihoterapia poate fi văzută ca o finisare și profesionalizare a capacităților personale constructive, solicitată când sistemul social al individului se află într-o criză (și-a ratat misiunea) sau nu mai este disponibil (în societățile aflate în schimbare și extrem de mobile) sau când nevoia de competență psihoterapeutică depășește nivelul celei oferite de plasa sistemului social (cu competențe limitate).

Această formă de ajutor interpersonal este pusă la dispoziție, în societățile moderne, de oferta profesională a unor persoane, a căror capacități profesionale de competență, sunt recunoscute oficial de institute de formare cu licență și care se bucură de o anumită reputație în vindecarea persoanelor, a căror probleme psihice le afectează sănătatea în sens restrâns.

În „Generic Model of Psychotherapie“ Orlinski completează definiția psihoterapiei ca fiind o „interacțiune între două persoane (terapeut și pacient) care se desfășoară într-un anumit cadru contextual, influențată de experiențele de viață și personalitatea, atât a terapeutului cât și a pacientului. El subliniază și alți factori contextuali cu efect asupra procesului psihoterapeutic precum: spațiul terapeutic (treatment setting: cabinet, clinică), de sistemul care finanțează costurile terapiei (service delivery system: casele de asigurare sau pacientul însuși, inclusiv aparținătorii), alte instituții sociale (other social institutions: familia pacientului sau a terapeutului, instituții caritative, judecătorii) sau evenimente sociale, economice, politice (currents of change: vacanțe, recesii economice, crize naționale, etc.)

O altă influență asupra procesului terapeutic este exercitată de normativele și reprezentările culturale (mentalitatea unei societăți) față de ceea ce se consideră a fi o personalitate normală (trăiri emoționale adecvate), de normele de comunicare existente într-o cultură, felul și motivele a ceea ce se consideră a fi o deviere de la acestea (patologiei) și de formele de ajutor acceptate. Atât factorii contextuali individuali, cât și cei colectivi, exercită un efect asupra procesului terapeutic (input) iar acesta are, la rândul lui, un efect reversibil asupra vieții (personalității) pacientului și a terapeutului, adică asupra societății (output), în fond o circularitate sui generis.

Orlinsky își completează definitiv modelul în 1994 prin șase aspecte:

1. *relația formală* (contractul terapeutic, aspecte normative și organizatorice, reprezentările/prejudecățile reciproce despre rolul celuilalt, influențate de formare individuală, de supervisor, în cazul terapeutului, și de ceea ce știe pacientul despre terapie din presă, filme, relatări, despre tipul de terapie, scopurile, metodele, numărul de ședințe, etc.);

2. *activitățile terapeutice* (aspecte procedurale, operaționale și tehnice: prezentarea problemei, înțelegerea ei, intervenția terapeutului, cooperarea/complianța pacientului);
3. relația informală (calitatea raportului interpersonal, implicarea în rol și coordonarea interactivă, comunicarea empatică);
4. *autoreferențialitatea* (self-relatedness), aspect autoreflexiv privind: percepția de sine, autocontrolul și valoarea de sine importante în interacțiune prin efectele asupra dispoziției, reacțiilor fiziologice, emoțiilor, intențiilor, exercitarea autocontrolului, inclusiv perceperea lor intuitivă la celălalt;
5. *influențele/impactul nemijlocite ale ședinței*: pozitive sau negative (aspectul clinic, pragmatic): insight, catarsis, soluționarea conflictelor, creșterea speranței, experiența autoeficienței, confuzie, teamă, rușine la pacient iar la terapeut: satisfacție sau frustrare, creșterea competenței sau Burn-out;
6. *mostra temporală* (temporal patterns) desfășurarea în timp a secvențelor interacționale.

În lucrarea „Persuasion and Healing” Jerome D. Frank propune o definiție multiculturală a psihoterapiei: „Intervențiile de reducere a suferinței și tulburărilor sunt denumite de regulă tratamente și orice societate specializează pe unii membri să exercite această formă specială de influență. Tratamentul cuprinde și implică în mod obișnuit o relație personală între vindecător și suferind. Anumite tipuri de terapie se bazează primar pe capacitatea vindecătorului de a mobiliza puterile de vindecare ale suferindului prin mijloace psihologice. Această formă de tratament este denumită de regulă psihoterapie.”

O definiție descriptivă și destul de precisă a psihoterapiei a fost dată de psihoterapeutul vienez Hans Strotzka („Psychotherapie“ – München 1978, pg. 4): „Psihoterapia este un proces interacțional conștient și planificat, de **influențare** a tulburărilor de comportament sau a stărilor de suferință, apreciate (printr-un consens între pacient, terapeut, grupul de referință) ca având nevoie de un tratament efectuat cu mijloace psihologice (prin comunicare verbală și nonverbală) în direcția unui scop definit în comun și prelucrat după posibilități (reducerea și minimalizarea simptomului sau

schimbarea structurii personalității), prin intermediul unor tehnici învățabile și pornite de la o teorie asupra comportamentului normal și patologic.”

Pentru eliminarea unor percepții suprapuse altor profesii sociale este importantă delimitarea psihoterapiei de alte relații profesionale din mediul social. Putem obține indirect o definiție a psihoterapiei prin ceea ce este un setting psihoterapeutic cuprinse în statutul social juridic al psihoterapiei. Psihoterapie nu sunt (după normele acceptate în Germania) discuțiile de consiliere cu profesorii, cu asistenții sociali, cu sfătuitoari sau persoane de încredere și nici atunci:

- când nu se influențează o tulburare sau suferință psihică, precum discuțiile cu supervizorii, cu antrenorii mentali sau din grupele de experiență proprie (dezvoltare personală);
- când nu sunt aplicate principiile de diagnostic diferențial sau de vindecare a unor tulburări psihice;
- când acțiunea terapeutică nu este fundamentată pe o teorie și metodologie științifică sau pe concepții verificabile prin proceduri științifice iar „tratamentul” se bazează exclusiv pe experiențele personale sau „tradiționale” ale unui anumit grup (contexte ezoterice, paramedicale, etc.);
- când nu există un contract sau o înțelegere scrisă sau orală privind o psihoterapie;
- când nu pot fi constatate scopuri ale unui proces psihoterapeutic sau acestea nu au fost discutate deschis anterior;
- când tratamentul este efectuat exclusiv pe cale medicamentoasă;
- când, așa zisele, „comunicările terapeutice” sunt efectuate în forma scrisorilor, înregistrărilor audio-video, emailurile, adică când nu se constată o interacțiune personală, directă între psihoterapeut și pacient/client;

- când în locul efectelor tehnicilor terapeutice se constată doar efectul personalității carismatice ale vindecătorului ca principiu de vindecare unic.

Actul psihoterapic, în concepția fondatorului ei **Freud** și, practic, a întregii psihologii abisale (Jung, Adler, Reich, Sullivan, Schulz-Henke, Riemann) sau **psihanaliza clasică** se caracterizează prin solicitarea unei abstenențe totale din partea psihoterapeutului, care trebuie să asculte la fel de atent, binevoitor și neutral ca și filosoful socratic. Respectând principiile, impuse de Freud, psihoterapeutul devine *mentorul* exprimărilor pacientului său, abordează *numai* temele expuse de pacient, nu predică, nu arată și nu povestește nimic despre sine, nu dă sfaturi, nu oferă ajutor material, nu acționează, nu se întâlnește în afara cadrului psihoterapeutic cu pacientul său, nu este prietenul lui și nici nu este implicat în viața cotidiană a acestuia.

Ce face totuși psihoterapeutul? În accepția psihoterapiei clasice, acesta îl ajută pe pacient să dezvolte mecanisme proprii, de a se descurca singur în realitatea sa cotidiană, să-și regăsească posibilitățile de satisfacere a dorințelor și intereselor considerate pierdute și să-și micșoreze teama de realizare. El oferă pacientului ocazia ca, sub supravegherea sa calificată, să spună totul, atât ceea ce dorește cât și ceea ce nu dorește sau ceea ce eventual „i-a scăpat.” El încearcă să descopere motivele agresivității pacientului său, să-l facă atent asupra rezistențelor inconștiente vizavi de propria-i însănătoșire și, după caz, să-i conștientizeze comportamentul de **transfer** (proiecția unei relații frustrate cu obiectul, de regulă imaginea unuia dintre părinții săi, asupra persoanei psihoterapeutului) care poate tergiversa vindecarea și genera rezistențe sau chiar agresiune față de persoana sa. În acest sens, transferul nu este numai un fenomen al psihoterapiei analitice, ci unul social mai larg, diferența constând în aceea că psihoterapeutul încearcă, printr-o atitudine conștient-neutrală, să-i faciliteze pacientului transferul unor conflicte ale copilăriei, declanșându-se astfel *nevroza de transfer*. Reacția inconștientă a terapeutului față de transfer se numește **contratransfer**, aceasta la rândul ei stimulează noi transferuri din partea pacientului, procesele alimentându-se și declanșându-se reciproc.

Psihoterapeutul va trebui să încerce cu ajutorul unor procedee flexibile și greu de despărțit între ele, să-i conștientizeze pacientului aceste conflicte: 1) confruntarea cu conținuturile inconștiente, 2) clarificarea și interpretarea corelațiilor, 3) propunerea unor corelații între biografie și semnificațiile inconștiente, 4) prelucrarea conținuturilor și transpunerea lor în schimbări atitudinale și de comportament. Prin aceasta se realizează o deplasare a relațiilor dinamice și a energiilor pierdute, precum și o schimbare structurală a mecanismelor de apărare.

Nu putem atinge problema *efectului sau sensului* unei schimbări în situația terapeutică fără a aborda esența acesteia, ea fiind cuprinsă în relația, de o deosebită încărcătură psihologică, aceea dintre psihoterapeut și pacient. Psihoterapia ca **relație umană** este posibilă numai după anularea, înțelegerea și retractarea procesului de transfer - contratransfer. Partenerii acestui dialog cu o semnificație specială, participă la el cu toate posibilitățile personale de care dispun, fiecare din ei parcurgând în principiu același proces. De aceea, ar fi o greșeală să se creadă că numai psihoterapeutul „îl analizează pe pacient” așa cum un anatomist disecă un cadavru. Psihoterapeutul nu-l analizează pe pacient în sine, ci se concentrează să perceapă procesul emoțional dintre ei doi pe parcursul relațiilor, percepând concomitent și propriile procese interne sau elemente, dezvoltate simultan, atât din adâncul intimității sale cât și din acela al pacientului. A fi seamănu celui de vizavi înseamnă a fi empatic, a rezona afectiv și cognitiv la partitura sa sufletească, a fi solitar cu el. Dacă nu se iau în considerație importanța transferului și a contratransferului relația psihoterapeutică poate fi periclitată cu descompunerea. Aceste fenomene sunt inevitabile și inerente oricărei psihoterapii, iar elementele bolnăvicioase, netratate la timp, pot distruge relația terapeutică. Ea însă nu trebuie confundată cu prietenia, care este o relație simetrică, întrucât este marcată de **asimetrie**: psihoterapeutul știe despre pacient foarte multe, însă nu și invers. Se pune uneori întrebarea legitimă dacă această teză este adevărată. Este de la sine înțeles ca psihoterapeutul să cunoască detaliile biografice și problemele pacientului său, a structurilor de bază după care se ordonează atât biografia cât și problemele sale actuale sau a elementelor emoționale legate de transfer și contratransfer și să posede capacitatea de a le dirija cu artă.

I.1. Situația psihoterapeutică și aspecte ale relației psihoterapeut-pacient în psihanaliză

Psihanaliza este, după criteriile definiției psihoterapiei adoptate, un model optimal în care comunicarea non-verbală se află, comparativ cu celelalte tehnici, pe poziția de fundament. Metoda psihanalitică își are originea în hipnoză, unde relația terapeut-pacient solicita din partea pacientului o subordonare totală voinței hipnotizorului. De la hipnoză și până la asociația liberă situația pacientului s-a schimbat, subiectul discuției fiind determinat și impus de posibilitățile sale de asociere, libere de orice constrângere. „Exprimările” pacientului, în situația psihanalitică, rămân prizonierele scopului terapeutic de a realiza **catarsis-ul**. A te exprima verbal înseamnă, în acest caz, nu numai a dialoga, ci însăși prin actul exprimării verbale ceva se epuizează, se duce până la sfârșit, ceea ce pacientul, din teamă, nu a încercat niciodată să finalizeze. Deși la începuturile psihanalizei momentul cathartic era foarte important, ulterior el a mai pierdut din însemnătate, în prezent fiind preocupată de dezvoltarea unor tehnici care să permită o reconstrucție, ceva mai exactă, a stărilor de fapt din trecut, accentuându-se prin aceasta aspectele structurale și genetice ale adaptării. În dezvoltările mai noi ale psihanalizei, momentul dinamic al inserției cathartice este inclus complet în analiza **rezistenței**, devenită prioritară rezolvărilor asociative.

Prin această perspectivă dinamic-energetică, centrul de greutate s-a deplasat în direcția depășirii rezistențelor, cuvântul servind mai mult la reconstrucția și reproducerea trăirilor emoționale. În acest mod corpul este exclus de la analiză, funcția motrică fiind considerată un reflex care nu poate fi valorificat terapeutic, așa cum se întâmplă în cazul prelucrărilor din domeniul limbajului. Reflexele corporale repetate, care încearcă să substituie amintirea, ar retrage procesului de analiză energii ce sunt considerate ca fiind rezistențe. Psihanaliza pleacă de la premiza că pacientul nu este pregătit și nici capabil să descopere în mod spontan împreună cu terapeutul tendințele sale nevrotice. Dacă ar face-o, ar fi în situația unei evaluări raționale care-l va constrânge (la fel de spontan) să cedeze simptomele sale. Cu toate că el își propune acest scop, venind în terapie, psihanaliztii sunt de părere că pacientul va dezvolta mai întâi un comportament de rezistență. Acest

fenomen *paradoxal* lasă să se înțeleagă că, pacientul nu va ceda „vrabia din mână în schimbul celei de pe gard”, că el nu va renunța la forma sa „strategică” de adaptare la o realitate anumită (pe care o controlează cât de cât cu ajutorul simptomului) până când nu va poseda o alta mai sigură și mai eficientă.

Mecanismele adaptării sunt după Freud următoarele: compensația, identificarea, raționalizarea, proiecția, dorința de evaluare, negativismul, intelectualizarea, izolarea, visarea diurnă, regresia, reprimarea. Teama nevrotică, de exemplu, presupune actul reprimării. Indivizii care dezvoltă forme de adaptare nevrotică, pentru ași reduce sentimentul de teamă, o fac fără a înțelege relația dintre baza conflictului său emoțional și un anumit comportament care este simptomatic. Ei se cramponează de fobii, de reprezentările obsesive sau de dificultățile fizice proprii, deoarece acestea le oferă posibilitatea, într-o măsură mai mare sau mai mică, de evitare a tensiunii interne devenite insuportabile. Formele de adaptare nevrotică se supun aceluiași legi de învățare ca și cele normale, sunt un răspuns comportamental la o situație conflictuală actuală sau trecută: reacții de teamă, de conversie, de constrângere, depresive, fobice, disociative. *Paradoxal este că, cea mai ușoară schimbare (de vindecare) provoacă autoagresiunea simptomului*, de unde și durata lungă a unei psihanalize.

Freud a precizat poziția terapeutului în situația psihanalitică astfel: „Noi slujim pacientul având funcții diferite: de autoritate, de părinți adoptivi, de profesori și educatori. Cel mai bun lucru pe care-l putem face pentru el este să-i ridicăm procesele psihice ale eului la un nivel normal astfel ca, ceea ce a fost inconștient, recte refuzat, să se transfere în preconștient și prin aceasta să se redea eului propria-i identitate.”

Psihanalistul, fiind un catalizator al **schimbării** prin folosirea fenomenelor de **transfer** și **contratransfer**, este dependent de ceea ce observă, de dezvoltarea tehnicii de tratament asociativ și implicit de teoria și concepția psihanalitică, având permanent în analiză atât situația sa cât și pe cea a pacientului său. Fiecare analist va reuși să ajungă la pacienții săi tot atât de departe cât îi permit „propriile-i complexe și rezistențe interne.” Poziția psihoterapeutului, de a fi un fel de „oglină”,

este importantă pentru procesul terapeutic analitic, iar aceasta (oglinda) trebuie manipulată astfel încât pacientul să-l simtă pe analist ca pe o persoană capabilă de reacții afective veritabile. La fel de important este și felul în care analistul interpretează sau se comportă precum și modul de prezentare al sistemului valoric propriu, cum ar fi convingerile și înclinațiile personale.

Alianța psihoterapeutică are loc între două persoane cu sisteme de valori diferite, însă psihanaliza a uitat să ia în considerație și calitatea funcțiilor analitice ale schimbării, aflate în legătură directă cu influența, pe care o exercită asupra procesului terapeutic, trăsăturile de caracter ale analistului. Fritz Riemann, în conformitate cu această caracterologie, clasifică psihoterapeuții analiști în patru categorii: cu trăsături isterice, anxios - compulsive, depresive sau schizoide. Teoria sa admite, pe lângă o influențare tehnică (terapia) a structurilor psihice ale pacientului, și o influență, demnă de luat în considerație, pe care terapeutul o exercită asupra lui și prin structura propriei sale personalități. Trecerea acestui aspect cu vederea, poate determina insuccesul unei terapii și acest lucru este valabil nu numai pentru psihanaliză, ci și pentru oricare altă formă de terapie utilizată. Astfel, un terapeut cu trăsături de personalitate isterice poate declanșa, prin felul său debordant, hiperactiv și expresiv, schimbări rapide ale stării pacientului. În acest caz transferul terapeutic este accelerat, pacientul poate resimți pozitiv „interesul și participarea vizibilă” a psihoterapeutului la problemele sale însă, euforia începutului se poate dizolva ușor prin decepția provocată de **transferul negativ**, declanșat de condiționarea unei stări pozitive numai de situația analitică sau de prezența psihoterapeutului. La rândul lor, în această situație, pacienții structurați isteric vor tinde să întrerupă terapia iar depresivii vor reacționa cu sentimente tot mai puternice de inferioritate și de deznădejde. Bucuria riscului, la terapeuții structurați isteric, îi poate duce la o sufocare cu date psihologice culese și neprelucrate, terapeutul însuși simțindu-se, într-o fază mai avansată a terapiei, complet dezorientat. La interpretarea viselor acesta se oferă pe sine ca obiect al transferului, tocmai pentru a evita criticarea realistă a pacientului. Acest tip de psihoterapeut confundă adesea pacienții depresivi cu cei isterici, iar pe cei anxioși îi poate respinge ca fiind penibili și plicticoși. El se poate implica adesea în combinații terapeutice cu pacienții structurați la

fel de isteric, insistând asupra importanței trăirii **întâlnirii terapeutice** ca fiind un eveniment deosebit. În situațiile critice acesta va tinde să acționeze nemetodic, adoptând un comportament nesigur, fricos sau poate chiar să-l suspecteze pe pacient de manifestarea incipientă a unei psihoze. Cu cât terapeutul este mai nesigur sau chiar în panică, cu atât mai mult va fi tentat pacientul să adopte un comportament de apărare și de **rezistență**, care mai devreme sau mai târziu îl va determina să întrerupă psihoterapia. Pacienții schizoizi îi dau acestuia cel mai mult de furcă deoarece aceștia, prin observațiile extrem de detaliate pe care le fac și a criticismului dezolant de care uneori dau dovadă, reușesc să excludă ofensa narcisică pe care psihoterapeutul, structurat isteric, încearcă să le-o inducă. Există totuși șansa ca, acest tip de terapeut, prin spontaneitatea și contactul său nemijlocit cu pacientul, să fructifice acest tip de relație terapeutică, schimbând cu succes structuri de personalitate considerate insolubile sau chiar să elimine simptome declarate incurabile. Dacă acesta va reuși să păstreze o marjă de siguranță, privind apropierea față de pacientul său, și să nu piardă perspectiva, atunci el poate profita din plin de tendința sa de a prelua rolul de adversar în jocul psihodramatic.

Rezultatele cercetărilor lui Riemann, privind „structura personalității terapeutului și efectele ei în praxis,” pot fi rezumate prin obiecția că este foarte dificil de introdus și menținut o poziție ideală de „ținere a oglinzii” și că psihoterapeutul trebuie să dețină o cunoaștere exactă a „ecuației personale”, a structurii sale de personalitate, a caracterului și a modului în care le poate folosi exclusiv în folosul pacientului său. Fenomenele subsumate noțiunii generice de **transfer** și **contratransfer** sânt permanent însoțite de interacțiuni verbale și nonverbale între analist și analizat și care trebuie înțelese ca ocupare a rolului. *Pregătirea – jocului – rolului* (Rollenspielbereitschaft) este desemnată de reacția deschisă a analistului față de pacient precum și față de propriile sentimente și idei. Asta înseamnă că analistul, pe lângă transfer și contratransfer, trebuie să ia în considerație și comportamentul de rol propriu pe care el, în cadrul nevrozei de transfer (Übertragungsneurose), îl deplasează în centrul vieții pacientului. Nevroza de transfer poate fi apreciată ca o dezvoltare dramatică prin care analistul încearcă să înțeleagă ce rol transferă

pacientul asupra sa. Contratransferul și nevoia permanentă de a-l analiza, nu lasă structura personalității analistului neatinsă. De aceea Freud a ordonat ca psihoterapeuții să-și facă la fiecare cinci ani propria analiză. În cadrul interacțiunii terapeutice se schimbă cunoașterea de sine în ambele sensuri, apar „zone-neiluminate-încă”, recunoașterea și depășirea lor solicitând psihoterapeutului o pregătire temeinică și o experiență îndelungată privind analiza controlului propriu. Se poate afirma că, psihanalistul are nevoie de un autocontrol permanent, deoarece există tendința de a se subordona schimbările de structură, ce nu pot fi conștientizate simultan, muncii analitice în sine.

Problema exercitării **autorității** și **puterii** în situația analitică poate fi prezentată mult mai bine prin sistemul noțiunii de **interacțiune** decât prin sistemul specific analitic. John Haley (1975) se întreba dacă nu cumva psihanaliza este efectivă numai prin intermedierea unei conștiințe de sine profunde și, în acest caz, schimbările terapeutice ar putea fi explicabile exclusiv prin contextul situativ. El privește situația analitică sub aspectul încercării permanente de definire a unei relații. Astfel, în relația terapeutică, are loc o *luptă pentru putere*, în care sunt folosite tehnici diferite și cu ajutorul cărora atât terapeutul cât și pacientul încearcă să se manevreze reciproc. Deoarece este imposibil să se certifice care comportament este de dorit și care ar fi indezirabil, precum și faptul că toate mesajele transmise sunt sau influențe sau comenzi (transfer, așteptare și preluare a rolului), face ca nici unul dintre parteneri să nu poată lăsa responsabilitatea privind relația însăși, pe seama celuilalt. Exercițarea puterii în relație, nu este din capul locului asimetrică deoarece, chiar și comportamentul de neputință poate influența tot atât de mult atitudinea partenerului cât și cel autoritar.

John Haley împarte comportamentul comunicativ în:

a) simetric (ambii parteneri schimbă echivalențe); b) complementar (situația profesor-elev); c) metacomplementar (cineva permite sau constrânge pe celălalt să definească relația dintre ei într-un anumit mod, cum ar fi relația de ajutorare). Așadar, cine produce o relație metacomplementară poate controla manevrele celuilalt, având concomitent controlul asupra modului cum va defini

celălalt relația. Pacientul încearcă, prin simptom, să mențină permanent controlul asupra evenimentelor în relație, iar mania, de a-și asigura astfel controlul asupra oricărui fel de relație, îl face candidat sigur la psihoterapie.

Prin aceasta, se relevă în mod expres importanța decisivă a felului cum psihoterapeutul pune problema și de care depinde dacă el sau pacientul va prelua controlul asupra structurii relației terapeutice. Pentru orice școală terapeutică este deosebit de importantă dezvoltarea unor tehnici de obținere a controlului asupra relației cu pacientul și prin aceasta influențarea emoțiilor și reacțiilor sale. În situația psihanalitică terapeutul îl dirijează pe pacient (prin pasivitatea sa, prin regula de bază a psihanalizei, prin orientarea exclusivă asupra fanteziei, prin analiza rezistențelor la analiză, etc.) și concomitent afirmă că el nu-l dirijează! *Astfel se creează o situație paradoxală în care analistul păstrează tot timpul conducerea relației cu toate că el neagă verbal acest lucru*. Datorită acestei atitudini pacientul încearcă să-l surprindă pe analist căutând noi definiții și modalități de comportament. Singura salvare a analistului este că el poate ordona comportamentul pacientului său într-un sistem la care numai el are acces, putând astfel să-l manipuleze mai bine. Se neglijează faptul că autocunoașterea se realizează interacțional, că interacțiunile prin conștientizare nu mai pot fi aceleași ca înainte, așadar comportamentul se schimbă permanent, astfel încât comunicarea de tip metacomplementar trece într-una complementară și chiar simetrică.

I.1.a. Analiza rezistențelor în psihanaliză

Țelul de fond al psihanalizei este conștientizarea (wo ES war, soll ICH werden = unde a fost sinele ar trebui să apară eul) tendințelor inconștiente și acesta se realizează prin regula de bază a asocierii și interpretării psihoterapeutice, căreia de regulă i se opun, în mod rafinat și greu de recunoscut, nenumărate **rezistențe** precum: încălcarea regulilor de bază ale psihanalizei, evitarea permanentă, ocolirea sau reorientarea temei, vorbăria goală prelungită, evitarea subiectelor importante, evitarea meditării asupra temei, tăceri prelungite semnificative, contradicții între conținutul relatării și afect, folosirea clișeelelor pentru a evita o participare emoțională, uitarea

materialului de analizat, căscatul, ațipirea scurtă, atitudinea corporală frapantă, afirmații „șocante” înainte de a ieși pe ușă și tendința de a avea ultimul cuvânt, întârzierile, datarea falsă a ședințelor, omisiuni și tăgădnări, „fixarea în timp” a relatării (prezent, trecut, viitor) fără a remarca trecerile. Chiar și transferul poate fi apreciat parțial ca o rezistență. Rezistența este un concept mai larg, ce cuprinde nu numai domeniul mecanismelor de apărare ale eului, ci se constituie ca un principiu central al vieții umane. Ea este un concept relațional ce implică permanent existența a doi parteneri, pe care nu poți să ți-i reprezinți independent unul de altul, astfel că, ceea ce face unul produce efecte asupra celuilalt și invers. Rezistența este un concept interdisciplinar însă, primul care vorbește de ea în domeniul psihic, a fost Sigmund Freud.

Analiza rezistențelor este importantă în măsura în care se reușește să se dizolve mecanismele de apărare primitive (regresiunea, îndreptarea spre propria persoană) și să le înlocuiască cu mecanisme de apărare mature, evolute (recunoașterea, meditația, judecata, acțiunea corespunzătoare scopului):

1. Rezistențele inconștientului (Es): forța compulsivă a actului repetat și atracția modelelor inconștiente din instinctele refulate.

2. Rezistențele eului: refularea, reprimarea, rezistența la transfer și câștigul secundar din boală.

3. Rezistențele supraeului: deviații ale sentimentului de vinovăție și a nevoii de pedeapsă.

În lucrarea „Inhibiția. Simptom și teamă” (1926) Freud diferențiază alte cinci forme de rezistență, primele trei fiind ale eului:

1. Rezistența refulării (der Verdrängungswiderstand);

2. Rezistența de transfer (der Übertragungswiderstand);

3. Rezistența eului, sub forma câștigului (avantajului) secundar din boală;

4. Constrângerea repetării, ca formă de rezistență a sinelui (Widerholungszwang des Es);

5. Rezistența supraeului (der Widerstand des Über-Ich);

Fără a intra într-o analiză amănunțită a multiplelor fațete ale rezistenței putem afirma că, Freud nu a integrat psihologic noțiunea de rezistență iar fenomenele inter- și intrapersonale, incluse de el

acesteia, sunt considerate echivalentele mecanismelor de apărare ale eului. Întrebări de fond precum: ce relație are rezistența cu principiul constanței? sunt rezistențele mecanisme de apărare (Abwehrmechanismen), mecanisme de menținere (Aufrechterhaltungsmechanismen), mecanisme de evitare (Vermeidungsmechanismen), mecanisme de supraviețuire (Überlebensmechanismen) sau mecanisme de depășire (Überwindungsmechanismen)? rămân fără un răspuns definitiv.

Freud definește mecanismele de apărare ca fiind operații inconștiente utilizate de eu în scopuri de autoconservare, atunci când situațiile conflictuale periclitizează echilibrul psihic. Teoriile moderne consideră mecanismele de apărare ca fiind mecanisme dinamice ale adaptării. Înțelese ca proces, mecanismele de apărare implică o „schimbare” a stării anterioare din „pasivă” în „activă”, individul se „apără” de ceva ce până în momentul respectiv nu a mai trăit niciodată.

Mecanismele de apărare-adaptare preluate și de psihoterapia actuală sunt următoarele:

- compensația, identificarea, raționalizarea, proiecția, dorința evaluării eului, negativismul, intelectualizarea, izolarea, visarea diurnă, regresia, reprimarea, sublimarea, substituirea, repararea-răului-făcut (Wiedergutmachen), deplasarea, resemnarea, insularizarea emoțională, reversiunea, reîntoarcerea conținutului refulat (retour de refoulé), transferul și contratransferul.

După Freud psihoterapia trebuie să ajute la descoperirea anumitor conținuturi refulate și să le conștientizeze, ceea ce pacientul nu o face cu plăcere, blocând adesea accesul spre ele. În acest sens, pacientul încalcă regula fundamentală a psihanalizei, aceea de a relata fără rezerve toate asociațiile și intuițiile în forma apariției lor, dezvoltând mecanisme de apărare. Străduința pacientului de a intersecta și bloca cercetarea psihoterapeutului, a fost denumită de Freud **rezistență**. Exemple de rezistențe: pacientul devine furios pe terapeut atunci când se ating în discuție adevăruri dureroase pentru el; vorbirea neîntreruptă; insistarea asupra detaliilor ne semnificative și abaterea de la subiect; tendința de a teoretiza în loc de a relata; uitarea conținutului discuției; întârzierea la orele de terapie sau uitarea orei programate; slaba cooperare sau tendința de a se fixa pe simptom și de a-l păstra.

La început analiștii apreciau rezistența ca fiind pur negativă, însă Freud rectifică considerând-o

apoi ca o parte componentă a simptomului, astfel că învingerea „rezistenței la vindecare” constituie factorul de bază al tratamentului. Sarcina terapeutului constă în a-i releva pacientului rezistențele sale, salvând materialul refulat, trecându-l pe lângă instanța cenzurii și solicitându-l să iasă la suprafață. Tehnica folosită pentru depășirea cenzurii o constituia printre altele asociația liberă și interpretarea viselor. Mai recent s-a sesizat că, doar simpla descoperire a unui conflict refulat nu este suficientă pentru a se obține dispariția simptomului. Înțelegerea rațională nu e de ajuns, pacientul fiind solicitat să retrăiască din nou conflictele refulate, să le prelucreze continuu până la capăt în cadrul relației cu psihoterapeutul său. Dacă pacientul nu se schimbă atunci se interpretează că el nu a atins un nivel destul de adânc al amintirilor refulate sau că nu le-a prelucrat temeinic. Capacitatea psihanalizei de a ocoli rezistențele sau, așa cum s-a exprimat Freud, „să aerisească voalul amneziei ce învăluiește primii ani ai copilăriei” - s-a dovedit în decursul anilor mai ineficientă decât și-a imaginat sau dorit Freud însuși. Toate insuccesele terapeutice au fost explicate de el exclusiv prin rezistențe neașteptat de mari din partea pacienților privind propria vindecare.

Wilhelm Reich a fost primul care a dat, fenomenului rezistenței, o cu totul altă interpretare decât aceea a psihanalizei clasice, ce prescria ocolirea/depășirea ei prin construirea unei relații pozitive cu pacientului, pe modelul relației elev-profesor. Practic el a observat că, în spatele atitudinii de cooperare, afirmate deschis de pacient, se ascundea adesea un fel de „dușmănie secretă” pornită dintr-un instinct de protecție (Schutzinstinkt). În studiul formelor de rezistență, Reich a sesizat și mai profund caracteristica de bază a acesteia, denumind-o „rezistență caracterială”:

„Dificultatea vindecării este conținută de întreaga ființă sau de caracterul pacientului. Blindajul caracterial (Charakterpanzerung) este o formă de exprimare personală a blindajului corporal (Körperpanzerung) și se exprimă în terapie ca rezistență caracterială.”

Tensiunile corporale acumulate sunt remarcabile prin rigiditate, încremenire, încordare, inflexibilitate, imobilitate, cele caracteriale (apărute pe baza acestora) sunt mecanisme de apărare stereotipe precum zâmbetul, ironia, chicoteala, curaj exagerat. Straturile acestui blindaj sunt înțelese

de Reich ca o plasă structurală ordonată istoric și organizare individuală, specifică, a mostrelor de apărare ce pot lua diferite forme: „Nu este vorba de a străpunge stratul de apărare al eului, pentru ca inconștientul să treacă în conștient; blindajul caracterial trebuie înțeles, mai degrabă, ca o încercare a dorințelor și funcțiilor de apărare ale eului (împletite între ele) de a străpunge întreaga structură psihică (Reich, 1977, pg. 113). Structura caracterială este evidențiată ca o istorie încremenită a vieții psihice: „Lumea trăirilor trecutului trăiește în forma atitudinii caracteriale prezente. Esența umană este suma funcțională a tuturor trăirilor trecute.” Așadar, urmele oricărui conflict, al copilăriei timpurii, se pot regăsi în prezent, în atitudinile caracteriale rigide. Polaritatea conștient-inconștient și descrierea dezvoltării sexualității infantile timpurii (raportul satisfacție-frustrare, intensitatea și dimensiunea identificării cu părintele de același sex, discordanțele din comportamentele ratate, etc.) sunt transferate de Reich la diferențierea diferitelor forme nevrotice de blindaj caracterial:

- a. caracter falic – narcisic: mamă cu caracter masculin, impulsul erotic reprimat față de mamă determină deprecierea tuturor femeilor, eventual homosexualitate;
- b. caracterul pasiv-feminin: în faza anală mamă severă, supunere și cedare, în anumite condiții forme de masochism; în cazul unui tată foarte sever fiul își reprimă ura față de el și se ascunde în spatele unei măști caracteriale feminine de supunere;
- c. caracter masculin-agresiv: tatăl sever se comportă față de feminitatea fiicei depreciativ și respingător, aceasta își reprimă feminitatea, se identifică cu forța și agresiunea asimilând comportamente masculine;
- d. caracter isteric: dragostea fiicei față de tată este pedepsită moral și reprimată, anxietatea genitală devine un sentiment dominant, sindromul Lolita și cochetăriile de acest gen autojustificate apoi prin „a nu ști ce-ar trebui să însemne/să fie asta”;
- e. structurile caracteriale compulsive: educația severă a igienei corporale determină reprimarea intereselor și activităților genitale; impulsul agresiv sau sadic declanșat astfel va fi refulat și trăit numai în fantezie iar menținerea lui sub presiune este posibilă prin folosirea mecanismelor de control și ordine compulsivă;

- f. caracter masochist: în spatele autoumilirii stau ambiții ratate și o grandomanie anxioasă; tensiune sexuală nesatisfăcută, frica plăcerii, masochism ca formă de adorație sau ca satisfacere efectuată împotriva voinței proprii.

Demolarea blindajului caracterial se poate face în ordinea apariției straturilor mecanismelor nevrotice, cele de la suprafață fiind refulările cele mai târzii ale copilăriei. Simplificat, personalitatea poate fi descrisă prin trei straturi:

- a) startul exterior: fațada părților acceptate social, prezentată adesea printr-o politețe exagerată de suprafață;
- b) stratul de mijloc: atitudine reactive nedorite social, așa numitele emoții negative (după Reich ele nu sunt o dovadă, a unei distructivități ancorate biologic, ci expresia „mâniei determinate de ratarea în viață și de deficiența satisfacției sexuale”) considerate ca fiind în slujba instinctului vieții;
- c) stratul central (miezul): trebuințele primare („În adâncul mecanismului nevrotic, în spatele celor mai groțești, periculoase și iraționale fantezii și impulsuri am găsit o bucată de natură simplă, firească și cumsecade” – Reich 1977)

Pentru Reich, cel mai important lucru, era eliberarea acestui ultim strat al personalității, ceea ce stă în discordanță cu teoria psihanalitică unde natura (instinctele) și cultura (morala) sunt declarate ca inconciliabile iar trăirea/exteriorizarea primelor, ca periculoasă și distructivă. El contrapune reglementării morale automatismele economice/practice: natura stă într-o contradicție cu reglementările morale care solicită renunțarea la instincte și obligă la îndeplinirea obligațiilor însă nu și în contradicție cu automatismele economice individuale ce se supun moralei declanșate de îndeplinirea nevoilor spontane ale organismului (recte de supraviețuire).

Wilhelm Reich (în lucrarea „Wiener Seminar für Psychoanalytische Therapie”) a fost așadar primul psihanalist care s-a ocupat sistematic de noțiunea de rezistență, lărgind considerabil lexiconul ei și incluzând pentru prima dată *comportamentul camuflat sub mimica cooperativității* în rândul formelor de rezistență. De exemplu: pacientul repetă stereotip „da, da” la fiecare expunere a

terapeutului pentru a-l abate de la importanța temei; prezintă material ca fiind extraordinar de important dar care se dovedește în realitate ca nesemnificativ; este extrem de punctual, colaborează foarte bine, este maleabil însă își ascunde sentimentele profunde, adevărate; povestește evenimentele proprii fără participare afectivă sau cu una inadecvată; zâmbet și amabilitate stereotipă; nu lasă terapeutului posibilitatea să poată deosebi din noianul relatărilor elementele de importanță majoră pentru terapie, etc. Reich apreciază conținutul rezistenței ca fiind aspectul central asupra căruia trebuie să se concentreze terapeutul, arătând că ocolirea lor sau scoaterea la lumină a conținuturilor refulate, nu-l va determina pe pacient să renunțe la rezistențe. Scopul terapeutului trebuie să-l constituie dislocarea rezistențelor înaintea analizei refulărilor, terapia trebuie să se concentreze din prima zi asupra lor, să le depisteze și să le înregistreze în ordinea apariției. Conștientizarea acestora trebuie să-l determine pe pacient să le recunoască rolul în vindecarea sa și să le elimine, după care se poate începe munca de analiză.

Reich considera forțele adormite ale inconștientului ca fiind autonome, dirijând nonstop comportamentul și trăirile conștiente. Ceea ce nici el nu lua în considerație este faptul că, unele impulsuri inconștiente, cum ar fi dragostea, mânia, frica, nu au o forță de sine stătătoare, ci își raportează și împrăștează forța, prin exteriorizarea comportamentului (o circularitate tipică multor procese psihice). De exemplu, sentimentul de rușine și frică, cu privire la conținuturile refulate, se hrănește permanent tocmai prin folosirea de rezistențe. Renunțând la rezistențe, pacientul își poate schimba statutul său inconștient și deschide astfel poarta spre realitățile refulate, reducând tensiunea și energia conținutului refulat, inerent sentimentului de vinovăție și rușine. Ceea ce trebuia obținut, abia după căderea rezistențelor, este realizat parțial tocmai pe timpul procesualității actului cedării rezistențelor:

„Fă-l pe pacient să înțeleagă că poartă o mască, după aceea arată-i cum poate s-o scoată, pentru ca apoi să se poată începe munca de analiză profundă”- Wilhelm Reich.

În realitate, depunerea măștii îl constrânge pe pacient doar să-și accepte înfățișarea, fără a avea și garanția autenticității gestului. Purtarea măștii a determinat, privit retroactiv, menținerea

permanentă a sentimentului de rușine. Conținutul rezistenței care, în acest caz, alimenta autoumilierea ajunge, prin depunerea măștii, să fie redus și limitat considerabil. Rezistențele par totuși a ne spune mult mai multe despre pacient decât conținuturile refulate, vorba proverbului: „o mască poate spune mai multe despre purtătorul ei decât înfățișarea sa reală.” În afară de aceasta, rezistențele, printr-un proces reversibil (tipic proceselor psihice și circularității), pot să-i influențeze uneori viața pacientului mai mult decât o fac conținuturile refulate.

Nu ceea ce ascund oamenii, devine o caracteristică centrală a vieții lor, ci modul în care ei ascund ceea ce ascund.

Astfel rezistențele, prin efectul retroactiv asupra conținutului refulat, devin o parte a felului de a fi al pacientului, determinându-i comportamentul și, uneori, prelungindu-i nevroza (activarea instinctului de protecție dincolo de nevoia obținerii unor efecte benefice). Psihologia acțiunii și comportamentale a pus în evidență importanța inerției și rezistenței astfel că, analiza rezistențelor, a ajuns să fie mult mai importantă și mai apreciată decât au putut intui Freud, Reich et co.

Otto Rank atrage atenția și asupra aspectului **dinamic** al rezistenței, înlocuind „libidoul” cu „voința”: „Nevroza este o blocare la mijlocul drumului a procesului de individualizare, în care se renegă voința și se întoarce dinamica, într-un mod distructiv, asupra acestuia. Țelul oricărei terapii constructive nu constă în înlăturarea rezistențelor, ci în transformarea voinței negative care-i stă la bază (contravoința) într-o voință creatoare care să se impună” (Rank, Wahrheit und Wirklichkeit. Entwurf einer Philosophie des Seelischen” 1929). Contravoința este puterea inconștientă și, calea cea mai sigură de a determina pe cineva să nu facă ceva, este să-l constrângi s-o facă! Și de a-l determina s-o facă este să-i interzici s-o facă! Cu toate că Otto Rank a exprimat acest adevăr în 1906, ***principiul contravoinței*** nu este pus prea des în practica terapeutică sau pedagogică deși acesta relevă o trăsătură umană de o forță inestimabilă.

Rank a fost promotorul psihologiei umaniste și, în „Psihologia relațiilor interumane”, acordă eului o anumită autonomie față de sine (Es). El și-a îndreptat atenția asupra situației analitice concrete și a relației analist – analizat, propunând scurtarea curei psihanalitice, ceea ce obliga

pacientul să-și clarifice problemele într-un interval de timp prestabilit. Împreună cu Ferenczi publică în 1924 cartea „Scopurile dezvoltării psihanalizei” în care se distanțează de Freud și de interpretarea repetărilor pacientului ca semn al rezistenței. Rank vede în reproducerea sau repetarea obsesivă a oricărui material, ce nu poate fi altfel amintit, o comunicare denaturată a inconștientului, la început de neînțeles. Focusul tratamentului nu ar trebui să fie clarificarea trecutului deoarece problemele pacientului nevrotic sunt în prezent. ***Prin rezistență eul se apără și se opune reproducțiilor și interpretării rezistenței de către psihanalist!***

După Rank, metodele de tratament psihanalitic nu lasă la vedere nici un fel de urme ale „medicamentului” care a vindecat iar accepția, că simpla descoperire a greșelilor, în dezvoltarea individuală, ar avea efecte curative, conduce la erori de apreciere. El consideră puterea voinței ca fiind factorul ce influențează situația terapeutică dar și orice altă interacțiune umană poate avea urmări, istoria omului fiind, în fond, o înșiruire de acte volitive. Psihanaliza își dorește să facă oamenii mai „buni” nu doar sănătoși în sine, iar voința ar fi după ei „răul”, slăbiciunea ce trebuie tratată. Stimularea voinței la rebeliune, la exprimarea și dezvoltarea individualității și personalității, la desfășurarea forțelor creative este calea propusă de Rank. În acest sens, el aduce în prim plan personalitatea terapeutului ca fiind cel mai efectiv factor în tratament, însă aceasta nu se formează automat numai prin urmarea cursurilor de formare psihoterapeutică: „Căci, în ciuda celor mai buni profesori și a convingerii de sine a școlarului tot nu obții un psihoterapeut ca lumea, o profesie pentru care, mai mult ca în oricare alta, trebuie să ai o chemare.” Momentul decisiv al dezvoltării personalității unui terapeut este dovedit de faptul că, tocmai psihanaliztii de succes, nu au fost la rândul lor analizați (sau nu au avut nevoie să fie analizați fiind personalități echilibrate care nu intrau în conflicte de rivalitate narcisică cu pacientul)! Această apreciere a lui Rank confirmă și observația pe care o fac de multă vreme, aceea că unii studiază psihologia din dorința de a se înțelege pe sine și autovindeca de anumite suferințe/traume, ceea ce poate fi abuziv/neloial/imoral dacă-ți dorești apoi vindecarea altora prin „metodele” probate pe sine.

Rank distinge în final două forme de teamă care produc două forme de rezistență: prima îl

împiedică pe pacient să intre în relație, deoarece se teme să-și piardă autonomia „întregului” și pe care o denuțește „*teama de moarte*”, o reacție de apărare față de intensitatea unei relații și o încercare de menținere a siguranței; a doua este teama de câștigare a autonomiei, care conduce la cedarea sentimentului de securitate, însemnând singurătate și vină (responsabilitate), adică „*teamă de viață*” - ce se exprimă prin rezistența pacientului față de dezvoltarea individualității, respingerea felului „de a fi altfel” decât ceilalți. Ambele forme de apărare se unesc în rezistența față de schimbarea propriei persoane în terapie, căci aceasta ar însemna cedarea părților de personalitate și a relațiilor existente, apărând ca o formă de „moarte.” În același timp ea aduce cu sine și o năzuință spre ceea ce este străin, spre domenii mai imprezibile, putând declanșa astfel o „nouă naștere.” Acest conflict evolutiv primește spre finalul terapiei o importanță decisivă și ar trebui să i se acorde, după Rank, o foarte mare atenție.

Depășirea rezistențelor nu este o muncă predominant intelectuală, ea se petrece și la nivelul emoțional-afectiv, în care relația terapeut-pacient este suportul. Lupta de apărare, exprimată ca rezistență, devine clară doar în cadrul transferului. Pacientul transferă asupra analistului caracteristici ale relației sale cu obiectele infantile, ajungându-se astfel la nevroza de transfer: „*Lupta nouă dintre aceste obiecte va fi ridicată, prin sugestiile terapeutului, la cel mai înalt nivel, desfășurându-se ca un conflict psihic normal*” - Freud. Treptele tratării obiectivărilor verbale și non-verbale ale pacientului sunt: confruntarea, interpretarea și prelucrarea. Prin prelucrare se pătrund structurile cognitive și emoționale însă, recunoașterea cognitivă a stărilor de fapt ale trecutului, fără trăirea și exprimarea afectelor însoțitoare, pot rămâne fără efect.

În psihanaliză verbalizarea are un rol central și înseamnă a se da un nume fiecărui comportament, mișcare, sentiment, trăire, amintire. Prin aceasta incomprehensibilul, atât de particular al trăirilor subiective, este anulat și trecut în domeniul disponibilităților umane, creându-se astfel posibilitatea conectării unor stări, considerate până atunci ca paralele, în combinații noi și surprinzătoare. Interpretarea acestor procese se bazează pe realizarea unor corelații de sens, motivele putând fi relevate numai în legătură unele cu altele. Pentru înțelegerea motivelor și pro-

ducerea corelațiilor este important de știut dacă pacientul vorbește numai despre suferința sa sau despre o suferință potențată de relația sa cu terapeutul, chiar dacă pe moment, din punct de vedere al conținutului, nu poate fi prea evident. Tot ce produce pacientul în ședința terapeutică conține și un aspect al transferului. Dacă pacientul se așteaptă ca terapeutul să reacționeze cum au făcut-o persoanele de referință din viața sa, atunci el încearcă prin aceasta să mențină homeostaza originală și să reproducă situații anterioare cu încărcătură patogenă. Pentru a putea interpreta aceste procese, terapeutul trebuie ca, pe lângă informații anamnestice, să facă apel la capacitatea sa empatică, atingând astfel zona contratransferului. Numai așa va putea terapeutul să recunoască/identifice ce aspect al relației-cu-obiectul (Objektbeziehung) este transferat asupra sa și care în trecut reprezenta optimul homeostatic al pacientului. În cadrul acestui proces, analistul este confruntat, pe plan intern, cu propriile sale *relații-cu-obiectul*, de care el trebuie să se debaraseze prin propria analiză. Această debarasare este motivul interior al abstenenței de care analistul trebuie să fie capabil. El trebuie să reziste oricăror tentații de utere în relație și de autoeficiență, să fie sigur de sine și singur fără a fi însingurat deoarece, solitudinea trăită ca părăsire, abandonare și izolare, este un fenomen psihopatologic care incomodează înțelegerea pacientului. Așadar el trebuie să evite în mod conștient să se lase influențat de așteptările pacientului, renunțând la replică sau tăcând, tăcerea însăși devenind un factor de influență în cadrul interacțiunii. Astfel exprimat: „Școlarul este prilejul ca învățătorul să se înțeleagă pe sine. Învățătorul este prilejul ca școlarul să se înțeleagă pe sine” - Sören Kierkegaard.

Ceea ce Freud a descris ca fiind **reprimarea originală**, miezul ființei noastre, pornește de la premiza că noi rămânem toată viața niște nevrotici potențiali, ceea ce face ca orice analiză individuală să devină o poveste fără sfârșit sau, altfel exprimat, că fiecare **schimbare** a comportamentului, făcută din dorința unei libertăți mai mari, conține paradoxal **originea reprimării**. Așa devine procesul de autodepășire (Sich-selbst-Überholen) unul fără finalitate și fără limite:

„Inconștientul protejează conștientul, el este mai deștept decât acesta deoarece el nu va admite

niciodată ca adevăruri inconștiente să pătrundă în conștient dacă acesta din urmă nu este capabil sau nepregătit să le accepte și le integreze” - Milton Erickson, 1978.

I.1.b. Analiza relației de transfer sau a expectanțelor pacientului

Noțiunea „relația de transfer” include înțelegerea faptului că relația este întotdeauna și un transfer, adică relația momentană (acum și aici) dintre terapeut și pacient este supusă permanent și unor influențe externe atât din trecut cât și din prezent, actuale sau repetate, autentice sau recapitulări. Sarcina terapeutică constă nu numai în a clarifica problemele pacientului ci și în a crea o situație imaginativ-interacțională, cu scopul eliberării lui de repetarea compulsivă (obsesională) a unor stereotipii interacționale cu efect disfuncțional, creându-i astfel posibilitatea unei relaționări multiple. Conceptul *relația de transfer* prevede faptul că în comportamentul pacientului nu apar exclusiv numai repetări ale conflictelor trecutului sau structuri noi ale unor experiențe relaționale trăite deja, ci și influențe ale unor relații din afara cadrului terapeutic. Relația de transfer nu este niciodată un „transfer pur”, deoarece ea este permanent influențată, atât pe plan conștient cât și inconștient, de persoana terapeutului care nu se poate autocontrola întotdeauna perfect, nu poate să nu reacționeze cumva, iar informațiile/mesajele (vizibile și invizibile, verbale sau nonverbale) pe care le transmite nu pot fi absolut neutrale. Chiar și modul în care este mobilat spațiul terapeutic, îmbrăcămintea, gestică și mimica corporală, tonul vocii, felul formulărilor, modul personal de a pune întrebările precum și preferințele terapeutului pentru anumite teme de discuție, ce exprimă particularitatea felului său de a fi, sânt elemente care influențează transferul. Chiar și comportamentele mai puțin vizibile, determinate de atitudini inconștiente sau de fanteziile terapeutului, influențează, de loc neglijabil, interacțiunea terapeutică. Reacțiile pacientului la astfel de influențe, suprapuse setului său de așteptări (conștient sau inconștient), declanșează anumite răspunsuri din partea terapeutului, astfel că se dezvoltă o spirală interacțională compusă din elementele succesive ale expectanțelor și proiecțiilor inconștiente de rol. Avem astfel un concept de transfer interacțional sau mai bine zis de un „transfer circular.”

Munca terapeutică în relația de transfer include premiza că, problemele și conflictele pacientului se vor repeta și în relația terapeutică, că rolul terapeutului este de a fi un „partener de conflict” ce-i stă la dispoziție și care va încerca, cu răbdare și calm, să clarifice acest proces, în loc să se apere pe sine. Funcția relației de transfer este de a înțelege și clarifica proiecțiile interacționale și expectanțele îndreptate în direcția persoanei sale. Este important de a se încerca răspunsuri la întrebările legate de teama pacientului de fi pedepsit sau criticat, cum ar fi, de exemplu:

- ce fantezii are el privind posibilitatea și modul de a fi pedepsit de către terapeut? Se teme cumva că se va face de rușine sau că nu va mai poseda secrete personale? Se așteaptă să fie descalificat moral, crede că terapeutul îl urăște în sinea lui pentru faptele destăinuite și că la prima ocazie îl va exclude din terapie? Ce comportamente sau tendințe crede el că vor fi condamnate moral? Ce crede el despre normele morale ale terapeutului? Care din afirmațiile făcute de terapeut l-au făcut să creadă acest lucru?

Transferul nu este specific numai procesului terapeutic din psihanaliză ci se manifestă în oricare altă relație terapeutică, diferențele fiind adesea de fundalul teoretic al interpretărilor sau de însemnătatea acordată lui. Clarificarea transferului se realizează prin întrebări directe, plasate în contextul relatării pacientului, cum ar fi practic situația în care un pacient revine mereu la dificultățile relaționale cu tatăl său. Psihoterapeutul de orientare sistemică poate face în acest caz afirmații-interpretări de acest fel:

- „Probabil că uneori mă simțiți la fel de distanțat față de problemele dvs. exact cum povestiți că o făcea și tatăl” - (interpretarea situației terapeutice);

- „Mă întreb dacă nu cumva dezamăgirea pe care o simțiți în acest moment față de mine, nu o trăiți uneori și față de soția dvs.” - (interpretarea unei situații exterioare terapiei);

- „Această indiferență și distanțare pe care o presupuneți la mine este ceea ce va făcut să suferiți în relația cu tatăl dvs. în copilărie” - (interpretarea unei situații trecute).

Manifestările de transfer sunt de remarcat prin aluziile și întrebările personale puse direct la adresa terapeutului, cum ar fi: - „Sunteți căsătorit, aveți copii? Locuiți în acest oraș? Unde ați

studiat?”, etc. Răspunsul trebuie să fie însă mereu indirect și de pe poziții meta: -, „Ceea ce fac în afara profesiei mele, cine sunt sau de unde vin - vă preocupă în acest moment. Poate puteți să-mi povestiți ce gândiți sau credeți despre mine.” Pacientul poate provoca, prin astfel de întrebări, fenomene de contratransfer negativ din partea terapeutului și în final declanșarea unor **rezistențe** foarte mari, ce pot periclita relația terapeutică.

La afirmațiile unei paciente, psihoterapeutul orientat sistemic, poate răspunde în mai multe moduri:

P - „Soțul meu nu m-a înțeles de fapt niciodată. El a refuzat să se pună în situația mea și să vadă lucrurile și cu alți ochi.”

T1 (compătimitor): -, „Dvs. aveți impresia că el refuză să vă compătimească și astfel va trebui să vă descurcați singură.”

T2. (interpretare): -, „Dvs. o spuneți cu un accent deosebit, ca și cum ați vrea să mă convingeți că nu aveți o altă ieșire.”

T3. (intervenție) : -, „Dvs. vă temeți că și eu aș putea să nu vă înțeleg așa cum vă așteptați și că probabil nu mă voi strădui serios să mă transpun suficient de profund în situația Dvs.”

Este foarte important ca terapeutul să-și pună și întrebări introspective: „Cum mă simt vizavi de pacient? Ce sentimente declanșează pacientul asupra mea? La ce acțiuni mă simt constrâns în prezența sa? Ce rol mă determină să preiau așteptările sale? Răspunsul la ele implică conștientizarea propriilor procese intelectual-afective și prin aceasta un control mai bun al contratransferului.

Mai jos câteva din așteptările pacienților în accepția lui John Haley:

Expectanța 1: Pacienții se așteaptă să fie aprobați și confirmați în modul de gândire și în intențiile lor, cum ar fi în exemplul următor: o pacientă abia căsătorită relatează chiar din prima oră de terapie că durerile somatice de care suferă sânt determinate de un conflict familial și mai ales de faptul că soțul ei își ocupă timpul liber numai cu pasiunile și hobby-urile sale, afirmând: „Când a început și cu Internetul am ajuns la capătul răbdărilor, am protestat vehement, i-am spus clar că nu-l

mai pot tolera, am urlat la el cât am putut. Cred că m-am purtat normal sau sunteți de altă părere?” Terapeutul poate încerca, în timp ce o ascultă, să mimeze empatia și să gândească: „Pacienta dorește ca să-i confirm atitudinea și conform așteptărilor ei ar trebui să preiau răspunderea pentru comportamentul avut față de soț. În același timp ea se îndoiește de faptul că atitudinea ei este îndreptățită. Ea caută în mine expertul dar și pe tatăl ei care a știut întotdeauna ce-i mai bine și i-a eliminat toate îndoielile în copilărie. Simt că acest lucru mă măgulește într-un fel, însă în același timp mă enervează, probabil și pentru că rolul pe care vrea să mi-l atribuie mă cam ispitește. Trebuie să-i înțeleg dorința inconștientă fără a o urma, trebuie s-o ajut să se înțeleagă pe ea însăși și prin asta să-i fac curaj să ia decizia singură.” Terapeutul va trebui să includă în intervenția sa elementele acestui dialog interior și să răspundă concret: -„O ultimă confirmare din partea mea ar fi foarte importantă pentru Dvs., cu toate că la început erați destul de sigură de reacția avută.” O intervenție în genul: -„Dvs. vedeți în mine autoritatea tatălui care ar trebui să vă spună și acum ce este bine și ce este rău” - ar fi cam nepotrivită. Dar poate încerca și să focalizeze ambivalența pacientei și să întrebe calm: -„Această îndoială este desigur problema pe care doriți s-o depășiți cu ajutorul meu” - continuând prin a-i satisface nevoia de siguranță și sprijin: -„Dacă v-aș fi confirmat atitudinea din toată inima, atunci ați fi avut certitudinea definitivă că așa cum ați reacționat a fost în ordine”, sau -„Dacă ați fi avut sentimentul că eu o să particip la deciziile Dvs., atunci v-ați fi simțit mult mai puțin singură”, sau -„A avea o orientare clară și a ști întotdeauna ceea ce este bine sau rău, v-ar da o anumită siguranță pe care desigur că ați avut-o și în copilărie sub protecția familiei Dvs.”

Expectanța 2: Dorința confirmării unei asemănări cu situația sau experiențele trăite de terapeut se poate remarca prin întrebări obișnuite: -„Aveți copii? Sunteți căsătorit? Ați trecut și dvs. prin așa ceva?” - care evidențiază atât expectanța privind natura dialogului terapeutic sau realizarea unei atmosfere familiare de încredere și comunicare, cât și dorința inconștientă de a controla situația interacțională cu terapeutul (schimbare de rol: cine pe cine întreabă!). Răspunsul terapeutului trebuie să fie în formulare cât se poate de empatic: -„A ști ceva mai mult despre mine v-ar da mai

multă siguranță în prezența mea”, sau –„Dacă ați ști că și eu am copii, atunci veți gândi că vă voi putea înțelege mult mai bine grijile și problemele pe care le aveți în acest sens” - ceea ce poate avea ca efect noi destăinuiți din partea pacientului. Expectanța relațională poate fi reformulată astfel: - „Vă este frică că oamenii nu pot decât să vă jignească, dacă le veți mărturisi adevărul despre problemele pe care le aveți și uneori această teamă o manifestați și față de mine.” Dacă pacientul este o persoană nesigură sau bănuitoare, atunci ar fi bine să se răspundă la întrebare și apoi să i se redireze atenția: -,„Nu sunt căsătorit. Mă întreb acum ce însemnătate poate avea răspunsul meu pentru dvs.”, sau –„Nu am copii dar m-ar interesa să știu dacă acum vă gândiți că nu mă pot transpune de loc în situația dvs.” Este cu totul altceva dacă, într-un stadiu avansat al terapiei, pacientul se preocupă intensiv cu persoana terapeutului, poate și dintr-un motiv de transfer erotic: - „Dacă sunt sau nu căsătorit? Pe mine m-ar interesa în acest sens ce gânduri și ce imagini vă faceți despre felul cum trăiesc, atunci când vă gândiți la persoana mea. Vă rog să-mi povestiți despre ele.”

Expectanța 3: Dorința de apropiere și afecțiune, de o anumită familiaritate și apropiere sufletească de încredere poate fi accentuată în cazul unor pacienți cu o structură nevrotică depresivă sau cu tendințe de dependență. Majoritatea pacienților de acest tip tind să dezvolte stări de teamă, de disperare, de neliniște sau de teamă în situațiile în care terapeutul lipsește din motive de îmbolnăvire sau concediu sau când terapia se apropie de sfârșit, făcând afirmații de genul: -,„Nu știu dacă se merită să mai începem o nouă temă și nu știu ce să fac în cazul în care mă voi simți rău. Azi avem numai o ședință, de mâine sunteți plecat 4 săptămâni și după aceea nu mai rămâne prea mult timp.” Prin această afirmație el atinge indirect problema relației sale cu terapeutul, se teme de despărțire (în sens de pierdere, prejudiciu), dispoziția sa internă sună a resemnare și capătă forma unui reproș latent al faptului că, în timp ce terapeutul este pentru el o persoană pe care nu o „împarte” cu nimeni (posesiv), la rândul său terapeutul este „infidel” pentru că are mai mulți pacienți. Se poate răspunde așa: -,„Absența mea fizică vă îngrijorează și vă gândiți deja la finalul colaborării noastre ca la ceva nu numai inevitabil ci și definitiv. Această ireversibilitate vă actualizează sentimentele unor situații mai de demult în care v-ați mai despărțit de unele lucruri sau

persoane. Nesiguranța pe care o simțiți acum este de natură să vă oblige la repetarea unor așteptări identice pe care le-ați avut și față de părinții sau de educatorii dvs. În prezent vă vine greu să credeți că fără ajutorul meu vă veți descurca și o consider un fel de compliment la adresa mea.” Pacientul încearcă să provoace (manipulativ) un sentiment de compătimire sau de vinovăție din partea terapeutului și prin asta prelungirea terapiei sau ca acesta să poată fi contactat „la nevoie” telefonic. Argumentația trebuie să fie defensivă deoarece, o confruntare directă cu strategia folosită de pacient, nu va produce nici-o schimbare productivă. Clarificarea detaliilor privind „nostalgia siguranței pierdute sau teama de singurătate” îl va face să se simtă înțeles și să renunțe la „presiunea emoțională”, acceptând confruntarea cu dorința sa permanentă de apropiere sufletească și teama de despărțire. Momentul închiderii terapiei și a despărțirii de terapeut trebuie abordat ca o fază importantă de maturizare emoțională a pacientului.

Importanța relației cu terapeutul său este ușor de sesizat în aluziile și expresiile indirecte punctate în relatările făcute de pacient și care apar sub trei forme:

a) impersonale: se, cineva, unii, bărbaților, femeilor („Nu cred că bărbații pot înțelege așa ceva! Am fost adesea dezamăgit de unele persoane, atunci când le-am spus deschis părerea mea”). Astfel de generalizări impersonale nu trebuiesc trecute cu vederea, așa că se impune precizarea: -„Vă îndoiiți dacă vă voi înțelege într-adevăr în această privință și vă temeți la urma urmei să nu fiți la fel de dezamăgit ca și altădată”;

b) vorbire la persoana a treia, această „deplasare” este de obicei mascată în aluziile privind răspunsurile la care el se așteaptă: (pacientă, 36 de ani, 3 copii W 02.08.61, anxietate depresivă):

P.: Și i-am spus la urma urmei soțului că pe mine mă doare faptul că el mă lasă să bat pasul pe loc și să mă mișc în gol, că el mă evită și-mi dă mereu numai răspunsuri evazive.”

T. - „Mă întreb dacă și pe mine mă găsiți la fel de evaziv sau dacă și față de mine simțiți această dezamăgire.”

P. – „Nu știu, nu m-am gândit încă la dvs. Nu, n-aș putea spune că am fost la fel de furioasă pe dvs.”

T. – „Da, însă v-ați dorit în anumite situații ca eu să vă dau un răspuns clar și atunci ați fost totuși dezamăgită.”

P. – „S-ar putea să fie așa, desigur că mi-am dorit uneori ca Dvs. să vă exprimați opinia mai clar, mai direct.”

T. – „Și ați avut atunci sentimentul că v-am lăsat la o intersecție de drum fără a vă arăta clar direcția în care să mergeți și asta într-un moment în care ați fi avut mare nevoie de părerea mea.”

P. – „Am momente în care mă simt total dezorientată de modul dvs. de a reacționa, vreau să spun că simt o anumită frustrare.”

Prin aceasta pacienta se eschivează de la interpretarea unei abordări indirecte a relației sale cu terapeutul și manifestă *rezistență* vizavi de conștientizarea acestui transfer, astfel că se poate aborda tema direct: - „Vă vine foarte greu să recunoașteți că vă simțiți nemulțumită de răspunsurile mele”, cu toate că o interpretare treptată a rezistenței va fi acceptată și prelucrată cu mult mai ușor.

T. – „Această frustrare ați simțit-o desigur și altă dată.”

P. – „Da. Atunci când v-am povestit de cearta mea cu soțul și v-ați purtat indiferent, ca și cum la urma urmei nu v-ar interesa de loc.”

T. – „Ce v-a frapat în comportamentul meu de a-ți avut impresia că mie îmi este indiferent?”

P. – „Hmm, nu ați luat nici-o atitudine și abia că ați zis ceva.”

T. – „Deci pentru că nu v-am spus clar ce părere am despre părerea dvs. și poziția pe care ați luat-o?”

P. – „Da, m-am așteptat să-mi spuneți că și dvs. considerați asta ca.....”

T. – „Că vă împărtășesc părerea sau cel puțin să afirm că găsesc în ordine modul cum ați reacționat.”

P. – „Probabil că da.”

T. – „Faptul că v-am cedat răspunderea să judecați singură situația v-a dezamăgit și, mai ales, v-a făcut să vă simțiți pe undeva trădată de mine.”

P. – „N-aș putea spune chiar așa, însă m-am gândit că ați făcut-o de dragul principiilor dvs. și

că principiile vă sunt la urma urmei mult mai importante decât problemele mele.”

T. – „Sentimentul, de a nu fi într-adevăr important sau luat în considerație, este pentru dvs. o experiență care vă doare încă și pe care nu reușiți s-o controlați. Vă reamintește asta de ceva din trecut sau de situații cheie, în care ați suferit și pe care nu le puteți uita?”

P. – „Acum că mă întrebați, îmi amintesc de o situație de pe când aveam vreo 10 ani când tatăl m-a lăsat să decid singură și nu mi-a răspuns la întrebarea de ce ne părăsește, pe mine și pe mama.”

T. – „Înțeleg, o experiență dureroasă care a lăsat urme și un mesaj ce s-a imprimat adânc în inconștient: nu sunt importantă pentru tatăl meu!”

c) *vorbită despre sine*: aceasta este o formă de identificare inconștientă și include premiza existenței unui fenomen de regresie din partea pacientului. Caz: S 14.08.59. 41 de ani, profesoară, 2 copii, depresivă, cu mari conflicte familiale:

T. – „Sunteți cam tăcută și faceți impresia unei încordări interioare.”

P. – „Da, simt o neliniște internă și nu mă pot concentra decât cu greutate.”

T. – „Încercați să descrieți această neliniște ceva mai exact. Așadar în această încordare chinuitoare vă este cât se poate de clar că.....”

P. – „Încordare nu este cuvântul potrivit. Mă simt de parcă aș fi într-o priză de curent și am în mine o neliniște groaznică.”

T. – „Urmăriți această neliniște. Ce sentimente sau gânduri vă vin atunci când simțiți această neliniște?”

P. – „Mă gândesc că ar fi trebuit să fiu cu mult mai departe decât sunt acum și nu reușesc.”

T. – „Deci simțiți o neliniște profundă vizavi de dvs. înșivă.”

P. – „Am senzația că bat pasul pe loc și nu înaintez cu nimic în ceea ce-mi propun.”

T. – „Probabil aveți impresia că nu am destulă răbdare cu dvs. și nu sunt mulțumit de modul cum îndepliniți prescripțiile pe care vi le dau.”

