UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT
„ION CREANGĂ”
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ŞI PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ
CATEDRA DE PSIHOLOGIE

Larisa CHIREV
Elena LOSÎI

INTRODUCERE ÎN PSIHOTERAPIE

Suport de curs



Chişinău 2025

Aprobat de Senatul Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”
din Chișinău din 31.10.2024, proces verbal nr. 3

Recenzenți:

PLEȘCA Maria, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Catedra de Psihologie, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”

DANILIUC Natalia, doctor în psihologie, conferențiar universitar, Catedra de Sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemitanu”

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii
Chrev, Larisa. Losîi, Elena.
Introducere în psihoterapie : Suport de curs / Larisa Chirev, Elena Losîi ; Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă", Facultatea de Psihologie şi Psihopedagogie Specială, Catedra de Psihologie. – Chişinău: [S. n.], 2025 (CEP UPSC). – 138 p.
Bibliogr.: p. 124-127 (48 tit.). – [100] ex.
ISBN 978-9975-48-217-2.
615.851:159.9(075.8)
C 43



© Chirev Larisa
© Losîi Elena

CUPRINS

	Preliminarii	
1.	**PROBLEMA PSIHOLOGICĂ: STRUCTURĂ, NIVELE ȘI TIPURI**	
2.	**PSIHOTERAPIA: SCOP, OBECTIVE, TIPURI**	
3.	**TERAPIILE DINAMICE**	
4.	**PSIHOTERAPII DE ORIENTARE COMPORTAMENTALĂ**	
5.	**TERAPIILE COGNITIVE**	
6.	**PSIHOTERAPIA CENTRATĂ PE CLIENT**	
7.	**TERAPII DE ORIENTARE CORPORALĂ**	
8.	**ANALIZA TRANZACȚIONALĂ**	
9.	**GESTALT-TERAPIA**	
10.	**PSIHODRAMA**	
11.	**TERAPIA EXISTENȚIALISTĂ**	
12.	**ART-TERAPIA**	
13.	**BIBLIOGRAFIA**	
14.	**ANEXA 1. Metoda trainingului autogen al lui Schultz**	
	ANEXA 2. Relaxarea progresivă Jacobson	
	ANEXA 3. Relația gând automat-convingere-schemă cognitivă	
	ANEXA 4. Link-uri pntru tema Terapia corporală	
	ANEXA 5. Exerciții pentru Analiza tranzacțională	

PRELIMINARII

Suportul de curs ***Introducere în psihoterapie*** este destinat studenților de la programul de studiu **Psihologie** din cadrul Facultății de Psihologie și Psihopedagogie Specială a UPS „Ion Creangă” și reprezintă o continuare firească a disciplinelor studiate în anii precedenți studii, constituind o componentă importantă a procesului de pregătire profesională a psihologului practician. Cursul *Introducere în psihoterapie* se încadrează în grupa disciplinelor, care contribuie la formarea complexă a viitorilor psihologi pe dimensiunea intervenției psihoterapeutice. Conținutul cursului este orientat spre pregătirea profesională a viitorilor psihologi, spre formarea unei viziuni de ansamblu asupra diferitor tipuri de psihoterapii și specificul intervențiilor psihoterapeutice.

Conținutul acestui curs contribuie la inițierea studenților în fundamentele teoretico-aplicative ale celor mai cunoscute școli terapeutice. Acest suport de curs reprezintă o sinteză a celor mai cunoscute orientări și școli terapeutice: terapiile dinamice, psihoterapiile de orientare comportamentală, psihoterapiile cognitive, psihoterapia centrată pe client, terapii de orientare corporală, analiza tranzacțională, gestalt-terapia, psihodrama, terapia existențialistă și art-terapia.

Conținutul fiecărei teme ce abordează o anumită școală psihoterapeutică este prezentat în conformitate cu următoarea structură:

- scurt istoric – ce reflectă o viziune per ansamblu asupra teoriei prezentate;
- noțiunile de bază – definirea și exemplificarea lor, caracteristici, clasificări etc.;
- explicarea genezei nevrozelor prin prisma teoriei prezentate;
- organizarea terapiei – scopul abordării terapeutice prezentate și tehnici utilizate în cadrul abordării terapeutice prezentate.

Această lucrare va permite formarea și dezvoltarea abilităților practice necesare oricărui psiholog practician care-și propune să acorde asistență psihologică cu ajutorul psihoterapiei. Conținutul acestui suport de curs se axează mult pe formarea competențelor practice ale viitorilor psihologi, psihoterapeuți prin oferirea unor tehnici de lucru din cadrul fiecărei abordări terapeutice. Astfel, multe din exerciții, tehnici, axate pe clarificarea propriilor convingeri, conștientizarea stărilor Eu-lui propriu, însușirea tehnicilor de relaxare, identificarea și modificarea convingerilor iraționale, identificarea mecanismelor de apărare dominante, a distorsiunilor cognitive etc., sunt incluse în anexe. La fel, pentru a înțelege mai bine tehnicile de intervenție din cadrul fiecărei abordări terapeutice la finele suportului este prezentată o listă de filme recomandate spre vizionare.

Cunoașterea conceptelor-cheie de bază și metodelor specifice fiecărei orientări terapeutice va facilita luarea de către studenții a deciziei ulterioare cu referire la aprofundarea teoretică și practică în domeniul psihoterapiei. Principalele competențe dezvoltate în cadrul acestui curs sunt:

- descrierea specificului demersului psihoterapeutic în cadrul școlilor psihoterapeutice studiate;
- explicarea nevrozei de pe poziția fiecărei școli psihoterapeutice studiate;
- enumerarea tehnicilor utilizate în cadrul fiecărei școli psihoterapeutice și explicarea esenței lor;
- aplicarea tehnicilor psihoterapeutice în clarificarea problemei clientului și modificarea stării lui;
- practicarea tehnicilor de relaxare;
- aplicarea tehnicilor de verificare a veridicității convingerilor personale.

Credem că aceast support de curs va permite formarea și dezvoltarea abilităților care sunt necesare oricărui specialist/practician chemat să investigheze și apoi să realizeze asistența psihologică prin intermediul psihoterapiei.

Rezultatele învățării urmează a fi valorificate în cadrul tuturor unităților de curs fundamentale și de specialitate precum și în cadrul stagiilor de practică.

1. PROBLEMA PSIHOLOGICĂ: STRUCTURĂ, NIVELE ȘI TIPURI

Finalități de studiu:

1. Să explice natura problemei psihologice.
2. Să delimiteze structura problemei psihologice.
3. Să determine modalitățile de adaptare la situație problematică.
4. Să identifice nivelul de complexitate și tipul de problemă.

Problema apare atunci când individul dorește să realizeze un scop (real sau imaginar), dar nu reușește din cauza unui obstacol (real sau imaginar) care împiedică realizarea scopului. Problema nu poate exista dacă nu este motivație!!!

O ***problemă psihologică*** întotdeauna este determinată de incapacitatea de a satisface o tendință puternică (necesitate, motiv, pasiune, dorință etc.), cauza aflându-se în psihicul individului, în lumea lui interioară. Orice problemă psihologică poate fi definită ca o fixare emoțională a individului asupra realizării unui scop irealizabil sau asupra obstacolelor fictive ce-i blochează acțiunile adecvate / oportune pentru realizarea scopului. Metafora: capturarea maimuțelor în India – în bostan se face un orificiu mic, se plasează momeala, maimuța bagă mână și strânge în pumn momeala, dar nu poate scoate pumnul, deoarece ieșirea e prea strâmtă.

Buddha – suferința are 2 cauze: a) când omul nu poate obține ceea ce-și dorește și b) când omul nu poate scăpa de ceea ce nu-și dorește.

Structura problemei (E = energie; ⟶ = orientată spre; | = obstacol; ☝ = obiect: scop, persoană, situație, activitate, apreciere, valoare, stare emoțională):

1) ***energia este orientată spre realizarea scopului:*** E → | ✋
   - imposibilitatea realizării scopului deoarece este ireal sau există obstacole
   - suferință, pierdere, dragoste neîmpărtășită
   - dorința de a schimba trecutul sau ceea ce nu mai poate fi schimbat
   - dorințe moral „interzise” (sexuale, agresive)
   - dorința de a-i schimba pe alții
   - dorințe idealiste, hipertrofiate, fanteziste.
2) ***energia este orientată spre eliberarea de obiectul nedorit***:
   E | ← ✋
   - tendința de a scăpa de influențele nedorite ale situației / altor oameni în lipsa posibilității de a face asta / interdicției de a face asta
   - obsesii (frici, gânduri, acțiuni)
   - sentimentul de vinovăție, tendințe suicidare, retrăirea rușinii
   - sindromul stresului posttraumatic (catastrofă, viol, terorism etc.)
   - diverse tipuri de dependență (emoțională, alcoolică, narcomanie etc.).
3) ***energii ambivalente față de unul și același obiect***: E ⇄ ✋
   - atracție față de un obiect ce trezește ură, dezgust
   - dorința de a avea succes și frica de succes
   - admirație și invidie / bucurie și tristețe / recunoștință și umilință / plăcere și frică
   - dorință de a face și a nu face / a spune și a nu spune / a exprima sentimentele și a le ascunde
   - dorința de a birui inamicul și frica față de el
   - tendința de a risca și de a se sinucide.
4) ***două emoții echivalente ca forță sunt orientate spre obiecte incompatibile***: ✋ ← E → ✋

- dorința de a avea concomitent în posesie 2 variante, de a nu pierde nici una, nici alta
- alegerea din 2 variante cu forță egală de atracție
- imaturitate – incapacitatea de a face o alegere și de asumare a responsabilității, frica de eșec, indecizie
- alegere riscantă ce va marca viitorul, câștig sau pierdere
- trecere continuă de la o variantă la altă, de la speranță la disperare.

5) ***evitarea unui obiect nedorit este posibilă doar prin contactul cu alt obiect nedorit:*** ☝ ⟶ E ⟵ ☝
   - persoana locuiește cu alta pe care nu o suportă (despot, psihopat, criminal), dar de care depinde
   - dezadaptare socială ce duce la vagabondaj, autism etc.
   - alegere între crimă sau pieire
   - pierderea prestigiului / statutului, falimentarea când orice soluție prezintă alte pierderi mari
   - alegere între dezonoare și suicid, acceptarea violenței sau a riscului mortal
   - alegere între soțul neiubit și persoana iubită cu care nu poate fi din cauze economice.

Scopul psihoterapiei în toate cazurile este de a ajuta clientul să se schimbe pentru a putea soluționa problema din contul modificărilor subiective, interioare și nu a celor exterioare.

Cele mai frecvente **modalități de adaptare la situația problematică** primară:

a) ***comportament agresiv*** orientat spre obstacol, scop, sine, alte persoane, obiecte. Chiar dacă reduce din tensiunea interioară, de cele mai dese ori complică și mai mult problema.

b) ***reprimarea*** – emoțiile, dorințele sunt reprimate în subconștient, ele devenind și mai puternice, totodată fiind în afara controlului conștient.

c) ***evitarea situației traumatizante*** și a celor asociate cu problema. Ar putea genera alte probleme psihologice.
d) ***regresia*** – sunt utilizate comportamente infantile (refuzul de a asuma responsabilitate pentru problemă, „poziția fătului").
e) ***raționalizarea*** – încercarea de a justifica comportamentul, motivele reale fiind neconștientizate (locus control extern). Nu contribuie la rezolvarea problemei deoarece accentul este pus pe justificarea comportamentului și nu pe schimbarea acestuia.
f) ***sublimarea*** – redirecționarea acțiunilor de la situația generatoare de eșec spre activitatea care duce spre succes, chiar dacă succesul este subiectiv. Omul „caută nu acolo unde a pierdut, dar acolo unde este luminos".
g) ***proiecția*** – explicarea comportamentului altei persoane prin propriile motive neconștientizate. „Judecăm pe alții după noi înșine".
h) ***autism*** – închidere în sine, evitarea contactelor și activităților.

Nivele de complexitate și tipuri de probleme psihologice:

0 – supranorma – după Maslow, acest nivel este propriu persoanelor autoactualizate (1% din populație). Caracteristicile nivelului – inspirație, insight, fericire, conștiință clară, idei creative, acțiuni flexibile, spontane, sincere și eficiente. Oamenii ajunși la acest nivel își manifestă genialitatea într-un domeniu, însă uneori trec la un nivel inferior. La acest nivel problemele țin de realizarea creativă și dezvoltarea spirituală. Rareori are loc fixarea emoțională, capacitatea de detașare de problemă este maximală.

I. – norma – persoana normală este bine adaptată în socium, este funcțională în domeniul profesional, familial, social. Starea emoțională – confort, echilibru. Flexibilă în reacțiile la schimbările de situații, lipsa tensiunii, totodată inspirația și ușurința nu sunt stări

stabile. Probleme: dificultăți de adaptare la schimbări, dificultăți de învățare, dificultăți de dezvoltare a aptitudinilor și potențialului creativ, dificultăți în realizarea sarcinilor dificile.

II. – dezadaptarea comportamentală – reacții nevrotice, adaptare defectuoasă într-un domeniu de viață sau altul, probleme de comunicare, comportamente neadecvate în situații dificile, autoconștiință „îngustă", trăire frecventă a emoțiilor negative, tensiunii. Probleme de relaționare, comportament neîncrezător, puseuri de reacții emoționale negative. Fixare emoțională și trăirea continuă a stării de frustrare.

III – tulburări emoționale – trăirea stărilor nevrotice temporare (câteva zile sau chiar săptămâni): stări depresive, accese de furie, disperare, vinovăție, tristețe. Aceste stări trec în timp, dar revin cu regularitate. Comportamentul și conștiința se îngustează, devin stereotipice și mai puțin flexibile, crește tensiunea interioară și corporală. Probleme: pierderea persoanei apropiate, dezamăgire în dragoste, incapacitate de a realiza scopuri, relații defectuoase în familie, pierderea sensului vieții, consecințele stresului, spaimei trăite etc.

Nivelele 0-3 se atribuie sănătății psihice.

IV. – nevroza – stările și reacțiile nevrotice devin practic permanente. Fixarea emoțională este puternică și rigidă, persoană resimte neputință și neajutorare în fața problemelor. Probleme: frici obsesive, tulburarea obsesiv-compulsivă, ipohondrie, isterie, tulburări anxioase, anorexie, bulimie etc. Tot la acest nivel se atribuie problemele psihosomatice (astm, hipertensiune, ulcer gastric, alergie, dureri de cap etc.), alcoolismul, tabagismul, stresul posttraumatic.

