

Irina Holdevici și
Barbara Crăciun

Orientări contemporane în psihoterapie și consiliere psihologică



Cuprins

7	<i>Notă asupra ediției</i>
8	<i>Prezentarea autoarelor</i>
9	Capitolul I. Contextul general al psihoterapiei și consilierii psihologice
39	Capitolul II. Abordarea comportamentală în psihoterapie
67	Capitolul III. Abordarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie și consiliere
88	Capitolul IV. Psihoterapia rațional-emoțională comportamentală (REBT)
107	Capitolul V. Psihanaliza și psihoterapiile psihodinamice
154	Capitolul VI. Orientarea experiențială în consiliere și psihoterapie
229	Capitolul VII. Abordările de tip paradoxal în psihoterapie
247	Capitolul VIII. Abordările constructiviste în consiliere și psihoterapie
289	Capitolul IX. Psihoterapia de cuplu și familie
319	Capitolul X. Abordările eclecticice. Analiza tranzacțională. Psihoterapia cognitiv-analitică
345	Capitolul XI. Psihoterapia feministă
367	Capitolul XII. Psihoterapii scurte din al treilea val (ACT și Mindfulness)
382	<i>Bibliografie</i>

Notă asupra ediției

Volumul de față prezintă și analizează peste 12 sisteme de consiliere și psihoterapie, oferind astfel cititorului o viziune complexă asupra aplicabilității acestui domeniu. Autoarele se concentrează atât asupra contextului teoretic specific orientărilor terapeutice (sau de consiliere) abordate, cât și asupra relației terapeutice și a rezultatelor obținute de către clienți, așa cum sunt acestea descrise în studiile privitoare la validitatea științifică a acestor abordări. Lucrarea se adresează psihologilor, medicilor, psihoterapeuților masteranzilor în psihoterapie și psihologie clinică, studenților la medicină și psihologie precum și tuturor celor interesați de problematica autocunoașterii și dezvoltării personale.

Această carte cuprinde un număr de capitole și subcapitole revizuite și îmbogățite, care s-au regăsit anterior într-o serie de volume semnate de Irina Holdevici, precum: *Sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică* (2008 – în colaborare cu Valentina Neacșu); *Elemente de psihoterapie* (1996); *Psihoterapia tulburărilor anxioase* (1998); *Psihoterapia anxietății* (2002); *Psihoterapia cazurilor dificile. Abordări cognitiv-comportamentale* (2003); *Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale* (2007); *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală* (2009). În plus, încorporează o parte dintre ultimele evoluții clinice și psihoterapeutice reflectând astfel schimbările importante în domeniu prin introducerea unor capitole precum: „Psihoterapia cognitiv-analitică”, „Psihoterapia feministă” și „Psihoterapii scurte din al treilea val (ACT și Mindfulness)”.

Explorarea acestui volum permite cititorului de specialitate sau publicului larg familiarizarea și înțelegerea funcționării sistemelor de consiliere și a celor psihoterapeutice, într-o manieră deschisă, în care studiile de caz vin să întregască tabloul complet al unui domeniu vast și inovativ.

AUTOARELE

Prezentarea autoarelor

Irina Holdevici este profesor universitar, doctor în psihologie și director al Departamentului de Psihologie și Psihoterapie din cadrul Facultății de Psihologie a Universității „Titu Maiorescu” din București. Predă următoarele discipline: Sugestiologie, Hipnoză clinică și ericksoniană, Psihoterapii cognitiv-comportamentale, Aplicații clinice ale psihoterapiei cognitiv-comportamentale ș.a. Este psihoterapeut, formator și supervisor în hipnoză clinică, ericksoniană și psihoterapie cognitiv-comportamentală, cu o experiență de peste 30 de ani în aceste domenii. A realizat și publicat numeroase cărți și articole științifice, a efectuat studii de cercetare care s-au subscris ariei psihologiei clinice și psihoterapiei. În 2008 a fost distinsă cu premiul Academiei Române „Constantin Rădulescu Motru”, pentru lucrarea *Consiliere și psihoterapie în situații de criză*.