P. – „S-ar putea să fie așa, căci și eu gândesc uneori la fel. Nu e de mirare că și dvs. afirmați același lucru.”

T. – „Vă faceți griji că totul este prea încet și credeți că sunt nerăbdător sau chiar enervat.”

În privința desemnării comportamentelor permise sau interzise, psihologic vorbind, nici unul dintre parteneri nu poate expedia întreaga responsabilitate celuilalt. În cazul în care unul din ei încearcă acest lucru, atunci acesta determină și felul relației sau modul de comportament care va fi practicat în relație. Un pacient poate să-i ceară terapeutului în mod deschis: - „Știți că nu mă pot decide. Spuneți-mi ce ar trebui să fac?” Prin acest mod de exprimare acesta îl solicită direct pe terapeut, să decidă ce fel de comportament ar trebui să se manifeste în relație și prin aceasta să hotărască despre ce fel de relație este vorba. În acest caz pacientul îl provoacă pe terapeut (manipulativ), indicându-i ce ar trebui să facă: să-i dea un sfat! Acest paradox a fost foarte bine analizat de reprezentanții școlii de la Palo Alto și ai psihoterapiei constructiv-sistemice (în special de Paul Watzlawick) și el apare deoarece se comunică simultan la două nivele:

a) „Spuneți-mi ce ar trebui să fac?” și b) ascultați-mi porunca „să-mi spuneți ce ar trebui să fac!” - terapeutul neavând o altă variantă posibilă de comportament. Un astfel de paradox nu poate fi evitat nici măcar atunci când se va încerca să se evite controlul (puterea) asupra structurii unei relații (până la trecerea de bună voie într-o poziție subordonată și delegarea responsabilității unei decizii este o manipulare), deoarece va trebui să se preia controlul la un nivel mai general (meta) și să se decidă acolo despre ce fel de relație este vorba, respectiv despre o relație în care controlul (teoretic vorbind) nu este preluat de nici un oponent și relația este înghețată!

Se poate spune că toate aluziile de transfer sânt fenomene de rezistență declanșate vizavi de procesul de conștientizare a transferului sau față de reactualizarea aluziilor relaționale. Acestea au caracterul de a bloca procesul terapeutic și se manifestă prin tăceri, centrarea relatărilor numai asupra simptomului (inculparea permanentă a simptomului) sau vorbirea agitată despre banalități. În timp ce mecanismele de apărare sunt de regulă intrapersonale, rezistențele sunt interpersonale și implică întotdeauna relația de transfer.

I.2. Relația terapeutică în terapia de conversație (centrată pe client) de tip Rogers

În viziunea lui Rogers regulile de bază în relația terapeut-pacient (client, în termenii săi) sunt, pe lângă efortul controlului științific al situației terapeutice, următoarele: congruența, acceptanța

necondiționată a clientului și empatia. El recunoaște efectul binefăcător și de vindecare existent în fiecare relație umană profundă și dezinteresată, fiind convins de faptul că pacientul se poate vindeca (schimba) și singur, dacă va profita din plin de climatul de încredere realizat de terapeut și în care, forțele de vindecare personale (Selbstheilungskräfte) se vor putea manifesta conform tendinței de autoactualizare. Aceasta presupune ca, în relația terapeutică să se realizeze un maximum de libertate pentru desfășurarea personalității pacientului, adică o direcționare relativă și neapărat indirectă.

Relația este influențată esențial de atitudinea de sinceritate și autenticitate a clientului precum și de comportamentul congruent (condiție de bază) al terapeutului. A fi autentic față de client, înseamnă după a fi (după Rogers) omul care ești în realitate, conștient de propriile trăiri afective legate de întâlnirea cu el și de a te manifesta concordant. Incompatibile cu aceasta sunt atitudinile de apărare împotriva propriilor sentimente, simularea unei simpatii sau prietenii sau adoptarea unui comportament de superioritate. Ceea ce terapeutul îi spune acestuia trebuie să fie și părerea sa personală, ceea ce el exprimă prin voce, mimică sau comportamental trebuie să fie la unison cu propriile-i sentimente. Numai așa poate clientul să se debaraseze de atitudinile de apărare (Abwehrhaltungen), să abandoneze fațada adoptată inițial și să fie deschis confruntării cu sine însuși și cu terapeutul său, care a realizat pentru sine aceeași pregătire emoțională. Există însă pericolul unei percepții asincrone, a judecării comportamentului celuilalt după o reprezentare proprie a eului acestuia, fără a avea certitudinea că aceasta este și corespunzătoare sau a respingerii lui ca fiind unul lipsit de autenticitate. Ca terapeut te poți strădui să fii mereu cât se poate de autentic și să aștepti încrezător că și clientul te percepe la fel. Efortul autenticității presupune ca, pe lângă considerarea trăirilor clientului, terapeutul să-și conștientizeze concomitent și cum se percepe pe sine în relația cu acesta, iar pe măsură ce e necesar chiar s-o comunice pacientului.

Acceptarea necondiționată și aprecierea valorii sale sunt condiții care pot asigura succesul unei schimbări terapeutice. Bineînțeles că, în practică aceste norme ideale sunt doar repere spre care se tinde, Rogers însuși constatând realist: „O considerație completă și nelimitată nu există.

Psihoterapeutul, cu toate că are o considerație nelimitată pentru clientul său în multe din momentele contactului terapeutic, poate avea din când în când o considerație limitată și ocazional chiar o desconsiderație sau dispreț față de el - însă acestea din urmă sunt mai puțin probabile într-o terapie încheiată cu succes.”

Dezvoltarea terapiei de tip Rogers tinde spre o implicare tot mai mare a calităților persoanei terapeutului, conform ipotezei: cu cât acesta este mai maturizat psihic și mai integrat social, cu atât mai mult cresc și șansele unui succes terapeutic. În accepția sa calitățile unui terapeut de succes sunt următoarele:

1. Sensibilitate față de sentimentele proprii și curajul de a le exprima fără urmă de îndoială;
2. Atitudine pozitivă față de sine (Selbstakzeptanz), fără a fi trecute cu vederea greșelile personale;
3. Siguranță de sine - capacitatea de a admite un mod de a fi fără a-ți face griji privind propria identitate;
4. Sensibilitate față de expresiile trăirilor interioare ale clientului și capacitatea de adaptare la acestea.

S-ar putea vorbi de **transfer** și în cadrul terapiei de conversație? În timp ce, în terapia analitică, transferul și prelucrarea lui ocupa un loc central, această noțiune este tratată marginal și mai puțin apologetic în terapia de conversație. Rogers a fost conștient de faptul că și în cadrul terapiei centrate pe client apar fenomene de transfer și acceptă controversa asupra acestei probleme, însă afirmă că este un transfer mai puțin pregnant. Motivul acordării unui rol subordonat transferului este determinat de atitudinea fundamental deosebită a terapeutului în actul terapeutic și anume aceea de acceptare necondiționată a afirmațiilor pacientului, fără a le pune sub semnul întrebării. Dacă clientul exprimă sentimente pozitive sau negative la adresa sa, terapeutul trebuie să le considere ca sentimente ce apar în cadrul întâlnirii dintre două persoane reale și nu datorită unor proiecții inconștiente. Aceasta presupune ca terapeutul să accepte necondiționat fenomenele de transfer din momentul apariției lor, ajungându-se prin procesul terapeutic de autoexplorare

declanșat astfel, la o apreciere realistă atât a sentimentelor cât și a relației terapeutice.

Un alt motiv care ar determina o manifestare slabă a transferului, este oferit de faptul că terapeutul încearcă, pe cât posibil, să evite tot ceea ce l-ar face pe client să-l identifice cu o figură autoritară, reevocându-i astfel acestuia sentimente de dependență și care pot fi exprimate prin: afirmații evaluative, etichetări, interpretări abstracte de specialitate, astfel ca un transfer, de tipul părinte-copil, să devină cât mai puțin probabil. Apariția transferului este estompată prin faptul că terapeutul se comportă ca o persoană reală și deschisă (tu-ul capătă contururi clare, directe), cât și datorită conduitei de așteptare, total diferită în comparație cu cea a analistului, care ia în calcul tocmai transferul. Un alt motiv este conținut și în durata terapiei sau frecvența ședințelor săptămânale, psihanaliza durează minimum doi ani cu o frecvență de la una până la trei ședințe pe săptămână, terapia de conversație este de scurtă durată, de la 15 la maximum 25 de ore și cu o frecvență de o ședință pe săptămână.

Condiția empatică cerută de Rogers implică răspunsul la următoarele întrebări: Ce pot însemna pentru mine afirmațiile sale? Ce părere personală exprimă prin acestea? Cum se simte vizavi de afirmațiile făcute? Ce relevanță au afirmațiile făcute despre sine? Ce afirmație conține informația cea mai importantă?

Al doilea aspect al intervenției terapeutului este feed-back-ul modului înțelegerii situației sale, fără a se uita regula de bază a acceptării necondiționate și a valorizării în cauză. Comentariul (explicația) terapeutului este îngreunat de gândirea cotidiană (plină de rezistențe!) și se caracterizează prin: îndoială, comentarea și ierarhizarea emoțională a celor auzite, discutarea lor în contradictoriu (negativism), catalogarea generalizată, punerea unor întrebări fără sens, tendința interpretativă, atitudinea moralizatoare, darea de sfaturi, dirijarea cursului discuției după stările emotive sau de interes.

În dezvoltările ulterioare ale terapiei de conversație s-au acceptat unele principii ale psihologiei învățării, cum ar fi: contracon condiționarea temerilor pacientului prin căldura emoțională a terapeutului într-o atmosferă de siguranță și relaxare; întărirea selectivă în care terapeutul acordă

atenție exprimărilor conforme sentimentelor sale pozitive și actuale, evitându-le pe cele negative sau referitoare la trecut (condiționarea verbală). Terapeutul este considerat un expert în relații umane și antrenat să dezvolte, prin comportamentul său, posibilități proprii de întărire, confirmare, participare, colaborare, aprobare, care i-au de cele mai multe ori forme nonverbale: zâmbetul, înclinarea capului, atitudinea corpului, toate controlate rațional și dirijate în funcție de evoluția discuției terapeutice. Activarea trăirilor afective prin metode de activare specifice (focussing), orientarea clientului asupra problemelor arzătoare și motivarea acestuia, printr-o atitudine de încurajare intensivă la rezolvarea lor, subliniază rolul catalizator al terapeutului și de activare a trăirilor emoționale pozitive.

I.2.a. Conceptul de rezistență și apărare în terapia centrată pe client

Carl Rogers era de părere că rezistențele ar rezulta din lipsurile tehnicii terapeutice de a aborda problemele prin exprimările afective făcute de client. Una din principalele cauze ar fi încercarea de a se rezolva problemele clientului printr-o intervenție directivă, nerespectându-se particularitățile proprii de soluționare și insistându-se prematur asupra unor interpretări profunde, abisale: „Cu cât interpretarea este mai probabilă (mai plauzibilă sau credibilă, n.a.) cu atât mai mult ea se va lovi de rezistență și de apărare” (Rogers 1942, pg.196). Altfel spus, cu cât caracterul și conceptul de sine este mai rigid însă structural orientat spre reprezentări mai superioare, cu atât mai mult percepțiile și ideile, care-i pot periclita structura, vor fi respinse. Așadar cu cât acesta va avea forma unei structuri mai închise cu atât mai mult schimbările, chiar și parțiale, pot pune în pericol întreaga constelație. De exemplu: o persoană cu un concept rigid „trebuie să fii cu orice preț o mamă foarte bună” și care dezvoltă concomitent sentimente agresive față de copilul ei, își va considera conceptul de sine extrem de periclitat. Această problemă este rezolvată de Rogers prin introducerea noțiunii de „apărare”, afirmând că individul poate recunoaște totuși la timp stimulii amenințatori putându-i modifica sau chiar elimina folosindu-se de mecanismele de apărare: renegarea și

deformarea (raționalizarea, proiecția, etc. fiind variante ale acestor forme de bază): „Apărarea este un răspuns comportamental al organismului la o amenințare și are ca scop menținerea structurii existente. Acest scop este atins prin deformarea în conștiință a experiențelor senzoriale astfel încât incongruența dintre trăire și structura de sine (Selbststruktur) să se diminueze treptat, iar dacă o anumită experiență reprezintă o amenințare a eului, accesul ei la conștiință îi va fi blocat” - Rogers, 1959.

Atitudinea de apărare determină așadar o percepere selectivă, deformată și uneori chiar rigidă, nu numai a lumii exterioare ci și a propriilor sentimente, valori și năzuințe, ea având ca urmare excluderea unor părți esențiale ale organismului din conceptul de sine. Cu cât un individ face experiențe ce amenință conceptul de sine, cu atât mai mult i se va consolida apărarea, i se va îngusta câmpul trăirilor și structura sinelui i se va rigidiza. Oricât de paradoxal ar părea o persoană, care posedă o atitudine de apărare extrem de accentuată, adică cu o incongruență accentuată între trăire și menținere, nu va avea dureri și va fi privit ca sănătoasă! Dacă sistemul de apărare acționează parțial, atunci persoana se dovedește a fi vulnerabilă, anxioasă, sensibilă. În cazul în care apărarea se prăbușește sub presiunea supra-puterii experiențelor trăite, se poate ajunge la o dezorganizare a structurii de sine sub forma patologică a unei reacții psihotice. Apreciind apărarea ca foarte valoroasă, Rogers recomandă terapeuților să respecte procedurile de apărare ale clienților și să asigure, în relația terapeutică, un climat de siguranță care să permită accesul spre conștiință a experiențelor amenințătoare pe care apoi, printr-o simbolizare adecvată, să le pună în legătură cu imaginea de sine.

Cu toate că rezistența este privită ca o **opozitie** la desfășurarea procesului terapeutic, sunt reliefate totuși unele efecte pozitive pe care aceasta le are asupra terapiei, precum: rezistența ne indică dacă clientul prelucrează un material important sau unul indiferent lui; ea reglează procedura de moment a terapeutului și-i semnalizează comportamentele greșite. Tipurile de rezistență mai importante ar fi după inventatorul terapiei centrate pe client următoarele:

a) introspecția limitată: clientul se ocupă exclusiv cu evenimente externe, evitarea introspecției

fiind apreciată ca o lipsă în evaluarea și prelucrarea anumitor informații ale trăirilor respective și în acest sens terapeutul va trebui să-l provoace pe client să reacționeze emoțional la evenimente (amintiri), să le simtă importanța personală, să le pună în legătură cu conceptul de sine, integrându-le apoi structurii de personalitate (acomodarea structurii prin asimilarea percepțiilor);

b) întreruperile premature în prelucrarea a unei teme, schimbarea subiectului, evitarea unei prelucrări intensive a informațiilor; raționalizarea și generalizarea ca refuz de a pune aceste informații într-o relație cu structura de fond a personalității; sarcina terapeutului este în acest caz de a-și nota temele părăsite și a le introduce din nou în situațiile de recapitulare, rezumare sau în confruntări, urmărindu-i-se reacțiile în mimica corporală provocate de surpriza reluării unor teme evitate;

c) mod rigid de trăire internă a informațiilor oferite, ce sunt asimilate schemelor deja existente, tocmai pentru a se evita pericolul unei schimbări de structură, rezultând astfel un mod de retrăire nivelat; terapeutul va trebui să diferențieze cât mai precis informațiile solicitate și pornindu-se de la premiza acceptării necondiționate, să-i ofere acestuia posibilitatea unei relaxări (relativizări) treptate a structurilor de bază ale personalității. După cum se poate observa, obstacolele prezentate sunt în esența lor de natură cognitivă, ele referindu-se la receptarea (reproducerea), valorizarea și prelucrarea informațiilor prin raportarea acestora la acomodarea conformă realității a structurilor menționate.

Parafrazându-l pe Freud („unde a fost sinele, trebuie să apară eul”) Carl Rogers afirmă că „eul (pacientului) are nevoie de altul (terapeut) pentru a putea deveni el (Selbst) însuși”, impunând o formă nouă de „terapie a relației” (Person to Person) care modernizează psihanaliza clasică. El este cel care recunoaște pentru prima dată *determinarea relațională a simptomului psihic*, ca „relație tulburată” ce apare într-o confruntare cu o persoană și care nu poate fi depășită decât într-o altă relație și anume, prin redeșteptarea capacității esențiale a individului uman, aceea de „întâlnire a semenilor săi.” Psihoterapia implică după el două aspecte: procesul de iluminare introspectiv și deschiderea față de lume pentru confruntarea interpersonală, în care terapeutul joacă rolul de

reprezentant al lumii externe. Atitudinea de apărare se poate manifesta sau ca un refuz al „întâlnirii”, ca dezorientare în superficialitatea lumii, sau ca ascundere în spatele unor asigurări psihice. Acestea se pot exprima în situația terapeutică prin forme corespunzătoare de rezistență cum ar fi: *vorbirea inexpresivă, relaționarea superficială, atitudinea distanțată, baricadările sau blocări ale apelului terapeutic.*

Se poate vorbi și de o **rezistență a terapeutului** - se întreabă Rogers? Ca element al ecuației și terapeutul poate dezvolta procese de „apărare” care au exact aceeași funcție de protecție față de pericolul „contaminării” prin dispoziția, depresiile, temerile sau agresiunea clientului. Lipsa unor structuri cognitive potrivite, pot incomoda procesul de empatie și conduce la pierderea sau distorsionarea unor informații importante. Ca și clientul său terapeutul este la fel de tentat să-și protejeze structurile cognitive proprii și, în special, conceptul de sine. Este dificil să-l urmărești atent pe pacient în trăirile sale fără a-ți periclita propria identitate, fiind necesar un permanent joc de echilibrare (calibrare) între identificare și apărare. Această tendință este cuplată cu rezistența față de trăirea actuală, care reorientează trecutul și-l iluminează, închizând situații, prelucrând conflicte rămase nerezolvate sau intervenind în stările de criză. În cazul tulburărilor psihice grele, în care capacitatea de relaționare a pacientului este afectată, intervenția de bază a terapiei constă în însăși relația terapeut-pacient, ceea ce suprasolicitează terapeutul ca persoană. Este de la sine înțeles că, în acest caz teama și rezistențele terapeutului cresc și că este tentat să se retragă, din participarea la trăire, în rolul protejat al observatorului obiectiv și distant.

O altă rezistență a terapeutului este îndreptată împotriva propriei schimbări, extrem de solicitată în confruntările și evoluția procesului terapeutic. Ca și pacientul, chiar dacă nu în aceeași măsură, terapeutul renunță la părți ale personalității sale pentru a pătrunde în interiorul unor domenii imprevizibile. Tema morții și renașterii este și pentru terapeut, din perspectiva închiderii procesului terapeutic (a lichidării unei relații), extrem de actuală.

Bineînțeles că rezistența, datorită metodei nondirective în cadrul terapiei centrate pe client, se manifestă mai slab decât în cadrul terapiilor directive de comportament sau sistemic strategice. În

final Rogers înțelege rezistența ca un curent permanent disponibil (chiar dacă ea numai uneori e remarcabilă) și declanșat împotriva desfășurării procesului terapeutic în direcțiile dorite de terapeut, fiind un fenomen regulator (indicator al relevanței materialului prelucrat) destul de important pentru tempoul și intensitatea „întâmplării terapeutice.” Rezistența nu este un fenomen parafrasat, ci o dimensiune specifică procesului terapeutic cu o dinamică proprie, a cărei forme și conținuturi se schimbă alternativ, în funcție de perspectiva considerării și stadiul terapeutic în care se găsește clientul. Rogers subliniază, în mod expres, importanța decisivă a relației personale între client și terapeut, fără a reuși însă și o analiză diferențiată a acesteia.

I.3. Rolul terapeutului și relația terapeut-pacient în cadrul terapiei comportamentale.

Terapia comportamentală (Verhaltenstherapie, Behavior therapy) a cunoscut, prin metodele sale (desensibilizarea sistematică, iradierea stimulării, sensibilizarea mascată), o dezvoltare puternică, ajungând în momentul de față să posede circa 50 de metode terapeutice recunoscute unanim ca pornind de la modelul S - R. În cadrul acestei forme de terapii se poate face distincția între aspectele tehnice și cele relaționale ale schimbării terapeutice. Fiecare tehnică este un instrument (purtător) al schimbării: întărirea, dezvoltarea competenței sociale, desensibilizarea sistematică, tratamentul prin aversiune, pedepsirea, biofeedback-ul, antrenamentul discriminativ, schimbarea atitudinilor, antrenamentul de relaxare, stoparea gândurilor, idealizarea imaginii de sine, evocarea și proba cognitivă, reformularea cognitivă, antrenamentul comunicativ, controlul proceselor mascate, antrenamentul concentrării și atenției, stingerea, învățarea după model, blocarea reacției, antrenamentul de soluționare a problemelor, autoobservația, autoinstrucția, autocontrolul, autoverbalizarea pozitivă, controlul stimulului, protocolul zilnic al gândurilor negative, contractul comportamental, proiecția în timp, etc.

Aspectele relaționale sunt relevate de **rolurile** terapeutului în terapia comportamentală, astfel:

1. Terapeutul influențează așteptările și atitudinile pacientului privind: încrederea în terapeut și a efectivității metodelor sale, a așteptărilor privind efectele specifice ale intervențiilor, a concepției asupra propriei motivații de colaborare, a așteptărilor persoanelor de referință (membrii familiei, prieteni, superiori). Rolul variabilelor expectanței și atitudinii față de intervenția terapeutică a fost tratat cu prioritate de către cercetările asupra percepției interpersonale și atracției reciproce. S-au stabilit corelații semnificative între asemănările de tip cognitiv, puterea de atracție interpersonală și efectivitatea comunicativă a partenerului de discuție.

2. Terapeutul adună material informativ, îl analizează și formulează ipotezele de lucru. Această activitate ocupă un loc central și se desfășoară conform fișelor de protocol ce stau la dispoziția terapeutului. Aspectele relaționale ale acestei etape sunt trecute cu vederea de către cercetarea științifică în domeniu.

3. Terapeutul ajută la precizarea țelului terapiei, adică la a se găsi răspunsuri la întrebările: ce trebuie schimbat și în ce măsură? Cine este de tratat și cu ce fel de metode? Cum poate fi verificat succesul terapeutic?

Terapia comportamentală are meritul de a nu nega sau bagateliza influența terapeutului asupra comportamentului, așteptărilor, atitudinilor, sistemului de valori, scopurilor și de a arăta că intervenția terapeutică vizează o schimbare, efectuată sub controlul terapeutului pe parcursul realizării ei. Participarea pacientului la propria schimbare este declanșată prin stabilirea de comun acord a scopului de atins și a treptelor procesului de învățare, criteriilor de verificare a schimbărilor terapeutice, a numărului de ședințe și a punctului final al terapiei - elemente cuprinse în contractul terapeutic inițial.

4. Terapeutul îl ajută pe pacient la executarea sarcinilor privind schimbarea vizată. O mare parte a terapiei este constituită din faze de executare a unor intervenții terapeutice, cu mijloace tehnice specifice realizării țelurilor propuse și acceptate cu toată responsabilitatea de pacient. Terapia comportamentală deține cele mai cuprinzătoare mijloace terapeutice care sunt însoțite de un aparat tehnic foarte bine pus la punct, fiecare din ele fiind instrumente de producere a schimbării. Criticii

acestei forme de terapie îi reproșează tendința „mecanicistă” și o „anumită desconsiderare a unicității și particularității individului.”

5. Pe lângă aspectul tehnic al schimbării, particularitățile relaționale terapeut-pacient contribuie adesea decisiv la realizarea țelurilor propuse. În rolul de întăritor social terapeutul condiționează verbal comunicându-i pacientului considerația, atenția și interesul său, laudându-i pașii făcuți în terapie. Studiile evidențiază calitățile de comunicare ale terapeuților eficienți cum ar fi:

- căldură emoțională necondiționată și fără tendințe posesive, precum și aprecierea pozitivă a pacientului;

- calități de înțelegere empatică a structurii sale interne și străduința de a transmite pacientului „cele-înțelese-astfel”;

- congruență, autenticitate și comportament integrat față de pacient.

Se poate face o deosebire între o întărire socială autentică și una manipulativă. În timp ce prima constă într-un feed-back veridic, autentic și o încurajare realistă, cea manipulativă trezește așteptări nerealiste și conduce inevitabil la decepții inclusiv la periclitarea procesului terapeutic.

6. Terapeutul se oferă pe sine ca model social, diferențiindu-se trei forme ale schimbării comportamentale: a) ca efecte ale învățării sociale prin observație (dobândirea unor modele de reacții noi); b) ca efecte inhibitoare și dezinhibatoare (întărirea sau diminuarea reacțiilor disponibile din repertoriul comportamental nedezvoltate până la acea dată); c) ca efecte ce ușurează reacțiile (reacțiile disponibile sunt eliberate și declanșate prin observarea unui model).

Învățarea socială după model se poate realiza în mod planificat sub forma jocului de rol, cum ar fi, de exemplu: în cadrul antrenamentului de autoverbalizare (unde terapeutul servește drept model arătându-i cum pot fi depășite și rezolvate situațiile conflictuale sau unele fobii) sau în cadrul exercițiilor de desensibilizare – in - vivo, unde el dirijează depășirea stărilor anxioase. În cadrul învățării cognitive după model, terapeutul verbalizează cu voce tare strategiile interioare de prelucrare și depășire a unei situații problematice, ajutând pacientul să-și verifice permanent propriile strategii, devenite ineficiente și, prin comparare, să le schimbe sau perfecționeze. Se pare

că, în învățarea după model, așa cum o practică terapia comportamentală, intervin și alte activări neplanificate și chiar necontrolate ale procesului învățării. Cercetările au evidențiat și unele aspecte ale relației pozitive dintre succesul terapeutic și asemănarea remarcată între pacient și terapeut din punct de vedere al apartenenței sociale, grupului de interese, reprezentări similare privind sistemul de valori, etc.

I.3.a. Rezistențele în cadrul terapiei comportamentale

Nici terapia de comportament nu este ferită de fenomenele de rezistență din partea pacientului, ele având uneori o influență decisivă și chiar negativă asupra intervenției terapeutice sau determinând chiar întreruperea ei. Din multe motive noțiunea de rezistență nu se potrivește în conceptul acestei terapii, existând doar o preocupare marginală de precizare explicită a unor astfel de fenomene și pentru care întemeietorii ei au folosit adesea alte denumiri. Rezistențele sunt văzute ca semne ale unei metode terapeutice insuficiente, ca o asigurare fericită împotriva unei proceduri și scopuri terapeutice false sau ca semn al unor premize nefavorabile ale pacientului. În literatura de specialitate sunt descrise două direcții ale fenomenului: a) rezistențe împotriva scopurilor schimbării vizate și b) rezistențe interacționale.

A) Fiind o terapie directivă i se impun pacientului scopuri cu care acesta nu se poate identifica sau asupra cărora îi scapă sensul. Având ca scop educarea, mai precis reeducarea („dresarea”) pacientului, terapeutul îl solicită și-i ordonă să-i urmeze indicațiile, amenințându-l cu desconsiderarea și dezaprecierea personală sau chiar cu întreruperea terapiei. Depășirea lor este posibilă prin atragerea pacientului la formularea scopurilor terapiei și, prin aceasta, la preluarea unei părți a responsabilității, chiar dacă unii nu sunt în stare să-și propună de la sine urmărirea unui scop conștient. La un nivel ceva mai abstract al scopurilor („de a trăi/simți mai bine”) ei se pot pune mai ușor de acord, decât atunci când este vorba de scopuri mai concrete, cum ar fi: comportament asertiv, a învăța să accepte ajutorul sau să se impună afirmându-și voința”, etc. Procesul terapeutic este adesea conceput ca tehnică de „rezolvare a problemelor”, existând

posibilitatea ca pacientul să se arate din ce în ce mai interesat la precizarea, pe parcursul terapiei, a unor scopuri noi și la reformularea problemei, schimbându-și atitudinea pasivă inițială. Odată realizată această schimbare, terapeutul trebuie să supervizeze realismul scopurilor, redirecționarea lor spre direcții cunoscute și mai accesibile pacientului, iar la caz să i le completeze sau să le reformuleze. Terapeutul are sarcina de a-l ajuta la găsirea unor soluții pentru problemele sale de viață pe care el trebuie să le subscrie țăelurilor mai generale ale pacientului și chiar unor țeluri mai limitate dar care pot fi atinse ușor, crescându-i-se astfel motivația terapeutică. Majoritatea terapeuților lasă pacientului posibilitatea să decidă asupra țelurilor terapiei sau fac ca procesul de căutare a scopurilor să fie cât se poate de transparent, mărindu-i-se acestuia responsabilitatea privind succesul/eșecul terapiei. Se pot evita astfel urmărirea unor țeluri împotriva intereselor pacientului și prin aceasta și eventualele rezistențe la acest nivel.

B) Acest tip de rezistențe sunt cele ale relației terapeut-pacient. Inițial terapia comportamentală a negat importanța relației terapeutice, în faza a doua a acceptat că terapeutul poate fi un întăritor pozitiv, în a treia a criticat principiul întăririi pentru ca, în „faza interacțională” actuală, să accepte, din perspectiva modelului comportamental orientat spre scop, să fie concepută ca un proces dinamic de influențare.

În prima fază, a distanțării de psihanaliză, s-a încercat să se demonstreze că, tehnicile comportamentale au efect independent de relația terapeut-pacient atât de glorificată. Ceea ce nu era descriptibil a fost caracterizat ca o *influență nespecifică*: efectele placebo, sugestia, expectanța, raportul. În cazul desensibilizării sistematice s-a demonstrat că această tehnică are efect și fără existența unei relații terapeut-pacient. Unele studii făcute (Wilson, Lang, Hart) au arătat că tehnica desensibilizării sistematice produce în mod semnificativ mult mai multe schimbări decât factorii de relație. Lazarus afirmă totuși că, în cadrul exercițiilor de relaxare (o componentă a desensibilizării) împotriva fobiilor, existența unei relații terapeutice de încredere are un rol hotărâtor în procesul de vindecare. În cazul folosirii tehnicii prin aversiune, în care colaborarea este conștientă, inclusiv în aplicarea stimulilor aversivi pe sine, prezența terapeutului nu este strict necesară. Trebuie menționat

faptul că aceste studii au fost efectuate pe tineri delincvenți și pe schizofreni care sunt totuși deosebit de recalcitranti din punct de vedere relațional.

În concluzie, se poate afirma că tehnicilor comportamentale clasice sunt (în cazul unor pacienți cooperativi și cu probleme ceva mai simple) destul de eficiente și fără existența unei relații profunde terapeut-pacient sau a intervenției unui terapeut. Problemele apar la pacienții mai puțin cooperativi, care au dificultăți în construirea unei relații de orice fel și care se comportă astfel încât terapeutul îi califică „rezistenți” la o schimbare dorită. Nu se poate spune însă că terapeuții comportamentali cu experiență ar fi numai niște tehnicieni reci, distanți sau tentați să delege responsabilitatea și să sancționeze pacientul la dovezi de rezistență. Studiile recente reabilitează imaginea sa afirmând că, terapeuții experimentați din domeniul terapiei comportamentale pot dezvolta chiar mai multă empatie decât un psihanalist, a cărui tehnică vizează exclusiv construirea relației cu pacientul. Pacienții înșiși acordă o deosebită importanță alianței terapeutice în cadrul terapiei de comportament, ceea ce confirmă ipoteza că și în cadrul acestei terapii rezistențele pot fi explicabile prin apariția unor probleme de relație.

În încercarea de a se delimita de terapia nondirectivă de tip Rogers, terapia comportamentală a explicat schimbările și efectele factorilor relaționali prin teoria învățării. Terapeutul funcționează ca „social reinforcement machine” prin condiționarea verbală a pacientului, văzut ca un receptor pasiv al întăririi pozitive sau al sancționării. Se pune firesc întrebarea, în ce condiții se poate vorbi de un control optimal al terapeutului (mai ales în situațiile de rezistență), prin ce mijloace se realizează acest lucru și care terapeut poate influența mai bine un pacient cu o anumită problemă. Studiile au fost făcute în general pe studenți și nu sunt rezultate ale unor situații terapeutice reale. S-au împărțit persoanele de încercare după caracterele psihanalitice în *oral* (dependent și binevoitor) și *anal* (rezistent și refractar), s-a lansat ipoteza că primii vor reacționa corespunzător la întărirea pozitivă și negativ la sancțiune, iar ceilalți că vor reduce comportamentul de colaborare la întărirea pozitivă și-l vor ridica la pedepsire pozând în „opozanți și rebeli.” Ipotezele au fost confirmate, s-a obținut comportamentul dorit la *orali* prin condiționarea pozitivă și la *anali* prin sancționare, atrăgându-se

atenția asupra folosirii unor metode diferite în funcție de tipul de caracter, chiar dacă problemele psihice sunt identice. Alte studii au vizat problema atractivității terapeutului: persoanele de încercare au fost împărțite în două grupe, primei i s-a comunicat că pentru experiment s-a ales cel mai bun cercetător posibil (atracție subiectivă ridicată) iar celeilalte i s-a spus că din păcate trebuie să se mulțumească cu un înlocuitor, singurul disponibil și că el ar fi foarte bine să nu fie enervat. Rezultatele au arătat că în condițiile unei atracții pozitive învățarea se desfășoară în direcția dorită, pe când în celălalt caz ea rămâne la același nivel.

Din perspectiva unor modele de intermediere socială complexe ale prelucrării informaționale interrelaționale (Bandura, Mahoney 1978), în care nu se mai crede într-un efect automat al *întăririi*, astfel de studii pot părea cu siguranță ca banale. Teoria că, reacțiile condiționate pot fi evocate automat, a fost completată cu considerarea diferențiată a componentelor motivaționale și informative ale unei contingente. S-au conceptualizat modurile de comportament interpersonal în interiorul unui spațiu după două axe bipolare: *afect* (cu polii dragoste și ură) și *status* (cu dimensiunile dominant și supus). S-a presupus că în interiorul fiecărei clase de comportament există un comportament reciproc și că la ambii parteneri apare tendința producerii în continuare a unor moduri de interacțiune reciproce. De exemplu: dacă terapeutul se situează în zona unei dominanțe amicale, pacientul va ocupa zona unei supunerii amicale, ș.a.m.d. În cazul în care comportamentul pacientului se situează pe axa și polul opus, iar terapeutul nu provoacă nici o schimbare a poziției sale, apar probleme interacționale ce pot fi denumite rezistențe de relaționare.

O atitudine constructivă, față de comportamentul rezistent, este posibilă numai dacă intervențiile terapeutice vor pune bazele unei definiții largi ale problematicii pacientului și care să cuprindă, pe cât posibil, toate interesele (trebuințele, nevoile) relevante pentru terapie. În căutarea unui concept, care să permită o definiție mai largă a problemelor pacientului, s-au propus: analiza verticală de comportament și planurile interacționale (Grawe & Dziewas 1980).

Analiza verticală presupune evidențierea funcționalității unui comportament relatat (observat) cât și al planurilor supraordonate care-l dirijează. Cu toate că planurile pot corespunde unor scopuri

conștiente ele nu sunt realități, ci construite. Deși, ipotetic, planurile pot fi conchise numai din comportamentele pacientului, rămâne de verificat în ce măsură ele și reușesc să contribuie la înțelegerea persoanei lui. Între modurile de comportament și planuri sunt relații complexe: un plan dirijează dependent de factorii situativi mai multe comportamente sau un comportament poate fi concomitent determinat de planuri diferite; adesea planurile pot sta în conflict unele cu altele, determinând un comportament problemă sau să fie alăturate și responsabile pentru un comportament concret. Analiza verticală include nu numai comportamentul-problemă, ci și altele din diferite domenii ale vieții pacientului, care nu stau neapărat într-o corelație, ele creând baza pe care se pot dezvolta procedurile de depășire a rezistenței manifeste sau latente a pacientului. Ceea ce, la un nivel, apare ca un comportament-problemă, la un nivel mai înalt același comportament este o componentă a unei rezolvări/soluție, ce menține un anumit echilibru. Încercările proprii de schimbare cât și impulsurile de a schimba anumite comportamente, propuse de terapeut, amenință acest echilibru. O rezistență activă (chiar dacă ea nu este conștientă) împotriva schimbării și care pleacă de la o definiție a problemei suficient de largă, devine astfel justificabilă și de înțeles. Dacă definiția problemei nu este suficient de largă, încât să cuprindă și aspectele pozitive ale comportamentului-problemă, atunci pacientul se apără pe drept împotriva intervențiilor noastre. Această rezistență de conținut la o anumită schimbare apare adesea ca o rezistență la un anumită modalitate de influențare. Dacă pacientul se teme pe drept că anumite proceduri terapeutice îi periclitizează „sistemul-său-astfel-echilibrat”, atunci el se va împotrivi acestora prin refuzul executării unor exerciții sau a temelor pentru acasă. Dacă terapeutul pune rezistența manifestă în legătură cu persoana sa sau cu anumite metode și va încerca, la acest nivel, să găsească soluții, el nu va reuși decât să se frustreze pe sine și să creeze o problemă secundară la nivelul relațional. Soluția se află într-o lărgire corespunzătoare a definirii problemei care să cuprindă și aspectele pozitive ale soluției, aparent destructive, încercate de pacient. Tocmai îngrădirea propriei definirii a problemei a făcut poate ca să nu fie găsită încă o soluție constructivă.

Rediscutarea scopurilor, înțelegerea lor și punerea acestora în relație cu comportamentul de până

acum, oferă posibilități de depășire (disputa, metacomunicarea) însă și evidențierea unor conflicte de scop. În acest caz este indicată folosirea „procedurii paradoxului”: se va cere pacientului să se concentreze asupra unui scop „aparent” inofensiv și să găsească soluții care, mai târziu, în cadrul definirii integrale a comportamentului-problemă, se dovedesc a fi foarte constructive (Haley 1978, Selvini-Palazzoli 1977, Erickson, Watzlawick).

Analiza verticală a comportamentului este deosebit de importantă pentru depistarea rezistențelor potențiale, ea solicitând permanent răspunsul la două întrebări: a) ce tehnici terapeutice sunt compatibile cu planurile interacționale relevante, manifestate de pacient în situația terapeutică? b) la care dintre aceste planuri trebuie să se comporte terapeutul (ca persoană) complementar, pentru a-i stimula colaborarea?

Desigur că pacientul poate avea trebuințe extrem de puternice care să se afle într-o relație concurențială cu planurile ce solicită schimbarea. De exemplu: dorința de a deveni mai independent (scop terapeutic) vis á vis de dorința adânc înrădăcinată de a fi dădăcit și protejat (în situația terapeutică). Astfel de trebuințe pot fi reduse printr-un comportament complementar din partea terapeutului, însă nu trebuie omis faptul că tocmai satisfacerea acestei trebuințe poate duce la dezvoltarea unor posibilități de schimbare imprevizibile și care nu s-ar fi realizat niciodată dacă pacientul ar fi rămas în continuare frustrat. În cazul unor pacienți dificili se impune din partea terapeutului o flexibilitate interacțională remarcabilă, care poate fi antrenată în cadrul unor autoexperiențe interacționale intensive.

Analiza rezistenței sau radiografia unei schimbări:

Se poate crea impresia că rezistența este ceva rău, trebuie combătută și eliminată neapărat, altfel terapia va fi incomodată în desfășurarea și finalizarea ei. Comportamentul de rezistență conține însă informații importante ce trebuie folosite pentru a se completa imperfecțiunile definiției problemei pacientului. Analiza rezistenței trebuie acordată la procedeele terapeutice astfel ca, procesul de soluționare a problemei să nu fie blocat.

În prima fază a terapiei (*precizarea problemei*), a discuțiilor preliminare (primele 5 ședințe) se realizează o analiză sumară a problemei pacientului și se decide dacă continuarea terapiei este necesară sau nu. Dacă da și, pornindu-se de la primele impresii, se va reflecta dacă procedeele avute în vedere vor întâmpina sau nu rezistențe. Primul pas este răspunsul la întrebarea (în planul supraordonat: „întrebuințează tehnica de soluționare a problemei” și, dacă problema nu este suficient de precizată, atunci trebuiesc făcute eforturi de precizare a ei. Relevarea unor noi aspecte ale problemei impune corespunzător o nouă precizare, ș.a.m.d. Dacă nu mai trebuiesc făcute precizări, se trece la aplicarea primei soluții de rezolvare a problemei. Astfel, dacă prima treaptă de precizare a problemei a avut loc și nu s-au descoperit alte noi aspecte ale ei, se trece la o a doua verificare a întrebării „este problema suficient de specificată?” Dacă se răspunde afirmativ, atunci se trece la întrebarea dacă datele și interdependențele problemei sunt destul de diferențiat analizate, încât să se permită planificarea pașilor următori de soluționare a conținutului problemei cât și a structurării relației terapeutice. Dacă nu, atunci terapeutul trebuie să analizeze mai departe interdependențele, acumulând informații și corelându-le. După efectuarea acestei analize, se pune din nou întrebarea dacă s-au evidențiat noi aspecte ale problemei și dacă nu, se face o nouă verificare: „sunt interdependențele analizate?” Dacă da, atunci se trece la întrebarea dacă scopurile terapiei sunt destul de clare și eventual dacă aceste scopuri sunt derivate din analiza interdependențelor, arătându-i-se pacientului dacă unele scopuri sunt contradictorii și nu pot fi integrate sistemului de valori sau concepției sale de viață.

După această fază preliminară se trece concret la realizarea scopurilor planificate sau se formulează un scop supraordonat, cum ar fi „a deveni independent”, se operaționalizează apoi într-un scop concret „a se muta de la părinți” și se propun primii pași concreți: a căuta o locuință, a se informa, a face economii, a antrena în terapie jocul de rol pentru a fi capabil să-și impună voința în fața părinților, etc. Dacă există îndoieli privind hotărârea pacientului de a executa aceste sarcini, se vor analiza dificultățile decizionale și de a acționa, fiind depistate noi aspecte ale problematicii sale. În această fază poate avea loc o nouă specificare a problemei pacientului și clarificarea

tergiversărilor: deoarece el se simte la părinți în siguranță, este ocrotit de unele responsabilități, nu găsește corespunzătoare ofertele de locuințe, iar în discuție cu părinții săi, descoperă că el nu poate să-și supere mama depresivă sau tatăl bolnav de inimă.

În acest punct se pot verifica rezultatele acțiunilor pacientului în raport cu țelurile urmărite și se va încerca să se răspundă la întrebările: s-au atins scopurile terapeutice? sunt culese informații suficiente care să ducă la o redefinire a interdependențelor? sunt tehnicile folosite eficiente? este necesară continuarea terapiei? Dacă s-au atins scopurile sau din alte motive nu mai este nici-o schimbare de așteptat, terapia se poate închide.

În cazul continuării ei se va analiza dacă, pe timpul desfășurării terapiei sau din analiza verticală, sunt semne de rezistență. Cu toate că terapia comportamentală nu-și propune analiza rezistențelor ca scop terapeutic central, (cum este în cazul psihanalizei) este de dorit efectuarea unei analize profilactice a rezistenței. Dacă nu sunt depistate rezistențe, se poate încerca aplicarea unor proceduri terapeutice noi, iar dacă ne așteptăm la reacții de rezistențe se poate trece la o aplicare mai atentă a metodelor și eventual la o analiză mai detaliată a ei. Dacă nu-i înțelegem rezistența pacientului nu vom reuși să-i facem plauzibilă închiderea terapiei sau justifica transferul lui unui alt terapeut (în cazul că nu găsim alternative sau pacientul nu acționează). Comportamentul de rezistență necesită o considerație aparte și solicită din partea terapeutului o apreciere și o tratare diferențiată a fenomenelor pe care le declanșează, ceea ce nu poate să fie decât în avantajul terapiei.

Analiza complianței și colaborării evidențiază mai multe *forme de justificare a rezistenței* la prescripțiile (sarcinile, temele pentru acasă) terapeutice și în manualele de terapie comportamentală sunt enumerate formulări de genul:

- „mă simt neajutorat, am convingerea că nimic nu mă mai poate ajuta și este lipsit de sens să mă chinui mai departe; tema dată nu mi-a fost clarificată suficient, n-am știut exact ce trebuie să fac;
- nu văd ce sens are acest exercițiu și nu cred că mă poate ajuta la problema mea;
- nu mă simt capabil s-o fac, mă gândesc tot timpul că sunt un ratat și nu pot începe nici un lucru;

- nu am timp de loc, sunt extrem de ocupat;
- am avut de gând să efectuez tema dată, însă uit mereu;
- am rețineri față de terapeut, el îngreuiază o colaborare adevărată;
- trebuie să fiu independent, dacă fac ceea ce-mi propune terapeutul nu poate fi tot atât de bine pentru mine ca atunci când eu însumi aș avea aceste idei;
- prin temele pentru acasă voi fi șampilat ca pacient, adică slab și bolnav;
- nu înțeleg de ce progresul terapiei este așa de dependent de ceea ce fac între ședințele de terapie?;
- mă simt neputincios și nu cred că voi reuși într-adevăr ce mi-am propus;
- terapeutul încearcă să mă comande și să mă dirijeze tot timpul;
- nu doresc să colaborez deoarece terapeutul este insensibil, arogant, insinuant, sufocant și mecanic;
- mă tem că terapeutul mă va critica că nu rezolv temele suficient de bine;
- cred că terapeutul ocolește problema mea și nu se preocupă de ceea ce este cu adevărat foarte important;
- n-am nici o plăcere să fac temele date, deci nu pot și nici nu trebuie să le fac neapărat;
- îmi este frică de schimbări, chiar dacă situația mea actuală e neplăcută m-am obișnuit cu ea;
- dacă mă apuc acum să fac schimbări și se dovedesc a fi greșite?;
- acum mă simt ceva mai bine, deci pot să renunț la exerciții;
- mă simt așa de rău încât n-are nici un sens să mai fac și temele date;
- starea mea e la fel ca la început, așa că temele oricum nu ajută la nimic;
- am probat destule și nu s-a schimbat nimic așa că, nu are nici un sens să mai experimentez în continuare;
- nu mai am încredere în terapeut, nu cred că este tipul de om cu care să pot colabora;
- este treaba terapeutului să facă totul ca să mă simt mai bine;
- când încep ceva o duc până la capăt indiferent de probleme, așa că ar fi mai bine să nu încep

nimic;

- terapeutul este dezamăgit că nu-mi fac temele și asta mă inhibă și mai mult;

- am crezut că terapia înseamnă să vorbești despre trecut și sentimente, nu înțeleg ce importanță poate avea pentru mine să mai fac ceva și în afara orelor de terapie;

- am nevoie de o relație bună cu terapeutul meu pentru ca să mă înțeleagă, nu văd însă rostul unor tehnici în rezolvarea problemei mele;

- temele sunt prea complicate, înseamnă prea multă muncă și mie îmi lipsește răbdarea să le fac;

- îmi este predestinat să nu mă simt bine, așa că nici-o strădanie nu mă poate ajuta;

- nu merit să mă simt fericit că n-am valoare;

- nu-mi pot imagina ce-aș putea să fac între ședințele de terapie care să-mi dea o satisfacție sau o bucurie;

- forma aceasta de terapie mi se pare mult prea simplă și prea optimistă;

- mi-e penibil să rețin tot ceea ce gândesc sau fac, căci cineva ar putea să mă observe;

- terapeutul nu mi-a explicat suficient ceea ce trebuie să fac și nu văd cum aș putea începe.”

Concluzii:

Rezistența este un concept al interacțiunii sociale și în acest sens este de așteptat nu numai o rezistență din partea pacientului ci și din partea terapeutului. Problema cea mai importantă este vulnerabilitatea și susceptibilitatea terapeutului de a interpreta rezistența ca o respingere a calificării sale profesionale sau a sa ca persoană. Terapeutul este ușor de provocat și iritat atunci când este vorba să nu-i fie recunoscute valorile și respectul de la sine înțeles. Dacă terapeutul își dorește să realizeze mai mult decât s-a stabilit ca scop al terapiei, îl paște pericolul unei înfundături și în acest caz există două atitudini care trebuiesc evitate:

- 1) a considera mulțumirea pacientului sau cea personală ca un criteriu de evaluare a succesului terapiei; cine are nevoie să fie mereu mulțumit de sine se constrânge la performanțe permanente greu de menținut și-l va deranja faptul că pacientul nu-i dă posibilitatea să arate cât este de capabil.

A face să-ți depindă starea de satisfacție proprie de satisfacția labilă a pacientului, reprezintă una din formele cele mai frecvente de rezistență din partea terapeutului;

2) intenția de a nu te lăsa dus de nas de pacient, de a nu te lăsa manipulat; foarte mulți terapeuți se simt provocați dacă un pacient încearcă să-i controleze: controlul și contracontrolul sunt însă greu de eliminat.

CAP. II

STRATEGII DE INFLUENȚARE ȘI MECANISME DE APĂRARE ÎN RELAȚIA PSIHOTERAPEUTICĂ

II.1. Cibernetica schimbării terapeutice

Diogene: „Totul poate fi înțeles ca fiind într-o permanentă schimbare: *Noi* nu suntem niciodată *aceeași*”.

Alexandru: (îl lovește peste față).

Diogene: „De ce mă lovești?”

Alexandru: „*Eu* nu te-am lovit pe *tine*. Dacă te-am înțeles corect, atunci cred că l-am lovit pe *celălalt*.”

Schimbarea și **stabilitatea** sunt prezentate în cibernetică ca structuri complementare și reversibile. Proverbul francez, „Plus ca change, plus c'est la meme chose”, poate fi citit și invers: cu cât lucrurile rămân mai mult aceleași, cu atât ele se schimbă mai puternic. Iată un exemplu edificator: un acrobat care trebuie să se balanseze permanent pentru a-și menține echilibrul și să nu cadă de pe sârmă. **Bateson** transferă această accepție în domeniul interrelațional și afirmă: „nu poți să rămâi căsătorit douăzeci de ani și să nu te fi certat niciodată cu soția!” Menținerea sistemului solicită schimbări la nivelele subordonate de comportamente interrelate multiplu, ce se „sacrifică” tocmai pentru a salva întregul. „Sistemul-astfel-menținut-schimbă” aparține la rândul său unui alt sistem cibernetic superior și așa la infinit. Pentru clarificarea schimbării la nivele superioare trebuie să ne adresăm unor straturi superioare ale schimbării.

În contextul psihoterapiei, întrebările privind schimbarea devin problematice când încercăm să precizăm ce ar trebuie să se schimbe?: sinele, eul, caracterul, o relație sau ecosistemul nemijlocit? Epistemologia cibernetică susține că, întrebările legate de schimbare sunt întotdeauna întrebări ce privesc procesele ciberneticе, deoarece ele nu preferă niciodată o stare statică, liniștită: „Comportamentul corectiv este introdus prin diferențe. Tehnic privind, sistemul este *activat prin eroare*, în măsura în care *deosebirea dintre o stare actuală și o stare preferată* activează reacția corectivă” - Watzlawick, 1991. Cibernetica recomandă înțelegerea fiecărei schimbări ca o strădanie de menținere (rezistență-apărare) a unei constante care la rândul ei sprijină și întreține schimbarea. Deoarece noțiunea de homeostază creează confuzii prin sugestia de statică s-a propus denumirea de **homeodinamică**, ca descriere a legăturii duble dintre stabilitate și schimbare: „Feedback-ul se poate raporta la succesul sau insuccesul unei acțiuni simple sau poate apare la un nivel superior,

dacă sistemul posedă informații despre întreaga strategie comportamentală sau despre un model comportamental, ceea ce-i permite organismului să schimbe planificarea strategică a următoarelor acțiuni” – precizează părintele ciberneticii Norbert Wiener. Cibernetica cercetează determinarea proceselor de schimbare la diferite nivele de stabilitate. Conform acestei considerații psihoterapeutul trebuie să recunoască nu numai feedback-ul simplu care menține problema pacientului, ci să recunoască și feedback-ul nivelului superior ce determină comportamentele din subsistem. În acest sens, sarcina terapeutului constă în depistarea și activarea acelor nivele, ale proceselor feedback, ce pot ajuta la autocorectarea ecologiei perturbate a pacientului.

Paul Watzlawick, plecând de la teoria tipurilor logice, face o distincție între: **schimbări de ordinul întâi** și **schimbări de ordinul doi**. Primele sunt schimbări ale stării interne în cadrul aceleiași clase de elemente, sistemul rămânând invariabil, cele de ordinul doi exprimă schimbări în care sistemul însuși se schimbă, intrând în clasa **meta-schimbărilor**. Dacă primele sunt ceva mai comprehensibile, celelalte presupun o **discontinuitate**, făcând ca, manifestările practice ale fiecărei schimbări de ordinul doi, să pară non-logice și chiar paradoxale. Dacă paradoxiile sunt considerate de către logicieni ca o prezentare pseudoproblematică a unor relații și prin aceasta imposibil de soluționat, practica psihoterapeutică evidențiază tocmai caracterul inedit și fertil de influențare prin folosirea metodei indirecte a paradoxului. Cel mai frecvent exemplu de paradox, citat de Watzlawick, este solicitarea „fii spontan” și nenumăratele sale variante. Foarte multe din problemele pacienților pot fi exprimate cu ajutorul acestui paradox de tipul „fii spontan”, care face ca individul să se simtă într-o situație fără ieșire, tocmai prin confuzia generată de reducerea și amestecarea elementelor cu clasa lor. Relațiile personale sunt un domeniu de manifestare preferențial în care paradoxul poate apare ușor și desfășura imprevizibil, adesea în trăsăturile soluțiilor încercate de rezolvare a problemei care devin un factor de menținere în loc de unul de schimbare: *soluția practică întreține problema și ajunge să fie tocmai factorul principal care împiedică rezolvarea*. Deoarece oamenii se simt ca ființe umane numai în măsura în care imaginea de sine este confirmată și ratificată spontan de celălalt, numai o relație ideală (abstractă și utopică)

ar putea fi liberă de complicațiile paradoxurilor.

Dacă psihoterapeutul încearcă să evite în primul rând și obsesiv toate greșelile și erorile, atunci această atitudine poate avea urmări grave pentru terapia pacientului său. În primul rând, tocmai producerea de erori și contraste formează fundamentul tensional necesar autocorecturii de tip cibernetic, creându-se posibilitatea schimbării comportamentului și pe viitor.

Oscar Peterson, un mare pianist de jazz, a fost întrebat cum se simte când, neintenționat, atinge o clapă falsă: „Profesorul meu de muzică clasică mi-a repetat mereu *dacă faci o greșeală, nu întrerupe, fă-o parte componentă a ceea ce cânti*. Scopul meu, ca profesor, este să clarific studenților mei relativitatea notelor. Din punct de vedere melodic, nu există note false, fiecare notă poate fi, printr-un acord, pusă într-o relație muzicală, cu condiția ca aceasta să fie integrată rapid, în schema aranjamentului muzical al partiturii.” Fără a fi psihoterapeut, argumentul lui Peterson este perfect valabil și pentru lumea, susceptibilă de permanente erori, a terapiei. Terapeutul poate aprecia orice acțiune, inclusiv cele denumite „intervenții”, ca o parte ale unei desfășurări creative. Numai așa se poate trece peste dilema, vicioasă și creatoare de coșmaruri, a „intervenției juste” sau a „comportamentului exact.” El trebuie să se concentreze asupra descoperirii structurilor mai generale care includ întotdeauna aspectele mai speciale ale anumitor comportamente.

Pe baza acestor considerații terapeutul ar trebui să-și însușească calități „cibernetice” de bază precum: calitatea de variere flexibilă a propriului comportament, de a recunoaște efectele acestuia asupra pacientului și de a le folosi apoi ca linii directoare pentru propriul comportament asociativ aflat în relație. Aceste calități sunt analoge modurilor de funcționare ale unei relații ca „efector” și „senzor.” Sarcina creării de deosebiri aparține efectorilor, în timp ce recunoașterea deosebirilor este sarcina senzorilor. Dacă relația dintre efector și senzor, respectiv între „intervenția terapeutică” și „diagnostic” (realitatea de schimbat), este structurată în mod recursiv, atunci putem vorbi de un sistem cibernetic. În general pentru corectarea unui sistem-problemă sunt necesare trei lucruri (apud Watzlawick):

1. un spațiu de joc mai larg al senzorilor pentru descoperirea deosebirilor;

2. un spațiu de joc satisfăcător diferitelor comportamente, făcând posibilă remarcarea deosebirilor;

3. sistemul trebuie să fie capabil să pună în relație senzorii și efectorii și prin aceasta să facă posibilă autocorecția.

Sarcina terapeutului este de a pătrunde în sistem, de a participa la el astfel încât, senzorii și efectorii acestuia, să fie conectați ca părți recursive ale feedback-ului autocorectiv. Acest proces produce în terapie feed-back-ul social. Pentru a avea succes, terapeutul trebuie să fie capabil să construiască modele de comportament, să le combine în intervenția sa și apoi să sesizeze urmările.

Watzlawick explică acest aspect al relației terapeut-pacient prin asocierea și compararea terapeutului cu un cameleon, întrebând: „Ce culoare va avea un cameleon care se vede pe sine într-o oglindă?” Această parabolă ne ajută la înțelegerea complexității feedback-ului terapeutic. Ideea cameleonului în oglindă, concretizează cibernetic un proces feedback, în care schimbările de culoare percepute în imaginea din oglindă conduc la schimbarea culorii cameleonului. Dacă între senzorul și efectorul acestuia ar apare o tergiversare temporală semnificativă, atunci culoarea percepută în comparație cu culoarea pe care tocmai el o dezvoltă poate fi decalată fazic. Ca urmare cameleonul ar încerca corecturi pentru reducerea diferențelor percepute. Fiecare efort de adaptare va contribui la reluarea aceluiași proces de corectare recursiv, putând fi astfel repetat la infinit. În acest caz, **soluția (schimbarea) contribuie la menținerea problemei**. Imaginea din oglindă a cameleonului și cameleonul însuși își vor schimba spontan culoarea unul față de celălalt. Dacă culoarea percepută de cameleon corespunde temporal cu cea pe care tocmai o produce, atunci sistemul va menține un spectru de culoare stabil: un cameleon ce se privește în oglindă nu-și poate schimba culoarea!

Pornind de la acest principiu se pot analiza în cadrul terapiei, rezultatele relației feedback dintre terapeut și pacient. Procesele de reflectare „de tip oglindă” sunt: interpretările, enunțurile dramatice, povestirile cu tâlc, asociațiile libere, ritualul și exercițiile de comportament. În general, reacțiile terapeutului pot fi considerate ca oglindiri ale problematicii sistemului, tot la fel cum și

reacțiile clientului sunt oglindiri ale sistemului terapeutic. Ca și în cazul cameleonului, sistemul terapeutic tinde să atingă o anumită formă de stabilitate. Terapeutul îl va stimula pe pacient să treacă la un alt nivel al problemei sau să deplaseze contextul ei în raza de acțiune a unei metode noi de autocorectare. Cibernetica provoacă la meditație punându-ne următoarele întrebări:

- Cine joacă în terapie rolul cameleonului? Poate fi terapeutul o oglindă activă ce dă rezervelor unui sistem deranjat un impuls spre un curs de schimbare? Reprezintă simptomele un fel de „coloratură” potrivită în relația cu mediul lor? Poate fi pacientul însuși o oglindă activă, care-l impulsionează pe terapeut la construirea unor schimbări folositoare? Pot avea intervențiile terapeutului o culoare potrivită mediului pacientului său?

Terapeutul influențează, cu sau fără intenție, sistemul clientului. Reversul acestei relații, implică o influență a sistemului avut în tratament asupra sistemului terapeutului. Ecuația indică faptul că terapeutul nu-l studiază pe pacient în sine, ci relația sa cu acesta, el însuși avându-se sub observație. În acest sens întrebarea, pusă de Watzlawick, este paradoxală nu numai în aparențe ci sesizează un deficit metodologic de fond al oricărei analize sociale sau diagnostic psihiatric: „Ce făcea terapeutul însuși, atunci când pacientul i-a dat un răspuns pe care el l-a interpretat a fi unul schizofrenic?” Valențele acestei întrebări subtile conține semnificații multiple și incomode pentru cei mai mulți epistemologi sociali tradiționali. Revizuirea atitudinii conservatoare de a privi relația terapeutică în sens unic analizator - analizat, va redefini fundamental regulile diagnosticului social și psihiatric în special. Terapeutul trebuie să fie conștient de faptul că schimbările terapeutice au loc numai pe baza unei relații interindividuale. Un terapeut experimentat, nu-și propune schimbări ale sistemului pacientului, fără a construi și dezvolta mai întâi încrederea în relația terapeutică.

II.1. Instrumentarul psihoterapeutic

Ascultarea. De regulă se subapreciază faptul că puține sunt persoanele (terapeuții nu fac excepție) care pot asculta atent și cu răbdare o relatare până la capăt. Ne năștem cu instinctul de comunicare nu însă și cu calitatea de a asculta fără întrerupere și cu respect pe celălalt. A asculta

plin de considerație problemele pacientului și a pătrunde sensul celor spuse, creează premisele și puntea comunicativă atât de importantă alianței și schimbării dorite prin terapie. Conform noilor teorii psihopatologice, suferințele psihice sunt determinate fundamental de forme denaturate de comunicare inter-relațională. Tehnica ascultării răbdătoare și liniștite produce efecte imediate asupra pacientului, care se simte luat în serios, îi dă speranța unei relații și-l poate stimula la o schimbare veridică. Așa numita „logoree” a pacientului, poate fi explicată printr-o formă insuficientă și unilaterală de comunicare (de sus în jos), ce a impregnat experiența sa interrelațională încă din stadiile timpurii ale copilăriei. Poziția de autoritate, dată de statusul unor persoane față de pacient, a fost cu certitudine folosită în mod abuziv, astfel că acesta va fi tentat să preia inițiativa în orice situație comunicativă și să nu mai cedeze așa de ușor poziția câștigată. Teama de a pierde în general este și o teamă de „prejudiciu comunicativ”, ce-l poate determina la exagerări comunicative și care, după un timp, resimțite ca stresante va determina retragerea partenerului ce va întrerupe discuția sau nu va mai asculta. Perceperea atitudinii de retragere poate fi la rândul ei interpretată de pacient ca o respingere și prin reversibilitatea feedback-urilor astfel declanșate se poate „autoconvinge” încă odată de faptul că nu este acceptat (dorit) sau nimeni nu-l va înțelege. Intuițiile sale pot deveni astfel convingeri, mai devreme sau mai târziu acestea pot fi integrate sistemului valoric și de credințe, devenind caracteristici de fond ale unei personalități cu șanse tot mai mici de schimbare. Este dificil să te decizi ca terapeut, pe care dintre pacienți să-i „ascuți” și pe care să-i „blochezi”, nu numai pentru a nu răni/jigni/respinge, ci și pentru că, în fiecare relație de comunicare umană, există o tendință invizibilă de a se prelua conducerea (definiția relației).

Carl Rogers afirma că procesul ascultării în sine produce deja efecte terapeutice. Fiecare individ posedă un „potențial de autoactualizare” ce se desfășoară de la sine și în situația terapeutică sunt create premisele necesare unei ascultări de tip „non-intervenție”, fiind suficientă doar aprobarea nonverbală prin mimica corporală a terapeutului. Terapia comportamentală a preluat metoda verbalizării de la Rogers, cerând suplimentar terapeuților să întărească verbal fiecare idee și

exprimare semnificativă a pacientului, întărire ce va crea convingerea că soluțiile terapeutice sunt declanșate de gândurile sale proprii și prin aceasta se poate micșora **rezistența** față de intervențiile propuse. Întărirea, precizarea, dezvoltarea și sistematizarea unor gânduri sau idei exprimate de pacient și apoi încorporarea lor în **explicația** sau în tehnicile terapeutice folosite, influențează decisiv colaborarea pe parcursul întregii terapii. Se poate întâmpla ca, pe timpul relatării unui pacient terapeutul să fie cu gândurile în altă parte, să uite ceea ce i s-a relatat sau să nu înțeleagă anumite aspecte ale problematicii relatate. În această situație terapeutul trebuie să-și pună întrebarea dacă nu cumva pacientul sau ceea ce-i comunică nu conține ceva ce îngreuiază înțelegerea și memorarea. Dacă acest fenomen se repetă atunci motivul poate fi găsit în modul de relatare sau în cel de percepere a terapeutului ca persoană (fenomene de contratransfer).

Desigur că informațiile puse la dispoziție de pacient sunt importante și pot fi notate sau înregistrate însă, de cele mai multe ori, acestea sunt relicve pe care nu le mai putem revitaliza. Un terapeut experimentat, antrenat să „asculte”, se va concentra asupra expresiilor sau „cuvintelor-cheie”, va fi atent la tonusul vorbirii ce indică direct forța anumitor sentimente (adeziunea afectivă la conținutul relatării), va observa expresia feței, mimica gesturilor și atitudinile corporale. De exemplu: un pacient relatează cramponat și încruntat despre anumite experiențe din viața sa și fața i se luminează când pronunță unele cuvinte „mamă, copil, tată, frate, etc.” Poate că nu este conștient de acest „mesaj”, însă terapeutul va trebui să fie sensibil la jocul inconștient al mimicii acestuia, care conține de multe ori cheia unor explicații ale problemei sale, precum și sensul unor soluții ce trebuiesc urmate.

Ascultarea nu este, așa cum s-ar părea, o metodă pasivă, chiar dacă terapeutul nu întreabă sau nu întrerupe relatarea. Pe parcursul vorbirii sale, pacientul îl observă atent pe terapeut încercând să surprindă rezonanța celor povestite. Pacienții, care vin în psihoterapie, au în comun o anumită sensibilitate și o susceptibilitate comunicativă accentuată, ceea ce îi face uneori să fie receptivi „subliminal”, mai bine zis, susceptibili. Un alt exemplu: după o discuție productivă pacientul tace brusc și pare a se gândi la ceea ce tocmai afirmă. Apreciem tăcerea ca productivă și nu intervenim.

Dacă aceasta persistă, putem avea sentimentul că se află într-un moment dureros pe care evită să-l retrăiască sau că este dezorientat cognitiv-afectiv (problema relatată căpătă valențe și aspecte noi prin verbalizare). Vrem să-i semnalizăm prezența și faptul că ne concentrăm asupra sentimentelor sale fără a le întrerupe cursul. Dacă tăcerea continuă și credem că este cazul să intervenim, pentru a-l scoate din impas, creându-i senzația că nu este singur în acest vacuum dureros, atunci îi putem verbaliza sentimentul pe care îl trăiește: „Sunteți așadar furios pe soția dvs. și de câteva zile sunteți la fel de furios și pe șefii dvs., acum afirmați că acest lucru este inadmisibil și vă face rău.” Simțindu-se urmărit și înțeles pacientul poate explica mai detaliat și, prin aceasta, cursul terapeutic să fie restabilit. Există însă posibilitatea ca, astfel de verbalizări neutrale, să devină o armă periculoasă dacă terapeutul are idei preconceptionale (și el prizonierul unor experiențe de viață negative proprii) și, mai mult sau mai puțin conștient, îl manipulează pe pacient. De exemplu: o pacientă, căreia terapeutul îi apreciază căsnicia ca fiind cauza suferinței și a depresiei, și conchide că singura soluție ar fi divorțul. Prin felul de a concluziona problemele pacientei, acesta îi poate întări convingerea că soțul o terorizează și viața cu el nu mai are un sens. Totuși, aceasta poate că își iubește soțul și simte că poartă o parte din vină, prin reacțiile ei provocative și imature. Terapeutul poate insista asupra vinovăției soțului și afirma greșit: „Nu-mi pot imagina cum puteți să mai rezistați!” - astfel că divorțul pare să fie singura soluție. În acest caz terapeutul a schimbat o stare a sistemului cu alta, propunând o schimbare de gradul întâi. Aceasta poate fi resimțită, prin dispariția tensiunii interne sau a simptomului (depresiv) ca singura rezolvare dar cu efecte de scurtă durată, deoarece pacienta nu a devenit prin această schimbare și competentă să dezvolte în viitor un comportament social capabil de rezolvare a conflictelor și tensiunilor inerente oricărei relații interumane. Prin verbalizare, se poate deplasa subtil centrul de greutate al problemei, astfel încât mecanismele de apărare individuală să fie făcute ineficiente. Se poate vorbi, în acest caz, de folosirea abuzivă a investiției de încredere a pacientului în terapeut sau de proiectarea inconștientă a unor experiențe din viața personală (terapeutul trăise experiența divorțului și nu o depășise) dar și de o greșeală de fond: terapeutul nu dă sfaturi directe, el ajută procesul decizional și dezvoltarea

încrederii pacientului în dezvoltarea unor soluții personale.