V. – psihopatia (tulburări de personalitate) – accentuarea patologică a unor trăsături caracteriale (paranoidă, schizoidă, narcisică, histrionică, antisocială, evitantă, dependentă etc.), perversiuni sexuale, comportamente maniacale (minciună patologică,

gamebling, narcomanie, cleptomanie, piromanie etc.). Conștiința nu este doar îngustată, dar și distorsionată / denaturată. Ca emoții predomină furia, frica, ura și disperare. Tensiunea permanentă se exprimă prin scutul muscular. Prezența unor structuri rigide în convingeri, emoții, comportament care-l domină contrar logicii și avantajelor proprii. Este denaturată nu atât realitatea, cât mai degrabă atitudinea față de anumite aspecte ale realității.

VI. – psihozele – tulburări psihotice acute, schizofrenie, psihoza maniaco-depresivă, epilepsie, dedublare personală. Percepție denaturată a realității (halucinații, delir), incapacitate de a controla conștient comportamentul. Emoții negative foarte puternice, tensiune extremă, catatonie.

Nivelele 4-6 se atribuie bolii.



Sarcini și activități de învățare:

1. Identificați caracteristicile problemei psihologice.
2. Definiți conceptul de problemă psihologică.
3. Caracterizați modalitățile de adaptare la stituația problematică.
4. Analizați nivelul de complexitate și tipul de probleme psihologice ce pot apărea.
5. Argumentați necesitatea realizării psihologiei consultative de către psiholog.

2. PSIHOTERAPIA: SCOP, OBECTIVE, TIPURI

Finalități de studiu:

1. Să explice rolul și sarcinile psihoterapiei.
2. Să delimiteze aria de intervenție a psihoterapiei și paradigmele psihoterapeutice.
3. Să determine formele de organizare a psihoterapiei.
4. Să cunoască cerințele față de psihoterapeut.

Definirea psihoterapiei. Orientări psihoterapeutice

Psihoterapia este intervenția psihologică în sănătate și boală. Prima componentă, sănătatea, se referă la abordarea mecanismelor psihologice în sanogeneză (asigurarea stării de sănătate a populației) implicate în:

- promovarea și optimizarea sănătății
- prevenirea patologiei.

A doua componentă, boala, se referă la abordarea mecanismelor psihologice în patologie (clinică și / sau subclinică).

Psihoterapia poate fi: a) ***individuală*** (obiectul intervenției este individul), b) ***în grup*** (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) și ***de grup*** (obiectul intervenției este grupul – ex.: cuplul, familia etc.).

Psihoterapia mai este numită *„tratament psihologic”* sau *„intervenție psihologică”*, sintagma „psihopatologie subclinică” este uneori înlocuită cu cea de „probleme psihologice / de viață” (psihoemoționale și de comportament), iar sintagma de „psihopatologie” sau „tulburări psihice/mentale” – cu „tulburări psihologice”.

Orice **sistem psihoterapeutic are 2 componente** majore:

1) ***teoretică*** – explică componentele etiopatogenetice (cauzele și mecanismele bolii) implicate în sănătate și boală

2) ***procedurală*** – oferă pachete de intervenție psihoterapeutică.

În funcție de mecanismele considerate a fi implicate în starea de sănătate și boală, există mai multe **orientări (paradigme) psihoterapeutice** (D. David, Karasu):

- ***abordarea dinamic-psihanalitică*** – psihanaliza clasică (*Sigmund Freud*), psihologia analitică și analiza junghiană (*Carl Jung*), psihologia individuală (*Alfred Adler*), terapia voinței (*Otto Rank*), teoria interpresonală a psihiatriei (*Harry Sullivan*), psihoterapia intensivă / școala culturală (*Erich Fromm*), analiza caracterologică (*Karen Horney*), analiza Ego-ului (*Melanie Klein*), psihoterapia obiectivă (*Benjamin Karpman*), psihoterapie scurtă analitică (*P. Sifneos, D. Malan*), terapia psiho-biologică (*Adolf Meyer*), hipnoanaliza (*Lewis Wolberg*), vegetoterapia caracteroanalitică (*Wilhelm Reich*)
- ***abordarea cognitiv-comportamentală*** – psihoterapia prin inhibiție reciprocă (*Joseph Wolpe*), terapia reflex-condiționată (*Andrew Salter*), terapia bazată pe teoriile învățării (*John Dollard*), psihoterapia bazată pe învățarea socială (*Julian Rotter*), terapia modelată (*Albert Bandura*), psihoterapia directivă (*Brian Thorne*), terapia prin decizii directe (*Greenwald*), terapia asertiv-structurală (*Phillips*), terapia bazată pe constructe personale (*George Kelly*), terapia rațional-emotivă (*Albert Ellis*), terapia integrativă (*Drakeford*), terapia realității (*William Glasser*)
- ***abordarea umanist-existențial-experiențială*** – terapia centrată pe client (*Carl Rogers*), psihodrama (*Jacob Levy Moreno*), gestaltterapia (*Frederick Perls*), analiza tranzacţională (*Eric Berne*), analiza bioenergetică (*Alexander Lowen*), analiza reichiană (*Wilhelm Reich*), analiza

existenţială (*Ludwig Binswanger, Irvin Yalom*), logoterapia (*Viktor Frankl*), terapia psiho-imaginativă (*Shorr*), terapia experiențială (*Carl Whitaker, Eugene Gendlin*), analiza structurală (*J. Rolf*), psihosinteza (*Roberto Assagioli*), antrenamentul autogen (*Johannes Heinrich Schultz*), psihoterapia Zen (*Alan Watts*), psihoterapia psihedelică (*Humphry Osmond* si *Abram Hoffer*), NLP / programarea neuro-lingvistică (*John Grinder* și *Richard Bandler*), terapia transpersonală (*Stanislav Grof*), psihoterapia pozitivă (*Nossrat Peseschkian*).

În cadrul fiecărei orientări există diverse școli, fiecare cu particularități teoretico-procedurale specifice, iar în cadrul fiecărei școli sunt teorii și modele de strategii terapeutice care implică tehnici de intervenție diverse. Se estimează (Bergin, Garfield, Lambert) că există cel puțin 200 de școli de psihoterapie și peste 600 de tehnici de intervenție clar definite.

Psihoterapia presupune o aplicare sistematică şi conştientă a unor mijloace psihologice de influenţare a comportamentului uman.

La baza oricărei psihoterapii se află convingerea că persoanele cu probleme psihologice (comunicare, trăsături de caracter sau personalitate, comportament, relaţii interpersonale, imagine de sine şi autoapreciere eronată, insuccese în activitate etc.) au capacitatea de a se modifica, învăţând noi strategii de a percepe şi evalua realitatea, de a se comporta.

În general, ***obiectivul psihoterapiei*** constă în a înţelege comportamentul pacientului şi a modifica acest comportament astfel, încât dificultăţile existenţiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. În acest scop, terapeutul face o evaluare a personalităţii pacientului căutând să pună în evidenţă problemele principale şi particularităţile psihice ale acestuia.

În prezent, ***psihoterapia se aplică în următoarele cazuri***:

1. în tratamentul *tulburărilor psihice severe* (psihoze), pe lângă cu terapia medicamentoasă, contribuind la o mai bună şi durabilă remisiune a acestor bolnavi, cât şi în tratamentul unor *tulburări psihice uşoare* (crize existenţiale, nevroze, dezadaptări, tulburări de personalitate);
2. în tratamentul unor *afecţiuni nevrotice psihosomatice* datorate stresului. Pot fi obţinute rezultate bune fără tratament medicamentos;
3. în *autoperfecţionarea subiecţilor* fără afecţiuni psihice sau somatice, care vor să obţină performanţe în diferite domenii şi să se bucure de o stare de sănătate cât mai bună (vor să-şi realizeze potenţialul psihic la nivel maxim, ajungând la nivelul expectaţiilor lor).

G. Ionescu defineşte psihoterapia ca o formă de tratament psihologic structurat în metode şi tehnici, aplicat în mod deliberat în grup sau individualizat de către un psihoterapeut specializat următoarelor ***categorii de pacienţi***:

- omului sănătos aflat în dificultate, căruia îi conferă confort moral şi o mai bună sănătate;
- celui cu dificultăţi de relaţionare, pe care îl ajută pentru o mai bună integrare;
- celui suferind somatic, pe care îl conduce spre alinare;
- celui alienat, căruia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viaţă şi de resocializare.

Tehnicile psihoterapeutice îi fac pe pacienţi să se cunoască mai bine, să-şi privească problemele mai obiectiv, dintr-o nouă perspectivă, îi învaţă noi modalităţi de a simţi şi acţiona, îi ajută să dobândească mai mult curaj în a-şi asuma responsabilităţi şi a acţiona mai eficient şi cu mai multă satisfacţie personală.

Cine face psihoterapie?

În ţările occidentale dezvoltate psihoterapia este practicată de medici şi psihologi care s-au specializat într-un anumit domeniu al psihoterapiei. Deşi nu este obligatoriu, se observă că medicii-psihiatri au tendinţa de a aborda pacienţii cu tulburări psihice mai severe, iar psihologii abordează cazuri mai uşoare. O altă categorie profesională care se ocupă cu problemele emoţionale ale oamenilor o reprezintă clericii, care, în unele ţări, chiar primesc o anumită pregătire psihologică pentru a fi mai competenţi în rezolvarea problemelor enoriaşilor, în timp ce alţii se limitează doar la sfaturi privind problemele religioase.

În SUA, ţara cu cea mai dezvoltată tradiţie în domeniul psihoterapiei, cei care fac psihoterapie propriu-zisă de nivel ştiinţific, sunt ***profesioniştii din domeniul sănătăţii mintale***:

- *psihiatrii* care practică psihoterapia: sunt absolvenţi ai facultăţii de medicină, doctori în ştiinţe medicale, care au specializare de cel puţin 3 ani în psihiatrie şi au urmat unul sau mai multe cursuri de psihoterapie, fiind supervizați de un psihoterapeut competent;
- *psihologii clinicieni* care practică psihoterapia: sunt absolvenţi ai facultăţii de psihologie, doctori în psihologie, cu specializarea în psihologia clinică, psihopatologie, teoriile personalităţii, consilierii psihologice şi psihoterapiei;
- *asistenţii sociali* ce se preocupă de probleme mai simple: se ocupă mai mult de consilierea de familie, supraveghează şi evaluează aspectele din teren şi, în unele situaţii, în care condiţiile sociale care menţin tulburarea pot fi ameliorate, chiar aplică unele tehnici psihoterapeutice pentru care au calificarea necesară.

Istoria psihoterapiei

G. Ionescu susţine că psihoterapia a însoţit în mod implicit medicina în cursul istoriei sale, fiind prezentă şi dincolo de ariile acesteia, oriunde omul avea nevoie de sprijin moral. Dacă arta influenţării şi alinării suferinţelor corporale şi a durerilor morale are origini preistorice, istoria ştiinţifică a psihoterapiei începe cu secolul 19. Termenul de psihoterapie a apărut în Anglia şi aparţine psihiatrului D. H. Tuke (1872), promotorul unui curent de gândire medico-psihologică ce căuta să confirme „influenţa spiritului asupra corpului".

În Franţa termenul apare odată cu studiile lui H. Bernheim (1891) – „hipnotism, sugestie, psihoterapie". J. M. Charcot înfiinţează la Salpêtrière un centru internaţional de perfecţionare în domeniul bolilor mintale, prin activitatea căruia s-a afirmat neurologia, psihiatria şi psihoterapia. Ca asistenţi ai lui Charcot au lucrat oameni care, prin ideile lor, şi-au înscris numele în istoria psihoterapiei – P. Janet, A. Binet. Cel din urmă preconizează extinderea aplicării sugestiei şi a psihoterapiei în domeniile extramedicale, mai ales în cel al pedagogiei.

Definirea psihoterapiei a devenit, odată cu creşterea complexităţii şi a numărului de metode, tot mai dificilă, fiind marcată de ambiguitate, generalitate sau limite impuse de necesitatea sublinierii unui anumit grad de specificacitate. Din aceste motive, definiţiile sunt foarte numeroase, iar mulţi psihoterapeuţi renunţă la definiţia psihoterapiei în ansamblu, limitându-se la definirea metodei.

G. Ionescu sistematizează definiţiile în 2 categorii:

- acţional-operaţionale: *„Psihoterapia este un demers mutual între terapeut şi pacient, orientat spre investigarea şi înţelegerea naturii suferinţei psihice a celui din urmă în scopul vindecării suferinţei"* (T. B. Karasu, 1980);
- descriptiv-didactice: *„Psihoterapia este o încercare de a descoperi sensuri ale existenţei umane prin autoexplorare şi*

înţelegere, mediată de un terapeut” sau *„Psihoterapia este o disciplină ştiinţifică destinată să faciliteze schimbări ale comportamentului uman prin operaţii tehnice specifice”* (H. H. Strupp, G. Blackwood, 1976).

J. Watson (1963) defineşte *psihoterapia ca o acţiune psihologică sistematică, planificată şi intenţionată, având la bază un sistem teoretic conceptual, bine pus la punct, care trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat asupra pacientului. Ea utilizează metode şi acţiuni specifice şi nu poate fi confundată cu simpla acţiune caldă şi simpatetică pe care o exercită la nivel empiric o rudă, un preot sau un prieten apropiat.*

Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalităţii pacientului, modificări care îl vor ajuta pe acesta să realizeze o adaptare mai eficientă, mai puţin dezagreabilă şi mai stabilă la mediu.

Majoritatea specialiştilor consideră că obiectivele psihoterapiei vizează următoarele aspecte:

1. scoaterea pacientului din criza existenţială în care se află;
2. reducerea sau eliminarea simptomelor;
3. consolidarea eului şi a capacităţii integrative a personalităţii pacientului;
4. rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;
5. modificarea structurii personalităţii pacientului în vederea obţinerii unei funcţionări mai mature și capacității de adaptare eficientă la mediu;
6. reducerea sau înlăturarea, dacă e posibil, a acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamente de tip dezadaptiv;
7. modificarea opiniilor eronate ale subiecţilor despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare;
8. dezvoltarea la subiecţi a unei identităţi personale clare.

H. H. Strupp şi S. W. Hadley (1977) arată că ***succesul psihoterapiei poate fi evaluat după 3 criterii principale:***

- *trăirea subiectivă a pacientului* (se simte mai bine, e mai fericit, mai mulţumit, mai împăcat cu sine);
- *recunoaşterea socială* (progresele realizate de către pacient în profesie, familie, studii etc.);
- *realizarea aşteptărilor psihoterapeutului* în ceea ce priveşte modificările în sfera personalităţii şi comportamentului subiectului.

