

**PSIHOTERAPIA  
UN TRATAMENT FĂRĂ MEDICAMENTE**

---



**IRINA HOLDEVICI**

**PSIHOTERAPIA  
UN TRATAMENT FĂRĂ  
MEDICAMENTE**



**EDITURA UNIVERSITARĂ  
București**

Tehnoredactare computerizată: Ameluța Vișan  
Coperta: Angelica Mălăescu  
Corectură: Gheorghe Iovan

---

Copyright © 2010  
Editura Universitară  
Director: Vasile Muscalu  
B-dul Nicolae Bălcescu 27-33,  
sect. 1, București.  
Tel./Fax. (021) 315.32.47 / 319.67.27  
www.editurauniversitara.ro.  
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

---

EDITURĂ RECUNOSCUTĂ DE CONSILIUL NAȚIONAL AL  
CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE DIN ÎNVĂȚĂMÂNTUL SUPERIOR  
(C.N.C.S.I.S.)

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**  
**HOLDEVICI, IRINA**

**Psihoterapia ; un tratament fără medicamente /**  
Alice-Irina Holdevici. - București : Editura Universitară,  
2010

Bibliogr.  
ISBN 978-973-749-902-8

615.851

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate Editurii Universitare.

---

Distribuție: tel/fax: (021) 315.32.47  
(021) 319.67.27  
comenzi@editurauniversitara.ro

---

ISBN 978-973-749-902-8

## CUPRINS

---

CUVÂNT ÎNAINTE .....	7
CAPITOLUL I PSIHOTERAPIA – UN TRATAMENT FĂRĂ MEDICAMENTE ...	9
CAPITOLUL II PSIHOTERAPIA COMPORTAMENTALĂ .....	55
CAPITOLUL III PSIHOTERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ .....	91
CAPITOLUL IV PSIHOTERAPIA RAȚIONAL EMOTIVĂ. ....	125
CAPITOLUL V TERAPII PSIHODINAMICE: PSIHANALIZA .....	151
CAPITOLUL VI PSIHOTERAPIA UMANISTĂ .....	235
CAPITOLUL VII PSIHOTERAPIA PRIN INTERVENȚIE PARADOXALĂ .....	342
CAPITOLUL VIII PSIHOTERAPIA DE FAMILIE .....	371

CAPITOLUL IX	
PSIHOTERAPIA PRIN JOC DRAMATIC .....	408
CAPITOLUL X	
ALTE SISTEME DE PSIHOTERAPIE .....	429
CAPITOLUL XI	
PSIHOTERAPIA SCURTĂ CENTRATĂ PE OBIECTIV .....	450
CAPITOLUL XII	
METODE DE PSIHOTERAPIE UTILIZATE ÎN CAZUL COPIILOR CU PROBLEME .....	462
CAPITOLUL XIII	
PSIHOTERAPIE ȘI CONSILIERE PSIHOLOGICĂ .....	476
CAPITOLUL XIV	
MODELUL PSIHOEDUCAȚIONAL ÎN TERAPIE ȘI CONSILIERE	494
CAPITOLUL XV	
ABORDĂRI ECLECTICE ÎN PSIHOTERAPIE .....	511
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ .....	523

## ***Cuvânt înainte***

*Lucrarea prezentă are drept scop o trecere în revistă a principalelor sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică utilizate la ora actuală în țările cu tradiție în acest domeniu, precum și în țara noastră.*

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

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

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

*La noi în țară în cazul psihologilor atestarea profesională este dată de Colegiul Psihologilor din România, pe baza recomandărilor asociațiilor profesionale de consiliere și psihoterapie. Medicii primesc atestări de la Federația Română de Psihoterapie.*

*Lucrarea se adresează studenților Facultății de Psihologie, și altor studenți sau masteranzi în psihologie sau psihoterapie precum și medicilor și psihologilor interesați de domeniu și dornici de a-și autoperfecționa cunoștințele.*

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

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

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

*Sunt abordate și probleme legate de psihoterapia centrată pe client sau pe persoană, psihoterapia strategică, psihoterapia prin joc dramatic, analiza tranzacțională și psihoterapia scurtă centrată pe obiective.*

*Lucrarea prezintă interes și pentru publicul larg interesat să-și rezolve problemele de sănătate fizică și mentală, să reducă efectele stresului, să-și optimizeze comportamentul și să atingă un nivel superior al randamentului profesional și al calității vieții.*

## *CAPITOLUL I*

# **PSIHOTERAPIA – UN TRATAMENT FĂRĂ MEDICAMENTE**

---

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

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

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

La baza oricărei psihoterapii se află convingerea conform căreia persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se modifica învățând noi strategii de a percepe și evalua realitatea și de a se comporta. Majoritatea psihoterapeuților sunt de părere că scopul psihoterapiei este să transforme această convingere în realitate.