Punerea întrebărilor

Alături de ascultare tehnica punerii întrebărilor, formează principala cale de intervenție terapeutică în general. O întrebare bine pusă poate avea ca efect intensificarea participării și colaborării în terapie, pacientul preocupându-se și în afara ședințelor de terapie cu aceste întrebări, prelungind astfel munca terapeutică cu sine. Prin întrebări semnalizăm pacientului că-l urmărim, că-i înțelegem situația cât se poate de clar, creându-se astfel un raport psihoterapeutic autentic și favorabil schimbărilor ce vor urma. Există pacienți care, la începutul terapiei, își găsesc cu mare greutate cuvintele pentru a se exprima pe măsura suferinței și durerii personale. Întrebările trebuie să semnalizeze interes pentru problematica pacientului și conținutul trăirilor afective, să-l liniștească, să-i elimine suspiciunile și neîncrederea în felul său de a enunța problemele, să facă punți de legătură între momentele de tăcere sau întrerupere. Terapeutul care nu știe ce să-l întrebe pe pacient, îi poate crea acestuia impresia că este absent sau indiferent, o întrebare nepotrivită poate fi interpretată ca o prejudecată, dezinteres sau ca o prostie, subminându-se astfel șansa unei relații de încredere. Întrebările trebuie să urmeze țeluri precise în funcție de problematică și scopul terapiei, să fie puse în formă socratică, oferindu-i-se pacientului posibilitatea găsirii unor răspunsuri surprinzătoare pentru el, să-l ajute la precizarea problemelor, la o atitudine rațională și autocritică, la rememorarea unor evenimente semnificative trecute mereu cu vederea, la fluxul asociativ, la căutarea corelațiilor, la menținerea clară a unor distincții cognitive între gânduri, păreri, convingeri, sentimente, emoții sau trăiri.

Consensul terapeutic include solicitarea unor relatări sincere și directe din partea pacientului, care consimte inițial să ne relateze tot ce se petrece cu el. Terapeutul îl poate întreba pe pacient orice, cu condiția să aibă o justificare strategică. Mai dificilă este alegerea momentului când să se pună anumite întrebări ce vizează sfera intimă sau zonele mai dureroase. Prin tehnica întrebărilor dirijate se pot obține schimbări ale părerilor, opiniilor și chiar a convingerilor fără persuasiune.

Iată un set de întrebări tipice în formă directă ale terapiei comportamentale integrative:

„Ce v-a determinat să urmați un tratament psihoterapeutic? De ce tocmai acum? În ce privință vreți să schimbați ceva? Cum veți aprecia că s-a schimbat ceva? Când veți ști aceasta? Ce se va schimba pentru dvs. concret, dacă terapia va avea succes? Ce doriți să schimbați în comportamentul dvs.? Ce sentimente ați dori să schimbați? Cum trebuie să arate o relație ideală cu terapeutul dvs.? Ce părere aveți despre terapeuți și psihoterapie? Ce ați încercat până acum ca să vă atingeți scopurile pe care vi le-ați propus sau ca să nu mai aveți problemele din cauza cărora suferiți? Ce ar putea să aducă în plus terapia față de ceea ce ați încercat și cum ar putea să vă ajute mai departe? Cum se întâmplă că nu ați reușit? Există ceva ce ar trebui mai întâi să posedați sau să schimbați și prin aceasta să vă apropiați de țelul propus?”

La începutul terapiei este indicat să se culegă cât mai multe informații despre pacient, fără a se face prea mult uz de părerile proprii, să se folosească tehnica testării limitelor, pentru a se verifica și evidenția atitudinile încă neexprimate ale pacientului față de terapeut și terapie.

A întreba conține în sine și o contradicție. O întrebare bună realizează o punte de comunicare însă, produce con-comitent și un gol. În special întrebările deschise produc asemenea goluri, iar răspunsurile reușesc numai parțial umplerea lor. Întrebările îl preocupă pe pacient și după ora de terapie (sunt declanșate așa numitele procese de căutare interioară), se gândește la ele, la completările pe care ar fi putut să le facă, îi stimulează gândirea, produce iluminări și poate conduce la unele soluții de rezolvare a tensiunii.

Un capitol special în terapia sistemic-strategică (orientată pe soluție și prescripții comportamentale) și deosebit de important este constituit de cel al întrebărilor **circulare**. Ele pot fi:

a) întrebări de reconstruire al realității; b) întrebări de reconstruire ale posibilităților;

a.1.) privind conjunctura, contextul declanșării terapiei și al așteptărilor: Cine a avut ideea să faceți o terapie? Ce dorește această persoană să se întâmple? De ce tocmai dvs., de ce la mine și de ce tocmai acum? Cine și mai ales ce se dorește prin terapie? Cine este optimist și cine sceptic? Ce ar trebui să fac ca terapeut (sau noi) pentru a îndeplini aceste așteptări? Ce ar trebui să fac eu (sau

noi) pentru a eșua?

a.2.) Întrebări privind contextul problemei: Ce modele de comportament fac conținutul problemei? În prezența cărei persoane se manifestă comportamentul-problemă sau în a cărei prezență nu se manifestă? Unde apare problema și unde nu? Când apare și când nu apare? Cum veți remarca dacă problema s-a rezolvat? Cine a desemnat primul că acest comportament este o problemă? Cine va fi primul care va nega caracterul lui de a fi o problemă? Ce a vrut să spună doctorul X când a afirmat că ar fi o deviere comportamentală sau o suferință psihosomatică? Cine este cel mai deranjat de apariția problemei și cine nu? Cum reacționează de regulă ceilalți la manifestarea acestui comportament? Cum reacționează purtătorul problemei la reacțiile celorlalți? Cum reacționează ceilalți la reacțiile persoanei cu problema? (Aceste întrebări se pun până când cercul vicios devine conștientizat). Cum vă explicați că problema a luat ființă, cum se face că ea acolo apare și dincolo nu? Ce consecințe au aceste explicații? Ce s-a schimbat în relațiile dvs. de când a început să apară problema? Ce se va schimba în relațiile dvs. dacă problema v-a înceta deodată să se mai manifeste?

b.1. Întrebări orientate spre soluționare (de îmbunătățire):

Excepțiile de la regulă: Cât de des (cât timp, când) nu a apărut problema? Ce ați făcut dvs. și ceilalți altfel decât de obicei? Cum ați reușit în acel moment ca problema să nu se manifeste? Cum ați putea să faceți ceva mai mult din ceea ce făceați pe vremea când problema nu exista?

Resursele: Ce ați dori să lăsați în viața dvs. să rămână așa cum este? Ce apreciați la persoana dvs. (la părinți, la parteneri, etc.)? Ce vă face încă plăcere? Ce ar trebui să faceți ca să vă bucurați mai des de acest lucru?

Apariția unei minuni: Dacă problema ar dispărea dintr-o dată: ce ați face mai întâi? Și după aceea? Cine va fi cel mai surprins de acest lucru? Ce veți regreta cel mai mult dacă problema va dispărea în mod neașteptat?

b.2. Întrebări orientate spre problemă (de înrăutățire): Ce trebuie să faceți ca să vă păstrați problema, s-o eternizați sau s-o înrăutățiți? Ce am putea face eu/noi ca să vă sprijinim în acest sens?

Cum ați putea în modul cel mai sigur să vă faceți nefericit, dacă vreți asta? Cum ar putea ceilalți să vă ajute în acest sens? Cum ar putea ceilalți să vă determine la a vă merge și mai rău decât acum?

b.3. Combinații de întrebări orientate spre soluție și cele orientate spre problemă: Ce folos ar aduce păstrarea problemei pentru o vreme sau dacă o lăsăm să se manifeste ocazional? Ce s-ar înrăutăți dacă problema n-ar mai exista? Cât timp îi veți mai păstra problemei un loc în domiciliul (casa) dvs.? Când o veți pune în fața ușii? Cât timp este încă prea devreme să faceți asta? Admițând că v-ați luat de multă vreme rămas bun de la problema dvs. însă vreți s-o mai vizitați: cum ar fi posibil acest lucru? Dacă vizavi de ceilalți v-ați manifesta ca și cum problema ar fi revenit din nou fără ca aceasta să fi revenit cu adevărat, cum ar trebui să vă comportați pentru a fi crezut? Cum ar putea ceilalți să recunoască, că problema într-adevăr a revenit și nu că dvs. vă prefaceți?

b.4. Întrebări ipotetice privind rolul terapeutului: Să presupunem că n-ar exista pe lume nici un terapeut, cum ați proceda atunci pentru a vă rezolva problema? Să presupunem că vi se va comunica insolubilitatea problemei, cum veți proceda în acest caz (dvs., soția, tatăl, mama, etc.)?

Descrierea.

Descrierea sau mai bine zis circumscrierea, merge mai departe decât verbalizarea (rezumarea) problemelor pacientului, fiind o integrare a celor afirmate într-un sistem mai larg, ce creează posibilitatea sesizării comportamentelor semnificative și a modului cognitiv de reflectare al acestora. Prin descriere nu se vizează o interpretare, ci o aducere în planul conștient al unor elemente și conținuturi din surse abandonate și nevalorificate curativ. Ea mărește conștiința de sine și-l motivează pe pacient în munca terapeutică cu sine. Descrierea este folosită de terapeut în scopul dirijării atenției pacientului (Focussing) asupra unor fenomene și domenii ale vieții sale psihice până atunci rămase neglijate, punându-le în corelații inedite, de exemplu: „De fiecare dată când abordați tema *soția* începeți să vorbiți despre greutatea financiară” sau asupra unor sentimente aflate în contradicție cu situația conflictuală.

Descrierea este o metodă eficientă de depășire a **rezistențelor**, prin efectul de conștientizare a

modului de desfășurare al diferitelor situații conflictuale. O formă de rezistență o constituie *evitarea abordării unor teme*: terapeutul îl face atent și-l poate provoca descriindu-i atitudinea: „M-a frapat faptul că faceți mereu glume, că sunteți evaziv și treceți ușor peste această temă când ajungeți la ea. Eu insist să rămâneți la acest subiect.” Evitarea, ca formă de rezistență, semnalizează un sentiment de disconfort, obiectul discuției având pentru pacient rezonanțe emoționale profunde pe care nu dorește să le re trăiască, refulându-le sau integrându-le cognitiv sub eticheta de banalități. *Bagatelizarea, evitarea și mascarea* sunt forme de rezistență ce trebuie imediat abordate și conștientizate pacientului, ele fiind bariere ce mențin tensiunile interne și forme de adaptare inadecvată la o situație relațională.

Descrierea rezistențelor pe parcursul terapiei este „via reggia” obținerii unor schimbări de atitudine față de problemele însăși ale pacientului. Descrierea tendințelor destructive trebuie făcută alternativ cu sublinierea elementelor pozitive, a capacităților dovedite în situații nefavorabile, prin interpretări de tip „reframing”: „Vă admir loialitatea dovedită în acest caz. Cu toate că tatăl dvs. v-a terorizat toată viața, l-ați îngrijit pe durata bolii sale, fiind singurul fiu care a suportat toate cheltuielile de înmormântare. Ați rămas un om al datoriei și obligației morale față de oameni chiar dacă aceștia profită uneori de bunătatea dvs.”

Descrierea trebuie să se concentreze asupra unui comportament fără a-l categorisi sau eticheta, trebuie să fie scurtă, clară, directă, sigură și să atingă punctul vulnerabil vizat, putând fi chiar dură. Trebuie evitată însă imitarea persoanei criticate prin ton sau mimică, așa cum și-a permis pacientul în relatarea sa. Descrierea trebuie să poartă amprenta terapeutului, fiind o tehnică ce vizează schimbarea, reorientarea, conștientizarea și evidențierea esenței normelor inadecvate ce însoțesc comportamentul-problemă al pacientului.

Explicația, interpretarea.

„Față de interpretare trebuie să te porți la fel ca și față de un medicament foarte valoros: ea trebuie folosită cu economie dacă vrei să nu-și piardă efectul” – Wilhelm Reich.

Interpretarea a constituit speranța numărul unu la începuturile psihanalizei. Adevărurile ascunse

în structurile adânci ale inconștientului și care-l influențează determinant pe pacient, trebuie aduse în câmpul conștientului, convingându-l pe acesta de iraționalitatea și greșelile de concepție ce stau la baza lor. Eliberarea vizată de Freud nu a funcționat întotdeauna, foarte mulți pacienți manifestând rezistențe în acceptarea adevărurilor relevate, simptomele nedispărând. Trecând peste insuccesul psihanalizei de a oferi modele explicative general valabile, este de remarcat faptul că tehnicile moderne de terapie acordă un rol destul de important explicării psihologice oferite de terapeut, fiind apreciată ca o tehnică ce angajează definitiv schimbarea terapeutică pe traseul vizat. O interpretare bine formulată și la momentul oportun îl poate ajuta pe pacient să dezvolte convingeri noi, să recunoască motivele pentru care nu reușea să remarc corelațiile dintre trecutul său și actuala situație, că reproduce modele de comportament sau de gândire învățate și dezvoltate în situații traumatizante sau a soluțiilor folosite cândva în mod „spontan și salvator” dar inoperante în actualele condiții. Interpretările standard ar trebui desigur evitate, precum cele de tip psihanalitic mai vechi sau cele reduționiste, deoarece ele pot deruta mai mult decât ajuta. Există o tendință de a refuza interpretările sau psihoterapeuții orientați psihanalitic datorită procedurilor lente și prea abstracte. Determinismul psihanalitic, interpretările șablon și sofisticate teoretic indică un fel de fatalism psihologic, în fața căruia fiecare pacient se simte depășit și fără speranță. Desigur că multe probleme de personalitate sunt în legătură cu sentimente și impulsuri încă neidentificate, cu forțe inconștiente ale structurii de caracter, însă comportamentele învățate și dezvoltate de individ în contexte diferite au un efect recurent asupra acestui câmp de forțe. De aceea sensul unei interpretări trebuie să-l facă pe pacient conștient de posibilitățile proprii de influențare al destinului său psihic, să-i indice pârghiile de automanevrare aflate la dispoziția sa.

„Magia interpretării” a fost poate aceea care ne-a stimulat probabil pe mulți dintre noi să ne alegem profesia de psihologi, impresionați din start obținerea și posedarea unor calități de a răspândi lumină acolo unde domină întunericul, de a descoperi corelații subtile ascunse privirii celorlalți și de a le prezenta, de multe ori într-un limbaj mai puțin accesibil profanilor. Arta interpretării presupune o corelare permanentă între trăiri trecute și prezente, între acestea și tendința

nevrotică sau depresivă, precum și recunoașterea originilor acestei tendințe sau a modului de folosire neadecvată în situații conflictuale. Pentru a convinge, interpretarea trebuie să fie scurtă, la obiect, relevantă, verosimilă, ușor de înțeles (adaptată limbajului și domeniului de competență al pacientului), surprinzătoare prin simplitate, plauzibilă și deschizătoare de noi perspective de înțelegere a propriei persoane. Ea poate avea un caracter metaforic, suprapunând imagini ale trecutului comportamental cu situația prezentă sau chiar un caracter irațional, atrăgându-se prin aceasta atenția pacientului asupra propriei iraționalități. Psihoterapiile moderne de tipul programării neurolingvistice fac adesea apel la tehnici creatoare de confuzii sau de dezorientare a sistemului rigid al pacientului, ceea ce permite uneori o schimbare rapidă a unui comportament indezirabil și prin aceasta stimularea convingerii că el se poate schimba.

Credibilitatea sau valoarea cuvintelor terapeutului. Pacienții din ziua de azi nu mai sunt așa de creduli și de supuși autorității terapeutului ca acum 20-30 de ani. Ei sunt mai bine informați despre formele de terapie și mai pretențioși. Simpatia, compătimirea și aprecierea pacientului nu mai aduc efectele terapeutice din trecut și pot chiar scădea credibilitatea terapeutului. Pacientul nu mai este impresionat de afirmația că persoana sa este o excepție și un unicat în lume atunci când el este îngrozit de mediocritatea sa, nici nu mai poate fi determinat să se schimbe sau să acționeze doar spunându-i-se că este un rezervor de capacități nefolosite încă, când lui îi este pur și simplu lene să se ridice și să-și ia o bere din frigider. Terapeutul poate fi credibil dacă se orientează și se înscrie în ordinea concepției pacientului despre sine și mediul său, luându-l pe pacient exact de pe locul unde el se află, chiar dacă poziția acestuia i se pare absurdă. Un exemplu semnificativ în acest sens este relatat de Haley:

- la Milton Erickson se prezentă o tânără de 21 de ani care era sigură că nu va fi acceptată de acesta în terapie: -„Așa cum v-am spus și la telefon voi pleca imediat, n-am să vă deranjez prea mult. Tatăl meu a murit acum, mama e moartă de mult, sora a murit și ea și asta-i tot ceea ce mi-a mai rămas!” Erickson îi ordonă să se așeze și după un moment de gândire recunoscă că va trebui să fie cât se poate de neprietenos și brutal ca s-o convingă de credibilitatea argumentelor sale. El îi

spuse fără ocolișuri că îi înțelege problema și că nu-i este teamă să fie liber, deschis, cinstit și chiar dur. După o scurtă anamneză o întrebă: „Ce înălțime aveți și cât cântăriți?” Cu o expresie de indispoziție aceasta răspunde: „Am un metru cinzeci, cântăresc cam 98 de Kg și arăt ca un butoi umflat. Nimeni nu mă poate privi fără dezgust.” Această remarcă îi oferă lui Erickson ocazia să continue astfel: - „Dvs. n-ați spus tot adevărul. Am să vi-l spun prin cuvinte simple și pe șleau astfel ca să fiți convinsă că știu destul despre dvs. și veți crede într-adevăr ceea ce am să vă spun mai departe. Nu numai că sunteți grasă cât un butoi și arătați ca umflată cu pompa. Sunteți cea mai grasă, cea mai urâtă și mai grețoasă găleată plină cu seu de porc pe care am văzut-o vreodată și mi se face rău numai când vă privesc. Ați făcut bacalaureatul, ați trecut prin câteva momente de viață grele și, cu toate astea, vă aflați aici: un metru cinzeci și o sută de Kilograme. N-am văzut o față mai dezgustătoare! Nasul v-a fost strivit pe față, dinții vă sunt strâmbi, bărbia nu se potrivește cu restul feței, arată ca o semilună și fruntea este îngustă și respingătoare. Nici măcar nu v-ați pieptănat ca lumea! Și rochia asta cu buline pe care-o purtați, sute de mii de buline! N-aveți pic de gust, nici măcar nu știți să vă îmbrăcați. Până și degetele picioarelor care vă ies din sandale. În câteva cuvinte: sunteți o catastrofă! Numai Dumnezeu știe cât de mult aveți nevoie de ajutor. Și eu sunt pregătit să vă dau acest ajutor. Eu cred că acum știți cu siguranță că n-am nici-o rețineră să spun lucrurilor pe nume și că voi spune numai adevărul. A fost nevoie să aflați mai întâi adevărul adevărat despre dvs. și apoi să învățați ceea ce este necesar ca să vă puteți ajuta și singură. Eu nu cred însă că veți rezista să faceți o terapie. De fapt de ce ați venit la mine?” (Haley, 1978, pg. 42.)

Acest exemplu șocant aparține desigur unor situații de excepție și o poate face numai un terapeut de talia lui Erickson, fără a da o lovitură de grație unei persoane labile emoțional, însă foarte mulți pacienți au, în multe privințe, o imagine de sine exagerat de negativă. Încă din primele ore auzim o serie de remarci autocritice și defăimătoare, cum ar fi: sunt fricos, puturos, incult, inatractiv, mototol, nervos, urât, slab, neputincios, incapabil, uituc, nedemn de dragoste, nesigur, respingător, prost, inutil, dușmănos, plictisitor, incompetent, timid, fără fantezie, rigid, naiv, împrăștiat, lipsit de valoare,.... etc. Este indicat și folositor ca terapeutul să se alinieze poziției pacientului și chiar să se

exagereze această poziție, reușindu-se astfel așa numita „autenticitate paradoxală” cu trei efecte :

1. terapeutul arată că nu se teme să spună lucrurilor pe nume, că posedă multă experiență, că nu urmărește un tratament cu mănuși, că nu se ocolesc problemele, mărindu-se astfel credibilitatea;

2. se introduce de la început nota umorului, ca o componentă a terapiei, lărgindu-se astfel spațiul de joc acțional și deschizându-se posibilități ce vor fi abordate ulterior;

3. prin exagerare se ridiculizează autoacuzățiile negative, declanșându-se mecanismele de apărare proprii, o gândire mai realistă și mai constructivă, pacientul fiind nevoit să afirme în final ceva pozitiv despre sine însăși sau cel puțin: „mă rog, nu-i chiar așa de rău, de grav, dar”

Terapeuții au tendința să-i considere uneori pe pacienți mai fragili decât sunt în realitate. Abordarea problemelor, fără sentimentalități exagerate, mărește încrederea, îi determină la atitudini de apărare și, implicit, la recunoașterea existenței unei valori personale ce ar trebui păstrată și apărată. Un exemplu din practica cotidiană a terapeuților comportamentali:

P. (cu lacrimi în ochi): - „Vă rog, ați putea să-mi dați un șervețel?”

T. (privind în tavan): - „Păi..... nu prea știu. Pe de o parte cred că, dacă vă dau un șervețel nu fac altceva decât să contribui la întărirea dependențelor de care suferiți iar pe de altă parte gândesc, ce naiba, dă-i un șervețel, că doar nu vrei ca să-ți umple cabinetul cu lacrimile și mucoasa nazală!”

P. (își ia singură un șervețel): - „Atunci, în timp ce vă mai gândiți, îmi mai iau un șervețel, chiar dacă asta n-o să vă placă” (și-și suflă tare nasul) (apud Farrelly, Terapie provocativă, 1974, pg.179)

Prin comportamentul său terapeutul arată că nu este constrâns de convenții sociale, impuse artificial, iar încurajarea și recunoașterea progreselor pacientului au o mult mai mare greutate. În caz că el nu acceptă lauda sa, terapeutul poate reacționa astfel:

T. – „Ați făcut într-adevăr progrese enorme!” P. – „Vorbiți serios?” T. - „Nu, desigur nu, am spus-o numai așa ca să vă mențin buna dispoziție. În realitate, niciodată situația n-a fost așa de gravă ca acum!”

Astfel de reacții sunt resimțite de pacient mai degrabă ca naturale și autentice, decât unele asigurări superficiale sau făcute de complezență. Autenticitatea paradoxală întrebuințată corect

întărește raportul (Rapport) cu pacientul: prin căile de comunicare nonverbale terapeutul trebuie să fie apreciativ și binevoitor, iar prin afirmațiile făcute să-și contrazică concomitent această atitudine. Discrepanța are efectul de a contracara sentimentul de a fi respins și de a-l face să se încreadă în comunicarea nonverbală apreciativă, de acceptare a persoanei sale.

Umorul, creat prin afirmațiile paradoxale, poate fi considerat de critici ca nepotrivit în situațiile dramatice, în care se găsesc de foarte multe ori pacienții. Aceștia le răspundem prin argumentele:

- majoritatea suferințelor pacienților sunt declanșate nu de realitatea propriu-zisă, ci de interpretarea (reprezentarea) ei (Epicur) și a reacțiilor ce se nasc pe baza acestora;

- umorul îndeplinește o funcție importantă în terapie fiind o sugestie indirectă a încrederii; (bineînțeles o asemenea atitudine trebuie abordată numai dacă avem certitudinea unui efect pozitiv). Terapeutul poate astfel să-i sugereze pacientului încredere, fără a-i activa rezistențele conștientului, arătându-i că este luat în serios ca persoană însă nu și concepția sa distorsionată despre sine și viață. Pentru siguranță terapeutul trebuie să fie ultimul care se amuză sau râde.

În mod paradoxal pacientul se simte, în cazul unor reacții de acest tip, cu mult mai mult luat în serios și mai acceptat decât de un terapeut foarte „înțeleghător și compătimitor.” Pacienții remarcă rapid dacă terapeuții sunt sinceri cu ei și apreciază atitudinea curajoasă de a li se „ține oglinda” și de a li se spune adevărul nemachiat al realității situației proprii.

II. 2 Sistemul diadă terapeut – pacient sau efortul de definire a unei relații.

Simptomul – ca tactică sau șansă în relațiile interumane.

Au existat întotdeauna oameni care au dorit să-și schimbe modul de viață, sentimentele față de

cineva sau de sine, modul de gândire, trăire și acțiune, precum și alții care-și propun să-i schimbe pe ceilalți. Ai schimba pe oameni a fost la început sarcina religiei, astăzi reprezentanții bisericii (și nu numai ei) învață, de la specialiștii în științe umane, metode tot mai eficiente prin care să-și influențeze și mai bine membrii comunităților lor. Importanța tot mai mare a specialiștilor, a căror profesie este **schimbarea umană**, a revitalizat interesul științific asupra **metodelor și teoriilor schimbării**. Odată cu amploarea psihoterapiei s-a dezvoltat atât ideea de raționalitate cât și accepția că, un individ se poate schimba în măsura în care el câștigă o mai mare/bună înțelegere a vieții sale interne. În acest sens, terapeutul este văzut ca un mediator ce redă în posesia persoanei cunoașterea de sine. Freud considera individul mai puțin rațional însă, chiar și această convingere constituie în sine o condiție suficientă pentru a dori sau provoca o schimbare. El era de părerea că, atingerea conștiinței – de - sine are deja efectul unei schimbări, însă adăuga că suferința trebuie raportată și înțeleasă în relația cu reprezentările inconștiente ale copilăriei timpurii. Terapeutul are astfel rolul unui **catalizator** care facilitează procesul de relaționare dintre percepțiile, modul de gândire actual și trecutul pacientului. În acest sens, Freud acceptă că un individ poate fi schimbat dar numai în măsura în care acesta atinge o „înțelegere profundă” a propriului EU.

Argumentul cunoașterii – de - sine este incontestabil producător de schimbare însă, surprinderea **cauzelor schimbării** terapeutice, se poate face numai prin cercetarea diferitelor contexte ce pot produce schimbări și compararea lor (pentru a se pune în evidență elementele comune), prin dezvoltarea unor instrumente de măsură, a ipotezelor de lucru și o descriere exactă a interacțiunilor între persoana care dorește să se schimbe și cel care-și propune s-o schimbe. În prezent ne lipsește **terminologia** specifică unei astfel de descrieri precum și un **model** după care am putea să structurăm/delimităm această terminologie. Ceea ce se poate face, la nivelul actual al cercetărilor în psihoterapie, este punerea secvențială în evidență a unor aspecte și probleme prin descrierile de caz, înregistrarea percepției subiective a schimbărilor efectuate (a subiecților cuprinși în studiu) și prin analize catamnestiche comparativ de evidențiere retroactivă a valabilității unor schimbări în timp. Câmpul social mai larg, din care fac parte atât pacientul cât și terapeutul, precum și cercetarea

proceselor subiective ale intimității pacientului sau unele aspecte ale relației terapeutice, sunt în moment foarte puțin sau deloc cercetate. În centrul atenției stau doar dezvoltarea de tehnici și tactici prin care atât terapeutul cât și pacientul încearcă să se manevreze reciproc.

Încă nu există un consens asupra a ceea ce ar fi **simptomul psihic** și mai ales asupra a ceea ce ar trebui să schimbe terapeutul. Unii terapeuți încearcă să-i schimbe pacientului concepțiile de viață sau filosofice, alții atitudinile și comportamentele discordante sau dezagreabile relațional, alții vor să-l elibereze de fobiile originare sau să-l învețe să aibă succes în pași garantați (pașii de dans ar fi nu numai mai amuzanți ci chiar mai efectivi terapeutic!), în timp ce alții vor să-l facă mai fericit, adaptându-l la mediu și antrenându-l să ia deciziile cele mai eficiente, să-și exprime liber gândurile refulate depășindu-și inhibițiile emoționale, iar în final să-și accepte slăbiciunile, limitele (neschimbarea!) și mărginirea, etc.

Psihoterapia și-a deplasat în ultimele decenii centrul de interes, de la procesele intrasubiective ale individului, asupra relațiilor sale nemijlocite. Numai în măsura în care un comportament este analizat într-o relație, poate deveni psihoterapia descriabilă, ea fiind un procedeu care are loc într-o relație terapeut-pacient. Terminologia și conceptele psihoterapiei folosesc de regulă cuvintele și limbajul deja existent ale psihologiei persoanei. Avantajele cercetării metodelor terapeutice în termeni de comportament, sunt date de faptul că, se pot trage cu mult mai multe concluzii asupra dinamicii proceselor psihice interrelate, decât atunci când ele sunt privite strict ca procese intrapsihice. De exemplu: nici una din noțiunile „conștiință, eu, fantezie, frustrare, proiecție, refulare, transfer, halucinație, fobie, oralitate, regresione, amnezie, traumă” - folosite frecvent în psihoterapie (și nu numai acestea) - nu reprezintă ceva observabil, ci sunt principii explicative sau concluzii teoretice obținute prin relatarea/descrierea unor comportamente. Fobia se poate tot atât de puțin observa, în situația terapeutică, ca și un proces de învățare sau ca noțiunea de supraeu. Caracterul acestor noțiuni, de a fi concluzii explicative, formează obstacolul cel mai dificil în conturarea unui sistem precis de diagnosticare. Un terapeut poate afirma despre un pacient că are halucinații, obsesii sau tulburări de gândire, însă aceste cuvinte nu sunt decât termeni descriptivi ale

rezultatelor unor procese neurocerebrale presupuse. O altă dificultate este de natură metodologică și abia în ultimul timp terapeuții au început să se includă personal în descrierea pe care o fac despre un pacient, indicând că diagnosticul pus se bazează pe descrierea modului cum au reacționat pacienții la ei ca persoană sau la modul personal în care au fost puse întrebările. În acest sens întrebarea lui Watzlawick: „Ce făcea terapeutul când pacientul se comporta astfel, încât el a concluzionat că ar avea idei de persecuție?” - capătă o remarcabilă semnificație epistemologică. Chiar dacă terapeutul dorește să descrie comportamentul său interactiv (comunicativ) cu pacientul, lui îi lipsește pentru aceasta o terminologie adecvată astfel că, atunci când o face se folosește adesea de un mod de prezentare anecdotic.

Atragerea atenției asupra conținutului relațional al simptomului psihic și considerarea lui ca o formă inadecvată de raportare a producătorului acestuia la ceilalți - marchează un punct crucial în psihopatologie. Odată cu trecerea de la individ la **diadă** se aruncă peste bord o mare parte a terminologiei psihopatologice. De exemplu: comportamentul fobic al unui pacient era interpretat ca o formă de apărare față de reprezentările refulate ce amenințau să pătrundă în câmpul conștiinței iar, pe de altă parte, la același pacient putea fi observat că episoadele fobice apar numai într-un context interpersonal, ca o formă de relaționare cu o anumită persoană, care trebuia să-și modifice într-un anumit mod comportamentul situativ pentru a fi în conformitate cu problema „specială” a purtătorului simptomului. Aceste două perspective reprezintă sisteme teoretice puternic diferențiate.

Dacă se trece la studiul sistemului diadic, pentru a se explica problemele formării și întreținerii simptomului, atunci se atinge domeniul comunicării interpersonale iar descrierea lui trebuie să apeleze la termenii **comportamentului-comunicativ** dintre două sau mai multe persoane. Din punct de vedere comunicativ și pentru ca un simptom psihic să fie recunoscut ca atare, el trebuie să îndeplinească două condiții: comportamentul pacientului să aibă efecte externe (vizibile) asupra comportamentului celuilalt și să recunoască că se simte constrâns să se comporte astfel.

Din perspectiva teoriei comunicării, *comportamentul simptomatic reprezintă o incongruență între nivelul comunicării și cel al metacomunicării*. Pacientul face ceva în mod excesiv, evită ceva

și spune că nu poate face altfel. Simptomul psihic este perpetuat prin formele de comportament adoptate atât de pacient cât și de persoanele de referință din jurul său (familie, partener, prieteni, colegi). Tactica terapeutică trebuie să vizeze în primul rând schimbarea/stoparea insistenței pacientului de a-și determina (manipula) persoanele din anturajul său să se comporte ca și până acum (întreținând, întărind simptomul, confirmându-i astfel rolul de regulator al relației), adică schimbarea contribuției externe la menținerea simptomului și indirect să recunoască (învețe) treptat că există și alte forme de comunicare (prin mărirea competenței de relaționare) care duc la o schimbare de sine. Desigur că pacientul însuși, pornind de la insuportabilitatea durerilor resimțite, își dorește o schimbare, o verbalizează, își propune în cadrul terapiei scopuri cât se poate de clare însă, în contextul relațional întăritor, el se va comporta contrar intențiilor propuse, simptomul fiind de fiecare dată reactualizat și retrăit ca „mai puternic”, un feed-back care-i „confirmă” incapacitatea de a schimba ceva. Perpetuarea confirmărilor de neputință îl convinge de fatalismul situației sale, simptomul „recompensându-l” adesea cu anumite avantaje relaționale (impunerea unor decizii-numai-astfel-acceptate, el nu trebuie să schimbe nimic, ci doar ceilalți), devenind astfel un instrument de distrugere a eventualelor rezistențe chiar vizavi de propriile interese. În timp ce terapia tradițională evita abordarea directă a simptomului pacientului, terapia comportamentală, sistemică sau strategică de tip Erickson își centrează strategiile și intervențiile asupra comportamentului simptomatic ce trebuie schimbat. Practic vorbind, este inefficient să ignorezi simptomul și să te ocupi numai de comportamentul simptomatic în complexitatea sa sau să cercetezi amănunțit doar corelațiile sale cu alte domenii de trăire. Exprimându-se metaforic Erickson afirma: „Simptomul este ca mânerul unei oale, dacă îl apuci bine, atunci poți face cu el ce vrei.”

Așadar simptomul nu este numai expresia unei dinamici interne a pacientului, ci mai degrabă „un contract între persoanele aflate în relație” (Haley, 1980). Din unitatea de tratat fac parte atât contextul social cât și sistemul interpersonal din care face parte și pacientul.

Definirea unei relații

Afirmându-se că, purtătorul unui simptom psihic se comportă „neobișnuit”, se acceptă și reversul că există un fel obișnuit, uzual de modele de comportament. Se impune mai întâi analiza normelor culturii și a granițelor între care un comportament se poate deplasa, fără a fi considerat „neobișnuit, ciudat” sau ieșind în afara cadrului acceptat. Când două persoane se întâlnesc pentru prima dată și încep să stabilească o relație, există potențial un spectru larg de comportament interacțional. Ei pot schimba complimente sau expresii jignitoare, pot să-și facă apropouri sexuale, să accepte o poziție de subordonare sau de dominare. După modul în care ei își definesc relația, se structurează de comun acord și felul comportamentului comunicativ care va fi folosit sau va domina în această relație. Din mulțimea informațiilor schimbate ei își aleg anumite formule, punându-se de acord privind modalitatea de întrebuintare a codului astfel realizat. Astfel, relația se definește prin trasarea granițelor între ceea ce se poate recepționa sau nu, prin disponibilitatea unui cod comun și a unor nivele de toleranță privind schimbul informațional. Dacă s-ar rămâne numai la acest nivel al comunicării, s-ar putea presupune că relațiile umane au toate șansele să devină armonice. Problema este cu mult mai complicată, deoarece noi manifestăm o predilecție pentru *metacomunicare*, adică pentru interpretarea și evaluarea primei comunicări. Oamenii nu numai că afirmă ceva, ei califică, evaluează și etichetează conținuturile informaționale schimbate, dovedind o deosebită sensibilitate față de caracterul coerent în care cineva comunică ceva. Nu este suficient să afirmi „Mă bucur că te văd!”, cuvintele trebuiesc însoțite de un anumit ton, mimică sau gestică pentru a fi credibile și ca mesajul să-și atingă scopul.

Mesajele pot fi clasificate după: **a) contextul în care sunt folosite, b) enunțul verbal, c) tonul și structura limbajului, d) mimica corporală.** În funcție de acordul dintre conținutul celor afirmate și posibilitățile de control nonverbal, se pot releva congruențe sau incongruențe semnificative, ce pot ajuta la identificarea fenomenelor de rezistență în relație și nu numai în cea terapeutică. În orice relație diadică se pun două probleme: ce mesaje, respectiv ce comportamente ar trebui să desemneze relația, cine determină ceea ce se întâmplă în relație, adică cine deține

controlul definirii relației. Fiecare individ este interesat și preocupat să-și definească relațiile sau să controleze definițiile celuilalt. O regulă de bază a teoriei comunicării afirmă că este imposibil să nu se manifeste tendința de a-și defini relațiile și prin aceasta de a prelua controlul asupra definirii lor. După această regulă toate mesajele nu au numai caracterul unor relatări, ci sunt concomitent influențe și chiar comenzi. Afirmția „astăzi nu mă simt bine”, nu este numai o descriere a dispoziției vorbitorului, ci conține implicit și solicitarea „fă ceva, ajută-mă” sau „consideră-mă ca pe cineva care se simte rău.” Orice comunicare atribuită celuilalt, contribuie la definirea schimbului care ar trebui să aibă loc între ei. Chiar dacă se încearcă, în mod conștient, să se evite influența, renunțându-se la replică sau tăcând, tăcerea însăși devenind un factor de influență în cadrul interacțiunii, fiind o presiune maximă prin nedefinire.

În privința desemnării comportamentelor permise sau interzise într-o relație, nici unul dintre parteneri nu poate expedia întreaga responsabilitate celuilalt. În cazul în care unul din ei încearcă acest lucru, atunci acesta determină și felul relației sau modul de comportament care va fi practicat în relație. Un pacient poate să-i ceară terapeutului său direct: „Știți că eu nu mă pot decide. Spuneți-mi ce ar trebui să fac?” Prin acest mod de exprimare îl solicită pe terapeut, să decidă ce fel de comportament ar trebui să se manifeste în relație și prin aceasta să hotărască el, despre ce fel de relație este vorba. Problema „nu mă pot decide” capătă forțe manipulative („tu îmi știi slăbiciunea, deci nu mă mai poți lovi, jigni, respinge”), terapeutul pierzându-și libertatea lipsei de respect față de o persoană „și așa cu destule probleme.” În acest caz pacientul îl provoacă pe terapeut (manipulativ), indicându-i ce ar trebui să facă: să-i dea un sfat! Acest paradox apare deoarece se comunică simultan la două nivele: a) „spuneți-mi ce ar trebui să fac?”, b) ascultați-mi porunca: să-mi spuneți ce ar trebui să fac!”, terapeutul neavând o variantă posibilă de comportament. Paradoxul nu poate fi evitat nici dacă se încearcă să se evite controlul asupra structurii unei relații, deoarece va trebui să se preia controlul la un nivel mai general și să se decidă aici despre ce fel de relație este vorba, respectiv despre o relație în care controlul nu este preluat.

Dacă se iau în considerație toate combinațiile posibile de comportament comunicativ între două

persoane, atunci se pot deosebi două categorii de comportamente ce-și definesc relația ca fiind **simetrică** sau **complementară** (Haley, 1981) O relație este după Haley simetrică când ambii parteneri schimbă forme de comportament asemănătoare, fiind o relație de tip concurențial. Tipul complementar desemnează o relație în care sunt schimbate forme de comportament diferite, în care unul dă și celălalt primește, unul învață celălalt instruieste, unul este superiorul iar celălalt ocupă o poziție de rangul doi. Această împărțire are mai mult un caracter didactic, în realitate fiecare relație conține alternativ ambele caracteristici, în funcție de situația prin care trece relația.

În acesta sens întreaga psihopatologie poate fi considerată ca o culegere de metode speciale de obținere a controlului asupra unor relații (Haley). Simptomul psihic trebuie înțeles întotdeauna numai în strânsă legătură cu avantajele (materiale, comunicative, afective și de relaționare) pe care pacientul le obține prin semnalizarea unui comportament mai special. Dacă considerăm simptomul ca fiind un produs al condiționării, atunci terapeutul trebuie să folosească metode terapeutice de deconținere. Dacă simptomul este apreciat ca efectul unor reprezentări refulate, atunci terapia se va concentra pe conștientizarea acestor conținuturi. Iar dacă, în urma analizei situației familiale se poate conchide că, simptomul este un instrument de a se obține anumite avantaje morale sau materiale de la anumite persoane, atunci terapeutul va trebuie să se străduiască, să dezvolte mijloace terapeutice de împiedicare a folosirii simptomului (persoana vizată este adusă în terapie) și de a-l învăța pe pacient alte forme de relaționare mai puțin patologice, dezvoltându-i competența socială și repertoriul comportamental. Conștientizarea și evidențierea conținutului interrelațional al simptomului psihic și al câștigului secundar obținut prin manifestarea lui (conținere și întărire), constituie o intervenție dificilă ce întâmpină deosebite **rezistențe** din partea pacientului.

O problemă derivată din aceasta o constituie faptul că îmbunătățirea comportamentului pacientului este adesea însoțită de înrăutățirea stării persoanei relaționate prin simptom, ceea ce frânează și incomodează progresul sau vindecarea definitivă a pacientului. Schimbările semnalizate în relația de referință, tind să modifice și sistemul persoanei la care se raportează pacientul, apărând dificultăți legate de **impunerea schimbărilor** în sistemul în care s-a dezvoltat simptomul. Aspectul

decisiv al simptomului, constă în posibilitatea oferită purtătorului lui de a obține controlul asupra unei relații de referință, în favoarea sa. Un simptom îi poate crea unui pacient neplăceri considerabile pe care, deși îi este conștient, le preferă în locul imprezibilității tipice relațiilor umane, asupra cărora nu poate exercita controlul dorit sau pe care nu le poate înțelege fără a apela la simptom.

De exemplu (cazul W 09.12.47): pacientul suferea de o nevroză depresivă, (soția sa era alcoolică), își descria situația ca marcată de incapacitatea de ași ajuta (convinge) soția și de faptul că, deși este o persoană care se impune ușor în fața celorlalți, nu reușește cu soția sa deloc. De fiecare dată când încerca s-o convingă să nu mai bea și o găsea băută, considera recidiva ca pe o înfrângere personală, ceea ce-i alimenta depresia. În cadrul unei ședințe comune, soția a reacționat indignată la acuzațiile soțului spunând că, ea se simte pur și simplu nefericită din cauza unui consum de alcool „involuntar.” Avantajele relaționale obținute nu-i erau conștiente, în primul rând acela de a protesta astfel dominării și autoritarismului soțului și nici că-și periclita sănătatea, indirect și pe cea soțului. Cercul vicios anihila conștientizarea periclitării propriei sănătăți și, lipsită de alte modalități de a se impune (competență socială limitată), a ales o formă de control a relației „preocupându-și soțul cu problema.” Astfel acesta nu mai putea pleca unde și când voia, deoarece trebuia să-și păzească soția de viciu. Nu avea voie s-o indispuină, s-o supere și nici s-o lase singură, căci, în euforia alcoolică, ea ar fi fost „în stare de orice”, așadar îi permitea orice cu condiția să nu mai bea. La urma urmei se putea determina cu destulă precizie momentul când soția va începe să bea. Desigur că, acest lucru nu se întâmpla fără ca soția să nu se simtă la rândul ei neajutorată, nedemnă, ea provocându-l uneori pe soț chiar s-o lovească (sentimentele de vinovăție îi alimentau apoi acestuia depresia) exercitând astfel un control absolut asupra a ceea ce se întâmplă în relație (cercul vicios îi menținea captivii acestui rol prescris de soție). Pe de altă parte, îngrijorarea și supraprotecția realizată prin măsurile luate de soț, de a împiedica-o să bea cu orice preț, erau elemente ce o provocau la consum (autoritarismul pe care inițial nu-l suporta a făcut-o să bea iar băutul îl determina pe soț să o supravegheze și mai mult din dorința de a o ajuta să nu cadă pradă

viciului ceea ce era tocmai dominația pe care n-o dorea, o circularitate perfectă!). Soția avea astfel dovada neajutorării și lipsei autocontrolului, feed-back întreținut de comportamentul grijuliu al soțului. Ambii contribuiau fără să știe la perpetuarea simptomului, fiecare își făcea datoria cu precizie și resimțea în plan interior o oarecare relaxare (întăritor al simptomului), determinată de jocul rolului. Mania soției, de a-și asigura permanent un control absolut asupra relației în orice situație și în acest mod o face candidată sigură pentru psihoterapie. Este un caz tipic de cum soluția unei probleme devine adevărata problemă și este cu mult mai greu de tratat mai ales în cazul dependențelor de alcool sau alte substanțe. Poate fi acceptată și ipoteza că soția a trăit unele decepții relaționale, fiind probabil „părăsită” de mai multe ori, fără a găsi vreo explicație și frica despărțirii devenind patologică o determina la un control excesiv în relație pentru a evita să fie din nou părăsită. Această autoimpunere este însă imposibil de realizat fără consecvențe imprevizibile, eșecurile trăite anterior erau compensate prin deplasarea vinovăției propriului comportament asupra soțului și a controlului enervant efectuat. Nu orice încercare de a obține controlul într-o relație este automat și unul patologic, însă dacă cineva încearcă să-și asigure acest control și în același timp neagă acest lucru, atunci avem de-a face cu un simptom psihic.

Așadar, când o persoană încearcă să îngreudească comportamentul unei alte persoane și concomitent neagă acest lucru, atunci ia ființă o relație ciudată ce tinde spre patologic. Dacă o soție, pretinde soțului să rămână toate serile acasă, deoarece ea suferă de fobia solitudinii, el nu poate afirma niciodată că soția își hotărăște singură comportamentul de frică. El va crede în nevinovăția soției și-i va urî doar simptomul, împotriva căruia nu poate întreprinde nimic, dar în direcția căruia poate să-și verse tot necazul. Această secvență comunicativă este paradoxală, soțul neputându-i imputa direct soției că-l manipulează. Prin **paradox** înțelegem, în sensul logicii lui Russel, o instrucție (indicație) care califică incongruent o altă instrucție, ce trebuia îndeplinită pe loc sau mai târziu. Dacă o persoană îi ordonează alteia să desfășoare o anumită acțiune, nu avem o situație paradoxală însă, dacă aceeași persoană îi comunică să nu-i execute comanda, atunci paradoxul este evident. „Cel-solicitat-astfel” nu poate face nici una, nici alta. Marele dezavantaj al relațiilor

paradoxale constă în aceea că, persoana care se folosește de un paradox, pentru a obține controlul asupra unui domeniu comportamental, îl determină pe celălalt să reacționeze identic, adică tot paradoxal și conflictul existent, în loc să se aplaneze, se perpetuă. Soțul, care în fiecare seară trebuie să rămână acasă lângă „soția sa fobică”, o ajută pe aceasta la permanentizarea dilemei proprii, ea neputând afla niciodată cu precizie dacă soțul rămâne acasă pentru ea sau pentru fobia ei. Soția va obține prin simptomul fobic numai reacția „de a rămâne acasă”, pe care ea însăși i-o prescrie, perpetuându-și astfel incertitudinea relațională, ea neputând să riște o întrebare directă sau să-și roage soțul să rămână acasă de dragul ei. Cerându-i acest lucru doar din cauza fobiei, ea își permanentizează simptomul (care este întărit pozitiv având efect) devenind tot mai dependentă nu numai de soț, ci și de un mod strategic care devine o problemă suplimentară, confirmându-se astfel ipoteza „soluțiile care întrețin problema.” Prin folosirea unor asemenea modele de comunicare secvențiale, prin repetarea lor vicioasă și compulsivă (devin prizonierii unui anumit tip de soluții), se face o trecere treptată și sigură spre patologic, deoarece îngrădirea comportamentului unei persoane producând simptome, produce în realitate o diminuare (limitare) a competenței proprii de relaționare (adaptare).

Modul de relaționare (comunicare) poate căpăta prin repetare și durată forme ritualizate în care regulile „jocului patologic” sunt impuse mai mult sau mai puțin conștient de purtătorul simptomului, ambiguitatea definirii precise a zonei de normalitate devenind astfel extrem de dificilă pentru persoanele în cauză. Cadrul de protecție realizat prin respectarea unor reguli stricte, impuse de purtătorul simptomului, menține și perpetuă manifestarea lui justificându-l și întărindu-l. Se realizează astfel un lanț al justificărilor, acceptat datorită „unei logici dovedite în practică” prin repetarea îndelungată a modurilor de relaționare („trecutul ne-a arătat, experiențele ne-au convins, s-a mai repetat situația”), care se mișcă în cercul vicios al „efectelor devenite cauze.” Rigidizarea „confirmărilor” în cerc - este cauza principală a **rezistenței** la vindecare. În mod paradoxal momentele, în care apar semnele vindecării sau normalității (dorite și vizate), nu sunt percepute ca atare de persoanele aflate în relație cu purtătorul simptomului, ci ca o „manifestare” a patologicului

(anormalului). Orice „*schimbare*” în manifestarea sau intensitatea simptomului este apreciată ca o nouă încercare de „derutare” a contextului (a familiei, a mediului) care se va opune tendinței naturale de vindecare sau de dispariție treptată a simptomului. În acest caz rezistența exercitată de context are ca efect menținerea și prelungirea manifestării simptomului, aflându-se în contradicție paradoxală cu dorința (familiei, contextului) exprimată conștient, de eliminare a lui. Dilema în care se află contextul, de a delimita clar granițele între normal și simptom, dinamitându-și propriile intenții (interese) este bine ilustrată de următorul caz:

Caz I 12.03.84: pacienta are 12 ani, este anorectică, cu unele manifestări psihotice ocazionale ușoare, provine dintr-o familie de intelectuali. Pe lângă descrierea unor manifestări bizare, părinții au relatat disperarea lor cauzată de faptul că ea refuza să se alimenteze, justificându-și refuzul prin teama că mâncarea ar fi murdară, neigienică și plină de microbi care ar putea-o infecta. Disperată de frica unei morți prin inaniție, familia a transformat bucătăria într-un fel de laborator farmaceutic sau sală de operație sterilă, în care fiecare trebuia să poarte halat alb, mănuși sterile și bonețică pe cap. Familia spera ca printr-o „luptă” perfectă împotriva microbilor să poată realiza cu timpul însănătoșirea copilului lor. Chinurile la care se supunea conștient întreaga familie, prin respectarea cu strictețe a unor rituale devenite prin repetare absurde și patologice, convingea prin feed-back pe fiecare în parte că în familie nu era decât un singur „nebun” și acesta era fetița anorectică.

Dilema definirii relației între familie și purtătorul simptomului, constituie dificultatea centrală ce împiedică declanșarea procesului de vindecare. Deplasarea centrului de greutate, din relația în care simptomul este menținut spre o altă relație, de exemplu spre relația terapeut-pacient, creează astfel suportul necesar apariției schimbărilor:

Caz: N 01.08.82.

T. - M-ai întregat dacă eu pot evalua comportamentul tatălui tău față de tine ca fiind corect sau fals. Eu cred că acest lucru nu are absolut nici-o importanță pentru ceea ce noi ne propunem să realizăm în terapie.

P. - Cu alte cuvinte eu sunt acela care mă comport fals!

T. - Eu am vrut să spun că n-are importanță dacă tatăl tău se va comporta mai departe la fel sau dacă se va schimba. Nu cred că asta este problema ta, ci faptul că tu nu înțelegi încă ceea ce eu aștept de la tine! Tu ai o problemă să înțelegi rolul meu și ceea ce mă aștept ca să faci, adică să te porți în sfârșit ceva mai matur. Dacă tu te vei maturiza, conform așteptărilor mele, nu înseamnă că tu în realitate te vei maturiza cu adevărat, de-oarece tu vei urma sfaturile mele ca un copil și nu ca un matur. Eu cred că asta ar trebui să fie problema la care să te gândești serios tot timpul și nu la cât de corect sau fals reacționează cineva. În calitatea mea de terapeut eu mă lupt cu o altă problemă, care ți se poate părea cam contradictorie și anume aceea că nu pot să fac altfel încât să nu doresc ca să te schimbi și să te dezvolți! Fiecare dintre noi are o problemă la care trebuie să medităm fiecare în felul lui. Așa cum am mai discutat, noi oamenii avem niște ideale după care ne ghidăm în de a atinge un scop, de exemplu, de a ne maturiza și fiecare are o imagine foarte personală a felului cum trebuie să arate acest lucru. Se pare că tu te afli **acum**, în faza în care se impune cât se poate de acut problema ca să te gândești și să-ți găsești calea proprie de a te maturiza sau dezvolta.

P. - Vreți să spuneți că, dacă eu nu devin matur așa cum cineva anume se tot așteaptă din partea mea, eu nici nu mă maturizez în realitate, deoarece nu mi-am conceput și înștiințat propria mea declarație de independență.

T. - Absolut corect. Orice luptă sau bătălie nu aduce nimic învingătorului dacă el nu a declarat dinainte ceea ce el urmărește să realizeze prin acest lucru.

P. - Asta are însă de-a face cu tatăl meu, căci declarația o voi face pentru ca el să înțeleagă ce vreau.

T. - Ca să fiu sincer, problema este ceva mai complexă și în acest sens am să te rog, să-ți amintești situația când noi am decis de comun acord, ca tu să mergi la meciul de fotbal de sâmbătă. Mesajul meu a fost clar și anume că mă aștept ca să faci asta și că tu ești pregătit să devii matur. Sâmbătă te-ai simțit cam răcit și tatăl tău ți-a recomandat să rămâi mai bine acasă. Asta înseamnă că tu ai avut o problemă cu mine și încă o mai ai. Ascultând de sfatul tatălui tău mă faci să înțeleg că

tu vei decide **când** și **cum** te vei maturiza. Asta îți va da multă bătaie de cap sau chiar mai mult decât atât, cred că o declarație de independență este cea mai bună soluție, exact așa cum ai afirmat adineaori.

P. - Ce-ar trebui să fac concret în afară de asta?

T. - Să nu mai iei decizii cu conținut negativ, adică să nu urmărești ceea ce n-ar trebui sau nu vrei să faci, ci mai degrabă ceea ce-ți dorești să reușești. O altă propunere este ca până la ședința următoare să te gândești intens la caracterul problemei pe care tu o ai cu mine.

Prin această ultimă prescripție terapeutică se realizează o deplasare a conflictului conștient al pacientului și la preluarea de către terapeut asupra sa a dilemei relaționale dintre părinte și copil, evitându-se pericolul definerii unei relații într-o situație încărcată emoțional și la cerința directă a pacientului.

Dacă prin conținutul comunicării, o persoană stabilește reguli pe care cealaltă trebuie să le respecte, se poate pune întrebarea legitimă, cine determină regulile în cadrul relației diadice terapeut-pacient? Cu toate că, în contextul cadrului terapeutic întâlnim fenomene de o deosebită diversitate, este foarte importantă rezolvarea cu succes a întrebării, cine preia controlul asupra structurii relației. Nici-o formă de terapie nu poate să evite această problemă (dilemă) centrală, rezolvarea ei constituind **premiza schimbării terapeutice**. Dacă pacientul încearcă să-și apropie în terapie controlul, înseamnă că el nu va reuși decât să-și perpetueze dificultățile, continuând să domine cu ajutorul simptomului creat, tocmai din incapacitatea de a dezvolta și suporta tensiunile sau durerile, inerente oricărei relații umane. Terapia va avea succes în măsura în care, terapeutul va deține controlul definerii relației cu pacientul, determinându-l consecvent la îndeplinirea sarcinilor, temelor și prescripțiilor terapeutice.

Simptomul ca tactică sau șansă de schimbare. Relatările catamnestice ale unor pacienți.

K 04.06.62. (Depresie și consum de alcool periodic abuziv) : Ideea sugerată de dvs. a fost pentru mine un șoc. Mi-a trebuit mult timp să înțeleg așa ceva și să nu o consider o prostie, o idioție sau pur și simplu o nebunie. Adică trebuie să fii mai întâi bolnav psihic pentru a avea apoi șansa de a

trăi conștient și sănătos! A trebui să mă obișnuiesc cu această idee și să accept această provocare care s-a dovedit pozitivă pentru viața mea. Desigur că am avut în viață multe șanse pe care le-am trecut cu vederea, pe care nu le-am perceput ca atare sau nu am vrut să le percep altfel. Când îmi amintesc de situația în care mă aflam, de cât am suferit, de faptul că eram atât de deznădăjduit și terminat sufletește, aproape nu-mi vine să cred că am putut să vă urmăresc sfatul și să vă accept ideea. M-au chinuit întrebările puse de dvs., nu a fost deloc ușor și nici simplu să-mi răspund la întrebările: Pot eu așa ceva? Și de ce o schimbare? Doresc asta cu adevărat? Ce sens au întrebările astea ciudate? Nu e mai simplu să rămân unde sunt? La urma urmei mă obișnuisem cu problemele pe care le aveam. Întrebări peste întrebări! Am început încet să capitulez și să accept că nu mă pot descurca singur, cu toată frica pe care mi-a declanșat-o această hotărâre. Acceptarea suferinței a fost un pas important pentru a înțelege și declanșa schimbările pe care le visam. Acceptă și recunoaște - au devenit regulile mele zilnice, ele mă fac să am sentimente noi și să le respect. La început mi-a fost teamă de ele, însă mi-am descoperit sentimente noi care până atunci îmi erau amorțite și date la spate de problema mea psihică. Cea mai importantă recunoaștere a fost aceea de a înțelege noțiunea „simptomul este o șansă” și, oricât ar părea de straniu, mă bucur acum că am fost bolnav, deoarece n-aș fi avut poate ocazia să-mi schimb viața așa de mult și mai ales să mă bucur de ea așa cum o fac acum. Mă îngrozește gândul că am pierdut atâția ani din viață fără sens. Acceptându-mi problemele și limitele personalității mele, am învățat să renunț la agresivitate și să accept critica ca pe ceva pozitiv sau s-o ignor dacă sunt mulțumit de mine. Așa cum trebuie să mănânc de trei ori pe zi tot așa am grijă de igiena mea psihică și-mi iau timp (cel puțin 30 de minute) să meditez la mine și să mă relaxez. Am renunțat să pretind de la alții lucruri pe care eu nu le-aș face și să respect dorințele celorlalți. Am înțeles că te naști o singură dată, sensul vieții este să te naști cu adevărat, iar tragedia este să mori fără să te fi născut de loc! A trăi înseamnă să te naști (crești) în fiecare minut pe care-l trăiești, deoarece moartea începe acolo unde nașterea încetează. Nu poți trăi conștient fără a accepta, a primi, a lăsa lucrurile așa cum sunt, a recunoaște, a schimba și a face. Este important să accepți slăbiciunile altor oameni, greșelile lor sau excentricitățile însă

nu trebuie să te identifice emoțional. Nu uita să mulțumești celor care te-au ajutat sau ar fi putut s-o facă. Autocontrolul în direcția abstenenței, a reținerii și a renunțării te face mult mai fericit decât dorința de a avea și de a poseda tot mai mult. Pentru a-mi menține ceea ce am cucerit (viața mea) trebuie să-mi remarc și mai departe părțile negative și să le schimb, cu toate că de fiecare dată sunt trist că m-am trezit așa de târziu, însă „niciodată nu-i prea târziu.” Eram ca un „adult-copil” care aștepta parcă să i se dea permisia de a trăi! N-am să mă mai izolez de ceilalți pentru a-mi ascunde problemele dintr-un orgoliu prostesc. Știu că sunt vulnerabil și trebuie să preiau responsabilitatea numai pentru ziua în curs, fără să mă supraapreciez. Am învățat în terapie să rog, să cer ajutor celorlalți și am rămas surprins să constat că oamenii nu „sunt răi de la natură” așa cum am crezut o viață întreagă.

W 24.09.58.(Fobie socială): - Frica de oameni și de judecata lor m-a făcut să mă izolez tot mai mult, cu toate că singurătatea mă înnebunea de-a binelea. Sufeream de moarte și durerile pe care le aveam erau insuportabile. Ideea unei terapii mă făcea să mă simt un caz incurabil și fără speranțe. La începutul terapiei mă gândeam de zeci de ori pe zi s-o întrerup însă ceva mă trăgea în ziua respectivă afară din casă. Prima explicație dată de dvs. m-a durut însă n-am s-o uit niciodată: „Lipsa de activitate fizică și spirituală creează un vacuum interior în care plictiseala, singurătatea și lipsa perspectivei se alimentează reciproc într-un cerc vicios și confuz care distruge contactul cu realitatea.” Dacă mă simt singur sau plictisit înseamnă că port ceva în mine ce nu pot suporta și care pretinde prezența unei alte persoane care să mă scoată din starea respectivă. În această situație atenția îmi este acaparată de sentimentul valorii proprii care nu este deloc pozitiv și care înseamnă că nu sunt mulțumit de mine, că nu mă pot suporta, că rolul pe care îl joc în prezența altora nu-mi convine, pentru ca apoi retrăgându-mă în mine însumi să mă simt singur, respins și descurajat. Deoarece eu sunt cel care-mi petrec cel mai mult timp cu mine însumi, am învățat să mă accept așa cum sunt, să mă plac, să meditez asupra problemelor vieții, să citesc, să fac antrenament autogen, să-mi completez jurnalul de zi, să fac sport și la urma urmei să mă întâlnesc cu oamenii. Suferința

m-a ajutat să mă decid și să accept că am nevoie de terapie, să înțeleg apoi că nu trebuie să fiu înfășat în scutece, iubit, protejat ca un copil mic și neajutorat și apoi să dau un sens vieții mele lipsite de evenimente deosebite sau de valoare. Am crezut că se poate trăi fără să mai înveți, că ceea ce eu știam sau am tras cu urechea de la alții îmi va fi suficient ca să fiu fericit. A trebuit să-mi regândesc ideile și ceea ce credeam, să le pătrund sensul și profunzimea. Am citit undeva că „libertatea înseamnă a dansa legat la picioare”, însă abia acum am înțeles cu adevărat: libertatea comportamentului meu implică o delimitare clară în interiorul căreia mă simt mai în siguranță recunoscându-i liber limitele și slăbiciunile. Acum știu că libertatea mea se termină acolo unde începe libertatea celorlalți și această limitare mă face să știu până unde mă pot întinde. Asta-mi clarifică conștiința de sine și nu mai sunt dependent, în sentimentul propriei valori, de recunoașterea celorlalți. Nu mai este important ceea ce spun, vizez sau promit, ci ceea ce pot face eu însumi în viața mea zi de zi.

Z 16.04.61. (depresie, alcoolism) : Am reușit în sfârșit să am sentimentul propriei identități. Mă gândesc cu jenă la faptul că eram cât pe ce să întrerup terapia și sunt fericită că n-am făcut-o. Acum îmi înțeleg șansa care mi-a fost oferită, de a mă dezvolta prin suferință și să ajung deasupra ei. Nu mă mai tem de durere și cred în forțele pe care le am și pe care acum le îngrijesc zilnic. Am reușit să-mi identific scopurile avute în viață, să nu-mi fie rușine cu ele, chiar dacă unora le-ar părea meschine și egoiste: o viață confortabilă, siguranța unei familii, sentimentul să fi reușit ceva, o relație de dragoste matură, prietenii adevărate, libertatea de a decide independent, de a mă autoaprecia și să nu-mi fie frică de necunoscut. Ați trăi viața așa cum ți-o dorești, nu înseamnă a fi eliberat complet de dureri sau tristețe, de contradicții sau că trebuie să fiu mereu cuminte și responsabilă. A trăi înseamnă a nu ocoli greutățile, ci a le întâmpina, a risca și a greși, a accepta slăbiciunile și pierderile. Suferința mi-a dat șansa de a mă maturiza altfel și de a nu-mi ascunde capul în nisip în fața greutăților, șansa de a risca o schimbare interioară cedând identitatea protectoare și culcușul cald al credințelor mele mai vechi. Asumarea acestui risc n-ar fi fost posibilă

fără existența unei stări de presiune internă neplăcută și dureroasă. În viitor voi fi foarte atentă la sentimentele neplăcute, care nu sunt decât semnale ale unor situații care nu se desfășoară pozitiv pentru mine și care anunță necesitatea unei schimbări. Nu voi mai căuta un țap ispășitor pentru suferințele mele și voi avea curajul să-mi trăiesc propria frică, neliniștea interioară sau depresia. Am învățat că teama și suferințele sunt o parte a vieții mele și nu pot delega pe nimeni să mi le preia, trebuie să le trăiesc și să le depășesc acceptându-le. Deciziile pe care le voi lua nu se vor mai orienta după acceptul și aprobarea celorlalți, ci vor fi rezultatul și o dovadă a sentimentului valorii proprii, fără a-mi fi frică să fiu etichetată ca arogantă. Am înțeles să-mi accept haosul, ca o cale spre armonie și să-mi suport trecutul lipsit de bucurii. Problemele mele au fost cauzate în principal de refuzul și blocajele interne ce nu permiteau acceptarea și înțelegerea de sine. A trebuit să mă doară pentru a mă hotărî să mă schimb, chiar dacă schimbarea provoacă o nouă suferință, de data asta însă cauzele îmi sunt conștiente. *A avea voie* (dreptul) să faci ceva presupune mai întâi *trebuie*, înainte de a mă bucura de mine a trebuit să accept greșelile și prostiile pe care le-am făcut mai mult sau mai puțin conștientă, să-mi accept suferința și faptul că sunt bolnavă psihic - ceea ce mi-a cauzat mai multe dureri de cap decât aveam înainte. Voi aprecia de acum recidivele depresive ca „un pas spre vindecare”, îmi voi recunoaște greșelile, le voi verbaliza și sunt pregătită să le întâmpin. N-o să mai ocolesc treburile neplăcute, ci voi începe cu ele, determinându-mi singură pașii și ritmul de lucru în concordanță cu posibilitățile mele fizice și spirituale de moment. Voi căuta să mă întâlnesc cu oameni care-mi sunt simpatici și care au asupra mea o influență pozitivă. Sunt bucuroasă de faptul că am reușit să dărâm zidul ce mă înconjura și anonimitatea în care trăiam. Asta nu înseamnă că mi-am agățat o firmă pe piept, ca să atrag atenția asupra mea sau pentru a mă deosebi de ceilalți, este vorba de sentimentul pe care îl trăiesc acum. Nu-mi mai este frică și nici penibil să afirm că am avut probleme cu alcoolul sau că am fost aproape alcoolică. Nu mă mai ascund în spatele unei mândrii false și auto-distrugătoare. Am momente când datorită ocupațiilor uit că am fost bolnavă psihic și altele în care îmi este ceva mai greu, când unele sentimente de neliniște și teamă sunt din nou prezente. Acum sunt conștientă de faptul că în situații

dificile se vor reactualiza fără voința mea unele slăbiciuni din trecut și că de multe ori corpul îmi amintește de vremurile mele de rătăcire psihică. Urmele nu se vor șterge niciodată definitiv, însă modul în care reacționez în aceste situații mă face să nu-mi mai pierd niciodată încrederea în mine și șansa speranței.

