

Brent B. Geary, Jeffrey K. Zeig  
(coordonatori)

# **MANUAL DE PSIHOTERAPIE ERICKSONIANĂ**

Traducere de Miruna Andriescu

POLIROM  
2023

# Cuprins

<i>Prezentarea contributorilor</i> .....	9
--	---

## PRINCIPII

1. Evaluarea in hipnoza și psihoterapia ericksoniene <i>Brent B. Geary</i> .....	15
2. Inducția hipnotică <i>Jeffrey K. Zeig</i> .....	33
3. Influența socială, teoria așteptărilor și hipnoza ericksoniană <i>William J. Matthews</i> .....	46
4. Utilizarea : o contribuție fundamentală, o familie de idei și o nouă generație de aplicații <i>Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Susanne T. Coleman</i> .....	59
5. Crearea unui context pentru hipnoză : căutarea unei tematici a resurselor și integrarea acesteia într-o ședință de hipnoză ericksoniană <i>Robert B. McNeilly</i> .....	74
6. Cind folosim și cind nu folosim hipnoza, conform tradiției ericksoniene <i>Terry L. Argast, Richard E. Landis, Pennie Dexter Carrell</i> .....	84
7. Transfer/contratransfer <i>Eric Greenleaf</i> .....	112
8. Poveștile <i>Betty Alice Erickson</i> .....	131
9. Principiile psihobiologice ale psihoterapiei ericksoniene creative <i>Ernest L. Rossi</i> .....	142
10. Avertisment pentru terapeuți : pericole etice și juridice ale folosirii tehnicilor ericksoniene <i>Alan W. Schefflin</i> .....	177

11. Din nou, întrebarea : ce este hipnoza ericksoniană? <i>Michael D. Yapko</i> .....	192
12. Poziția filosofică a psihoterapeutului ericksonian <i>Michele K. Ritterman</i> .....	211

## PRACTICĂ

13. O intervenție centrată pe obiectiv, pentru rezolvarea decisivă a dificultăților de adaptare generate de trauma moderată și de cea severă <i>Stephen R. Lankton</i> .....	221
14. Tulburările de anxietate <i>R. Reid Wilson</i> .....	243
15. Terapia strategică, centrată pe soluții, a depresiei <i>Lynn D. Johnson</i> .....	260
16. Abordări ericksoniene ale managementului durerii <i>Jeffrey K. Zeig, Brent B. Geary</i> .....	282
17. Abordări de luptător în gestionarea bolii cronice <i>Sandra M. Sylvester</i> .....	294
18. Abordări ericksoniene ale afecțiunilor psihosomatice <i>Harriet E. Hollander</i> .....	304
19. Hipnoza : auxiliar al manevrelor medicale <i>Norma Barretta, Philip F. Barretta</i> .....	314
20. Facilitarea generativității și a integrității eului : aplicarea metodelor ericksoniene la populația vîrstnică <i>Helen Erickson</i> .....	325
21. Abordări ericksoniene ale tulburărilor disociative <i>Maggie Phillips</i> .....	350
22. Consilierea impusă : cum îi ajutăm pe cei care nu vor să fie ajutați <i>Dan Short</i> .....	372
23. Strategii ericksoniene pentru a slăbi cu succes <i>Carol J. Kershaw</i> .....	391
24. Dependentele <i>Cheryl Bell-Gadsby</i> .....	402