Barbara Crăciun este doctor în psihologie, conferențiar universitar în cadrul Departamentului de Psihologie și Psihoterapie al Facultății de Psihologie a Universității „Titu Maiorescu” din București. De asemenea, este psihoterapeut și formator-supervisor în domeniul psihoterapiei și consilierii cognitiv-comportamentale, cu stagii de pregătire în hipnoză clinică și ericksoniană, terapia prin acceptare și angajament (ACT) și mindfulness. Din 2014 conduce Asociația de Psihofarmacoterapie și Științe Cognitive, coordonând programe de formare profesională complementară în psihoterapiile cognitiv-comportamentale. A publicat mai multe cărți și a realizat o serie de proiecte de cercetare care au fost materializate în articole științifice publicate în reviste de specialitate naționale și internaționale și este membru fondator și director executiv al revistei *Romanian Journal of Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnosis* (<http://www.rjcbth.ro/>).

Contextul general al psihoterapiei și consilierii psihologice

Scurtă introducere în domeniul psihoterapiei și consilierii psihologice

Psihoterapia și consilierea psihologică au ajuns să joace un rol important în viața multor oameni în societatea contemporană. Dincolo de sfera privată, intervențiile psihoterapeutice își pun amprenta în mod indiscutabil și asupra ariei publice, într-un context care include direcții etice și o practică validată științific. În cadrul procesului terapeutic se pleacă de la prezumția aplicării sistematice și conștiente a unor mijloace psihologice cu rol activ în schimbarea comportamentului uman.

Una dintre supozițiile de bază în psihoterapie este cea conform căreia, în cadrul identificării unei patologii de tip somatic, percepția și evaluarea de către individ a propriei stări, precum și strategiile adaptative pe care acesta le folosește vor juca un rol determinant în evoluția ulterioară a tulburării. Prin urmare, acest complex perceptiv-strategic va necesita o modificare din partea clientului în situația în care se dorește ca afecțiunea să aibă o evoluție favorabilă, în sensul recăpătării funcționalității acestuia.

Marea majoritate a abordărilor psihoterapeutice și a celor de tip consiliere psihologică pornesc de la ipoteza conform căreia, pe de o parte, persoanele cu probleme psihologice au capacitatea de a se schimba, învățând noi strategii pe care le pot pune în aplicare, pentru a percepe și evalua realitatea, iar pe de altă parte, că oamenii dețin abilitatea de a-și modifica în timp comportamentul (Holdevici, 2009). Mulți dintre psihoterapeuții contemporani consideră că „scopul psihoterapiei este să transforme această convingere în realitate” (Padesky, 1994; Segal, Williams și Teasdale, 2018).

Cu alte cuvinte, putem spune că, în general, obiectivul oricărei psihoterapii constă în a înțelege comportamentul clienților și a-l modifica, astfel încât dificultățile existențiale ale acestora să fie înlăturate, sau măcar diminuate.

Un prim pas pe care îl va face un psihoterapeut în acest scop este acela de a realiza o evaluare a problemelor cu care persoana se prezintă în terapie, cât și surprinderea particularităților psihice ale acesteia, prin utilizarea unor instrumente de specialitate. În continuare, demersul psihoterapeutic va avea misiunea de a elibera clientul de anxietate, depresie sau de alte trăiri afective care stau în calea adaptării optime a acestuia la contextul său de viață. Studiile de specialitate arată că trăirile și stările care perturbă comportamentul unei persoane și îi afectează negativ și pe cei din jur ajung să-i provoace disfuncționalitate individului în plan personal, profesional și în relațiile interpersonale (Hammen, 1992; Segrin, 2001; Banks, 2007).

Psihoterapia poate fi definită ca o „acțiune psihologică sistematică, planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct, care trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra unui client”. (Holdevici, 2007)

Aceasta utilizează metode și acțiuni specifice, fiind diferită de simpla intervenție diletantă a prietenilor, rudelor sau clericilor (Greenberg, Watson și Lietaer, 1998).

Psihoterapia și consilierea psihologică mizează, ambele, pe crearea și dezvoltarea unei relații interpersonale între client și psihoterapeut (sau consilier). În cadrul acestei relații, înțelegerea specificității problemei pe care o aduce clientul în procesul derulat are ca scop înlăturarea suferinței pe care acesta o trăiește.

Suferința psihică poate cuprinde o varietate de forme, de la atitudini, emoții, comportamente problematice până la simptome „zgomotoase”, care perturbă clientul și de care acesta dorește să se elibereze (Holdevici, 1996).

Principalul obiectiv al psihoterapiei constă în producerea unor schimbări care îi vor permite clientului să pună în practică o adaptare mai eficientă și mai stabilă la mediul înconjurător. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și inadapările clientului, aceasta nu poate fi „redușă la procesul psihologic de vindecare”, ci trebuie să vizeze, în limitele posibilului, o profundă restructurare a personalității, precum și optimizarea mecanismelor de reglare și autoreglare psihică a individului (Holdevici, 2007).

