

INTRODUCERE ÎN PSIHOTERAPIE

Volumul 2

Daniela Ionescu este psihoterapeut de orientare cognitiv-comportamentală, lector univ. dr. la Școala Națională de Studii Politice și Administrative din București, cadru didactic asociat Departamentului de Psihologie, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București.

A absolvit studiile de licență în psihologie la Universitatea din București (în anul 2011). A finalizat studiile de master în psihoterapie la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca (2011-2013) și studiile de master în sănătate ocupațională la Universitatea din București (2011-2013).

A obținut titlul de doctor în psihologie în cadrul Universității "Alexandru Ioan Cuza" în anul 2017 (bursier doctorand în cadrul proiectului POSDRU „Inovare și dezvoltare în structurarea și reprezentarea cunoașterii prin burse doctorale și postdoctorale/ IDRC – doc/ postdoc, din cadrul Academiei Române, Filiala Iași – 2014-2015).

Este autor al volumelor: *Psihologia autodeterminării. Analiză și dezvoltare personală* (2019, Trei), *Introducere în psihoterapie, vol. 1 și 2* (2019, Editura Universitară), coordonator al volumelor *Psihologie clinică și psihosomatică* (I și II), *Psihologie organizațională aplicată* (I și II) (2018, în colaborare cu Cătălina Roșca, Editura Universitară). Studiile publicate în reviste indexate și în volume colective acoperă problematica psihoterapiei, dezvoltării personale, Selfului, caracterului, aspecte psihologice în context clinic.

DANIELA IONESCU

INTRODUCERE ÎN PSIHOTERAPIE

Volumul 2



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2019

Cuprins

Capitolul 1. Psihoterapia eriksoniană	7
1. Introducere	7
2. Cadrul conceptual	10
3. Intervenția terapeutică	18
4. Studiu de caz	29
Capitolul 2. Psihoterapia sistemică	39
1. Introducere	39
2. Cadrul conceptual	41
3. Intervenția terapeutică	47
4. Studiu de caz	58
Capitolul 3. Psihoterapia integrativă	61
1. Introducere	61
2. Cadrul conceptual	63
3. Intervenția terapeutică	70
4. Studiu de caz	75
Capitolul 4. Psihoterapia experiențială modernă	79
1. Introducere	79
2. Cadrul conceptual	80
3. Intervenția terapeutică	81
4. Psihoterapia experiențială de familie.....	90
5. Psihoterapia experiențială unificatoare	94
6. Studiu de caz	98
Capitolul 5. Terapia bioenergetică și psihoterapii alternative	104
1. Introducere	104
2. Cadrul conceptual	106
3. Intervenția terapeutică	112

Capitolul 6. Intervenții în psihologia pozitivă	126
1. Introducere	126
2. Cadrul conceptual	128
2.1. Concepte din psihologia pozitivă	128
2.2. Modelul stării de bine – PERMA	132
2.3. Modelul virtuților	137
2.4. Fericirea autentică.....	144
3. Intervenția terapeutică	150
4. Exercițiu	169
Capitolul 7. Terapii cognitive și comportamentale – al treilea val	171
1. Introducere	171
2. Terapia prin acceptare și angajament	172
2.1. Cadrul conceptual.....	172
2.2. Intervenția terapeutică	179
3. Sistemul de psihoterapie prin analiză cognitiv-comportamentală ..	186
3.1. Cadrul conceptual.....	186
3.2. Intervenția terapeutică	189
4. Terapia dialectică și comportamentală	191
4.1. Cadrul conceptual.....	191
4.2. Intervenția terapeutică	194
5. Terapia metacognitivă	201
5.1. Cadrul conceptual.....	201
5.2. Intervenția terapeutică	206
6. Terapia cognitivă bazată pe mindfulness	209
6.1. Cadrul conceptual.....	209
6.2. Intervenția terapeutică	211
Bibliografie	217

Capitolul 1.

Terapia ericksoniană

1. Introducere

În trecut hipnoza era atribuită puterilor întunericului și magiei. Este bine cunoscut faptul că vechii vrăjitori și magicieni au practicat diferite forme de hipnotism (Erickson, 1980).