25. Stimularea performanței în sport, în activități intelectuale și în viața de zi cu zi <i>Ronald A. Havens, Catherine Walters</i> .....	415
26. Fiica mea, sinele meu : despre importanța neglijată a propriei experiențe a clinicianului <i>Joseph Barber</i> .....	425
27. Problema este soluția : principiul sponsorului în psihoterapie <i>Stephen Gilligan</i> .....	441
28. Contractele matrimoniale eficiente <i>Carol Lankton</i> .....	461
29. Simptomul ascuns în terapia sexuală <i>Daniel L. Araoz</i> .....	479
30. Lucrul indirect cu cuplurile <i>Teresa Robles</i> .....	490
31. Limbajul hipnotic al cuplurilor <i>Jane A. Parsons-Fein</i> .....	506
32. Trei bomboane pentru cinci băieți și alte abordări strategice și orientate spre soluții, pentru copii și adolescenți <i>Bernhard Trenkle</i> .....	518
33. „Vreau să mă port cu el mai bine decât s-a purtat el cu mine.” Intervenții ericksoniene și intervenții centrate pe soluții la un părinte vîrstnic dependent <i>Yvonne M. Dolan</i> .....	538
34. Ludoterapia ericksoniană : spiritul vindecării la copii și adolescenți <i>Joyce C. Mills</i> .....	557
35. Autoîngrijirea : abordări din autohipnoză pentru utilizarea propriului potențial inconștient (interior) <i>Brian M. Abman</i> .....	574
36. Utilizarea relației în hipnoterapie <i>Dirk Revenstorf</i> .....	594
<i>Index</i> .....	613

În general, s-a descoperit că psihoterapia psihodinamică de scurtă durată pare să fie mai puțin eficientă decât terapia cognitivă de foarte scurtă durată (1-12 vizite) și că are o eficiență echivalentă cu cea a terapiei cognitive mai lungi de 12 ședințe (Steenburger, 1994). S-a presupus că terapeuții psihodinamici ar vedea pacienți mai dificili și, prin urmare, ar avea nevoie de mai mult timp pentru a obține rezultate valoroase. Spre deosebire de poziția adoptată de Johnson (1995), acum există dovezi (Shapiro, Rees, Barkham *et al.*, 1995) că, în cazul pacienților echivalenți, terapia psihodinamică nu oferă la fel de mult ajutor în șase ședințe ca terapia cognitivă. Totuși, dacă pacienții au rămas în terapie timp de 12 ședințe, terapia cognitivă și cea psihodinamică s-au dovedit echivalente. Dacă aceste informații susțin ideea că factorii comuni sînt responsabili pentru o mare parte din efectul psihoterapiei, ei oferă și un argument bun pentru timp  $\times$  teorie/tehnică. Se pare că în terapia de scurtă durată tehnica are o anumită pondere. Același argument, că există diferențe de nuanță care pot fi atribuite tehnicii/teoriei, a fost formulat și de alți autori, de la terapia psihodinamică la terapia centrată pe soluții.

Dacă tehnica centrată pe soluții are într-adevăr efect este o întrebare esențială, dar depășește cadrul acestui articol. Bănuim că concentrarea pe schimbări imediate la nivelul percepției și al comportamentului contează destul de mult, mai ales sub aspectul vitezei schimbării. Cu alte cuvinte, credem că terapia de scurtă durată centrată pe soluții poate accelera răspunsul la tratament, evitînd presupusul avantaj al medicației, acela că ar da rezultate mai rapid decât psihoterapia.

Această descoperire a fost limpede evidențiată de Programul de cercetare a tratamentului cooperativ al depresiei al Institutului Național de Sănătate Mentală. După cum am comentat în altă parte (Johnson și Miller, 1994), există un factor care nu a fost remarcat de ceilalți, și anume că în jur de o treime dintre pacienți nu au reușit să încheie tratamentul pentru depresie și au rămas depresivi, fără să reacționeze la tratament. Dacă mai mulți pacienți au renunțat la managementul prin medicație și prin placebo/metode clinice, chiar și terapia interpersonală și cognitivă a înregistrat probleme legate de abandon.

Este posibil ca mulți terapeuți care au învățat modele de tratament pe termen lung să considere că un pacient renunță la terapie cînd a obținut ceea ce dorea și pune punct de obicei cu sentimente pozitive față de experiența terapiei (Pekarik și Wierzbicki, 1986 ; Talmon, 1990).

Aici nu discutăm despre acest fapt, ci ne referim la pacienții ale căror niveluri de depresie (stabilite prin autoevaluare, folosind Inventarul de depresie Beck sau evaluate de terapeuți, folosind Scala Hamilton de evaluare a depresiei) nu s-au diminuat.