În plus, ea are și rolul de a fi preventivă și autoformativă, de a urmări evoluția omului, de a contribui la fructificarea potențialului său latent, ajutându-l să atingă maximum de care este capabil, atât pe plan fizic, cât și psihic.

Psihoterapia poate fi aplicată „într-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” (Holdevici, 2003).

Există multe persoane care au succes profesional, care sunt înconjurate de dragostea familiei și care au realizat mare parte din ce și-au propus, dar vin la psihoterapie sau solicită intrarea într-un proces de consiliere psihologică, simțind că nu și-au împlinit pe deplin așteptările și că sunt departe de a-și fi exploatat eficient potențialul. Aceste persoane pot obține un beneficiu substanțial de pe urma psihoterapiei sau consilierii, care le ajută să își coordoneze într-un mod mai adecvat procesele și funcțiile psihice, să-și descopere creativitatea și să progreseze în planul dorit.

Există însă și categorii de pacienți care nu vor putea beneficia de avantajele psihoterapiei. Ne referim aici, în primul rând, la persoanele cu retard mental, care nu pot înțelege întru totul sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut, nefiind capabile, astfel, să identifice cauzele propriilor probleme și să le găsească soluții (Holdevici, 2003).

Acestei categorii li se alătură persoanele incapabile de a stabili un contact uman, și deci aflate în imposibilitatea de a forma o veritabilă relație psihoterapeutică. Printre acestea se numără persoanele înalt psihopate și unii pacienți psihotici (Benedetti, 1987).

Un bun psihoterapeut are datoria de a rămâne flexibil, de a nu adera în mod rigid la un anumit diagnostic (care uneori poate să nici nu reflecte adevărata problemă), ci de a aborda clientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, ținând cont de principiul conform căruia nu există boli, ci bolnavi. Așadar, în psihoterapie se vor explora „lumea interioară a pacientului, slăbiciunile și punctele tari ale acestuia, simptomele, dar și posibilitățile sale de vindecare, relațiile acestuia cu sine și cu ceilalți, adaptabilitatea, precum și receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta” (Holdevici, 1995, 2003).

Modalitățile de adaptare ale omului la mediu sunt variate. Ținând cont de acest aspect, este evident că soluția psihoterapeutică eficientă pentru un client poate să nu aibă aceleași beneficii pentru un altul. Spre exemplu, Hubble (1999) notează că fiecare relație terapeutică implică și utilizează: factori relaționali (35%), factori specifici clientului (38%), modalități de utilizare a strategiilor și tehnicilor (12%) și un „pachet” constituit din placebo, speranță și așteptări specific atât clientului, cât și terapeutului (15%).

Pe parcursul demersului psihoterapeutic/de consiliere psihologică, psihoterapeutul sau consilierul va avea în vedere clientul și realitatea situațională a acestuia, propunându-și identificarea și conștientizarea abilităților sale și încurajându-i poziția de autenticitate.

Prin urmare, unul dintre dezideratele psihoterapiei este de a-i facilita clientului modalități de lucru înspre propria restructurare și optimizare, astfel încât să poată recurge la modalități adulte, realiste și mai sănătoase de a-și rezolva problemele.

În 2011, Holtforth, Krieger, Bochsler și Mauler evidențiau printr-o cercetare faptul că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după o serie de criterii cu valențe pozitive și negative, dintre care enumerăm aici:

- expectațiile pozitive ale clienților față de rezultate concretizate prin diminuarea sau dispariția simptomelor sau prin creșterea nivelului stării de bine;
- expectații negative față de rezultate ce sunt identificabile prin frica față de schimbare a clienților, modul în care aparținătorii, grupul, comunitatea vor reacționa din perspectivă socială și înțelegerea consecințelor acestora în dinamica terapeutică;
- progresele făcute de clienți coroborate cu speranțele lor legate de optimizarea trăirilor și încetarea suferinței la finalul psihoterapiei;
- concretizarea așteptărilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera comportamentală și atitudinală de către client.

O mare parte dintre clienți pot trăi o ameliorare a stării generale, cel puțin temporar, atunci când reușesc să se elibereze de simptomele perturbatoare din cauza cărora s-au hotărât să apeleze la serviciile unui psihoterapeut (Holdevici, 2000).