Deci, în general, obiectivul oricărei psihoterapii constă în a înțelege comportamentul pacientului și a modifica acest comportament astfel încât dificultățile existențiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. În acest scop, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalității pacientului, căutând

să pună în evidență problemele principale și particularitățile psihice ale acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimală a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul și au efecte negative asupra celor din jur, afectând cele mai importante acțiuni ale vieții individului: activitatea profesională, relațiile interpersonale, viața sexuală, imaginea de sine și autoaprecierea etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este important de știut faptul că nu există un model standard de normalitate și că modalitățile de adaptare a omului la mediu sunt

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

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

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

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

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

ameliorarea simptomului doar ca o parte neînsemnată a modificării dorite.

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

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

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

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

1. *Scoaterea pacientului din criza existențială în care se află;*
2. *Reducerea sau eliminarea simptomelor;*
3. *întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului;*
4. *Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;*
5. *Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări unii mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;*
6. *Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ;*
7. *Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;*
8. *Dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității personale.*

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

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

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

### **Factori comuni în psihoterapie**

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

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

În cadrul majorității sistemelor psihoterapeutice apar următoarele elemente comune: relația stabilă între pacient și

psihoterapeut, exprimarea liberă și deschisă ale trăirilor afective ale pacientului, înțelegerea intuitivă („insight”) a unor probleme psihologice personale, cât și ideea dezvoltării personalității pacientului, a realizării unor disponibilități psihice latente ale acestuia, a evoluției sale psihologice, în sensul achiziționării unor modele de comportament care să conducă la adaptare de nivel superior a personalității.

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

### **Relația psihoterapeut - pacient**

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

Contribuția majoră a pacientului constă mai ales în motivația acestuia. Afirmarea psihologiei umaniste, că omul posedă în el însuși impulsul interior spre sănătate fizică și mentală face ca psihoterapia să devină posibilă. Deși această nevoie este uneori greu de identificat la pacienți foarte sever tulburați, majoritatea oamenilor derutați sau anxioși sunt suficient de descurajați pentru a fi dornici de o cooperare care le permite o ameliorare.

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

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

În cadrul relației psihoterapeutice terapeutul vine cu o serie de metode și tehnici foarte precise. Acestea au în comun mai ales

menirea lor de a contribui la ajutorul psihologic dat oamenilor aflați în suferință.

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

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

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

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

1. *relația centrată pe realitate și obiect;*
2. *contractul sau alianța psihoterapeutică;*
3. *relația de tip transferențial.*

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

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

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

**2. Contractul sau alianța psihoterapeutică** consideră că succesul oricărei terapii implică o colaborare a două persoane. Acest

tip de relație este de natură conștientă, rațională și non-regresivă, în care terapeutul face apel la ego-ul de adult al pacientului, pe care îl tratează ca pe un partener științific.

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

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

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

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

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

- *prezența unei descărcări de natură emoțională;*
- *existența raționalizărilor în cadrul interacțiunii pacient-terapeut;*
- *vehicularea unor informații noi care sunt transmise pacientului sub forma unor precepte, reguli de conduită, exemple*

*de viață, sau pe care le descoperă pacientul însuși prin intermediul unei înțelegeri de natură intuitivă („insight”);*

- *întărirea expectațiilor pacientului că va obține suport afectiv și ajutor din partea terapeutului;*
- *întărirea experiențelor încununate cu succes;*
- *facilitarea deblocărilor emoționale.*

### **Aspecte variabile în psihoterapie**

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

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

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

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

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

Așa cum este practică astăzi, psihoterapia își are rădăcinile în culturile străvechi și mai poartă în mare măsură amprenta tradițiilor arhaice. Unii specialiști sunt de părere că nici în ziua de azi psihoterapia nu este un demers pe deplin științific. Variabilele care intervin în cursul demersului psihoterapeutic sunt atât de complexe, iar interdependența acestora atât de complicată, încât experiența

psihoterapeutică este unică în felul ei, fiind în aceeași măsură atât artistică, cât și științifică. Oricum, unul dintre obiectivele importante ale psihoterapiei constă în îmbogățirea cu elemente științifice, obiective ale demersului psihoterapeutic artistic.