Factorii comuni ai psihoterapiilor

Majoritatea sistemelor terapeutice au următoarele elemente comune:

- relaţia stabilită între psihoterapeut şi pacient – o relaţie de sprijin, cu un anumit coeficient emoţional, bazată pe încredere;
- un pacient cu o dorinţă de schimbare şi un psihoterapeut care îl acceptă şi îl respectă;
- exprimarea liberă şi deschisă a trăirilor afective ale pacientului;
- o explicaţie terapeutică clară şi raţională oferită de psihoterapeut şi acceptată de pacient;
- furnizarea unor informaţii referitoare la natura şi succesele problemelor pacientului, care îi sunt transmise pe cale cognitivo-perceptivă sau prin insight;
- întărirea aşteptării pacientului de a fi ajutat prin puterea persuasivă a terapeutului;
- facilitarea unor experienţe de succes ce ar întări speranţa pacientului şi sentimentul său de competenţă interpersonală.



Sarcini și activități de învățare:

1. Identificați aria de intervenție a psihoterapiei.
2. Definiți conceptul de psihoterapie.
3. Caracterizați tipurile de organizare a psihoterapiei
4. Analizați principalele abordări psihoterapeutice și punctele comune.
5. Elaborați un profil al psihoterapeutului.

3. TERAPIILE DINAMICE

Finalități de studiu:

1. Să explice esența terapiilor dinamice.
2. Să argumenteze geneza nevrozelor prin prisma teoriilor dinamice.
3. Să determine mecanismele de apărare.
4. Să cunoască și identifice tehnicile teoriilor dinamice utilizate în terapie.

Terapiile psihodinamice au luat naştere de la psihanaliza lui S. Freud. Anume în cadrul psihanalizei psihoterapia s-a format ca un tip de activitate profesională aparte. Şi în prezent acest curent rămâne a fi un demers semnificativ.

Activitatea psihoterapeuţilor din secolul trecut era orientată spre descoperirea dereglărilor anatomice şi fiziologice ca fiind cauzele tulburărilor psihice. S. Freud, practicând hipnoza pentru tratamentul isteriei, a observat că în starea hipnotică bolnavul putea relata gânduri şi sentimente pe care nu le putea relata în stare obişnuită. În urma acestor practici S. Freud şi J. Breuer au constatat diminuarea sau dispariţia simptomelor. Ei ajung la concluzia că cauza bolilor psihice trebuie căutată în trăirile psihologice legate de evenimentul traumatizant. Psihoterapiile dinamice pun accent pe descoperirea diferitor procese psihologice de natură inconştientă, procese ce stau la baza formării personalităţii şi a mecanismelor de adaptare.

Ulterior tehnica lui Freud a fost modificată şi structurată în diferite alte sisteme psihoterapeutice, ce au la bază o anumită concepţie despre natura umană (E. Fromm, C. Jung, A. Adler, H. Sullivan, M. Klein, ş.a.). Unele elemente ale psihanalizei clasice fac azi parte din aproape toate sistemele de psihoterapie, indiferent de

orientarea teoretică, de oarece este evident că anumite metode de comportament pot avea semnificaţie simbolică sau un sens ascuns.

Geneza nevrozelor

Psihanaliştii sunt adepţii determinismului sau cauzalităţii psihice, considerând că fenomenele psihice şi comportamentele umane nu apar întâmplător, ci sunt determinate strict de evenimentele anterioare, care, dacă nu sunt conştientizate, determină subiectul să repete mereu aceleaşi tipuri de comportamente.

Odată cu dezvoltarea reprezentărilor teoretice pentru explicarea nevrozelor, psihanaliza utilizează mai multe abordări: dinamice (interacţiunea unor forţe aflate în conflict), topografice (modul de funcţionare a conştientului şi a inconştientului), energetice (circulaţia energiei psihice) şi structurale (funcţionarea unităţii psihice).

Abordarea topografică consideră că o condiţie importantă pentru apariţia nevrozei este refularea trăirilor în sfera inconştientă. Vindecarea are loc atunci când evenimentele refulate se conştientizează și sensul simptomului devine clar. La începutul dezvoltării teoriei şi practicii psihanalitice apariţia nevrozei era explicată în felul următor: omul percepe unele evenimente ca fiind o traumă psihică şi, din cauza că acestea produc suferinţă, ele nu pot fi pe deplin trăite. Energia blocată duce la dereglarea organismului, iar ca consecinţă apar simptomele.

Când evenimentele dureroase sunt refulate, ele trec în inconştient, iar locul lor îl ocupă simptomul. Simptomul uneori pare că are caracter ocazional, însă el codifică, ascunde trăirile, păstrând în acelaşi timp sensul evenimentelor şi elementele exterioare de manifestare. Când evenimentele trecutului se readuc în conştient, emoţiile şi gândurile refulate se eliberează, energia se deblochează, iar simptomele dispar.

Abordarea energetică utilizează noţiunile de constituţie sexuală şi trăiri infantile. În trăirile infantile se fixează energia libidinală. Dezvoltarea psihosexuală defectuoasă îşi are originea în conflictele şi traumele psihice din copilăria timpurie. Fiecare din cele cinci stadii de dezvoltare creează premise pentru fixarea energiei. Fixaţia este rezultatul existenţei impulsurilor contradictorii prezente în acelaşi timp – dorinţa şi interdicţia satisfacerii dorinţei infantile (de exemplu: dragostea şi furia faţă de părinte). Ciocnirea tendinţelor conflictuale nu permite eliberarea libidoului şi generează nevroza.

Faza orală de dezvoltare 0-1 an. Majoritatea energiei este blocată (catetizată) în zona gurii. Copilul primeşte satisfacţie de la suptul nu doar al pieptului, dar şi al biberonului, degetelor, jucăriei. Gura este prima zonă a organismului pe care copilul o poate dirija şi excitarea căreia îi aduce copilului satisfacţie. Pe măsura creşterii, „zonele de plăcere" se extind asupra altor părţi ale corpului, însă o parte a energiei rămâne permanent „legată" de zona orală. Adulţii păstrează multe din obiceiurile orale şi interesul pentru menţinerea plăcerilor orale: mâncatul, suptul, mestecatul, fumatul, lingerea buzelor, ş.a. Unele deprinderi orale, cum ar fi rosul unghiilor, fumatul, muşcatul sunt considerate a fi expresii ale imaturităţii psihice, constituie fixaţia la stadiul oral de dezvoltare. În asemenea cazuri persoana preferă să-şi satisfacă nevoile prin metode „copilăreşti", mai plăcute, şi nu într-un mod adecvat dezvoltării normale.

Faza anală de dezvoltare 1-3 ani. O atenţie deosebită acordă copilul procesului de urinare şi defecare. Aceste procese instigă un interes firesc de descoperire a sinelui. Creşte controlul psihologic şi acest control poate fi o nouă sursă de plăcere. Stimulările şi pedepsele copilului sunt legate de procesul de evacuare. Fixaţia la stadiul anal de dezvoltare duce la formarea a două tipuri de caracter:

fie acurateţe excesivă, fie încăpăţânare şi revoltă. În asemenea cazuri Freud vorbea despre manifestarea unui „caracter anal”.

Faza falică de dezvoltare 3-6 ani. Este perioada descoperirii propriei sexualităţi. Sexualitatea copilului este înaltă şi deseori este legată de excitarea nemijlocită a organelor genitale. Obiectul principal al libidoului este părintele de sex opus. Complexul Oedipian este considerat a fi universal, el are un caracter persistent, activ, neconştientizat. Ieşirea din conflict constă în identificarea cu părintele de acelaşi sex şi orientarea energiei libidinale asupra unui alt obiect din afara familiei.

În cazul dezvoltării normale reprezentările sexuale din această perioadă (pregenitală) sunt refulate în inconştient, iar reprezentările din perioada următoare sunt sublimate. Însă sunt cazuri, când reprezentările sexuale infantile nu sunt pe deplin refulate, atunci „complexul prins” se manifestă prin acţiuni greşite, vise, în cazuri mai grave – sub forma dereglărilor nevrotice.

Perioada latentă. Începe cu 6 ani şi se finisează cu începutul maturizării sexuale. Se formează interdicţiile sexuale şi reprezentările despre normele ce vor dirija comportamentul ulterior al individului. Impulsurile libidinale pot induce sentimente de repulsie, ruşine, trăiri morale. Mecanismul prin care impulsurile libidinale din această perioadă sunt reorientate în alte domenii este sublimarea.

Faza genitală. Începe odată cu maturizarea sexuală (menarhe la fete și poluții la băieți). În această perioadă la băieţi se intensifică libidoul, la fete se intensifică reprimarea şi canalizarea energiei în alte direcţii. Se depăşeşte tendinţa incestuală, indivizii ies de sub influenţa autorităţii parentale. Dacă dezvoltarea sexuală a fost adecvată în fazele anterioare, individul este pregătit pentru stabilirea relaţiilor heterosexuale.

Nevroza se dezvoltă dacă în viaţa adultului intervin evenimente traumatizante. Ele sunt traumatizante deoarece realitatea, aşa cum e văzută de către individ, nu-i permite să elibereze energia acumulată. Noul conflict activizează pulsiunile infantile şi individul regresează la o anumită etapă de dezvoltare infantilă. Apar simptomele care amintesc de trăirile infantile.

Abordarea dinamică descrie nevroza ca fiind un conflict între pulsiunile instinctive şi forţele care împiedică exteriorizarea lor. Omul posedă o serie de impulsuri şi tendinţe instinctive – pulsiuni – de natură inconştientă. Pulsiunile (necesităţile, instinctele libido şi tanatos) sunt sursele principale ale energiei. Pulsiunile tind să fie satisfăcute, însă satisfacerea lor uneori poate fi primejdioasă şi atunci energia se deplasează de la obiectele iniţiale asupra altora. De exemplu, energia agresivă se poate elibera în practicile sportive.

Pulsiunile sunt nişte forţe ce-l determină pe om să acţioneze, sunt elanuri primare de natură fiziologică, imbolduri spre un scop. Pulsiunea, instinctul, conţine 4 componente:

- *sursa* o constituie necesităţile, dorinţele;
- *scopul* – constă în micşorarea necesităţii şi a îndeplinirea dorinţei într-o aşa măsură, încât să nu mai fie nevoie de acţiunea ulterioară orientată spre satisfacerea acesteia. Adică scopul este de a da organismului ceea de ce are el nevoie la moment;
- *impulsul* – este acea energie, tensiune, forţă care este utilizată pentru satisfacerea pulsiunii;
- *obiectul instinctului* – sunt obiectele și acţiunile care satisfac scopul iniţial.

Exemplul persoanei însetate. Corpul este deshidratat şi are nevoie de apă (*sursa* pulsiunii – nevoia de lichid, setea). Pe măsura ce setea creşte, creşte tensiunea, energia (*impulsurile*) orientate spre înlăturarea setei. *Scopul* constă în înlăturarea tensiunii, de a lichida

setea. *Obiectul* – nu este doar apa, dar lichidele şi toate acţiunile, care sunt orientate spre căutarea lichidului, pregătirea acestuia, cât şi actul propriu-zis de a bea apă.

Persoana care are o nevoie va continua activitatea de căutare până ce nu-şi va satisface această nevoie şi nu va înlătura tensiunea legată de ea. Tensiunea va fi urmată de relaxare, relaxarea de tensiune... şi aşa fără sfârşit. Starea ideală este considerată a fi cea de calm, echilibru, care corespunde vieţii intrauterine.

Activitatea terapeutului este orientată spre descoperirea modalității greșite de satisfacere a nevoii (pulsiunii), și căilor optimale de satisfacere.

Abordarea structurală consideră că nevroza este expresia conflictelor între substructurile personalităţii. Cerinţele substructurilor pot fi contradictorii, atingerea unui consens între ele este dificilă. Acest rol îl are Eul. Sinele şi Supraeul în mare măsură sunt inconştiente. Eul elaborează un şir de mecanisme de apărare pentru a diminua contradicţiile dintre Sine şi Supraeu. *Mecanismele de apărare* sunt anumite manevre prin intermediul cărora psihicul încearcă să se debaraseze de materialul emoţional dureros, să ţină în afara conştiinţei emoţiile și amintirile generatoare de suferinţă. În situaţiile de pericol omul poate să devină anxios fără ca să înţeleagă cauzele şi sursele acesteia. Reducerea anxietăţii este posibilă fie prin modificarea situației, fie prin modificarea percepţiei. Calea a două este legată de formarea mecanismelor de apărare.

Mecanismele de apărare denaturează realitatea, însă ele sunt funcţionale şi necesare, deoarece temporar elimină din inconştient acţiunea factorului traumatizant. Însă, dacă devin prea rigide, ele împiedică adaptarea şi dezvoltarea individului. Supraeul interzice Eului să elibereze energia instinctivă provocând sentimentul vinovăţiei. Eul pierde energie nu pentru satisfacerea necesităţii, ci pentru refularea ei, pentru a nu admite ca impulsurile interzise să

ajungă în sfera conştientului şi să se manifeste. Un Eu puternic este posibil dacă el e relativ independent de Sine şi Supraeu. De aceea psihanaliza îşi propune reorganizarea Eului, pentru asimilarea noilor sfere ale Sinelui.

Mecanisme de apărare:

1. ***Refularea*** – respingerea dincolo de câmpul conştiinţei a unei dorinţe sau a unei amintiri dureroase sau uitarea unui eveniment apropiat, faţă de care avem motive de teamă.
2. ***Raţionalizarea*** – mecanism extrem de comun, care are ca scop justificarea propriilor acţiuni, atitudini, opinii, prin raţionamente care, aparent, sunt cât se poate de logice. Acest mecanism de apărare permite explicarea unui comportament într-o manieră relativ rezonabilă, în scopul camuflării adevăratei motivaţii.
3. ***Regresia*** – plasat într-o situaţie de frustrare, individul se reîntoarce la comportamente şi reacţii infantile.
4. ***Proiecţia*** – este tendinţa de a atribui celorlalţi propriile sentimente şi motivaţii. Această proiectare asupra lumii exterioare permite reducerea sau evitarea anxietăţii provocate de recunoaşterea unor instincte şi dorinţe inavuabile (care nu pot fi mărturisite, nedemne).
5. ***Deplasarea*** – sentimentul (în general de agresivitate, ostilitate) pe care îl încercăm faţă de o persoană sau faţă de un obiect este deplasat spre un substitut al persoanei sau obiectului respectiv. Acest mecanism se produce atunci când circumstanţele nu sunt favorabile exprimării deschise şi directe a acestui sentiment.
6. ***Identificarea*** – mecanism prin care adoptăm comportamentul şi maniera de a fi ale unei persoane pe care o admirăm şi pe care am ales-o ca model. Acest mecanism ne permite să fim acceptaţi de către noi grupuri şi să ne integrăm în ele.