Văzută ca demers științific, psihoterapia are ca fundament „ipoteze clar enunțate și un sistem de reguli bine stabilite”, derivate din concepția teoretică a unei anumite școli psihoterapeutice (Dryden, 1992). Psihoterapeutul, pe lângă faptul că este la curent cu legile funcționării subsistemelor personalității, trebuie să formuleze împreună cu clientul obiective clare și să planifice pașii necesari atingerii acestora și metodele de intervenție adecvate fiecărui client în parte (Dryden, 1996).

Mulți specialiști în domeniu sunt de părere că obiectivele psihoterapiei urmăresc în principal următoarele aspecte (Seligman, 1995; Adams și Cooper, 1962; Semerari, et al., 2007; Kelly, 2003; Spiegel, et al., 2000; Prochaska și Norcross, 2018):

- Scoaterea clientului din criza existențială în care se află;
- Reducerea sau eliminarea simptomelor;
- Întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității clientului;
- Rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale subiectului;
- Modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;

- Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ;
- Modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;
- Dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității personale.¹

Deseori, atingerea acestor obiective este împiedicată de perspectiva distorsionată pe care o are clientul asupra universului său, perspectivă ce-și are originea în copilărie, într-un mod patologic de relaționare, care a fost perpetuat și întărit apoi de-a lungul vieții. De asemenea, problemele apărute la nivel profesional, de cuplu sau social nu se pot rezolva de la sine, ci presupun, în completarea intervenției psihoterapeutice, schimbări concrete ale situațiilor conflictuale.

Oricât de bine pregătit ar fi un psihoterapeut, este imposibil ca acesta să reușească să ajute un client să își reorganizeze întregul trecut cât ai bate din palme și să-i propună mijloace sănătoase de adaptare, aplicabile în orice context. Cu toate acestea, până și în cazurile de tulburări psihice cronice, succesul unei experiențe psihoterapeutice îi poate schimba clientului viziunea asupra situației sale, îi poate permite să încerce noi tipare de comportament și să abordeze situațiile de viață dintr-o perspectivă mai funcțională (Holdevici, 2009).

„Relația psihoterapeutică este o relație dintre doi parteneri, în care unul solicită, iar celălalt acordă ajutorul psihologic” (Milton, 1993). Relația conține în sine atât elementele cu care vine în terapie cel care solicită ajutorul, cât și aspectele pe care le prezintă cel care îl oferă (Carson, Butcher și Coleman, 1988).

Contribuția majoră a clientului în procesul terapeutic sau în cel de consiliere psihologică constă mai ales în motivația acestuia. Psihoterapia devine astfel posibilă prin aserțiunea psihologiei umaniste, conform căreia omul este orientat interior către dobândirea și menținerea sănătății fizice și mentale (Schneider, Pierson și Bugental, 2014). Deși la pacienți foarte sever afectați ar putea fi dificil de găsit acest element motivațional, majoritatea oamenilor care trăiesc un distress suficient de mare devin dispuși să coopereze, astfel încât să poată obține ameliorarea. De altfel, un nivel „de colaborare din partea clientului este absolut necesar pentru succesul psihoterapiei sau al consilierii” (Holdevici și Neacșu, 2008).

Un alt factor esențial pentru reușita terapiei îl reprezintă așteptările clientului în ceea ce privește ajutorul pe care urmează să-l primească. De multe ori, acestea sunt de ajuns pentru a se putea observa o serie de

¹ Pasaj preluat din I. Holdevici și V. Neacșu, *Sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică*, Kullusys, București, 2008.

- 14 îmbunătățiri (Wilkins, 1984). Se produce un fenomen similar fenomenului placebo, prin aceea că persoanele care au așteptări pozitive vor simți că terapia funcționează, metoda aplicată de terapeut fiind uneori mai puțin relevantă decât expectațiile pacientului.

Psihoterapia nu se limitează însă la voința de ameliorare a clientului, ea fiind necesară, dar nu suficientă succesului terapeutic. În cadrul relației terapeutice, psihoterapeutul este cel care deține metode și tehnici bine definite, numitorul lor comun fiind intenția cu care au fost construite, și anume ajutorul psihologic acordat persoanelor suferinde (Holdevici, 2003). Tehnicile în cauză le facilitează clienților autocunoașterea, îi ajută să-și privească problemele cu un ochi mai obiectiv, modificându-le perspectiva.