Pe tot parcursul îndelungatei sale istorii, hipnoza a fost folosită nu doar ca instrument medical și psihoterapeutic, ci și ca practică spirituală, ca formă constantă de divertisment și ca pârghie pentru studierea conștiinței umane.

Începuturile științifice în studiul hipnozei apar odată cu medicul vienez Anton Mesmer, în jurul anului 1775, de la numele căruia derivă termenul *mesmerism*. Acesta a descoperit proprietățile curative ale unei forțe invizibile pe care a numit-o inițial – *gravitație animală*. Tehnicile terapeutice ale lui Mesmer, care au ajuns în scurt timp să poarte denumirile de *magnetism animal* sau *mesmerism*, sunt considerate în mod obișnuit precursorii direcți ai hipnozei (Pintar & Lynn, 2012).

Inițierea unei înțelegeri psihologice a fenomenului a început în 1841 cu James Braid. El a propus termenul de *hipnoză*, a recunoscut natura psihologică a somnului hipnotic și a descris multe din manifestările sale, creând metode prin care să îi testeze funcționarea. Odată cu el, un număr tot mai mare de medici și mai târziu psihologi au contribuit la stabilirea valabilității științifice a fenomenului hipnozei - Charcot, Liebault, Bernheim, Heidenhain, G. Stanley Hall, William James, Morton Prince, Sir William Crookes și Pierre Janet (Erickson, 1984).

Ideile lui Braid au fost avansate la sfârșitul anilor 1800. La începutul anilor 1900 medicul Liebault și neurologul Bernheim au subliniat *rolul sugestibilității* în hipnoză. Abordarea a devenit mai larg acceptată decât perspectiva patologică a lui Charcot. Freud a studiat fenomenul hipnotic cu Charcot (1885) și Breuer (1895) a evidențind faptul că hipnoza poate fi folosită în recuperarea primelor amintiri. Acest lucru va contribui la elibera emoțiilor stocate în inconștient.

La aceeași vreme (începutul anilor 1900), psihiatrul Morton Prince a devenit cunoscut pentru utilizarea hipnozei în tratarea tulburării de personalitate multiplă. De asemenea, la începutul anilor 1900, Alfred Binet, cunoscut pentru dezvoltarea unui test de inteligență în

1904 și pentru publicarea unei cărți despre magnetismul animal, a arătat un interes pentru hipnoză.

Acceptarea științifică a hipnozei a început cu publicarea cărții lui Clark Hull "Hipnoză și sugestibilitate: o abordare experimentală", publicată la mijlocul anilor 1900. În această carte a descris experimente controlate ce acopereau o gamă largă de fenomene hipnotice.

Contemporan cu Hull a fost Ernest Hilgard, de asemenea, un lider în cercetarea hipnozei. Cel mai important lucru pe care l-a realizat a fost înființarea laboratorului de cercetare în hipnoză de la universitatea Stanford, acesta devenind o bază de formare a multor cercetători și clinicieni interesați de hipnoză.

La sfârșitul anilor 1920, Hull a mentorat un tânăr student la medicină și psihologie, Milton Erickson. El va aduce schimbări majore în utilizarea hipnozei, va propune teorii și tehnici ce vor permite tratamentul cu succes pentru persoane ale căror probleme se considerau a fi de nerezolvat.

Hipnoterapia lui Erickson se caracterizează prin:

- *inducția hipnotică indirectă,*
- *numărul redus de sesiuni,*
- *utilizarea atributelor persoanei,*
- *utilizarea metaforelor.*

Multe dintre ideile lui Erickson au fost încorporate nu numai în limbajul hipnotic modern, ci și în domeniul psihoterapiei în general (Chapman, 2006).

2. Cadrul conceptual

Terapia ericksoniană are mai multe repere teoretice:

1) *Abordarea flexibilă, ateoretică* – Erickson afirmă că *singura teorie* considerată valabilă este aceea pe care clientul o are despre condiția sa actuală. Din această perspectivă trebuie conceptualizate problemele reale ale clientului, așa cum le vede el. Astfel, clientul este respectat și încurajat în demersul de schimbare al condiției sale existențiale.