Bănuim că există doi factori implicați în acest tip de abandon al psihoterapiei. În primul rând, terapeutul poate să reacționeze inadecvat față de pacient, conform relației stabilite prin Statutul Clientului. Cu alte cuvinte, este posibil ca pacientul deprimat să fie un „reclamant” (sau chiar poate un „vizitator”, împins spre terapie de rudele îngrijorate), iar terapeutul atribuie sarcini de lucru, încălcând regulile implicite ale pacientului.

În al doilea rând, procesul terapeutic poate conține unii factori iatrogeni care îl fac pe pacient să se simtă mai rău, deși temporar. De exemplu, pacientul ar trebui să fie evaluat în fiecare ședință, folosind întrebările necesare completării scalei Hamilton. Astfel de proceduri de evaluare pot concretiza depresia în mintea pacientului.

Cu siguranță, există alte modalități de a explica abandonul tratamentului. O astfel de explicație ar fi procesul de socializare pe care îl necesită majoritatea terapiilor. Pacientul ar trebui să învețe unele modalități noi de gândire, care necesită efort și exercițiu. Acest efort și exercițiul pot părea fie prea dificile, fie lipsite de legătură cu felul în care pacientul își înțelege situația. De exemplu, dacă pacientul simte că este deprimat din cauza unui factor biologic pe care nu îl poate controla și dacă terapeutul recomandă o anumită sarcină de lucru, implicația este că depresia e o consecință a unei absențe a comportamentului respectiv, nu un proces biologic, la urma urmei.

Avantajul terapiei de scurtă durată centrată pe soluții este adaptarea tratamentului la dispoziția, atribuțiile, semnificațiile și comportamentele pacientului. În loc să fixeze pacientul pe un pat al lui Procust al teoriei rigide, terapeutul încearcă să vadă care dintre numeroasele intervenții sînt adecvate unui anumit pacient.

Totuși, terapeutul trebuie să aibă o teorie care să-i orienteze și să-i influențeze comportamentul. Este imposibil să se intervină fără un fundament teoretic, la fel cum este imposibil să fie evaluată o persoană fără a o influența simultan. În acest capitol, vom presupune că cititorul este familiarizat cu teoria și tehnica centrate pe soluții (Berg și Miller, 1992; De Shazer, 1988, 1991). Concomitent, credem că o înțelegere a lui Milton Erickson și a contribuțiilor sale va consolida

influența adeptului terapiei de scurtă durată centrată pe soluții. Iar în caz contrar, când un terapeut învață terapia centrată pe soluții fără scrierile fundamentale ale lui Erickson, susțin că există un decalaj semnificativ în înțelegerea terapeutului – decalaj care, în unele cazuri foarte dificile, poate crea o situație în care terapia scurtă centrată pe soluții nu are forța necesară pentru a crea schimbare.

Prin urmare, terapeuților le poate fi utilă o hartă a schemelor cognitive posibile care contribuie la depresie. Nu vrem să spunem că ar trebui să folosim schemele pentru a educa pacientul, ci doar pentru a face intervențiile terapeutului raționale și sistematice.

În acest capitol sînt detaliate concepțiile noastre despre aplicarea terapiei centrate pe soluții în cazul depresiei. Sînt prezentate protocoalele generale de tratament și posibilele limite ale tratamentului centrat pe soluții, precum și necesitatea unor abordări care depășesc conținuturile studiilor despre terapia scurtă centrată pe soluții.