De cele mai multe ori, „insight”-ul, sau descoperirea rădăcinii problemelor care l-au făcut să solicite ajutor terapeutic, și deschiderea către o nouă perspectivă sunt doar începutul psihoterapiei, urmând ca, pe parcurs, clientul să învețe noi modalități de a acționa; rezultatul se va concretiza în asumarea responsabilităților ulterioare care vor conduce clientul spre o mai mare satisfacție personală.

Terapeutul interacționează cu clientul pentru a facilita modificările vizate, și o face într-o manieră deschisă, bazată pe o atitudine de acceptare, scopul fiind acela de a crește încrederea și motivația clientului. Particularitățile relației client-terapeut, precum și modul în care cel de-al doilea gestionează această relație sunt specifice fiecărei școli psihoterapeutice. Potrivit lui Karasu (1986), există trei tipuri de relații psihoterapeutice:

- relația centrată pe realitate și obiect;
- contractul sau alianța psihoterapeutică;
- relația de tip transferențial.

Relația centrată pe realitate și obiect are drept caracteristică o atitudine calmă și atentă din partea psihoterapeutului, plină de interes și de empatie. Efortul acestuia este îndreptat către crearea unei atmosfere de căldură și înțelegere, astfel încât clientul să poată atinge obiectivele cu care a pornit în psihoterapie și, totodată, să păstreze contactul cu realitatea. Principala sarcină a terapeutului în cadrul acestui tip de relație este aceea de a obține încrederea clientului său, oferind, în acest scop, imaginea unei persoane cu „comportament constant, previzibil, pe care te poți baza” (Karasu, 1986).

Contractul sau alianța psihoterapeutică pleacă de la premisa că succesul oricărei psihoterapii implică o colaborare între două persoane. Este o relație conștientă, non-regresivă, desfășurată la nivel rațional, în care terapeutul se adresează eului adult al clientului, „pe care îl tratează ca pe un

partener științific” (Conte, Ratto și Karasu, 1996). La baza acestui tip de relație se află acordul implicit sau explicit al celor doi parteneri de a colabora în situația psihoterapeutică. Sunt împrejurări în care relația centrată pe realitate și obiect se suprapune peste alianța psihoterapeutică, iar atunci terapeutul e posibil să treacă de la un tip de relație la celălalt.

Relația de tip transferențial este un instrument psihoterapeutic de natură psihanalitică, prin care pacientul este încurajat să transfere imaginea maternă sau paternă asupra persoanei terapeutului. În acest caz, interpretarea transferului, sau confruntarea pacientului cu tiparul său infantil de comportament, va reprezenta o frustrare deliberată a nevoii afective a pacientului (Bordin, 1979).

Pe de altă parte, într-o viziune psihoterapeutică eclectică, este important ca cele trei tipuri de relații terapeutice să fie stăpânite bine de către terapeut și să existe un echilibru în utilizarea lor. Înainte de clasificarea făcută de Karasu, Frank (1985) observase anumite elemente comune fundamentale caracteristice tuturor sistemelor psihoterapeutice, și anume: (1) descărcarea de natură emoțională bazată pe încrederea investită într-o persoană ori un grup de suport; (2) prezența raționalizărilor în contextul interacțiunii client-terapeut; (3) operaționalizarea distresului pacientului și a unei căi prin care acesta ar putea fi diminuat; (4) vehicularea unor informații noi ce privesc natura și sursele problemelor clientului, fie transmise sub forma unor învățături, recomandări, exemple de viață, fie descoperite chiar de client, ca efect al „insight”-ului (înțelegerii profunde); (5) consolidarea așteptărilor clientului legate de ajutorul și susținerea afectivă pe care urmează să le primească din partea terapeutului (de regulă, terapeuții experimentați fac asta în primele ședințe); (6) consolidarea experiențelor soldate cu succes, care cresc și mai mult speranța pacientului și facilitează deblocările emoționale, pas esențial pentru realizarea schimbărilor comportamentale și de atitudine (Frank, 1985).

Aspecte variabile în psihoterapie

Constatăm, așadar, că există o serie de elemente comune diverselor orientări psihoterapeutice, însă, așa cum subliniau Wittkower și Warms (1974), nu trebuie trecute cu vederea nici deosebirile dintre ele, rezultat al tendinței fondatorilor de sisteme de psihoterapie de a se delimita de ceilalți psihoterapeuți, fapt datorat de multe ori contextului cultural. De asemenea, nu orice metodă psihoterapeutică funcționează în cazul oricărui individ și oricărei condiții psihopatologice. S-au analizat, astfel, criteriile de selecție a clienților pentru diversele forme de psihoterapie, literatura de specialitate stând dovadă în acest sens.