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

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

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

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

Desigur, această afirmație este mult exagerată, dar, cu toate acestea, ea conține un dram de adevăr. Chiar și diferențele de puncte de vedere în cadrul unei școli psihoterapeutice, cum ar fi diferențele de vedere dintre psihanalisti sunt în mare măsură datorate diferențelor de personalitate dintre aceștia. Obendorf (1946) sublinia faptul că diferențele de accent pe care le pun diverși psihanalisti asupra unor aspecte sau a altora în cadrul doctrinei și practicii psihanalitice au la bază clemente ale talentului și abilității clinice manifestate de fiecare psihoterapeut. Dorințele și expectațiile psihoterapeutului fixează - într-o măsură mai mare sau mai mică - obiectivele psihoterapiei și modelul de personalitate de care pacientul trebuie să se apropie ca rezultat al psihoterapiei. Dacă terapeutul este înclinat să dorească o modificare totală a personalității

pacientului, el va fi înclinat să depună eforturile pentru a atinge acest obiectiv. Dacă expectațiile sale sunt mai modeste, el va acționa în conformitate cu acestea. De exemplu (Watson, 1963), un terapeut va considera că demersul său este încununat de succes dacă un homosexual s-a împăcat cu deviația sa, în timp ce altul este convins că orice altă situație, cu excepția trecerii la heterosexualitate, este un eșec terapeutic.

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

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

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

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

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

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

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

a) Nivelul intelectual al pacientului

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

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

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

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

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

### ***6. Diferența între diversele școli psihoterapeutice în ceea ce privește abordarea relației psihoterapeut - pacient.***

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

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

- **modalitatea autoritară**, în care psihoterapeutul îi spune pacientului ce are de făcut, îi stabilește planurile și programe de recuperare orientate spre înfrângerea dificultăților sale. O formă

mai puțin directă de utilizare a manierei autoritare o reprezintă aplicarea sugestiilor terapeutice în stare de veghe sau în stare de hipnoză.

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

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

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

*7. Diferențe între diversele școli psihoterapeutice și în ceea ce privește necesitatea psihodiagnozei realizate înainte de începerea psihoterapiei.* Dacă majoritatea autorilor sunt de părere că o cunoaștere psihologică a pacientului este absolut necesară, există

și opinii contrare. De pildă, Rogers - părintele psihoterapiei non-directive - respinge psihodiagnoza pe care o consideră prea autoritară.

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

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

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

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

- psihoterapii mecaniciste;
- psihoterapii umaniste.

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

a) *Psihoterapia reconstructivă în opoziție cu psihoterapia suportivă*

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

iar psihoterapiile suportive contribuie într-o oarecare măsură la producerea unor modificări în sfera personalității pacientului.

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

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

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

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

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

După Frenck și Alexander (1946) psihoterapia suportivă este indicată în două categorii opuse de situații: una în care nu este necesară o modificare a personalității pacientului, eficiența acestuia fiind doar temporar perturbată de condiții exterioare neprielnice, iar cea de-a doua - în care perturbarea de personalitate este atât de

puternică, încât este greu de presupus că s-ar mai putea produce o schimbare structurală a pacientului.

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

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

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

De asemenea, diverse situații de viață pot impune un tratament simptomatic, ca de pildă în cazul în care simptomul este deosebit de sever și invalidant, cum ar fi în cazul unor atacuri de panică. Terapia centrată pe simptom se practică pe o scară destul de largă. Eliberat de simptomul deranjant, individul capătă o anumită libertate de acțiune și adesea această eliberare reprezintă singurul obiectiv pe care el îl așteaptă de la psihoterapeut.

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

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

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

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

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

Fiecare concept în funcție de care autorul împarte sistemele psihoterapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem

de referință în raport de care este interpretată natura relației terapeut - pacient.

### **Categoriile profesionale care practică psihoterapia**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La noi în țară, psihoterapia este practică de către psihologii și medicii atestați de Colegiul Psihologilor din România. Medicii cu drept de liberă practică în domeniul psihoterapiei pot fi atestați și de către Federația Română de Psihoterapie.

Formarea psihoterapeuților are loc în cadrul unor școli de psihoterapie, dintre care menționăm câteva: Societatea de Psihoterapie Experiențială (Iolanda Mitrofan,), Asociația de Psihanaliză (Ileana Antonescu Botezatu Augustin Cambozie, Eugen Papadima, Veronica Șandor, Vasile Zamfirescu), Asociația de psihoterapie analitică jungliană (Mihaela Minulescu), Asociații de psihoterapie cognitiv comportamentală (Dan David, Irina Holdevici, Oltea Joia, Radu Teodorescu, Teofil Andriescu), Asociații de hipnoză clinică, relaxare și terapii ericksoniene (Ion Dafinoiu, Irina Holdevici, Mircea Miclea), Asociații de psihodramă, psihoterapie de familie, analiză tranzacțională etc. Unele școli terapeutice includ în cadrul formării profesionale și programe de pregătire tip masterat.