R 14.06.61. (depresie și dependență medicamentoasă): - Ultimele ore de terapie mi-au produs o revelație, după ce mai întâi m-am simțit tot așa de dezorientată cum am fost la începutul terapiei. Boala mea ca șansă de a renunța la poziția mea protejată în familie și de a mă schimba? Parcă m-a lovit trăsnetul! Asta m-a preocupat cel puțin la fel de mult ca și întreaga terapie. Da, dependența mea față de tablete a făcut ca întreaga familie să se preocupe de mine controlându-mă, amenințându-mă, rugându-mă, implorându-mă, jignindu-mă, învinovățindu-mă, etc. Toți ascundeau de mine tabletele sau substanțe chimice de tot felul numai pentru a mă proteja de viciul de care sufeream, crezând că astfel mă vor ajuta să mă vindec de acest rău. Am înțeles poziția și puterea pe care mi-a dat-o viciul avut și că toată familia reacționa la unison după toanele și placul meu. Eram în centrul atenției tuturor, nu se vorbea decât de mine, toți ceilalți au uitat pur și simplu că și ei au probleme sau o viață de trăit. Am reușit să-i fac să sufere pentru că nu le reușea nimic cu mine, să-i fac să se simtă vinovați, neputincioși, frustrați, devalorizați, furioși pe insuccesul lor cu mine. Nu am putut înțelege niciodată de ce familia mea nu a cedat în fața atâtor insuccese cu mine! Eu cred că și ei se află, ca și mine, într-un cerc vicios al speranței că la următoarea încercare vor reuși ceva. Am înțeles că fiecare trăiește într-un cerc al acțiunilor care se repetă la nesfârșit, iar întreaga responsabilitate n-a trebuit s-o port eu, ci familia mea. Ei au investit foarte mult în acțiunile lor, au pierdut de fiecare dată totul și nu au învățat să se despartă de rolul de protecție pe care l-au jucat până la absurd. La un moment dat chiar mă întrebam dacă ei mai sunt normali mai ales când încercau desperați să mă ajute. Ei se întrebau retoric „ce-o să se aleagă din ea dacă noi n-o păzim și îngrijim?”, iar eu mă întrebam în sinea mea „ce-o să se aleagă din familia mea când o să fiu sănătoasă?” Ruperea lanțului slăbiciunilor, preluarea răspunderii pentru mizeria personală,

recunoașterea și denumirea problemelor așa cum sunt au fost pași importanți ai terapiei mele. Ei credeau că fericirea lor constă în a mă vedea pe mine vindecată uitând să mai fie fericiți și altfel. Am învățat să risc, căci cel mai dureros risc în viață este să nu riști nimic. Cine nu riscă nu face nimic, nu are nimic și este un nimic. A-mi considera „viciul ca o șansă” mi-a răscolit multe convingeri înțepenite, nesănătoase și m-a făcut să renunț la prejudecăți care mă transformaseră în sclava lor. Cine râde prea mult riscă să fie considerat un clown sau că are păsărele. Cine plânge prea mult riscă să fie considerat un sentimental demodat, iar cine își arată sentimentele riscă să fie tras pe sfoară. Am învățat să nu mă jenez a-mi arăta sentimentele și mă bucur că manifestarea lor m-au ajutat să-mi refac viața. Înainte nu voiam să sufăr și căutam permanent numai trăirile deosebit de frumoase, de parcă viața ar fi trebuit să fie un orgasm permanent. La primele suferințe am început să i-au medicamente devenind dependentă de ele, crezând că în viață nu trebuie să suferi niciodată. A suferi și nu a folosi această șansă ar fi fost o prostie de neconceput.

II.3. Rezistența și mecanismele de apărare în terapia lui Milton Erickson

Atitudinea lui M. Erickson față de fenomenele rezistenței în situația terapeutică, decurge din epistemologia și devierile teoretice adoptate de el și care se înrudesc cu trăsăturile esențiale ale teoriei comunicării (Watzlawick, Beavin, Jackson 1969; Watzlawick, Weackland și Fisch 1974;

Haley 1977) și ale programării neurolingvistice (Bandler și Grinder 1979; Dilts, Grinder, Bandler, Cameron-Bandler, DeLozier, Lannkton 1980). Erickson își descrie cazurile relatând reflexiv, nu numai situația momentană a pacientului, simptomele sale, desfășurarea procedurilor terapeutice folosite, ci și ceea ce el făcea în contact nemijlocit cu pacienții săi. Relatările sale sunt concrete și cuprind detalii ale reacțiilor pacienților la intervențiile sale surprinzătoare și neobișnuite, ele căpătând caracterul unor anecdote cu un conținut viabil. Intervențiile sale vizau moduri de comportament de o deosebită complexitate și inconsistență: el intervenea, în funcție de particularitatea pacientului, de situația în care se găsea, de procesul și de scopul terapeutic, cu comenzi directe și autoritare, cu o inocență bine jucată, cu jigniri grosolane sau cu empatie fină, cu inducții hipnotice deschise sau mascate, cu denumirea provocativă a unor conținuturi penibile spuse pe șleau sau cu metafore subtile, pentru a evita o precizare directă, toate acestea în combinație cu tehnici confuzive de un rafinament deosebit, tocmai pentru ca pacientul să nu recunoască prea devreme izomorfia metaforelor folosite.

Repertoriul capacităților sale terapeutice include printre altele: variațiuni nenumărate ale unei comunicări plină de analogii, perfect dirijate spre calificarea specială a unor mesaje verbale (schimbarea tonalității și tempoului de vorbire), mișcări corporale minimale și schimbări ale atitudinii, vizând anumite scopuri, precum și un arsenal enorm de tehnici speciale și specifice lui de a induce subtil (reducând astfel rezistența față de hipnoză) transa hipnotică. În timp ce, terapeutul clasic, în relația sa cu pacientul, se definea mai ales ca un observator participant și ca un catalizator fără o influențare directă, Erickson ridică mult controversata temă a **manipulării**, la rangul de eveniment inevitabil și de dorit al întâmplării terapeutice, denumind psihoterapia ca o **artă a manipulării**. Calitățile terapeutice solicitate sunt cea de observator remarcabil și intuitiv (el însuși un maestru al intuiției cu efecte terapeutice) precum și un spectru larg de tehnici disponibile, cu care terapeutul trebuie să fie înzestrat. Erickson își observa pacienții, candidații și persoanele din jur, extrem de insistent și uneori penibil pentru acestea. Nu-i scăpau nici cele mai mici mișcări involuntare ale mimicii corporale ale oponentului sau unele indicii minimale ale schimbărilor

fiziologice (culorii pielii, tonusul muscular, pulsul, frecvența respirației), ale mișcărilor ideomotrice (capului și privirii), informații pe care nu le obținea prin reflecții conștiente, dar pe care le folosea apoi magistral în intervențiile sale de comunicare directă cu inconștientul. Erickson, nu numai că-și modela intervențiile terapeutice, în funcție de pacient și problematică, ci prelua chiar și responsabilitatea privind schimbările dorite de acesta.

În timp ce psihoterapia clasică își justifica absența schimbării pacientului prin argumente de tipul „mai are de prelucrat, trecutul nu-i iluminat suficient”, el se simțea răspunzător nu numai pentru schimbări ci și pentru absența lor. Erickson inversează procedeele terapiei tradiționale, de a condiționa schimbarea de înțelegerea detaliată a trecutului, considerând ca suficientă cunoașterea genezei problemelor și simptomelor pacientului prin raportare dinamică la prezent, contrar concepției după care obținerea înțelegerii (Einsicht) copilăriei era totul, afirmând că însăși interpretările conștiente ale dinamicii interne pot împiedica schimbările. Astfel el prefera să schimbe pacientul în afara conștiinței prin înțelegere, vizând schimbări atât în structura de comportament sau de trăire cât și a modelului interacțional cu persoanele de referință sau chiar a felului de manifestare profesională. În fond și la urma urmei, pentru procesul unei schimbări concrete este irelevant dacă și când pacientul înțelege că s-a schimbat sau pe baza căror deducții asupra dificultăților sale de viață au fost făcute intervențiile, întrucât „acțiunea precede înțelegerea.” Nu numai că Erickson renunță la înțelegere și conștientizare, ci induce pacienților chiar o amnezie post-intervenție pentru a împiedica tocmai conștientizarea comportamentului-problemă sau ce-l puțin până când se va schimba definitiv. Pacientul se va comporta „altfel” însă va uita de fiecare dată să conștientizeze schimbarea, acționând astfel de mai multe ori și uitând de fiecare dată. Repetarea unei schimbări de comportament constrânge pe cei din jur să reacționeze „altfel” și astfel, structuri rigide de interacțiune menținute ani de zile, încep să se schimbe.

Erickson era foarte intuitiv și insista ca pacientul însăși să nu fie conștient de schimbare și s-o repete de atâtea ori până când persoanele de referință vor renunța la comportamentul ce menținea simptomul. Teama de schimbare și neîncrederea în comportamentul prescris de terapeut (forme de

rezistență) erau astfel depășite foarte ingenios. Soluția terapeutică eșuează de obicei în inconsecvența aplicării ei, iar dacă pacientul nu ar uita de fiecare dată soluția întrebuițată, el ar renunța s-o repete. Schimbările fiind la început minimale nu pot fi percepute de pacientul deziluzionat de propriile încercări de soluționare conștientă și va fi tentat să-și întărească autoconvingerea în irezolvabilitatea problemei sale, abandonând de fiecare dată exercițiul de comportament propus de terapeut.

În acest sens el se străduia să învețe „limbajul” pacientului și a simptomului, provocând comportamentul simptomatic să „colaboreze”, fără pretenția ca pacientul să învețe limbajul terapeutului. Tipic în acest sens este un caz de schizofrenie tratat de Erickson prin învățarea schemei „salatei de cuvinte” a acestuia.

Relația hipnotică poate fi considerată ca o paradigmă generală a relației terapeut-pacient,

ea creând condițiile cele mai bune acceptării unei sugestii, precum și cea mai bună ajustare metaforică a formulărilor la limbajul și concepția de viață a pacientului. Orientarea strategică a intervențiilor și „manevrelor” după individualitatea și necesitățile situative ale pacientului sunt condițiile fundamentale la Erickson: „Fiecare persoană este un individ unic. De aceea psihoterapia trebuie să fie creată astfel ca să se respecte unicitatea trebuințelor personale și să nu fie ajustate până când se potrivesc în patul Procust al unor teorii ipotetice asupra comportamentul uman” - Erickson, 1980. Procedeele sale vizau trei aspecte esențiale: folosirea simptomului, includerea contextului social și folosirea comunicării analog-metaforică.

În timp ce, terapia tradițională evita să intervină direct asupra simptomului, terapia strategică își orientează intervențiile adesea direct asupra comportamentului simptomatic ce trebuie schimbat. Erickson consideră ignorarea simptomului o greșală, el străduindu-se de fiecare dată să-l cuprindă în întreaga sa complexitate și să-l cerceteze amănunțit în legăturile sale cu alte domenii comportamentale sau trăiri personale ale pacientului. „Simptomul este un contract între persoanele aflate în relație” - Erickson 1980.

Gândirea sa sistemică includea de fiecare dată, în planul terapeutic, întregul sistem relațional al

pacientului, părți ale acestuia sau separat individul considerat ca „purător al simptomului”, dezvoltând tehnici subtile de a câștiga colaborarea elementelor ostile și „rezistente” terapiei. În cadrul terapiilor clasice „producția” de analogii și metafore era domeniul exclusiv al competenței pacientului care relatează scene, întâmplări, evenimente, povești și anecdote ale unor realități trăite în trecut sau prezent, terapeutului revenindu-i sarcina de a recunoaște, în funcție de metodologia adoptată, izomorfia structurilor comunicate metaforic și de a le interpreta. Terapia strategică inversează rolurile în relația terapeut-pacient, fiind sarcina terapeutului de a produce metafore și nu aceea de a-i conștientiza pacientului izomorfia comunicărilor sale metaforice. Metaforele terapeutului trebuie să fie în structura lor izomorfe cu metaforele produse de pacient vizavi de situația problematică, putând conține însă anumite devieri structurale. Ele sunt astfel construite încât să declanșeze procese de schimbare la nivelul inconștientului pacientului și având ca urmare extinderea „spontană” a posibilităților de trăire și comportament situativ.

Erickson evita interpretările psihologice izomorfe cât și integrările de tip cognitiv ale intervențiilor sale, fiind de părere că realitatea comunicată reduce complexitatea unei trăiri autentice. Cu ajutorul metaforelor multidimensionale, folosite ca formă de comunicare analogă, el reușea ocolirea problemelor de limbaj puse de reproducerea digitalizată a unor evenimente interpersonale complexe. Folosirea formelor de comunicare analog-metaforice asigură nu numai profilaxia rezistenței ci și integritatea pacientului, ferindu-l de simplificările digitalizării. În mod concret și în sensul teoriei utilizării, Erickson se folosea, la construirea strategiilor terapeutice, de termeni diagnoză orientativi procedând astfel: percepea un comportament într-un context, organiza percepțiile cu ajutorul schemelor tradiționale ale psihodinamicii (procesele conștiente și inconștiente, rezistență, mecanism psihic, proiecție, refulare, avantaj inconștient), aceste etichete verbale constituind apoi punctele de orientare ale strategiei de influențare, formare și reorganizare a comportamentului în cadrul particularității lui.

Rezistența este un fenomen interpersonal. Terapia strategică de tip Erickson are ca scop nu numai integrarea conștient-inconștient ci și avantajul posibilității ca, prin hipnoză, să se evite

aversiunea conștientului (rezistență), a incapacității reale de a accepta schimbările terapeutice. De exemplu, pacienta R. (cazul de neurodermită prezentat), într-o stare de transă, confirmă o deplină înțelegere inconștientă a caracterului agresivității sexuale a tatălui și al caracterului incestuos al unor coșmaruri, afirmând spontan: „Pot înțelege coșmarurile mele îngrozitoare și alte comportamente aflate în relație, însă probabil că nu voi putea niciodată accepta conștient acest lucru sau să-l tolerez.” Prin această afirmație pacienta demonstrează funcția de protecție a propriului inconștient. Utilizarea acestei funcții, ca o forță motivațională, o făcu capabilă să accepte mai târziu și în plan conștient această intuiție a inconștientului. Reintegrarea acestor intuiții este posibilă în măsura în care **conștientul este pregătit să accepte „schimbarea” fără o destabilizare psihică**. Orice încercare prematură de integrare a unor explicații psihologice cauzale se va lovi de rezistențe conștiente, de respingere a absurdității vreunei corelații. Cadrul psihoterapeutic oferă protecția ce poate și trebuie să elimine teama dezechilibrantă a unei asemenea intuiții, iar tehnica transei hipnotice să dea în sfârșit curajul căutării adevărului și în locurile mereu evitate. În acest sens am inclus în inducția hipnozei în cazul R. această anecdotă:

P. - Am să-ți povestesc acum o întâmplare aparent fără sens (*pentru conștient*). Însă inconștientul tău o va înțelege. Te rog să deschizi ochii și să te trezești. Așadar, trezește-te acum! Unu, doi, trei, ochii deschiși. Cunoști filmele cu Stan și Bran, nu? Le-ai urmărit?

P. – Da.

T. - Bine..... pe la sfârșitul unei zile deprimante, în care au tot hoinărit flămânzi prin oraș fără să găsească de muncă sau așezat pe o bancă să-și mai tragă sufletul. Stan se căuta deznădăjduit prin buzunare, iar Bran îl privea plin de speranță. Acesta lua buzunarele de fiecare dată de la capăt, le cerceta asiduu în cele mai mici cute, însă nu găsea nimic demn de vreo atenție. La capătul răbdărilor Bran îl întrebă ce caută și Stan îi răspunse: „Nu cred că vrei să știi, însă nu mai găsesc dolarul pe care l-am pus azi dimineață la loc sigur pentru ca în caz de nevoie să ne cumpărăm măcar o pâine. L-am căutat prin toate buzunarele în afară de unul și tot nu-l găsesc.” Bran îl dojeni calm, cu un aer superior și înțelept: „Stan, știi ceva? Cred că e timpul și momentul să-l cauți tocmai

în buzunarul în care nu l-ai căutat!” La care Stan răspunde prompt: „Am impresia că tu vrei să se întâmple ceea ce tocmai încerc să evit tot timpul, adică să leșin dacă nu-l găsesc acolo!”

P. - Simt că inconștientul meu știe ce înseamnă această povestire, însă îmi vine greu să cred.

T. - Vă vine greu să credeți. Este greu să-ți schimbi propriile cadre de referință. (Pauză, pacienta închide ochii). Și vă temeți de răspuns. (Pauză) Este în ordine să gândești conștient ceva și inconștient să știi că exact contrariul este adevărat. (Pauză) Simțiți asta ca fiind extenuant? Și totuși nu vă mai scărpinati, cu toate că nu vă străduiți să n-o faceți! Asta o să vă dea ceva mai mult curaj. Pentru așa ceva e nevoie într-adevăr de o cantitate de curaj! Pe drumul spre casă vă veți îndoi (*conștient*) și veți cumpăni până când ceva vă va atrage atenția la un mod cu totul neașteptat.....”

În această intervenție se lasă loc unei îndoieli conștiente subliniindu-se că inconștientul recunoaște schimbarea simptomului, folosindu-se legătura dublă conștient-inconștient. Ultima frază, neterminată, îi prescrie pacientei propriul simptom (îndoiala ca rezistență în stil Erickson) numai până „în drumul spre casă, când se va întâmpla ceva”, mărindu-se astfel expectanța că „se va întâmpla ceva ce trebuie neapărat perceput” și care-i va confirma de fapt că simptomul (scărpinatul) a dispărut. Este foarte important ca pacientul să-și continue munca terapeutică după părăsirea cabinetului, ultima frază fiind o sugestie posthipnotică de căutare a unor dovezi de dispariție a simptomului.

Ideea fundamentală a psihatriei dinamice asupra premizelor schimbării, era determinată de principiul conștientizării și înțelegerii motivelor simptomelor chinuitoare, ce ar declanșa de la sine însănătoșirea. În ultimele decenii, terapia comportamentală a prezentat o teorie alternativă a schimbării, eliminând condiția sine qua non a conștientizării motivelor, de ce un comportament se desfășoară numai așa și nu altfel, subliniind că schimbarea condițiilor (formelor) de întărire determină schimbarea comportamentului. Terapiile de grup și de familie pornesc de la premiza de fond că schimbarea este determinată de *modul* de intervenție a terapeutului, în cadrul procesului terapeutic, indiferent dacă membrii grupului (familiei) conștientizează acest lucru. Astfel este

recunoscută ideea că, o schimbare poate avea loc chiar dacă persoanele implicate în proces nu înțeleg importanța sau funcția unui comportament prescris. Pornind inițial de la analiza psihică prin hipnoză (aducerea conținuturilor traumatice și a impulsurilor inconștiente în conștiință), Erickson a dezvoltat o cale proprie a modului în care poate fi introdusă o schimbare terapeutică, părăsind astfel terenul tradițional al metodelor psihiatriei.

Este cu mult mai ușor să evidențiezi ceea ce Erickson *nu face* în terapia sa decât ceea ce el *face*, deoarece stilul său nu se bazează pe conștientizarea proceselor ascunse sau a dificultăților de interrelaționare ale pacientului, nu face nici-o interpretare a transferului, nu cercetează aspectele motivaționale și nici nu le restructurează. Teoria schimbării promovată de el este foarte complexă: ea pare să se bazeze pe influența interpersonală pe care o exercită terapeutul asupra pacientului, fără ca acestuia să-i fie conștient acest lucru, include directive ce provoacă schimbările de comportament și accentuează în mod expres importanța comunicării metaforice. Toate tehnicile inovatoare ale terapiei strategice de tip Erickson au luat ființă, în esența lor, prin încercarea de a dezvolta căi de comunicare cu pacienții „rezistenți” și ele se împart în tehnici:

a) de evitare a rezistenței, b) de utilizare a rezistenței și c) de provocare și utilizare a rezistenței.

A. Tehnici de evitarea rezistenței.

Legăturile (prizele) terapeutice și legăturile duble sunt forme indirecte de sugestie (directive terapeutice) ale comunicării strategice ce-i permit pacientului să-și structureze comportamentul într-o direcție terapeutică. O legătură este de pildă întrebarea: „Doriți să intrați în transă șezând sau culcat?” Se oferă două sau mai multe alternative care duc în direcția dorită. Dacă pacientul răspunde la întrebare în interiorul cadrului oferit, adică fără metacomunicare, atunci el acceptă implicit și sugestia dată de a intra oricum în transă. Legăturile psihologice reflectă situații de viață, în care variantele de comportament sunt limitate, rămânând liberă alegerea între Scilla și Carybda, adică un *conflict-evită-evită* în care se alege răul cel mai mic. Acest tip de legături pot fi construite și după modelul *conflictului-rezolvă-rezolvă*. Arta clinică de a te folosi de aceste modele de conflict cotidian, constă în recunoașterea tendinței care domină și de a construi o legătură dilematică, care

deschide posibilitatea unei acțiuni terapeutice pozitive. Dacă nu se poate sesiza ce direcție au aceste conflicte atunci se pot oferi legături terapeutice generale ca: - „Dacă se ridică mâna stângă inconștientul dvs. este pregătit să intre în transă. Dacă se ridică mâna dreaptă el nu este pregătit” (alternativele oferite presupun fenomene spontane de transă, adică activități ideomotrice). – „Doriți să intrați în transă acum sau mai târziu? Doriți o transă ușoară, mijlocie sau profundă?”

Legăturile duble sunt cele mai fascinante deoarece folosesc de regulă jocul de ansamblu între procesele conștiente și inconștiente. Ele se bazează pe faptul că receptarea conștientă a unui mesaj poate declanșa procese inconștiente, deși în mod normal nu avem controlul lui. Legăturile duble conștient-inconștient au ca scop evitarea granițelor cunoștințelor și capacităților conștiente astfel încât, să se poată intermedia un comportament potențial ce există într-un plan autonom sau inconștient. Legăturile-duble creează *iluzia alternativei* și este o mostră de comunicare excelentă de a evita rezistența față de o directivă sau o sugestie. Această metodă este ilustrată plastic de Erickson printr-o amintire din copilărie: ca să evite orice împotrivire de a face vreo muncă la ferma familiei el le crea copiilor săi iluzia alegerii: „vrei să hrănești mai întâi găinile sau numai găștile?, vrei să aduni gunoiul sau să mături curtea?” Se pare că nu numai copiii sunt receptivi la asemenea inducții! Legătura terapeutică dublă ca formă de comunicare paradoxală oglindește legătura dublă patogenă, elementul paradoxal constând în prescrierea unui comportament (simptom, rezistență) sau a unei trăiri care nu mai poate avea loc spontan și primind astfel în situațiile interpersonale o altă calitate.

- „Dacă inconștientul Dvs. dorește să intrați în transă atunci vi se va ridica de la sine mâna dreaptă. În caz contrar vi se va ridica mâna stângă. - Dacă brațul nu se ridică atunci pleoapele le simți foarte grele.”

- „Nu intrați în transă înainte de a vă relaxa profund pe fotoliul de colo”,

- În caz că pacientul nu reacționează : „Deoarece dvs. ședeți liniștit și nu simțiți nici-o reacție, vă puteți întreba dacă nu cumva inconștientul dvs., preferă să nu întreprindă nici un efort în timp ce dvs. intrați în transă. Probabil că este mai plăcut să nu te miști sau să nu fii obligat să vorbești sau

să nu-ți dai nici măcar osteneala să ții ochii deschiși. Vă rog să remarcați, vă gândeați că probabil nu puteți sau nu vreți să intrați într-o transă.”

- „Credeți într-adevăr că sunteți treaz? Evident nu veți intra în transă *acum* ! Nu sunteți sigur că sunteți treaz! Vă simțiți acum într-o stare *schimbată*....Veți intra în transă acum!”

Legăturile duble combinate cu întrebări, implicări, a-nu-ști-nimic/a-nu-face-nimic, semnale ideomotrice, sugestii, sunt mijloace de a induce transa, de a explora tipurile de reacție și de a mobiliza procese inconștiente:

„Nu este nevoie să mă ascultați cu atenție, deoarece inconștientul dvs. este aici și poate auzi ceea ce are nevoie pentru a reacționa exact și în modul cel mai corect. Într-adevăr, nu este important ceea ce face rațiunea dvs. conștientă, deoarece inconștientul va găsi pentru dvs. mijlocul cel mai bun pentru a o scoate la capăt cu aceste dureri (sau simptomul acuzat). Dvs. ați spus că nu știți cum ați putea să vă rezolvați această problemă. Sunteți nesigur și dezorientat iar conștientul dvs. nu mai știe ce-ar mai trebui să facă. Cu toate acestea noi știm că inconștientul are acces la amintiri, reprezentări și experiențe pe care într-un mod cât se poate de surprinzător le va pune la dispoziția soluționării problemei. Dvs. nu știți încă ce posibilități aveți la dispoziție. Inconștientul dvs. le poate prelucra și singur. Și cum veți ști dacă problema vă va fi rezolvată? Vă va apare soluția într-un vis, de care vă veți aminti sau veți uita visul, dar veți constata că problema se va dizolva treptat și într-un mod pe care mintea dvs. conștientă nu-l va pricepe? Soluția va veni curând în timp ce sunteți treaz, într-un moment de relaxare meditativă sau de visare diurnă? Veți fi la muncă sau la sport, la cumpărături sau în mașină, atunci când soluția vă va deveni în sfârșit conștientă? Într-adevăr nu știți, însă veți fi desigur bucuros când soluția se va instala”.

Tehnica legăturii duble, folosite în situația unor pacienți rezistenți, pleacă de la premiza utilizării rezistenței și constă în a prescrie comportamentul concret ce constituie rezistența. Prin schimbarea produsă astfel, atât asupra comportamentului pacientului cât și asupra relațiilor interpersonale unde el a îndeplinit o anumită funcție, se poate construi mai departe procedeele terapeutice. Comportamentul hipnotic sau autonom se află în afara domeniului nemijlocit al conștiinței și asta

înseamnă că el este disociat sau scindat. Erickson a dezvoltat legăturile duble în combinație cu disocieri duble, mărirind la maximum confuzia conștientului, paralizând prejudecățile, obișnuințele și limitele învățate, declanșând astfel procese de căutare inconștientă a comportamentului creativ.

Exemple de *legături-duble-dublu-disociate*:

- „Vă puteți trezi ca persoană însă nu e nevoie să vă treziți corporal. (Pauză) Vă puteți trezi, dacă se trezește corpul însă nu-l veți recunoaște. Puteți să visați că sunteți treaz, cu toate că vă aflați într-o transă.”

- „Dvs. puteți să faceți ca și cum v-ați afla într-o transă cu toate că sunteți treaz. Puteți remarca că brațul vi se ridică fără să știți încotro se duce. (Pauză) Sau probabil simțiți încotro vrea să se ducă cu toate că nu-l puteți dirija. Dvs. puteți trasa cu mâna un desen abstract fără să știți ceea ce reprezintă. (Pauză) Sau puteți să-i găsiți mai târziu o însemnătate, cu toate că aceasta pare să nu aibă nici-o legătură cu dvs. Puteți în transă să vorbiți, cu toate că nu veți înțelege întotdeauna însemnătatea vorbelor dvs. (Pauză) Sau puteți să nu spuneți nimic, în timp ce capul dvs. va reacționa de la sine la întrebările mele aprobator, prin mișcări ușoare în față sau prin clătinare atunci când nu sunteți de acord”.

- „Acum puteți deschide ochii, dar nu e nevoie să vă treziți. (Pauză) Sau puteți să vă treziți când vi se deschid ochii, însă nu vă veți aminti nimic din ceea ce s-a petrecut câtă vreme ei au fost închiși. (Pauză) Sau timp de câteva minute nu veți simți nici-o dorință de a vorbi (sau de a mișca brațele).”

Diferența dintre legătura-dublă-disociată și disocierea dublă de tip schizofrenic, în ciuda asemănării structurale, constă în aceea că sugestia implicată tinde să dezvolte pozitiv repertoriul comportamental și nu să-l mențină definitiv în domeniul stereotip și rigid. Sugestiile indirecte per implicat duc la realizarea spontană, inconștientă, a comportamentului dorit dacă ele nu sunt recunoscute sau puse sub semnul întrebării, ceea ce Erickson reușea să evite, prin complicități subtile și manevre confuzive, împiedicând orice analiză critică sau metacomunicare din partea pacientului. Acest principiu poate fi folosit ca strategie terapeutică și fără o inducție formală a unei

transe hipnotice. Este celebru cazul unei adolescente tratate de Erickson care avea complexe de inferioritate din convingerea că are picioarele prea mari și care se izola de lume din această cauză. Ea interzicea familiei orice discuție asupra acestei teme și nu voia să se trateze, dezvoltând o rezistență puternică la ideea de a se duce la doctor. În această situație Erickson a înscenat un consult la domiciliu pentru mama ei și, pe timpul consultului, nu-i dădu nici-o atenție, cu toate că ea se învârtea curioasă în jurul lor. Singurul contact terapeutic a constat în faptul că Erickson, aparent fără intenție, o lovi cu toată puterea peste laba piciorului și-i spuse răstit: „Dacă obiectele astea ți-ar fi crescute *destul de mari* încât, un *bărbat* să le poată vedea, desigur că nu s-ar fi întâmplat una ca asta.” Și se dedică mai departe obligațiilor sale profesionale nedându-i posibilitatea să înțeleagă, să comenteze, să riposteze sau să se scuze. Înmărmurită de „impolitețea” și situația confuză creată, pacienta nu reuși să realizeze conștient directiva implicată: „Picioarele sunt mai degrabă mici decât mari.” Această sugestie o realizează însă în plan inconștient și, spre uimirea mamei ei (care era la fel de surprinsă de procedură, nefiind pusă în temă), ea ceru voie să iasă în oraș la o expoziție. Evitarea rezistenței este explicată de Erickson astfel: „Ea nu a avut nici-o posibilitate să respingă sau să conteste complimentul neașteptat făcut picioarelor ei. Nici n-ar fi putut să-mi replice că sunt un împiedicat și un nerod deoarece eram medicul mamei ei. N-a avut cum să se răzbune pe mine și nu i-a rămas nimic altceva de făcut decât să accepte dovada că picioarele nu sunt suficient de crescute ca să poată fi remarcate (sau admirate, n.a.) de un bărbat.”

Alte tehnici speciale de inducere a hipnozei la pacienții rezistenți (necooperativi sau incapabili de cooperare) sunt: tehnicile confuzive, tehnica sugestiilor presărate, a celor de șoc și surpriză, a comunicării pe planuri multiple prin glume, jocuri de cuvinte (cuvinte încrucișate), metafore, simboluri, analogii (ca forme de comunicare ce aparțin emisferei cerebrale drepte).

B. Tehnici de utilizare a rezistenței.

Aceste tehnici sunt subsumate principiului **utilizării** (Utilisation), al întrebuintării, folosirii, a ceea ce aduce pacientul în terapie. Acestea includ: a) acceptarea și valorificarea comportamentului

manifest, b) folosirea realității interne a pacientului, c) folosirea afectelor negative și al confuziei pacientului, d) folosirea simptomului, e) folosirea rezistenței.

a) Intervenția utilizării *fixează* într-un anumit mod atenția pacientului asupra unui aspect important al propriei personalități sau comportament, ce conduce la o concentrare spre interior, adică la o transă terapeutică. Atitudinile și obișnuințele conștiente ale pacientului sunt astfel mai mult sau mai puțin deconectate, facilitându-se procesele de căutare inconștientă și apariția unei reacții terapeutice.

„Teoria utilizării accentuează să se verifice spectrul capacităților și calităților personalității fiecărui individ, pentru a se determina ce mod de funcționare poate fi utilizat în scopuri terapeutice. Utilizarea atitudinilor și convingerilor pacientului devine fundamentul intervenției de evitare a ceea ce, cei mai mulți terapeuți numesc rezistență” - Erickson și Rossi, 1980.

Aceasta înseamnă utilizarea comportamentului manifest oferit, cum ar fi: salata de cuvinte ca limbaj particular, modele de concepere a realității și lumii, atitudini antagonice, absența sau incapacitatea colaborării, adică fenomene de rezistență. Iată în acest sens o anecdotă despre Erickson: „Ca tânăr psihiatru este chemat de urgență la camera de gardă să interneze un pacient care la orice întrebare reacționa cu stereotipul verbal „sunt mort.” Interviu se desfășura cam așa: T - Cum vă numiți? P - Sunt mort. T - Ce problemă aveți? P - Sunt mort. T - Unde locuiți? P - Sunt mort. T - Cine v-a adus la noi? P - Sunt mort. Văzând că n-o scoate la capăt medicul degardă îl chemă în ajutor pe psihiatru. Acesta veni, se îndreptă amabil spre pacient: - Hallo! Eu sunt Dr. Erickson. P - Sunt mort. La care acesta replică: Eu *știu* că dvs. *acum* sunteți mort, însă v-am întrebat cum vă numeați înainte de a deceda? După care pacientul se prezentă, își relatează anamneza în cele mai mici detalii, răspunzând la toate întrebările ce au urmat.

Erickson descrie un caz de inducere a unei transe prin utilizarea rezistenței la un copil de 12 ani care, adus de părinți mai mult cu forța în cabinet, este descris de aceștia ca rebel, leneș, necooperativ, încăpățânat, îndărătnic, recalcitrant și cu un enurezis nocturn cronic. Puștiul își arată pe față disprețul și antipatia față de discuția terapeutică, la care a fost adus forțat și zise că este așa

de obosit încât mai bine s-ar culca pe loc sau mai bine ar fi dacă l-ar duce acasă. I se răspunse că va putea sabota cel mai bine discuția, dacă ar adormi intenționat și s-ar strădui să nu asculte ceea ce i se spune. Copilul acceptă provocarea și se dovedește foarte sugestiv ca urmare a unei inducții simple: „Adormi pur și simplu, nu mă asculta, tu poți să dormi liniștit și profund chiar dacă eu vorbesc”, precum și alte sugestii asemănătoare, repetate până când s-a obținut o transă profundă. În acest caz rezistența s-a manifestat prin simptomul „oboselii provocante și ostentative” care prin prescripție se transformă în inducția unui comportament de transă și schimbă „definirea relației.” Încercarea de a defini prin simptom relația ca simetrică, a fost dejucată prin manevra folosită (i se dă aprobarea) terapeutul preluând conducerea, element necesar desfășurării **intervențiilor directiv-strategice în limbaj imperativ**. Cu cât formele imperative de comunicare sunt mai precise și mai fidele caracteristicilor de personalitate, concepției asupra realității sau structurii sistemului avut în tratament, cu atât mai mult se va întâmpina o rezistență și mai redusă.

În cazul următor Erickson acceptă și utilizează o atitudine respingătoare față de terapie și terapeut: pacientul, un intelectual, a venit în praxis foarte încărcat emoțional și nervos, declară din capul locului că nu știe să fie hipnotizabil și că ar fi pregătit să intre în transă cu condiția ca aceasta să fie indusă într-o manieră rațional-intelectuală și nu mistică sau rituală. Afirmă apoi că dintr-o serie de motive ar avea nevoie de psihoterapie însă, încercările terapeutice făcute l-au dezamăgit; că toate încercările de a-l hipnotiza au eșuat și aceasta s-a datorat faptului că s-a procedat prea mistic și mai puțin intelectual; că o intervenție rațională ar fi să i se pună întrebări despre gândirea și sentimentele sale referitoare la realitatea înconjurătoare, cum ar fi, de exemplu: terapeutul ar trebui să recunoască că el stă acum pe un fotoliu, că acesta se află în fața unui birou și că acestea sunt realități absolute ce nu pot fi nici ignorate sau uitate, nici renegate sau trecute cu vederea; apoi s-ar putea observa că este foarte încordat, anxios și foarte preocupat de tremurul mâinilor sale crispate de pe brațul fotoliului; în altă ordine de idei ar fi o fire cam absentă însă simultan poate percepe exact tot ceea ce se petrece în jurul său. Ultima afirmație a fost imediat folosită ca bază a unei cooperări și Erickson continuă:

„Vă rog să continuați cu prezentarea propriilor dvs. percepții și reprezentări. V-aș ruga numai să-mi permiteți să vă întrerup ori de câte ori am nevoie *pentru a fi sigur că vă înțeleg exact și pentru a vă putea urmări*. Ați menționat de pildă fotoliul însă, desigur că ați remarcat biroul meu și atenția v-a fost distrată de lucrurile aflate pe el. Vă rog să enumerați mai departe!”

Pacientul reacționează cu o avalanșă de cuvinte și comentarii, mai mult sau mai puțin corelate, despre tot ceea ce se găsea în raza sa vizuală, fiind întrerupt din când în când de Erickson pentru a-i redirecționa atenția, întreruperi cu o frecvență din ce în ce mai mare făcute în această ordine:

„Și prespapierul; dulapul cu acte; piciorul dvs. pe covor; lampa din tavan; perdelele; mâna dvs. pe brațul fotoliului; tablourile de pe pereți; focalizarea schimbătoare a globilor oculari în timp ce privirea se rotește prin cameră; încordarea din umerii dvs.; senzațiile date de fotoliu; zgomote și gânduri care deranjează; greutatea mâinilor și picioarelor; greutatea problemelor, greutatea mesei de scris; materialul de scris; actele multor pacienți; viața cu urcușurile și coborâșurile ei; fenomenele vieții și bolii, a sentimentelor, fenomenele corporale și de comportament spiritual; liniștea și pacea unei relaxări; nevoia de te ocupa de propriile necesități; nevoia de a te preocupa cu propria încordare în timp ce privești biroul, prespapierul sau dulapul cu acte; comoditatea retragerii din cotidian; oboseala și apariția ei; caracterul invariabil al mesei de scris; monotonia dulapului de acte; nevoia de a te odihni; sentimentul plăcut al închiderii ochilor; sentimentul de relaxare după o respirație profundă; plăcerea și bucuria învățării pasive; capacitatea învățării intelectuale prin inconștient.”

Pe parcursul procedurii atenția pacientului a fost dirijată insesizabil spre trăiri subiective interne, realizându-se o relaxare progresivă, pe baza căreia s-a asigurat o tranșă mijlocie. Afirmarea pacientului, că „nu știe dacă este hipnotizabil” este o declarație importantă privind permisivitatea sa pentru tranșă. „A-nu-ști-nimic-a-nu-face-nimic” sunt premise esențiale ale transei hipnotice. El fiind un intelectual recunoaște de la început că sunt domenii în care competența și cadrele sale de referință sunt instabile, că hipnoza anulează inadmisibilitatea sau imposibilitatea unor fenomene spirituale, astfel că psihoterapia sa poate începe. Erickson strecoară de la început sugestii subtile

privind importanța „înțelegerii” și “urmăririi” și, așa cum terapeutul îl înțelege la început pe pacient, tot așa va face și el urmându-l și înțelegându-l pe terapeut stabilindu-se astfel raportul și pregătirea de a reacționa.

Un procedeu asemănător este folosit și în cazul unui pacient de treizeci de ani care, aflându-se într-o stare de agitație motrică, nu putea să se așeze pe fotoliu, deplasându-se neconținut prin cameră, relatând că a fost pe la mulți psihiatri și că nu mai poate suporta să se lungească iar pe fotoliu și să-și povestească viața. Ceilalți terapeuți i-au reproșat lipsa cooperării și roagă să fie hipnotizat întrucât, starea sa de frică este insuportabilă și crește în intensitate tocmai când se află la psihiatru. Explicațiile sale justificative au fost întrerupte cu succes de întrebarea:

„Sunteți pregătit să colaborați cu mine în timp ce vă *deplasați în continuare în sus și în jos exact cum o faceți acum?*” Surprins, el ripostă: „Pregătit? Doamne sfinte! Eu *trebuie* s-o fac dacă vreau să rămân în terapie la dvs.!” A fost rugat apoi să accepte o anumită dirijare a direcțiilor în care să meargă: „Mergeți acum spre dreapta, îndepărtați-vă de fotoliul *în care ați putea să vă așezați*; mergeți acum la stânga în direcția fotoliului *în care vă puteți așeza*; plecați vă rog de lângă fotoliul *în care puteți să ședeți*; apropiați-vă acum de fotoliul *în care puteți șede*”; etc.

Prin aceste formulări s-a creat baza unui comportament cooperativ, timpul a fost redus treptat și indicațiile vizau tot mai sugestiv: „Fotoliul spre care vă veți îndrepta ca și cum ați vrea să vă așezați în el cât se poate de comod” și care spre final deveni: „Fotoliul în care vă veți așeza în curând cât mai comod posibil.”

Valoarea acestui mod de utilizare constă în aceea că se semnalizează pacientului acceptarea necondiționată a simptomului adus și că terapeutul, făcând abstracție de comportamentul deranjant, poate produce totuși o schimbare a acestuia. Nu numai că se răspunde nevoilor de început ale pacientului, ci se *folosește exact comportamentul pe care pacientul îl stăpânește în moment cel mai bine, acesta devenind componentă semnificativă al procedurii de inducere a transei*.

Întrebarea lui Erickson este un exemplu fructuos de folosirea înlănțuită a unor formule de inducție hipnotică într-o singură frază. Deoarece a fost o întrebare, s-a focalizat concentrarea

acestuia și s-a declanșat un proces de căutare interioară a unei reacții potrivite. Este de fapt o remarcabilă sugestie combinată ce asociază sugestia cooperării cu comportamentul actual de a *merge în sus și în jos*. Comportamentul fiind valorizat și acceptat deschis l-a *surprins* pe pacient, care se aștepta la o comandă severă, cum au făcut-o toți ceilalți terapeuți, de a se așeza sau lungi pe canapea și de a-și povesti viața. Șocul și surpriza au scos din funcție „rezistența”, ea nu-și mai îndeplinește rolul de „a fi dat afară din terapie ca necooperativ” și de a menține simptomul. Raportul este stabilit spontan și declanșează în pacient o expectanță puternică, ce-i măresc atenția și pregătirea de reacție terapeutică la sugestiile ce vor urma. Faptul că se așează și-și relatează problemele într-o stare de transă profundă, îl convinge definitiv de posibilitatea de a se schimba.

B.) Tehnica folosirii realităților interne ale pacientului este relativ simplă. Pacientul este solicitat (i se permite) să exprime liber gânduri, păreri și convingeri, este apoi încurajat să speculeze anumite detalii și să intuiască direcția în care se vor desfășura gândurile sale în cazul în care el va intra într-o transă. De exemplu: o pacientă, care a făcut trei ani psihanaliză și un an terapie prin hipnoză spune că : „în ciuda străduințelor mele nu am reușit nici măcar o singură dată să intru în transă. Nu-mi pot imagina că voi mai reuși, mai ales că nici nu știu dacă pot intra în transă” (în textul următor intervențiile lui Erickson sunt scrise cursiv):

-Nu vă puteți imagina, cum este o transă - nu, nu pot, ce este asta? - da, ce este asta? - eu cred că e o stare psihică - dvs. acceptați așadar, că este o stare psihică... și altceva? - nu mai știu - de fapt dvs. nu știți - nu, nu știu - dvs. nu știți, numai vă întrebați și vă gândiți - mă gândesc - da, ce vă gândiți, ce simțiți și ce căutați? - (pauză) - nu știu - sau vă puteți întreba - pe lângă altele se adoarme? - nu, doar obosit, relaxat, somnoros - sunt într-adevăr obosită - ciudat de obosită și relaxată, și altceva? - sunt dezorientată - asta vă dezorientează, vă întrebați, vă gândiți, simțiți, ce simțiți? - ochii mei - da, ochii dvs., cum ? - sunt împăienjeniți - împăienjeniți, ei se închid - (pauză) - da ei se închid - ei se închid, respirați profund - (pauză) - obosit și relaxat și altceva? (pauză) - somn, obosit, relaxat, somn, respiră profund - (pauză) - și altceva? - mă simt comic - comic, în tihnă, învățați - (pauză) - învățați, da, învață și mai mult și mai departe - (pauză) - ochii închiși,

respirați profund, sunteți relaxată, vă simțiți comod, în tihnă, și altceva? - (pauză) - nu mai știu - de fapt nu știți, însă învățați să mergeți tot mai profund și mai profund - (pauză) - sunt prea obosită ca să vorbesc, mai degrabă dorm - poate un cuvânt două - nu mai știu (răspuns anevoios) - respirați profund și de fapt nu știți, vă relaxați tot mai profund și mai profund, somn bun, tot mai profund, nu vă preocupă nimic, numai învățați, mergeți tot mai profund și mai profund și învățați tot mai mult cu ajutorul inconștientului.

Aceasta este o formă condensată de inducere a unei transe, după care a fost posibilă construirea sugestiilor speciale pentru problema ei. Pacienta oferă de la început premiza ideală de declanșare a unei transe conținută în afirmația, „nu știu ce este o transă”, care a declanșat procesul de căutare a unor realități interne și contactul cu experiențe deja trăite în visarea cotidiană cu ochii deschiși.

C.) Tehnica folosirii afectelor negative și a dezorientării. Majoritatea terapeuților se feresc de afectele negative, de dezorientarea (confuzia) sau îndoiala pacientului. Terapia strategică folosește ca tehnică de inducție a transei atât îndoiala, nesiguranța cât și neînțelegerile provocate deseori de tehnicile creatoare de confuzie. Următorul text demonstrează cum pot fi provocate schimbările terapeutice acordându-se o atenție egală, atât aspectelor subiective cât și obiectelor reale, tocmai pentru a clarifica procedeul verbal:

„Acum, că ședeți așa de comod în fotoliu, puteți să simțiți din plin greutatea mâinilor, care se odihnesc pe brațele fotoliului. Ochii îi aveți deschiși și puteți vedea masa de scris, privirea vă este întreruptă doar de clipitul obișnuit al pleoapelor, pe care probabil îl remarcați sau nu, la fel cum poate că-ți simți pantofii în picioare și apoi îi uiți din nou. Dvs. știți exact că puteți vedea dulapul de cărți și că vă puteți întreba dacă inconștientul a remarcat titlul unei cărți anume. Acum, puteți din nou să aveți senzația pantofilor în picioarele care se odihnesc pe podea și, în același timp, puteți deveni conștient de faptul că pleoapele vă coboară, odată cu privirea care se apleacă spre covorul din mijlocul camerei. Apoi brațele își lasă greutatea proprie, să cadă tot mai mult pe brațele fotoliului, toate aceste lucruri sunt reale și dvs. vă puteți concentra asupra lor și să le simțiți. Și, în timp ce privirea vă alunecă de la încheietura mâinii spre colțul camerei, realizați și

simțiți cum vederea și ochiul vi se reglează automat, în funcție de distanțele diferite de străbătut. Poate vă mai amintiți de experiența făcută în copilărie jucându-vă cu obiecte pe care le apropiați și le depărtați de ochi sau atunci când vă apropiați nasul de anumite obiecte pentru a le face să dispară. Și, dacă acum, prin asociere, aveți amintiri din copilăria dvs., acestea sunt amintiri simple sau sentimente de oboseală, căci amintirile sunt reale. Chiar dacă par abstracte, ele sunt totuși lucruri la fel de reale ca fotoliul, ca masa de scris, ca sentimentul de oboseală care vine de la poziția nemișcată în fotoliu și toate acestea pot fi compensate, în timp ce mușchii vi se relaxează și simțiți greutatea corpului, la fel de clar cum simțiți oboseala benefică a pleoapelor cu atât mai mult cu cât relaxarea devine tot mai profundă. Și tot ce se spune este real, atenția dvs. asupra acestor lucruri este reală și puteți să simțiți din ce în ce mai clar pe măsură ce atenția vă este atrasă de mână, de picior, de birou, de respirație sau de amintirea sentimentului de tihnă pe care l-ați mai simțit cândva, prin închiderea ochilor numai pentru a vă relaxa privirea. Dvs. știți că visele sunt uneori reale, că se văd scaune, copaci și oameni, că visând poți auzi și simți lucruri, că aceste impresii vizuale și acustice sunt la fel de reale ca și fotoliile, ca și dulapurile cu cărți și că toate pot deveni realități vizuale.”- Erickson și Rossi 1981, pg. 106.

Folosirea dezorientării și îndoielii exploatează ambivalența în care se află pacientul indecis. Însăși prezența unui pacient rezistent într-un cabinet de psihoterapie este un nonsens comportamental (el vrea să se schimbe și în același timp dezvoltă rezistențe) și această situație ambivalent-contradictorie este plină de tensiune psihică. Deturnarea direcției acestei energii, din diferitele orientări pe care le poate lua, asupra comportamentului simptomatic sau tulburării psihice, face posibilă vindecarea. În text sunt folosite sugestii deschise și presărate, explicații generale a sentimentelor, amintirilor, viselor și reprezentărilor în scopul unor asocieri indirecte și a unei centrări (Focussing) ideodinamice, mărindu-se preocuparea cu realități subiective de profunzime care să permită în final o înțelegere mai largă a afectelor negative, ca indicatori ai schimbărilor de personalitate.

Experiența fricii, îndoielii, dezorientării, nesiguranței și depresiei este caracteristică fiecărui

individ care trece printr-un proces de maturizare sau schimbare a personalității. În timp ce pacientul suferă din cauza acestor manifestări, terapeutul poate remarca în ele semnele unui proces de transformare a personalității pacientului. Se poate spune că stările tipice de depresie, nesiguranță și teamă nejustificată, cu care de obicei se prezintă pacienții în terapie, sunt manifestări spontane de gradul doi sau trei al paradigmei de inducere a transei și sugestiei (anihilarea atitudinilor conștiente obișnuite și căutarea inconștientă). În acest sens ele sunt stadii normale și necesare în procesul normal de desfășurare și schimbare a personalității. Depresia și teama iau forme patologice numai în cazul în care o problemă, prin amploarea ei, nu mai permite prelucrarea acestor afecte negative de unul singur. Astfel, hipnoterapia se încadrează în efortul natural inerent de dezvoltare al proceselor psihice și poate fi înțeleasă ca o provocare naturală a lor.

Iată câteva formule ericksoniene de provocare în continuare a îndoielii, dezorientării și a implicatelor lor:

- Înțelegeți într-adevăr ? (Provocarea neîncrederii în înțelegerea conștientă).
- Și veți înțelege cu adevărat? (Nu veți înțelege nimic).
- Credeți că sunteți treaz? (Dvs. nu sunteți treaz).
- Dvs. sunteți acum foarte sigur de sine, nu-i așa? (Nu sunteți de loc).
- Conștientului îi place îndoiala, dar dacă inconștientul știe că ai fost în transă atunci vei da ușor din cap în semn de confirmare. Acum nu mai știi ce-ar trebui să spui. Tu nu știi..... însă..... ar trebui să știi. Și dacă știi atunci știi, că nu ai nimic altceva de făcut decât să spui nu. Firește tu ai putea să spui da, însă de unde să știi tu asta, cum ai putea să știi asta..... (tehnica confuzivă).

D.) Folosirea simptomului și a rezistenței. Mentalitatea regretabilă, de a se considera hipnoterapia ca fiind o relație între dominator și dominat, contribuie decisiv la declanșarea fenomenelor de rezistență, care sunt rezistențe la un anumit tip de relație presupus. Din acest motiv, Erickson și-a dezvoltat majoritatea tehnicilor sub forma indirectă, acceptând integral comportamentul simptomatic, spunând: **rezistența este de regulă exprimarea individualității pacientului.** Sarcina terapeutului este de a înțelege această individualitate, de a o accepta și folosi,

pentru a-l ajuta pe pacient să-și depășească limitele propriilor capacități de învățare și să-și atingă scopurile. Este evident că pacientul are controlul interior, în timp ce terapeutul îi pune la dispoziție cadre noi de referință și-l impulsionează să-și exploreze posibilitățile. Desigur pacientul poate respinge unele sugestii sau le poate modifica conform nevoilor sale. Iată un exemplu de „pacing and leading” (conduce și urma) folosit de Erickson la un pacient foarte rezistent:

- În curând mâna dreaptă sau probabil chiar și mâna stângă va începe să se ridice sau este posibil ca ambele să apese în jos sau pur și simplu să nu se miște, însă vom aștepta răbdători să vedem ce se întâmplă. Mai întâi se va mișca probabil degetul opozant sau veți simți că ceva se va mișca în degetul mic dar, indiferent de ceea ce se va întâmpla, nu este neapărat foarte important dacă mâna dvs. se ridică sau apasă în jos sau rămâne întinsă într-o poziție liniștită, ci cu mult mai importantă este capacitatea dvs. de a simți exact ce sentimente iau naștere și se dezvoltă acum în mâinile dvs.” (Erickson, Rossi 1981, pg. 97)

- Eu cred că e treaba dvs. să descoperiți că nu puteți înceta să apăsați mâna în jos!

Prin asemenea formulări se elimină orice posibilitate de a face sau a nu face ceva, care să nu fie o reacție indusă terapeutic. Apariția rezistenței este întâmpinată prin crearea unei situații, în care rezistența folosește unui scop anumit. *Nu se poate dezvolta rezistență împotriva hipnoterapiei dacă nu se încearcă nici-o hipnoză!* Terapeutul structurează situația de o asemenea manieră încât, **o reacție de rezistență este pusă în relație cu o reacție hipnotică** și orice rezistență posibilă este împinsă în spațiul posibilităților irelevante. Pacientului, a cărui rezistență se manifestă prin aceea că nu i se ridică mâna, i se poate sugera că mâna dreaptă se va ridica în timp ce mâna stângă va rămâne blocată. Pentru a demonstra cu succes rezistența el va arăta spre propria satisfacție comportamentul invers. Există posibilitatea inducerii unei transe și prin punerea unei întrebări la care se va cere un răspuns inconștient, ce va consta într-o reacție ideomotrică și anume, pentru da se va ridica mâna dreaptă, pentru nu mâna stângă. De exemplu:

- Crede inconștientul dvs. că veți intra într-o transă ?

- Desigur, în mod conștient, nu puteți ști ce gândește sau ce știe inconștientul dvs. Însă

inconștientul dvs. îi poate semnaliza conștientului părerea sa sau ceea ce el gândește, printr-un procedeu foarte simplu declanșând, fie ridicarea mâinii drepte fie a celei stângi. Pe această cale, inconștientul poate comunica vizibil și în mod perceptibil pentru dumneavoastră cu conștientul. Observați-vă acum doar mâinile și priviți ce răspuns apare. Nici eu și nici dvs. nu știm ce gândește inconștientul, însă pe măsură ce una din mâinile dvs. se va ridica, noi o vom afla. (Pauză. În caz că reacția se tergiversează se poate continua astfel) Una din mâinile dvs. se ridică. Încercați să remarcați și cea mai neînsemnată mișcare, încercați să simțiți și să vedeți, să savurați senzația ridicării, să vă bucurați de experiența oferită de a afla ce gândește inconștientul dvs. și răspunsul pe care-l va da, într-o formă sau alta. V-ar face bine pentru un moment să închideți ochii, în timp ce inconștientul caută răspunsul la întrebare? Îmi doresc ca dvs. să stați nemișcat și să vă gândiți. Vom vedea apoi ceea ce solicită inconștientul în legătură cu asta. Nu aveți de ce să vă mișcați sau să vorbiți, până când asta nu vă va fi foarte ușor. Sunteți preocupat de ceva și în cazul în care inconștientul își dă consimțământul, că acum este un moment favorabil să intrați într-o transă, o veți remarca prin aceea că ochii se vor închide de la sine. (După ridicarea uneia din mâini sau închiderea ochilor). Este minunat și îmbucurător să constăți că inconștientul poate comunica cu conștientul sub această formă aflată la *înde-mână*. Există însă și alte lucruri pe care inconștientul le poate explora și învăța. Acum, după ce el a învățat să dezvolte o stare de transă și asta surprinzător de bine, desigur că poate să învețe și alte fenomene de transă. El este probabil interesat, de exemplu să învețe fenomenul de..... (regresie de vârstă, amnezie sau orice altceva în legătură cu comportamentul-problemă).

- În curând nici măcar n-o să știți dacă ochii vă sunt deschiși sau închiși. Nici n-aveți nevoie să știți.

Indiferent ce răspuns se dă, el este posibil numai dacă mai întâi se intră în transă! Inițial s-a declanșat un proces de focusare asociativă indirectă prin explicarea conceptelor de conștient și inconștient, pe baza căruia s-a făcut apoi o legătură-dublă. Întrebarea declanșează o căutare interioară a reacțiilor inconștiente care, în final, duce la reacții ideomotrice sau ideosenzoriale, ca

semne clare ale unei transe hipnotice. Terapeutul asociază comportamentul-simptomatic (adică ceea ce pacientul stăpânește cel mai bine în moment) cu comportamentul de transă și pe această bază se dezvoltă o realitate halucinantă interior, care integrează ceea ce-și dorește pacientul să schimbe. Aceasta conexează capacitățile reale de comportament cu dorințe și scopuri halucinate, astfel că ele pot fi realizate. Transa terapeutică este mijlocul de legătură prin care starea de concentrare (mediul) și fanteziile (dorințele de schimbare) asociate ei, sunt conectate la potențialele comportamentale astfel încât virtualul devine manifest. Hipnoterapia construiește punți de contact între conflictele indezirabile fixate (conștient) prin experiențe de o anumită factură (blocajele psihice) și potențialele de comportament cu care orice individ este înzestrat în mod natural.

CAP. III METODOLOGIA SCHIMBĂRII

FAZELE TERAPIEI STRATEGICE

III.1. Planificarea terapiei.

Pacienții mei sunt asigurați prin casele de boală care preiau integral costurile, cu condiția ca un psihiatru, neurolog sau medicul de casă să ateste nevoia unei psihoterapii și absența unor contraindicații organice (boli corporale ce trebuie tratate paralel) pentru psihoterapie. Odată cu această recomandare pacienții primesc o listă a psihoterapeuților autorizați de casele de asigurări ale medicilor și alege terapeutul cel mai apropiat. Primul contact terapeut-pacient are loc la telefon și este bine a se clarifica gradul de urgență și așteptările pacientului privind forma terapiei. Se poate întâmpla ca termenul solicitat să fie făcut de părinți sau parteneri grijulii pentru o altă persoană, ei încercând să ajute cum pot la vindecare, dorindu-și adesea o desfășurare rapidă și cu succes a tratamentului. Este important de a sesiza cine este cel mai interesat în dispariția simptomului și rolul acestei persoane vizavi de pacient. Desigur că persoana care suferă cel mai mult într-o relație (sistem) este și cea mai interesată în schimbarea și rezolvarea problemei, chiar dacă această intenție nu este întotdeauna transparentă. Rezistențele și motivația scăzută a fiului (fiicei), căruia tatăl sau mama i-a făcut rost de un termen la terapie, sunt în acest context justificabile. În orice caz, atitudinea persoanelor de referință față de terapie, care așteaptă acasă liniștiți și pasivi ca fiul (partenerul) să fie adus la „normal” este, prin strategia de „menținere a contextului”, producătoare de reacții în cerc vicios. Problema „cine, pe cine trimite în terapie și de ce?” și clarificarea ei, este primul pas în dezlegarea enigmelor producerii de simptome în sistemul avut în tratament. Datele privind tratamentele terapeutice anterioare și dorințele privind forma de terapie completează cadrul primului contact telefonic.

Prima ședință.

În această fază de explorare terapeutul culege informații de bază privind:

- natura problemei pacientului și a modului de soluționare încercat până în prezent;
- expectanțele minimale imediate privind: forma terapiei, terapeutul și schimbările vizate;

- scopurile sale, atitudinea internă și limbajul folosit pentru a-și descrie situația;
- observații spontane ale comportamentului său în momentul atingerii unor puncte vulnerabile.

Este important să se procedeze cu răbdare și calm, de a se satisface dorința pacientului de a expune punctele fierbinți ale problemei sau de a începe cu relatări mai vechi. Întrebările strategice trebuie strecurate cu atenție și lăsându-se să se înțeleagă că se va reveni la temă ceva mai târziu:

- Ce problemă vă aduce *acum* la mine? - problema genezei (nu este și geneza problemei!) nu prezintă o importanță deosebită pentru satisfacerea așteptărilor ultime care l-au determinat să se hotărască să facă o terapie, așa că pentru moment dorința de a-și povesti istoria problemei poate fi blocată prin afirmația:
- Vă pot înțelege cu mult mai bine dacă aș ști exact cum stau lucrurile *acum* și apoi să ne întoarcem în timp, decât dacă am proceda invers.” Focusarea pe dificultatea centrală și a modului în care aceasta se exprimă comportamental, se face prin întrebări vizând:
- Cine și ce face acesta ca să apară problema, vizavi de cine se manifestă și în ce măsură ceea ce el face este o problemă? Bineînțeles că aceste întrebări, destul de complexe și adesea greu de înțeles, fără o cunoaștere a relațiilor existente, trebuie puse treptat și nu toate deodată. Dacă răspunsurile nu sunt precise, nu trebuie trecut mai departe, ca și cum totul ar fi clar, ci să se afirme simplu:
- Acest lucru nu-mi este suficient de clar! - deoarece la început o poziție subordonată și dificultățile de înțelegere ale problemei (în ochii pacientului complicată și grea) este o consonanță cognitivă ce apropie relațional pacientul de terapeut. Deci: *cine* suferă și de *ce*, *prin cine* este declanșată suferința, *cum* suferă pacientul și „în ce măsură situația descrisă este o problemă?”

Există situații în care pacientul exagerează importanța unor probleme existând pericolul ca, prin încercarea de a liniști pacientul sau de a simplifica greutățile, să se declanșeze exact contrariul, precum și situații care sunt considerate de pacient ca predestinări neschimbabile ale soartei și cu care trebuie la urma urmei să se împace. Terapeutul trebuie să recunoască natura problematicii și să

nu se lanseze în eforturi de a schimba ceva „neschimbabil”, deoarece multe din problemele de viață au nevoie mai degrabă de un avocat, de un expert financiar sau de medicul chirurg. Întrebări strategice de clarificare al acestui aspect ar fi:

- Cum vă explicați că acest lucru a devenit o problemă?
- În ce măsură credeți că eu vă pot ajuta la rezolvarea acestei probleme?
- De ce v-ați hotărât să mă căutați tocmai acum și nu mai târziu?
- Cine este cel mai îngrijorat (dezavantajat) de existența problemei dvs.?

Următorul pas este să se întrebe ceea ce au întreprins persoanele (membrii familiei, prietenii, colegii) cuprinse în problemă, de a rezolva sau depăși aceste dificultăți. Chestionarea trebuie să se centrează asupra comportamentului actual, asupra modului în care reacționează mediul (verbal sau acțional) în încercarea de evita reparația problemei sau de a o suporta:

- Ce faceți dvs. atunci când soția devine depresivă și neglijentă?
- Ce se întâmplă după aceea? Pacienții sunt tentați să ofere descrieri generale, vagi, să interpreteze sau să evite anumite răspunsuri:

- V-aș ruga să-mi dați o mână de ajutor. Vă pot înțelege numai dacă vă exprimați concret. Puteți să-mi dați câteva exemple privind încercările făcute până acum?

Emiterea unui scop, oricât de minimal ar fi acesta, este legat adesea de mari dificultăți. Înainte de a le considera semne ale rezistenței sau ale patologicului este bine de a li se clarifica natura și rolul lor. Răspunsurile imprecise, neclare și lipsite de detalii sunt ceva obișnuit și de acceptat: oamenii în general sunt conștienți mai degrabă de ceea ce nu vor decât de ceea ce vor.

Oricum nu trebuie să se renunțe la a se pune repetat întrebarea:

- Ce veți considera, în cazul că se va ajunge până acolo, ca fiind un prim semn al celei mai mici schimbări pozitive? Întrebarea dă de înțeles că terapeutul este interesat și se străduiește să concretizeze un semn al celei mai mici schimbări. Există pacienți cu experiență terapeutică sau cu tendințe de psihologizare, care sunt tentați spre formulări cauzale, de natură dinamică, în loc să precizeze comportamentul care întreține problema, de ex.:

P - După părerea mea 90% din problema mea este să aflu în ce constă. De aceea nu vă pot spune exact și mai bine vă povestesc totul. Eu mă aflu într-un stadiu foarte important al vieții mele și am sentimentul că, valorile în care am crezut până acum se prăbușesc sau nu mă mai pot susține. Astfel, am momentan o serie de dificultăți, trebuie să lupt împotriva lor și pe care trebuie, mai întâi, să le înțeleg cât mai bine.

T - Puteți să-mi dați câteva exemple de dificultăți?

P - Nu... de fapt toate sunt într-o corelație și asta mă face să nu pot înțelege faptul de ce mi se întâmplă numai mie una ca asta.

T - Bine, totuși n-ați putea să-mi dați un exemplu concret de dificultate?

P - Desigur..... ar fi două domenii: profesia mea și viața particulară sau mai bine zis sexuală. Eu cred că ele sunt într-o anumită relație și pe un alt plan ar fi legate de faptul că sunt vegetarian, adică înțelegeți, este vorba de un anumit stil de viață care mă face să fiu depresiv.

T - Mai precis, în ce măsură profesia a devenit o dificultate pentru dvs.? (se lansează ipoteza că au fost și timpuri fără dificultăți)

P - Profesia în sine nu, este vorba de tema pe care o am vizavi de profesie și tot încerc s-o scot la iveală

T - Ați afirmat că totul reprezintă un handicap și că încercați totuși

P - Nu, nu voiam să spun că totul este un handicap, ci că toate acestea sunt o temă ce adăpostește în sine aceste dificultăți.

Pacientul încearcă să atragă atenția asupra unor structuri ceva mai adânci ale cauzelor și să evite provocarea concretizării și a precizării problemei, reducându-i dificultatea. Terapeutul poate insista pe ideea prezentării de exemple:

- V-aș ruga să vă reprezentați că aș dori să filmez o scenă care să fie reprezentativă pentru problema dvs. Ce-ar trebui să înregistrez ca imagine și dialog? Sau el poate fi rugat să însceneze dramatic o situație, în care este regizorul iar ceilalți participanți actorii.

Concretizarea scopurilor și precizarea termenilor (a încărcăturii semantice) folosiți în

descrierea problemelor, sunt trepte necesare ale începutului unei terapii strategice eficiente. Alți pacienți încep să prezinte o problemă și apoi, în loc să se concentreze asupra legăturilor cauzale, trec de la o problemă la alta. Calea cea mai simplă este de a-i ruga să-și definească prioritățile și să rămână la tema sa.

- Văd că dvs. aveți mai multe probleme care vă stau pe suflet însă, capacitatea mea de a le cuprinde sau de a le trata, nu dovedește dacă sunt prea multe deodată. Spuneți-mi ceea ce vi se pare acum a fi o problemă centrală și ca fiind cea mai importantă pentru o schimbare a situației?

După cum se observă, chiar și sarcina aparent simplă de a culege informații, necesită proceduri strategice. Există pacienți care întrerup, mai mult sau mai puțin activ, procesul de culegere al informațiilor, cum ar fi psihoticii sau copiii cu tulburări de comportament. Cei mai pasivi întrerup acest proces prin faptul că, lasă să se întrevadă o nesiguranță sau o participare afectivă care-i determină la tăcere. În această situație este de recomandat continuarea investigației printr-un membru al familiei, care pare a fi cel mai afectat de existența problemei pacientului. Dacă această posibilitate nu există, se recomandă folosirea unor metode paradoxale sau tehnica *prescrierii simptomului*. Este bine să nu se facă presiuni sau de a-l încuraja, ci pur și simplu de a i se explica importanța culegerii unor informații minime, fără de care tratamentul nu poate să înceapă. Dacă nu se poate merge mai departe cu metoda folosită, se recomandă schimbarea ei și, cea mai bună strategie, este de a-i învinge rezistența cu propriile-i arme.

De exemplu, terapeutul își poate arăta confuzia și nedumerirea sau poate afirma surprins:

- Aha! Acum știu cât se poate de sigur care este problema dvs.! și să înceapă descrierea unei probleme care cu siguranță nu este problema pe care pacientul tot o ocolește și la care el va reacționa contrazicându-ne. Ignorarea subiectului pe care-l tot ascunde pacientul și trecerea pe un plan superior în care, confuzia în sine este recunoscută ca fiind problema sa cea mai semnificativă și unde ar trebui încercate metode de a o schimba, reprezintă în acest caz o necesitate de a-l determina să fie deschis și sincer.

Primele discuții cu pacientul au rolul edificării asupra simptomaticei, a motivației și a

răspunsului la întrebarea dacă relația terapeut-pacient poate funcționa. Ședințele de probă sunt în număr de cinci, după care se decide asupra contractului terapeutic și a numărului de ore: terapiile de scurtă durată au 25 de ședințe, cele de lungă durată 40. La sfârșitul acestor contingente se pot face cereri de prelungire de câte 20 de ședințe (de la 25 la 45, respectiv de la 40 la 60) precum și posibilitatea unei completări a terapiei, cu încă 20 de ședințe până la maximum de 80. Frecvența ședințelor este de la două pe săptămână până la o ședință în două săptămâni sau cel mai târziu una pe lună. Cererea de terapie este însoțită de o expertiză psihologică, efectuată pe baza datelor culese în timpul ședințelor de probă, trimise apoi într-un plic sigilat unui medic psihiatru expert spre aprobare și cu respectarea strictă a condițiilor de anonim.

Expertiza psihologică

1. Informații privind simptomatologia relatată spontan. Descrierea suferințelor pacientului și a simptomatologiei la începutul tratamentului - după posibilități folosind cuvintele acestuia sau citate - iar după caz a relatărilor persoanelor de referință (părinți, rude, aparținători). De ce vine tocmai acum în terapie și cine a făcut trimiterea?

2. Anamneza bolii și dezvoltarea pacientului în ontogeneză (povestea vieții și a bolii sale).

a) Prezentarea dezvoltării istoriei învățării, a procedurilor ce au condus la simptomatologia prezentată și a elementelor relevante din perspectiva terapiei comportamentale sau strategice.

b) Informații privind dezvoltarea psihică și corporală, situația familială, școlară și profesională.

c) Prezentarea dificultăților, a particularităților în dezvoltarea individuală și a situației familiare, cu accent pe condițiile care au contribuit la declanșarea simptomatologiei.

d) Descrierea situației sociale actuale (familiale, economice, condițiilor de viață și de muncă) relevante pentru menținerea sau schimbarea comportamentului simptomatic. Menționarea tratamentelor psihoterapeutice (în ambulatoriu sau prin internare) efectuate până în prezent și a bolilor care au necesitat o îngrijire medicală.