În 1999, Watson și Richardson descriau câteva criterii ce pot ajuta la diferențierea diverselor sisteme psihoterapeutice, după cum urmează:

a) natura psihoterapiei: pentru unii specialiști un demers științific, pentru alții o artă.

Rădăcinile psihoterapiei, în forma în care se practică ea astăzi, se regăsesc în culturile străvechi, și ea poartă încă amprenta semnificativă a tradițiilor din vremuri apuse. Pentru unii specialiști, experiența psihoterapeutică, mereu unică, este atât o artă, cât și o știință. Ei consideră că variabilele ce intervin pe parcursul psihoterapiei sunt atât de complexe, iar interdependența dintre acestea atât de complicată, încât psihoterapia nu poate accede la statutul de veritabil demers științific. Drept urmare, unul dintre principalele obiective ale psihoterapiei constă în aducerea de elemente științifice, obiective, care să îmbogățească actul psihoterapeutic. Este adevărat, psihoterapia mai are încă de lucrat până la integrarea satisfăcătoare a sistemului său noțional și până la a reuși să abordeze problematica subiectului într-un mod sistemic și unitar. În plus, se simte și lipsa unei concepții standard, acceptată de majoritatea specialiștilor, în ceea ce privește însăși natura psihoterapiei (Watson, 1952; Watson și Richardson, 1999; Goldenberg, 2018).

b) personalitatea psihoterapeutului

Personalitatea psihoterapeutului este un element semnificativ al relației terapeutice. Rezultatele demersului terapeutic, fie ele favorabile sau nefavorabile, depind într-o mare măsură de particularitățile și notele distinctive ale personalității terapeutului. Deseori s-a afirmat că metoda psihoterapeutică este mai puțin importantă: astfel, un psihoterapeut bun va da rezultate indiferent de eficacitatea metodei în sine, în timp ce, dimpotrivă, un psihoterapeut slab va eșua chiar și cu o metodă a cărei eficacitate a fost dovedită (Watson și Richardson, 1999). Merită subliniat faptul că responsabilitatea tuturor psihoterapeuților (consilierilor) este de a oferi clienților lor cea mai bună îngrijire sau cel mai bun tratament posibil, într-o manieră competentă. Dorințele și expectațiile psihoterapeutului definesc mai mult sau mai puțin liniile directoare și obiectivele psihoterapiei.

c) pregătirea de bază și formarea profesională ale psihoterapeutului.

Psihoterapeutul trebuie să urmeze o pregătire complexă, însoțită de cunoștințe și abilități necesare pentru a oferi un tratament validat științific pentru atingerea obiectivelor stabilite în cadrul procesului terapeutic (Barber, Sharpless, Klostermann și McCarthy, 2007). De asemenea,

psihoterapeuții e necesar să dețină și o serie de abilități care privesc evaluarea clienților și capacitatea de a selecta în mod eficient intervenția (Barber et al., 2007; Sharpless și Barber, 2009).

d) modul de aplicare a diverselor metode de psihoterapie ce se pliază asupra naturii problemelor de rezolvat.

Algoritmul după care psihoterapeutul alege procedeele și metodele aplicate în cursul ședințelor de psihoterapie nu ține exclusiv de structura personalității psihoterapeutului, ci are în vedere și problemele cu care se prezintă pacientul în terapie și personalitatea acestuia, precum și condițiile în care se desfășoară psihoterapia, severitatea simptomelor și o multitudine de alți factori. Metodele alese de specialist pentru a fi aplicate unui băiat care se prezintă pentru dificultăți școlare vor diferi în mod substanțial de cele aplicate în cazul unui adult depresiv sau al unei femei psihotice aflate într-o etapă de remisiune.

Metodologia și tehnicile psihoterapeutice alese de specialiști depind într-o mare măsură de diversitatea problemelor umane cu care clienții intră în terapie.

e) factorii limitativi exteriori actului psihoterapeutic.

Knight (citată de Malan, 2013) descrie mai mulți factori ce intervin în sensul limitării obiectivelor care ar putea fi atinse în urma unei terapii psihanalitice, factori ce își fac simțite efectele și în cazul altor sisteme psihoterapeutice.