7. ***Sublimarea*** – procesul prin care nevoile sau motivaţiile care au devenit tabuuri pot fi exprimate într-un mod socialmente acceptabil.
8. ***Formarea reacţională*** – tendinţa prin care individul adoptă comportamente opuse celor pe care, în sinea lui, le respinge. În acest fel, el îşi poate ascunde adevăratele sentimente şi motivaţii, exprimând, în mod vizibil, contrariul.
9. ***Compensarea*** – individul care se simte ratat într-un domeniu încearcă să depăşească unele limite într-un domeniu diferit. Inferioritatea resimţită poate fi, de altfel, reală sau imaginară.
10. ***Fantasma*** – tendinţa de a evada într-o lume a viselor şi ideilor, atunci când problemele reale şi concrete devin prea copleşitoare. Fantasma poate fi un refugiu şi o activitate de compensare a incapacităţii resimţite în realitate.

Una dintre noțiunile de bază cu care operează psihanaliza este noțiunea de ***insight –*** înţelegerea intuitivă, bruscă a cauzelor care au generat conflictele, a relaţiilor esenţiale, a structurii situaţiei generale prin intermediul căreia are loc rezolvarea constructivă a problemei. Semnificativă este şi convingerea pacientului că a găsit răspunsul adevărat.

De regulă terapeuţii fac distincţia dinte insight-ul raţional şi cel emoţional, primul are o valoare terapeutică limitată, al doilea este esenţial. Distincţia între ele nu se realizează uşor, cele două componente aflându-se în interacţiune.

A doua noţiune este cea de ***catharsis*** – descărcare psihică de natură emoţională, prin retrăirea în plan psihic a experienţelor anterioare. La început catharsisul era considerat elementul de bază al psihoterapiei. Mai târziu, odată cu structurarea sistemului său, Freud ajunge la concluzia că pentru succesul terapiei este nevoie de mai mult. Totuşi catharsisul rămâne în continuare un element important

în terapia analitică pentru că terapia nu poate progresa, dacă pacientul nu-şi exprimă într-o anumită măsură trăirile afective, iar pe de altă parte exprimarea acestor sentimente îi produce pacientului o uşurare, fapt ce-l încurajează pe acesta să continue terapia.

Organizarea terapiei

Scopul terapiei: înţelegerea naturii conflictelor pacientului, a stilului dezadaptiv de comportament ce se trage din copilărie; înţelegerea acelor conflicte inconştiente ce acţionează activ, şi care până în prezent, nefiind soluţionate, influenţează comportamentul adultului; restructurarea personalităţii în ansamblu; rezolvarea tuturor conflictelor inconştiente nevrotice. Freud considera că, dacă din adâncurile inconştientului scoatem la suprafaţă pulsiunile şi emoţiile inconştiente, ele-şi vor găsi rezolvarea.

Intervenţia este de lungă durată, nu are un final fixat. Durata tratamentului depinde de numărul zonelor conflictuale, care trebuie să fie prelucrate pe parcursul tratamentului. De regulă durează 2 ani.

Pot fi abordate următoarele categorii de tulburări: stări de anxietate, isteria anxioasă, tulburări de conversie, nevroze compulsive, fobiile, nevroze caracteriale, perversiuni, insomnii, depresii.

Criterii de selecţie: tendinţa de a gândi în termeni psihologici, capacitatea de a observa sentimentele, inteligenţă mai sus de medie, relaţii bune cu terapeutul.

Pe parcursul primelor 5 şedinţe are loc stabilirea măsurii în care această formă de terapie se potriveşte clientului dat.

Tehnicile psihanalizei

Toate tehnicile sunt orientate spre conştientizarea cauzelor nevrozei, mai puţin se corectează anumite manifestări.

1. ***Asociaţiile libere.*** Pacientului i se propune să vorbească liber absolut despre tot ce-i trece prin cap, fără o selecţie conştientă a informaţiei, fără a ţine cont de logica expunerii, fără sentimentul de jenă etc. Conţinutul asociaţiilor libere sunt trecutul şi viitorul, gândurile, sentimentele, fanteziile, visele. Vorbind liber, fără a primi răspunsuri la întrebări sau a fi ghidat, pacientul învaţă să reproducă experienţa traumatizantă şi să găsească singur răspuns la întrebările pe care şi le pune. Interpretarea este făcută rareori de către terapeut, atunci când pacientul este gata să o audă.

Maniera de comportament al terapeutului este „pasivă", mai mult ascultă şi încearcă să cunoască în ce mod pacientul îşi organizează lumea sa psihologică. Deoarece în comportamentul uman nu este nimic întâmplător, „firul Ariadnei" din asociaţii libere îl va conduce pe pacient spre intrarea în inconştient.

Importantă este nu atât relatarea unor evenimente traumatice, cât modificările permanente ale personalităţii, care fac posibilă acceptarea evenimentelor traumatice. Tratamentul este văzut ca fiind un proces permanent de modificări şi nu ca un act dramatic momentan.

2. ***Analiza rezistenţelor.*** Rezistenţele sunt forţele care împiedică accesul conștientului la materialul din inconştient, acele forţe care se opun mersului şi scopurilor terapiei. Indiferent cât de mare nu ar fi motivaţia pacientului de vindecare, acesta manifestă atitudini ambivalente în dorinţa sa de a se trata. Simptomele, deşi nu sunt dorite, îl ajută pe pacient să atingă un anumit nivel de adaptare. Pacientul are nevoie de curaj pentru a se confrunta cu distresul emoţional, provocat de amintirile traumatizante.

Analiza rezistenţelor presupune parcurgerea următorilor paşi:

- *recunoaşterea* (procesul de identificare de către psihoterapeut a rezistenţei);

- *demonstrarea prezenţei rezistenţei* (psihoterapeutul îl confruntă pe pacient cu situaţia reală, fără a face interpretări: „Am impresia că evitaţi să discutaţi despre unele lucruri”, dând de înţeles că rezistenţa este o reacţie firească în psihanaliză);
- *clarificarea motivelor şi formelor rezistenţei* (ce tendinţă instinctivă reprezintă cauza afectului patologic);
- *interpretarea rezistenţei* (explicarea surselor inconştiente ale afectului);
- *prelucrarea* (are scopul de a depăşi rezistenţa).

3. *Analiza transferului.* Studiind rezistenţa, Freud descoperă fenomenul transferului şi contratransferului. ***Transferul*** – reprezintă comutarea asupra terapeutului a sentimentelor pe care le-a avut clientul faţă de alte persoane semnificative, în special faţă de părinţi. Aceste sentimente se actualizează în cadrul şedinţelor, dar sunt orientate deja spre terapeut. Pacientul parcă ar juca una şi aceeaşi piesă, în cadrul căreia însă se modifică actorii. Subiectul piesei apare în copilărie şi permanent se repetă în viaţa pacientului. Sarcina terapeutului e să regizeze o piesă nouă.

Examinarea de către pacient a sentimentelor sale faţă de terapeut îi permite să se întoarcă la evenimentele trecute şi să le înţeleagă. Energia libidinală sau agresivă se transferă de la obiectul semnificativ asupra terapeutului şi, când conflictul e soluţionat, ea se eliberează şi nu se întoarce la obiectul din trecut. De aceea transferul este miezul terapiei, factor important al tratamentului. Transferul poate fi *pozitiv* (simpatie, respect, dragoste faţă de terapeut) sau *negativ* (antipatie, furie, ură, dispreţ).

Contratransferul – răspunsul emoţional al terapeutului la solicitările afective ale pacientului. Contratransferul se accentuează în timpul trăirii unor evenimente stresante şi a conflictelor nerezolvate ale terapeutului. Evenimentele din trecutul terapeutului îl

pot face pe acesta mai sensibil la anumite teme, ceea ce determină modul în care terapeutul îl poate „auzi” pe pacient.

Sarcina terapeutului este de a-şi controla sentimentele faţă de pacient, de a împiedica contratransferul şi, în acelaşi timp, de a nu fi lipsit de înţelegere umană faţă de pacient.

4. *Analiza viselor*. Visele sunt calea regală spre inconştient, spunea Freud. Visele sunt determinate de impulsurile inconştiente, pe care individul nu vrea să le recunoască fiind în stare de veghe. În timpul somnului controlul conştientului scade, impulsurile interzise ies la suprafaţă. Freud considera că prin vis conţinutul latent ascuns se transformă în limbajul simbolurilor. Visele nu conţin legături logice, ci numai legături asociative. Semnele care apar în vis urmează să fie descifrate ca un rebus. Majoritatea simbolurilor sunt universale şi sunt de natură sexuală. Metoda analizei viselor presupune împărţirea visului pe elemente şi stabilirea asociaţiilor cu fiecare element. Actualizarea evenimentelor trecute în vis permite conştientizarea conflictelor care se exprimă prin ele. Unul şi acelaşi simbol poate avea semnificaţie diferită pentru diferiţi clienţi.

Sursele viselor sunt trăirile actuale ce au legătură cu anumite conflicte infantile. Evenimentele din prezentul clientului activează acele conflicte. La început terapeutul atrage atenţie la evenimentele zilei ce au precedat visul. Pacientul se convinge că conţinutul viselor nu este ocazional şi acceptă visele ca fiind o expresie, o reflectare a problemelor şi necesităţilor sale.

4. ***Analiza acţiunilor greşite.*** Din grupul acţiunilor greşite fac parte: erorile de exprimare, scriere, calcul, auz, uitarea numelor, denumirilor, trăirilor, pierderea şi „strângerea” lucrurilor. Freud le consideră acte psihice ce au un anumit sens şi o anumită intenţie. Aceste acţiuni apar în momentul acţionării a 2 dorinţe contradictorii: dorinţa care aduce mai puţină satisfacţie este refulată în subconştient, dar totuşi ea se manifestă involuntar printr-o acţiune greşită.

5. ***Interpretarea*** este explicaţia unui anumit aspect în comportamentul pacientului în contextul trecutului şi prezentului. Profunzimea interpretării trebuie să fie la nivelul necesităţii de moment al pacientului, să nu depăşească şi să nu rămână în urma gândurilor lui. Capacitatea de a sesiza când trebuie făcută interpretarea caracterizează măiestria terapeutului.

Deşi interpretarea pare să fie făcută spontan, aceasta este dată de o pregătire minuţioasă. Timpul oferirii informaţiei este determinat de faptul, când pacientul va putea „auzi" şi înţelege ceea ce i se spune.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul terapiilor dinamice.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma teoriilor dinamice.
3. Descrieți specificul psihanalizei.
4. Caracterizați mecanismele de apărare.
5. Analizați tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în terapiile dinamice.

4. PSIHOTERAPII DE ORIENTARE COMPORTAMENTALĂ

Finalități de studiu:

1. Să explice esența psihoterapiilor de orientare comportamentală.
2. Să caracterizeze concepțiile care satu la baza terapiilor comportamentale.
3. Să explice geneza nevrozilor prin prisma abordărilor comportamentale.
4. Să cunoască și identifice tehnicile terapiilor comportamenale utilizate în psihoterapie.

Baza teoretică a terapiilor comportamentale îşi are originea în teoriile învăţării, conform cărora personalitatea umană se structurează şi funcţionează în raport cu stimulii exteriori, cu situaţiile, rolurile şi interacţiunile sociale. Aceste teorii pun accentul pe influenţa majoră a mediului asupra formării şi păstrării îndelungate a comportamentului. Şi dacă teoriile behavioriste radicale consideră că comportamentul uman are doar 2 surse de bază – frustrarea biologică (ex. foamea sau tensiunea sexuală) şi istoria învăţării individului, atunci teoriile comportamentale ulterioare ţin cont şi de aspectele cognitive ce mijlocesc stimulul şi reacţia.

Astfel, ***învăţarea*** a fost definită de către E. R. Hilgard şi G. H. Bower ca fiind un proces, prin intermediul căruia activitatea individului este indusă sau modificată în baza reacţiilor la situaţia apărută, cu condiţia că această modificare a activității nu poate fi explicată prin reflexele înnăscute, maturizarea sau starea temporară a organismului (oboseală, starea de ebrietate etc). Învăţarea înseamnă dobândirea şi păstrarea unor tipuri de comportament.

Concepţiile ce stau la baza terapiilor comportamentale:

1. **Condiţionarea clasică (I. Pavlov)**

Consideră că instinctele şi reflexele sunt una şi aceeaşi – răspunsul inevitabil la stimulii interiori şi exteriori. Întreaga activitate nervoasă a animalelor se bazează pe reflexele înnăscute ce pot fi de excitare sau inhibiţie. Aceste reflexe reprezintă relaţia cauzală dintre stimulii exteriori, ce acţionează asupra organismului, şi reacţia reflectoare a organismului. Doar reflexele înnăscute nu pot asigura supravieţuirea organismului, de aceea interacţiunea organism – mediu este mijlocită de emisferele cerebrale.

Reflexele condiţionate sunt învăţate şi presupun semnalizare (în experimentele lui Pavlov drept semnal a servit metronomul, becul, percepţia vizuală a hranei). Învăţarea reacţiei condiţionate a

fost numită ***condiţionare clasică***. Slăbirea reflexului la un anumit stimul condiţionat, care a fost multiplu repetat fără consolidare, se numeşte ***stingerea reflexului condiţionat***.

Astfel, condiţionarea şi stingerea reacţiei parcurge 4 faze:

- stimul necondiţionat (hrană) – reacţie necondiţionată (salivare);
- stimul condiţionat (bec) însoţit de stimulul necondiţionat (hrană) – reacţie necondiţionată (salivare);
- stimul condiţionat (bec) – reacţie condiţionată (salivare);
- stimul condiţionat (bec) repetat fără însoţirea stimulului necondiţionat (hrană) – stingerea reacţiei condiţionate (încetarea salivării).

2. Behaviorismul condiţionării (J. Watson)

Omul, ca şi animalele, se adaptează la mediu utilizând predispoziţiile ereditare şi bagajul de obişnuinţe. Asupra organismelor acţionează o multitudine de stimuli exteriori şi interiori şi prin condiţionare se lărgeşte gama stimulilor, la care reacţionează omul.

Formula de bază este ***S (stimul)*** → ***R (reacţie)***.