3. Examenul psihic în momentul efectuării cererii. (Rezultate la testele psihologice aplicate în măsura în care acestea sunt relevante pentru planul de tratament sau pentru controlul desfășurării terapiei).

a) Comportamentul interacțional actual în situația terapeutică de examinare a situației sale, contactul emoțional, mimica corporală, îmbrăcăminte, motivația, așteptările, alte observații.

b) Performanțele intelectuale și diagnosticul diferențial al personalității.

c) Constatări psihopatologice, de exemplu: tulburări de conștiință, de dispoziție emoțională sau afectivă, de memorie, tendințe suicidale sau delirante.

4. Analizele somatice sunt competența medicului psihiatru sau de casă.

5. Analiza de comportament. Descrierea fenomenelor simptomatice cu ajutorul celor patru categorii comportamentale: motrică, cognitivă, emoțională și fiziologică. Diferențierea între excesele sau deficiturile de comportament și calitatea specifică a simptomatologiei în dezvoltarea tulburărilor de comportament. Analiza funcției și a condiționării tulburărilor de comportament, relevante pentru terapia planificată, pe baza modelului S-O-R-C-C (situație-organism-reacție-cogniții-comportament) și avându-se în vedere evoluția în timp a simptomului. Descrierea comportamentelor active, a posibilităților personale de autoajutorare și a capacităților pacientului de rezolvare a problemei. În cazul în care, simptomul este susținut de procese de interacțiune patogene, este de menționat în analiză și rolul persoanelor de referință sau de interacțiune în menținerea sa.

6. Diagnosticul în momentul efectuării cererii, realizat pe baza simptomelor relatate și a analizei de comportament. Diagnosticul diferențial (pot fi folosite și alte informații, eventual chiar anonime).

7. Scopurile terapiei și prognoza. Prezentarea scopurilor concrete ale terapiei, aprecierea prognostică în trepte (să se justifice de ce tabloul simptomatic trebuie schimbat prin metode directe sau indirecte); aprecierea capacității de readaptare, reabilitare și conștiința bolii; aprecierea colaborării unor persoane de referință, a capacităților lor de reorganizare și suportabilitate.

8. Planul de tratament. Prezentarea strategiilor de tratament combinate, respectiv în ordinea intenționată și a procedurilor de intervenție prin care se vizează atingerea scopurilor terapeutice. Date asupra frecvenței ședințelor de tratament și a duratei acestora (25, 50 sau 100 de minute). Justificarea combinării tratamentelor individuale cu cele de grup.

III. 2. Atitudinea pacientului față de problematica sa

Folosirea atitudinii sale și evitarea

rezistențelor

Terapeutul trebuie să cunoască ceea ce a întreprins pacientul până acum ca să-și rezolve problemele și ceea ce el ar fi dispus să facă în continuare, câștigându-se astfel cooperarea sa. Soluțiile încercate în trecut și care acum întrețin problema în loc s-o rezolve, sunt un capitol sensibil al pacientului, ele fiind cele care i-au „salvat” viața, căpătând pentru el un caracter de raționalitate și veridicitate greu de zdruncinat în ciuda strădaniilor eșuate. A-l determina pe pacient să renunțe la „soluțiile personale” și, în locul lor, să procedeze într-un mod pe care îl poate considera, din lipsă de experiență sau din neștiință, periculos sau „absurd”, este un pas dificil dar decisiv pentru terapia strategică. Sarcina esențială constă în a-l influența, astfel încât pacientul să învețe să reacționeze *altfel* în situațiile dificile pentru el. Felul *cum* poate fi făcută influența, depinde enorm de persona (*pe cine*), pe care încercăm s-o influențăm, de forma în care se ambalează propunerea făcută și de modul convingător în care o facem. Pacienții au, ca și ceilalți oameni, convingeri, preferințe, ierarhii valorice care le determină comportamentul de a acționa sau de a nu acționa. Importanța poziției pacientului constă în aceea că, ea reprezintă tendința interioară a acestuia, de care terapeutul se poate folosi favorizând îndeplinirea prescripțiilor sale. Cunoașterea atitudinilor sale îi dă terapeutului posibilitatea să descopere direcțiile pentru anumite formulări sub care el își poate prezenta soluțiile, astfel ca pacientul să le accepte.

Arta convingerii joacă un rol semnificativ în orice formă de psihoterapie, ca de altfel în orice

altă formă de interacțiune (comunicare) umană. Puterea unei intervenții exprimate convingător și efectele ei, pot fi observate imediat în limbajul nu numai verbal al pacientului. Importanța exprimării convingătoare este foarte bine ilustrată de următoarea anecdotă:

- La un înțelept se prezentă o mamă cu un copil care suferea de patima dulcețurilor. - Maestre, se plânse femeia, copilul meu suferă de patima peltelei. De dimineață până seara nu mănâncă altceva decât peltea. Nu mai știu ce să mă fac cu el și nici ce să-i mai promit ca să lase borcanul din mână. Dacă i-l iau, urlă de se aude până în al șaptelea cer. - Am înțeles, spuse învățatul, însă vă rog să veniți mâine din nou în jurul prânzului. A doua zi mama se înfățișă la ora stabilită cu copilul care ținea borcanul de peltea în mână. Înțeleptul luă copilul pe genunchi, îl mângâie dojenitor pe cap, îi luă borcanul din mână și-i spuse: - Fiule, crede-mă, și ascultă bine ceea ce-ți spun. Nici nu poți bănuși cât de multe alte bunătăți sunt pe lumea asta, care au un gust la fel de bun și merită să le probezi. Cu aceste cuvinte conduse apoi pe mamă și pe copil spre ieșire. Femeia, puțin cam nedumerită, întrebă din ușă: - Maestre, nu înțeleg de ce nu ne-ai spus asta ieri și, pentru atâta lucru, ne-ai pus să facem un drum așa de lung pe căldura asta insuportabilă. - Femeie, răspunse acesta, ieri am savurat eu însumi plăcerea unei peltele minunate și nu aș fi reușit să-i spun fiului tău tot atât de convingător ceea ce i-am spus astăzi. (Nosrat Peschechian, 1989.)

Investigația poziției și a atitudinii pacientului, are rolul de a descoperi pârghia de forță cu ajutorul căreia terapia poate avansa efectiv. Important este de a se asculta cu atenție și de a se reține: ce expresii specifice folosește, cu ce intonație și ce accente pune. O pauză făcută, un cuvânt în plus, o mică relativizare (poate, probabil, câteodată, uneori, deși, ca și cum, dar, însă) poate face ca aceeași afirmație să aibă înțelesuri diferite. Desigur că pacientul nu reușește să-și exprime toate părerile sau problemele și, din fericire, nici nu este neapărată nevoie ca terapeutul să i le cunoască pe toate. Uneori este suficient dacă cunoști atitudinea față de problemă și tratament sau față de terapeut. Ignorarea „punctului de vedere” al pacientului, poate să împiedice orice strategie și să determine dezvoltarea unor rezistențe greu de învins, să se piardă un timp prețios și eventual să adopte o atitudine ostilă oricărei influențe. La început este posibil ca

pacientul să dea indicații clare privind poziția sa vizavi de problemă, să dorească chiar să facă o „impresie bună” sau să recunoască că relatările sale sunt contradictorii, confuze, intenționat derutante. O clarificare definitivă a poziției sale poate fi investigată prin întrebări de genul:

- Mi-ați furnizat multe informații și materiale privind problema ca atare, însă v-aș ruga să mă ajutați să înțeleg ceva mai bine *de ce*, după părerea dvs., aceasta a devenit o problemă? sau - Cum vă explicați apariția și persistența problemei atâta vreme și în această formă?

Determinarea atitudinii pacientului, nu necesită o concentrare prea mare sau o așteptare încordată a unor relatări, deoarece pacientul va mai reveni asupra definirii poziției sale, încercând să-l convingă pe terapeut de insolubilitatea problemei sale (altfel ar fi reușit una din soluțiile încercate în trecut de el) sau să-l dezarmeze, pentru ca acesta în final să renunțe la ideea de a-l putea ajuta. În acest sens rolul câștigului secundar, prin manifestarea problemei, joacă un rol principal, funcționalitatea pozitivă de scurtă durată (actualizarea simptomului produce o relaxare temporară sau declanșează aceleași răspunsuri reacționale ale persoanelor în relație) nu-i este automat și conștientă. Pentru blocarea acestor, impropriu spus „intenții”, terapeutul trebuie să adopte o strategie de învăluire a lor prin tehnici reframing:

P - Ar fi mai bine să încep relatându-vă dificultățile pe care le-am avut încă din pubertate, când eu am *avut primul conflict*. Eram prin clasa a VII-a când au apărut greutățile și de atunci *n-am mai scăpat de ele*. În adolescență, pe când eram la gimnaziu, s-au *înrautățit* așa de mult că *a trebuit să mă duc la un psiholog*. Patru ani a durat terapia, a trebuit apoi să întrerup căci terminasem școala și m-am mutat în alt oraș. Am fost apoi în *tratament* timp de doi ani la un doctor, care *era de părere că mă voi face ceva mai bine* dacă îl voi vizita săptămânal. Un timp *mi se păru* că funcționează, însă am suferit anul acesta o *cădere nervoasă așa de puternică* încât a trebuit să stau *internat trei luni*.”

Poziția pacientului este clară: sunt bolnav, labil, nesigur, văd totul în negru, nu cred să ies din dificultățile pe care le am, problema este serioasă și veche, nimeni nu a reușit să mă vindece și va fi nevoie de mult timp până ea va putea fi rezolvată, dacă o fi posibil!

Părinții: - Noi suntem *dezamăgiți* total de *depresia* lui. Când era mic i-am *cumpărat o bicicletă* în speranța că așa va mai *ieși din casă* și se va juca cu copiii, însă *nu i-a ajutat la nimic*, abia a folosit-o. Apoi l-am înscris la *școala de dans*, gândindu-ne că așa își va depăși *timiditatea* și prin asta depresia de care suferă. El nici n-a vrut să audă, nu s-a dus de loc și ne-am gândit că *cel mai bine ar fi dacă nu l-am mai forța*. Noi am *încercat totul*, ca să-i arătăm cât de mult *noi îl iubim*. Soțul meu l-a luat la pescuit cu cortul în vacanțe și împreună au întreprins multe. Ne-am făcut un *obicei regulat din al distrage odată pe săptămână* de la problemele lui și să facem împreună ceva *ce-i va face lui plăcere*. Însă toate astea n-au ajutat absolut la nimic.”

Poziția părinților este și mai dezolantă: îl credem foarte bolnav, am făcut și încercat orice, nici-un sacrificiu nu este prea mare dacă îl poate ajuta să se vindece.

Variabilitatea atitudinală vizavi de problematică, cu o oarecare relevanță terapeutică, nu este așa de mare. La urma urmei nu există decât varianta în care sau pacientul se definește singur ca fiind bolnav sau acesta este trimis în tratament, de obicei de membrii familiei (sau de unele instituții), care-l declară ca pacient. Chiar dacă pacientul nu se identifică ca „pacient”, el va adopta poziția recunoașterii problemei dureroase și implicit a nevoii de schimbare sau poziția în care problemele sunt privite ca fiind deranjante, însă nu ar necesita neapărat vreo îmbunătățire. Poziția a doua este cea a celor trimiși în terapie prin sentință judecătorească, al alcoolicilor amenințați de soții cu divorțul dacă nu se duc în terapie, al copiilor cu tulburări de comportament sau al schizofrenilor. Indiferent de atitudinea adoptată, acestea pot fi categorisite în pesimiste sau optimiste.

În ceea ce privește terapia ca atare, atitudinile se împart în trei categorii: a) de recepționare pasivă a înțelepciunii și sfaturilor terapeutului; b) de participare activă și de inițiativă personală, mergându-se până acolo încât terapeutul este „degradat” la rolul de ascultător pasiv; c) de căutare a ajutorului în relația cu terapeutul. Aceasta este faza în care relația terapeutică capătă contururi ceva mai exacte, procesul terapeutic fiind dirijat adesea prin întrebări de genul:

- Nu știu de ce mă simt așa de rău....., Nu știu ce să mă mai fac sau cum să mă mai

descurc..., Nu știu cum să procedez dacă..., Mi se întâmplă numai mie că... ca și cum pacientul ar aștepta o soluție magică, neașteptată, care să-l scoată printr-o „minune” din situația neplăcută.

Astfel, atitudinea față de problemă, se suprapune cu atitudinea față de procesul terapeutic. Pacientul care se exprimă pesimist despre problema sa, este concomitent negativist și asupra rezultatului terapiei. Dacă pacientul însuși se definește ca pacient, înseamnă că el este serios interesat să facă o schimbare, să se elibereze de tulburări, indiferent dacă acestea nu sunt numai ale sale, ci și a altor persoane din jurul său. Acest tip de definiție conține trei elemente: a) am o problemă care-mi creează mari greutăți , b) prin propriile eforturi n-am reușit să ies din această situație; c) ca s-o rezolv am nevoie de ajutorul dvs.

Folosirea poziției pacientului și evitarea rezistențelor.

După ce și-a precizat atitudinea pacientului privind problematica și terapia sa, terapeutul își poate pune întrebarea, nu numai cum poate s-o folosească fără a genera rezistențe, ci mai ales cum să-i maximizeze complianța. Orice afirmație care subminează credibilitatea pacientului sau atinge puncte sensibile ale vieții sale afective, poate declanșa mecanisme de rezistență, chiar dacă acestea se opun dorinței conștiente de vindecare sau de rezolvare a problemei. Metaforic vorbind, terapeutul se află în situația unui experimentator care legat la ochi și fără mănuși de protecție atinge zonele cele mai sensibile ale individului, fără a avea măcar o hartă cu localizarea acestora pentru de a le putea proteja câtuși de puțin. Se poate întâmpla ca un pacient să afirme:

P - Problema mea este foarte veche și nici un tratament n-a ajutat până acum, însă medicul meu este de părere că dvs. ați putut să ajutați mai multe persoane, care au avut aceeași problemă ca și mine.

Dacă terapeutul va lăsa, în acest caz, să se întrevadă că și el vede problema la fel de optimist, atunci va declanșa în mod nepermis o rezistență considerabilă stimulând speranțe nefondate:

T - Mi se pare că sunteți cam descurajat de terapiile anterioare și părerea mea este că n-aveți de

ce. Probabil că ar trebui să ne concentrăm mai întâi asupra motivelor descurajării dvs.

Afirmația sună optimist, ea se opune însă pesimismului atitudinii sale și se poate observa chiar o încercare de reducere a expectanței pacientului („rezolvați-mi dvs. problema!”) descurajat de terapii care au început într-o tonalitate la fel de optimistă, dar care n-au adus nici-o schimbare. Tot aici el este de părere că terapeutul face terapia și nu că aceasta este un proces în care se află personal. Terapeutul se poate arăta rezervat sau chiar poate să tacă, însă tăcerea lui îi poate confirma pacientului credința că, numai o minune îl va mai ajuta. Cel mai folositor este de a se reacționa în aceeași direcție cu pacientul, comentându-se afirmativ:

T - Înțeleg foarte bine speranța pe care v-o faceți să vă pot ajuta însă, având în vedere experiențele trăite de dvs. până acum și dezamăgirile terapiilor eșuate, consider justificabil scepticismul cu care ați venit la mine în tratament și ca fiind mult mai sănătos decât un optimism exagerat.

Prin confirmarea și aprecierea atitudinii sale se micșorează pesimismul inițial, întrucât pacientul se aștepta la o încurajare și nu la o justificare a unei atitudini care, cu siguranță, i-a mai fost reproșată de terapeutii la care a fost și au justificat, ineficacitatea terapiilor, prin lipsa sa de motivație și optimism. Evitarea unor rezistențe de început este posibilă, în primul rând prin acceptarea explicațiilor, credințelor, valorilor pacientului și renunțarea la orice comentarii critice, evaluatoare, ironice sau respingătoare. Desigur că, a ști ce nu trebuie să spui deschide perspectiva unor reacții verbale posibile, urmând să se găsească momentul și timpul cel mai propice unui efect terapeutic maximal. De multe ori chiar o confirmare nonverbală poate avea mai mult efect decât orice verbalizare, așa că nu se greșește dacă înclinăm doar capul aprobându-l sau îngânăm „hmm-ul” terapeutic, devenit ticul verbal al acestei profesii.

În această fază terapeutul formulează sarcini și teme, prin efectuarea cărora se măresc șansele unei soluționări a problemei. Maximizarea complianței sarcinilor (temelor) date, pe structura atitudinilor interne ale individului aflat în suferință, este cheia succesului oricărei strategii aplicate.

Cazul K 03.10.58.: pacientă, 36 de ani, casnică, căsătorită a doua oară, soțul are doi copii din prima căsătorie, un băiat de 13 ani și o fată de 10 ani; manifestă o simptomatologie orientată depresiv cu stări puternice de angoasă și migrene persistente; una din probleme era exercitarea rolului de mamă vitregă și dorința ei extremă de a perfecționa educația copiilor (neglijați de mama lor alcoolică) precum și unele dificultăți de relaționare cu primul ei copil, care suferea de enurezis nocturn în fază remisivă, cu rezultate școlare slabe, foarte dezordonat și ostil eforturilor educative:

P - Viața noastră cu Daniel (numele băiatului) este un calvar. Nu are pic de considerație față de eforturile pe care le fac și, cu toate că, de fiecare dată promite să se schimbe, eu știu că mă minte. Sunt sigură că ceva îl deranjează și că nu are încredere în mine. Cred că are ceva pe suflet, însă nu reușește să vorbească despre asta. Orice încercare de a-l ajuta a dat greș și nu-i putem intra în voie. Îi repetăm zilnic că trebuie să aibă încredere și să fie cu noi deschis, însă nu progresăm cu nimic. El spune că nu poate fi altfel și că nu se poate stăpâni să nu facă obrăznicii și că își uită mereu promisiunile.

După o ședință cu Daniel, care se arată a fi deschis și extrem de volubil, am rugat pacienta să-l aducă și pe tatăl copilului, actualul ei partener de viață și, într-o ședință comună, le-am comunicat următoarele:

T - A fost deosebit de important să vorbesc cu fiul dvs. pentru a constata lucruri pe care el nu vi le poate explica cu propriile-i cuvinte. Mai întâi vă dau dreptate că ceva îl frământă și-l apasă, ceea ce afectează relațiile dintre voi. Am reușit să-mi dau seama ce fel de griji își face și conflictul în care el se găsește. *Conflictul* constă în principiu în următoarele: p.d.o.p. privind *din afară* el se simte constrâns să facă ceea ce-i place, să solicite ceea ce vrea și când vrea, fără vreo considerație a efectelor neplăcute pentru ceilalți, p.d.a.p. *în interiorul său*, și asta-i cel mai important, el se disprețuiește pe sine din cauza egocentrismului său excesiv și se teme că, puterea cu care l-ați investit fără să vă dați seama, este de neînvins. Cel mai mult îi este frică că face să sufere persoane de care depinde siguranța și existența sa. Această teamă este singurul factor care întreține și alimentează cercul relațional vicios. Comportamentul său revoltător și deranjant este în

primul rând o rugămintă vizibilă de a fi ajutat să renunțe la acest mod și să i se spună cât se poate de clar, că el de fapt nici nu posedă o asemenea *putere!*”

Astfel cadrele de referință ale interacțiunii sunt schimbate definitiv printr-un **reframing** și terapeutul vrea să verifice de exemplu, dacă explicația este acceptată sau nu. Regula generală este aceea a aprecierii aproximative: tot ceea ce nu este un răspuns afirmativ clar, verbal sau nonverbal, poate fi apreciat ca „nu.“ Dacă părinții afirmă: - Acum totul depinde de ceea ce cereți de la noi sau ce ar trebui să facem - atunci afirmația denotă rezistență. Acceptarea premizelor „fricii atotputerniciei” a fost posibilă pentru că s-a folosit poziția pacienților vizavi de „copilul bolnav”, fără a se uza de metodele confruntării, intimidării sau convingerii pentru a le schimba atitudinea și a le câștiga cooperarea, ci s-a procedat numai la schimbarea „cadrelor bolii” copilului.

CAZ: N 07.03.68., pacientă, depresivă, cu mari probleme în relația cu soțul ei, se gândea la divorț însă îi era frică de acest pas; motivația ei era că ar încerca că-și salveze căsnicia dacă soțul ei n-ar fi atât de rece.

P - Mie îmi este clar că indiferența sa este cauza principală a faptului că nu comunicăm între noi. Eu încerc mereu să intru în vorbă cu el, însă nu-mi răspunde decât prin da, nu, poate, și-și citește ziarul mai departe sau se uită la televizor. Asta nu mă miră, deoarece a crescut într-o familie în care părinții nu și-au arătat sentimentele unuia față de celălalt, însă pe mine indiferența sa mă distruge.

T - Am discutat acum o săptămână cu soțul dvs. și mi-am dat seama de adevărul spuselor dvs. Mai întâi trebuie să vă dau dreptate că părinții săi s-au purtat ciudat cu el și că au fost niște persoane foarte reci și cu o stăpânire de sine greu de zdruncinat. Părerea mea este că, ceea ce se întâmplă cu soțul dvs. este un fenomen mai rar la bărbați și cam greu de interpretat. Cum să vă spun, el este într-un anumit sens un infirm și asta se datorează educației curioase pe care a primit-o în copilărie. El este un om inteligent însă îi lipsește ceva din capacitatea recepționării

emoționale mai ales vizavi de sensibilitatea și vibrațiile afective ale celorlalți. Această incapacitate crește direct proporțional cu cât persoanele respective îi sunt mai dragi. Eu însumi nu înțeleg prea exact acest fenomen, însă el se manifestă la soțul dvs. cu toate că, atunci când e vorba de persoane care nu-i sunt importante el are mai puține dificultăți. Cu cât o relație îi este mai importantă și mai apropiată, cu atât mai mult se simte la el această deficiență. Dificultatea de fond a problemei constă în aceea că, lui nici măcar nu-i este conștient acest lucru! De aceea reacționează așa și se simte neînțeleș, atunci când îi reproșezi lipsa de tandrețe sau indiferență. Chiar dacă reproșurile dvs. sunt întemeiate, el nu se consideră vinovat, deoarece el nu percepe mai nimic din ceea ce pentru noi este vizibil sau de la sine înțeleș. Se poate spune că este un fel de retardare în sensibilitatea față de cei apropiați, cu toate că este un om inteligent!”

Intervenția terapeutului a constat în *redefinirea* lipsei de amabilitate și rezonanță afectivă de tip alexitimic (comportament manifest) a soțului: „indiferența și răceala” devine o „incapacitate”, deficitul comportamental se transformă într-o „capacitate diminuată a sensibilității”, maximizându-se astfel motivația colaborării terapeutice.

III.3. Desfășurarea psihoterapiei cognitiv comportamentale și strategice.

Soluții

Planificarea este apreciată de terapeuți ca fiind neplăcută, neinteresantă, o pierdere de timp, dezvoltând o adevărată aversiune împotriva ei. Terapeutul strategic o consideră un „rău necesar” și este conștient de importanța planificării sistemice. Precizarea scopurilor, a strategiei de tratament, a intervențiilor și a numărului de ședințe sunt punctele de reper ale configurației decursului terapiei:

a) aprecierea și clasificarea suferinței pacientului: adică a ceea ce l-a determinat să solicite ajutorul terapeutic precum și a nivelului conștiinței cauzelor suferinței sale. De regulă nu sunt dificultăți în a emite o judecată apreciativă asupra cauzelor și a problemei centrale a pacientului,

însă există tendința, la persoanele cu unele cunoștințe psihologice, de a ascunde esențialul problemelor și de a se lansa în speculații cauzale ale dificultăților pe care le întâmpină, în loc să spună lucrurilor pe nume. Viceversa regulii, persoanele cu mai puține cunoștințe psihologice reușesc să-și descrie problemele direct și liber însă, mai puțin detaliat sau diferențiat. Dacă descrierea este prea vagă, atunci trebuie să se insiste la clarificarea ei, scopul întregii terapii fiind tratarea, eliminarea și reducerea efectului cauzelor problemei pentru care pacientul ne-a căutat **acum** și nu a acelor care-i devin conștiente pe parcursul terapiei.

b) aprecierea soluțiilor încercate de pacient: terapia strategică pleacă de la premiza că soluțiile, încercate de pacient sau persoane apropiate lui, în loc să rezolve problema contribuie la menținerea ei și atunci este absolut necesară inventarierea acestor soluții. De regulă, soluțiile încercate sunt variante ale uneia și aceleiași direcții de bază, ele rezultând adesea din transferarea unei strategii de succes, dintr-un domeniu de viață asupra problemelor actuale. Există tendința de a extinde o formulă de succes și asupra altor domenii de dificultate, neglijându-se premisele situative schimbate și care determină pierderea încrederii în capacitatea generală de soluționare personală. Una din soluțiile cele mai frecvente este cea a „surplusului identic”, altfel spus „tot mai mult de același fel” (Paul Watzlawick), adică o soluție care poate deveni ea însăși o problemă. Acest tip de soluții (cantitative) nu duc la schimbarea comportamentului, ci la dublarea dificultăților și ele sunt o extrapolare a fenomenelor dezvoltării asupra unor procese de interacționare. De exemplu, dacă vine iarna te îmbraci mai gros și dacă se face mai frig te îmbraci și mai gros, dacă vrei să trăiești bine ai nevoie de bani, dacă vrei să trăiești și mai bine ai nevoie de bani și mai mulți, dar la un moment dat ai nevoie neapărat de o schimbare pentru a putea supraviețui. Această lege a schimbării acționează prin introducerea contrariului a ceea ce abaterea de la ea scoate la iveală, încercând o compensare cantitativă. Dacă vrem să combatem alcoolismul, folosind această metodă (tot mai multe piedici), va trebui să introducem prohibiția, care se va dovedi un rău și mai mare decât tratamentul unei boli. Cu toate că absurditatea unei asemenea soluții este vizibilă și ușor de priceput ea este incredibil de mult întrebuițată. Dacă

cineva are probleme să adoarmă, se va încerca printr-un act de voință să se declanșeze somnul, uitându-se că acesta este un fenomen spontan (aflat sub controlul sistemului neurovegetativ și al automatismelor aferente) care nu apare prin eforturi de voință sau când este așteptat cu încordare să se producă. Astfel insomnia devine o problemă a soluțiilor paradoxale de încercare forțată a unui fenomen care trebuie să se instaleze de la sine și nimic altceva. Watzlawick ne dă exemplul cu două persoane ce încearcă să stabilizeze o barcă cu pânze (sau o căsătorie) aflată în derivă și care se vor strădui să echilibreze barca în timp ce fiecare se va lăsa tot mai mult să atârne în afară bărcii pe părțile laterale. Cu cât unul din ei se va lăsa să atârne mai mult în exterior, cu atât mai mult va trebui și celălalt să opună o rezistență făcând la fel și ceva mai mult, ajungându-se astfel să se facă adevărate acrobații pentru a nu răsturna barca. Situația bizară în care ei se află, cere ca măcar unul din ei să realizeze absurditatea propriului comportament și, dacă nu se dorește să se cadă în apă, să încerce să *stabilizeze mai puțin* determinându-și partenerul să procedeze la fel, adică *același lucru dar tot mai puțin*.

Erickson povestește în acest sens un fapt real din copilăria sa petrecut la ferma părintească: tatăl său încerca cu disperare să tragă de căpăstru un măgar îndărătnic în grajd și, ajuns la capătul puterilor, își strigă fiul să-l ajute. Fără să mediteze prea mult Erickson (fiul) apucă măgarul de coadă și începu să tragă măgarul în afară atrăgându-și astfel furia tatălui pentru neîndemânare. Măgarul, aflat într-o dilemă dificil de rezolvat, se opuse forței mai mici trăgându-l pe Erickson (fiul) în grajd, asigurându-și astfel o victorie față de unul mai slab ca el.

Există nenumărate situații în care, o abatere de la normă poate fi corectată numai prin introducerea unei abateri contrare. În terminologia cibernetică este vorba de un feed-back negativ prin care un sistem își obține stabilitatea până la următorul dezechilibru. În astfel de cazuri, o schimbare de ordinul întâi (în cadrul aceleiași clase) nu poate produce schimbarea dorită, deoarece trebuie să se schimbe structura sistemului, iar aceasta este posibilă numai printr-o schimbare de ordinul doi. Watzlawick enumără trei forme de soluții false ce conduc la jocuri fără sfârșit, la conflicte circulare și fără ieșire:

- existența unei probleme este negată și înseamnă că, o soluție este necesară însă nu se încearcă nimic.

- se încearcă rezolvarea unei probleme care este insolubilă sau nici nu există; soluțiile devin utopii.

- soluția greșită declanșează un cerc vicios, prin încercarea de a rezolva problema la un nivel, deși ea aparține nivelului superior adică, se încearcă o soluție la un nivel de generalizare inadecvat, declanșându-se situații paradoxale circulare.

Se pot remarca orientările soluțiilor încercate de regulă de pacienți, ca variante ale unei strategii unice având aceeași direcție. Nu este nevoie de a face un inventar exhaustiv ale variantelor încercate, important este de a se observa apartenența lor la aceleași categorii sau nivel de abordare.

c) a se decide ce trebuie evitat: în această fază, cea mai importantă intervenție terapeutică este, după toate probabilitățile, de a se clarifica ceea ce trebuie neapărat evitat, adică a determinării „câmpului minat”. Răspunsul este dat atât de soluțiile personale cât și de străduințele celorlalți de a rezolva problema, iar una din aceste soluții poate fi și prescripția pe care terapeutul o poate alege din necesități de reactualizare a cadrelor contextului problematic:

T - Sarcina dvs. este de a înceta să vă mai constrângeți astfel și să observați atent timp de o săptămână schimbările care apar. Mă refer în special la schimbările mici, la detalii ale intensității suferinței, la modificări ale desfășurării ei, ale intensității, a duratei, a momentului de apariție și de dispariție.

Dacă pacientul știe exact ceea ce el *nu are voie* să facă, atunci terapeutul a reușit să nu mai contribuie și el la menținerea problemei și acest lucru oferă baza formulării strategiilor de aplicat în continuare.

d) procedeul strategic, paradoxurile: știind ceea ce trebuie evitat, pacientul va reuși să iasă din situațiile critice de moment, însă o schimbare radicală este posibilă numai prin intervenția activă a terapeutului, care poate să treacă apoi pe o poziție neutrală și să recomande:

T - Încercați să vă lăsați copilul să decidă singur dacă el vrea să asculte sau nu.

Presiunea făcută în sens invers, nu va schimba atitudinea copilului „vaccinat” cu soluția „ascultării”, fiind interpretată de acesta ca o „pauză de luptă” și care va gândi:

- Părinții mei nu-mi spun pe moment ce au de gând, însă ei desigur gândesc ceva!

O presiune strategică de efect este să se recomande părinților, să se aștepte că fiul se va revolta de fiecare dată:

T - Vă recomand să-i spuneți fiului dimineța la plecare următoarele: pe timpul cât voi lipsi, tu îi poți face mamei din nou mari greutăți.

Aceeași *presiune inversă* se realizează de exemplu și în cazul unor probleme de adormire prin recomandarea: - Forțați-vă să rămâneți treaz! sau în cazul unei soții care se plânge de alcoolismul soțului: - Ați încercat vreodată să vă îndemnați soțul să bea sau să beți un pahar mai mult ca el?

Se pare că, schimbările datorate intervențiilor paradoxale nu pot fi explicate în afara relației dintre terapeut și pacient. Psihoterapia este definită, cu excepția unor situații, ca o relație liber consimțită, însă pacientul trebuie să execute indicațiile/prescripțiile terapeutului, dacă vrea să fie ajutat, să respecte disciplinat orele de ședințe, să colaboreze motivat, iar încercarea sa de a părăsi terapia va fi interpretată ca rezistență la propria schimbare. Așadar pacientului i se oferă o definiție paradoxală a relației: ea se bazează pe o constrângere în interiorul cadrelor consimțământului liber! Terapeutul îl influențează și-l dirijează pe pacient, însă în același timp el neagă acest lucru! Relațiile inter-personale oferă domeniul cel mai fertil apariției paradoxurilor, deoarece ne simțim ca oameni numai în măsura în care imaginea de sine este confirmată și ratificată *spontan* de celălalt și, în acest sens, numai o relație ideală poate fi liberă de complicațiile paradoxului.

d) planificarea pașilor procesului terapeutic. În această fază terapeutul trece, de la caracterul mai general al planificării de până acum, la propuneri specifice problemei pacientului. Deoarece soluționarea problemei, începe prin renunțarea pacientului la soluțiile de până acum, acest gol trebuie umplut printr-o propunere, care va răspunde cel mai bine la întrebarea:

- Ce-ar trebui să fac sau să spun, presupunând că îl pot influența pe pacient să renunțe la modul său de soluționare? La care din acțiunile sale, soluția încercată până acum, se poate anula de la sine?

Dacă pacientul însuși își critică propriile soluții, atunci formularea unui focus strategic este ceva mai ușoară, repetarea ritualului „soluției proprii” va fi mai redusă, mai ales dacă în simptomatice nu sânt prezente și alte probleme de relaționare interpersonală. În cazul unor probleme de relaționare, familiale, matrimoniale, educaționale sau de schizofrenie, este mai dificil să se decidă strategic până când nu se răspunde și la întrebarea:

- Ce procese se repetă mai frecvent în situația problematică sau atunci când se încearcă soluționarea? sau a derivatelor ei: - Ce se poate remarca ca fiind o abatere de la atitudinea anterioară? La ce acțiune ar fi pacientul cel mai ușor de motivat? În ce situație el ar trebui să acționeze?

Un efect considerabil se poate obține și prin solicitarea pacientului de a întreprinde ceva, care aparent nu va produce decât o schimbare foarte mică în desfășurarea situației problematice. O schimbare mică va fi acceptată fără rezistențe deosebite, deoarece pacientul nu-și va considera prin aceasta sistemul amenințat, putând apoi s-o includă ușor în obișnuințele sale cotidiene. De exemplu: dacă o familie se ceartă de obicei în dormitor, i se va recomanda continuarea certții într-o altă cameră sau în baie. Aparent pentru ei nu are importanță unde se desfășoară conflictul și soluția poate fi acceptată fără rezistență însă, punerea ei în aplicare, le va atrage atenția asupra faptului că, cearta și-a pierdut caracterul de spontaneitate, ea fiind prescrisă îi lipsește ceea ce o făcea să se mențină. Sau, în cazul unei alte perechi care-și reproșau reciproc lipsa de spontaneitate în relație și insuccesul încercărilor de a rupe „tăcerea”, se poate recomanda un exercițiu simplu: să se așeze unul în fața celuilalt și să se încerce să nu-și spună nimic un timp oarecare sau ca fiecare să aibă dreptul de a vorbi sau tace alternativ timp de 5 minute, exercițiu care să dureze o oră pe zi și să fie executat zilnic timp de o săptămână.

Regula de bază este ca terapeutul să aprecieze în această fază a terapiei următoarele:

- a) ce acțiune sau activitate poate ajuta cel mai bine la evitarea soluțiilor încercate până atunci;
- b) ce procese ocupă o poziție centrală în cadrul problemei;
- c) ce acțiuni sunt cel mai ușor de îndeplinit și care pot fi integrate în ritualurile cotidiene ale pacientului;
- d) ce persoană din anturajul pacientului contribuie cel mai mult la menținerea problemei.

Evitarea rezistențelor prin reframing.

A face o propunere de schimbare sau a formula o sarcină terapeutică, reprezintă un aspect și cu totul altceva este sarcina de a-l determina pe pacient s-o urmeze. De obicei, pacienții țin la strădaniile făcute de ei de-a lungul existenței problemei, apreciindu-le ca fiind încercări sigure și destul de raționale. Dacă terapeutul i-ar spune să înceteze brusc să facă ceea ce a făcut până atunci, propunându-i să facă contrariul, el va dezvolta cu siguranță rezistențe și poate să întrerupă terapia. În funcție de sistemele sale de valori personale sau culturale, pacientul va respinge propunerile făcute direct, apreciindu-le ca impuneri arbitrare, anormale, iraționale, fără nici-o legătură cu problema sa sau chiar comice. Ceea ce face ca el, nu numai să accepte prescripțiile mai puțin obișnuite sau necunoscute lui ci să și le urmeze, este (în afara relației de încredere presupuse) planul terapeutic care dă acestora un sens credibil și o direcție plauzibilă.

Redefinirea și reinterpretarea problemei joacă un rol semnificativ în determinarea pacientului la acțiuni, pe care altfel le-ar respinge ca absurde. Exemple în acest sens:

P - Ce-mi propuneți este imposibil! Cum aș îndrăzni eu, un simplu muncitor, să-i cer mâna fiicei directorului meu? T - Ai dreptate, tu ești un muncitor cinstit. Totuși chiar și un muncitor sărac are dreptul să-și încerce norocul!

Unui pacient, care se arată a fi sigur pe deciziile sale și înțelege ușor, o formulare de tipul următor, îl poate determina la acțiune: „Cred că dvs. sunteți conștient de importanța acestei sarcini, așa că nu e nevoie să vă explic prea mult.”

Unei persoane neconvenționale și cu simțul umorului, formularea următoare își va atinge mai

degrabă efectul, decât una care ar face apel la rațiune: „Sună cam absurd și presupun că pentru dvs. n-ar avea nici un sens dar poate veți fi totuși curios să vedeți ce se întâmplă dacă-o faceți!” Sau chiar o formulare provocativă: „Cunosc persoane care au procedat așa (se numește prescripția), însă nu cred că într-adevăr și dvs. veți face la fel. Pur și simplu nu e stilul dvs.!”

Există pacienți care solicită ajutorul terapeutic, însă țin foarte mult la convingerile personale, au o imagine cu totul aparte despre modul cum ar trebui să arate ajutorul cerut și care vor respinge sau descalifica orice fel de propunere, ce se va abate de la reprezentarea lor privind formele de ajutor sau a modului de aplicare. Aceștia se situează de la început pe o poziție supraordonată (metapozitie) și, singura variantă de a le debloca ostilitatea, este de a li se da sfatul contrar (paradoxal): - „În acest moment, nu știu ce v-aș mai putea propune, care să vă ajute să vă rezolvați problema. Cel mult v-aș putea da un sfat, care cu siguranță că mai mult vă va înrăutăți situația”.. (și i se va enumera una sau mai multe soluții pe care pacientul însuși le-a încercat și au dat greș, conștientizându-i acestuia încă odată propriile-i soluții eșuate), continuându-se astfel: - „Dacă veți continua tot așa, veți reuși să vă transformați situația, și așa mizerabilă, într-una imposibil de suportat. Nu este obligatoriu să mă credeți acum. Încercați și veți vedea singur.” Tot în acest sens i se poate da sarcina, de a medita încă o săptămână la întrebarea privitoare la ceea ce ar lăsa neschimbat în familia (firma, relația, problema) sa: - „Vă rog să-mi comunicați data viitoare rezultatul la care ați ajuns, pentru a nu schimba lucruri ce ar trebui mai bine păstrate cu grijă!”

Aranjamentul și „ornarea” folosită pentru a-l determina pe pacient să accepte o prescripție (soluție, sarcină), nu trebuie întotdeauna înfrumusețată și împodobită pentru a se masca intenția conținută. Ele pot fi formulate și simplu: „Am o rugămintă ceva mai specială și aș dori să văd ce rezultat obțineți din aplicarea ei.” Desigur că „o rugămintă specială” ascunde implicația că, o respingere poate fi interpretată ca un act interpersonal și prin asta terapeutul testează (și chiar riscă) calitatea relației terapeutice. Acest dedesubt poate fi eliminat printr-o solicitare directiv-neimplicată: - „Acum vă rog să faceți ceva.....”

În situația unor pacienți, la care se poate observa o rezistență pasivă, este necesar a se face aluzii asupra unei posibile rezistențe agresive : - „Am impresia că prin această sarcină v-am împovărat prea mult și aveți tot dreptul să vă revoltați, în timp ce veți refuza să dați urmare propunerii mele.”

Sesizarea la timp a unei rezistențe pasive posibile prin neefectuarea unor teme sau sarcini („am uitat, am avut mult de lucru, nu mi-am putut aminti ce și cum trebuia să fac”), dă posibilitatea terapeutului să facă o nouă propunere, care să prevadă și ispita refuzului. Prescrierea refuzului și a rezistenței conduce pacientul într-o situație dilematică și, indiferent de alegere, acesta va face totuși ceea ce i-a prescris terapeutul.

Schimbarea propusă ca scop și verificarea (măsurarea) rezultatelor

Scopul general al oricărei forme de terapie este înlăturarea suferinței, a plângerilor și problemelor pacientului. Procedurile folosite trebuie să fie într-o strânsă legătură cu scopul terapeutic, alegerea țăelurilor să fie limitată și apoi stabilite semnele clare, pe baza cărora se poate aprecia succesul sau insuccesul schimbării propuse. Toate formele de terapie pornesc, de regulă, de la suferința produsă de un comportament indezirabil și care nu a putut fi schimbat de pacient singur. Foarte multe procedee terapeutice se abat însă, pe parcursul terapiei, de la acest punct de plecare și nu se mai întorc niciodată înapoi, ocupându-se de aspecte „mai adânci sau mai importante” precum: criteriile diagnostice, presupuse cauze originare, patologii familiale transmise, apoi despre conceptele respective de normalitate, boală, sănătate, homeostază, funcționalitate, etc. Există pericolul ca, standardele terapeutului să fie apreciate ca norme (criterii) obiective privind sănătatea psihică. Apartenența culturală, socială, valorile și experiența personală a terapeutului devin transparente pacientului în *terapia strategică*. Nu întotdeauna terapeutului îi este conștient și faptul că prezintă pacientului propriul sistem valoric și social, crezând mai degrabă că se străduiește să introducă o schimbare într-o relație „patologică.” Un alt pericol este constituit de aspirațiile contradictorii ale pacientului însuși, privind scopurile și criteriile de apreciere ale unei

schimbări produse. Modificarea acestor criterii este necesară, deoarece se încearcă o apreciere de pe poziția cadrelor anterioare generale, cu tendința de a generaliza atât succesul cât și insuccesul. Sunt situații în care o schimbare vizată de pacientul însuși, să aibă o încărcătură patologică mai mare decât actuala suferință, precum și faptul că el se poate plânge frecvent de o a treia persoană. Corespunzător acestor dificultăți, țelul de bază al terapiei este atingerea unei stări, în care pacientul sau nu se mai plânge de problema sa sau nu mai are obiecții care să justifice continuarea terapiei.

Care sunt criteriile după care se poate aprecia că pacientul și-a atins țelul propus sau că se apropie de el pe parcursul terapiei?

Criteriul principal de evaluare este **declarația** pacientului însuși, prin care el exprimă aprecierea rezultatelor terapiei care i-a schimbat comportamentul indezirabil sau cel puțin atitudinea valorică față de el, astfel că pacientul n-o mai consideră o problemă. Greutatea evaluativă o are raportul pacientului însuși, care poate fi completat și prin alte informații, cum ar fi observații personale sau scări de evaluare ale schimbărilor de trăire și simțire. (Vezi testul de evaluare VET).

Criteriile de evaluare trebuie stabilite imediat după precizarea scopurilor terapiei, prin întrebări de genul:

- Ce se va schimba pentru dvs. concret, în situația că terapia va fi încheiată cu succes?
- Când și cum veți ști cu certitudine că v-ați atins scopul propus?

Fiecare scop mai general cum ar fi: încrederea de sine, conștiința valorii proprii, competența socială, capacitatea de a se impune într-o relație sau de a se apăra în situații de conflict, de a fi independent, etc., trebuie operaționalizat în variabile concrete de comportament sau situative, astfel ca indicatorii schimbării să ofere o imagine perceptibilă și incontestabilă pentru pacientul însuși. Criteriile de comportament concrete cum ar fi: a reuși să spună NU în familie, șefului, prietenilor sau partenerului de viață, a vorbi liber în fața unui public, a folosi din nou mijloacele de transport în comun, a merge la discotecă, a contacta o persoană de sex opus, a reuși la un

examen, a se muta de la părinți, etc., trebuiesc stabilite apriori oricărui început de tratament.

În al doilea rând, se poate testa orice schimbare în atitudinea pacientului vizavi de problema sa, prin trecerea de la poziția de acuzare (frustrare) la cea de acceptare, prin întrebări-test de tipul: - „Ce s-a întâmplat că această schimbare are efect?” Presupunând că, un comportament nou este incompatibil cu menținerea problemei inițiale, întrebarea va oferi feed-back-ul unei noi schimbări, determinate de o mutație și în modul de autoapreciere al pacientului vizavi de problema sa. În acest sens, criteriul central este dat de ***direcția schimbării***, adică sau este vorba de o schimbare în comportamentul problematic sau în modul de soluționare sau în definirea problemei din partea pacientului însuși. O schimbare semnificativă este informația dată de pacient, că el este acum în stare să facă *ceva*, ce pe timpul când avea problema, nu era capabil s-o facă. Așa ceva este cu mult mai important pentru aprecierea schimbării, decât o declarație generală că problema s-a mai atenuat.

De exemplu: în cazul unui pacient depresiv, informația că acesta și-a reluat activitatea profesională, este mult mai importantă terapeutic și strategic decât o informație confuză de tipul „mă simt ceva mai bine.” Schimbarea părerii pacientului față de problema sa, nu este suficientă dacă nu este urmată și de o *nouă definire a problemei*:

„Am suferit ani de zile de faptul că sunt gras și nu am avut trecere la femei. Am încercat orice ca să scap de asta, am consultat specialiști, am ținut post, am făcut sport și saună. Problema mea este faptul că am evitat să mai iau decizii sau să mai acționez, până când nu slăbesc. Am avut nevoie, de un motiv obiectiv pentru a-mi justifica sentimentul de a fi un ratat. Terapia mi-a dat posibilitatea și curajul să recunosc acest lucru fără a mă sinucide și apoi de a mă accepta așa cum sunt. M-am decis să-mi trăiesc viața, fără să mă mai gândesc la problema mea. Recunosc că mănânc cu plăcere și vreau să mai pot savura acest lucru fără mustrări de conștiință și fără a deveni depresiv.”

În multe cazuri este posibil ca pacientul, cu toate că el poate să-și definească din nou problema, să nu fie mulțumit, până când el însuși nu se schimbă, de obicei când e vorba de o depresie

profundă, probleme sexuale, profesionale, relaționale. Cu toate acestea schimbarea calitativă este indicatorul cel mai sigur pentru soluționarea problemei spre mulțumirea pacientului, indiferent dacă acesta și-a exprimat-o de la început sau în concordanță cu schimbările datelor problemei. În cazurile în care ei pot fi observați și după încheierea terapiei, este interesant de verificat dacă pacientul s-a adresat unui alt terapeut din cauza aceluiași sau a unor probleme asemănătoare. Cu toate că, nici unul dintre acești indicatori nu ne poate oferi un indiciu sigur, ci ne poate uneori livra chiar dovezi contradictorii (pacient care nu relatează nici-o schimbare a problemei sale, cu toate că în viața sa se petrec destule), ei ne oferă totuși o bază pentru planificarea și aprecierea valorică a rezultatelor terapiei.

Intervențiile terapeutice.

Scopul terapiei strategice (Erickson Haley, Watzlawick, Bateson, Școala din Milano, etc.) este influențarea pacientului într-o asemenea măsură, încât el să-și depășească problemele pentru care a venit și suferința să i se reducă în limitele suportabilului. Aceasta se poate realiza, fie prin modificarea comportamentului care întreține problema pacientului sau a aparținătorilor, după caz, fie prin schimbarea atitudinii (concepției) vizavi de problemă, astfel ca ea să nu-l mai apese sau neliniștească. În orice caz, mai devreme sau mai târziu, terapeutul trebuie să facă ceva pentru a introduce o schimbare, el nu poate să nu acționeze și din același motiv nu poate să nu intervină. Desigur că, cele mai importante intervenții sunt cele planificate însă, cele mai multe dintre ele, pot părea, prin noutatea, caracterul contradictoriu și parabolic-anecdotic, de-a dreptul paradoxale. Dacă schimbarea se poate produce prin intervenții directe (proponeri de schimbare comportamentală), atunci avem de-a face cu pacienți foarte motivați, care sunt în situații disperate și au mare nevoie de ajutor. Însă, chiar și în astfel de cazuri favorabile schimbării, propunerile terapeutice trebuie să fie examinate atent și să nu se facă abuz de „manipulare” influențându-l pe pacient și în alte domenii ale personalității sale.

Există două categorii de intervenții planificate: a) **generale**, cu un spectru de valabilitate mai

larg și care pot fi folosite în orice fază a terapiei, acoperind o mare varietate de probleme; b) **specifice**, aplicate în contextul celor *cinci categorii fundamentale de încercări personale de a soluționa problema*:

1. intervențiile de a se face intenționat ceva care până atunci se întâmpla spontan;
2. acțiunea de depăși (rezolva) o activitate (situație) de care îi era teamă, prin amânarea confruntării cu ea;
3. încercarea de a realiza o armonizare a contextului, prin folosirea rezistenței lui;
4. încercarea de a se obține consimțământul, prin realizarea unei constrângeri;
5. încercarea prin care autoapărarea nu face decât să se confirme încă odată bănuiala celui ce acuză.

Toate aceste forme de soluționare care aparțin pacientului și-i întrețin problema, oferă un cadru favorabil intervențiilor terapeutului, care au ca scop întreruperea acestora în arealul lor de manifestare.

1). Din această categorie fac parte intervențiile aplicate problemelor de care se plânge pacientul ca fiind ale sale și nu în legătură cu alte persoane (acuzatorul este și acuzat), ele sunt legate de funcții intelectuale și performanțe corporale (organice) precum: tulburări interne vegetative (dureri de stomac, constipații), tulburări sexuale, ticuri, spasme musculare, stări dureroase, dislalii, lipsă de apetit și de somn, probleme de respirație, transpirație, obsesii, stări depresive, ticuri motrice, tulburări de concentrare și memorie, etc. Cu toate că, aceste tulburări nu par a fi într-o legătură cu suferința psihică, ele sunt funcții umane care oscilează temporar și care pot dispărea sau corecta de la sine. Pacientul însă își poate face din *fluctuația* acestor stări o problemă, considerându-se obligat să între-prindă ceva, pentru a le corecta și a le bloca repetarea. Încercările sunt în fond exerciții de voință, prin care se tinde asigurarea unor performanțe eficiente, standardizate ca fiind normale. Prin astfel de încercări pacientul alunecă, fără să știe, în soluții dureroase mai ales prin forțarea unor performanțe corporale sau comportamentale care nu pot fi declanșate decât spontan, când nu se gândește la ele. La aceste eforturi, ce mențin de fapt

problema, pot participa și alte persoane, care pot contribui involuntar la escalarea și complicarea contextului problemei pacientului, făcând-o treptat să fie insolubilă. Este puțin probabil să se rezolve ceva prin simpla solicitare de a se înceta orice încercare intenționată. Mai întâi pentru că pacientul își consideră soluțiile ca singurele raționale și crede că, orice altceva nu va face decât ca situația sa fie și mai imposibilă. În al doilea rând, ordonându-i să înceteze, cu un anumit fel de comportament, i se conștientizează și mai mult un act care-și pierde prin aceasta rolul de spontaneitate, devenind tot mai dificil de întrerupt.

În această situație acționează paradoxul comportamental „fii spontan” descris de Watzlawick. De regulă, se va solicita pacientului indirect, să-și însușească un comportament nou care în desfășurarea lui îl exclude pe cel indezirabil sau îi îngreuiază manifestarea. Exemplele în acest sens au devenit clasice: unui pacient care suferă de insomnie și care se chinuia să adoarmă, i se va cere să se scoale după 30 de minute și să desfășoare o activitate neplăcută pe care tot o amână (să-și curețe aragazul, să-și spele podelele, să facă exerciții fizice grele, să scrie un răspuns autorităților, să învețe o limbă străină dificilă, etc.); pe timpul acestei activități nu se va mai ocupa cu obsesiile insomniei și eventual își va ocări terapeutul cu ideile sale stranii; acesta nu se va mai constrânge să adoarmă la comandă (întreruperea soluției) deoarece trebuie urmeze sarcina terapeutică; paradoxul prescris ar suna, după profesorul Dafinoiu, astfel: „Încercați din toate puterile să nu cumva să adormiți, forțați-vă să rămâneți treaz!”

Strategia generală, de care se poate folosi terapeutul, în probleme de performanță, se centrează pe transformarea soluției pacientului în contrariul ei, în timp ce i se oferă argumente raționale și sarcina de a eșua intenționat. Justificările terapeutului se împart în două categorii:

a) - din prima categorie fac parte prescripțiile de a-l determina pe pacient să mențină simptomul, explicându-i-se că acest lucru este important pentru clarificarea diagnosticului. Prin aceasta i se dă indirect de înțeles că lipsesc informații importante privind simptomul descris și care împiedică soluționarea problemei. Acesta va trebui să livreze unele informații conștiente, despre modul de desfășurare a simptomului și n-ar fi posibil fără o menținere intenționată a lui

deoarece, în momentul trăirii spontane a simptomului, el ar fi prea preocupat cu soluțiile de diminuare a efectelor și îi scăpă observații decisive. Provocarea conștientă a simptomului îi va da în sfârșit, posibilitatea culegerii unor date subtile, care pot deține cheia rezolvării problemei sale și care până acum i-au scăpat conștiinței.

Exemplu de o intervenție într-un caz de impotență sexuală:

T - Există o posibilitate de a vi se diminua suferința, însă acest lucru presupune să acționați corespunzător. După toate probabilitățile, există o corelație psihospirituală între incapacitatea unei erecții care să persiste și o întâlnire sexuală, mai mult sau mai puțin importantă pentru dvs. De această corelație veți deveni conștient, numai în situația în care vă loviți concret de aceste dificultăți. Din păcate, în situația respectivă sunteți mult prea ocupat cu lupta cu sine însuși și ar fi penibil să-i explicați partenerei, că în acel moment aveți preocuparea de a sesiza unele asociații psihologice concludente. În loc să faceți asta, ar fi mai bine să acceptați impotența și când nu veți mai avea sentimentul de penibil, veți fi într-o stare spirituală, care vă va permite o stare de conștiință, pe care o consider trecătoare, dar decisivă pentru terapie. Dacă observați că, din neatenție sunteți prea excitat și în erecție, va trebui să faceți totul spre a împiedica aceasta, deoarece sesizarea conștientă a legăturilor menționate nu se poate realiza decât în *starea de impotență totală!*”

Dacă pacientul comunică că, în ciuda străduințelor sale nu a reușit să-și mențină impotența, ci chiar a avut o experiență sexuală pozitivă, nu trebuie să facem greșeala de a-l felicita! Din contra, va trebui să i se facă reproșuri că pierde vremea și nu face decât să eșueze o strategie terapeutică de valoare, iar în final să i se solicite repetarea prescripției și cu o insistență mult mai mare decât am făcut-o anterior. Desigur, există posibilitatea ca să nu se mai plângă de această problemă sau chiar să întrerupă terapia, considerând-o o pierdere de timp prețios folosibil mai bine pentru desfătarea sexuală!

b). - din a doua categorie fac parte, justificările care-i dau pacientului de înțeles că, primul pas spre vindecare îl constituie provocarea intenționată a simptomului, și se poate argumenta astfel:

T. (unui pacient care suferă de obsesii): - Așadar dvs. încercați să vă controlați gândurile și nu reușiți de loc. Nu vă rămâne de făcut decât să așteptați, până când gândurile chinuitoare dispar de la sine sau să încercați să vă debarasați de ele. În acest caz ele rămân, până când *ele se decid* să dispară. Dacă doriți vreodată să aveți controlul, va trebui să decideți primul, cel puțin în parte, când aceste gânduri pot să vină, când să plece și cât timp pot să rămână. Dvs. mi-ați relatat că, gândurile chinuitoare nu apar înainte de ora nouă dimineața și că se manifestă de obicei ceva mai insistent pe la prânz. Momentul apariției lor îl puteți determina de data aceasta dumneavoastră personal, chemându-le intenționat să vină la ora nouă fix și să rămână până la nouă și jumătate. Reprezentările obsesive vor încerca, să vă părăsească spiritul mai devreme, însă trebuie să faceți tot ce vă stă în putință pentru ca ele să rămână până la termenul fixat de dumneavoastră. Dacă aceste gânduri încep să plece și să se orienteze spre alte direcții, forțați-le să se întoarcă înapoi. Uneori s-ar putea chiar să apară unele reprezentări obsesive cu un caracter spontan. Încercați, și în acest caz, să le mențineți la maximum și să nu le dați drumul, cel puțin cinci sau zece minute. Alteori gândurile vor decide singure când să vină și, în acest caz, dumneavoastră va trebui să decideți momentul când au voie să vă părăsească.”

CAZ: (R. 23.04.47) contabil, căsătorit, doi copii, suferea de un perfecționism profesional extrem și care în final l-a adus într-un mare conflict cu managerul firmei, un tânăr expeditiv și de acțiune, care-l supunea la mari presiuni psihologice. Într-o zi, în care acesta încă nu era gata cu bilanțul firmei, deși termenul trecuse de câteva zile, acesta îl solicită să i-l prezinte așa cum este, la care pacientul replică afirmând că, programul software dă erori și că lipsesc zece feningi (a zecea parte dintr-o marcă germană, la o sumă de mai multe milioane) la bilanț; iritat managerul a scos o monedă de 10 feningi din buzunar, a pus-o pe masă spunându-i că suma este acum în ordine și poate să-i prezinte bilanțul; surprins de lipsa de competență a managerului (era vorba de faptul că programul greșea o virgulă ceea ce putea aduce prejudicii financiare foarte mari) și nemaștiind ce să răspundă pacientul suferi o blocadă psihică și, în zilele următoare începu să dezvolte stări depresiv-anxioase cu o teamă obsesivă de a nu greși, fapt care-i diminuea și mai mult

randamentul, riscând astfel concediat, ceea ce ar fi însemnat o catastrofă familială (își construise o casă pe credit, soția era casnică, avea trei copii). Întrucât problema sa centrală era neîncrederea în performanțele sale (el făcu o obsesie din a verifica de mai multe ori orice procedeu de calcul de teamă că programul va da iarăși o eroare), i-am prescris „din motive de precizare a diagnosticului” să facă o greșeală intenționată:

T - Ca să spunem lucrurilor pe nume, una e discuția în contradictoriu, pe care ați avut-o de curând cu șeful dvs., care ilustrează cât se poate de clar dificultățile pe care le aveți și alta este perfecționismul tiranic de care suferiți, ce întreține, în cerc vicios, toate dificultățile pe care le aveți. Mă gândesc că nu avem timp de pierdut și să ne preocupăm în liniște de trecutul dvs., de educația primită în copilărie, de antrenamentul de ordine și curățenie fanatică la care v-a constrâns mama sau de alte experiențe nepotrivite făcute în adolescență. Dacă nu vreți să fiți concediat, trebuie cât de curând ca noi *să facem ceva*. Asta înseamnă ca dvs. să reușiți să dezvoltați o anumită imunitate față de imperfecțiune și cred că, activitatea de contabil este foarte potrivită pentru așa ceva, fiind un instrument al *evidenței*. În privința detaliilor nu sunt prea sigur însă, cu permisiunea dvs., aș putea să mă aventurez în domeniul de competență care vă aparține. Dacă ceva nu se potrivește putem să schimbăm, căci *detaliile se pot schimba mai ușor*, nefiind decisive. A-ți afirmat mai devreme că, lucrați după un anumit plan pe ore, reprezentând un lanț de operațiuni de calcul și că după amiază aveți cele mai mari probleme de concentrare, trebuind să controlați mai des. Dacă ar fi să vreți să reușiți un procedeu de calcul perfect, la ce oră din zi v-ați gândi să lucrați la el?

P - Dimineața devreme sau seara târziu.

T - În ordine, să zicem ora opt, joia viitoare. Motivul pentru care eu planific asta într-o anumită zi este următorul: cred că imunitatea se poate realiza numai dacă procedăm încet și premeditat. Doresc ca dvs. să fiți pregătit, să începeți la ora respectivă, câteva operații de calcul, care să nu dureze mai mult de o oră, astfel ca la ora nouă să fiți gata. Ceea ce trebuie să faceți este de a vă da osteneala, ca aceste calcule să nu fie *executate perfect*. Nu știu cum o să procedați și dacă veți

reuși să faceți mai multe operații, las decizia la alegerea dvs. dacă veți face numai una sau cinci, pentru că nu asta-i problema care ne interesează.

P - N-au cum să fie toate cinci bune.

T - Niciuna nu *trebuie* să fie corectă, indiferent câte veți face. La ora nouă însă vă opriți din calcul și nu vă mai ocupați de ele.

În alte cazuri, se poate realiza o întrerupere a lanțului obsesiv printr-o redefinire atentă și convingătoare a simptomului nedorit, procedură cu efect binefăcător, din păcate rămasă necunoscută pacientului. De exemplu, se poate spune unui pacient depresiv (care se autodesemna ca workoholic, suferea de „mania muncii”, muncea nonstop fără pauze mari, neluându-și concediu decât câteva zile pe an) următoarele: „Depresia este pentru dvs. o binefacere care încearcă să vă oprească acasă și să vă relaxați, un lux și o necesitate pe care altfel nu le-ați fi putut savura niciodată.”

Interpretarea îi se păru pacientului întemeiată și mai ales folositoare, el încetând apoi să dorească să se simtă mai bine decât îi era posibil sau după o formularea tipică profesorului Ion Dafinoiu: -„Depresia este felul dvs. personal de a medita în sfârșit cât se poate de profund la problemele vieții.”

Majoritatea problemele etichetate ca „manii” (dependențe, patimi) sânt funcțional identice cu problemele de performanță. Dacă un pacient are ambele probleme, atunci trebuie să se forțeze să nu se gândească la „plăcerea interzisă” sau la consumul pe care vrea să-l limiteze, fie el mâncare, alcool, narcotice, droguri, țigări. În general pacienții luptă cu dependența prin evitarea contactului cu „materialul contaminant.” Eșecurile repetate de se abține de la consum, nu fac decât să-i conștientizeze acestuia și mai mult dificultatea abținerii, întărindu-i-se convingerea că „materialul” are mai multă putere decât el însuși. Singura soluție încercată spontan, constă în încercarea de a rezista ispitei prin evitare și care în final eșuează. Pentru tratamentul acestui tip de dependențe, se poate folosi hipnoza sau autohipnoza, prin care terapeutul va reinterpretă viciul, patima „*ca o premiză absolut necesară dezvoltării unui autocontrol desăvârșit*” recomandându-i-

se, să accepte și să se confrunte cu ispita intenționat și să-și planifice un ritual comportamental de desfășurare a ei, ce va tergiversa cât se poate de mult împlinirea dorinței, ajutându-l astfel să se implice conștient în proces și să-și diminueze „pofța”.

Indiferent de forma tehnicii adoptate important este ca, terapeutul să nu insiste ca pacientul să-și controleze dependența prin simplul act al voinței, ci să-i prescrie un ritual, care să întrerupă momentul de luptă internă cu el însuși și în care se gândește dacă trebuie să reziste ispitei sau nu. În timp ce, astfel de ritualuri, au o natură mai simplă, există în situația aplicării unor ritualuri aversive, un procedeu ceva mai complex, prin care se prescrie pacientului încheierea unui contract cu sine și să-l respecte cu absolută strictețe: el are voie să fumeze după dorință însă, dacă a tras un singur fum dintr-o țigară, atunci va trebui să se scoale în mijlocul nopții și să fumeze un pachet întreg; prin aceasta se realizează o situație strategică, care elimină lupta internă ce avea loc de fiecare dată și în care învingea patima, stopând astfel scăderea sentimentului valorii proprii și gândurile de autoumilitare. Absența conflictului intern elimină cercul vicios anterior, prin crearea unui alt cerc vicios la un alt nivel, însă de data aceasta mai sănătos decât primul și care poate conduce în final la capitulare. Eficiența intervenției crește dacă pacientului i se prescrie mărirea dozei din substanța dorită (conținutul patimii) și al consumului pe care, în situația structurată (ritualizate), trebuie să-l realizeze la ore nepotrivite pentru el, transformându-se astfel „negocierea” într-o formă de tratament.

2). Din această categorie fac parte soluțiile de tipul: când se încearcă depășirea (învingerea unei dificultăți) unei sarcini de care ți-e frică, prin amânarea ei în viitor.

Această procedură este folosită de obicei de pacienții anxioși, care devin prizonierii acestei contradicții, plângându-se de timiditate, frică, fobii, lipsă de fantezie, trac emoțional în situații de examen sau discursuri în public, etc. Pacientul se plânge de sine însuși și se transpune, cu ajutorul propriului sistem cognitiv în panică, putând să mențină această vulnerabilitate de unul singur („ajutorul” unor persoane apropiate nu este o condiție).

Fobiile oferă exemplul tipic de apariție al problemelor, care aparțin acestei clase de simptome.

Ele încep cât se poate de banal, pacientul nu observă inițial vreo dificultate în desfășurarea unor activități, dar apar în mod neașteptat greutăți „imprevizibile” care le blochează activitatea. Există de fiecare dată un risc minimal, care odată recunoscut, va declanșa procese cognitive de autoanalizare și prin aceasta o neliniște interioară crescândă, ce nu va mai avea nevoie în curând de prezența situației reale inițiale pentru a declanșa teama, ci pur și simplu numai de reprezentarea ei. Gândul în forma sa interogativă: „ce s-ar fi întâmplat dacă: aș fi amețit la volan, pe pod, pe scenă, pe stradă, într-un loc pustiu unde nimeni nu m-ar fi putut ajuta, dacă rămâne liftul blocat și nu mai pot ieși, etc.?” - declanșează dezvoltarea unui lanț de reprezentări negative intensive, care mai devreme sau mai târziu, se autoîmplinesc (legea predicțiilor negative ce tind să se autoîmplinească). Odată cercul închis, teama (frica) tinde să se elibereze de situația concretă care a produs prima reacție, putând să repete starea emoțională și în prezența unor stimuli subliminali (procesele de căutare și autoanaliză facilitează o sensibilitate proprio-senzorială crescută) sau imediat după apariția gândurilor legate de situația amenințătoare.

Dacă amenințarea anticipată depășește limitele unei amenințări cotidiene, cum ar fi de exemplu în cazul parașutismului, se va accepta starea de frică ca fiind normală și faptul că orice curaj are și limite. În confruntarea directă cu situația temută, pacientul fobic va folosi soluții care sunt influențate de repertoriul comportamental, observat de el la alți indivizi, care în situațiile respective nu au probleme. Comparația cu aceștia și rezultatul catastrofal al comparației făcute, îi întărește convingerea în incapacitatea proprie, diminuându-se astfel progresiv autoeficiența și sentimentul valorii de sine. Vulnerabilitatea crescută îl face să evite, să amâne confruntarea până va reuși să se „pregătească perfect” sau până va fi în cea mai bună dispoziție și înzestrat cu o strategie ceva mai eficace. Modul de a-și reprezenta astfel condițiile unei „confruntări perfecte” cu amenințarea (de fapt o situație cotidiană banală) și încărcătura psihoemoțională de moment, supralicitează situația însăși de o asemenea manieră, încât rezultatul trăit este la fel de dureros ca și în situația unei surprize absolute. Faptul că, pacientul amână confruntarea, pentru că trebuie să se pregătească în mod special, este ca și cum el ar vrea să o poată stăpâni, înainte ca situația să

se producă, să existe! Intervenția terapeutică trebuie să evite interpretările privind natura și structura variațiilor soluțiilor posibile și să-l determine pe pacient să facă ceva. Directiva dată trebuie să-l determine ca, în situația respectivă să renunțe la încercarea de a o dirija în „avanti”, prescriindu-i-se o soluție prezentată în genul acesta:

T (în cazul unei fobii de examen) - În ceea ce privește examenul pe care urmează să-l dați, nu notele sunt interesante, ci faptul de a vă face o imagine cât mai veridică asupra *structurii actuale* a problemei dvs. Ceea ce vă pot garanta, este că dvs. veți reuși să realizați punctele de trecere ale examenului, indiferent cât de bine v-ați pregăti (pacientul fobic exagerează și așa cu pregătirea). După ce veți primi întrebările de examen, vă rog ca în primul rând să le parcurgeți cu privirea, apoi să le apreciați gradul de dificultate și să vă alegeți una din întrebări (teme) pe care va *trebui* s-o lăsați netratată, indiferent cât de bine ați fi putut răspunde la ea. Din motive de precizare a diagnosticului, eu sunt foarte interesat să aflu *cum* ați făcut această alegere și să vă conștientizez procedura de evaluare folosită, aflând și învățând astfel ceva *nou*, care ne va da cheia soluției problemei dvs.