Ne-a făcut o impresie favorabilă un anumit model al depresiei care părea să corespundă bine cu concepțiile noastre. Un astfel de model al depresiei, care evidențiază factorii psihologici sau cognitivi, precum cel propus de Seligman (1990), reflectă dovezi conform cărora depresia este în principal o reacție la stres, mediată de variabile cognitive predispozante (*cf.* Metalsky și Joiner, 1992; Sweney, Anderson și Bailey, 1986). Acest model *diateză-stres* susține că reacția unei persoane la un eveniment stresant este consecința cadrului de referință pe care persoana respectivă îl adoptă cu privire la evenimentul respectiv. Conform lui Seligman (1990), există trei cadre de referință esențiale pe care o persoană le poate asuma cu privire la un eveniment negativ: (1) evenimentul este fie permanent, fie temporar; (2) evenimentul este fie generalizat, fie proximal; (3) evenimentul este cauzat fie la nivel personal, fie la nivel extern. Seligman argumentează că adoptarea primei alegeri în fiecare dintre cele trei „cadre de referință” anticipează apariția depresiei, iar adoptarea opțiunii secundă anticipează recuperarea după evenimentele stresante.

Tehnicile terapiei de scurtă durată centrate pe soluții par să vizeze în mod fericit cele trei cadre de referință identificate de Seligman. În plus, par să aibă avantajul că durează mai puțin pînă se realizează impactul terapeutic. Studiile efectuate la Centrul de Terapie Scurtă Familială, vizînd o diversitate de categorii de diagnostic, au descoperit că, la o medie de 4,6 ședințe, peste 80% dintre clienți s-au considerat

vindecați sau satisfăcuți de rezultatele terapiei (De Shazer, 1991). Datele despre rezultate provenite de la Centrul de Terapie Scurtă din Salt Lake City sînt remarcabil de asemănătoare : 26% dintre pacienți au participat la o ședință ; numărul mediu de ședințe este 4,1 și, la fel, pacienții se simt satisfăcuți de felul în care și-au rezolvat problema. În continuarea acestui capitol sînt descrise intervențiile centrate pe soluții, corespunzînd celor trei cadre de referință ale lui Seligman.

## Întrebările din terapia de scurtă durată centrată pe soluții și modelul Seligman

Trei tipuri de întrebări din terapia centrată pe soluții par să vizeze cele trei cadre de referință negative identificate de Seligman (1990) drept fundamente ale depresiei : (1) întrebările referitoare la excepție ; (2) întrebările referitoare la deznodămînt ; (3) întrebările referitoare la modul de a face față și/sau la externalizare (Berg și Miller, 1992 ; De Shazer, 1988 ; Walter și Peller, 1992). Deși adepții acestui tip de terapie folosesc și alte tipuri de întrebări (cum ar fi întrebările de scalare), acestea nu vor fi analizate aici, așa că accentul cade pe corespondența dintre modelul lui Seligman și practicile terapiei scurte centrate pe soluții.

### Întrebările referitoare la excepție

Întrebările referitoare la excepție se referă la momente cînd problema fie era absentă, fie era mai puțin intensă sau gestionată într-un mod acceptabil pentru client. A atrage atenția asupra unor astfel de momente tinde în mod indirect să recontextualizeze cadrele de semnificație ale clienților deprimați care presupun, conform modelului lui Seligman, că un eveniment negativ sau stresant este mai degrabă *generalizat* decît proximal. Iată cîteva exemple de astfel de întrebări :

„Îmi imaginez destul de bine ce se întimplă cînd sînt probleme (*menționați aici simptomele specifice*). Acum, pentru a avea o imagine mai bună a situației dumneavoastră, vreau să știu mai multe despre momentele în care (*simptomul specific*) nu apare.”

„Cînd anume *nu* aveți (simptomul) ?”

„Povestiți-mi despre ultima perioadă în care *nu* ați avut (simptomul).”



„Ce e diferit în momentele în care (problema nu este prezentă, problema este mai puțin intensă, gestionați problema într-un mod pe care îl considerați acceptabil)?”

„Povestiți-mi despre ultima perioadă în care ați crezut că aveți (*simptomul*), dar apoi nu l-ați mai avut.”