Stimulul generează o reacţie, care determină organismul să se mişte sau să se schimbe în aşa mod, încât stimulul să înceteze să mai genereze reacţia. ***Comportamentul uman înnăscut*** reprezintă totalitatea reacţiilor înnăscute care pot fi de durată (bătăile inimii, respiraţia, transpiraţia, formarea obişnuinţelor, etc), de scurtă durată (suptul pieptului, agăţatul jucăriei), care apar mai târziu şi persistă o perioadă îndelungată (menstruaţia, ejacularea). Comportamentul înnăscut devine condiţionat în scurt timp după naştere. Watson neagă noţiunea de instinct, deoarece el nu-i altceva decât rezultatul învăţării sau condiţionării, adică este o parte a comportamentului dobândit. Astfel, în orice acţiune umană există un început înnăscut, iar cu

timpul sistemul se complică datorită condiţionării (ex. reacţiile vocale - vorbirea).

Watson este un ***determinist*** învederat – el consideră că dacă ar fi posibil controlul absolut al copiilor imediat după naştere, ei ar putea fi educaţi în aşa fel încât să devină medici, avocaţi, artişti, hoţi etc. Capacităţile, talentul, caracterul sunt nişte factori ce depind de învăţare. Omul diferă de animal prin gradul mai mare de dezvoltare a 3 sisteme de deprinderi: emoţional, manual şi verbal.

Există doar 3 tipuri de reacţii emoţionale înnăscute: furia, frica, dragostea. Reacţiile emoţionale se pot condiţiona (Albert, 11 luni, a învăţat frica de cobai, apoi a generalizat frica şi la alte animale cu blană şi lucruri moi), cât şi elibera de condiţionare.

3. Behaviorismul operaţional (B. Skinner)

Propune următorul principiu fundamental – ***Comportamentul se formează şi se păstrează prin consecinţele lui***. El iese din limitele formulei S ⟶ R, ţinând cont de influenţa mediului asupra organismului după ce acesta a manifestat reacţia. El consideră că reacţia care a apărut nu poate fi prevăzută sau controlată, unicul lucru ce poate fi prevăzut este probabilitatea apariţiei ulterioare a acestei reacţii. Introduce noţiunea de ***operant***, pentru a sublinia că comportamentul operează în mediul înconjurător producând consecinţe. Spre deosebire de Pavlov, care lega întărirea reacţiei de stimul, Skinner consideră că întărirea depinde de răspuns. Astfel, mediul joacă un rol foarte important în formarea şi menţinerea comportamentului. Interacţiunea organismului cu mediul poate fi descrisă prin prezenţa a 3 elemente: situaţie, răspuns şi consecinţele ce întăresc comportamentul.

Întăririle pot fi ***primare, necondiţionate*** (hrană, apă, odihnă, asigurarea securităţii şi alţi factori biologici) şi condiţionate. ***Întăririle condiţionate*** se generalizează atunci când sunt legate cel

puţin de o întărire primară (ex. banii – ţin nu doar de o stare concretă de lipsă – foamea, dar şi de alte stări). Alţi stimuli de întărire condiţionată generalizată sunt: atenţia, acceptarea şi ataşamentul / afecţiunea. Întăririle pot fi făcute continuu sau periodic.

Dacă după un anumit comportament nu survin suficiente întăriri, atunci comportamentul se stinge. Skinner consideră că starea caracterizată printr-o putere operaţională scăzută trebuie tratată, iar terapia poate fi privită ca un sistem de întărire menit să restabilească comportamentul stins. Comportamentul poate fi format prin întărirea consecutivă a paşilor ce ne apropie de rezultatul dorit.

4. Inhibiţia reciprocă (J. Wolpe)

Wolpe a remarcat că deprinderile vechi deseori se sting dacă se oferă posibilitate noilor deprinderi să se formeze în aceeaşi situaţie. Termenul de ***inhibiţie reciprocă*** se utilizează referitor la toate situaţiile în care manifestarea unei reacţii noi duce la reducerea intensităţii reacţiei anterioare. Adică, dacă se reuşeşte să se formeze o reacţie contrară neliniştii în timpul prezenţei stimulilor generatori de nelinişte, în aşa mod încât reacţia de nelinişte să fie totalmente sau măcar parţial suprimată, relaţia dintre aceşti stimuli şi nelinişte va slăbi.

Oamenii au obişnuinţe legate de mişcare, emoţii şi gândire. ***Obişnuinţa*** – set de reacţii care sunt generate consecutiv de aceleaşi circumstanţe. Obişnuinţele nevrotice includ în sine nelinişte, frică – reacţii prin care organismul răspunde la stimulii dăunători. Frica împiedică funcţionarea normală a organismului şi duce la apariţia dereglărilor în sfera motorie, emoţională, cognitivă. Sunt ***2 surse ale fricilor şi obişnuinţelor nevrotice*** – *condiţionarea clasică* (datorate unei sau multiplelor repetări a evenimentelor înspăimântătoare) şi *informaţia cognitivă incorectă.*

5. Teoria incubării (H. Eysenck)

Identifică 4 surse ale fricii nevrotice:

- sursele înnăscute (frica apare la primul contact cu stimulul);
- „predispunerea" – oamenii sunt pregătiţi pentru a învăţa unele frici;
- modelarea (imitarea);
- condiţionarea clasică a lui Pavlov – introvertiţii se condiţionează mai uşor decât extravertiţii.

Introduce noţiunea de ***incubaţie a nevrozelor***. Chiar dacă prezentarea stimulului condiţionat de cele mai dese ori duce la reducerea puterii reacţiei condiţionate (stingerea reflexului condiţionat), el poate duce şi la creşterea puterii reacţiei condiţionate (incubaţia reacţiei de frică). Acest fapt depinde de puterea de atracţie a reacţiei sau importanţa vitală a ei (ex. salivarea câinelui are putere mică de atracţie deoarece nu duce după sine foamea; şocul electric are o putere mare de atracţie (pune în pericol bunăstarea), ceea ce determină cobaiul să înveţe un alt comportament).

Eysenck consideră că neliniştea/frica sunt reacţii cu putere mare de atracţie şi, deci, ea nu se stinge la apariţia stimulului condiţionat, ci, din contra, se intensifică. Astfel, dacă stimulul necondiţionat (SN) generează frica ca reacţie necondiţionată (RN), atunci un stimul condiţionat (SC) asociat cu SN va genera tot frică, care va fi şi mai intensă la apariţia doar a SC. Apare reacţia în lanţ: alţi stimuli asociaţi cu SC vor genera o frică şi mai mare.

Geneza nevrozelor

Reacţiile, emoţiile şi deprinderile dezadaptive au fost achiziţionate în cursul istoriei vieţii individuale. Ele s-au fixat deoarece au permis cândva subiectului să evite anumite experienţe traumatizante. Ele tind să se repete nu numai în prezenţa stimulilor repulsivi, neplăcuţi care le-au generat, ci şi într-o serie de situaţii cu

caracter similar. Aceste reacţii nedorite constituie obiectul psihoterapiei de orientare comportamentală, care-şi propune scopul de a le elimina.

Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale sunt întărirea socială şi controlul comportamentului. Pentru a întări anumite comportamente e nevoie de a manipula stimulii ambianţei astfel, încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate pozitiv şi, în felul acesta, să crească probabilitatea lor de manifestare. Comportamentele nedorite trebuie să fie asociate cu stimuli de ambianţă negativi pentru micşorarea sau dispariţia acestora. Persoana capătă astfel capacitatea de control asupra propriului comportament.

L. J. Reyna şi A. A. Lazarus, arată că psihoterapia comportamentală reprezintă un set de procedee menite să elimine o mulţime de reacţii emoţionale cu caracter dezadaptiv, comportamente nedorite şi să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă faţă sarcinilor cotidiene, să interacţioneze adecvat cu alte situaţii şi persoane.

Spre deosebire de terapiile dinamice care consideră că simptomul este doar manifestarea exterioară a unor probleme de natură inconştientă care l-au generat şi e necesar de a elimina procesul nevrotic de bază, terapiile comportamentale neagă existenţa factorilor psihologici de natură internă inconştientă ca provocatori ai simptomului, considerând că simptomul reprezintă el însuşi o problemă care trebuie eliminată fără pretenţia de a modifica altceva din structura personalităţii pacientului.

Simptomul este un fenomen învăţat. Persoana nevrotică este cea care n-a reuşit să dobândească anumite abilităţi necesare de a face faţă evenimentelor cotidiene şi, în acelaşi timp, a achiziţionat modele de comportament greşite. Sarcina terapiei constă în dezvăţarea de comportamentele nedorite şi învăţarea celor dezirabile. Simptomele sunt obiectul psihoterapiei. Dacă simptomul va reapărea

din nou peste un timp sau va apărea un alt simptom, acesta de asemenea va putea fi înlăturat prin procesele de întărire şi control.

Relaţia terapeutică este după tipul profesor – elev. Terapeutul este cel care analizează problema, dă indicaţii, sarcini pe care pacientul trebuie să le urmeze pentru a se vindeca. Pacientul se poate vindeca şi fără a înţelege natura problemelor sale. Este suficient pentru el să îndeplinească indicaţiile terapeutului.

Tehnici ale psihoterapiei comportamentale

1) Tehnica stingerii comportamentelor nedorite

Modelele de comportament învăţate au tendinţa de a slăbi dacă nu sunt întărite în mod corespunzător. Acest fenomen este şi mai evident în situaţiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane.

Stingerea comportamentelor anxioase nedorite se face prin:

- tehnica implozivă – confruntarea cu situaţia anxiogenă în plan imaginar, prin exagerarea stimulului fobic (ex.: i se cere clientului ce are frică de șobolani să-și imagineze cum ei mișună în jurul lui, urcă pe el etc.);
- tehnica expunerii – confruntarea cu situaţia anxiogenă reală, fie în plan imaginar sau în realitate (ex.: i se cere clientului ce are frică de șobolani să-și imagineze sau să urmărească de la distanță comportamentul unui șobolan).

Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacţiilor provocate de stimulii anxiogeni şi sunt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase. În I caz pacientului i se cere să-şi imagineze situaţiile ce trezesc neliniște, iar terapeutul manevrează situaţia în aşa mod încât să producă o creştere masivă a anxietăţii. Prin expunere repetată la situaţii anxiogene în condiţii de securitate afectivă, stimulii anxiogeni îşi pierd forţa şi comportamentul de evitare a situaţiilor respective are tendinţa de a se stinge. Confruntarea cu situaţiile reale se utilizează

mai ales în cazul pacienţilor cu capacităţi imaginative limitate. Cu toate că s-a dovedit mai eficientă tehnica expunerii în multe cazuri, pentru unii subiecţi ea poate fi prea dură, producând o creştere a simptomelor.

2) Tehnica desensibilizării sistematice

Este eficientă în reducerea unor modele nedorite de comportament într-o gamă vastă de situaţii: tracul de examene, fobii, tulburări anxioase, unele cazuri de impotenţă şi frigiditate.

Termenul de desensibilizare sistematică îi aparţine lui J. Wolpe, care, pornind de la ideea că modelele anxioase de comportament sunt nişte răspunsuri condiţionate, a elaborat metoda prin care pacientul învaţă să rămână calm şi relaxat în situaţii anxiogene. Metoda include următoarele etape:

- învăţarea relaxării – în primele 6 şedinţe ale psihoterapiei (metoda relaxării musculare progresive a lui E. Jacobson, hipnoză, meditaţie etc.);
- stabilirea ierarhiilor – se stabileşte ierarhia situaţiilor generatoare de anxietate pentru subiect în ordine descrescătoare (de la cea mai anxiogenă la cea mai puţin anxiogenă);
- desensibilizarea – după ce subiectul stăpâneşte bine tehnica relaxării i se cere să se relaxeze cu ochii închişi în timp ce terapeutul descrie scenele începând cu cele neutre şi înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, în stare de relaxare, îşi imaginează fiecare situaţie. În momentul în care pacientul afirmă că simte anxietate, şedinţa se încheie. Tratamentul continuă până când pacientul reuşeşte să rămână relaxat în timp ce-şi imaginează cea mai anxiogenă situaţie.

Durata medie a şedinţei – 30 min, frecvenţa lor – 2-3 ori pe săptămână. Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni.

Situaţii în care desensibilizarea este ineficientă:

- pacienţi cu dificultăţi de învăţare a relaxării;
- ierarhiile de stimuli anxiogeni sunt irelevante sau pot ghida greşit subiectul;
- incapacitatea pacientului de a-şi imagina situaţiile.

3) Psihoterapia aversivă

Presupune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancţiunilor. Sancţiunea presupune atât înlăturarea întăririlor pozitive, cât şi utilizarea unor stimuli aversivi (de ex. şocurile electrice asociate cu prezentarea vizuală, mirosul şi gustul băuturilor alcoolice - Kantorovici). Deşi utile, pedepsele rareori sunt utilizate ca metodă de tratament. Şocurile electrice nu se mai practică datorită aspectelor etice şi faptului că noile comportamente induse prin această metodă nu au tendinţa de a se generaliza.

Tehnica aversivă este aplicată în cazul unor tulburări sau deprinderi distructive: fumat, abuz de alcool, mâncatul excesiv, dependenţă de droguri, deviaţii sexuale, chiar şi în cazul unor comportamente psihotice bizare.

4) Metoda modelării

Presupune însuşirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane (terapeut sau părinte). Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament pe care este încurajat să le imită. Astfel, modelarea s-a dovedit eficientă în formare unor deprinderi de alimentare independentă la copiii cu deficienţe mintale.

5) Psihoterapia asertivă

Asertivitatea sau încrederea în sine – constituie capacitatea subiectului de a înainta şi realiza în viaţă scopurile personale, necesităţile, dorinţele, interesele, aspiraţiile, emoţiile sale în anturajul său. D. Bowen consideră că asertivitatea este comportamentul care implică exprimarea propriilor idei şi sentimente şi susţinerea

propriilor drepturi, precum şi realizarea acestor lucruri într-un mod care permite celuilalt să procedeze la fel.

Comportamentul asertiv este în opoziţie cu comportamentul pasiv şi agresiv (Lancec, Iacubivski). Anumiţi autori văd asertivitatea ca punct de mijloc între agresiune şi pasivitate (Bloom, Coburn şi Perlman).

Comunicarea şi comportamentul asertiv presupune anumite deprinderi (componentele asertivităţii):

1. refuzul cererilor;
2. solicitarea favorurilor şi formularea de cereri;
3. exprimarea sentimentelor pozitive şi negative;
4. iniţiere, continuare şi încheiere a unei conversaţii generale (Lazarus).

Galossi şi Galossi au expus 9 categorii ale asertivităţii: de a da şi de a primi complimente, de a face solicitări, de a iniţia şi de a menţine o conversaţie, de a apăra drepturilor personale, de a refuza cereri, de a exprima opiniile personale, nemulţumirea/mânia şi sentimentele pozitive.