2) *Depatologizarea persoanei* – clienții nu sunt abordați conform modelului medical, ci conform unui model holistic ce pune accentul pe *flexibilitatea abordării* terapeutice. Terapeutul nu este interesat de o *etichetă* pentru condiția disfuncțională a clientului său, ci este interesat de a descoperi *logica comportamentului problematic* pentru a putea schimba patternul comportamental dezadaptativ al persoanei.

3) *Inconștientul* – este o sursă profundă a resurselor existențiale ale persoanei, construind *simptome dezadaptative* care au în esență rolul de a *proteja* persoana de anumite *conținuturi neintegrate*. Simptomul este cea

mai bună soluție pe care clientul a fost capabil să o găsească până în momentul prezent.

4) *Starea de transă hipnotică* – Erickson vede hipnoza ca pe un proces natural de ghidare a clientului spre o stare de transă în care acesta își comută atenția din mediul extern asupra mediului său intern.

5) *Limbajul terapeutic* – terapeutul trebuie să comunice atât cu partea conștientă cât și cu cea inconștientă a clientului său. Prin intermediul limbajului terapeuticul ghidează clientul spre experiențe interne semnificative pentru procesul schimbării personale (Ciorbea, 2013).

Premisele schimbării clienului. Terapia ericksoniană este o abordare orientată spre scopuri, spre rezolvarea de probleme. Are la bază metodologia inspirată din învățăturile și cazurile lui Milton H. Erickson. Mai precis, terapia ericksoniană este definită ca o abordare experiențială și fenomenologică orientată spre rezolvarea problemelor. Aceasta utilizează:

- *atributele existente ale clientului,*
- *procesele naturale de învățare și adaptare a clientului.*

Schimbările terapeutice semnificative pot apărea în mai multe sisteme: sistemul cognitiv, comportamental, afectiv, social, subconștient, autonomy.

Schimbările apar când:

- (1) experiențele trăite direct sau simbolic sunt folosite pentru a destabiliza modelele psihologice maladaptive;
- (2) se generează resurse intrinseci care pot fi utilizate în rezolvarea problemelor actuale sau viitoare.

Relația terapeutică. Terapia ericksoniană este o perspectivă a învățării, a vindecării și a creșterii care promovează flexibilitatea într-un mod adaptiv continuu. Terapeutul exercită o mare flexibilitate și creativitate pentru a lucra în colaborare cu clientul. Relația terapeutică există pentru a satisface nevoile clientului. În acest cadru cooperativ, terapeutul acceptă și încurajează încercările clientului de a îndruma și influența procesul de schimbare. La rândul său, clientul este mai deschis la influența terapiei (Zeig, Miller & Short, 2017).

Teorii care stau la baza terapiei ericksoniene

Teoria sănătății și bunăstării umane. Deși se presupune că toate persoanele au nevoi diferite, valori și credințe construite în mod unic, orice plan general de furnizare a terapiei trebuie să fie organizat în jurul unor *presupuneri esențiale despre sănătatea mintală și prosperitatea umană.*

Sănătatea se menține prin satisfacerea nevoilor. Nevoile sunt mecanisme care spun corpului și minții ce resurse sunt necesare pentru supraviețuire și pentru a obține starea de bine, stare care înseamnă sănătate. Afectarea stării de bine, disconfortul, produce în timp alterarea sănătății.

Toți oamenii au o serie de nevoi instinctuale care sunt foarte relevante pentru sănătate și pentru bunăstare. Există nevoi universale, cât și specifice, nevoi înnăscute și învățate. Nevoile conduc comportamentul, iar satisfacerea lor produce sentimente de înflorire și bunăstare fiziologică. Bunăstarea umană este în mare parte o experiență subiectivă derivată dintr-un proces continuu de împlinire a nevoilor.

Deși nu există o singură doctrină a terapiei ericksoniene care să susțină o listă specifică de nevoi, următoarea listă de tendințe aparent înnăscute include inclusiv nevoile universale identificate de terapeuții ericksonieni. Acestea sunt:

- nevoia de supraviețuire,
- nevoia de altruism,
- nevoia de apartenență,
- nevoia de semnificație,
- nevoia de noutate,
- nevoia de creativitate.

Cu aceste cunoștințe, terapeutul inovează tehnici de terapie și răspunde în mod flexibil nevoilor clientului fără a se pierde sau a confunda legătura cu procesul terapeutic general.