În cazul unei fobii de condus mașina, intervenția terapeutică poate fi formulată în felul următor:

T - După modul cum îmi relatați frica teribilă, pe care o trăiți pe timpul condusului, am impresia că dvs. nu sunteți pe deplin conștient de pericolele reale respective și că le cam tratați cu ușurință. Dacă vreți într-adevăr să vă eliberați de această frică, atunci va trebui să fiți capabil de a aprecia, cât se poate de corect, toate pericolele pe timpul șofatului. Ca să fiți în dispoziția necesară unei astfel de analize, v-aș ruga să meditați la aceste întrebări în timp ce stați în mașina parcată. Nu aveți voie să vă gândiți sub nici-o formă la altceva, cum ar fi de exemplu la plăcerea și bucuria unei plimbări sau călătorii în concediu cu mașina! (ceea ce desigur că pacientul o va face!) Eu vă rog să exersați serios treizeci de minute zilnic, timp de o săptămână și să vă notați gândurile care vă vin în acest sens.

Dacă pacientul revine și se arată nemulțumit de faptul că terapia nu înaintează și că abia poate

să reziste să nu pornească motorul, pentru a se testa pe sine, terapeutul trebuie să acționeze încă odată „frânarea” și toate formulările sale să fie temporizatoare: - „Următoarea sarcină este să vă urcați în mașină și să mergeți numai până după colțul primei străzi, unde puteți parca pentru 24 de ore și apoi să vă întoarceți acasă pe jos, cu toate că vă veți simți în stare să conduceți cu mult mai mult. Aștept de la dvs. să-mi relatați ce alte descoperiri ați făcut.”

Toate aceste intervenții au rolul de a bloca tendința pacientului, de a ne demonstra că problema sa este mult prea dificilă pentru a putea fi rezolvată prin asemenea „trucuri” și de a ridica valoarea soluțiilor sale, mai complicate dar și mai raționale, chiar dacă ele n-au rezolvat problema. Expectanța și reprezentarea privind modul de tratament sunt decisive și trebuiesc bine investigate, înainte de a se risca prescripții strategice de mare valabilitate și valoare terapeutică.

3) - când se încearcă prin folosirea rezistenței să se realizeze o concordanță (armonie) interrelațională.

Acest tip de soluții sunt întrebuințate în situații interrelaționale conflictuale sau cu o cooperare fluctuantă precum sunt conflictele familiale, cele între părinți și copii sau cu autoritățile, etc. Foarte rar se întâmplă să vină în terapie ambele părți astfel că, persoana care-și simte poziția legitimă amenințată, se plânge de provocarea părții adverse: părinți care nu se simt respectați de copii, căsătoriți care se simt lăsați în voia soartei, angajați exploatați fără a fi recompensați, etc. Încercarea de a invita în terapie partea adversă, se lovește de mari rezistențe și sunt rare cazurile de participare, care de regulă se limitează la o singură ședință. Acuzatorii încearcă soluții de convingere, adesea pe un ton imperativ și amenințător, pentru ca în sfârșit partea adversă să se supună și să li se acorde mai mult respect, atenție și simpatie. Forma directă de impunere a acestor pretenții, declanșează rezistențe și provoacă exact comportamentul nedorit. Acest tip de soluție nu acceptă ideea de cedare, supunere sau preluare a unei poziții inferioare, adică a poziției celui mai slab. Chiar dacă persoana respectivă încetează la un moment dat cu pretențiile, aceasta va fi interpretată de oponent ca o strategie de tipul „surplusului identic sau tot mai mult din același fel” (Watzlawick), adică în loc să se plângă, ei vor aștepta tăcuți și rezervați îndeplinirea acestora. Ca

urmare, partea adversă va rămâne în defensivă și prin aceasta îl va determina pe celălalt să practice soluțiile ce mențin problema. Intervențiile terapeutului trebuie să se concentreze în primul rând asupra „ambalajului formulării” prescripției, acțiunile de identificat fiind oricum la îndemâna pacientului. În general, se recomandă schimbarea formei de adresare, de la impunere la o modalitate antiautoritară: „Ți-aș fi foarte recunoscător dacă tu.....”, „Iartă-mi îndrăzneala și deranjul.....”, „Aș avea o rugămintă, însă știu că ești foarte ocupat....”

Crearea unei surprize, a unui comportament imprevizibil pentru oponent, îl va face pe acesta să treacă în sfârșit pe o altă poziție. De exemplu: în situațiile tipice de „părinți care nu ascultă de copii”, se poate formula astfel:

T - N-am nimic împotriva să-i cereți fiului dvs. acest lucru, care după părerea mea este și așa prea puțin! Ceea ce-i mai problematic este că, dvs. subapreciați capacitatea lui de a vă prevedea exact reacțiile. El știe exact ceea ce vreți să spuneți sau să faceți, înainte ca dvs. să deschideți gura și asta vă face și mai nervos. Știind ce urmează, el nu mai este atent la cuvintele pe care le exprimați, declanșând un fel de surditate psihică la vocea dvs. și, în acest sens, nu l-ați dezamăgit niciodată! Așa nu mai merge și dacă doriți ca el într-adevăr să ciulească urechile, la ceea ce-i spuneți, atunci va trebui să-i atrageți atenția printr-un comportament neașteptat, necunoscut lui. De exemplu, înainte ca el să iasă din casă îi puteți spune: „Nouă ne-ar face mare bucurie să fii înapoi în jurul orei zece, însă nu te putem constrânge s-o faci.” În cazul că întârzie, veți bloca din neatenție cheia în ușă și-l veți lăsa, să sune de mai multe ori, înainte de a deschide. Apoi îi spuneți pe un ton adormit: „Te rog să mă scuzi că te-am făcut să aștepți” și să-i întoarceți spatele înainte ca el să poată formula un răspuns.

În cazul următor (P 13.08.52), în care o mamă încerca disperată să-și determine fiica la un comportament mai matur, o reinterpretare a conflictului a fost formulată astfel:

T - Sunt de părere că, iresponsabilitatea comportamentului fiicei dvs. în societate, acasă sau la școală, este justificabil numai din perspectiva unei fetițe de patru ani, care acționează după plac și care se așteaptă de fiecare dată să fie salvată de mama ei, ceea ce și faceți. Din această cauză, ea

nici nu mai are nevoie să se autocontroleze și se gândește „mama mă va salva în ultimul moment.” Această atitudine este acceptabilă la patru ani, însă periculoasă la 18 ani. Ea a fost arestată de poliție, a fost și la școala de corecție, judecătorul a fost tolerant cu ea și i-a dat o pedeapsă cu suspendare și în loc să-i mulțumească ea râde și se hlizește în fața lui. Are psihologia unei fete de patru ani, trăiește în iluzia că dvs. o veți salva mereu și vă forțeați să rămâneți în rolul de „mamă salvatoare.” Dacă veți continua să acceptați acest rol, ea va sfârși cu siguranță în mocirlă sau poate și mai rău. Dvs. va trebui să-i tăiați în sfârșit cordonul ombilical relațional, pentru ca ea să trăiască șocul descoperirii: Mama nu mă mai poate proteja! Judecătorul i-a recomandat să se ducă la școală și să fie cuminte! Este naiv să credem că așa ceva ajută. Corect ar fi să-i producem un șoc constructiv, care s-o facă să gândească: „Trebuie de acum încolo să mă păzesc singură! Mama nu mă mai poate ajuta.” Nu că mama nu *vrea*, ci nu mai *poate*.

P - Bine, dar ce-ar trebui să fac, ca să o aduc la această convingere?

T - Mai întâi, vreau să vă spun ceva mai general valabil și apoi voi fi ceva mai exact. Dvs. trebuie să vă comportați ca o mamă *rea*, să deveniți o mamă rea. Dacă vreți să vă salvați fiica, atunci va trebui să fiți convinsă și să acționați așa cum ar face-o cea mai rea mamă din lume. De exemplu, să n-o mai întrebați cum ați făcut-o până acum, „ți-ai făcut lecțiile pușor, ești gata, că ți-am pregătit prăjitura preferată”, ceea ce-i va confirma că mama face totul și mă protejează, ci ceva în genul: „să sperăm că ești gata până diseară cu lecțiile, dacă nu noi vom pleca fără tine la cinematograful” sau „noi ne vom uita fără tine la emisiunea ta preferată de la TV” sau, ceva mai paradoxal, „ce-ar fi să-ți lași lecțiile nefăcute și să mergi cu noi în oraș sau hai să ne uităm împreună la TV?” Desigur că așa ceva n-ați făcut niciodată și că va trebui să dovediți multă stăpânire de sine, ca să n-o forțați să-și termine odată lecțiile.

P - Nu m-aș fi gândit niciodată să procedez așa.

T - Fiica dvs. așteaptă permanent să vă exercitați controlul și să i se spună, ce și cum să facă, pentru a vă împovăra și mai mult cu responsabilitatea pe care și așa a-ți prelungit-o prea mult. Ea nu va simți niciodată ratarea personală, ca un rezultat al greșelilor ei, ci al soluțiilor false pe care i

le-ați furnizat. Este calea cea mai sigură jocului nevinovăției și nu pot afirma cu certitudine că ei acest proces îi este conștient. Cu cât dvs. veți fi o mamă mai neajutorată și mai incapabilă de a găsi soluții, propunându-i lucruri de un infantilism clar, cu atât mai mult o veți putea ajuta să devină mai matură și să se controleze mai mult. Nu trebuie decât să vă schimbați rolurile și să adoptați dvs. înșivă optica unei fetițe de 4 ani. Nu va dura mult și fiica dvs. se va considera obligată să-și *ajute* mama dezorientată și neputincioasă.

P - Așa am să fac, găsesc propunerea dvs. grozavă. Eram oricum la capătul tuturor puterilor, nu mai aveam mult și mă internam la nebuni.

T - Vă previn însă că vă va fi foarte greu și că va trebui să luptați ca să obțineți acest rol, care de fapt aparține fiicei dvs. și ale cărui reguli persistă de atâta vreme. Este greu să oprești lucruri care au devenit obișnuințe sau automatisme comportamentale. Cum să vă spun, noi ne creștem copiii, îi educăm și insistăm ca ei să înțeleagă că noi suntem cei care-i dirijează, controlează, disciplinează și protejează. Desigur că la patru ani este normal să procedăm așa, deoarece copiii mici pot fi intimidați ușor, iar polițistul le poate spune pe un ton poruncitor: Ce cauți aici? Șterge-o imediat acasă! O bandă de copii mici care deranjează locatarii poate fi ușor spulberată, însă dacă ei sunt ceva mai mari (14-15 ani) țin unul cu altul, își împrumută bani, își probează forțele și curajul și este cu mult mai greu să-i intimidezi. Educația devine din ce în ce mai grea, pe măsură ce copiii cresc și trebuie să schimbăm încet, încet tactica, creându-le astfel convingerea că noi *nu putem mai mult*. Unui copil de 8 ani îi poruncești pur și simplu: Stai acasă până mă întorc! și el o să stea. Astă nu înseamnă că nu trebuie să vă mai iubiți copilul, ci tocmai pentru că-l iubiți trebuie să renunțați treptat la rolul protector și să-i semnalizați că ați ajuns la capătul posibilităților de a-l ocroti. Problema cea mai dificilă este cum să faci, ca ei să se păzească singuri și sunt convins că acasă se poate instaura un fel de câmp de antrenament pentru tactici de supraviețuire!

P - Asta cam așa-i.

T - Nimeni nu poate însă învăța să supraviețuiască dacă va trăi într-un grup protector, iar dacă veți încerca să întindeți un gard de sârmă înghimpată de jur împrejurul casei, atunci va fi cam

periculos și riscant când ea va ieși de acolo! Dvs. va trebui să învățați să spuneți lucrurilor pe nume: „Dragul meu copil am tăiat cordonul ombilical, asta trebuie să-ți intre bine în cap și de câte ori mă vezi, să știi că am devenit incapabilă, uitucă, iresponsabilă sau să mai crezi că te voi putea proteja.” Va trebui să vă pregătiți dinainte, căci veți avea de luptat atât împotriva instinctului matern, cât și împotriva fiicei care va încerca, să vă împingă din nou în rolul de a-i porunci și care la început desigur că-i va reuși. Va trebui să încercați de mai multe ori până veți avea un efect, lucrurile bune au nevoie de repetare numai greșelile nu.

P - Sinceră să fiu, nici nu mă aștept ca după ani de probleme să am succes peste noapte.

Retragerea părinților într-o poziție „meta” („îți permit, îți dau voie să faci cum vrei”), nu înseamnă cedarea poziției de autoritate. Majoritatea lor se tem că, ocuparea unei poziții inferioare va conduce la *pierderea totală a controlului*. Nu întotdeauna prescripția și reframing-ul conving părinții 100% că nu-și vor pierde poziția de putere. Terapeutul va trebui să le ofere în schimb o „putere magică” și să-i înzestreze cu „sabia fermecată” a *strategiei consecințelor neașteptate*. Pentru a fi eficace, sabia trebuie mânăuită de jos, din poziția inferioară adoptată conștient (părintele redefinește relația și preia conducerea). Tactica „sabotajului din bunăvoință” (el nu vrea decât binele cedând), constă în a-i determina pe părinți să se folosească mai degrabă de efectele consecințelor ușor previzibile, decât să țină predici la pereți. Astfel de consecințe trebuie să se producă „din neatenție”, părinții trebuie să se scuze de provocarea făcută, atunci când copilul o observă și se revoltă: „Îmi pare extraordinar de rău că am fost așa de distrat și am uitat să-ți pregătesc pachetul. Promit să nu se mai întâmple.” Desigur că repetarea „greșelii” îl face pe acesta să creadă treptat că ne-am prostiț de-a binelea și că nu se mai poate conta pe noi. Unor părinți le este suficient dacă-i convingi că, poziția cu adevărat superioară într-o relație, este adoptarea atitudinii de „neputință” și că ea este inferioară atunci când încercăm să-i convingem pe copii că noi avem puterea, ca și cum *ei ar fi cei ce ne investesc cu ea și tot ei ar trebui să ne-o confirme*, aducând argumente dintre cele mai hazlii posibile. Terapeutul le poate reproșa părinților, că au pierdut prea multă vreme așteptând „confirmarea autorității” de la copii și că este

cazul să se treacă pe o poziție de forță adevărată, declinându-le acestora competența de a-i confirma în rolul de părinți. O tactică așa de simplă se va lovi desigur de mari rezistențe tocmai din partea părinților (!), însă este foarte eficace în situațiile de limită, deseori disperate în care, fiind efectiv la capătul puterilor, sunt pregătiți să îndeplinească orice prescripție de rol, oricât de paradoxală ar părea. Schimbările provocate vor declanșa apariția unor noi simptome de frustrare și chiar de depresie, de un grad aparent periculos, ce poate determina părțile angajate în conflict, la reluarea pozițiilor inițiale. Trebuie făcută precizarea că vindecarea va determina în prima fază o înrăutățire a simptomului și că aceasta nu este decât un semn sigur al schimbării.

O altă dificultate este creată de **constelațiile triunghiulare**, în care unul din părinți încearcă să fie negociatorul de pace și care contribuie astfel la menținerea problemei. El va încerca să negocieze pentru a-i aduce pe ceilalți la înțelegere și armonie prin solicitări paradoxale de tipul „fii spontan”, aducând argumente raționale care de fapt pun mai mult gaz pe foc. Cel ce negociază, va reproșa celeilalte părți adulte nerăbdarea și modul de a reacționa, subminându-i autoritatea și creând posibilitatea unei coaliții. Polarizarea schimbătoare a relațiilor între beligeranți, îi va duce în final într-o situație fără ieșire. Desigur că, o prescripție de genul „încetați să vă mai amestecați în conflict” trebuie evitată:

T - Puteți încerca să vă abțineți, însă nu cred să puteți rezolva ceva prin asta, deoarece ambii sunt foarte îndărătnici. Trebuie să înțelegeți că ei contează pe faptul că, dvs. veți interveni între ei ca să-i salvați. Chiar dvs. mi-ați spus că a-ți mai încercat acest lucru, însă n-a folosit la nimic. Desigur că puteți lupta mai departe și din motivul că sunteți singurul interesat sincer să mijlocească și să aplaneze în final acest conflict. Dvs. sunteți de fapt vocea rațiunii și cei doi greșesc dacă ei cred, că altcineva vă va putea lua din mână tratativele și că nu vă veți mai putea aplica ideile pe care le aveți, de a schimba situația. Oricât vi s-ar părea de ciudat eu v-aș propune să deveniți urgent un *negociator irațional*.”

P - Irațional? Cum adică?

T - Dacă veți reacționa pe loc și veți încerca să le explicați, cât de irațional este să te porți,

așa cum de fapt o fac, nici măcar nu vă vor asculta. Pentru ei contează numai faptul că, dvs. vă dați silința să fiți rațional și ei au nevoie de un intermediar lucid și rațional, delegându-vă acest rol, care le dă libertatea de a fi iraționali în acest conflict! Dacă veți reuși să înțelegeți că, de fapt nu sunteți chiar așa de rațional pe cât vă credeți, atunci aveți șansa să recunoașteți că și dvs. aveți nevoie de ajutorul unui intermediar. O impresie irațională se poate realiza, cel mai bine, dacă veți înceta să le compătimiți iraționalitatea conflictuală și-i veți îndemna să meargă mai departe decât au făcut-o până acum (eventual până la absurd), astfel ca ei să fie nevoiți să întrerupă regulile jocului, pentru a vă aduce pe dvs. cu picioarele pe pământ! Dacă veți reuși ca, măcar unul din ei să încerce să vă înfrâneze elanul, atunci veți avea un efect într-adevăr binefăcător pentru familia dvs. Formularea exactă a intervenției o puteți improviza și singur, trebuie să spuneți ceva de genul: Nu pot să-ți fac reproșuri că-l cerți. Părerea mea este că nu procedezi destul de dur, etc.”

Reinterpretarea rolului de negociator, a celui care-și dorește pacea și armonia familială, prin mijloace raționale de reglementare a relațiilor și solicitări paradoxale de tipul „fii spontan” („încetați odată, fiți mai raționali, iubiți-vă, fiți toleranți unul cu altul”) și acceptarea noilor cadre (Reframing) ale „raționalității” (eficacitatea și funcționalitatea este norma, nu orice real este și rațional) produce schimbarea. Desigur că, acest îndemn strategic poate fi extrapolat și se poate manifesta un comportament de compătimire vizavi de infantilismul unor reacții conflictuale, adică de a se trece din opoziția ineficace avută, la un nivel superior (metapozitie), de pe care se pot livra, pe lângă compătimire chiar și unele comentarii neutrale.

4). Soluțiile de obținere a consimțământului prin constrângere indirectă.

Acest tip de soluții sunt variante ale încercării de a obține !spontaneitatea intenționată”: „Îmi doresc ca el (ea) s-o facă, însă mi-ar place ca el (ea) să vrea s-o facă de la sine.” Persoana și-ar dori schimbarea numai dacă aceasta are loc fără vreo constrângere externă, o rugămintă, adresată direct partenerului, fiind considerată ca o violare brutală a intimității și libertății de decizie. Este ca și cum s-ar aștepta o declarație de dragoste ce ar trebui să se producă de la sine, astfel își va

pierde valoarea de veridicitate devenind dilematică: „Mi-a declarat că iubește pentru că l-am rugat să mi-o spună sau pentru că așa simte?”

Același fenomen se întâmplă și în cazul în care unul dintre parteneri nu poate spune „nu” și așteaptă ca această libertate să-i fie acordată de celălalt. Se creează astfel o confuzie și o situație contradictorie, tipică sistemului de educație antiautoritar: „Ne dorim ca școlarii să învețe, fără a li se pretinde acest lucru în mod dictatorial și așteptăm ca ei s-o facă de la sine. Dacă vor urma comenzile noastre, va însemna că noi le vom distruge dezvoltarea liberă a capacității de decizie și personalitatea, ceea ce ar fi o mare greșeală educativă și care-i va traumatiza psihic.” În același timp, aceiași educatori se plâng de elevi dezordonați și leneși: „Desigur că ne dorim ca ei s-o facă de la sine, însă va *trebui* (imperativ) cumva să-i determinăm s-o facă.”

Acest paradox este evident nu numai în domeniul educațional antiautoritar, ci și în probleme de familie sau chiar în unele schizofrenii. De exemplu: tatăl unui adolescent (ce suferea de „dezorientarea tinereții” sau, în alte forme mai dure de diagnosticare, de un episod psihotic și care avea printre altele obiceiul bizar de a umbla prin casă numai în lenjeria de corp) era extrem de neliniștit de astfel de manifestări. Acesta încerca să-și determine fiul să se îmbrace, să se comporte normal, dar nu dorea să i-o spună direct ca să nu-l jignească și eventual să nu declanșeze și alte „manifestări” la fel de neplăcute. Așadar el încerca să-și determine fiul s-o facă „voluntar”, ca de la sine și discuțiile se purtau cam așa:

- „Știi că-ți este frig dacă umbli așa. Te vei simți desigur cu mult mai bine, dacă te vei îmbrăca ceva mai gros. Bineînțeles nu vreau ca tu s-o faci, dacă tu nu consideri că e nevoie. Va trebui să te decizi singur.” Fiul îi răspundea dezarmant: - „Dacă tu pretinzi de la mine să mă îmbrac, atunci poți să uiți. Întâmplător mă simt așa de comod, încât nu văd de ce să fac altfel, chiar dacă tu vei considera asta ca fiind o nebunie curată.” Dacă fiul i-ar răspunde la fel de indirect cum a făcut-o tatăl lui, atunci problema s-ar amplifica printr-un cerc vicios și am fi martorii unei escaladări de natură evident psihotică: „Trebuie să faci ceea ce se impune să faci” sau, mai bizar: „Eu cred că mă mănâncă în palmă.”

Din ceea ce ar fi trebuit să fie o solicitare împăciuitoare de supunere și, din răspunsul de refuz la fel de firesc, rezultă un schimb de replici cauzatoare de probleme în lanț: o solicitare indirectă va fi urmată de un refuz indirect, în care unul dintre parteneri va fi de părere că o solicitare directă nu ar avea nici un sens.

Cu cât refuzul va fi mai bizar, cu atât mai mult persoana în cauză (tatăl) va fi convinsă de vulnerabilitatea celeilalte (fiului) și cu atât mai mult el va ține și mai mult cont de aceasta la următoarele intervenții, care vor fi din ce în ce mai indirecte. Această procedură va conduce la mijlociri de limbaj, tot mai îndepărtate de realitatea structurii situației, la schimburi de cuvinte tot mai bizare, adică la unele dezvoltări care sunt incluse în denumirea de „schizofrenie”, ceea ce uneori nu este altceva decât un mod de comunicare tot mai mediat (în faze mai avansate apar codificările) și caracterizat inițial printr-o politețe exagerată (bolnăvicioasă) între două sau mai multe persoane: „Nu pretind de la tine ceea ce eu vreau într-adevăr să faci!” și replica la fel de absurdă: „OK, nici eu nu te refuz într-adevăr.”

Acest paradox poate fi constatat foarte frecvent atunci când, unul din soți se plânge că: „Partenerul meu îmi ignoră nevoile pe care ar trebui să le remarce de la sine și fără ca să-i atrag atenția. Dacă va trebui să-i spun ceea ce îmi doresc va fi groaznic pentru mine, deoarece o va face numai pentru că l-am rugat și nu pentru că *așa simte sau o dorește.*” Soluția adoptată, în astfel de probleme, se lovește de o puternică rezistență din partea celui care este solicitat astfel. La urma urmei, i se cere persoanei respective să nu se mai comporte astfel și să cedeze rezistența, însă aceasta trebuie s-o facă voluntar, de la sine! Persoana, care încearcă s-o facă pe cealaltă să-i respecte o dorință, nu vrea să accepte realitatea că trebuie s-o roage pentru asta. Strategia generală, de a rezolva astfel de probleme, este de a se trece la o formă directă de comunicare, aceea de a se spune lucrurilor pe nume, chiar dacă rugămințile exprese vor fi menționate la început numai aluziv. La fel de importantă este și găsirea unei reinterpretări, care să determine o schimbare a atitudinii ce menține simptomul. Terapeutul îi poate conștientiza pacientului, cât se poate de clar (de dur), că o asemenea poziție (vorbire sau solicitări indirecte) posedă un potențial

destructiv, desigur nedorit de nimeni și că o rugămintă directă, considerată a fi jignitoare, posedă mari valențe umane, căldură afectivă, denotă interes clar și nu ambivalență sau indiferență:

T - Cred că motivul de bază al inadaptării fiului (fiicei, soției, soțului, etc.) dvs. îl constituie teama teribilă că ar avea puterea să trezească în dvs. sentimente de vinovăție. Din nefericire, dvs. îi confirmați, fără să vreți, această părere, atunci când vă purtați cu el cu mănuși și foarte protector. Nu vă vine să credeți că, intenții pornite din rafinament și considerație pentru sentimentele cuiva, pot avea efecte așa de destructive. Din păcate, nu de puține ori, cele mai mari greșeli se fac din dragoste și sunt convins că dvs. vă iubiți copilul (partenerul), însă de data aceasta va trebui să riscați mai mult și să-i arătați că nu mai are atât de multă putere în relația dintre voi, așa cum crede (simptomul stabilește reguli și definește relația). Veți putea realiza acest lucru, solicitându-l să facă ceea ce doriți, fără a ține cont de gradul de dificultate al solicitării și arătându-i cât se poate de clar consecințele unui refuz. Poate vă cer prea mult, însă m-ați convins că sunteți pregătit, să faceți orice sacrificiu pentru binele copilului (partenerului) dvs.”

Dacă pacientul oscilează, terapeutul poate să facă și mai multă presiune:

T – „Bineînțeles că, cel mai simplu și poate cel mai bine pentru dvs., ar fi să nu-mi urmați sfatul. La urma urmei ați avut numai neplăceri de pe urma dvs. și sunteți îndreptățit să alegeți calea cea mai simplă și să procedați la fel ca și până acum. Acesta va plăti oricum foarte scump mai târziu în viață, pentru greșelile pe care și le permite acum față de dvs.”

5). Soluțiile prin care autoapărarea confirmă bănuiala celui ce acuză.

În aceste cazuri o persoană o bănuiește pe cealaltă de a face ceva și ambele se simt nedreptățite: de nesinceritate, infidelitate, gelozie, consum exagerat de alcool, delincvență. Persoana A o învinovățește pe B și aceasta se apără negând. Din nefericire atitudinea de apărare a lui B îi confirmă bănuiala lui A mărimdu-o, în loc s-o micșoreze. Urmarea este o escaladare a acuzărilor simultan cu a celor de apărare. Modelul interacțional este de tipul joc „atac-apărare”: „Sunt sigură că mă înșală” (crize familiale), „Suntem convinși că are mari probleme la școală”

(educație), „Știm că bea în timpul serviciului” (muncă). „Jocul” nu va înceta, până când una din părți nu va înceta comportamentul repetitiv, dezvoltat pe principiul „tot mai mult din același fel” (Watzlawick). Uneori se poate realiza o schimbare chiar și numai printr-o discuție cu persoana învinuită, căreia i se va spune că acuzatorul nu are dreptate (sau că el este cauza problemei) și că totul depinde de el, dacă-și dorește cu adevărat rezolvarea situației. Schimbând ceva, el va fi în situația de a-i atrage atenția acuzatorului că se înșeală asupra sa, făcând de fapt o greșală învinovățindu-l, sau eventual chiar să-i confirme învinuirile ce i se aduc, mai ales când acestea în consecințele lor devin absurde.

Caz: W 02.05.42., pacientă, 49 de ani, își acuza soțul de faptul că nu i-a îndeplinit în timpul căsătoriei „nici cele mai mici plăceri” și că nu i-ar oferit decât o viață mediocră. Certurile deveneau tot mai insuportabile și-i dădeau dureri de cap cumplite. Chemat în terapie, soțul se dezvinovăți afirmând că a făcut tot ce-i stă în putință și chiar mari sacrificii, părăsind țara sa de baștină (Grecia), profesia pe care o avea acolo și emigrând în Germania ca să se căsătorească cu ea. După câteva ședințe comune, l-am invitat la o discuție pe soț singur și l-am convins ca, de fiecare dată când soția îi va face vreun reproș să-i răspundă în două feluri: a) „Ai dreptate. Nu ți-am îndeplinit nici-o dorință. Terapeutul m-a lămurit în acest sens” (relația se redefinește), b) „Terapeutul mi-a spus că sunt prea bătrân ca să mă mai pot schimba.” Bineînțeles că, am fost de acord s-o lămuresc pe soție, în cazul în care ar fi avut întrebări de pus, dar n-a fost nevoie. După câteva ședințe, în care au fost analizate pe rând și alte acuzații, certurile au încetat și astfel s-a putut trece la tratarea celorlalte aspecte ale simptomaticei. Motivația și dorința de schimbare pot fi puternic influențate, în faza de început a terapiei, dacă ne străduim să schimbăm ceea ce este acut și care provoacă cele mai frecvente neplăceri.

Dacă o soție își acuza soțul că bea excesiv, ceea ce acesta neagă, se poate aplica procedeul „strangulării” (reducerea valorii informaționale a comunicării) și într-o ședință comună bine „înscenată” se poate spune:

T – Nu am rolul unui detectiv sau judecător care să constate cine are sau nu dreptate. Rolul

meu se limitează la a vă învăța să comunicați între voi, deoarece n-o faceți și nu dacă și cât alcool consumă fiecare.

În cazul că nu se protestează energic, față de această defnire a rolului, se poate trece la această procedură:

T (către soț): - Nu este important cât de puțin sau cât de mult beți însă, pentru a putea soluționa problema, ar fi foarte bine ca soția dvs. să aibă o reprezentare cât mai exactă a cantității pe care o beți. Cred că ea nu știe așa de exact, pe cât și-ar dori să știe, și trebuie s-o ajutăm. Vom face, în acest sens, experimentul următor: într-una din serile următoare veți bea numai un pahar și ajuns acasă o veți face pe beatul. În seara următoare vă veți comporta invers, aducă veți bea un pahar mai mult și o faceți pe treazul și așa mai departe. Vă rog să țineți un jurnal, în care să vă notați exact cât ați băut, cum v-ați comportat și care a fost reacția soției.

Apoi către soție: - Sarcina dvs. este să verificați, cât de bine puteți să priviți în spatele acestei fațade și să apreciați cât a băut. Va trebui să vă notați totul în jurnalul zilnic, dar nu aveți voie să vă comparați aprecierile înainte ca să vă spun s-o faceți.

Prin această intervenție, terapeutul a introdus în joc un element de incertitudine privind „beția” soțului, aducându-i pe amândoi în poziții interesante și dându-le „altceva” de făcut, decât să se acuze reciproc, adică o „pauză” în conflictul etern. Astfel se creează confuzia ce poate declanșa schimbarea: este soțul beat într-adevăr sau se preface, așa cum i-a cerut terapeutul să se comporte? *Fiindu-i greu să decidă care e realitatea, soția nu-l va mai certa, cel puțin pe moment.* În același timp, soțul nu mai este nevoit să se justifice, să se controleze și să se ascundă, deoarece „joacă” rolul bețivului. El este de data aceasta liber eventual să se autoacuze sau să înceteze pur și simplu să mai bea (problema, cauzată altcumva, era întreținută de paradoxul solicitării „încetează odată să mai bei atâta!”) Factorii care întrețin un simptom (problemă) sunt urmarea unui cerc vicios care, deși nu sunt cauza (o cauză are un efect major în momentul declanșării, ea încetează a avea un efect direct după consumarea evenimentului originar), ele pot întreține problema cu mult peste cadrele și urmările directe, firești. Modul de prelucrare a unei probleme influențează

menținerea ei din secunda următoare a încetării efectelor cauzei originare și conștientizarea evenimentului tocmai consumat.

Folosind o strategie asemănătoare (strategiile nu pot fi niciodată transferate și aplicate identic) se pot soluționa și alte probleme conflictuale, cu condiția păstrării structurii de bază a acestei intervenții. Într-o ședință comună se va solicita celui acuzat să facă ceva, apoi această acțiune va fi răstălmăcită astfel încât, aplicarea ei în practică și relatarea, să stea într-un raport contradictoriu, devenind incredibile. De exemplu, se poate prescrie unui adolescent acuzat de „nesinceritate”, să facă ceva ce va fi apreciat de părinții săi ca sinceritate, fără să nu le comunice ce a făcut. În același timp, se va cere părinților să încerce, prin orice mijloace, să-l corupă de la această atitudine. Apoi adolescentul va fi instruit, în situația că nu va mai putea ține secretul, să născocască o minciună și să dramatizeze cum că ar fi făcut o mare prostie. Dacă părinții îl vor înghesui cu întrebările și le va povesti că profesorul l-a sancționat, ei nu vor putea ști cu siguranță dacă spune adevărul sau dacă respectă prescripțiile terapeutului - așadar nu are sens să-l preseze să se destăinuiească.

În situațiile de dificultăți sexuale cum ar fi, de exemplu, realizarea orgasmului la femei, să fie îngreuiat de faptul că adesea, în timpul actului sexual, partenerul să-și întrebe partenera cât este de excitată sau dacă a reușit să-l obțină. Bineînțeles că, tocmai această intervenție verbală (o constrângere implicită), o pune pe aceasta într-o dificultate de tip paradoxal în care, tocmai verbalizarea (conștiința vigیلă) elimină posibilitatea trăirii (spontane și posibile doar în starea de conștiință modificată sau de transă) orgasmului, determinând-o inoportun să se gândească exact la ceea ce trebuie de fapt să se întâmple de la sine (inconștientul e întotdeauna mai precis decât conștientul, programele neurovegetative fiind declanșate autonom). De fapt, orice indicație este la fel de nepotrivită și, chiar dacă partenerul este bine intenționat, spunându-i de pildă „nu te mai gândi la orgasm”, aceasta, urmându-i indicația (conștient), nu va reuși decât contrariul recomandării (paradoxul: gândindu-mă să nu mă gândesc la tine mă gândesc la tine).

Formulările directive pot căpăta relativ ușor un caracter paradoxal și aceasta este ușor de

demonstrat. De exemplu, propun un mic experiment pentru cititorul acestei lucrări: „Vă rog să faceți o pauză de lectură, să vă relaxați, să închideți ochii pentru un minut și să vă gândiți la orice doriți, numai la un papagal galben cu o căciuliță roșie nu!” Desigur că, pentru a-mi putea urma indicația, de a nu vă gândi la papagalul ciudat, va trebui să vă faceți o reprezentare a ceea ce trebuie evitat, adică vă veți gândi la papagalul galben, în loc să vă gândiți la o zi frumoasă de concediu. Acest fenomen apare frecvent în modul de formulare al scopurilor ce-și propun evitarea unei greșeli sau a ceea ce nu ar trebui să se întâmple sub nici-o formă.

Așadar, este indicat ca într-o ședință comună, să i se spună pacientei că, una din cauzele menținerii problemei, este dorința ei de a-și conștientiza sentimentele și senzațiile deosebite ale actului sexual pe timpul desfășurării acestuia. Prescripția îi va cere să se concentreze numai asupra senzațiilor corporale, fără a se ține cont de cantitatea de plăcere obținută. Apoi, pentru ca acest proces să se desfășoare nestingherit, partenerul nu trebuie să o întrebe cum se simte sau la ce nivel al excitației se află grăbind-o în mod nepermis. Dacă face greșeala și se va amesteca cu întrebări inutile în prescripția terapeutică, atunci ea va trebui să-i răspundă invariabil, pedepsindu-l: „N-am simțit nimic!” Această intervenție va face orice altă întrebare inutilă și o va elibera de presiunea de a-l informa, de a-i confirma de fiecare dată cât este de eficient, trecându-se astfel la forme de comunicare nonverbale, mult mai adecvate situației.

INTERVENȚIILE GENERALE folosite de psihoterapia strategică se împart în patru categorii și au rolul de a pregăti scena intervențiilor ceva mai specifice sau de a servi ca punct de plecare, care să declanșeze rezolvarea problemei:

a) prin maxima „lasă-ți timp” sau „grăbește-te încet”, b) prin conștientizarea pericolelor îmbunătățirii (schimbării) situației, c) prin efectuarea unei cotituri, d) prin intensificarea (înrăutățirea) problemei.

a) Cea mai frecventă intervenție strategică este de a i se cere pacientului, ca el să-și lase, de data aceasta, ceva mai timp pentru rezolvarea problemei sale și, în unele cazuri, este și singura

prescripție terapeutică care funcționează în prima fază:

T - Este foarte important ca în această săptămână să nu mai întreprindeți nimic pentru îmbunătățirea stării (situației) dvs.

Intervenția trebuie să fie făcută convingător și să conțină justificări de tipul: chiar și o schimbare trebuie mai întâi să se „adapteze” pentru a avea efectele dorite; că va trebui să se determine pas cu pas câtă schimbare poate fi optimală în comparație cu un maximum („Vă veți simți mult mai bine dacă veți reuși o îmbunătățire de 75%, decât dacă veți atinge cota de 100%!”); că „schimbările încete și la pas sânt mult mai durabile decât cele imediate și spectaculoase.”

Caz: P 09.05.53., pacientul se afla într-o depresie adâncă, își pierduse slujba, se despărțise de prietena sa și era pe punctul de a-și vinde casa pe un preț de nimic pentru a se muta în alt oraș (celor două schimbări de gradul trei suferite în domeniul profesional și privat le opunea două de aceeași anvergură: vânzarea casei și o nouă viață în alt oraș). Fiecare dintre aceste schimbări (petrecute sau planificate) poate fie cauza unei depresii sau un factor puternic de menținere a ei. După prima ședință l-am mai liniștit și i-am spus ceva în genul:

T - Și acum să vă comunic un lucru important. Mi-ați spus că a trebuit în ultimul timp să faceți față la o serie de lovituri ale vieții și îmi este foarte clar că sunt evenimente reale, însă există posibilitatea ca acestea să fie privite și din perspectiva lor psihologică. Problema cea mai grea este că ele au venit toate deodată și destul de surprinzător. V-ați pierdut serviciul, o pierdere grea, v-ați stricat relația cu prietena, asta vă doare enorm și, în aceste momente grele, prietenii vă părăsesc pe rând, totul desfășurându-se haotic. N-aveți un țel și vă mai pierdeți treptat și sentimentul propriei valori. Părerea mea este că dvs. subapreciați efectul acestor evenimente. Nu-mi pot explica cum de mai rezistați și sunt foarte surprins că nu vă simțiți mai rău sau și mai depresiv decât sunteți de fapt, având în vedere toate câte vi s-au întâmplat. Sunt profund surprins cum de reușiți să mai rezistați.

P - (simțindu-se înțeles și luat în serios): - Câteodată îmi este într-adevăr cu mult mai rău decât arăt acum.

T - Nu mă surprinde. Cred că subapreciați situația în care vă aflați, mai ales sub aspectul profunzimii ei și a timpului de care veți avea nevoie ca să vă reveniți la normal. Aceste lovituri au nevoie de un timp de vindecare, de revenire și de odihnă, chiar corporală. La urma urmei ele v-au făcut K.O. și, pe moment, vă lipsesc rezervele de a putea ieși din groapa în care vă aflați. Așadar, vă recomand să renunțați la intenția absurdă și distructivă de a rezolva totul deodată și, timp de o săptămână (lună), să nu faceți absolut nimic, să vă considerați în concediu și să faceți numai ceea ce este strict necesar. Aveți nevoie de o pauză și de un timp de regenerare, înainte de a începe sistematic și treptat să lucrați împreună cu mine, la rezolvarea pe rând a problemelor pe care mi le-ați enumerat.

Prescripția de a proceda ***treptat și încet*** se dă adesea destul de devreme pacienților (uneori chiar în prima ședință) care tind să-și soluționeze problemele prin „forțarea lucrurilor” sau celor care vin cu rugămintea urgentă de a fi tratați, așteptând pasivi să facem noi totul. Asemenea proceduri sunt recomandate și în cazul în care un pacient, căruia i s-a prescris o tehnică specifică, relatează că-i foarte bucuros de rezultatul obținut. În acest caz este bine să se evite exprimarea oricărui optimism sau a unor noi încurajări, de a se reacționa neutral la știrea bună și să se arate îngrijorarea că această schimbare a venit prea repede și acest aspect ne neliniștește. Astfel pacientul se va simți constrâns să păstreze până la ședința următoare celelalte noutăți. Terapeutul trebuie să lase să se înțeleagă că, o însănătoșire rapidă aduce după sine o recidivă și mai profundă a simptomului. În concordanță cu *strategia procedurii treptate și încete* se va planifica următoarea ședință în două săptămâni și nu săptămânal, ca până atunci. Privit superficial, se poate înțelege că îmbunătățirea stării este recompensată (întărită) negativ (în termenii terapiei de comportament) însă, indirect ea este o recunoaștere a faptului că pacientul nu are nevoie de terapie decât peste două săptămâni.

Revenind la pacientul cu depresia reactivă, după o săptămână mi-a relatat că e mai puțin deprimat, că a rezolvat câteva probleme și căruia i-am comunicat apoi așa:

T - Mă bucur să aud că vă simțiți mai puțin depresiv și că unele probleme nu vă mai apasă. Îmi

mențin totuși părerea că înaintați prea repede și că trebuie să reduceți acest ritm. Faptul că vă grăbiți este o capcană periculoasă pentru cineva cu problemele dvs. Este de la sine înțeles că vă doriți să le depășiți cât mai repede, deoarece nu vă simțiți bine însă, vă deplasați astfel pe un nisip mișcător care ascunde unele capcane. În primul rând sunteți încă depresiv și nu ați trecut peste această stare. Amăgirea succesului facil vă va împiedica să mergeți mai adânc, la rădăcina depresiei și de a o elimina definitiv. Acum o săptămână, am fost de acord că aveți nevoie de depresie pentru a vă odihni în sfârșit, deci va trebui să vă limitați tempoul deciziilor. În al doilea rând, problemele cu care vă confrunțați acum serviciul, relația, vânzare casei, mutatul în alt oraș, sunt mult prea complicate pentru a putea fi rezolvate bine și repede. Veți cade într-o capcană și mai adâncă, dacă veți acționa înainte de a vă clarifica bine lucruri care se află într-o relație de interdependență. De regulă sunteți o fire analitică și tindeți a vă clarifica bine lucrurile înainte de a acționa, ceea ce vă recomand să faceți și acum, înainte de a lua o decizie pe care n-o veți mai putea revoca. Desigur că nu este ușor să nu acționați într-o asemenea situație și, în acest sens, v-aș recomanda să acționați mai întâi asupra chestiilor mai puțin relevante pentru problema centrală de care suferiți. Dacă sunt lucruri, pe care trebuie neapărat să le faceți, atunci rezolvați-le la un nivel minimal. Indicația mea este să vă micșorați ritmul și să vă abțineți de la orice acțiune de amploare mare. Ca să vă dau o mână de ajutor, propun să ne vedem în două săptămâni.

Această tactică are rolul de a clarifica poziția terapeutului, care nu se orientează spre schimbări spectaculoase sau alte minuni, solicitându-se o cooperare exactă privind respectarea prescripțiilor asupra cărora s-a căzut de acord. Astfel unii pacienți mai insistenți pot fi temperați să reziste ispitei de a încerca prin forță (o soluție din repertoriul lor anterior) rezolvarea pe moment a problemei. Probabilitatea ca să se conștientizeze soluțiile care întrețin problema crește, pe măsură ce pacientul se convinge că, o soluție cu adevărat satisfăcătoare este posibilă numai dacă își va lăsa timp suficient pentru a parcurge treptat fazele însănătoșirii și va avea aceeași răbdare cu sine precum o are de regulă cu alte persoane.

b). Prin conștientizarea pericolelor schimbării în bine.

Această intervenție strategică este continuarea tehnicii „lasă-ți timp, grăbește-te încet” dar urmărește cu totul alte scopuri și este frecvent întrebuințată la anumite forme de rezistență ale pacientului. Prescripția vizează relevarea și conștientizarea unor pericole posibile, pe care soluționarea problemei ar aduce-o cu sine. Pacientul este întrebat, dacă poate să recunoască și consecvențele negative ale producerii schimbării atât de mult dorite, conștientizarea și a unor dezavantaje, nu numai a avantajelor. Desigur că pacienții rezistenți, și nu numai ei, vor răspunde, fără să se gândească prea mult, că nu sânt decât avantaje și o asemenea întrebare pare ciudată și chiar absurdă. Rezolvarea problemei este considerată de ei izvorul fericirii vizate/visate și tocmai încărcarea soluționării cu expectanțe exagerate poate determina creșterea gradului de dificultate a rezolvării. Astfel se supralicitează valoarea producerii unei anumite schimbări importante (a obține și realiza într-o anumită ordine scopurile propuse), încât se omite rezolvarea unor probleme tangibile care, prin feed-back-ul pozitiv, ar motiva mult mai bine pacientul în munca cu sine și cu dificultățile pe care le are. Fără prea multă fantezie ne putem imagina că o schimbare, oricât de bună și de dorită ar fi, declanșează și unele consecințe neplăcute, dacă nu pentru pacient atunci garantat pentru persoanele care-l înconjoară ce trebuie să-și schimbe reacțiile ceea ce devine un factor declanșator de conflicte sau despărțiri.

Terapeuții folosesc în acest sens o anecdotă cu un pacient care se prezintă la un terapeut comportamental și dorește să-și schimbe viața complet, să hotărască singur absolut totul, să nu mai depindă de nimeni, să-și poată exprima liber părerile când are chef și fără ocolișuri, să se poată impune nu numai față de prietena sa ci și profesional sau în cercul de prieteni. Terapia a realizat cu succes schimbările dorite, pacientul a reușit să-i spună sincer prietenei sale ceea ce crede despre ea, a refuzat apoi executarea unui ordin pe care i l-a dat șeful său strigându-i că-i un incapabil fără maniere, în cercul de prieteni nu a mai acceptat să se vorbească cu el ironic și le-a spus pe șleau că-s ipocriți și cu două fețe. Privit astfel el absolvit cu succes prescripțiile de comportament vizând antrenamentul afirmării de sine, și-a realizat visul cu ochii dar a doua zi a

fost concediat, când s-a întors acasă de la muncă, prietena își făcuse bagajele și se muta din locuința comună iar seara, în berăria unde își întâlnea prietenii, nimeni nu i-a mai răspuns la salut.

Există și alte dezavantaje: dacă o persoană reușește să slăbească și să ajungă la greutatea ideală, atunci aceasta va trebui să-și schimbe întreaga garderobă (o schimbare foarte costisitoare pentru soți!); dacă cineva își redobândește încrederea și capacitățile visate, trebuie să se aștepte că nimeni nu-l va mai menaja ca până atunci, că ceilalți vor fi critici și duri cu el; dacă se obține potența mult visată sau orgasmul nu mai este o problemă, atunci persoana se poate simți constrânsă să încerce recuperarea timpului pierdut sau să-și silească partenerul să mențină același ritm, periclitând relația sau pur și simplu să se neglijeze alte activități importante, ș.a.m.d.

După cum se poate remarca, aceste pericole nu sunt numai posibile, ci și o realitate declanșată de consecințele schimbării. În acest sens, terapeutul este legitimat să se întrebe și să-și lase timp de reflecție, pentru a decide dacă schimbarea, dorită de pacient, este în același timp și sănătoasă pentru el. Nu de puține ori terapeutul trebuie să-și pună întrebarea: cine se împotrivesc dorinței de schimbare în persoana pacientului însăși? Cum se face că el nu reușește, deși nici noi nu vedem o soluție mai bună decât cele probate de pacient? Dacă cineva opune o rezistență, de ce o face? În cazul unor rezistențe de acest gen trebuie acceptat aforismul lui Erickson: „Inconștientul este mult mai deștept decât conștientul.”

Maxima „lasă-ți timp” (mai încet nici că se mai poate!) poate fi folosită nu numai pentru conștientizarea pericolelor ci și pentru creșterea motivației:

- „Dacă starea vi se va îmbunătăți, atunci s-ar putea ca aceasta să aibă efecte negative asupra soțului dvs. Astfel, el nu vă va mai putea ajuta sau comanda și s-ar putea ca să devină el însuși depresiv și nu știu dacă dvs. puteți merge atât de departe încât să-i doriți răul și să se îmbolnăvească. (Prin această tactică se poate face presiune asupra pacientei, de a executa prescripțiile ce vor fi date acum, mai ales că ea pe ultimele nu le-a urmat). Nu e nevoie să vă scuzați pentru că nu ați urmat indicația pe care v-am dat-o săptămâna trecută. Știți, s-ar putea ca inconștientul dvs. să ne divulge ceva în legătura cu tema dată. Dați-mi voie să vă întreb: vedeți

cumva unele consecințe negative ale îmbunătățirii stării dvs.?” Se dă astfel de înțeles că, dacă pacientul nu urmează prescripțiile date, nici terapeutul nu va trece mai departe sau că nu-l va ajuta la căutarea dezavantajelor schimbării situației sau a dispariției simptomului.

Caz: S 23.05.58. pacient, mă roagă să facă câteva ședințe împreună cu soția care, la rândul ei, făcea psihoterapie acuzând o anxietate generalizată și tulburări somatoforme masive. Din discuțiile avute cu pacientul, am înțeles că soția sa urmărea o redefinire a relației conjugale și că preluase conducerea în relație. Deși soțului nu-i era conștient sensul certurilor frecvente dintre ei, am plecat de la premiza că ea își dorea o schimbare în relație, eventual chiar să și divorțeze. Pentru a echilibra problemele de transfer și a elimina coalizările, am rugat o colegă să fie co-terapeut, prezență acceptată de ambii. Presupunerea mea s-au adeverit, soția polarizând discuția cu teme privind propria persoană și importanța terapiei pe care o face. Încercarea mea de a abate tema asupra problemelor de relaționare existente, nu a avut rezonanța necesară, conceptul propus de a privi problemele individuale subordonate sistemului sociofamiliar a fost neglijat. În acest context, pentru a depăși rezistențele vizibile și pentru a declanșa „procesele de căutare” am formulat următoarea intervenție:

T - Atât eu cât și colega mea suntem impresionați de dibăcia cu care încercați să subminați propunerile pe care vi le-am făcut și, mă întreb, dacă nu cumva există un lucru care vă este la amândoi numai pe jumătate conștient sau pe care nu doriți să-l analizați. Această întrebare v-am pus-o și data trecută, să vă gândiți dacă nu cumva există anumite dezavantaje pe care le poate aduce cu sine schimbarea dorită, mai ales că dvs. (mă adresez soției) vă aflați de mai bine de un an în terapie și încă nu ați avansat în soluționarea problemei de fond, anxietatea. Cred că procedând astfel nu realizăm scopul propus și, înainte de a trece mai departe, vă rog pe amândoi să vă gândiți cât se poate de serios la următoarele întrebări: - Cu ce credeți că vă veți confrunța în situația că veți găsi soluția problemei cu care vă luptați, indiferent care va fi aceasta? Unde și când va avea ea un efect total și complet? V-aș recomanda, în situația dvs. să nu vă mărginiți numai la exemple concrete, căci s-ar putea să vă scape lucruri esențiale. Cel mai bine ar fi să lăsați frâu

liber puterii de reprezentare și fanteziei, astfel ca să nu vă scape nimic din ceea ce s-ar putea întâmpla sau vă va veni în minte. Dacă vi se întâmplă să exagerați prea mult, atunci puteți ca unele fantezii să le eliminați.

Soțul: - Ați putea să ne dați unele idei? Cred că suntem amândoi cam încurcați.

T - N-am nici-o idee mai specială. Aș putea găsi una dacă aș răsfoi notițele mele, însă pe moment nu vă pot spune nimic. Oricum dacă nu vă veți mai certa, va fi necesară o schimbare a rolurilor în familie, dar nu cred că asta ar fi o idee prea grozavă. De aceea doresc ca dvs. înșivă să meditați, la urma urmei vă cunoașteți viața și partenerul mult mai bine decât mine. Ceea ce vă pot spune este că, informația de care aveți nevoie, o găsiți în interiorul dvs. și dacă v-aș da prea multe indicații, atunci v-aș influența.

Soția: - Nu reușesc să vă înțeleg, eu sunt învățată cu alte forme de terapie și nu văd sensul celor ce-mi cereți. Mi se pare cam simplu și nu văd ce-ar putea aduce nou un asemenea exercițiu.

T - Dvs. nu aveți în moment o idee și de aceea vă propun să ne vedem după ce, timp de două săptămâni, veți lăsa frâu liber fanteziei. Sunt convins că vă va veni o idee.

Soțul: - Ca să fiu sigur vreau să repet ce-am discutat (el repetă prescripția).

T - (Subliniez ideea că, pot apare probleme noi dacă actuala problemă va fi rezolvată și că acestea pot avea o gravitate mult mai mare decât actuala problematică. Le povestesc apoi anecdota cu Stan și Bran.)

Soția: - Credeți că blochez inconștient soluția problemei pentru că lucrurile s-ar putea schimba?

T - Acest pericol poate apare la fel de bine ca și o schimbare care se dorește. V-aș mai putea da unele exemple însă, mă tem că vă voi influența prea mult. Ceea ce veți descoperi puteți să vă notați însă, cel mai important, este să vă gândiți la ele și să le discutați împreună. Doresc să repet recomandarea de a nu întreprinde nimic, care ar putea rezolva problema sau minimaliza conflictele între voi. Această prescripție are prioritate absolută.

În unele cazuri, intervenția „reversul soluționării”, declanșează o importantă schimbare

dovedindu-se și singura măsură terapeutică ce contribuie la rezolvarea dificultăților (valabilă frecvent în cazul fobiilor). Dacă pacientul recunoaște că chinul, obținerii unei îmbunătățiri a problemei, nu aduce cu sine numai trandafirii victoriei, atunci nu se va mai simți sub presiune, nu va mai încerca să-și rezolve problema perfect, cramponându-se, și se va relaxa. Astfel pacientul a introdus o schimbare, renunțând la încercarea soluționării cu orice preț și, se poate afirma că, această mutație îi va diminua suferința sau poate chiar s-o elimine definitiv.

c) Prin efectuarea unei cotituri.

Prin „cotitură”, în terapia strategică, se înțelege trecerea terapeutului de la o strategie la alta, dându-se astfel un curs nou, o schimbare de direcție a terapiei, necesară atingerii scopului propus. O asemenea cotitură este necesară dacă: neintenționat terapeutul ajunge să se certe cu pacientul, dacă strategia propusă până atunci a fost respinsă de pacient sau dacă, cu toate că ea a fost acceptată, se dovedește a fi neproductivă. Cu cât terapeutul va recunoaște mai repede că este necesară o cotitură, cu atât mai ușor ea va fi acceptată. El poate lua o poziție subordonată și să-i recunoască pacientului meritul de a fi semnalizat primul că terapia se află pe o pistă falsă.

De exemplu:

T - M-am gândit între ședințe la problema dvs. și am realizat că am trecut cu vederea un punct căruia nu i-am dat la timpul convenit importanța necesară. Îmi dau seama că am pornit pe o pistă falsă și va trebui să schimbăm cursul. În ultima ședință am văzut cum batem pasul pe loc și că ne punem reciproc bețe în roate. Mi-am verificat notițele și m-am convins că am pierdut primul tren.

P - Păi asta am tot încercat să vă atrag atenția în ultima oră!

T - Mă bucur că spuneți asta, am crezut că vă faceți griji din cauza soțului, m-am lămurit acum că, de fapt, fiul vă creează cele mai mari probleme și vă enervează cel mai mult. Ar fi fost inefficient să ne fi concentrat asupra relației cu soțul. Desigur veți realiza mult mai multe progrese dacă ne vom ocupa de fiu .

Se poate întâmpla ca, în unele situații, terapeutul să se repete sau să procedeze „de mai multe

ori la fel” și nu-i chiar așa de elegant să bați în retragere. O „cotitură” poate avea loc în situațiile mai dificile, unde se impune neapărat o schimbare a strategiei, chiar și în mijlocul orei de terapie. Iată un exemplu în acest sens:

Caz: R 02.09.59 pacientă, extrem de anxioasă, cu o imaginație negativistă (vedea în orice situație numai pericolele), avea doi băieți de 14 și 11 ani, foarte dificili și care-i provocau numai coșmaruri. În mod surprinzător pacienta afirmă că ar poseda capacități extrasenzoriale și poate, de la distanțe destul de mari, să perceapă dacă băieții acasă se comportă „civilizat și controlat” sau nu. Inițial afirmația ei m-a cam alarmat și-mi făceam gânduri dacă nu cumva are halucinații paranoide, am chestionat-o în detaliu de pe o poziție de respingere a unor asemenea „calități”, lucru care o făcea să-și susțină poziția cu o vehemență și mai mare. Apogeul disputei a culminat cu întrebarea pe care mi-a pus-o direct „dacă cred sau nu în așa ceva?” Am încercat să-i explic că nu te poți bizui pe „cititul gândurilor” mai mult decât pe ceea ce poate fi observat obiectiv și că existența unor astfel de „calități” nu a fost încă dovedită. Asta n-a făcut decât să-i întărească și mai mult convingerea că, eu fiind un profan în materie de fenomene extrasenzoriale, nu pot avea alte argumente. Rezistența dezvoltată de pacientă tindea să ia forma unei dispute personale și mi-am amintit de unul din principiile de bază ale terapiei strategice: „acceptă și folosește ceea ce pacientul aduce cu sine, gândește-te cum o poți folosi, în loc să te contrazici cu acesta și caută să preiei conducerea astfel pierdută.” În această situație am făcut o cotitură de 180° confirmându-i pacientei „acum în serios” că, sunt convins de existența unor persoane ce posedă calități extrasenzoriale și că am încercat, numai din motive diagnostice (terapeutice), să testez cât de mare este convingerea ei în astfel de capacități. Pacienta răspunse că și soțul ei ar poseda ceva calități, confirmându-i de multe ori că și el „aude, dacă-și ciulește bine urechile” ceea ce fac băieții prin casă, confirmând bănuiala soției și declanșând astfel un proces interacțional vicios de confirmări reciproce.

T - Am înțeles că dispuneți de un fel de radar cu posibilități audio-vizuale, prin care reușiți să ghiciți cu precizie cum se comportă copiii în lipsa dvs. de acasă. Am să vă relatez o idee personală

cu precizarea că nu insist prea mult asupra valorii ei (terapeutul trece pe o poziție subordonată preluând conducerea). Sunt de părere că, atât dvs. cât și soțul, folosiți stiluri de percepție diferite, când încercați să aflați ceea ce fac sau ce au de gând să facă copiii rămași acasă. Se poate sesiza evident că amândoi dispuneți de receptori extrem de sensibili și foarte bine antrenați. Ar fi interesant acum să reușiți să vă specializați, acești receptori formidabili, și să-i puteți folosi concomitent și ca emițători astfel ca, posibilitățile extrasenzoriale, să vă ajute nu numai la a auzi din ce parte bate vântul, ci să puteți determina și direcția în care ar trebui să bată! Mi se pare mult mai interesant și nemaipomenit de eficace, să puteți da într-adevăr puterilor extrasenzoriale și calitatea unui instrument mult mai eficient decât ceea ce tot încercați, fără succes, de a-i influența prin cuvinte profetice și care nu reușesc decât să-i convingă pe băieți, cât de limitate vă sunt aceste posibilități! Avertismentele verbale pe care le folosiți de ani de zile și-au pierdut orice eficiență și nu reușesc decât să transfere și mai mult panica dvs. și asupra copiilor. Cred că reducerea sau renunțarea, la aceste avertismente, ar putea determina în mod surprinzător autocontrolul pe care-l doriți atât de mult de la ei.

P - Aveți dreptate, cuvintele nu mai ajută de mult la nimic. Cum ar trebui să procedăm?

T - Aparatul de recepție pe care-l posedați ar trebui să-l puteți folosi și pentru comunicare. Motivul pentru care vă cer acest lucru este acela că nu exclud posibilitatea ca să puteți folosi puterile intuitive nu numai la simpla și pasiva receptare a unor semnale ci și la emiterea unor instrucții sau ordine. Ar fi dezolant dacă ar rămâne nefolosite. Apoi posibilitățile pe care le dețineți nu se vor limita numai la o contrazicere verbală cu ei, ci vor avea rolul de a-i ajuta să se comporte mai controlat când nu sunteți lângă ei.

P - Dar asta înseamnă ca ei să fie capabili să recepționeze și nu știu câtă intuiție au în acest sens.

T - În primul rând avem deja un emițător și un receptor. Unul este la copii și emite ceea ce dvs. puteți recepționa, adică dacă ei se comportă rațional sau sunt pe cale să-și piardă controlul. Am afirmat că ar fi eficient și interesant să vă folosiți de acest instrument și altfel. De a vă folosi

puterile extrasenzoriale și atunci când îl trimiteți la magazin, fiind pe drum îi puteți transmiteți mesaje de genul: te duci numai la magazin, nu treci pe la terenul de joacă, vii repede și direct acasă, vezi să nu te calce vreo mașină, să nu pierzi banii, nu uita ce ți-am spus să cumperi, deschide bine ochii pe unde mergi, etc., adică în mesaje ce conțin teama dvs. profundă că i se poate întâmpla vreun rău. În discuțiile directe cu el trebuie să vă limitați numai la conținutul acțiunilor de îndeplinit și nu la transmiterea verbală a emoțiilor și fricilor dvs. Aceasta o veți putea realiza folosindu-vă exclusiv de canalul extrasenzorial de control afectiv.

O cotitură asemănătoare se poate realiza și în altă formă, însă se folosesc în principiu aceleași elemente. De exemplu, prin implicarea „argumentului autorității”, a unui expert-supervizor cu mai multă experiență, fără a i se da numele din motive de neutralitate (de regulă terapeutii au un supervizor). Apelul, la o asemenea instanță, este necesară mai în situațiile în care terapeutul lucrează singur sau, din diferite motive, nu poate asigura un co-terapeut:

T - După cum a-ți observat, nu am fost prea sigur în ședința trecută dacă am reușit să vă înțeleg și să conchid exact punctele esențiale pe care mi le-ați comunicat. Între timp m-am decis să consult un expert în psihoterapia strategică și căruia i-am descris nesiguranța mea vizavi de problematica dvs. El mi-a explicat motivele nesiguranței mele, indicându-mi o serie de lucruri pe care le-am omis și acum doresc să vă comunic părerea sa despre problemă și modul în care va trebui să procedați - și se continuă cu o intervenție în spiritul exemplului dat mai sus.

Printr-o astfel de cotitură se pot realiza cu mult mai multe lucruri: - Există un punct pe care nu-l înțeleg prea bine, însă expertul mi-a comunicat că dvs. îl veți pricepe imediat. Această afirmație lărgeste perspectiva care-i va permite pacientului să fie la „nivelul expertului” și cum „autoritățile” se respectă între ele, el se va simți „superior” terapeutului.

d) Prin intensificarea (înrăutățirea) problemei.

Dacă terapeutul face o propunere, lasă să se înțeleagă (și pacientul așteaptă acest lucru) că ea va aduce cu sine o diminuare a dificultăților declanșate de problemă. Uneori se poate realiza cu

mult mai mult dacă recomandarea este formulată de o manieră care să înrăutățească lucrurile. De obicei, asta se poate întâmpla când un pacient s-a arătat rezistent la orice propunere anterioară și dacă el dă să se înțeleagă că îi repugnă să mai încerce ceva nou. Într-un asemenea caz terapeutul trebuie să părăsească tonul folosit anterior: „Știți, v-ar putea fi de folos dacă.....” și să-l provoace spunându-i: - Dacă veți face ceea ce vă propun, vă garantez că problema de care suferiți se va înrăutăți cu siguranță, sau: - Nu mai știu ce să vă propun ca să vă ajut. Ceea ce vă pot spune cu certitudine este cum ați putea face să vi se complice și mai mult problema (să vă fie și mai rău, să vă doară și mai mult, etc.).” I se pot aminti apoi, pe un ton serios și grav, soluțiile personale încercate de-a lungul existenței problemei și care nu au făcut decât să mențină sau să înrăutățească situația. Conștientizarea comportamentului, de căutare a soluției și a erorilor cauzate, realizată printr-o prezentare a acestora în corelații nebănuite de pacient, îl va pune pe gânduri și-i va arăta de fapt, cum el a contribuit, fără să știe, în mod destul de *activ* la menținerea și înrăutățirea problemei sale. Acest lucru se poate realiza și prin punerea unor întrebări de tipul:

- Știți de fapt cum v-ați putea face problema și mai imposibilă de suportat? sau: - Ce-ar putea, după părerea dvs., să vă înrăutățească și mai mult situația? Asemenea întrebări pot oferi avantaje terapeutice când pacientul se exprimă confuz, este îndărătnic sau dacă se află puțin înainte de terminarea terapiei, pentru a se asigura și preciza progresele obținute.

Caz: S 25.04.59.: - o pacientă suferea de stări de nervozitate excesivă și incontrolabile, avea explozii de furie nemotivată și care, după aplicarea unora din strategiile mai sus menționate, s-au ameliorat destul de repede. În urma succesului realizat, neașteptat pentru ea, pacienta se arăta foarte curioasă și afirmă că nu prea înțelege schimbarea petrecută, care-o face să se simtă nesigură și neliniștită. Atitudinea „de a se convinge și a înțelege” aparține modului zadarnic prin care a încercat până atunci să-și soluționeze problema și, tot această atitudine, a determinat-o să facă o psihoterapie. Se impunea o intervenție de a o face să renunțe la această insistență și concomitent să se asigure menținerea schimbărilor de comportament, realizate până în acel moment. Soluția era de a-i reaminti cum își poate înrăutăți situația și i s-a dat următoarea prescripție:

T - Timpul este foarte scurt și pentru că va trebui să vă gândiți ceva mai mult, am să vă ofer câteva indicații din experiența făcută de mine cu astfel de probleme. Am să încerc să fiu cât se poate de clar, astfel ca să mă puteți urmări și să fiți în stare să treceți ușor de la o stare de liniște, la una de nervozitate și furie. Nu e nevoie să vă faceți gânduri negre, cel mai bine se poate ajunge, la așa ceva, pornind de la lucruri îmbucurătoare, pe care le veți interpreta ca fiind ceva rău. Cercetați foarte atentă contactele interpersonale pe care le aveți și, dacă veți observa ceva plăcut, încercați să puneți sub semnul întrebării sinceritatea acestora și să vă autoconvingeți, argumentând cu vocea interioară, că acel comportament ar avea la bază un motiv ostil dvs. Sarcina este de a căuta insistent să găsiți un motiv de enervare și cel mai bun lucru este să analizați, ceea ce este aparent pozitiv, și să descoperiți motivele ascunse unei priviri superficiale, pe care apoi le veți aprecia ca fiind dușmănoase. Acesta este primul pas. Sau mai bine zis al doilea, căci ar fi și mai bine dacă, înainte de asta, veți suspecta în întregime comportamentul persoanei respective, cercetându-l mai atent ca până acum, evitând astfel să vă faceți o părere pornind numai de la fațada vizibilă și aparentă a lucrurilor.

P - Așa n-o să mă relaxez niciodată, o să trebuiască să trag mereu cu urechea și să fiu atentă.

T - Cred că există o cale care vă rămâne liberă oricând doriți, indiferent de decizia pe care o luați. Acum va trebui să încetinim calea dvs. spre însănătoșire și, pentru asta, va trebui și eu să pot să-mi ies din fire, să mă enervez. Vă rog să mă învățați cum aș putea să-mi ies din sărite, căci în moment sunt mult prea amabil! Dacă nu știți, vă învăț eu cum puteți intenționat să produceți o stare de enervare, deci dați-i drumul și imaginați-vă câteva ocazii, care vă va declanșa emoții. Pentru a accelera procesul enervării va trebui să anticipați un anumit comportament ce se va repeta și pe care să-l desemnați ca fiind supărător, neplăcut. Adică puteți să vă spuneți „domnul sau doamna râde așa strident numai ca să mă enerveze sau vorbesc despre mine.” Rețeta sună cam așa: luați un comportament care, cu siguranță se va repeta, subscrieți-i o intenție neplăcută și gândiți-vă intensiv la el. Asta vă va ajuta să vă înfuriați. Primul pas constă în a vedea nu numai suprafața lucrurilor, ci să gândiți „vreau să văd dincolo de aparențe, să știu ce se ascunde în

spatele acestui comportament.” La al doilea pas trebuie să vă spuneți că acesta are o intenție rea, iar la al treilea să includeți profeția făcută și, nu numai că vă va apuca mânia, ci și o furie considerabilă.