Tehnica este eficientă în cazul persoanelor cu dificultăţi în stabilirea contactelor interpersonale datorate anxietăţii accentuate care le împiedică să se exprime liber, să-şi manifeste sentimentele; şi persoanelor care lasă să fie manipulate sau să se profite pe seama lor.

Bourne prezintă un model de antrenament asertiv în 4 trepte:

1) ***Formarea comportamentului asertiv non-verbal.*** Acest comportament presupune:

- A privi interlocutorul în ochi. Orientarea privirii în jos sau spre lateral indică nesiguranţă în legătură cu ceea ce solicităm. Conduita diametral opusă, şi anume fixarea interlocutorului cu privirea, are de asemenea efecte negative, pentru că îl poate pune pe acesta din urmă într-o poziţie defensivă.

- A adopta o postură care să exprime deschiderea. Astfel, dacă subiectul este aşezat, el nu trebuie să-şi încrucişeze picioarele şi braţele şi nici să ţină trunchiul aplecat spre spate. În cazul în care stă în picioare, este indicat să menţină o poziţie dreaptă, sprijinindu-se pe ambele picioare.
- A te plasa în faţa interlocutorului (nu lateral) şi să a evita mişcări care să sugereze retragere.
- A trata interlocutorul cu calm. În cazul în care subiectul în cauză este nervos, e de dorit să se descarce în altă parte.

2) ***Recunoaşterea propriilor drepturi şi efectuarea unor exerciţii de luptă pentru obţinerea acestora.*** Lista drepturilor personale (Bourne). Am dreptul:

- de a solicita ceea ce doresc
- de a refuza solicitările cărora nu le pot face faţă
- de a-mi exprima sentimentele, pozitive sau negative
- de a-mi schimba opiniile
- de a comite greşeli şi de a nu fi întotdeauna perfect
- de a mă conforma propriilor mele sisteme de valori
- de a spune „nu" la tot ceea ce mi se pare că nu sunt pregătit să fac, este periculos sau încalcă sistemele de norme şi valori
- de a-mi stabili propriile sisteme de priorităţi
- de a nu mă simţi responsabil pentru comportamentele, sentimentele şi problemele celorlalţi
- de a solicita onestitate din partea celorlalţi
- de a mă supăra pe o persoană la care ţin
- de a fi eu însumi
- de a mă simţi speriat şi să spun acest lucru celorlalţi
- de a spune „nu ştiu"
- de a nu prezenta scuze şi de a nu-mi motiva comportamentul
- de a lua decizii bazate pe propriile mele sentimente
- de a-mi satisface propriile trebuinţe în timpul şi în locul pe care

le consider potrivite
- de a mă distra şi de a fi frivol
- de a fi mai sănătos decât cei din jurul meu
- de a mă afla într-o ambianţă în care nu se abuzează de persoana mea
- de a-mi face prieteni şi de a mă simţi bine în preajma celorlalţi
- de a mă schimba şi de a evolua
- de a-mi fi respectate de ceilalţi propriile nevoi şi dorinţe
- de a fi tratat ca o persoană demnă şi plină de respect
- de a fi fericit.

3) Conştientizarea propriilor sentimente, dorinţe şi trebuinţe

Este dificil ca o persoană să devină asertivă dacă nu-şi dă seama ce simte, ce doreşte şi ce nu doreşte. Comportamentul asertiv presupune că subiectul să spună deschis ce simte şi ce anume doreşte să schimbe. Este greşită presupunerea că ceilalţi ştiu ceea ce doreşte el, de aceea este necesar să-şi exprime clar dorinţele, pentru că ceilalţi oameni nu au posibilitate să citească gândurile.

4) Exersarea răspunsurilor asertive:

- *Descrierea problemei* – se face o descriere exactă a situaţiei care supără, fără aprecieri. Ea trebuie să cuprindă referiri la persoana care creează problema (cine), perioada când are loc interacţiunea disfuncţională (când), ce anume îl supără, cum consideră că ar putea rezolva situaţia, temerile legate de punerea în acţiune a comportamentului asertiv, obiectivele vizate în situaţia respectivă.
- *Exprimarea clară a sentimentelor şi necesităţilor* legate de situaţia dată.
- *Negocierea deschisă a câştigurilor obţinute de ambele părţi* în cazul în care partenerul cooperează („Dacă mă laşi să termin acum articolul, vom avea mai mult timp să ieşim împreună în oraş”).
- *Refuzul unei solicitări* care contravine propriilor dorinţe şi nevoi.

- *Utilizarea tehnicilor de evitare a manipulării*: „Discul stricat”, tehnica dezamorsării, focalizarea discuţiei pe proces, tehnica amânării, întrebările cu conţinut asertiv.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul terapiilor de orientare comportamentală.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma psihoterapiei comportamentale.
3. Descrieți specificul psihotrapiilor de orientare comportamenală.
4. Analizați tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în terapiile comportamentale.
5. Exersați cu un coleg formularea răspunsurilor asertive conform modelului Bourne.

5. TERAPIILE COGNITIVE

Finalități de studiu:

1. Să explice esența psihoterapiilor cognitive.
2. Să explice geneza nevrozilor prin prisma abordărilor cognitiviste.
3. Să identifice tipul de cogniție: rece, caldă sau fierbinte.
4. Să delimiteze distorsiunile cognitive.
5. Să cunoască și identifice tehnicile terapiilor cognitive utilizate în psihoterapie.

Demersul cognitiv se bazează pe forţa raţiunii şi va fi eficient în dependenţă de importanţa şi gradul de manifestare a acestei forţe. Sunt necesare deprinderi de autoobservare, introspecţie, gândire logică bine dezvoltată, tendinţa de examinare abstractă a situaţiilor concrete de viaţă. Acest demers terapeutic e binevenit pentru

autoperfecţionare, pentru toţi care doresc să lucreze independent, au tendinţe să-şi analizeze gândurile, emoţiile, comportamentul.

Ideile principale ale paradigmei cognitive au fost formulate la începutul anilor 60 de către americanii A. Ellis (terapia raţional-emotivă – RET) şi A. Beck (terapia cognitivă). Ideile elaborate sunt asemănătoare, dar există şi diferenţe. ***Calitatea gândirii determină confortul existenţial – oamenii devin nefericiţi din cauza că gândesc greşit, îşi imaginează ceva despre sine.***

Esenţa RET este determinată de cuvântul raţionament. Raţionamentul este un strat de informaţie de care individul nu se îndoieşte doar din cauza că nu bănuieşte posibilitatea de a se îndoi. A. Ellis descoperă în cadrul experienţei personale a individului anumite raţionamente cu caracter disfuncţional şi arată individului cum el poate să se elibereze de ele, să le modifice în unele mai realiste şi adaptabile. A. Beck susţine că tulburările psihice apar în rezultatul dereglărilor proceselor informaţionale care influenţează negativ aspectele motivaţionale ale comportamentului şi ale activităţii. Terapeutul este asemănat cu un programator capabil să descopere şi să înlăture dereglările în programul de informare al pacientului şi să-l înveţe să facă acest lucru independent.

Geneza nevrozelor

Depresia şi alte tulburări nevrotice sunt rezultatul gândirii irealiste, iraţionale. Sentimentele şi comportamentul omului în mare măsură depind de gândurile, opiniile, reprezentările sale, ceea ce autorii numesc *cogniţii*. ***Cogniţiile*** pot fi împărţite în câteva grupe: ***descriptive*** (întotdeauna nu procedez ca lumea şi apoi regret), ***cauzale*** (dacă mă ceartă, înseamnă că nu mă iubeşte), ***apreciative*** (este un nesimţit, nu-mi cumpără flori), ***prescriptive*** (trebuie să mă asculţi, dacă mă iubeşti).

Cogniţii reci, calde şi fierbinţi:

– cele reci sunt descriptive şi presupun lipsa emoţiei sau un grad scăzut al ei.
– cele calde – sunt gândurile ce reprezintă aprecierea cogniţiilor reci, generează şi influenţează emoţiile.
– cogniţiile fierbinţi sunt gânduri „înalt" apreciative şi-s însoţite de emoţii foarte intense.

Ex. soţul, soţia căruia este supărată, are 3 variante: rece – „Văd că soţia este supărată"; caldă – „Nu-mi place supărarea ei, nu vreau ca ea să facă asta. Cât de mult mă irită faptele ei!"; fierbinte – „Eu nu suport atacurile ei! Ea nu trebuie să mă insulte! La ce-mi trebuie ea, dacă aşa se comportă! O omor!"

Contează foarte mult cum sunt exprimate cogniţiile fierbinţi: întotdeauna sau uneori, sincer sau în glumă, moderat sau insistent, încet sau tare, apar în orice situaţie sau în unele.

Teoria ABC a personalităţii:

A (activating) – evenimentele activatoare din viaţa omului;

B (beliefs) – convingerile raţionale şi iraţionale;

C (consequences) – consecinţele emoţionale şi comportamentale.

Mecanismul de acţionare a acestor componente:

1) A – eveniment activator perceput ca favorabil pentru realizarea scopului

   B – sistem de convingeri ce presupune gânduri preferate: „E bine. Îmi place acest eveniment!"

   C – consecinţele: emoţionale – satisfacţie şi fericire; comportamentale – încercarea de a mai repeta acest eveniment.
2) A – eveniment activator perceput ca obstacol în realizarea scopului

   B – sistem de convingeri ce presupune gânduri preferate: „E rău. Nu-mi place acest eveniment!"

C – consecinţele: emoţionale – frustrare şi nefericire; comportamentale – încercarea de a înlătura acest eveniment sau de a pleca.

Ideea centrală – nu evenimentul în sine, ci expectaţiile individului în legătură cu acesta sunt generatoare de simptom.

La baza percepţiei nevrotice, depresive a lumii se află gândirea dogmatică, absolutistă. Este firesc ca oamenii să se întristeze, să fie supăraţi, să regrete, atunci când se petrec evenimente neplăcute pentru ei. Dar pentru a transforma aceste emoţii în cele nevrotice e nevoie de a introduce „obligativitatea". Când omul transformă, conştient sau nu, dorinţele sale în cerinţe, obligaţiuni categorice, în ordine (trebuie, cu orice preţ, în orice condiţii, sunt obligat...), atunci el devine depresiv. Ex. *„Eu trebuie să-i fascinez pe toţi prin exteriorul meu la serata aceasta, dacă Ana va arăta mai bine, am să mor. Dacă îl va agăţa pe Ion, însemnă că sunt o proastă şi urâtă, iar viaţa e insuportabilă!". Sau „Este oribil să fii gras (sărac, trăieşti la sat, de statură joasă).*

A. Ellis consideră că nevroza apare datorită unor montaje iraţionale cu referire la sine, anturaj, expectaţii față de viitor. În concepţia lui A. Ellis nevroza este produsul următoarelor concepţii despre viaţă:

1. autoapreciere negativă şi convingerea că ***nu ai dreptul*** să ai neajunsuri grave, pentru că nu vei fi bun de nimic.
2. persoana apreciază pesimist anturajul său. Ea este ***absolut,*** convinsă, că anturajul ***trebuie*** să fie mai bun, iar dacă nu este aşa, atunci aceasta e ***absolut groaznic***.
3. viitorul este perceput în culori negre. Nenorocirile sunt ***inevitabile***, iar imposibilitatea de a fi mai fericit face viaţă ***lipsită de sens.***
4. nivelul scăzut al autoacceptării în paralel cu tendinţa de a autoblamare, distrugere. Persoana este ***datoare*** să fie perfectă,

trebuie să primească aprecieri de la alţii, altfel ea nu merită atitudine bună faţă de sine şi trebuie să fie ***pedepsită.***

5. aşteptarea necazurilor presupune inevitabilitatea lor, iar persoana ***trebuie, e obligată*** ceva să facă cu ele, iar dacă acesta nu se întâmplă, atunci ea este ***mai rea decât toţi***.

Personalitatea înlănţuită de montajele iraţionale, se află permanent în detenţia emoţiilor negative, cărora nu le poate face faţă. Asemenea pacienţi au nevoie în a-şi modifica punctul lor general de vedere asupra lumii – să însuşească filozofia acceptării în locul filozofiei prescripţiilor *(trebuie ...)*.

După părerea lui A. Beck, dereglările psihice şi ale personalităţii (anxietatea, depresia, atacuri de panică, plictiseala, sentimentul inferiorităţii etc.) apar în rezultatul procesării informaţionale eronate care influenţează negativ asupra aspectelor emoţionale şi motivaţionale ale comportamentului şi activităţii.

Cauza nevrozelor se află în dereglarea proceselor de prelucrare a informaţiei. ***Distorsiunile cognitive*** ce pot fi comise în perceperea realităţii:

a) ***Deducţie voluntară*** – elaborarea unor concluzii în lipsa dovezilor care ar confirma aceste concluzii sau chiar şi atunci când realitatea contrazice concluziile (ex.: mama care lucrează toată ziua, la sfârşitul zilei îşi spune „Sunt o mamă teribilă”).

b) ***Generalizare exagerată*** – se emite un raţionament sau o regulă în baza unor cazuri izolate. Deseori sensul acestei reguli este extins şi asupra situaţiilor care nu au nici o atribuţie la această regulă (ex.: tânăra dezamăgită venind de la întâlnire îşi zice „Toţi bărbaţii sunt la fel. Mă vor respinge toţi”).

c) ***Gândire dihotomică*** – gândire căreia îi este propriu maximalismul, este de tipul „sau..., sau...” (ex.: „Dacă nu susţin examenul pe 10, sunt un ratat”).

d) ***Abstractizarea selectivă*** – atenţie selectivă excesivă la unele detalii rupte din context şi ignorarea celorlalte detalii semnificative (ex.: tânărul care devine gelos din cauza faptului că partenera lui a înclinat capul spre vecin pentru a-l auzi mai bine).

e) ***Hiperbolizarea sau diminuarea*** – apreciere inadecvată, considerarea evenimentelor ca prea sau mai puţin importante decât sunt în realitate (ex. de hiperbolizare: studentul – „Dacă devin cât de puţin nervos, pic examenul"; ex. de diminuare: persoana a cărei mamă este grav bolnavă spune „Este puţin răcită").

f) ***Personalizarea*** – stabilirea legăturii între sine şi evenimentele exterioare în lipsa dovezilor adecvate (ex.: persoana care vede un cunoscut de cealaltă parte a străzii, îl salută dar nu primeşte răspuns, se gândeşte „Cred că l-am obijduit cu ceva").

g) ***Viziune mărginită*** (de tip tunel) – se percepe doar ceea ce corespunde dispoziţiei, chiar dacă situaţia percepută este doar o parte a întregului (ex.: soţul care nu vede nimic bun în ceea ce face soţia pentru el).

h) ***Explicaţii părtinitoare*** – atribuire persoanei, cu care relaţiile sunt tensionante, a unor gânduri, emoţii şi comportamente negative. În tot ce face celălalt sunt văzute intenţii negative.

i) ***Atribuirea etichetelor negative*** – partenerii fac aprecieri negative referitoare la comportamentul celuilalt, reacţia la aceste etichete este destul de intensă, de parcă ar fi reale.

j) ***Citirea gândurilor*** – pot fi deosebite 2 tipuri de greşeli: „Eu trebuie să ştiu ce gândeşte partenerul" sau „Partenerul trebuie să ştie să-mi citească gândurile". Aceste greşeli dăunează relaţiei.

k) ***Argumentarea subiectivă*** – la baza acestei argumentări stă convingerea „dacă persoana trăieşte o anumită emoţie, această emoţie este justificată”.