Terapia ca rezolvare de probleme. Având în vedere preocuparea pentru sănătate și prosperitate umană, procesul de terapie ericksoniană devine în esență o activitate de rezolvare a problemelor. Strategia generală a terapiei ericksoniane cuprinde:

- a oferi un *context în care clientul elaborează propriile soluții.*

- a concentra și de a amplifica *punctele forte și motivația* clientului pentru a se angaja în rezolvarea problemelor.

- a ajuta clientul să acceseze resurse inconștiente, precum și abilități conștiente deliberative care sunt ulterior folosite pentru a rezolva nevoile nesatisfăcute (Zeig, Miller & Short, 2017).

Rezolvarea problemelor centrate pe patologie versus rezolvarea problemelor centrate pe nevoi. Urmând ideologia modelului medical, multe școli de terapie au fost construite în jurul sarcinii de a identifica și vindeca patologia clientului.

Strategia de rezolvare a problemelor centrate pe nevoi este preocupată de identificarea factorii psihologici specifici clientului. Deși terapeuții ericksonieni folosesc ghidurile de evaluare clinică, aceștia sunt atenți să evite utilizarea etichetelor diagnosticare într-un mod care creează limitări clientului. Identificarea problemelor este un pas util în rezolvarea problemelor. Clienții raportează de multe ori ușurare atunci când recunosc și vorbesc despre sentimentul de suferință.

Milton Erickson considera că majoritatea problemelor pacienților săi se datorau *limitărilor învățate* – clienții nu au învățat cum să facă față unor probleme. Prin urmare, abordarea ericksoniană este o perspectivă pragmatică care concentrează atenția asupra a ceea ce poate fi atins ca urmare a unui *nou demers de învățare* (Zeig, Miller & Short, 2017).

Progresul terapeutic real are loc atunci când clientul intră în faza de acțiune, face ceva în legătură cu problema identificată.

Terapia ca proces de experimentare și descoperire. Terapia ericksoniană poate fi descrisă ca un proces de experimentare și descoperire. Cei care încearcă să-și rezolve problemele generează multe planuri posibile de acțiune înainte de a încerca o soluție la o problemă. În terapia ericksoniană, clientul și terapeutul colaborează

pentru a crea *planuri alternative de acțiune* și mijloace de identificare a modalității de atingere a succesului. Acest spirit axat pe experimentare este important pentru a crea flexibilitate sporită și reziliență mai mare, atunci când rezultatele nu vor fi cele dorite.

Mai importantă decât rezolvarea problemei este *descoperirea potențialului uman și a abilităților nerealizate* - o descoperire care este deschisă atât clientului, cât și terapeutului (Zeig, Miller & Short, 2017).

Teoria schimbării. Milton Erickson a privit organismul uman ca o *colecție complexă*, în continuă schimbare, organizată de procese intelectuale, emoționale și biologice ce au o desfășurare conștientă și inconștientă. Toți oamenii posedă abilități impresionante de auto-organizare și adaptare care ar trebui să fie evocate și puse în practică în terapie.

În școlile tradiționale, teoria schimbării vizează, de obicei, un singur aspect al experienței umane, care este considerat crucial pentru bunăstarea persoanei. Prin urmare, terapia este orientată spre schimbarea aceluia singur lucru (de exemplu, în CBT- schimbarea cognițiilor disfuncționale).

Terapia ericksoniană, prin contrast, include toate aspectele experienței umane. Este concepută pentru a aborda convingerile conștiente ale unei persoane,

conținuturile inconștiente, dialogul propriu-zis, interacțiunile cu ceilalți, amintirile, visurile, activitatea musculară, funcționarea sistemului nervos autonom, sistemul imunitar și orice alt aspect al funcționării umane care este afectat de minte.

După Erickson, toată psihoterapia implică o formă de *reorientare*, care se realizează prin *procese adaptive de auto-organizare*. În timp ce multe abordări terapeutice se focalizează pe reorientare în procesarea emoțională sau cognitivă, Erickson a folosit *resursele sociale și contextuale* pentru a crea un proces experimental conceput pentru a facilita schimbarea auto-organizatoare (Zeig, Miller & Short, 2017).