Un tip special de întrebare despre excepție care este deosebit de relevant pentru recontextualizarea cadrului semnificației de generalizare constă într-o interogare cu privire la schimbarea de dinainte de tratament. Întrebarea vizînd excepția, despre schimbarea dinainte de tratament, le cere clienților să descrie ce s-a schimbat sau s-a îmbunătățit între momentul în care pacientul a făcut programarea pentru terapie și cel în care a participat la prima ședință de tratament. De exemplu :

„Mulți clienți observă că între momentul în care sună să facă programare și prima ședință situația deja pare diferită. Ce ați observat cu privire la situația dumneavoastră?”

Întrebarea poate fi modificată pentru a fi folosită în timpul procesului de întîmpinare a pacientului, astfel încît intervenția terapeutică să înceapă înainte de contactul față în față din timpul tratamentului. De exemplu, în timpul proceselor de întîmpinare și planificare a ședințelor, clientului i se poate cere direct să identifice dovezi ale schimbării de dinainte de tratament, în timp ce așteaptă să înceapă ședința programată.

Howard, Kopta, Krause și Orlinsky (1986) estimează că 15% dintre clienți manifestă schimbări pozitive înainte de tratament, dar studiile efectuate în centrul unde a fost elaborată terapia de scurtă durată centrată pe soluții au relevat că pînă la două treimi (66%) dintre clienți declară că au observat modificări pozitive înainte de tratament, asociate cu obiectivele tratamentului, *dacă au fost întrebați despre aceste schimbări de către terapeut* (Weiner-Davis, De Shazer și Gingerich, 1987).

După ce este identificată o excepție, sînt căutate informații detaliate cu privire la momentul în care a survenit excepția, precum și la modul în care clientul ar fi putut contribui la absența problemelor, la scăderea intensității lor ori la gestionarea lor într-o manieră acceptabilă. Realizăm acest lucru adresîndu-i clientului întrebări de tip

cine, ce, unde, cînd și cum, cu privire la perioada excepției. De exemplu, clienții sînt întrebați :

- „Cine altcineva a observat perioada în care problema nu a survenit ? ”
- „Ce ați spune (dumneavoastră/ei) că a fost diferit în acea perioadă ? ”
- „Cînd și cit de des s-a întîmplat/se întîmplă acest lucru ? ”
- „Unde s-a întîmplat ? ”
- „Cum s-a întîmplat ? ”
- „Ce ați spune (dumneavoastră/ei) că trebuie să faceți pentru ca asta să se întîmple din nou (sau mai des) ? ”

Solicitarea unor informații detaliate contribuie la amplificarea și extinderea discuțiilor despre episoadele care constituie excepții, recontextualizînd astfel convingerea clientului deprimat conform căreia evenimentele negative sau stresante sînt mai degrabă generalizate decît proximale.

### Întrebările referitoare la rezultat

Întrebările referitoare la rezultat le cer clienților să descrie ce anume va fi diferit cînd problema care i-a determinat să vină la terapie a fost tratată cu succes (Berg și Miller, 1992). Implicînd clientul depresiv într-o discuție referitoare la cum anume va fi diferită viața după rezolvarea problemei, este recontextualizat cadrul semnificației referitor la faptul că un eveniment negativ sau stresant este, conform modelului lui Seligman (1990), mai degrabă *permanent* decît temporar. Cea mai tipică formă de întrebare referitoare la rezultat este numită „Întrebarea-miracol”. Printre exemple se numără :

- „Să presupunem că, în seara asta, după ședință, mergeți acasă, vă băgați în pat și adormiți. În timp ce dormiți se întîmplă un miracol, iar miracolul constă în faptul că problema care v-a adus aici *se rezolvă*. Dar, din cauză că sînteți adormit, nu știți că miracolul a avut loc. Cînd vă treziți a doua zi dimineața, care va fi primul lucru pe care îl veți observa ca fiind diferit și care vă va arăta că s-a întîmplat un miracol ? ”
- „Închipuiți-vă pentru o clipă că activitatea desfășurată de noi aici, împreună, are succes. Ce anume va fi diferit în viața dumneavoastră și vă va indica faptul că tratamentul are succes ? ”
- „În ce ar consta diferența minimă în viața dumneavoastră care v-ar spune că a fost o idee bună să veniți la tratament ? ”