Organizarea terapiei

Scopul terapiei constă în depistarea şi înlăturarea modelelor disfuncționale de a privi realitatea, antrenarea abilității de a diferenția realitatea de părere. În cadrul terapiei clientul învață o nouă filosofie a vieţii bazată pe experienţă şi cunoştinţe, filosofie, care-i va permite să se conducă de bunul simţ şi de logică în soluţionarea celor mai dificile probleme, fără ca să fie măcinat de gânduri şi sentimente nevrotice. Psihoterapia cognitiv-comportamentală îl va ajuta pe pacient să se ajute singur, iar terapeutul îl va învăţa să achiziţioneze abilităţi prin care să rezolve nu numai problemele prezente, ci şi eventualele probleme similare ce pot să apară în viitor. Obiectivul terapiei este reducerea anxietăţii prin intermediul învăţării pacienţilor să identifice, să evalueze, să modifice gândurile negative, generatoare de probleme.

Durata terapiei este de 5-20 şedinţe. Şedinţele sunt bine structurate, terapeutul şi pacientul stabilind de comun acord cu ce anume se va lucra în cursul unei şedinţe.

Relaţia terapeutică este ca între 2 colaboratori. Psihoterapeutul este un fel de programator care este capabil să depisteze şi să înlăture dereglările apărute în program şi să-l înveţe pe client să facă acelaşi lucru. Clientul (de fapt şi orice persoană) care-şi rezolvă problemele sale este considerat a fi drept un cercetător ştiinţific, care nu-şi conştientizează suficient de bine metodele şi posibilităţile sale.

Tehnicile terapiei cognitive

Tehnici de identificare a gândurilor negative:

a) Discutarea unei experienţe emoţionale recente. Pacienţilor li se cere să-şi amintească un eveniment sau o situaţie care a fost asociată cu o anxietate puternică sau cu oricare altă emoţie negativă. Evenimentul este descris în detalii, terapeutul intervine cu întrebări de tipul: „Ce gânduri ţi-au venit în minte atunci? Ţi-a apărut vreo imagine? Când ţi-a fost cel mai teamă? Care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar fi putut întâmpla?”
b) Utilizarea tehnicii imaginaţiei dirijate sau a jocului dramatic pentru a retrăi o experienţă emoţională. Când întrebările directe nu reuşesc să-l determine pe pacient să evoce gândurile negative ce se declanşează spontan, este util să se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv în plan imaginar sau prin intermediul unui joc dramatic (în cazul situaţiei ce implică relaţia cu o persoană).
c) Utilizarea modificărilor de dispoziţie în cursul şedinţei unei terapii. Terapeutul observând modificarea de dispoziţie poate întreba: „Ce ţi-a trecut prin minte acum?”
d) Determinarea semnificaţiei unui eveniment. Prin intermediul întrebărilor de tipul: ”Încercând să priveşti în urmă, ce crezi că a însemnat situaţia respectivă pentru tine?”.

Tehnici de modificare a gândurilor negative şi a comportamentelor aferente:

a) Raţionalizarea. Demonstrarea legăturii care există între sentiment, gândire, comportament.
b) Furnizarea unor informaţii cu privire la mecanismele anxietăţii şi a altor tulburări. Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluţia lor probabilă. De asemenea se descrie metoda prin care poate fi înlăturată sau cel puţin diminuată anxietatea.
c) Distragerea atenţiei. Este utilizată ca strategie pentru a exercita un control direct şi imediat asupra simptomului. Astfel de metode pot

fi: concentrarea asupra conţinutului unei conversaţii şi nu asupra stării proprii; descrierea obiectelor din anturaj.

d) Antrenarea abilităţii de a gândi alternativ. Pacientul este rugat să găsească cel puţin cinci explicaţii diferite pentru un eveniment şi să stabilească legătura între emoţii și gândurile respective. De exemplu: ***Profesorul nu m-a întrebat la lecţie****: consideră că sunt un retardat şi nu merită să cheltuiască timp pentru mine – mă simt groaznic, ruşinat; consideră că sunt conştient şi mă pregătesc întotdeauna de lecţie şi poate atrage atenţie altor studenţi – mândru, mulţumit; profesorul este prea distrat, preocupat de alte lucruri, eu m-am pregătit şi nu am avut ocazia să răspund – regret; nu m-a întrebat şi e bine, pentru că nu am fost pregătit – uşurare; întotdeauna îi întrebă pe studenţii săi preferaţi – ciudă, nemulţumire, revoltă.*

e) Întăririle pozitive. Găsirea unor aspecte pozitive în evenimentele neutre şi în cele negative. ***Nu am transport personal:*** *pot merge pe jos şi astfel mă menţin în formă; fac economie de bani pe transport; în transportul public pot sta relaxat şi să visez; pot face exerciţii de dezvoltare a spiritului de observaţie şi a memoriei; pot observa comportamentul oamenilor şi reacţiile lor în diferite situaţii.*

f) Verificarea veridicităţii gândurilor negative automate. Terapeutul utilizează un şir de întrebări pentru a-l ajuta pe pacient să evalueze gândurile negative şi să le substituie cu gânduri mai realiste. Tipuri de întrebări care au menirea să verifice realitatea gândurilor disfuncţionale (dialogul socratic):
   1. Ce dovadă ai că acest gând este adevărat? Există alt mod de a privi această situaţie? Există o altă explicaţie pentru situaţia întâmplată?
   2. Cum ar gândi o altă persoană cu privire la situaţia dată?

3. Se bazează oare aprecierile tale mai mult pe ceea ce simţi decât pe evaluarea modului în care te-ai comportat?
4. Ai tendinţa să-ţi fixezi obiective irealiste de atins? Gândeşti adesea în termeni „totul sau nimic”?
5. Ai tendinţa de a omite fapte importante şi de a acorda atenţie unora lipsite de importanţă?
6. Ai cumva tendinţa de a supraestima sau subestima propria responsabilitate în legătură cu modul în care se desfăşoară lucrurile?
7. Ce va fi dacă evenimentul negativ se va întâmpla cu adevărat? Va fi oare chiar atât de rău? Cum vor sta lucrurile peste un anumit timp?
8. Ai tendinţa de a supraestima un eveniment?
9. Subapreciezi cumva propriile posibilităţi de a face faţă situaţiei?

g) Experimentarea. Terapeutul cere pacientului să verifice în viaţa reală dacă gândurile negative sunt adevărate. Se utilizează înregistrările video. Şi demonstraţiile în cabinet.

h) Jurnale de autoevaluare. Se propun pacientului un şir de scale de autoevaluare. Acestea au rolul de a furniza pacientului şi terapeutului informaţia despre specificul şi dinamica bolii. Oferă pacientului senzaţia de control asupra situaţiei, astfel boala devine mai puţin anxiogenă.

Exemple de scale de autoevaluare:

1. *vă rog să notaţi cât de stresat vă simţiţi în momentul acesta, după următoarea scală:*
   0 – nu mă simt stresat, 1 – 8 – mă simt moderat stresat, 9-10 – sunt extrem de stresat.

2. *vă rog să notaţi cât de încordat v-aţi simţit în timpul zilei.*

data	dimineaţa	la prânz	seara
29 noiembrie	4	5	3
30 noiembrie	3	7	8

3. *vă rog să notaţi cât de încordat v-aşi simţit în timpul zilei şi cum aţi făcut faţă situaţiei.*

Data	Timpul petrecut în singurătate	Anxietate		Cum am făcut faţă
		iniţial	1 ora mai târziu	
2 oct	10.20 – 10.45	83	15	Am telefonat mamei, am rugat-o să vină la mine
5 oct	10.00 – 10.15	70	10	Am vorbit la telefon cu vecina
12 oct	14.10 – 14.40	60	10	Am încercat să citesc

i) <u>teme pentru acasă</u>. Clientului i se cere să acorde 15 – 30 de minute activităţii de identificare a gândurilor iraţionale, după următorul model:

a)	b)	c)
Eveniment activator	Cerinţe şi gânduri iraţionale	Consecinţe emoţionale şi comportamentale

a) Atunci când te-ai supărat pe ceva, descrie pe scurt ce anume s-a petrecut.

b) Notează gândurile care ţi-au apărut când te-ai confruntat cu evenimentul A şi care au produs stările negative afective şi comportamentele neadecvate.

c) Notează emoţiile negative care au însoţit evenimentul (anxietate, culpabilitate, depresie, mânie). Notează apoi comportamentele negative, care conduc la eşec în raport cu evenimentul A.

Apoi scrie contraargumente pentru ideile şi gândurile iraţionale.

O altă sarcină pentru acasă: întocmirea listei dezavantajelor unui comportament (fumat). Scrierea acesteia timp de 20 minute pe zi.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul psihotrapiilor cognitive.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma psihoterapiei cognitive.
3. Descrieți tipurile de cogniție.
4. Analizați tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în psihoterapiile cognitive.
5. Exemplificați fiecare tip de distorsiune cognitivă.

6. PSIHOTERAPIA CENTRATĂ PE CLIENT

Finalităţi de studiu:

1. Să explice esența psihoterapiei centrate pe client și a conceptelor ei.
2. Să explice geneza nevrozilor prin prisma psihotrapiei centrate pe client.
3. Să cunoască și identifice tehnicile psihoterapiei centrate pe client.

C. Rogers susţine că modificările esenţiale ale personalităţii şi comportamentul lui sunt rezultatul trăirii unei experienţe şi nu a conştiinţei şi raţionamentului. Pe terapeut îl interesează trăirile profunde ale clientului, şi mai puţin conţinutul problemei. Contactul cu clientul are loc la nivelul emoţiilor. Iar empatia nu este doar condiţia psihoterapiei, ci psihoterapia propriu-zisă, nucleul ei. Accentul se pune pe reflectarea de către terapeut a emoţiilor clientului. Clientul astfel are posibilitatea să-şi conştientizeze emoţiile, şi, fără sugestiile terapeutului, de sine stătător, să facă anumite concluzii şi să ia decizii. Terapia este centrată pe client: ea nu este centrată nici pe teorie, nici pe problemă, ci orientată spre client. Clientul poate liber să vorbească şi să facă ceea ce vrea, el e egal cu terapeutul, el este figura cheie în crearea modificărilor terapeutice. Persoana care înţelege şi modifică clientul este însuşi clientul, fiind el însuşi responsabil pentru modificarea sa.

Concepte teoretice ce stau la baza terapiei centrate pe client:

1. ***viziunea perceptivă (subiectivă)*** – Rogers – omul trăieşte într-o lume subiectivă, chiar şi cea mai obiectivă funcţionare este rezultatul realizării scopului subiectiv, alegerii subiective. Unica realitate pe care o pot oamenii cunoaşte este lumea pe care ei o percep individual şi experienţa momentului dat. Există atâtea realităţi, câţi oameni sunt.

2. ***tendinţa către actualizare*** – constă în dezvoltarea capacităţilor cu scopul de a se menţine şi reproduce pe sine însuşi, de a extinde hotarele Eu-lui și este unicul impuls motivaţional. Rogers crede în înţelepciunea organismului – în tendinţa constructivă a organismului de a-şi realiza pe deplin potenţialul de care dispune.
3. ***procesul apreciativ organismic*** – presupune evaluarea continuă a experienţelor şi valorilor în conformitate cu capacitatea lor de a satisface nevoile legate de tendinţa către actualizare.
4. ***experienţa şi trăirea ei*** - multe lucruri trăite (senzaţii, procese) nu sunt conştientizate de om, ex: foamea - când suntem pasionaţi de activitate. Trăire – orice experienţă empirică (senzorială, viscerală). Trăirea simţului – obţinerea conţinutului emoţional, a sensului personal, a conţinutului cognitiv. Trăirea simţului înseamnă că trăirea, conştientizarea şi exprimarea acestui simţ sunt pe deplin congruente.
5. ***condiţiile valorii*** – aprecierile, la baza cărora stau părerile altora, şi nu procesul apreciativ organismic, se numesc condiţii ale valorii. Încă din copilărie se dezvoltă necesitatea de a fi apreciat pozitiv de ceilalţi. Uneori trăirile individului intră în conflict cu necesitatea de apreciere pozitivă, în aşa caz individul este tentat să atribuie valoare negativă experienţei proprii, acceptând punctul de vedere al părinţilor pentru a-ţi satisface necesitatea de apreciere pozitivă (copilul şi-a bătut fratele şi a fost dezaprobat de părinţi: are loc simbolizarea denaturată „Un asemenea comportament este nesatisfăcător” în locul concluziei „Comportamentul meu îmi produce plăcere, dar părinţii mei consideră un asemenea comportament inacceptabil”).

La individ se dezvoltă 2 tipuri de procese de apreciere: I – organismic, care reflectă tendinţa de actualizare, II – condiţiile valorii, bazate pe internalizarea (introiecţia) aprecierilor altora. Astfel

indivizii tind spre anumite trăiri sau le evită pentru a-şi satisface nişte necesităţi false.

Eu-l organismic determină tendinţa către actualizare; Eu-concepţia determină actualizarea reprezentărilor despre sine; în mod ideal putem vorbi despre autoactualizare atunci când Eu-l şi Eu-concepţia sunt congruente.

Accentul în terapie se pune pe determinarea condiţiilor care asigură schimbarea**.** Relaţia dintre client şi terapeut este resursa care face posibilă modificarea clientului: „... ceea ce clientul trăieşte în cadrul terapiei ***este experienţa de a fi iubit***". Esenţa acestei relaţii poate fi exprimată prin metafora „grădinarului": un terapeut bun, ca şi un grădinar atent, tolerant, cu dragoste doar creează condiţiile necesare pentru actualizarea mecanismelor interne ale clientului pentru creşterea personală.

Condiţiile care asigură activizarea resurselor clientului pentru dezvoltare:

1**.** ***înţelegerea empatică a clientului*** – înseamnă a înţelege lumea clientului aşa cum o vede el. Înţelegerea clientului nu este doar înţelegerea cuvintelor acestuia, ci înţelegerea trăirilor lui profunde.