- nivelul intelectual al pacientului. Există, cu siguranță, posibilitatea optimizării eficienței cognitive pentru un individ al cărui grad de nevrotism este mai redus și, deci, mai împăcat cu sine însuși, însă nu se poate modifica nivelul nativ al inteligenței.
- cura psihanalitică nu poate pune în pacient abilități sau talente pe care individul să nu le fi deținut anterior, nici măcar potențial. Se poate însă spera, ca și în cazul inteligenței cognitive, la deblocarea unor resurse ce au zăcut latente și nefolosite, fiind blocate de anxietatea și inhibițiile pacientului.
- similar, este evident că psihanaliza nu poate modifica aspectul fizic al unui pacient (excepție făcând scăderea ponderală în cazurile de obezitate ușoară) sau să înlăture eventualele dizabilități fizice ale acestuia. Putem să ne propunem ca obiectiv cel mult ca individul să se poată adapta mai bine la dizabilitatea cu care se confruntă.
- în calea succesului psihoterapiei se interpun și problemele, suferințele și frustrările inerente vieții, care-l pot deturna de la traseul său. O calamitate ori o nenorocire de proporții îl poate

destabiliza chiar și pe cel mai bine psihanalizat pacient, la fel cum i se poate întâmpla și unui om mediu, al cărui nevrotism nu a depășit niciodată un anumit prag.

- în fine, nu se va pierde din vedere faptul că accesul la psihoterapie pentru o largă categorie de persoane, mai ales dacă ne gândim la intervențiile de lungă durată, este limitat de statutul lor socio-economic.

f) modul de abordare a relației și alianței psihoterapeutice.

Trebuie să amintim aici faptul că, deși există numeroase elemente comune între relația și alianța psihoterapeutică, iar marea majoritate a autorilor le confundă, relația terapeutică implică factori emoționali, pe când alianța terapeutică e mai degrabă un fel de contract. Totodată, ele pot fi utilizate în mod diferit de fiecare școală de psihoterapie sau consiliere psihologică.

Relația și alianța terapeutică vor evolua și se vor schimba pe parcursul procesului terapeutic. De exemplu, dacă intervine un moment de criză, terapeutul va fi nevoit să ia o poziție mai directivă. Deși relația de egalitate este foarte importantă, într-un astfel de moment de criză atitudinea terapeutului va fi mai activă, mai instructivă și directivă (Holdevici și Neacșu, 2008).

Există cazuri în care putem avea o relație terapeutică mai slabă și o alianță puternică. În cazul unui client cu tentativă sau idee de suicid, este foarte important contractul. Înțelegerea va fi ca persoana să rămână în viață până când situațiile perturbatoare vor fi ameliorate. Dacă vorbim despre o pierdere a unei persoane apropiate, a unui serviciu, a unei locuințe sau despre o problemă financiară, terapeutul va trebui să devină puțin mai directiv pentru a reduce presiunea care vine din afară asupra clientului, până când acesta va putea găsi resursele interioare pentru a face față crizei.

O a doua variantă este cea a unei interacțiuni pe baza unei relații terapeutice puternice, împreună cu o alianță puternică. Este ceea ce putem numi „coaching”. De exemplu, în cazul unui divorț sau al unei probleme la locul de muncă, terapeutul poate fi persoana care ascultă obiectiv și cu atenție expunerea oferită de către client. Această legătură poate crea o bază puternică pentru un dialog socratic de efect și învățarea rezolvării de probleme în cadrul procesului terapeutic, datorită încrederii și suportului oferite de către practician clientului.

Cea de-a treia variantă este aceea în care avem o relație terapeutică mai slabă și o alianță mai puternică, aceasta fiind „terapia de suport”. E

o terapie care dă rezultate atunci când persoana și-a dezvoltat o direcție și se concentrează în timpul procesului terapeutic identificând obiective clare și strategii pentru schimbare. În acest stadiu al terapiei, clienții au nevoie de suport emoțional, încurajare, feedback despre progres și, din când în când, semnalarea dinspre un „spectator bucuros” a pașilor pe care aceștia îi parcurg.

Wolberg (1954) a identificat un număr de factori care intervin în relația și alianța terapeutică. Pentru client, aceștia sunt:

- nevoia de a depinde de o figură autoritară sau de a căuta suport la o persoană investită cu credibilitate și putere — terapeutul.
- nevoia de empatie și înțelegere asupra poziției și problemelor sale.
- nevoia de a se descărca de anxietate, depresie, vinovăție, responsabilitate (experimentarea unui catharsis).
- nevoia de a testa percepțiile și experiența personală cu ajutorul unei persoane obiective.
- nevoia de o relație lipsită de judecată și conținătoare, ceva diferit de relațiile familiale.