Domaniul psihoterapiei cuprinde o gamă largă de școli terapeutice, bazate pe diverse sisteme teoretice și care includ o multitudine de strategii specifice.

Prezentăm în continuare câteva orientări mai bine conturate și mai cunoscute:

Sistemul de psihoterapie	Concepția teoretică	Tehnicile de terapie utilizate
Terapiile de orientare psihodinamică (Sigmund Freud, Alfred Adler, Cari Gustav Jung, neopsihanaliztii)	Ființa umană este determinată de energia psihică de natură inconștientă și de experiențele timpurii. Motivațiile și conflictele inconștiente joacă un rol însemnat în explicarea comportamentului actual. Dezvoltarea timpurie a personalității are o importanță crucială pentru că problemele de personalitate viitoare își au originile în conflictele reprimite în copilărie. Obiectivul terapiei constă în a aduce la nivelul conștiinței conținuturile inconștiente („insight”) în vederea restructurării profunde a personalității.	Principalele tehnici utilizate sunt interpretările, asociațiile libere, analiza viselor, analiza rezistențelor și a transferului. Acestea au rolul de a-i ajuta pe clienți să aibă acces la conflictele de natură inconștientă, ceea ce produce „insight-ul” (iluminarea) și integrarea elementelor descoperite în structurile ego-ului.
Terapiile experiențiale Cari Rogers, Victor Frankl, Rollo May, Irvin Yalom, Laura Perls	Consideră că ființa umană are posibilitatea de a deveni conștientă și liberă să-și hotărască propriul destin. Pun accentul pe capacitatea de autodeterminare a clientului, pe tendința lui firească spre sănătate și evoluție spirituală. Starea de sănătate mentală este privită ca o congruență dintre eul real și cel ideal. Terapia este focalizată asupra momentului prezent („aici și acum”) și presupune trăirea experienței actuale și exprimarea sentimentelor. Demersul terapeutic are menirea de a-i ajuta pe oameni	Terapeutul împrumută tehnici și strategii din alte sisteme terapeutice, accentul fiind pus pe atitudinea nonevaluativă a terapeutului de înțelegere, empatie și respect față de client. Tehnicile specifice sunt ascultarea activă, reflecția, clarificarea și sprijinirea clientului să trăiască experiența imediată.

	să înțeleagă faptul că dispune de libertate interioară, să conștientizeze propriile posibilități, identificând factorii care îi blochează și îi împiedică să devină personalități plener dezvoltate, deschise, spontane și creative.	
Terapiile comportamentale și cognitiv-comportamentale Arnold Lazarus, Albert Bandura, Albert Ellis, Aron Beck	Oamenii au tendința de a-și forma un stil de gândire defectuos care generează tulburări în plan emoțional și comportamente de tip dezaptativ. Gândurile și convingerile sunt responsabile de modul în care subiectul simte și acționează. Terapia este privită ca un demers de tip educațional care presupune formarea și exersarea unor deprinderi de comportament adecvat, învățarea unor noi modalități de a gândi și formarea unor abilități de a face față problemelor vieții. Obiectivele terapiei constau în identificarea și înlocuirea modelelor iraționale de a gândi, înlăturarea comportamentelor problematice și înlocuirea lor cu unele adaptative.	Strategiile terapeutice utilizate sunt desensibilizarea sistematică, relaxarea, întărirea, modelarea, restructurarea cognitivă (prin intermediul dialogului socratic, al verificării gradului de veridicitate a gândurilor și convingerilor iraționale și al înlocuirii lor cu unele realiste), sarcinile în plan comportamental, monitorizarea stărilor emoționale și a comportamentului și dezvoltarea unor deprinderi de rezolvare de problemei de comunicare asertivă.
Terapiile sistemice de familie Salvador Minuchin, Jay Halleey, Cloe Madanes	Familia este văzută într-o perspectivă sistemică, terapia focalizându-se asupra familiei ca un tot unitar. Comportamentul disfuncțional al unui client are drept cauză interacțiunile defectu-	Sunt utilizate o serie de tehnici terapeutice, în funcție de orientarea teoretică a autorilor. Acestea pot fi de tip experiențial, cognitiv sau comportamental și au drept obiectiv producerea schim-