P - Am impresia că mi-ați povestit ce mi s-a întâmplat săptămâna trecută!

T - Se poate, n-am încercat decât să vă dau o rețetă sigură și cel mai bine este s-o probați.

O variantă, a acestui mod de a interveni, este de a i se prescrie o soluție anterioară, pe care s-o dezvolte până la absurd, implicându-se consecințe extrem de negative. Această intervenție este justificată și în situația în care pacientul respinge orice prescripție sau propunere făcută direct, dezvoltând rezistențe pe parcursul mai multor ședințe.

III. 4. Închiderea psihoterapiei

În cadrul terapiei de lungă durată închiderea terapiei este prevăzută ca un procedeu mai special, deoarece relația terapeut-pacient s-a dezvoltat mai mult decât în cadrul terapiei strategice de scurtă durată. Desprinderea din relația, care i-a dat posibilitatea reorganizării universului interior, nu este ușoară astfel că, ea este pregătită atent și se desfășoară pe mai multe săptămâni/luni de zile. Terapia de scurtă durată, de tip strategic, nu acordă o atenție specială închiderii procesului terapeutic, întrucât relația a avut un spațiu mai mic de manifestare. Întrucât pacienții vin în tratament numai dacă acuză ceva, ea își propune îndepărtarea suferinței sau a cauzei ei astfel că, odată scopul atins, încheierea terapiei nu este decât o urmare logică. Desigur că și pacientul poate să decidă închiderea terapiei sau întreruperea ei, din motive financiare, familiale, schimbare de domiciliu sau pentru că nu-i mulțumit de terapie.

Condițiile de închidere sunt: a) când problema a fost înlăturată, b) când problema persistă și rămâne nesoluționată.

A). Dacă problema a fost rezolvată, aceasta este cea mai bună premiză de a închide tratamentul. Dacă pacientul vine de câteva ori și ne repetă că problema s-a rezolvat într-o măsură îmbucurătoare pentru el, atunci putem să-i propunem închiderea terapiei. Unii pacienți, pot fi de

păreră că terapia nu a adus ceea ce s-au așteptat și gândul la terminarea ei îi neliniștește. Indiferent dacă își exprimă sau nu îndoiala, majoritatea își fac griji dacă efectele tratamentului se vor menține și după închiderea terapiei. Această îngrijorare, poate deveni o problemă, dacă pacientul se va crampona și se va strădui exagerat „ca totul să meargă bine.” În acest mod el poate reuși, cu ajutorul mecanismului ascuns al „profeției ce se autoîmplinește”, să acționeze de la sine ca într-adevăr lucrurile „să nu meargă bine.” Această posibilitate trebuie prevenită, mai ales când pacientul se exprimă pozitiv despre rolul terapiei și nu trebuie făcută prin încurajări superficiale de genul: „ în curând o să vă meargă mai bine”, „tratamentul v-a ajutat mult”, „oricum ați făcut multe și mari progrese”, „nu vă poate fi tot așa de rău ca atunci când ați venit la mine”, „terapia dacă nu ajută nici nu dăunează.” Superficialitatea unor asemenea „aforisme liniștitoare” trebuie evitată și este bine să se reamintească pacientului, principalele intervenții strategice de pe parcursul terapiei, cum ar fi: o accentuare a dificultăților în această fază trebuie acceptată ca „probă de verificare”, absolut necesară a independenței față de terapie și terapeut și apreciată ca semn al normalului.” Se asigură astfel o atitudine constructivă, în eventualitatea confruntării și depășirii recidivelor posibile, de care acum nu se va mai teme. Această formă de reinterpretare va implica permanent prescrierea și pe mai departe a intervenției „întotdeauna încet și într-o anumită ordine.”

În esență, terapeutul va trebui să-i confirme pacientului încă odată, schimbările pe care le-a parcurs și să menționeze „în trecut” că, după experiența sa acestea s-au produs neobișnuit de repede. În acest sens el va afirma că acum pacientul are nevoie de un fel de „pauză a schimbărilor” și de a-și lăsa timp ca schimbările făcute să-și arate efectele, să se stabilizeze și să se adapteze treptat la diversele sale domenii de activitate. Așadar, i se va prescrie pacientului să nu se mai schimbe până nu intervine ceva nou în viața sa și că, ar fi indicat, să găsească o cale de „a reactualiza în trecut” problema pentru care a venit în terapie. Oricât ar părea de sinistru un asemenea sfat el conține unele trăsături care-l fac acceptabil, chiar plăcut: mai întâi el certifică indirect încrederea terapeutului în posibilitățile sale de rezolvare a problemei, independent de asistența terapeutică (altfel nu i-ar fi dat o asemenea recomandare!), că el a răspuns foarte bine

solicitărilor terapiei și că pentru moment ajunge. În al doilea rând, se redefinește problema ca aflându-se sub controlul său (de vreme ce-și poate permite reactivarea ei la comandă) și, în sfârșit, că reactivarea este definită ca un succes și nu ca o recidivă. Scopul, unei asemenea tactici, este de a micșora posibilitatea reactivării problemei (mecanismul profeției care se autoîmplinește devine, prin diminuarea fricii față de recidivă, inoperant), iar eventuala ei apariție să nu fie interpretată ca o recidivă ci, ca un exercițiu prescris de terapeut. Dacă pacientul este fericit de rezultatul terapiei, va fi dificil să-l avertizezi sceptic sau să eviți un optimism direct, pe care îl așteaptă de la cel pe care-l identifică cu supraeul său. Cu cât este mai mulțumit de terapie, cu atât mai mult va încerca să nu-și dezamăgească terapeutul, devenind predispus la recidivă. Avertismentele și recomandarea, să nu se mai schimbe un timp, chiar să producă conștient o înrăutățire, îl eliberează de presiunea incertitudinii atât pe terapeut cât și pe pacient.

În cazul în care, pacientul se arată îngrijorat că se va simți la fel de bine și după terapie, o asemenea prescripție îl va face să vadă, în orice amănunt, un semn al înrăutățirii situației sale. Atunci terapeutul îi va lăsa libertatea să-l anunțe telefonic și să ceară o audiență dar, în cazul în care va suna, i se va da un termen peste două sau trei săptămâni, cu mențiunea să vină numai dacă consideră că „nu va cere încă un al doilea termen.” Între ultimul termen și acest „într-adevăr ultimul”, pacientul se va strădui mai puțin să găsească dovezi care i-ar reactualiza problema și va lupta împotriva gândului că ar mai avea nevoie de încă un alt termen. Chiar în cazul în care el va găsi încă o „dovadă” sau situația chiar i se va înrăutăți, terapeutului îi se va mări credibilitatea și influența asupra cursului terapiei.

S-ar putea întâmpla ca, pacientul să dorească întreruperea terapiei, cu toate că nu se află în posesia unei soluții eficiente și clare a problemei. El se poate exprima chiar pozitiv asupra terapiei, arătându-se mai mult mulțumit de rezultatele cantitative, decât de calitatea unei schimbări definitive. El poate afirma că se simte mai bine și lucrurile se desfășoară favorabil în toate privințele sau că, deși anumite aspecte ale problemei se fac din timp în timp remarcate, ar dori să încerce un timp „să vadă cum se va descurca și singur.” Majoritatea terapeuților orientați

pe soluție, tind să prefere o soluție clară și acest lucru poate declanșa o controversă, în care se va pune sub semnul întrebării motivele dorinței pacientului:

T - Sunteți de părere și doriți să întrerupeți terapia tocmai acum, cu toate că afirmați persistența problemei pentru care m-ați căutat. Mă întreb dacă nu cumva sunteți îngrijorat asupra efectele de durată ale rezultatelor pe care le-ați obținut până acum. Oricum, v-ați pronunțat că lucrurile s-ar fi schimbat în bine și mi se pare ciudat că doriți tocmai acum să întrerupeți acest proces favorabil al schimbărilor.

Este dificil să te abții să nu-i spui pacientului să rămână în terapie, mai ales când ești conștient de faptul că rezultatele obținute sunt totuși cam superficiale și nu au stabilitatea necesară. Există și posibilitatea ca, problema pacientului să se fi rezolvat temeinic, dar să nu creadă că terapia ar fi aceea care a declanșat așa de repede și de simplu îmbunătățirea. Pacientul poate încerca, în acest sens, mai mult sau mai puțin conștient, să diminueze valoarea actului terapeutic (frustrându-l pe terapeut), atribuindu-și succesul lui sieși. Anumite aspecte, ale personalității pacientului, trebuiesc avute neapărat în vedere pentru o apreciere corectă a situației, pe care acesta, din anumite necesități, vrea să le provoace. Este o strategie tipică personalităților marginale și de tip Borderline, de a relativiza importanța terapiei, chiar dacă aceștia, în ciuda afirmațiilor făcute, nu întrerup de la sine terapia. O continuare a terapiei, în asemenea situații, devine totuși inoportună.

Alte motive de încheiere a terapiei: expectanță scăzută, teamă de dependență față de terapeut, lipsă de bani, schimbarea intențiilor și a scopurilor pentru care a venit în terapie (vrea mai bine să divorțeze decât să-și salveze căsnicia sau dacă divorțul ar aduce cu sine o ruină financiară). Dacă se acceptă dorința pacientului de a întrerupe, atunci se poate ajunge la înțelegerea de reluare a tratamentului, în cazul în care tactica „de a încerca de unul singur” nu va funcționa. În cazul reluării terapiei, spațiul de joc al libertății terapeutului va fi mărit considerabil, deoarece pacientul va recunoaște că a subapreciat importanța problemelor rămase nerezolvate. Dacă terapeutul îl va convinge să nu întrerupă, atunci se creează o situație de deplasare, a responsabilității rezultatelor terapiei, în direcția terapeutului și, acest lucru, este mult mai dăunător decât atunci când pacientul

întrerupe, cu toate că terapeutul este conștient de fragilitatea realizărilor. În acest caz se recomandă o intervenție în genul:

T - Aveți dreptate, sunt într-un acord cu dvs. În acest moment este mai important să faceți o pauză, să vă odihniți și să vă distanțați de terapie, plecând într-un concediu binefăcător. Veți putea cugeta în liniște, pe malul mării sau la munte, la problemele dvs., fără să fiți nevoit să-mi telefonați la cea mai mică dificultate.

În cazul în care pacientul propune ca ședințele să se rărească la două săptămâni sau la o lună, atunci:

T - Găsesc că este timpul cel mai potrivit de a închide terapia aici, decât s-o trăgăm așa și să se ducă pe apa sâmbetei și ceea ce am realizat până acum. Dacă mă gândesc bine, decât să ne vedem la fiecare două săptămâni, am putea să prelungim această decizie până după vacanțe și să hotărâm atunci, în funcție de situația în care vă veți afla. Este mai bine să continuăm terapia numai în cazul în care veți conștientiza mai bine ce anume și, mai ales, cât de profunde sunt schimbările, pe care le-ați făcut deja. Așadar, va trebui să ne vedem într-adevăr ceva mai rar și să ne propunem mai întâi câteva ședințe de verificare a stabilității acestora.

Se poate întâmpla ca, pacientul să afirme că problema, pentru care el a venit în terapie, este rezolvată satisfăcător, exprimându-și concomitent dorința de a-și rezolva și o altă problemă pe care a mai enunțat-o în anumite ședințe sau i-a devenit conștientă pe parcursul terapiei. În acest caz terapeutul se află în fața unei alegeri: el poate accepta solicitarea sau s-o respingă. În prima variantă există pericolul ca, realizările terapeutice realizate să fie degradate la rolul de piatră de încercare pentru „nesfârșitele probleme de viață” ale pacientului sau ca acesta să folosească terapia ca pe un „instrument eficace de căutare a unor probleme noi”, devenind prin aceasta o activitate de laborator experimental în sine, în loc să fie un mijloc de rezolvare al problemelor vieții. Asta nu înseamnă că pacientul are avea dreptul numai la rezolvarea unei singure probleme, ci că se recomandă ca, înainte de a se decide prelucrarea unor probleme noi, să se explice pacientului caracterul avantajos unei pauze, „atât de necesară stabilizării rezultatelor deja

realizate.” Între timp pacientul ar avea posibilitatea unei reevaluări de pe o poziție mai obiectivă a problemei aduse în discuție și la o delimitare mai precisă a cadrelor ei.

În situația în care ambii sunt de acord, cu rezultatul satisfăcător al modului cum a fost rezolvată problema, și dacă aceasta s-ar datora numai „înțelepciunii, grijii, atenției și măiestriei terapeutului”, dându-i-se acestuia toate meritele, atunci se poate crea o diminuare a autoeficienței pacientului, mărindu-i-se vulnerabilitatea vizavi de problemele imprevizibile ale vieții. O asemenea perspectivă poate conduce la crearea de probleme noi și va trebui să se procedeze la o reinterpretare a acestor afirmații măgulitoare, coborându-se conștient pe o poziție de subordonare. Acest lucru se poate realiza fie printr-o anecdotă, fie printr-o afirmație în genul:

T - Din perspectiva dvs. nu greșesc niciodată și pot părea atotștiutor. Diferența dintre noi este că mă aflu într-o poziție mult mai avantajoasă, nu trebuie să mă confrunt direct cu problemele dvs., exact ca orice spectator de fotbal care știe de pe margine mult mai bine cum ar trebui să se joace, chiar dacă la balon se află un Pelé sau un Beckenbauer. Nu am cum să greșesc pentru că *<nu fac nimic>*, greșelile mele nu pot fi decât de exprimare sau gramaticale și ele nu provoacă *suferințe* de genul celor cu care vă confrunțați. Este mult mai greu să-ți dirijezi acțiunile *rațional* în situații de viață atât de importante și atât de încărcate emoțional. Acum am să vă povestesc o anecdotă: „un croitor se afla pe patul de moarte și medicul, venit să-l trateze, ajunsese la capătul tuturor posibilităților măiestriei sale, ceea ce el i-o spuse sincer și pacientului: - Am încercat în zadar tot ceea ce-am știut și nu cred să mai găsesc vreo soluție. Auzind acestea muribundul replică: - Dacă nimic nu mai ajută atunci am o ultimă rugămintă. Am poftă să mănânc o oală de fasole înăbușită cu un kilogram de oțet, ce ziceți de asta? Medicul mirat, acceptă să i se îndeplinească ultima dorință și plecă acasă. Toată noaptea s-a așteptat ca familia bolnavului să vină după certificatul de deces. A doua zi se deplasă nerăbdător la domiciliul bolnavului și culmea, acesta făcea treabă prin curte simțindu-se foarte bine. Medicul își notă în registrul său: un croitor aflat pe moarte și pe care medicina nu-l mai putea ajuta, s-a făcut bine mâncând o oală de fasole dreasă cu un kilogram de oțet. Nu peste mult timp se îmbolnăvi și cizmarul satului, de o

boală cu simptome asemănătoare și starea acestuia se înrăutățește tot mai mult, indiferent de tratamentul dat de medic. Văzând că nimic nu mai ajută acesta îl imploră pe medic să facă orice numai să-l salveze. Medicul își arată pesimismul și-i relatează cazul asemănător al croitorului. - Păi atunci am să încerc și eu, răspunse cizmarul hotărât și-și puse soția la treabă. A doua zi însă decedă și medicul își notă în jurnal: - Am tratat ieri pe cizmar prin metoda care l-a salvat pe croitor și a decedat. Se pare că ceea ce-i prieste croitorului îi cășunează cizmarului.”- Nosrat Peschechian.

B). Închiderea terapiei dacă problema a rămas nerezolvată.

Dacă problema rămâne nerezolvată, tratamentul se poate închide în două moduri:

a) dacă numărul de ședințe a fost limitat de la început, se poate închide terapia în aceste limite chiar dacă problema a rămas nerezolvată;

b) dacă numărul de ședințe nu a fost stabilit exact de la început și există posibilitatea unor prelungiri ale terapiei, cum este cazul sistemului din Germania, (unde terapia de scurtă durată de 25 de ore poate fi prelungită la 40, apoi la 60 și în final la maximum de 80 de ședințe), atunci terapeutul îl poate îndemna pe pacient să se hotărască singur dacă închide terapia, în cazul că problema rămâne nerezolvată.

În primul caz, limitarea temporală a terapiei poate accelera rezolvarea, deoarece pacientul trebuie să colaboreze cu terapeutul și acesta trebuie să procedeze cât se poate de sistematic. Pe de altă parte, limitarea temporală nu dă terapeutului posibilitatea unor schimbări de strategie, atunci când constată că direcția inițială nu aduce rezultate. El poate ajunge la ultima ședință fără a avea vreo dovadă că problema este rezolvată, văzându-se nevoit să încerce printr-un tur de forță să rezolve problema sau să afle de ce strategia folosită n-a funcționat. Dacă strategia n-a mers, este puțin probabil că ea va aduce, în ultima oră, vreun rezultat și orice încercare de a prelungi discuția cu încă o oră, va elimina și posibilitatea unei evaluări finale. Cel mai bine ar fi, să se înceapă ultima oră, cu o declarație sinceră:

T - Astăzi este ultima ședință și, după cum se poate vedea, problema dvs. nu s-a schimbat într-adevăr cu nimic. Se pare că nu vă pot fi de folos.

În mod normal pacientul replică astfel: - Nu văd lucrurile chiar așa de negativ. Mi-a fost foarte util să pot vorbi cu un specialist despre problemele mele și să-i cunosc părerea.

Terapeutul poate replica că, aprecierea sa este prea generoasă și crede că ceva mai multă schimbare, ar fi fost totuși necesară și mai ales utilă, apoi să pună o întrebare strategică:

T - După părerea dvs., sincer vorbind, ce credeți că s-a făcut sau mai bine zis nu s-a făcut în terapie, astfel că nu s-a putut găsi o soluție care să dea randament pentru problema dvs.?

De regulă, pacientul este cel care decide să încheie terapia, în cazul că problema rămâne nerezolvată, iar terapeutul trebuie să reziste ispitei de a-l convinge să continue. Acest lucru este, cu atât mai dificil, cu cât este convins că, anumite schimbări, s-au produs totuși și sunt evidente. El va trebui să-i pună decizia sub semnul întrebării, într-o formă amabilă, și s-o interpreteze ca un rezultat al unor mecanisme interne de rezistență. Orice încercare de a-l convinge, de adevăratele motive ale întreruperii terapiei, îi pot mări terapeutului frustrarea mai ales dacă pacientul rămâne la părerea că nu s-a schimbat nimic. În loc să se complice, într-o controversă inutilă și neproductivă, va trebui să accepte, pur și simplu, decizia și să evidențieze faptul că, nici pentru el n-ar fi interesant să ducă o muncă de convingere, care nu are nimic de-a face cu terapia. Dacă terapeutul se arată flexibil și tolerant, atunci și pacientul își va diminua stăruința în a nega prezența schimbărilor sau utilitatea terapiei și s-ar putea să ceară un „sfat final cu puteri miraculoase”:

- Acum, că ne aflăm la ultima ședință, mă întreb dacă aveți vreun sfat sau o propunere pentru mine. Aș putea totuși să fac ceva care m-ar putea ajuta mai departe?

Rugămintea îl poate măguli pe terapeut, însă el va trebui să-și amintească regula că, în ultimul minut nici un tren nu mai poate fi prins chiar dacă are idei noi, deoarece pacientul, cu siguranță, nu le va urma și astfel „strică orzul pe găște.”

Cea mai avantajoasă este poziția subordonată și amabilă:

- Apropos de faptul că n-am reușit să fac nimic pentru dvs. Mă măgulește încrederea pe care totuși mi-o acordați, cerându-mi un sfat. Din păcate va trebui să vă dezamăgesc, cu toate că aș fi avut o idee grozavă. Problema mea este că sunt sceptic vizavi de orice soluție pe care v-aș indica-o, deoarece voi repeta, cu mare probabilitate, greșelile mele anterioare.

În cazul în care, pacientul roagă să i se recomande un alt terapeut, trebuie procedat la fel:

T - N-ar fi o idee rea să căutați sfatul unui alt terapeut, însă n-aș dori să vă influențez în alegere și să vă recomand pe cineva care ar putea eșua la fel ca mine. Deoarece nu v-am putut ajuta, consider indicat să încercați cu un terapeut la alegerea dvs. sau cu unul pe care vi-l recomandă altcineva.

În cazurile, în care pacientul se arată necooperativ și uită de fiecare dată executarea prescripțiilor, terapeutul poate renunța la atitudinea subordonată și amabilă. Deciziei pacientului, de a încheia terapia, i se poate replica:

T - Pot constata și singur dacă este cazul să punem aici punct, nu din cauză că nu ați făcut progrese ci pentru că, a continua cu alte schimbări, se poate crea un risc prea mare în situația dvs. Continuarea terapiei vă va rezolva problema dar vă va duce, prin consecințele ei, într-o situație, în care va trebui să faceți o schimbare imprevizibilă și cu efecte existențiale cam dezavantajoase.

La nevoie, i se poate interpreta lipsa de colaborare prin „înțelepciunea inconștientului”, care evită astfel o schimbare cu implicații majore dar și cu riscuri la fel de mari. Chiar dacă o astfel de prezentare poate părea cam neobișnuită, ea are ca scop, mărirea șansei pacientului, de a se descurca cu problema sa, chiar dacă el încheie terapia. Aceasta se realizează prin punerea pacientului în situația, în care, trebuie să accepte hotărârea terapeutului sau s-o respingă. Dacă o acceptă înseamnă că, aprobă interpretarea problemei sale ca non-problemă sau, cel puțin, ca fiind una minoră care nu are nevoie de tratament. Astfel, el se va lupta mai puțin cu problema sa și n-o va mai simți așa de presantă ca înainte. Dacă n-o acceptă, înseamnă că, aprobă tacit provocarea de a încerca totuși să-și rezolve problema singur. În acest din urmă caz, dacă va continua terapia cu un alt terapeut, va reuși să-și rezolve problema deoarece, va înlocui rezistența pasivă cu o

atitudine pozitivă față de terapie și probabilitatea unei schimbări crește considerabil.

CAP. IV. LIMITELE CERCETĂRII ÎN PSIHOTERAPIE.

IV.1. Cercetarea terapeutică în impas metodologic

Motto: „Din cel ce nu poate uita niciodată nimic, nici nu se va naște vreodată ceva” - Kierkegaard, „Sau/sau.”

Ar fi o eroare să considerăm cercetarea în psihoterapie, ca pe o încercare de a găsi adevărul pur. Se pare că, nu vom reuși niciodată să descoperim adevărul absolut al psihopatologiei sau al suferinței umane dar, cu toate acestea, datele cercetărilor ne sunt necesare atât în construirea ipotezelor cât și în practica terapeutică.

Gândirea postmodernă tinde, să respingă în bloc teoriile existente ca fiind depășite, ineficiente și inutile, sugerând o atitudine de îndoială carteziană. Desigur că, logica cercetărilor tradiționale are, în continuare, dacă nu o valoare de adevăr absolut, cel puțin o valoare terapeutică incontestabilă. S-ar putea afirma că realitatea interioară, de natură psihică, este foarte bine organizată ca o experiență ce se autoconfirmă continuu și cu care ne confruntăm zilnic, indiferent dacă ea există independent de noi sau este o creație a noastră. Recent, cercetările din domeniul neurologiei, pun în evidență faptul că, sistemul nervos, în ciuda mecanismelor deschise de tip feed-back, tinde spre *construirea unor realități (lumi) interne închise*, atât de diferite între ele încât, performanța cotidiană, de a ne înțelege unii cu alții, pare aproape incredibilă.

De exemplu, când cercetăm sau studiem rezultatele cercetărilor deja existente, ne putem folosi de „rezultate” ca de ipoteze de lucru, însă numai cu precauția ca, aceste „adevăruri”, să nu fie interpretate ca absolute și să nu se încerce încadrarea, unui pacient sau a unei familii, într-un fel de „pat al lui Procust.” Avem libertatea de a ne folosi de rezultatele cercetărilor, ca de niște idei sau sugestii, pe care le putem apoi modifica/abandona, dacă nu se potrivesc sistemului pacientului sau familiei avute în terapie. Există pericolul proiectării „paradigmei empirice” proprii (ca rezultat al experienței proprii trăite) și al generalizării unor ipoteze confirmate statistic care, din păcate, nu pot „spune” mare lucru despre particularitatea persoanei avute în tratament. Să

admitem că, un terapeut n-a citit niciodată rezultatele cercetărilor și pune un diagnostic de lucru, orientativ, în genul „.... cu tendințe de alcoolism, de perversiune, sau de schizofrenie.” Desigur că terapeuții mai informați decât el, îl pot eticheta drept „incompetent”, cu toate că acesta își exercită meseria cât se poate de bine și de profesional.

Întrebarea care se impune în acest caz este: ce se poate face cu materialul empiric existent situându-te pe poziția unei lipse totale de respect față de el? Dacă se crede prea mult în rezultatele științifice, există pericolul ca terapeutul să declanșeze procesul în lanț al „profețiilor care se autoîmplinesc”, devenind prizonierul acestora și al „convingerii” de a poseda „calități suprasenzoriale.” Credința pătimasă, în construcțiile cercetărilor, poate fi periculoasă și, mai ales, tentantă în situația în care instituția, pentru care se lucrează, știe să aprecieze sau să recompenseze acest lucru. La fel de periculoasă este și neglijarea completă a cercetării, pornită adesea din teama că s-ar putea pierde contactul cu realitățile individuale concrete, ale pacientului avut în față. Pericolul nu aparține intrinsec numai cercetării, ci și tendinței de a se vedea altceva decât ceea ce este pacientul în momentul terapiei pierzându-se, prin aceasta, interesul asupra celorlalte aspecte ale personalității sale. Prejudecățile, construite pe baza rezultatele cercetărilor, și care pot constitui o întreagă psihopatologie, nu au nimic comun cu trăirile pacientului, transformându-l pe acesta uneori într-o caricatură unidimensională, aparținând unui scenariu schematic și care se repetă de fiecare dată.

Există două feluri de cercetări: **cantitative** (care precizează statistic, de exemplu: câți dintre copiii, ai căror părinți au fost alcoolici, devin ei înșiși alcoolici, câți dintre copiii traumatizați sexual de părinții lor devin, la rândul lor, agresorii propriilor copii sau au tulburări sexuale, câți din cei frustrați de căldura familială devin agresivi sau antisociale, etc.) și **calitative**.

Terapeutul trebuie să-și orienteze curiozitatea științifică asupra celor din urmă, adică asupra *excepțiilor de la regulă*, a ceea ce poate fi semnul unor deviații de la rezultatele, concluziile cercetărilor științifice sau de la datele statistice și care nu-și manifestă întotdeauna prezența în mod evident dar sunt mult mai importante pentru o schimbare terapeutică. Ne putem întreba dacă

nu cumva schimbarea pacientului nu este altceva decât o luptă internă a terapeutului cu prejudecățile sale și mai ales cu „semnele” dezolante, dezamăgitoare ale simptomelor acuzate de pacient. ***Schimbarea opticii personale a terapeutului este condiția fundamentală a schimbării pacientului.***

Cum s-ar putea răspunde la întrebarea de ce, un procent foarte mare din cei traumatizați în copilărie, într-o formă sau alta, nu devin niciodată agresori și uneori chiar personalități de excepție într-un domeniu sau altul? Este incontestabil efectul terapeutic al unor afirmații-întrebări, de genul celor puse în circulație de terapia sistemică (școala Palo Alto, Milano, etc.):

T - În cercetările științifice asupra alcoolismului se face dovada că dvs., cu trecutul pe care-l aveți, ar trebui să fiți un alcoolic (sau un simptom, boală, etc). V-aș ruga timp de o săptămână să încercați să-mi răspundeți la întrebarea: de ce nu sunteți încă sau cum ați reușit să nu deveniți un alcoolic (pervers, maniac, agresor, etc.)?

- Cum vă simțiți vizavi de afirmația experților în psihiatrie, după care dvs. ar trebui să fiți un pervers (un criminal, un om bolnav psihic, etc.) fără speranță de vindecare?

- Cât de mare ar trebui să fie respectul pe care ar trebui să-l dăm unor asemenea dovezi științifice incontestabile?

- Cât sunteți de loial, ca cetățean, vizavi de sistemul de valori sau de mentalitatea care predomină în societate?

Lipsa de respect și scepticismul constructiv este un fel querulant de a înota împotriva curentului, de a fi într-o căutare permanentă, chiar în conflict cu rezultatele cercetărilor, și de a te angaja în descoperirea tocmai a acelor particularități ale persoanei (familiei sau sistemului avut în terapie) care au fost omise de cercetarea științifică. În acest sens ***cercetarea și psihoterapia par a se afla pe două poziții diametral opuse***: în timp ce cercetarea se orientează spre evidențierea *disfuncționalităților* unui sistem sau persoană (ceva mai ușor de operaționalizat statistic), psihoterapia este interesată de analiza/descoperirea cauzelor acestora și mai ales a *ceea ce funcționează încă*, de resurse și capacități încă prezente sau recuperabile, fiind așadar mult mai

ecologică. Rezultatele cercetărilor, prezentate uneori în scopul de a șoca, provoacă în omul obișnuit teamă, fobii, nesiguranțe, datele statistice folosite nemilos, de orice sursă de informare în masă, sunt generatoare de panică. Pacienții anxioși sau persoane cu o mare capacitate empatică își închid televizoarele la jurnalul de actualități, nemaiputând suporta știrile proaste sau prezentările statistice descurajatoare.

Dacă, terapeutul dorește să aibă succes, atunci trebuie să se încarce cu un anumit scepticism, cu ceva lipsă de respect și să se elibereze de obligația didactică, de a lua întotdeauna datele empirice ca atare. Ceea ce se poate face bine în cercetarea psihoterapeutică este de a se descrie și studia tocmai excepțiile, fiind singurele care dau nu numai curaj și sens activității terapeutice, ci conțin întotdeauna forme de rezolvare (soluții terapeutice) demne de recomandat mai departe. Cu alte cuvinte, putem afirma că, studiile asupra familiilor, în care părinții sunt alcoolici însă copiii acestora nu, sunt mult mai operaționale și mai importante pentru psihoterapie. Pentru evoluția umană studiul familiilor în care tatăl este alcoolic, ambii părinți analfabeți iar copilul studiază la Harvard sau Oxford au o relevanță aparte.

Cercetările tradiționale au tendința de a reduce sisteme sociale complicate (cum ar fi familia) la evidențierea elementelor comune previzibile și generale, răspunzându-se la întrebări standard: - Câte persoane sunt astfel, în ce măsură aceștia au o origine asemănătoare, premize identice, ș.a.m.d.? Ceea ce-l poate interesa pe psihoterapeut sunt, mai degrabă, răspunsurile la întrebări de genul:

- Cum este posibil ca atât de mulți copii, proveniți din familii disfuncționale, să se dezvolte normal? Ce model interrelațional (structură psihologică) ar putea fi făcut răspunzător de faptul că aceștia, în situații complet disfuncționale (sau cu potențial patologic), se dezvoltă normal sau devin oameni de excepție?

O cercetare în această direcție ar putea evidenția, atât aspectele sistemului, ce ar trebui neapărat avut în vedere, pentru a putea declanșa o schimbare, cât și elementele care ar trebui să fie consolidate sau dezvoltate. În acest mod pot fi studiate cu mult mai bine fenomenele de

„multifinalitate” sau de „echifinalitate”, descrise de teoria sistemică, și s-ar putea răspunde la întrebarea cheie:

- Cum se explică faptul că, din familii cu o origine asemănătoare, se dezvoltă individualități atât de diferite sau că din familii, atât de deosebite ca origine, apar oameni cu probleme identice?

Este mult mai atractiv și mai interesant să analizezi excepțiile de la regulă și pe nonconformiști, de exemplu pe indivizii care beau peste măsură, despre alții care au avut episoade psihotice sau care trăiesc nesănătos, dar în alte aspecte ale vieții lor sunt foarte productivi sau chiar trăiesc mai mult decât unul care este vegetarian, care ține regim și eventual se duce regulat la biserică. Criticii acestui tip de cercetare, atrag atenția de a se ține totuși cont de „patologie” și de a se ajuta pacientul la depășirea ei. Răspunsul este conținut în afirmația că, patologia însăși, apare în relație cu ceea ce, majoritatea unei societăți, consideră a fi sănătos sau nesănătos, frumos sau urât, moral sau imoral și cu străduința individuală de a supraviețui, în interiorul acestor mituri, credințe, convingeri înțelegându-le. Terapeutul este singura persoană care, nu numai că ajută la construirea unei patologii ci și la dizolvarea ei. Prejudecățile și convingerile, atât ale terapeutului cât și ale pacientului, sunt o componentă ale unei construcții metodologice.

Iată de exemplu rezultatele unei cercetări relatate de Gianfranco Cecchin (Școala din Milano): scopul studiului a fost cercetarea efectelor întrebărilor circulare asupra comportamentului pacienților și a familiilor lor, fără a se utiliza nici o altă intervenție terapeutică. Populația, pe care s-a efectuat studiul, a fost constituită din 20 de pacienți, cărora de cel puțin 2 ani li s-a pus diagnosticul de schizofrenie și care au fost tratați mai întâi farmacologic, staționar, ambulant și terapeutic. Accentul cercetării a fost pus pe modalitatea de prezentare a proiectului de cercetare, folosindu-se de regulă întrebări precum: (medicului curant) - Ați putea să-i permiteți pacientului dvs. să participe la cercetarea noastră?; familiei pacientului i s-a spus: - Cercetarea încearcă, prin intermediul unor întrebări simple, să afle de ce tocmai acest membru al familiei a devenit pacient la terapie. Atât medicului curant cât și familiilor li s-a comunicat că, este vorba doar de o cercetare și în nici un caz de o terapie, că nu va trebui decât să se răspundă la întrebări și că nu se

vor da nici un fel de prescripții terapeutice. O grupă de studenți a măsurat la începutul, la jumătatea și la sfârșitul cercetării nivelul expresiei emoționale în familii, dezvoltat pe parcursul cercetării. Timp de 6 luni, odată pe lună, s-au programat întâlnirile cu familia, luându-se ca grupă de control alte 20 de familii care sufereau de aceeași diagnoză, dar care nu au fost incluse în studiul cu întrebările circulare. Grupele de familii, studenții și grupa de cercetători nu s-au întâlnit pe perioada studiului și nu au comunicat între ei. S-a presupus inițial că, familiile nu vor participa cu plăcere, deoarece nu se făcea psihoterapie și că, în mod oficial sau neoficial, nu aveau nici un avantaj din asta. Surprinzător a fost faptul că numai o singură familie s-a retras, explicația fiind aceea că, probabil familiile saturate de atâtea forme de terapie, au răsuflat ușurate că nu vor primi prescripții sau pur și simplu s-au temut de sancțiuni, din partea instituțiilor la care erau în tratament, dacă nu se vor prezenta la chestionare. Chiar și terapeuții, eliberați de răspunderea efectuării unei terapii, au participat cu plăcere la studiu: ei nu trebuiau să construiască nici-o ipoteză și nici să intervină sau să prescrie ceva. După 45 de minute întâlnirea se încheia cu aceeași formulă verbală: - Într-o lună ne vedem din nou.

Pe timpul cercetării s-au pus întrebări circulare tipice Școlii din Milano, de exemplu:

1. Cine stă cel mai aproape și mai ales cui?
2. Cum s-a dezvoltat (ce s-a schimbat în) relația dintre tată și mamă din momentul în care pacientul s-a hotărât să devină schizofren (se numește simptomul)?
3. La ce schimbări vă așteptați în cazul în care vă decideți să vă însănătoșiți?
4. Cine v-a fi cel mai afectat (dezechilibrat) în acest caz?
5. Ce se va întâmpla dacă sora dvs. vă va prelua poziția (rolul, boala)?

Terapeuții erau și ei împărțiți în două grupe: una în camera de studiu și una în spatele peretelui cu oglindă într-un singur sens, care avea sarcina de a controla și frâna la timp „ispita” terapeuților de a da sfaturi sau prescripții. Pe la jumătatea studiului s-au remarcat semne de frustrare extremă la cercetătorii terapeuți, care nu puteau „interveni sau a face ceva terapeutic”.

Supervizorul le amintea, de fiecare dată că, regula de bază al acestui proiect este de **a nu se**

interveni și că acest aspect metodologic este cheia cercetării. Această regulă a fost totuși încălcată de obicei tot sub o formă circulară: - Dacă nu ar fi vorba de o cercetare pur științifică, atunci v-aș fi făcut următoarea propunere (se dă un sfat tipic terapiei strategice); urmată de indicația paradoxală clasică: - cu condiția să nu cumva să faceți cum v-am spus, deoarece noi facem doar o cercetare științifică și în nici un caz terapie!

Rezultatele cercetării au fost printre altele:

- reducerea numărului de reinternări pe perioada cercetării, ale membrilor din familie declarați ca suferind de schizofrenie; 62% mai puține decompensări decât în grupa de control; o scădere semnificativă a scorului de expresie emoțională; 5% au întrerupt participarea la cercetare comparativ cu 25% la cei din grupa de control.

Este foarte greu să se facă deosebirea între activitatea de terapeut și cea de cercetător sau să se afirme cu precizie că, acum terapeutul face un studiu și acum el intervine. Terapeutul observă întotdeauna efectele acțiunilor sale (cu toate că nu-i sunt toate conștiente!) și le compară permanent cu experiențele sale anterioare. În acest sens, acțiunea/atitudinea/reacția este terapeutică iar observația și comparația pot fi denumite elemente de cercetare. Pe de altă parte, cercetătorul nu poate evita participarea la construcția unei noi realități, atâta vreme cât el vine în contact cu un sistem uman. Din necesități terapeutice se poate proceda la o mascare a terapiei, sub forma unei cercetări fără intenții de „schimbare a sistemului”, ca în cazul cercetării relatate mai sus sau se poate masca cercetarea sub forma unei terapii.

Descrierile de caz

Descrierile de caz au o lungă tradiție în domeniul psihoterapeutic și sunt unanim recunoscute ca esențiale, atât din punct de vedere al *conținutului* cât și *metodic*. O descriere de caz poate să se refere la întreaga viață a unui individ (biografie psihologică) sau numai la anumite secvențe de viață, orientate pe problemele sau cazuistica bolii. Metodica de prezentare poate fi *cantitativă*, prin folosirea scalelor nominale sau *descriptivă*, fără măsurători. Studiile de caz au stat la originea

tuturor experimentelor moderne, ele realizând o punte de legătură, ce facilitează transferul cercetării clinice în practica terapeutică. Acestea, împreună cu analizele cantitative de caz, sunt foarte potrivite pentru prezentarea unor evenimente particulare mai neobișnuite, precum și la generarea unor noi ipoteze. Rezultatele studiilor de caz pot confirma temporar teorii sau pot pune la îndoială accepții teoretice. Studiile de caz sunt mai economicoase ca timp și chiar financiar, nefiind nevoie de o grupă de control sau de persoane de încercare cât de cât omogene. La prezentarea rezultatelor se pot evidenția aspectele individuale, ceea ce în cazul probelor aleatorii este imposibil, iar dovezile efectivității sunt ușor de realizat prin faptul că individul însuși este și persoana de control. Există un reviriment al studiilor de caz în ultimii zece ani, însă rezonanța lor este încă sub nivelul accepției generale privind valabilitatea științifică. Se pare că datele adunate în ultimii ani de psihoterapeuți nu sunt încă valorificate și date publicării.

IV.2. Relevanța empatiei și dirijării în procesul de schimbare terapeutic.

Studiu de caz.

Importanța empatiei terapeutului pentru procesele de schimbare, deși recunoscută ca un concept de bază a relației terapeutice, nu este ușor de cercetat și demonstrat. Din punct de vedere, al relevanței prognostice, nu ne putem baza decât pe ratings-ul pacientului și care vizează strict doar modul său de percepere a empatiei. Obiectivarea acestui proces s-a realizat, în general, mai ales prin analiza înregistrărilor video ale ședințelor de terapie și evaluarea nivelelor empatiei de către observatori experimentați (terapeuți supervizori). Evaluările acestora au fost apoi corelate cu informațiile catamnestiche privind efectele (indiferent de natura lor) de lungă durată ale terapiei. În toate studiile comparative care au postulat, ca premiză a succesului terapiei, empatia terapeutului, s-a evidențiat o superioritate semnificativă, a calităților empatiche demonstrate de terapeuții comportamentali, față de psihanalisti, însă problema esențială a succesului terapeutic nu a fost clarificată în detaliu. Acest lucru lasă loc multor interpretări și unor întrebări precum:

a) nu cumva strategia empatiei este folosită intenționat (motive concurențiale sau de lobby) de terapeuții comportamentali în scopul clarificării problemelor psihoterapiei și adjudecării unor avantaje?

b) nu se prezintă totuși empatia ca o posibilitate *specifică* a unui spectru mai larg de procedee, numai pentru a se realiza o complianță mai mare față de necesitățile variabile ale pacientului?

Desigur că empatia variază nu numai de structura caracterială sau de personalitate a terapeutului ci, și în funcție de alegerea unei anumite tehnici terapeutice sau alta, putându-se afirma că, dacă pacientul acceptă prescripția/exercițiul/tehnica atunci terapeutul devine liber să-l însoțească empatic la executarea sarcinilor. Empatia poate căpăta forme diferite și în funcție de fazele de dezvoltare ale terapiei în general și ale relației terapeutice în special. Din motive asemănătoare constatările, privind relevanța dirijării asupra procesului de schimbare terapeutică, sunt la fel de contradictorii, cu toate că unele studii au evidențiat atât corelații pozitive cu o dirijare moderată cât și negative,

dacă dirijarea are un grad mai ridicat, precum și unele relații pozitive între dirijare și efectivitatea generală a terapiei sau chiar absența unei corelații între directivitate și eficacitate.

În cadrul terapiei comportamentale succesul unei tehnici, cum este aceea a confruntării cu stimulul negativ in vivo, stă într-o corelație directă cu calitatea dirijării terapeutului de a-l determina pe pacient, să se expună situației pe care o evită și să-l determine la colaborare în ciuda feed-back-ului negativ pe care acesta îl resimte situativ.

Există o lipsă stringentă de dovezi „immediate” ale eficienței empatiei și dirijării, ceea ce metodologic poate fi înțeles astfel: datorită faptului că, schimbările valorii acestora, nu pot fi prinse (cuantificate) pe timpul desfășurării procesului terapeutic ci numai aposteriori, se determină o anumită nivelare a aprecierilor sau, pur și simplu, ele pot dispărea. Din punct de vedere tehnic, orice schimbare a procedurii terapeutice provoacă o oscilație a comportamentului empatic sau de dirijare, ceea ce decide în final succesul sau insuccesul terapiei. Realizarea efectului terapeutic propus, depinde întotdeauna de concordanța interrelațională între terapeut și pacient, care nu trebuie redusă numai la lipsa de uniformitate a valorilor medii ale empatiei.

Polaritatea empatie versus dirijare trebuie analizată și din punct de vedere al fenomenelor implicate, ambele fiind concepte acoperitoare de realități psihologice multiple și care ajung să se interfereze. În dinamica unui proces interacțional în desfășurare nu putem separa nici elementele și nici momentele empatic implicate dirijării și nici elementele dirijării (manipulative) din cadrul empatiei. Calea empatiei oferă în fond garanția accepției oricărei prescripții terapeutice și cel mai eficient mod de a dirija. La o analiză mai detaliată putem vorbi de o dirijare directă (hard) fără a ține cont de fondul emoțional al relației, făcută fără preaviz, fără toleranță sau înțelegere afectivă și o dirijare empatică (soft). Cum subtilitățile analitice sunt aproape imposibil de cuantificat, vom accepta empatia versus dirijare ca două categorii polare, distincte și diametral opuse.

În studiul nostru se va încerca răspunsul la următoarele ipoteze:

1. dacă și cum ar putea analizele proceselor terapeutice să reflecte nu numai oscilațiile în dirijarea și empatia terapeutică ci și a concordanțelor interrelaționale mai fine între terapeut și

pacient (conceptele de empatie și dirijare în relația terapeut – pacient);

2. dacă și cum pot fi puse în relație schimbările de proces cu fazele de dezvoltare ale terapiei sau cu aspectele legate de tehnica de tratament folosită (conceptele în relația cu tehnica sau strategia terapeutică);

3. dacă și cum pot fi puse în corelație schimbările din comportamentul empatic și de dirijare al terapeutului cu procesele de schimbare mai relevante ale pacientului (conceptele în relația cu fazele evolutive ale pacientului în terapia sa).

Procedura metodologică

1. Terapia folosită este cea de comportament integrativă, iar tehnicile au fost împărțite în două categorii:

- a) directiv-cognitive (de tip Ellis) însoțite de prescripții și sarcini;
- b) nondirective, empatic, sugestive.

Controlul catamnestic făcut ,după un an de la terminarea terapiei, a apreciat, pe ansamblu, că procesul terapeutic a fost încheiat cu succes. Pacientul este un inginer în vârstă de 35 de ani, care a venit în terapie din cauza unor stări anxios-depresive declanșate de nesiguranța succesului profesional și de stresul unei familii în continuă creștere (avea trei copii, soția era din nou gravidă și fiind catolică convinsă nu voia să întrerupă sarcina) pe fondul unui sentiment labil al valorii personale. Anamnestic trebuie precizat faptul că el și-a petrecut copilăria într-un cămin de copii, fără a-și cunoaște tatăl biologic, iar mama îl vizita doar în vacanțe. Privarea de părinți și a unui contact afectiv stabil și durabil sunt traume cu efecte multiple de lungă durată asupra personalității și dezvoltării intelectuale. Conflictelor sale interne erau potențate și întreținute atât de nostalgia unei familii pe care și-a visat-o mereu cât și de teama permanentă de a nu fi capabil s-o întrețină, rulate pe fondul unor nesiguranțe adânci, generate de lipsa unor identificări sau confirmări în relația cu părinții, în special cu figura tatălui. Prezentarea datelor cuprinde, din totalul de 25 de ședințe, numai pe primele 15, durata unei ședințe fiind de 50 de minute.

2. Analiza relației terapeutice.

După absolvirea primelor 15 ședințe de terapie relația terapeutică a fost considerată atât de terapeut cât și de pacient ca fiind una consolidată, bazată pe încredere reciprocă, cu o comunicare bună, deschisă și în care rezistențele, inhibițiile sau momentele penibile au fost prelucrate și depășite. Pacientul era motivat, posedea o capacitate de introspecție bună și avea expectanțe realiste.

Aspectele relaționale ale „empatiei” și „dirijării” au fost considerate prin analogie cu aprecierile și clasificările comportamentale existente în psihologia dinamicii de grup. Analiza interacțiunilor terapeutice a fost efectuată prin vizionarea benzilor video de către doi terapeuți neutrali (supervizori), de terapeutul însuși și de către pacient, care au evaluat atât comportamentul terapeutului cât și pe cel al pacientului plecându-se de la exprimarea integrală, globală a unor intervenții, teme de discuție, cât și a unor elemente singulare de expresie, urmărindu-se în principiu a se clarifica întrebarea „cine pe cine urmează.” S-a reușit astfel separarea componentelor interacționale active (dirijabile) de cele pasive (receptive) și s-a observat că, în fapt, acțiunile terapeutului sau ale pacientului au o importanță relativă pentru dirijarea procesului terapeutic.

3. Analiza schimbărilor terapeutice.

Pornindu-se de la expresiile verbale folosite în terapie, s-a urmărit analiza diferențiată a următoarelor caracteristici procesuale:

a) *focalizarea proceselor atenției* în timpul discuției terapeutice: frecvența căutărilor și a schimbării domeniului de discuție (despre situație, întâmplări sau trăire, despre sine sau alții, despre gânduri sau sentimente, despre trăiri emoționale corporale sau reprezentări, fantezii etc.), care au fost luate ca indicatori pentru stabilitatea sau fluctuația atenției/concentrării față de tema avută în discuție;

b) *conectarea intrapsihică a domeniilor atenției* (conținutul discuției) în condiții de transparență, ca indicator al gradului de structurare cognitivă;

c) *analiza proceselor intenționale de evaluare* din timpul discuției (atât ale terapeutului cât și ale

pacientului) ca indicatori ai diferențierii structurării cognitive;

d) *reevaluări și reaprecieri noi*, ca indicatori ai proceselor de schimbare încheiate sau (auto)inițiate.

Astfel, au putut fi analizate direct procesele de schimbare, observate pe timpul desfășurării ședinței de terapie, și clarificate dependențele intra- sau interpersonale. Aprecierile au surprins uneori măsura în care procesele de schimbare au fost provocate de influența terapeutului (ca persoană) sau de tehnica folosită de acesta. Desigur că, toate aceste date au fost influențate și de calitatea de observatori ale experților folosiți pentru aprecierea comportamentelor celor doi.

Prezentarea rezultatelor.

Cum nu posedăm încă un instrument valid de analiză a proceselor interrelaționale terapeutice, observațiile specialiștilor este singurul mod de apreciere acceptat în moment. Se poate desigur presupune că, tendința pacientului spre autoexplorare și introspecție s-ar afla într-o legătură directă cu feed-back-ul empatic al terapeutului și că dirijarea ar inhiba această tendință, precum și faptul că dirijarea, în prescripțiile de confruntare situativă (antrenamentul-in-vivo), ar avea mai mult efect terapeutic curativ decât o înțelegere empatică.

Ipoteză: cu cât terapeutul este mai empatic (înțelege, confirmă, aprobă, acceptă, asigură, mimică concordantă) în forma sa de intervenție (prescripție, sarcină, răspuns), cu atât mai mult pacientul va fi mai deschis și mai dispus spre relevarea unor corelații intrapsihice mai adânci și a unor relatări intime sincere.

Concluzii:

Observațiile făcute au constatat un comportament empatic și de dirijare variabil de la o ședință la alta. Chiar și în cadrul aceleiași ședințe s-au putut observa unele schimbări în tehnica de intervenție în funcție de stările emoționale ale pacientului sau amânarea aplicării unor tehnici. A fost interesant de remarcat faptul că oscilația comportamentală, în direcția unei dirijări mai pronunțate (respectiv o empatie mai scăzută), nu este într-o legătură direct proporțională (așa cum s-ar putea presupune) cu prescripțiile de comportament oferite pacientului: jocul de rol sau confruntarea situativă.

Supervizorii observatori au remarcat faptul că terapeutul s-a folosit de dificultatea efectuării unor prescripții, nu pentru a mări controlul și dirijarea, ci pentru a arăta o înțelegere și mai mare pentru greutățile pe care pacientul le întâmpină, confirmând așteptările sale de solidaritate (ședințele 1,3,4,7,11). Dimpotrivă secvențele de discurs rațional de tip RET - Ellis au fost apreciate și simțite de pacient ca manipulative și având un grad ridicat de dirijare (ședințele 2,6,8,9,12,13).

Graficul nr. 1: Analiza dirijării și empatiei

Exceptând unele mici oscilații s-a putut sesiza o relație de complementaritate în primele 6 ședințe: dirijarea minimă și, respectiv, o empatie ridicată, corespunde unei autoexplorări (introspecție) crescute din partea pacientului. După ședința numărul 6 autoexplorarea pacientului crește treptat și rămâne constant într-o zonă relativ ridicată.

Comportamentul terapeutului oscilează în concordanță cu tehnica de intervenție, iar pacientul se comportă, relațional, din ce în ce mai „ne-complementar”, așadar independent de comportamentul terapeutului, ceea ce nu înseamnă că prin aceasta influența terapeutului asupra conținutului proceselor de schimbare se diminuează.

4. Analiza convergenței: procesele de atenție (interes) și conexiunile cognitive.

Principiul de bază al tehnicilor rațional-cognitive de tip (RET - Rational-Emotiv-Therapie de tip Ellis, Beck, 1981) constă, înainte de toate, în obținerea unei variante (alternative) care să permită accesul către o organizare cognitivă și să conducă apoi la o verificare a realității discursului pacientului (a relatărilor, a afirmațiilor), permițându-se astfel o restructurare cognitivă. În acest mod se vizează o schimbare cognitivă și, mai ales, realizarea unei diferențieri (separări) ale componentelor emoționale (sentimentele) de cele raționale. Restructurarea cognitivă este completată și susținută de regulă de exerciții (prescripții) terapeutice, prin care sunt verificate noile soluții și idei din punct de vedere al posibilităților reale de îndeplinire.

Ipoteze:

a) analiza comportamentului verbal al pacientului ar trebui (în cazul unei terapii cognitive eficiente) să evidențieze că acesta va fi, din ce în ce mai capabil, să pună în relație, cât se poate de flexibil, diferitele domenii ale realității vieții sale – ceea ce ar fi un indicator suficient de clar al creșterii gradului de structurare cognitivă;

b) capacitatea aprecierii și evaluării flexibile astfel obținute ar trebui să înlocuiască apoi, din ce în ce mai mult, aprecierile de rutină (inflexibile, globale) - ceea ce ar indica o creștere a diferențierii structurării cognitive dezvoltate în procesul terapeutic.

Aceste două ipoteze au fost verificate prin *analiza convergenței afirmațiilor pacientului* considerându-se, capacitatea de diferențiere și de structurare, ca procese de atenție (interes) operaționalizate după categoriile concret respectiv specific, aprecieri valorice, comparații sau procese comparative între domeniile de interes precum: situația/ceilalți/însuși, afecte, trăiri, senzații corporale, precum și legăturile făcute prin conexiuni cognitive.

S-a remarcat o creștere a diferențialității cognitive pe măsura înaintării terapiei, procesele de descriere situative sunt înlocuite treptat de aprecieri din ce în ce mai diferențiate, a propriilor sentimente și trăiri (pacientul preia ceva din atitudinea analitică a terapeutului).

5. Analiza efectelor I: schimbarea atitudinilor cognitive în procesul terapeutic

Datele obținute nu permit să concluzionăm că, exprimările apreciative ale pacientului ar implica sau conține concomitent și opinii absolut noi sau că acestea ar fi un indicator garantat al schimbării sale calitative. Ele au fost evaluate separat, din punct de vedere al procesului de schimbare vizat, calculându-se frecvența comunicărilor evaluative noi (inclusiv cele situaționale, personale sau afective) și raportate apoi la atitudinile apreciate ca stabile.

Graficul 2: Analiza efectelor proceselor terapeutice:

- linia de sus reprezintă exprimările valorice ale pacientului care rămân constante pe tot parcursul terapiei (procentele au fost calculate prin raportarea numărului de aprecieri pe ședință la numărul total de aprecieri);

- linia de jos reprezintă schimbările de atitudine și aprecierile noi comunicate în terapie.

În primele ședințe creșterea evaluărilor noi este urmată de o scădere reciprocă a atitudinilor stabile și invers, acestea aflându-se într-o concordanță invers proporțională, pentru ca apoi, din ședința numărul 7, ele să scadă sau să crească în sensuri identice. Acest rezultat pare să contrazică așteptările noastre, vizavi de metodele terapeutice cognitive, care presupun o scădere continuă, progresivă a schemelor atitudinale de rutină (stabilitatea, rezistența la schimbare) și înlocuirea lor cu altele mai eficiente.

Această accepție omite de fapt că:

- a) atitudinile noi, odată interconectate cognitiv, pot căpăta repede stabilitate;
- b) schimbarea atitudinilor au un sens numai în cadrul unei argumentări mentale de stabilizare a atitudinii (sistemul autojustificativ cerebral);
- c) în final, calitatea (flexibilitatea) soluționării unei probleme nu se poate stabili numai pe baza unor aprecieri noi ci, în același timp, depinde de măsura folosirii unor structuri cognitive preexistente (de exemplu: cunoștințele stabile), în esența lor procese autoasociative.

Se poate afirma că, pacientul demonstrează o deschidere crescândă față de aprecierile sau

constatările noi, aspect care trebuie văzut în corelație cu tendința de a-și comunica concomitent (afirma, evidenția) valorile și normele sale stabile, ceea ce poate fi o „formă nouă”, „o precizare publică” a poziției pe care se află și care-i este neapărat necesară pentru a-și putea aprecia propria schimbare.

Graficul 3: Analiza convergenței dirijării terapeutice cu procesele de schimbare

- linia întreruptă (sus): atitudinea empatică a terapeutului;
- linia groasă (sus): atitudini constante comunicate de pacient;
- linia subțire (mijloc): atitudinea de dirijare a terapeutului;
- linia groasă (jos): evaluările noi ale pacientului.

Procentele au fost calculate prin raportarea, numărului de observații pe ședință, la numărul total de observații. Ceea ce frapează este că, atât creșterea cât și scăderea frecvenței atitudinilor stabile (linia groasă de sus), concordă cu empatia terapeutului (cel puțin până în ședința 8). Convergențe asemănătoare se găsesc și între dirijarea terapeutică și numărul evaluărilor noi. Acest lucru corespunde așteptărilor avute față de terapiile strategice după care, o intervenție cu succes a tehnicilor directiv – manipulative, trebuie să determine o creștere a evaluărilor noi din partea pacientului.

Graficul 4: Analiza efectelor: relevanța pentru schimbare a episoadelor terapeutice concordante.

La un an de la sfârșitul terapiei terapeutul și pacientul identifică, independent unul de altul, pe baza analizei înregistrărilor video, așa numitele *episoade relevante* (ședința în sine, anumite faze, momente semnificative) pentru schimbare. În grafic sunt redată în cifre absolute, modul diferit de apreciere al importanței pentru schimbare, atât din perspectiva terapeutului cât și a pacientului. De remarcat este faptul că, în ultimele ședințe, nu se mai constată o concordanță a modului de apreciere a relevanței momentelor terapeutice și că importanța, pe care o acordă pacientul acestora, devine din ce în ce mai independentă de sensul terapeutic dat de terapeut și chiar maximă în ultimele ședințe.

Graficul 5:

Analiza convergenței dirijării terapeutice și a efectelor de schimbare în cadrul episoadelor terapeutice a căror relevanță pentru schimbare a fost dovedită.

La începutul și la sfârșitul terapiei predomină în *episoadele concordante pentru schimbare* comunicările stabile, iar pe la mijlocul terapiei evaluările noi. Acest mod de desfășurare nu poate fi bine înțeles fără referire la temele avute în discuție pe parcursul terapiei:

a) în primele ședințe pacientul relatează despre nesiguranța unor atitudini sociale care stau în contradicție cu normele generale de interacțiune și atinge teme tabu, dezvăluind unele reguli și intimități familiare;

b) relevanța unor *episoade concordante pentru schimbare*, pe la mijlocul terapiei, a fost determinată de reevaluarea unor parametri situativi sau sociali și relatarea unor intenții de acțiune, prin care s-au provocat unele conflicte interacționale cu socrii, mama, colegii și cu soția sa;

c) episoadele, relevante pentru schimbare, au în ședințele 8, 9, 11 conținuturi eterogene și stau în legătură cu discutarea unor experiențe ale copilăriei, care au devenit apoi atitudini de viață importante sau sunt decizii noi apărute pe structura unor concepții de viață foarte stabile.

- *linia întreruptă de sus: empatia terapeutică;*

- *linia groasă de sus: atitudini stabile comunicate de pacient;*

- *linia subțire de sus: dirijarea terapeutică;*

- *linia groasă de jos: valorizările noi ale pacientului.*

Procentele sau calculat prin raportarea numărului de elemente pe ședință la numărul total de elemente, apreciate ca fiind episoade concordante pentru schimbare.

O empatie ridicată stă în relație concordantă cu comunicarea atitudinilor stabile de către pacient și contribuie la precizarea sentimentului de identitate, pe când dirijarea implică un număr relativ mare de atitudini și evaluări noi. Modul de desfășurare al terapiei poate fi interpretat astfel: dacă până pe la mijlocul terapiei, rolul de inițiator al terapeutului, care structurează evenimentele, este o premiză importantă, pentru episoadele relevante ale schimbării spre finalul terapiei, terapeutul cedează inițiativele importante pentru schimbare pacientului, și-l însoțește doar aprobator, empatic. Desigur că aceste date nu pot fi decât parțial generalizate, descrierea acestui caz fiind o încercare constructivă, de a se atrage atenția asupra unor rezultate mai operative, ce pot fi mult mai bine obținute în urma analizei proceselor dirijării și empatiei, decât printr-o cercetare a rezultatului global al unei terapii.

Acest studiu se limitează la o descriere interpretativă a unor procese model și a unor evenimente care au frapat, ceea ce nu este suficient pentru a dovedi fundamentat că aceste corelații (fenomene) nu sunt numai de cânt întâmplătoare sau specifice numai acestui caz. Pe de altă parte, o examinare a corelațiilor dintre schimbările pacientului și a modului foarte personal al terapeutului, de a dirija sau de a fi empatic, nu a putut fi efectuată, la fel cum ne lipsesc și dovezile concrete ale efectivității empatiei și dirijării în procesul terapeutic.

IV.3. Studiul eficienței schimbărilor terapeutice.

1) Acest studiu s-a efectuat pe 48 de pacienți suferind de depresie majoră (ICD 10, după scala BDI (Beck Depression Inventur) împărțiți în trei grupe. Eficiența terapiei a fost calculată prin evaluarea semnificației diferențelor, dintre valorile pre- și post-terapeutice și raportată apoi la variabilele măsurate: Beck - BDI, Freiburger - FPI, simptome corporale - ATS.

S-a aplicat testul **t** pentru eșantionare perechi: Grup 1; n = 13

VARIABILA	Valoarea medie pre (1), post (2)	Diferențe între medii	t	P
BDI	m 1 = 8,846	5,230	15,27	0,001
	m 2 = 3,615			
FPI	m 1 = 8,923	4,538	16,01	0,000
	m 2 = 4,384			
ATS	m 1 = 8,46	4,769	16,98	0,000
	m 2 = 3,69			

Grup 2; n = 13

VARIABILA	Valoarea medie pre (1), post (2)	Diferențe între medii	t	P
BDI	m 1 = 8,692	4,461	20,72	0,000
	m 2 = 4,230			
FPI	m 1 = 8,307	3,538	13,19	0,000
	m 2 = 4,769			

ATS	m 1 = 8,230	3,923	16,40	0,000
	m 2 = 4,307			

Grup 3; n = 12

VARIABILA	Valoarea medie pre (1), post (2)	Diferențe între medii	t	P
BDI	m 1 = 8,692 m 2 = 4,000	4,692	14,31	0,000
FPI	m 1 = 8,307 m 2 = 4,384	3,923	22,08	0,000
ATS	m 1 = 7,846 m 2 = 3,923	3,923	9,44	0,000

Concluzie: raportată la toate cele trei variabile, avute în vedere, se poate afirma că terapia, privită în ansamblu, a avut un efect semnificativ asupra pacienților, în toate cele trei grupe de tratament luate în studiu.

2). Pentru a vedea, în ce măsură efectul terapiei poate fi pus în relație cu gravitatea simptomatologiei acuzate inițial, s-a procedat la calcularea coeficienților de corelație, dintre valorile fiecărei variabile în parte (BDI, FPI, ATS) aplicate înainte și după terminarea terapiei.

Presupoziție: corelațiile pozitive mari semnificative vor evidenția că, în general, gradientul schimbării va fi similar la majoritatea pacienților, în timp ce corelațiile negative semnificative vor demonstra că, subiecții cu scoruri inițiale mari (simptome accentuate, grave) obțin, la sfârșitul

terapiei, scoruri mai mici, în comparație cu ceilalți pacienți, ceea ce ar arăta că au fost mult mai motivați, în a beneficia din plin de efectele terapiei, decât restul pacienților.

Grup 1; 1 = valori pre-terapie 2 = valori post-terapie

Variabile corelate	n	r	P
BDI 1 / BDI 2	13	0,558	0,047
FPI 1 / FPI 2	13	0,499	0,082
ATS 1 / ATS 2	13	0,541	0,056

Grup 2

BDI 1 / BDI 2	13	0,400	0,175
FPI 1 / FPI 2	13	0,150	0,624
ATS 1 / ATS 2	13	0,330	0,271

Grup 3

BDI 1 / BDI 2	13	-0,560	0,046
FPI 1 / FPI 2	13	0,158	0,606
ATS 1 / ATS 2	13	-117	0,703

Concluzii:

a) în primele două grupuri, beneficiul (efectul) terapeutic nu corelează pozitiv cu gravitatea simptomelor acuzate.

b) în grupul trei, corelațiile negative la două variabile și corelația pozitivă, dar scăzută, la cea

de-a treia, arată că în general, pacienții cu simptome mai grave (accentuate) sunt și cei care beneficiază cel mai mult de intervenția terapeutică.

Această constatare contrazice în fapt afirmația făcută de D. Orlinsky, după care, în psihoterapie ar activa același principiu ca și în economie: „bogații devin tot mai bogați, iar săracii tot mai săraci” (e vorba de una spirituală, n.a.), adică bolnavii cu o simptomatologie mai grea ar beneficia mai mult de psihoterapie, pentru că ei ar stabili o relație terapeutică mai „eficientă” (presați de simptom) cu terapeutul și ar activa mai puține rezistențe în relația de transfer.

Practica terapeutică infirmă, prin observațiile zilnice, această afirmație, deoarece „nivelele de schimbare“ și distanțele psihologice pe care le parcurge un pacient cu simptome grave, sunt incomparabil mai mari, decât ale pacienților care au mai „puțin de schimbat.” În alte ordine de idei, pentru succesul unei terapii nu este relevant, modul în care pacientul folosește ocazia terapeutică pentru ași dezvolta „multilateral personalitatea” (ar avea astfel un scop pedagogic sau ar fi scopul unei terapii de orientare psihanalitică), ci măsura intensității simptomului la finalul ei, comparativ cu nivelul avut inițial.

3). Studiul corelației între **motivație și schimbarea** terapeutică în care s-a urmărit răspunsul la întrebarea: în ce măsură motivația influențează în mod semnificativ schimbarea terapeutică?

S-a analizat corelația dintre intensitatea motivației (evaluată cu ajutorul scalei FMP) și gradientul scăderii pentru fiecare variabilă dependentă în parte (BDI, FPI, ATS) respectiv BDI 1 - BDI 2; FPI 1 - FPI 2; ATS 1 - ATS 2.

Grup 1

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1- FPI 2	ATS 1- ATS 2	
Motivații	0,353	0,311	0,583	r
	13	13	13	n
	0,236	0,300	0,036 *	p

Grup 2

Motivații	-0,257	0,272	0,197	r
	13	13	13	n
	0,396	0,369	0,517	p

Grup 3

Motivații	0,011	0,341	0,721	r
	13	13	13	n
	0,254	0,254	0,005	p

Concluzii:

a) - când schimbarea terapeutică este evaluată după dimensiuni subiective (depresie, anxietate), nu se poate constata nici o relație semnificativă între implicarea motivațională și schimbarea terapeutică realizată. Apariția unui coeficient de corelație cu valoare negativă (grupul 2, deși la o valoare mare a lui „p”), poate aduce în discuție un efect mai degrabă negativ al unei supramotivări. Viktor Frankl menționa acest fenomen, atunci când enunța unul din principiile paradoxale ale psihologiei: „cu cât persoana luptă mai mult (conștient, n.a.) pentru a obține plăcerea, cu atât mai puțin o va putea și realiza.”

b) - când schimbarea terapeutică este operaționalizată, prin diminuarea simptomelor corporale, se obține o corelație mare, puternic semnificativă, între aceasta și nivelul implicării motivaționale în cazul grupurilor 1 și 3. La grupul 2, supus unei terapii predominant cognitiv-comportamentale, nu se poate evidenția o corelație la fel de semnificativă. Acest fapt pune în discuție unele principii teoretice, și anume:

- *asincronia schimbărilor terapeutice* la cele două nivele: „harta și teritoriul” în funcție de nivelul implicării emoționale. De cele mai multe ori pacienții sunt cu mult mai motivați să se prezinte la

terapie, atunci când problemele lor depășesc arealul psihic, trecând în domeniul somatic, corporal (mai „vizibil”), decât atunci când acestea se situează predominant la nivelul cognitiv-afectiv. Având în vedere că, gradientul schimbării terapeutice, este similar în cadrul tuturor variabilelor dependente avute în evaluare (BDI, FPI, ATS), indiferent dacă acestea vizează aspecte subiective sau corporale (a se vedea tabelul 1,2,3), rezultă că, valoarea crescută a corelației dintre motivație și efectul terapiei asupra simptomelor corporale sau absența acestuia (atunci când se raportează motivația la efectul terapiei asupra dimensiunilor cognitiv-afective ale problemelor manifestate) se datorează ecoului deosebit pe care îl au modificările corporale asupra pacientului aflat în suferință. Este interesant de făcut o remarcă a experienței cotidiene și aceea că, oamenii sunt mult mai dispuși să schimbe stările de lucruri, atunci când acestea încep să doară corporal. Aceasta amintește de anumite procese de învățare (schimbare) din timpul copilăriei când, unele comportamente au fost învățate sau dezvățate doar când ne-au produs dureri sau ni s-au aplicat unele pedepse corporale. Memoria nonverbală implicită (corporală) este precisă, experiențele modificărilor simultane emoțional-corporale se impregnează adânc în structurile subcorticele ce vizează protecția sau autoapărarea. Un alt aspect îl constituie și mentalitatea, încă prezentă, a pacienților de a se recunoaște ca bolnavi psihici și de a apela la terapeut după ce mai întâi ei s-au „autoconvins” că suferința nu mai este doar o „autoînchipuire”, ci una concretă, corporală, identificabilă, vizibilă. Suntem încă foarte susceptibili atunci când este vorba de boli ale „capului” sau psihice, teama de a nu fi etichetați ca „nebuni” duce la o izolare care nu face decât să agraveze situația.