Teoria progresului. În gândirea occidentală, relațiile cauză-efect sunt adesea luate în considerare în termeni liniari. În terapie, am putea presupune că intervenția "A" va duce în mod consecvent la rezultatul "B". Pentru Erickson, cauza și efectul sunt rareori liniare. Mai degrabă, transformarea este un proces paradoxal care începe cu acceptarea clienților, pentru că ei vor sugera răspunsurile necesare și vor scoate la iveală capacitățile lor, până atunci necunoscute.

Terapia ericksoniană urmează adesea o cale neliniară de schimbare. Terapeutul ericksonian

recunoaște valoarea unei paradigme neliniare a învățării și progresului (Zeig, Miller & Short, 2017).

Erickson a explicat că uneori trebuie să mergi înapoi pentru a avansa:

- a obține controlul comportamentului involuntar printr-o manifestare involuntară,

- a recunoaște un comportament productiv prin angajarea în comportamente neproductive;

- a prescrie o recădere ca mijloc de încurajare a progresului pe termen lung, etc.

Acestea sunt procese experiențiale care implică anumite părți ale minții și care nu pot fi înțelese cu inteligența conștientă (cum ar fi încercarea de a explica de ce uneori este nevoie de eșec pentru a progresa sau de ce este necesară confuzia pentru a facilita învățarea).

3. Intervenția terapeutică

Obiective terapeutice

Autoeficacitatea. Deși nu a folosit niciodată termenul autoeficacitate, Erickson a recunoscut și a subliniat rolul autoeficacității în schimbarea comportamentului și a personalității. Este mult mai eficient ca terapeutul să conducă clientul/clientul spre a afirma "să

văd ce pot eu să fac” decât să-l lase pe client să observe impactul intervenției asupra sa.

Autoeficacitatea corelează pozitiv cu succesul terapiei. Dacă clientul nu are sau își subestimează abilitatea de a face față celor întâmplare și nu are sentimentul de control personal, pot apărea probleme emoționale. Cele mai multe tulburări nevrotice, a susținut Erickson într-unul din seminariile sale de predare, "apar la oamenii care se simt inadecvați, incompetenți; însă se pune întrebarea: aceștia chiar și-au măsurat competența?" (Otani, 1990).

Aceste afirmații indică faptul că hipnoterapia ericksoniană implică evaluarea corectă și întărirea autoeficacității clientului. În principiu, autoeficacitatea care este îmbunătățită ca urmare a terapiei va dezvolta cel mai probabil o serie de atitudini adaptative: motivația clientului de a se schimba, auto-observarea pozitivă, creșterea sentimentului de control, accelerarea ratei de învățare și a procesului de schimbare.

Diminuarea autoeficacității ar putea duce la: evitare, automonitorizare negativă, pierderea controlului perceput. Bandura (1977, 1982) a arătat că terapiile bazate pe activități și observare directă au fost mai eficiente în creșterea autoeficacității și schimbării comportamentului decât alte metode, cum ar fi învățarea din experiența altora, persuasiunea verbală și tehnicile emotive.

Reglarea inconștientă a comportamentului și complianța spontană. În promovarea schimbării clientului, Milton Erickson a subliniat *rolul inconștientului*. Critic pentru schimbare nu este efortul conștient, ci răspunsul inconștient al clientului. Inconștientul este agentul funcțional responsabil pentru comportamentul și schimbarea personalității. Vindecarea clientului provine din interior adică din mintea inconștientă (Otani, 1990).

Un tratament psihoterapeutic eficient este acela în care clientul consideră că vindecarea rezultă din forța interioară asupra căreia nu are control direct voluntar. Judecând după această schemă teoretică, încrederea pe care a acordat-o Erickson inconștientului are un sprijin empiric solid.

Complianța spontană înseamnă: comportamentul este emis în conformitate cu factorii externi, dar este atribuit cauzelor personale. Tehnici precum legăturile duble, paradoxurile și diverse forme de sugestie indirectă produc reglarea inconștientă a comportamentului care este, probabil, autonomă, pozitivă și se îmbunătățește, consolidează natural (Strong, 1982).

Reorganizarea cognitivă, experiențială. Erickson a subliniat importanța reorganizării în terapie a modelului cognitiv și experimental al clientului.