Pentru terapeut:

- asumarea rolului unei autorități care poate oferi ajutor.
- voința de a fi o persoană lipsită de judecăți de valoare, corectă, obiectivă și afectuoasă.
- disponibilitatea de a accepta posibile manifestări de furie sau resentiment din partea clientului, care au legătură cu ceva din experiența personală a acestuia.
- abilitatea de a fi un partener colaborativ pe parcursul travaliului terapeutic.
- menținerea unor reguli de etică.
- deținerea și reînnoirea unor abilități pentru a trata diversele probleme cu care vine clientul și/sau posibilele tulburări de personalitate ale acestuia.

g) opinia cu privire la necesitatea realizării psihodiagnozei înainte de a iniția procesul psihoterapeutic.

Majoritatea autorilor sunt de acord că a avea o bună cunoaștere psihologică a clientului este absolut necesară, însă există și opinii contrare. Rogers, părintele psihoterapiei non-directive, respinge psihodiagnoza, considerând că aduce cu sine un aspect prea pronunțat de autoritate a terapeutului față de pacient. Acest mod de a privi terapia poate fi pus în practică, într-o măsură mai mare sau mai mică, pentru clienții ce se prezintă cu afecțiuni nevrotice sau psihosomatice; ei ar putea avea de

profitat de pe urma unei psihoterapii non-directive. Nu se poate aplica însă același principiu în cazul pacienților psihotici, la cei cu tulburări neurologice, la unii dintre cei cu tulburări de personalitate sau la pacienții care prezintă risc suicidar.

Un alt factor ce subliniază diferența dintre diversele sisteme psihoterapeutice este dat de *analiza criteriilor care stau la baza clasificării diverselor sisteme de psihoterapie*.

Harper (1975) menționa peste 36 de sisteme psihoterapeutice, pe care le clasifica în două mari categorii: psihoterapii orientate pe latura emoțional-afectivă și psihoterapii cognitive. Pe de altă parte, Rychlak (1969), pornind de la concepția filosofică pe care erau construite, clasifica sistemele psihoterapeutice în psihoterapii mecaniciste și psihoterapii umaniste.

Watson aducea în discuție, la rândul lui, patru categorii largi de sisteme psihoterapeutice: psihoterapiile de reconstrucție și cele de suport, pe de o parte; psihoterapiile de profunzime și cele centrate pe simptom, pe de altă parte (Watson și Richardson, 1999):

Psihoterapia de reconstrucție versus psihoterapia suportivă

Psihoterapiile de reconstrucție sunt acele metode psihoterapeutice al căror principal obiectiv este transformarea structurală a personalității subiectului; prin contrast, psihoterapia de suport își propune doar să-i ofere individului susținere, astfel încât acesta să depășească situațiile de criză (Morrison și Cometa, 1977). Psihoterapiile de reconstrucție mai sunt denumite de specialiști și „psihoterapii de dezvăluire” sau „insight”, pe când terapiile de suport poartă numele de „psihoterapii de acoperire”, deoarece, în cazul acestora, „pacientul este ajutat, prin diverse tehnici, precum încurajarea, sugestia, hipnoza (excepție face tehnica hipnoanalizei), să uite de problemele sale principale, să-și ignore și să-și reprime dificultățile” (Bauer și Kobos, 1984, Holdevici și Neacșu, 2008). Subliniem faptul că elementele suportive sunt prezente în orice psihoterapie, indiferent dacă ele ocupă un rol central ori unul periferic (Holdevici, 1995, 2008).

În contextul unora dintre tehnicile psihoterapeutice, suportul este numai o consecință secundară a relației stabilite între pacient și terapeut. Pe de altă parte, în psihoterapiile suportive, susținerea activă a pacientului reprezintă o tehnică aplicată consecvent și deliberat, prin administrarea unor sfaturi, asigurări ori printr-o atitudine empatică, însoțită de încurajări și recompense emoționale, și nu un produs secundar, apărut accidental (Garfield, 1995). Astfel, se poate spune că linia de demarcație dintre consiliere psihologică și psihoterapie suportivă este una foarte subțire. În general, consilierea presupune mai puține ședințe și are ca obiect