4). Variabila sexul pacienților, ca variabilă independentă:

- s-a aplicat testul **t** pentru eșantionarea independentă și de a se aprecia semnificația diferenței dintre gradientele schimbării terapeutice (BDI1 - BDI2, FPI1 - FPI2, ATS1 - ATS2) obținute de pacienți divizați după sex în bărbați și femei.

Grup 1

Variabila	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2
-----------	---------------	---------------	---------------

Grupe comparate	F		B		F		B	
	F	B	F	B	F	B	F	B
N	6	7	6	7	6	7	6	7
M	4,833	5,571	4,333	4,7143	4,333	5,141	4,333	5,141
T		1,08		0,69		1,51		1,51
P		0,303		0,503		0,159		0,159

Grup 2

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
	F	B	F	B	F	B
N	7	6	7	6	7	6
M	4,142	4,833	3,285	3,833	4,000	3,833
T		1,73		1,02		0,33
P		0,112		0,330		0,744

Grup 3

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
	F	B	F	B	F	B
N	9	4	9	4	9	4
M	4,555	5,000	3,777	4,250	4,000	3,750
T		0,61		1,26		0,27
P		0,555		0,235		0,795

Total pacienți (grup 1 + grup 2 + grup 3)

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
	F	B	F	B	F	B
Grupe comparate						
N	22	17	22	17	22	17
M	4,500	5,176	3,772	4,294	4,090	4,352
T		1,97		1,75		0,67
P		0,057 *		0,088		0,505

Concluzii:

- variabila **sexul pacientului** nu are o influență prea mare asupra efectului terapiei. Ea se manifestă îndeosebi la nivelul întregului grup de pacienți și numai în cazul variabilei „depresie”, evaluată cu ajutorul inventarului Beck (BDI);
- rămâne de studiat faptul, dacă și în ce măsură concordanța dintre sexul terapeutului și cel al pacientului este o variabilă care ar putea influența eficiența psihoterapiei.

Emitem **ipoteza**, împărtășită de afirmațiile școlii psihanalitice, după care neconcordanța dintre sexul celor doi aflați în relația terapeutică (terapeut, pacient) ar putea influența pozitiv terapia, deoarece s-ar stimula astfel la pacient manifestarea unor reacții transferențiale pozitive. Această ipoteză este parțial susținută atât de rezultatele pe care le-am obținut cât și de practica terapeutică sau de confirmările pacienților. Există și excepții, determinate de categoria problemelor psihice, când este mai indicat să fie un terapeut de un anumit sex cum ar fi în cazurile de viol, șantaj erotic, perversiuni, fobii sociale, etc.

5). Cronicizarea problemei este de regulă invocată ca un factor ce influențează negativ efectul oricărui demers terapeutic indiferent de fundamentul teoretic adoptat. De aceea, am considerat util să verificăm această „prejudecată”, căutând un răspuns la întrebarea: *în ce măsură și, mai ales, în ce*

sens, durata problemei (exprimată în luni) corelează cu gradientul pozitiv al schimbării, măsurat cu cele trei chestionare BDI, FPI, ATS?

Grup total

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,418	0,460	0,509	r
problemei în	39	39	39	n
luni	0,008 *	0,003 *	0,001 *	p

Grup 1

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,480	0,342	0,574	r
problemei în	13	13	13	n
luni	0,097	0,252	0,04 *	p

Grup 2

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,030	0,428	0,130	r
problemei în	13	13	13	n
luni	0,921	0,144	0,672	p

Grup 3

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,431	0,456	0,595	r
problemei în	13	13	13	n
luni	0,141	0,117	0,032 *	p

* - corelații semnificative

Deși ar fi trebuit să ne așteptăm la o corelație negativă, între durata problemei și efectul terapiei, analiza corelațiilor dintre aceste variabile, la nivelul întregului lot de pacienți, au obținut valori pozitive mari, la praguri statistice puternic semnificative. Această situație poate fi interpretată astfel: cronicizarea problemei poate deveni un factor predictiv pentru o rezistență mai ridicată la terapie, mai ales atunci când este precedată de eșecuri terapeutice repetate. Watzlawick subliniază că, de cele mai multe ori, problema pacientului conține nu numai dificultatea inițială, ci cumulează și eșecurile repetate ale tentativelor de rezolvare ale acesteia, astfel că problema devine adesea o problemă a soluției.

Altfel exprimat, un pacient, cu o problemă cronică, are din punct de vedere subiectiv, o problemă cu mult mai gravă decât un alt pacient cu aceeași dificultate comportamentală, dar care se prezintă la scurt timp, după apariția ei pentru prima dată, la un terapeut. Este cât se poate de evident că, rezistența față de psihoterapie, poate crește în cazul bolnavilor aflați într-un proces de cronicizare a simptomelor, fapt care s-ar datora, în mare parte, și eșecurilor de soluționare anterioară, ei dezvoltând de regulă expectanțe (așteptări) negative ce devin, din ce în ce mai mult, „profeții care tind să se autoîmplinescă” (Watzlawick).

În cazul nostru această ipoteză nu se confirmă, situația fiind oarecum schimbată, prin faptul că, majoritatea pacienților au avut în antecedente unele eșecuri de tratament psihofarmacologic și chiar încercări de a face o psihoterapie, abandonate datorită unor dificultăți de relaționare (comunicare) cu terapeutul (încredere scăzută, pesimism, tehnici terapeutice apreciate ca fiind improprii suferinței, dificultăți de înțelegere a sensului unor prescripții sau tehnici folosite, nerealizarea unui consens asupra scopului terapiei, etc.).

Deosebit de interesant este faptul că, acești pacienți n-au abandonat ideea unei psihoterapii, nu au dezvoltat prejudecăți defavorabile ei, ci din contra s-au „automotivat” în căutarea unei „relații de ajutorare”, în care să se simtă înțeleși, acceptați, iar terapeutul să fie pe „măsura” problemelor

dificile pe care le au. Asta nu înseamnă de fapt că pacienții au, nu numai o reprezentare mai mult sau mai puțin conștientă a „imaginii terapeutului” ci și de a modului cum pot fi ajutați?

Un alt răspuns este oferit și de campania publicitară de clarificare a pacienților din Germania, privind rolul și importanța unei psihoterapii și a dreptului pe care-l au asigurații de a-și alege terapeutul (ei pot decide după primele 5 ședințe dacă vor face o terapie la un anumit terapeut sau nu). Pacientul care își caută de mai multă vreme „terapeutul ideal imaginat”, parcurge un proces interior nu numai de „căutare”, care declanșează deja terapia (terapia începe deja în momentul în care el acceptă ideea că are nevoie de psihoterapeut), ci și de „automotivare” („nu știu exact ce vreau, dar voi afla”), învață să respingă oferte (exersează într-o situație vitală pentru el nu-ul) și chiar să-și impună deciziile (sentimentul valorii de sine crește), iar momentul „identificării” persoanei psihoterapeutului este trăit apoi ca o revelație internă:

- *„Am trecut pe la mai mulți terapeuți, însă chimia relațională nu-mi dădea sentimentul deosebit la care mă așteptam de la întâlnirea mea cu persoana căreia aș fi putut să-i încredințez problemele mele sufletești. Am început la dvs. terapia acum aproape doi ani și vă pot spune că, din momentul în care v-am văzut și ne-am dat mâna (tip vizual și chinestezic) am știut automat că mi-am găsit terapeutul, deși n-am auzit de dvs. și doar ne-am salutat”* - afirmația unui pacient, 52 de ani, tehnician, depresie, probleme de personalitate.

Relația pozitivă dintre durata problemei și efectul terapiei ar putea fi explicat și prin intervenția unei variabile intermediare - motivația de participare la o anumită formă de terapie. În sprijinul acestei ipoteze intervine și faptul că, la nivelul grupurilor de tratament găsim o relație pozitivă între durata problemei (timpul de căutare a formei cele mai potrivite de terapie) și efectul final, doar în cazul grupurilor 1 și 3 și numai în cazul variabilei ATS (simptome corporale), adică exact în situațiile în care s-a găsit o corelație puternic semnificativă între motivație și efectul terapiei. O explicație complementară este dată și de procedurile terapeutice sugestive (hipnoza) folosite, centrate în prima fază a terapiei mai mult pe simptomele acute și cu un efect mai imediat. Relaxarea corporală realizată este un element „vizibil” care autoconvinge, ea „iradiază” apoi atingând și alte

domenii ale suferinței, oferindu-i astfel pacientului un spațiu ceva mai larg, în libertatea sa de acțiune față de problemele sale de ansamblu.

6). Variabila: durata terapiei.

S-a încercat să se răspundă la întrebările: în ce măsură durata terapiei asigură succesul intervenției terapeutice? Există un prag dincolo de care prelungirea terapiei nu mai adaugă nimic sau adaugă foarte puțin, la rezultatele terapeutice? Există ritmuri diferite ale schimbării terapeutice în funcție de nivelul (cognitiv, afectiv, comportamental) la care se situează simptomul?

Pentru a răspunde la aceste întrebări am realizat, într-o primă etapă, corelații între durata terapiei, exprimată prin numărul ședințelor (orelor) și gradientul schimbării măsurat cu cele trei probe (BDI, FPI, ATS).

Grup 1

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,785	0,806	0,668	r
terapiei	13	13	13	n
în ore	0,001	0,001	0,013	p

Grup 2

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,466	0,404	-0,232	r
terapiei	13	13	13	n
în ore	0,108	0,170	0,444	p

Grup 3

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
--	---------------	---------------	---------------	--

Durata	-0,158	0,330	0,1354	r
terapieii	13	13	13	n
în ore	0,604	0,260	0,659	p

Concluzii:

Durata terapiei exprimată în ore, evidențiază doar durata contactului direct, nemijlocit, într-o relație „față în față” cu terapeutul. Dacă avem în vedere acest fapt observăm că, doar în cadrul primului grup (în care s-a utilizat un demers terapeutic ce a combinat unele tehnici derivate din teoria lui Carl Rogers cu tehnici comportamentale), durata relației terapeutice (durata efectivă) corelează cu eficiența terapiei.

Totuși terapia, în sens mai larg, se referă la toată perioada de timp în care pacientul se află în relație cu terapeutul său. Prescripțiile terapeutice creează sentimentul de siguranță trăit pozitiv de pacient, care conștientizează relația de ajutorare în care se află, putând apela, în situațiile critice, la ajutorul terapeutului, ceea ce extinde cadrul spațio-temporal al terapiei și dincolo de orele petrecute de pacient în cabinetul acestuia.

Corelația semnificativă obținută între, durata terapiei exprimată în luni (pacientul este supravegheat de terapeut) și efectul terapiei confirmă această presupuție.

Grup total

	BDI 1 - BDI 2	FPI 1 - FPI 2	ATS 1 - ATS 2	
Durata	0,6324	0,6815	0,548	r
terapieii	34	34	34	n
În luni	0,000	0,000	0,001	p

Lipsa unei corelații între durata terapiei exprimată în ore și eficiența ei finală, la nivelul întregului lot de pacienți luat în calcul, ne-a pus în fața unei noi întrebări:

- există totuși un anumit nivel dincolo de care prelungirea numărului de ședințe de psihoterapie nu mai adaugă nimic semnificativ la efectul terapeutic? Și dacă da, cum putem să-l determinăm pentru a evita efectul „supraterapizării?”

În acest scop s-au împărțit pacienții în quartale, după durata terapiei, și s-au obținut următoarele valori:

Q 1 < 25 ore de terapie; Q 2 = 25 - 30 ore de terapie; Q 3 = 31 - 45 ore de terapie; Q 4 > 45 ore de terapie.

S-au efectuat apoi comparații (testul t pentru eșantionări independente) între efectele terapiei (operaționalizate prin diferențele valorice pre- și postterapie de la cele trei teste de evaluare BDI, FPI, ATS) obținute de pacienții repartizați după cele patru quartale luate două câte două:

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1- ATS 2	
	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2
n	15	6	15	6	15	6
m	4,666	4,166	3,733	3,833	4,000	4,166
t	1,12		0,26		0,30	
p	0,276		0,795		0,766	

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1- ATS 2	
	Q1	Q3	Q1	Q3	Q1	Q3
n	15	9	15	9	15	9
m	4,666	4,555	3,733	3,555	4,000	3,777

t	0,27	0,51	0,43
p	0,793	0,617	0,674

Variabila	BDI 1 - BDI2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
grupe componente	Q1	Q4	Q1	Q4	Q1	Q4
n	15	9	15	9	15	9
m	4,666	5,666	3,733	5,000	4,000	5,000
t	2,21		3,92		1,85	
p	0,038 *		0,001 *		0,077	

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
grupe componente	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2
n	6	9	6	9	6	9
m	4,166	4,555	3,833	3,555	4,166	3,777
t	-0,80		0,63		0,83	
p	0,438		0,539		0,424	

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
grupe componente	Q2	Q4	Q2	Q4	Q2	Q4
n	6	9	6	9	6	9
m	4,166	5,666	3,833	5,000	4,166	5,000

t	-2,66	-3,05	-1,59
p	0,019 *	0,009 *	0,136

Variabila	BDI 1 - BDI 2		FPI 1 - FPI 2		ATS 1 - ATS 2	
	Q3	Q4	Q3	Q4	Q3	Q4
n	9	9	9	9	9	9
m	4,555	5,666	3,555	5,000	3,777	5,000
t	-2,10		-3,83		-2,23	
p	0,052 *		0,001 *		0,04 *	

* = Valori semnificative ale lui p.

Datele cuprinse în tabelele de mai sus, evidențiază o dinamică interesantă a schimbării terapeutice. Astfel, se observă că pacienții, care au efectuat mai puțin de 25 de ore de terapie (Q 1), nu diferă semnificativ, în ceea ce privește schimbarea psihoterapeutică, decât numai față de cei care au efectuat peste 45 de ședințe din grupa Q4 ($p = 0,038; 0,001; 0,077$).

O analiză mai detaliată a rezultatelor, evidențiază o dinamică ușor diferită a variabilelor, care se referă la simptome subiective (BDI, FPI), față de variabila „simptome corporale” (ATS). Prelungirea numărului de ședințe de psihoterapie nu influențează semnificativ rezultatul pozitiv al terapiei, printre altele, și pentru că există posibilitatea unei intrări în „comportamentul” de rutină fiind, tot mai dificil, să se mențină treaz interesul pacienților pentru schimbări din ce în ce mai mici și prin aceasta mai puțin „surprinzătoare sau vizibile.”

Se confirmă prin aceasta ipoteza susținută și de Selvini-Palazzoli (Școala din Milano): „cu cât terapeutul devine din ce în ce mai previzibil, în tot ceea ce face, pe timpul unei ședințe (setting-ul terapeutic, n.a) cu atât mai mult el devine și mai puțin eficient.” Nu de puține ori, motorul schimbărilor este „temperatura” efectivă a relației terapeutice, care contaminează și vindecă, pe

când rutina micșorează implicarea efectivă a celor doi protagoniști ai actului terapeutic, fapt cu efecte corespunzătoare asupra efectului psihoterapiei.

Analiza calitativă a rezultatelor, obținute în cadrul celor trei grupuri de pacienți, conduce la ideea că, natura relației terapeutice are un rol deosebit de important în mobilizarea resurselor afectiv-emoționale și a așteptărilor pozitive ale pacienților.

După cum observa Gilieron (1997) psihoterapiile sunt delimitate/influențate/marcate în general și de câmpul socio-cultural căruia îi aparțin pacientul și terapeutul, printr-un cadru de norme ce implică două aspecte: un ansamblu de coduri de relaționare („regulile jocului”) și un dispozitiv. Orice terapie propune reguli de relaționare care diferă de cele obișnuite și, sunt acceptate de societate ca atare, numai pentru că este vorba de un „tratament.” De asemenea, dispozitivul tehnic utilizat (suportul relației), subliniază aspectul terapeutic al relației și-i evidențiază anumite caracteristici. Astfel, delimitarea câmpului psihoterapeutic (spațiul terapeutic), în raport cu câmpul socio-cultural mai larg, se face, în primul rând, prin punerea în paranteze a regulilor acceptate în cultura respectivă, stabilindu-se coduri psihoterapeutice diferite de codurile convenționale. Prin aceasta se creează o „zonă de protecție” care include numai relația terapeutică, deosebind-o de celelalte forme de interacțiune socială.

Cu toate acestea, în funcție de școala terapeutică la care aderă terapeutul, relația terapeutică se deosebește, mai mult sau mai puțin, de celelalte relații sociale în care este implicat pacientul. Există pericolul ca, pacienții incluși într-o terapie predominant cognitiv-comportamentală, să asimileze relativ ușor relația terapeutică cu o relație mai cunoscută lor, aceea dintre profesor - elev. Dacă această identificare este întreținută și de terapeut, prin „temele pentru acasă” sau printr-o atitudine severă față de neefectuarea lor, atunci se pot declanșa rezistențe de tot felul, prin actualizarea unor experiențe școlare neplăcute sau chiar traumatizante. Pacienții doresc să fie tratați ca maturi și cu maturitate, ei au probleme existențiale grave și nu vor să fie „notați” ca la școală. Teamă de evaluare le poate antrena procese de culpabilizare sau o atitudine de mascare a profunzimii problemelor pe care le au.

ANEXE : Instrumentele schimbării

Chestionar anamneză

Stimat(ă) pacient(ă),

Dvs. v-ați decis să faceți o psihoterapie. Aceasta este un procedeu cuprinzător care are nevoie de o pregătire temeinică și de un diagnostic cât mai precis. În acest sens vă rugăm să completați acest chestionar în liniște și cât se poate mai detaliat. Pentru a putea planifica procedeuul terapeutic cel mai potrivit, avem nevoie de informații despre situația dvs. particulară și profesională, despre evoluția individuală, despre aspirațiile și așteptările de la viață, precum și despre loviturile soartei (destinului) îndurate până în prezent. Răspunsurile dvs. sânt de natură personală și vor fi tratate cu maximă confidențialitate.

Nume, prenume, data și locul nașterii, profesia, starea civilă, copii, adresa, telefonul, societatea de asigurare.

I.1. Tatăl (nume, profesie, vârsta): Descrieți personalitatea tatălui dvs. (numiți 5 trăsături) și relația avută cu el. Ce ați însemnat pentru el (înainte și astăzi)? Ce însemnătate a avut el pentru dvs. când erați copil? V-ați simțit iubit și acceptat de el? Ce aspecte ale relației cu el au fost îndeplinite și care nu? Ce probleme de sănătate, sociale și psihice a avut el? În ce măsură au contribuit problemele relaționale cu tatăl la actuala dvs. suferință? Descrieți o situație tipică a modului de desfășurare a relației cu el? Care sunt propozițiile/expresiile tipice pe care vi le-a adresat?

2. **Mama:** (se repetă aceleași întrebări de mai sus).

3. Ce fel de relație au avut părinții între ei?.....

4. Enumerați frații și surorile (numele, vârsta, profesia) și relațiile avute cu ei în copilărie și astăzi? (Răspundeți după modelul întrebărilor privind părinții).

5. Au existat și alte persoane importante (de referință) pentru evoluția dvs.? Descrieți o situație tipică a relației cu aceștia.

II. Date privind problema de care suferiți (analiza de comportament):

1. Ce probleme (suferințe) vă aduc la mine? Indicați tot ceea ce vă tulbură sau vă face să suferiți, așa cum vă vine în minte și cât se poate de complet. Subliniați trei probleme mai grave și numerotați-le în ordinea gravității lor.

2. Când, unde și cum au început aceste probleme?.....

3. Ce s-a schimbat în viața dvs. înainte de a avea aceste probleme sau dacă au existat evenimente de viață hotărâtoare în declanșarea suferinței dvs.?

(Vă rugăm să subliniați: decesul partenerului de viață, divorț, despărțire, decesul unor membri ai familiei, îmbolnăviri personale repetate, șomaj, crize familiare, împăcări după faze de criză, pensionare, îmbolnăviri ale unui membru al familiei, graviditate, tulburări sexuale, mărirea familiei, schimbarea profesiei, schimbări de venit considerabile, luarea unor credite financiare mari, decesul unor prieteni foarte apropiați, afaceri proaste, falimente financiare, copiii se mută de acasă, certuri cu socrii, un succes personal deosebit, schimbarea locuinței, schimbarea locului de muncă, începutul sau sfârșitul unei calificări sau recalificări, întreruperea sau abandonarea unor școli sau calificări, altceva.....

4. Cum ați încercat să vă rezolvați aceste probleme?.....

5. În ce situații concrete suferiți în mod deosebit din cauza problemelor dvs.?.....

6. Cum vă reacționează corpul (ce simțiți corporal) în aceste situații?.....

7. La ce vă gândiți în mod automat în aceste momente?.....

8. Ce sentimente puteți percepe mai intensiv în situația respectivă?.....

9. Cum reacționați concret, ce soluție întrebuințați pentru a reduce efectul acestor suferințe?.....

10. Cum reacționează ceilalți la soluțiile încercate?.....

11. Ce efect au reacțiile acestora asupra dvs.?.....

12. Ce comportamente sau reacții noi au apărut după declanșarea suferinței (problemei) și care nu țineau de obișnuințele dvs.?.....

13. Ce vă împiedică să vă rezolvați problemele?.....

14. Ce **schimbări** au apărut în viața dvs. **după** îmbolnăvire?.....

15. Ce funcționează totuși în viața dvs. în ciuda problemelor pe care le aveți?.....
16. Ce domenii de viață sunt mai puțin sau de loc influențate negativ de îmbolnăvire?.....
17. Ce capacități v-au rămas totuși intacte?.....
18. Cui v-ați adresat și în ce fel, înainte de a merge la medic sau la psihoterapeut?.....
19. Cum au reacționat aceste persoane la destăinuirea făcută?.....
20. Cum au reacționat persoanele de referință la problemele pe care le aveți?.....
21. În cazul în care problema de care suferiți durează de mai multă vreme, cum s-au schimbat reacțiile persoanelor de referință vizavi de situația dvs. „de-a-fi-bolnav”?.....
22. Ce vă simțiți constrâns să faceți ca urmare a existenței problemei, astfel că dvs. sau nu mai puteți de loc sau puteți numai așa?.....
23. Ce-ați face cu mare plăcere dacă n-ați avea problema? (Lăsați-vă fantezia să vorbească).....
24. Ați mai fost într-un tratament psihiatric sau psihoterapeutic, când și la cine?.....
25. Ce medicamente luați în moment și cu ce rezultate?.....
26. Ați avut vreodată gândul să vă sinucideți sau ați încercat deja?.....

III. Evoluția, școala, profesia.

1. Descrieți starea de sănătate a mamei pe timpul sarcinii cu dvs. (dacă o cunoașteți).....
2. Vă amintiți să fi avut în copilărie unele probleme cum ar fi (subliniați): coșmaruri, sugerea degetului mare, enurezis, tulburări sau greutăți de vorbire, rosul unghiilor, somnambulism, teama de a adormi, frică de animale (.....), frică de figuri fantastice (.....), tendința de a minți, de a fura, boli frecvente (.....), singurătate, copilărie nefericită, alte vulnerabilități (.....)
3. Boli care s-au repetat în copilărie și adolescență.....
4. Alte boli, internări sau operații după aceea.....
5. Greutatea..... mărimea.....particularități corporale pentru care ați fost poreclit.....
6. Cum v-a mers în primele zile la grădiniță? Ce rol ați preluat în grupa de joacă? Dar față de educatoare?

7. Cum v-a mers în primele zile de școală? Ce rol ați preluat instinctiv vizavi de colegi sau învățător?.....
8. Ce poziție luați de obicei într-o relație în doi în viața de toate zilele? Ce importanță are sexul acestuia în luarea acestei poziții?.....
9. În împărțirea rolurilor în familia (relația) mea eu mă comport de obicei la fel ca: tatăl meu față de mamă/ ca mama mea față de tatăl meu (subliniați) sau altfel:.....
10. Cum și în ce măsură au contribuit, problemele de relaționare cu ceilalți, la declanșarea stării actuale?.....
11. Indicați școlile făcute și anii..... Dificultățile școlare și de învățare avute.....
12. Ce ați absolvit, unde și când.....
13. Ce performanțe au așteptat părinții de la dvs. și cum au reacționat ei la succesele și la insuccesele avute?.....
14. Ce probleme aveți chiar și astăzi în domeniul performanțelor?.....
15. Cum și în ce măsură au contribuit problemele din domeniul performanțelor sau a atitudinii față de ele, la suferințele pe care le aveți acum?.....
16. Cum și-au exprimat părinții (tata sau mama) sentimentele vizavi de dvs.?.....
17. Ce sentimente n-au fost exprimate niciodată, reprimare sau trecute cu vederea, uitate?.....
18. Ce sentimente n-ați trăit sau n-ați simțit niciodată?.....
19. Ce probleme aveți și astăzi privind exprimarea și acceptarea sentimentelor pe care le aveți?.....
20. În ce mod și în ce măsură au contribuit dificultățile din domeniul sentimentelor, la declanșarea problemelor de sănătate pe care le aveți acum?.....

V. Relațiile, căsnicia, partenerul (a):

1. Cu cine locuiți împreună și ce fel de locuință aveți?.....
2. Enumerați relațiile (căsătoriile) avute până acum, modul lor de desfășurare, cauzele despărțirii.....

3. Relația actuală: durata, vârsta și profesia partenerului(ei)
4. Descriați personalitatea, calitățile, particularitățile și defectele partenerului(ei).....
5. Descrieți relația în evoluția ei până acum.....
6. Eu iau în relație poziția de rol ca și: a) tatăl meu față de mama mea; b) mamei mele față de tatăl meu; c) ca un copil față de părinții săi; d) ca unul din părinți față de un copil (subliniați).
7. Descrieți în acest sens o situație care oferă cel mai bun exemplu de modul de desfășurare al interacțiunii?.....
8. În ce domenii de viață există concordanțe și în care discordanțe (enumerați)?.....
9. Ce întreprindeți în timpul liber sau în concediu împreună?.....
10. Cum apreciați spațiul de libertate propriu sau de independență în cadrul relației?.....
11. Cum se iau deciziile, de cine, ce decide fiecare pentru el și ce se decide împreună?.....
12. Ce influență exercită profesia partenerului(ei) asupra relației?.....
13. Care v-au fost așteptările și dorințele vizavi de partener(ă) înainte de a vă îmbolnăvi?.....
14. Ce dorințe și trebuințe așteptați să vă fie împlinite de partener(ă) cu prioritate de când v-ați îmbolnăvit?.....
15. Ce comportamente ar trebui să schimbe partenerul(a) ca relația să se îmbunătățească?.....
16. Ce comportamente doriți să învățați pentru ca și din partea dvs. să se producă o îmbunătățire a relației?.....
17. Descrieți două situații tipice în care se poate vedea modul cum vă înțelegeți înainte de a vă îmbolnăvi? (unul din perspectiva dvs. și unul din perspectiva partenerului(ei)).....
18. Ați avut probleme asemănătoare și în relațiile anterioare? În ce măsură?.....
19. Ce probleme sociale, psihice sau de sănătate are el (ea)?.....
20. Cum vă înțelegeți cu rudele partenerului (ei)?.....
21. Există vreo problemă de care suferă relația dvs. care nu a fost atinsă prin aceste întrebări?

22. Există vreo problemă în familia dvs. care nu a fost enunțată?.....

VI. Aspecte pozitive în viața dvs.

1. Enumerați ceea ce vă dă în această situație sprijin și stabilitate?.....

2. Ce domenii ale vieții dvs. nu au fost atinse de problemele de sănătate pe care le aveți?.....

3. Ce capacități v-au rămas întegre și de care vă puteți folosi?.....

4. În ce relație vă aflați cu religia?.....

5. Ce rol joacă în moment cercul de prieteni și de cunoștințe?.....

6. Ce sporturi ați practicat înainte și după îmbolnăvire?.....

7. Ce hobby și activități de timp liber ați avut înainte și după apariția problemelor de sănătate?.....

8. Sunteți activ într-o asociație politică, culturală, socială sau sportivă?.....

9. Cine aparține de ceea ce numiți *familia mea* (inclusiv familia de origine)?.....

10. Cine dintre aceste persoane stă în centrul familiei și în ce fel de relație vă găsiți cu ea?.....

11. Cu ce persoane din familia Dvs. aveți probleme/conflicte și de ce natură sunt acestea?.....

12. În ce măsură au contribuit aceste dificultăți la îmbolnăvirea și problemele pe care le aveți?.....

13. Pentru cine vă faceți cele mai mari griji sau pentru cine suferiți cel mai mult și de ce?.....

14. Față de care dintre aceste persoane vi s-a schimbat relația de când v-ați îmbolnăvit?.....

15. Dacă aveți copii, enumerați mai jos în ordine (numele, vârsta, profesia, starea civilă, sănătatea):.....

16. Ce fel de relație aveți cu ei? Descrieți principalele probleme sau situații tipice conflictuale:.....

VII. Starea psihosomatică. Subliniați descrierile de mai jos care vi se potrivesc:

1) mă simt fără valoare, vinovat, plin de ură, nesigur, lipsit de atracție, singur, bănuitor, plictisit, în conflict cu sine, nefolositor, prost, rău, fricos, respingător, enervant, neiubit, vulnerabil, neliniștit, un nimeni, incompetent, dușmănos, respins, agresiv, neînțeleș, nervos, deformat, zăpăcit, naiv, urât, nedemn de iubire, fără speranțe, nedecis, timid, retras, altele.....

2. Dureri de cap, de stomac, corporale, tulburări respiratorii, senzații de sufocare, tremurat, valuri de căldură, slăbiciune, lipsă de apetit, amețeli, dureri și înțepături cardiace, tulburări de digestie, de

somn, de puls, grețuri, probleme cu scaunul și de urinare, scăderi sau creșteri în greutate, accese de foame, neliniște motorie, bâlbâială, ticuri, altele.....

3. Depresii, fobii, complexe de inferioritate, gânduri negre, tendințe de suicid (gânduri sau încercări suicidale), idei de prejudiciu, fugă de idei, idei de mărire, logoree, dispoziție euforică, agitații, gândire incoerentă, ambivalență afectivă, lipsă de impuls sau impuls exagerat, a trăi peste posibilitățile reale, incontinență afectivă, lipsă de afectivitate, sentiment de insuficiență, tulburări de conștiință, confuzii, dezorientare, epuizare, autoînvinovățire, tulburări de memorie și de concentrare, gânduri și acțiuni compulsive, confabulații, halucinații auditive și optice, apatie, dezinteres, sentimente de vinovăție și de depersonalizare, probleme de identitate, ipocondrie, gânduri în cerc vicios, probleme sexuale, altele.....

4. Enumerați 5 frici, fobii, temeri, griji, în ordinea gravității lor:.....

5. Denumiți 3 probleme de viață dificile pe care le-ați avut în anul îmbolnăvirii:.....

6. Ce schimbări (pozitive sau negative) s-au produs în ultimii doi ani înainte de a vă îmbolnăvi (din p.d.v. profesional, familial, relațional)?.....

7. Cum ați reacționat afectiv la aceste schimbări?.....

8. Ce efecte concrete au avut aceste schimbări asupra vieții dvs.?.....

9. Ce schimbări (pozitive sau negative din p.d.v. profesional, familial, relațional) au avut loc în viața dvs. după ce v-ați îmbolnăvit?.....

10. Ce schimbări n-au mai avut loc în viața dvs. sau au fost blocate din cauza îmbolnăvirii?.....

VIII. Sexualitatea.

1. Care a fost atitudinea în familia dvs. vizavi de „a te arăta în pielea goală”?.....

2. La ce vârstă și cât de puternice au fost sentimentele dvs. de rușine într-o asemenea situație?.....

3. Vă mai amintiți de jocurile „de-a doctorul” din copilărie? Cum se desfășurau de obicei?.....

4. La ce vârstă v-au apărut semnele pubertății (schimbarea vocii, apariția sânilor, etc.)?.....

5. Vârsta la care ați avut prima ejaculare (primul ciclu menstrual):.....

6. Cum ați reacționat afectiv la aceste evenimente?.....

7. Ați fost edificat și pregătit asupra acestora?.....
8. Ce atitudine aveți vizavi de corpul dvs., cum îl tratați?.....
9. Ce probleme aveți ca fiind cauzate de atitudinea dvs. privind corpul?.....
10. Au existat particularități corporale din cauza cărora v-ați rușinat sau ați fost poreclit?.....
11. Au contribuit problemele dvs. actuale privind corpul, la apariția îmbolnăvirii?.....
12. Ce atitudine aveți față de masturbare (onanie)?.....
13. Descrieți prima experiență sexuală? Cum ați trăit-o afectiv?.....
14. Cu ce impresii ați rămas până astăzi, cum le priviți acum?.....
15. Au existat evenimente traumatice sau neplăcute care au influențat negativ viața dvs. sexuală ulterioară?.....
16. Ce fantezii sexuale ați avut atunci sau mai târziu? Descrieți fantezia cea mai frecventă:.....
17. Ați avut în copilărie experiențe homosexuale trecătoare?.....
18. Vă simțiți sexual stimulat(ă) de o persoană atractivă de același sex?.....
19. Este viața dvs. sexuală actuală satisfăcătoare ?.....
20. Au contribuit problemele din viața dvs. sexuală la apariția sau menținerea îmbolnăvirii?.....

IX. Expectanța, terapeutul, scopurile terapiei.

1. Admițând că problemele (îmbolnăvirea) sunt mai vechi de 6 luni, cum se face că tocmai acum cereți ajutorul unui terapeut?.....
2. A apărut ceva nou care a intensificat și mărit dificultatea problemelor?.....
3. Ce sentimente ați avut pe timpul discuției cu mine ca terapeut?.....
4. Ați avut impresia să fi evitat față de mine anumite moduri de comportament de altfel tipice pentru dvs.?.....
5. Sau invers, ca vizavi de mine să manifestați comportamente care apar foarte rar și atunci numai în prezența anumitor persoane?
6. Încercați să găsiți 2 exemple care ar putea prin asemănare să caracterizeze relația noastră:
 - a) ca terapeut vă consider ca un.....
 - b) mă simt câteodată ca și.....

- Sau alt exemplu: a) apreciez relația dintre noi ca relația dintre..... și.....
7. Ce sentimente ați observat la mine pe timpul discuției cu dvs.?.....
 8. Cum ar trebui să arate o relație ideală cu un terapeut?
 9. Formulați cele mai importante (3) scopuri pentru rezolvarea problemei (însănătoșirea) dvs.?.....
 10. Ce ar trebui să se schimbe în viața dvs. pentru ca să vă însănătoșiți (să vă rezolvați problema)?...
 11. Ce ar trebui schimbat privind obiceiurile, atitudinile, comportamentele, calitățile dvs.?.....
 12. Motivația de pregătire și prelucrare a schimbărilor necesare nu rezultă numai din dorința de a te însănătoși. Justificați de ce scopurile propuse sunt importante nu numai din perspectiva însănătoșirii:.....
 13. Cum apreciați colaborarea familiei (partenerului de viață, alte persoane de referință) la realizarea scopurilor propuse?.....
 14. Ce compromisuri s-ar putea încheia sau ce ar fi pregătit să cedeze (schimbe) aceste persoane pentru a putea fi atinse aceste scopuri?.....
 15. Făcând excepție de ceea ce vă va propune terapeutul, ce credeți că ar trebui făcut mai întâi pentru:
 - a) a se înlătura durerile: 1:.....2:.....3:.....
 - b) a se schimba situația de viață problematică: 1:.....2:.....3:.....
 - c) ca dvs. să dobândeți comportamente ce vor contribui la soluționarea în viitor a problemelor, fără a se mai dezvolta simptome: 1:.....2:.....3:.....
 16. Câte ore de terapie credeți că veți avea nevoie (încercuiți): 25, 40, 60, 80.
 17. Cât timp veți dedica zilnic prescripțiilor terapeutice, pentru ca între orele de terapie să lucrați la soluționarea problemelor dvs. (încercuiți)? 30, 60, 90, 120 minute pe zi.
 18. Sunt problemele de care suferiți rezolvabile printr-o psihoterapie (subliniați)? imposibil, posibil, probabil, sigur, foarte sigur.

Mulțumesc !

AT - Listă de simptome (Krampen AT-EVA)

Numele/Codul:.....

Vă rugăm să răspundeți cât mai exact la afirmațiile făcute și să încrucișați de fiecare dată cum v-ați simțit în ultima perioadă (câteva săptămâni) privind durerile, greutatea, sentimentele sau gândurile pe care le aveți. Întrebuințați următoarele posibilități de notare:

0 = niciodată; 1 = uneori; 2 = frecvent însă moderat; 3 = foarte frecvent (tot timpul).

01. Sentimentul de a nu putea să te relaxezi.....
02. Oboseală, epuizare.....
03. Încordări corporale, crampe.....
04. Neliniște interioară (agitat, nervos).....
05. Lipsă de energie, slăbiciune.....
06. Tulburări de adormire și de întreruperi de somn.....
07. A se simți „dărâmat” fizic.....
08. A se simți rău
09. A se enerva imediat și din orice.....
10. Încordare internă, nervozitate.....
11. Sentiment de dezechilibru.....
12. Sentimente de teamă.....
13. Sentimente de melancolie.....
14. Tendința de a plânge.....
15. Gânduri tulburi.....
16. Vulnerabilitate.....
17. Amețeli, tulburări de circulație.....
18. Tulburări de digestie.....
19. Lipsă de apetit.....
20. Tulburări de ritm cardiac și dureri.....

21. Tulburări respiratorii și lipsă de aer.....
22. Sensibilitate la frig, extremitățile corpului reci.....
23. Călduri, bufeuri, transpirații.....
24. Înroșiri sau tremurături la emoții.....
25. Teamă în fața examenelor sau a performanțelor.....
26. Tulburări de concentrare a atenției.....
27. Tulburări de memorie și de reamintire.....
28. Lipsă de perseverență, distrat.....
29. Tulburări de vorbire la emoții.....
30. Scăderea performanțelor și de învățare.....
31. Dificultăți de contact social.....
32. Sentiment de neputință.....
33. Dureri de cap, presiune cervicală, migrene.....
34. Dureri de stomac și abdominale.....
35. Dureri de încheieturi sau ale membrelor.....
36. Dureri de spate, de mijloc sau de coloană.....
37. Înțepături în inimă, dureri cardiace.....
38. Presiune și zgomote în urechi.....
39. Dureri oculare sau vedere împăienjenită.....
40. Dureri generale, difuze.....
41. Incapacitatea de a se decide.....
42. Nesiguranță și neîncrezător.....
43. Timiditate.....
44. Lipsa de încredere în sine.....
45. Stări de frică fără motiv.....
46. Sentiment de nerealizare.....

47. A privi viitorul fără speranță.....

48. Sentimentul tulburării liniștei interne.....

Notați mai jos problemele și tulburările mai importante pe care le aveți și care nu au fost menționate până acum.

49.

50.

51.

52. etc.

BDI – Beck – Depressions - Inventar

Acest chestionar conține 21 de grupe cu afirmații. Alegeți din fiecare grupă afirmația care descrie cel mai bine felul cum v-ați simțit în această săptămână, inclusiv astăzi, și încercuiți cifra respectivă. Dacă se potrivesc mai multe afirmații în egală măsură, atunci puteți marca mai multe cifre. În orice caz citiți mai întâi toate afirmațiile unei grupe înainte de a vă decide.

A

0. Nu sunt trist.
1. Sunt trist.
2. Sunt trist tot timpul și nu pot ieși din această tristețe.
3. Sunt așa de trist și nefericit, că abia mai pot suporta.

B

0. Nu-mi privesc viitorul cu prea mult curaj.
1. Îmi privesc viitorul lipsit de curaj.
2. Nu am nimic de care să mă pot bucura.
3. Am sentimentul că viitorul îmi este lipsit de speranțe și situația nu mi se va îmbunătăți de loc.

C

0. Nu mă simt a fi un ratat.
1. Am sentimentul să fi ratat mult mai des decât majoritatea celorlalți.
2. Când privesc în trecut, văd o cantitate mare de erori făcute.
3. Am sentimentul de a fi un om ratat complet.

D

0. Mă pot bucura de lucruri la fel ca și înainte.
1. Nu mă mai pot bucura de lucruri la fel ca înainte.
2. Nu mai am nici o satisfacție adevărată.
3. Sunt nemulțumit de orice și plictisit de toate.

E

0. Nu am sentimente de vinovăție.
1. Am frecvent sentimente de vinovăție.
2. Am aproape întotdeauna sentimente de vinovăție.
3. Am întotdeauna sentimente de vinovăție.

F

0. Nu am sentimentul de a fi pedepsit.
1. Am sentimentul că probabil voi fi pedepsit.
2. Mă aștept să fiu pedepsit.
3. Am sentimentul că sunt pedepsit.

G

0. Nu sunt dezamăgit de mine.
1. Sunt dezamăgit de mine.
2. Mă apreciez ca fiind îngrozitor.
3. Mă urăsc.

H

0. Nu am sentimentul de fi mai slab ca ceilalți.
1. Îmi critic greșelile și slăbiciunile.
2. Îmi fac tot timpul reproșuri din cauza lipsurilor pe care le am.
3. Îmi dau vina pentru tot ceea ce iese rău.

I

0. Nu mă gândesc să-mi fac singur vreun rău.
1. Mă gândesc uneori la sinucidere, însă n-am să fac asta.
2. Îmi doresc mai degrabă moartea.
3. M-aș sinucide dacă aș avea ocazia.

J

0. Nu plâng mai des ca înainte.

1. Plâng mult mai des ca înainte.
2. Plâng tot timpul.
3. Înainte puteam să plâng, însă acum nu mai pot cu toate că doresc.

K

0. Nu sunt mai enervat ca de obicei.
1. Mă enervez sau îmi ies din sărite mai repede ca înainte.
2. Mă enervez continuu.
3. Lucrurile care până acum mă scoteau din sărite nu mă mai impresionează.

L

0. Nu mi-am pierdut interesul în oameni.
1. Sunt interesat în oameni mai puțin ca înainte.
2. Mi-am pierdut în cea mai mare parte interesul în ceilalți oameni.
3. Mi-am pierdut definitiv interesul în ceilalți oameni.

M

0. Sunt la fel de decis ca întotdeauna.
1. Îmi amân deciziile mult mai des decât o făceam până acum.
2. Îmi vine mult mai greu acum să iau o decizie.
3. Nu mai pot lua absolut nici o decizie.

N

0. N-am impresia că arăt mai rău ca înainte.
1. Îmi fac griji că arăt prea bătrân și neatractiv.
2. am sentimentul că în înfățișarea mea se produc schimbări care mă urătesc.
3. Mă găsesc respingător.

O

0. Pot să muncesc la fel de bine ca înainte.
1. Trebuie să-mi iau avânt înainte de a îmi începe activitatea.

2. Trebuie să mă constrâng în orice împrejurare pentru a face ceva.

3. Nu sunt capabil să muncesc.

P

0. Dorm la fel de bine ca înainte.

1. Nu mai dorm la fel de bine ca înainte.

2. Mă trezesc cu 1 sau 2 ore mai devreme ca de obicei și-mi este greu să mai adorm.

3. Mă trezesc cu multe ore mai devreme ca de obicei și nu mai pot adormi de loc.

Q

0. Nu obosec mai tare ca de obicei.

1. Obosec mai repede ca de obicei.

2. Aproape orice lucru mă obosește.

3. Sunt prea obosit ca să pot face ceva.

R

O. Apetitul nu-mi este mai scăzut ca de obicei.

1. Apetitul nu-mi este la fel de bun ca înainte.

2. Apetitul mi-a scăzut remarcabil.

3. Nu mai am apetit de loc.

S

0. În ultimul timp n-am slăbit de loc.

1. Am slăbit mai mult de 2 Kg.

2. Am slăbit mai mult de 5 Kg.

3. Am slăbit mai mult de 8 Kg.

Mănânc intenționat mai puțin pentru a slăbi: DA NU

T

0. Nu-mi fac griji privind sănătatea mea.

1. Îmi fac mari griji despre sănătatea corporală cum ar fi durerile, tulburări de digestie sau constipații.

2. Îmi fac așa de multe gânduri, privind sănătatea, că-mi vine foarte greu să mă gândesc la altceva.
3. Îmi fac așa de mari griji despre sănătate că nu mă mai pot gândi la nimic altceva.

U

0. nu am remarcat în ultimul timp vreo schimbare privind interesele mele sexuale.
1. Mă interesez mai puțin de sex decât o făceam înainte.
2. Sexul mă interesează foarte puțin.
3. Mi-am pierdut complet interesul pentru sex.

Total puncte: 0 -15 depresie ușoară

15 - 25 depresie majoră

peste 25 depresie grea, profundă

Descrierea simptomelor:

A - dispoziție spre tristețe;

B - pesimism;

C - ratare;

D - nemulțumire;

E - culpabilitate;

F - nevoia de a fi pedepsit;

G - ură de sine;

H - autoînvinovățire;

I - impuls suicidal;

J - plânsul;

K - enervarea;

L - izolarea socială;

M - incapacitatea de decizie;

N - imagine corporală negativă;

O - incapacitatea de muncă;

- P - tulburări de somn;
- Q - oboseală;
- R - pierderea apetitului;
- S - pierdere în greutate;
- T - ipocondrie;
- U - scăderea libidoului.

FPI - A1 (Freiburger-Inventar de personalitate)

Veți găsi mai jos o serie de afirmații privind comportamente, atitudini și obiceiuri. Dvs. puteți să răspundeți prin da sau nu. Nu există răspuns bun sau rău deoarece fiecare are dreptul să aibă concepțiile sale. Vă rugăm să acordați atenție la următoarele puncte:

- a) nu meditați prea mult asupra răspunsului care ar face probabil o impresie mai bună, ci să răspundeți așa cum este cazul dvs. S-ar putea ca unele afirmații să le considerați intime și personale, însă vă asigurăm că aceste răspunsuri le vom trata cu discreție profesională absolută.
- b) nu vă gândiți prea mult și încercați să răspundeți spontan. Nu toate afirmațiile vă privesc în egală măsură și unele poate nici nu vi se potrivesc. Încercați totuși să dați un răspuns care s-ar potrivi cel mai bine dvs.

1. Am citit introducerea și sunt pregătit să răspund deschis.....DA / NU
2. Ies cu plăcere seara în oraș.....DA / NU
3. Închei prietenii mai încet.....DA / NU
4. Am întotdeauna bună dispoziție.....DA / NU
5. Mă apăr foarte rar, dacă sunt jignit.....DA / NU
6. Visez adesea lucruri pe care mai bine nu le-aș mai povesti.....DA / NU
7. Inima îmi bate câteodată foarte neregulat și repede.....DA / NU
8. Din când în când râd și la o glumă mai deosebită.....DA / NU

9. Chiar dacă sunt împreună cu mai multe persoane, mă simt adesea singur.....DA / NU
10. Am câteodată tulburări auditive sau de vedere.....DA / NU
11. Recunosc că-mi face câteodată plăcere să-i necăjesc pe alții sau să-i enervez.....DA / NU
12. Nu particip cu plăcere la serbări mari sau la organizări de societate.....DA / NU
13. Am câteodată înțepături în piept.....DA / NU
14. Am făcut ceva periculos numai pentru a mă amuza.....DA / NU
15. Sunt mult mai întreprinzător decât majoritatea cunoștințelor mele.....DA / NU
16. Dacă cineva din cercul nostru este jignit, luăm o măsură de pedeapsă împreună.....DA / NU
17. Un câine care nu ascultă merită bătaie.....DA / NU
18. Am valuri de căldură și sângele mi se urcă la cap.....DA / NU
19. Am mâinile și picioarele reci chiar dacă afară este cald.....DA / NU
20. Între mine și ceilalți există adesea diferențe de opinii.....DA / NU
21. În situații stresante nu mai am aer și trebuie mai întâi să respir adânc.....DA / NU
22. Am uneori senzația unui nod în gât.....DA / NU
23. Când sunt furios mă descarc prin activități corporale, ca tăiatul lemnului, sport..... DA / NU
24. În copilărie mi-a făcut câteodată plăcere să trag copiii de păr, să le răsucesc mâinile,etc....DA / NU
25. Din când în când îmi pierd răbdarea și devin mânios.....DA / NU
26. Câteodată sunt plin de avânt, altădată nu mă pot mobiliza pentru nimic.....DA / NU
27. Uneori am un sentiment ca de corset în jurul pieptului.....DA / NU
28. Îmi reprezintă uneori ce necaz ar trebui să-i lovească pe cei care mi-au dorit răul.....DA / NU
29. Când mă enervează o muscă nu mă liniștesc până nu o prind.....DA / NU
30. Am uneori un sentiment de neparticipare și de gol interior.....DA / NU
31. Mă sfidez să trec printr-un spațiu în care oamenii stau și se întrețin verbal.....DA / NU
32. Am frecvent gura uscată..... DA / NU
33. Îmi este permanent foame..... DA / NU
34. Au fost persoane care m-au enervat așa de tare că ne-am luat la bătaie.....DA / NU

35. În general sunt liniștit și greu de enervat.....DA / NU
36. Într-o companie veselă pot să mă comport adesea relaxat și fără griji.....DA / NU
37. Nu spun întotdeauna adevărul.....DA / NU
38. Am un stomac sensibil.....DA / NU
39. Motto-ul meu este: nu te încrede niciodată în străini!.....DA / NU
40. Sunt în sinea mea mai degrabă o persoană fricoasă.....DA / NU
41. În tren privesc mai degrabă peisajul decât să mă întretin cu ceilalți călători.....DA / NU
42. Dacă nu-mi reușește ceva, asta nu mă enervează prea mult.....DA / NU
43. Unei persoane care mă jignește sau se poartă urât cu mine îi doresc o pedeapsă dură.....DA / NU
44. Mă simt adesea balonat.....DA / NU
45. Câteodată am întârziat la întâlniri sau la școală.....DA / NU
46. M-aș plânge la chelner sau la șeful lui dacă mi se servește o mâncare proastă.....DA / NU
47. Mă simt adesea sătul de tot și de toate.....DA / NU
48. Acționez repede și sigur.....DA / NU
49. Dacă cineva strigă la mine, strig și eu la el.....DA / NU
50. Ocazional simt impulsul de a face rău cuiva.....DA / NU
51. Îmi imaginez câteodată că adversarilor mei le merge rău.....DA / NU
52. Dacă sunt într-o companie veselă îmi face plăcere să fac celorlalți poante grosolane.....DA / NU
53. Din când în când povestesc și câte-o minciună.....DA / NU
54. Nu sunt decât puține lucrurile care mă pot enerva sau scoate din sărite.....DA / NU
55. Din când în când mă dau și eu mare.....DA / NU
56. Mie îmi plac toți oamenii pe care îi cunosc.....DA / NU
57. Corpul nu mi se relaxează decât foarte rar.....DA / NU
58. Se întâmplă ca în anumite situații să încep să mă bâlbâii.....DA / NU
59. Mâinile îmi tremură frecvent, de ex. la aprinderea unei țigări sau când țin o cană.....DA / NU
60. Câteodată am gânduri de care ar trebui să mă rușinez.....DA / NU

61. Aparțin categoriei de oameni care iau în general lucrurile mai ușor.....DA / NU
62. Îmi vine ușor să mă concentrez la activitatea pe care o fac.....DA / NU
63. Nu mă deranjează să rog oamenii să facă donații pentru un scop umanitar.....DA / NU
64. Ca oaspete mă comport mai cumsecade decât o fac acasă.....DA / NU
65. Mi-ar fi plăcut o meserie care ar fi oferit posibilitatea să călătoresc sau variabilitate, chiar dacă prin aceasta nesiguranța ar fi mai mare.....DA / NU
66. Am adesea un tic involuntar în jurul ochilor.....DA / NU
67. Cred că aş putea să fiu un vânător pasionat.....DA / NU
68. Nu-mi ies din fire pentru orice problemă mărunță.....DA / NU
69. În societate sau la aniversări îmi place mai mult să rămân în planul al doilea.....DA / NU
70. În prezența unor persoane importante sau autorități mă simt încurcat.....DA / NU
71. Adesea nu-mi pot stăpâni enervarea sau mânia.....DA / NU
72. Îmi este neplăcut când cineva mă privește când muncesc.....DA / NU
73. Visez adesea pe timpul zilei despre lucruri care nu pot fi încă realizate.....DA / NU
74. Câteodată îmi fac îngrozitor de multe griji despre ceva care nu este așa de important.....DA / NU
75. Uneori amân să fac lucruri care ar trebui făcute pe loc.....DA / NU
76. Tresar dacă ceva se mișcă repede sau dacă sunt întrebat pe neașteptate.....DA / NU
77. Încep să tremur dacă mă sperii și, dacă am emoții, mi se înmoaie genunchii.....DA / NU
78. Îmi face plăcere să decapitez florile cu un băț.....DA / NU
79. Există momente în care sunt foarte trist și abătut.....DA / NU
80. Am aparținut mai demult unei grupe de prieteni care era unită la bine și la rău.....DA / NU
81. Pot fi foarte ușor scos din sărite dacă sunt jignit.....DA / NU
82. Prefer mai degrabă să acționez decât să fac planuri.....DA / NU
83. Am mari dificultăți de adormire și de somn.....DA / NU
84. Exprim amenințări pe care nici eu nu le iau în serios.....DA / NU
85. Adesea afirm lucruri fără să mă gândesc și apoi regret aceasta.....DA / NU

86. Meditez mult la viața mea de până acum.....DA / NU
87. Îmi face plăcere să fac glume banale pe seama altora.....DA / NU
88. Chiar dacă toți sau coalizat împotriva mea nu-mi pierd curajul.....DA / NU
89. Eu sunt câteodată morocănos și prost dispus.....DA / NU
90. Visez foarte des.....DA / NU
91. Mă simt dimineața după deșteptare un timp obosit și „dărâmat”.....DA / NU
92. I-au conducerea cu plăcere în acțiuni colective.....DA / NU
93. Mă enervez prea repede pe cineva.....DA / NU
94. Nu mă simt bine cu oameni pe care nu-i cunosc.....DA / NU
95. Sânt adesea așa de prost dispus că nu vreau să mai știu de nimeni și de nimic.....DA / NU
96. Mă simt destul de matur pentru viață și greutățile ei.....DA / NU
97. Când eram copil am mâncat uneori șterpelind ceva din cămară.....DA / NU
98. Îmi este foarte greu să câștig oamenii de partea mea.....DA / NU
99. M-aș considera mai degrabă ca fiind vorbăreț.....DA / NU
100. Mai degrabă să mergi până la capăt decât să fii un laș.....DA / NU
101. Îmi exprim părerile cu plăcere.....:.....DA / NU
102. Am câteodată fără motiv un sentiment de teamă și de pericol nedefinit.....:.....DA / NU
103. Tind să nu vorbesc cu oamenii dacă ei nu vorbesc cu mine.....DA / NU
104. Mă bucur câteodată de necazul altuia.....DA / NU
105. Simt adesea că îmi trăiesc viața într-un mod fals.....DA / NU
106. Mă simt adesea ca un butoi de pulbere înainte de explozie.....DA / NU
107. Manierele mele de a mânca sunt acasă mai rele decât la restaurant.....DA / NU
108. Corpul îmi reacționează foarte sensibil la schimbările de vreme.....DA / NU
109. Sunt foarte rar în dispoziție apăsătoare sau nefericită.....DA / NU
110. Nu mă deranjează dacă cineva face glume pe seama mea.....DA / NU
111. Câteodată mă gândesc că nu sunt bun de nimic.....DA / NU

112. Mă neliniștește ceea ce s-ar putea gândi despre mine.....DA / NU

113. Cedez mai degrabă în anumite privințe decât să mă cert.....DA / NU

114. Îmi amintesc că am fost odată așa de furios că am spart și distrus cel mai bun lucru care mi-a ieșit în cale.....DA / NU

Trăsături: (scala de la 1 = minim la 9 = maxim)

1. Nevrotic (tulburări psihosomatice).

2. Agresivitate (imaturitate emoțională).

3. Depresie.

4. Frustrare, neliniște.

5. Sociabilitate.

6. Dispoziție.

7. Dominare, impunere.

8. Inhibare, încordare.

9. Autocritica.

E. Extraversiunea.

N. Labilitatea emoțională.

M. Masculinitate-feminitate (ca tip de autoprezentare, identificare).

Bibliografie selectivă

- Adler, Alfred: „Studie über Minderwertigkeit von Organen“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1977.
„LebensKenntnis “ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1989.
- Araoz, Daniel: „Die neue Hypnose” - Junfermann Verlag, Paderborn 1989
- Bandler-Cameron, Leslie: „Wieder zusammenfinden. NLP- Neue Wege der Paartherapie” - Junfermann Verlag, Paderborn 1992
- Bandler, Richard : „Time for a Change “ - Junfermann Verlag, Paderborn 1996
- Bandler, Richard : „Veränderung des subjektiven Erlebens (Fortgeschrittene Methoden des NLP)” - Junfermann Verlag, Paderborn 1990.
- Bandler, Richard : „Bitte verändern Sie sich..... jetzt!“ - Junfermann Verlag, Paderborn 1991
- Bandler, R./Grinder, J. : „Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie” - Junfermann Verlag, Paderborn 1985
- „Patterns“ - Junfermann Verlag, Paderborn, 1996.
 - „Metasprache und Psychotherapie. Die Struktur der Magie I” - Junfermann Verlag, Paderborn 1990
 - „Kommunikation und Veränderung. Die Struktur der Magie II” - Junfermann Verlag, Paderborn 1989
 - „Neue Wege der Kurzzeit-Therapie” - Junfermann Verlag, Paderborn 1991
- Bandler, R. /MacDonald, W.: „Der feine Unterschied (NLP - Übungsbuch zu den Submodalitäten)”, Junfermann Verlag, Paderborn 1991.
- Beck, T. Aaron/ et Co.: „Kognitive Therapie der Depression“ - Psychologie Verlags Union , Weinheim 1994
- Blankertz, Stefan: „Vernunft ist Widerstand”, EHP (Edition Humanistische Psychologie) Verlag, Köln 1993
- Breuer, Iosef : „Studien über Hysterie “ - Fischer Verlag – Frankfurt am Main 1990
- Bruch, Hilde : „Der goldene Käfig “ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1991

- Burkhard, Peter: „Hypnose und Hypnotherapie nach M. Erickson“- J. Pfeiffer Verlag, München 1985
- Dafinoiu, Ion: „Expectanța în evoluția comportamentului sugerat” - Lucrare de doctorat, Iași
1995
- Dilts, Robert : „Die Veränderung von Glaubenssystemen (NLP-Glaubensarbeit)” - Junfermann
Verlag, Paderborn 1993.
„Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit” - Junfermann Verlag, Paderborn 1991
- Dilts, R., Bandler, R., Grinder, J.: „Strukturen subjektiver Erfahrung. Ihre Erforschung und
Veränderung durch Neurolinguistischen Programmieren” –
Junfermann Verlag, Paderborn 1991
- Eysenk, Meili, Arnold: „Lexikon der Psychologie” - Herder Verlag, Freiburg 1993
- Erickson, M/Rossi, E.: „Hypnotherapie. Aufbau- Beispiele- Forschungen” - Pfeiffer Verlag,
München 1989
- Erickson, M./Rossi, E.: „Hypnose. Induktion - Psychotherapeutische Anwendung - Beispiele” –
Pfeiffer Verlag, München 1991
- Erickson, Milton : „Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson“- Herausgegeben und Kommentiert
von Sidney Rosen - Iskopress Verlag, Salzhausen 1996
- Erickson, M./ Rossi, E. : „Der Februarmann” - Junfermann Verlag, Paderborn 1991
- Farrely, A.: „Die provokative Psychotherapie” - Klett Cotta Verlag, Stuttgart 1978
- Finke, Jobst : „Beziehung und Intervention. Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und
Gesprächstechnik in der Psychotherapie” - Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999
- Fisch, R./ Weakland, J. H./ Segal, L. : „Strategien der Veränderung “ - Klett-Cotta Verlag,
Stuttgart 1987
- Frankl, Viktor : „Psychotherapie für den Alltag” - Herder Verlag, Freiburg 1992
- Freud, Anna : „Das ICH und die Abwehrmechanismen“ - Fischer Verlag,
Frankfurt am Main 1986.
- Freud, Sigmund : „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und neue Folge” –

- Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1989
- „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1989
- „Das ICH und das ES - Und andere metapsychologische Schriften“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1990
- „Der Witz und seine Beziehungen zum Unbewussten “ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1991
- „Zwei Falldarstellungen“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1989
- Fromm, Erich : „Anatomie der menschlichen Destruktivität“ - Rowohlt Verlag, Hamburg 1977
- Gheorghiu, Vladimir: „Beziehungen zwischen Suggestion und Hypnose“ - Experimentelle und klinische Hypnose, Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, 1990
- Gheorghiu, V.A., Netter, P., Eysenck, H.J., Rosenthal, R.: „Suggestion und Suggestibilität. Theorie und Forschung“ - Springer-Verlag, Berlin 1996
- Grinder, J., Bandler, R.: „Therapie in Trance. Kommunikation mit dem Unbewussten“ - Klett Cotta, Stuttgart 1995
- Grawe, K./Donati, R.: „Psychotherapie im Wandel“ - Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen 1994
- Goldberg, Carl : „Gleichheit in der Psychotherapie? Theorie und Praxis therapeutischer Beziehung“, Pfeiffer Verlag, München 1980
- Gordon, David : „Therapeutische Metaphern“ - Junfermann Verlag, Paderborn 1990
- Haley, Jay : „Die Psychotherapie M. Ericksons“ - J. Pfeiffer Verlag, München 1988
- Haley, Jay: „Gemeinsamer Nenner Interaktion“ - J. Pfeiffer Verlag, München 1987
- Haley, Jay: „Typisch Erickson. Muster seiner Arbeit“ - Junfermann Verlag, Paderborn 1996
- Hautzinger, M./Linden, M.: „Verhaltenstherapie. Techniken und Einzelverfahren“ - Springer Verlag, Berlin 1993
- Heinerth, Klaus : „Einstellungs- und Verhaltensänderung “- by Ernst Reihardt & Co, München 1979
- Kreuzer, Franz : „Die Unsicherheit unserer Wirklichkeit“ - Piper & Co Verlag, München 1981
- acoby, Mario : „Übertragung und Beziehung in der Jungschen Praxis“, Walter Verlag,

Düsseldorf 1993

Lazarus, A: „Praxis der Multimodalen Psychotherapie“ - DGVT - Verlag, Tübingen 1995

Lohmann, Hans-Martin: „Die Psychoanalyse auf der Couch“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1986

Mary, Michael: „Change. Lust auf Veränderung“ - Kreuz Verlag, Stuttgart 1993

Meinchenbaum, D.: „Kognitive Verhaltenstherapie“ - Psychologie Verlags Union, Bonn 1995

Mindel, Arnold: „Der Leib und die Träume. Prozessorientierte Psychologie in der Praxis“ –

Junfermann Verlag, Paderborn 1990

Neculau, Adrian: „A trăi printre oameni“ - Editura Junimea, Iași 1989

Orlinski, David; Kenneth, Howard: Process and Outcome in Psychotherapy (in Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change), Wiley, New York 1986

Perls, Friedrich S.: „Gestalt -Wachstum- Integration“ - Junfermann Verlag, Paderborn 1992.

Perls, Friedrich S.: „Das Ich, der Hunger und die Aggression“ - Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1991

Peseschkian, Nossrat : „Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten als Medien in der Psychotherapie“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1980

Petzold, H.: „Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung“ - Junfermann Verlag, Paderborn 1987

Rattner, Josef : „Psychotherapie als Menschlichkeit“ - Fischer Verlag, Frankfurt am Main 1981

Otto Rank in „Klassiker der Tiefenpsychologie“, Psychologie Verlag Union, München 1990

Reich, Wilhelm: „Der Triebhafte Charakter“ și „Charakteranalyse“ în vol. „Frühe Schriften“ –

Kiepenheuer & Witsch Verlag, Köln 1977

Reinecker, H.S.: „Zwänge. Diagnose, Theorie und Behandlung“, Hans Huber Verlag, Göttingen 1994

Riemann, Fritz: „Grundformen der Angst und die Antinomie des Lebens“ – Ernst Reinhardt Verlag, München 1991

Rogers, Carl: „Von Mensch zu Mensch. Möglichkeiten, sich und anderen zu begegnen“ – Junfermann Verlag, Paderborn 1984

- Rosen, Sidney : „Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson”, Iskopress Verlag, Salzhausen 1996
- Satir, Virginia; Banmen, J.; Gerber, J.; Gomori, M. : „Das Satir - Modell. Familientherapie und ihre Erweiterung “ - Junfermann Verlag, Paderborn 1995
- Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cechin, G.; Prata, G.: „Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung”, Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 1991
- Selvini Palazzoli, M.; Cirillo, S.; Selvini, M.; Sorrentino, A.M.: „Die psychotische Spiele in der Familie” - Klett Cotta Verlag, Stuttgart 1996
- Singer, J./ Pope, Kenneth: „Imaginative Verfahren in der Psychotherapie” - Junfermann Verlag, Paderborn 1986
- Steiner, Claude : „Wie man Lebenspläne verändert” - Junfermann Verlag, Paderborn 1991
- Svoboda, Tomas : „Das Hypnosebuch “- Kösel Verlag, München 1984
- Trekle, Bernhard : „Das HA - HAndbuch der Psychotherapie “ - Auer Verlag, Heidelberg 1994
- Zinker, J. : „Gestalttherapie als kreativer Prozess” - Junfermann Verlag, Paderborn 1982
- Watzlawick, Paul: „Wie wirklich ist die Wirklichkeit?” - Piper & Co Verlag, München 1976
- „Die Möglichkeit des Andersseins” - Verlag Hans Huber Bern 1977
- „Lösungen: zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels” - Hans Huber Verlag, Göttingen 1992.
- „Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien” - Hans Huber Verlag, Bern 1990.
- „Vom Unsinn des Sinns oder vom Sinn des Unsinn” - Pieper & Co, München 1995.
- „Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und Wirklichkeit” - Piper & Co Verlag, München 1994.
- „Die Erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?” - Piper & Co, München 1981.
- Weakland, H. / Watzlawick, P. : „Interaktion” - Hans Huber Verlag, Bern 1980

Wheeler, Gordon : „Kontakt und Widerstand“ (Ein neuer Zugang zur Gestalttherapie) -

EHP (Edition Humanistische Psychologie) Verlag, Köln 1993.

Zeig, J. : „Meine Stimme begleitet Sie überallhin. Ein Lehrseminar mit Erickson“ - Klett-Cotta Verlag,

Stuttgart 1995.

Zimbardo, P.G. : „Psychologie“ - Springer Verlag, Berlin 1983

Zimbardo, P.G., Leippe, M.R.: „The Psychology of Attitude Change and social Influence“, McGrau-

Hill, Inc. New-York 1991

Reviste:

„Zeitschrift für Klinische Psychologie“ - Verlag für Psychologie, Göttingen 1991-2000

„Experimentelle und klinische Hypnose“ - Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Hypnose, 1990-2000

„Hypnose und Kognition“ - Zeitschrift der Milton Erickson Gesellschaft MEG e.V., München 1989-2000