Înţelegerea empatică înseamnă şi stimularea clientului să investigheze lumea sa internă. Empatia este un proces în cadrul căruia terapeutul se apropie din ce în ce mai mult de sensurile şi emoţiile clientului. Empatia înseamnă a simţi sensuri, pe care clientul nu le conştientizează. Întotdeauna în relatarea sa clientul pune anumite accente care reflectă emoţiile, experienţele semnificative. Dacă terapeutul reacţionează la ele, atunci contactul terapeutic se formează. Clientul începe să relateze cu totul altceva decât intenţiona. Empatizarea persoanei, în general, duce la eliminarea mecanismelor de apărare, iar empatizarea aspectelor sănătoase ale

persoanei este mecanismul susţinerii fundamentelor constructive ale personalităţii.

În timpul empatizării este important ca terapeutul să păstreze distanţa psihologică, adică să nu admită identificarea cu emoţiile clientului; empatia nu e doar o simpatie sau atitudine pozitivă faţă de client. *Empatia este procesul de a simţi lumea clientului de parcă ea ar fi proprie terapeutului, dar fără pierderea calităţii „de parcă”.*

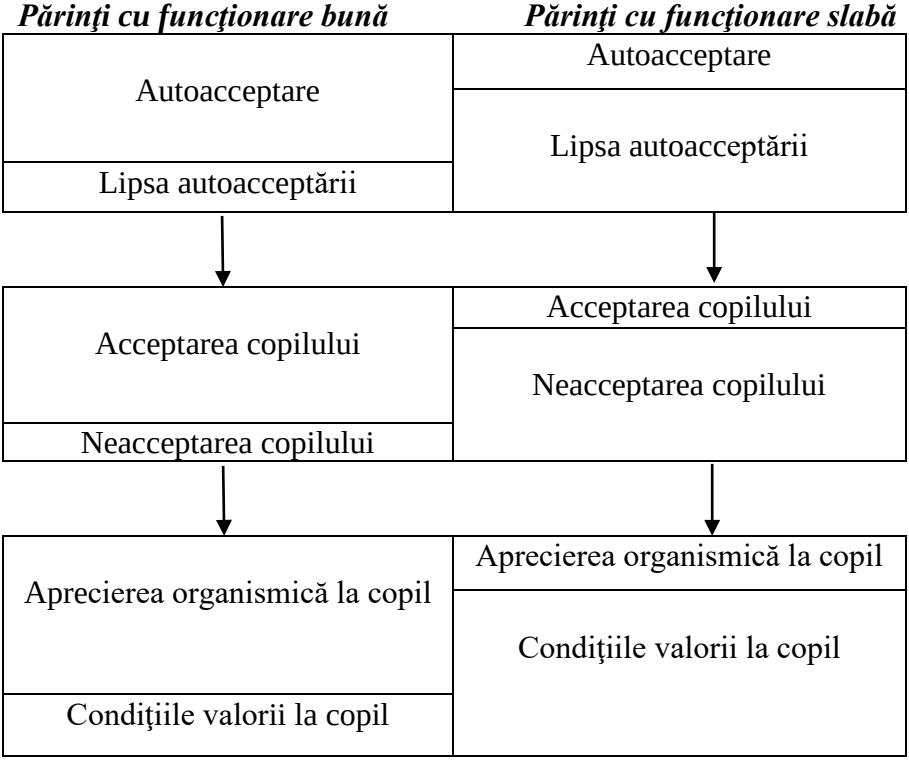
2. ***atitudinea pozitivă necondiţionată faţă de client.*** Presupune acceptare, grijă, susţinere. Respectul necondiţionat – este respectul lipsit de oricare condiţii, ce presupune absenţa oricărei aprecieri evidente sau ascunse, aprobării sau dezaprobării, interpretării. Respectul necondiţionat rezultă din încrederea în resursele clientului în a se înţelege şi a se modifica pozitiv. Acest respect se bazează pe convingerea că omul posedă o motivare înnăscută de a se modifica, de a se autoactualiza, de a creşte, a-și dezvolta și perfecţiona potenţialul. Terapeutul e ca şi moaşa care nu face copilul, dar îl ajută să apară pe lume. Terapia este ca un dans în pereche în care clientul conduce, iar terapeutul însoţeşte.

3. ***congruenţa***, presupune concordanţă între experienţă, comunicare şi senzaţii. Congruența este corespunderea între ceea ce omul comunică, ceea ce se întâmplă şi felul în care el asta conştientizează. Incongruenţa înseamnă că omul nu are capacitatea exactă să perceapă realitatea, să o conştientizeze sau nu doreşte să comunice altuia despre sentimentele sale. Când există incongruenţă între experienţă şi conştientizarea ei, are loc negarea sau refularea ei. Rezultatul incongruenţei – formarea relaţiilor duble cu clientul. În terapie terapeutul este el însuși, nu joacă rol de terapeut (ex.: să zâmbească, când nu are chef). ***Contează nu ceea ce face terapeutul, dar ceea ce este terapeutul.*** Congruenţa terapeutului este condiţia de bază care contribuie la creşterea personală a clientului.

În terapia centrată pe client terapeutul nu este expert, el nu interpretează, nu critică, nu liniştеşte, nu laudă, nu îndrumă clientul, el nu face „nimic” cu clientul. Cel mai important este – co-participarea, însoţirea clientului. Iar terapia este un mijloc de a exista cu clientul. Relaţia în terapie este ca între doi prieteni.

Geneza nevrozelor

Copilul care nu este acceptat necondiţionat, dar primeşte aprobare şi reacţii pozitive doar când realizează aşteptările altora, riscă să piardă autoaprecierea pozitivă a sa. În conştiinţa copilului experienţa internă se împarte în pozitivă şi negativă, în dependenţă de modul în care corespunde aşteptărilor părinţilor.



Copilul trăieşte frica de a pierde aprobarea şi acceptarea, care devine patogenă şi blochează tendinţa spre autoactualizare. Copilul începe să evite sau să nege experienţa sa internă. De exemplu, dacă părinţii nu acceptă comportamentul agresiv al copilului, furia, care apare firesc, se blochează. Se dezvoltă personalitatea care nu acceptă furia, dar are un sentiment al vinovăţiei extrem de dezvoltat. Persoana va avea dificultăţi de a spune NU. Se dezvoltă personalitatea incongruentă – omul se percepe şi se comportă în conformitate cu modul în care vrea să-l vadă părinţii. Refuzul propriului sine în favoarea altora constituie mecanismul dezvoltării nevrozelor. Două mecanisme de apărare – negarea şi denaturarea experienţei – menţin incongruenţa persoanei. ***Negarea*** nu admite accesul experienţei traumatizatoare la conştiinţă. ***Denaturarea*** presupune prelucrarea raţională a materialului în aşa mod în care-l face inofensiv pentru Eu-concepţie. Anxietatea este trăirea care însoţeşte personalitatea incongruentă.

Mecanismele terapiei. În cadrul terapiei clientul începe să trăiască importanţa lumii lui subiective. El devine persoană autentică, sănătoasă, spontană, liberă, creativă, persoană ce se autoactualizează.

Rezultatele terapiei: clientul devine mai deschis la propria experienţă; trăirile devin mai profunde; creşte încrederea în manifestările proprii, în sine; se formează locusul interior al controlului; se dezvoltă şi se aprofundează cunoştinţele despre sine.

Clientul în psihoterapie avansează atât, cât e gata să avanseze. De aceea, efectul poate fi permanent, parţial sau să nu fie.

Tehnicile utilizate

Cel mai frecvent sunt utilizate interviul terapeutic, parafrazarea, răspunsul reflexiv, metafora, intuiţia. Tehnicile nu au statutul de tehnici în sensul precis al acestui cuvânt. Abordarea

rogersiană este mai curând un stil de viaţă, decât o tehnică profesională.

Interviu sau clarificare prin acordarea de întrebări: cum te-ai simţit? spuneţi-mi mai mult despre …, ce credeţi despre…, ce este important la moment? cum aţi dori să fie lucrurile ...

Reflexia – terapeutul ca în oglindă – reflectă emoţiile, trăirile pacientului – ceea ce-i permite acestuia să conştientizeze lumea sa internă, „am visat-o pe mama mea, când veneam la cabinet mă gândeam la ea. Sunt foarte obosit. Am probleme cu soţia, copiii, șeful...” Răspunsul reflexiv – „mda, azi dimineaţă s-au petrecut mai multe lucruri”. Apoi aşteaptă, iar clientul va decide despre ce va vorbi (varianta de generalizare).

Parafrazarea. Repetarea cu propriile cuvinte a informaţiei date de client. Ex: „a-ţi visat-o pe mama dvs. şi v-aţi gândit la ea în timp ce veneaţi la şedinţă”.

Empatia: „Cum ai putut să-mi spui aşa ceva?” – „Te simţi lezat, deoarece nu am fost de acord să fac ceea ce mi-ai cerut, dar ai dorit acest lucru.”

Metafora – este o figură de stil, care constă în acordarea unei semnificaţii noi în virtutea unei comparaţii subînţelese. Formele de utilizare a metaforei: afirmaţii cu caracter metaforic făcute de pacient sau terapeut, povestirile cu conţinut metaforic, istorii, bancuri, proverbe, producţii imaginative, acţiuni sau ritualuri metaforice.

Funcţiile principale ale metaforei în psihoterapie:

- descoperirea şi conştientizarea unor aspecte esenţiale ale problematicii psihopatologice a pacientului;
- sugerarea unei soluţii posibile de rezolvare a problemei;
- întărirea motivaţiei pacientului de a se angaja în demersul terapeutic;
- stabilirea relaţiei terapeutice şi menţinerea ei pe parcursul terapiei;

- stabilirea unor scopuri şi direcţii posibile de acţiune pentru pacient;
- reducerea rezistenţelor;
- stabilirea modului indirect de comunicare cu pacientul;
- desensibilizarea de anxietate;
- reconstrucţia şi întărirea ego-ului pacientului;
- inserarea în psihicul pacientului a speranţei că are încă resurse nebănuite pentru a face față propriilor probleme.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul psihoterapiei centrate pe client și conceptele ei.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma psihoterapiei centrate pe client.
3. Descrieți tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în psihoterapia centrată pe client.
4. Exemplificați fiecare tip de distorsiune cognitivă.
5. Exresați cu un coleg tehnica parafrazării.
6. Selectați o metaforă care ar putea fi utilizată în lucrul cu o anumită problemă.

7. TERAPII DE ORIENTARE CORPORALĂ

Finalităţi de studiu:

1. Să explice esența psihoterapiilor de orientare corporală.
2. Să explice geneza nevrozilor prin prisma psihotrapiilor de orientare corporală.
3. Să cunoască și identifice tehnicile psihoterapiei de orinetare corporală.

Încă în antichitate, când omul ideal era considerat a fi cel integru şi cel ce trăieşte în armonie, existau orientări terapeutice ce utilizau mişcarea, respiraţia, dansul, masajul pentru a influenţa sufletul uman.

Bazele direcţiei somatice au fost puse de W. Reich. Au contribuit la dezvoltarea acestui curent și A. Lowen, F. Alexander, A. Janov ş.a. Diferenţele dintre metodele acestora sunt nesemnificative, deşi diferă unele de altele. Majoritatea autorilor care şi-au propus să lucreze cu corpul au avut o pregătire psihanalitică. Alţii au avut o pregătire sportivă, alţii se inspiră din practica yoga, hipnoză. Lucrul cu corpul presupune acţiuni terapeutice nemijlocite asupra corpului (presopunctură, masaj, respiraţie, contractarea muşchilor, relaxare) în urma cărora apar modificări psihologice şi dispare simptomul.

Geneza nevrozelor

Multe afecţiuni corporale (mersul, ţinuta, respiraţia) pot fi analizate ca fiind rezultatul dereglărilor psihicului şi a echilibrului din organism. În situaţii de stres în organism se produc modificări fiziologice: accelerarea pulsului, respiraţiei, se încordează muşchii, apar spasme etc.

Chiar dacă omul nu observă, nu conştientizează situaţia de stres, ea oricum se răsfrânge asupra organismului, îi influenţează bunăstarea. Multe tulburări somatice sunt de natură psihogenă.

Mecanismele psihologice de apărare, de asemenea, au manifestări corporale – încordare, crispare. Deoarece între psihic şi fizic există o legătură strânsă, terapiile corporale îşi propun eliberarea de tensiune, rezistenţă psihică şi, astfel, omul poate deveni mai activ, creativ, spontan – acestea oferindu-i posibilitatea să-şi utilizeze resursele. Are loc conştientizarea modului în care dorinţele și emoţiile sunt reflectate de corp, cum are loc modificarea corporală. În cadrul acestei terapii se utilizează noţiunile de energie, scut muscular, sprijinul de sub picioare.

Energie – A. Lowen consideră că corpul este un ocean bioelectric, în care are loc metabolismul energetic. Starea omului este afectată de tot ceea ce împiedică acest metabolism în orice segment al corpului. Tulburările bioenergetice determină tulburările emoţionale, iar înlăturarea lor duce la libertate în autoexprimare.

Scut muscular – reprezintă încordarea musculară ce apare în diferite situaţii, traume psihologice. Mecanismele de apărare psihologică se utilizează pentru a ascunde emoţiile actuale şi contribuie la formarea scutului muscular sau a scutului caracterial, care se manifestă prin încordarea diferitor grupuri de muşchi, respiraţie defectuoasă.

Formarea caracterului şi a scutului muscular sunt într-o legătură strânsă. Exemplu: copilul încearcă să-și înăbuşe plânsul - el strânge dinţii, își reţine respiraţia, încordează muşchii abdomenului, gâtului. Orice situaţie dureroasă, traumatizantă va tinde să producă reacţii similare, datorită cărora durerea va deveni imperceptibilă, plânsul va fi înăbuşit. Cu timpul reţinerea automată a plânsului va duce la încordarea cronică a muşchilor, se formează scutul muscular, care va face imposibilă manifestarea liberă a tristeţii.

Sprijinul de sub picioare – este expresia metaforică a „principiului realităţii”. Cu cât omul mai sigur simte contactul cu solul, cu atât mai mare greutate el va putea duce şi, respectiv, va

putea conduce cu propriile sentimente. A avea contact cu solul înseamnă a-ți asigura senzaţia de stabilitate şi încredere. Persoanele ce utilizează substanţe psihotrope pot avea senzaţii de zbor. Ca să fie eficienţi în lumea reală ei trebuie să se întoarcă cu picioarele pe pământ, să simtă sprijinul de sub picioare.

Wilhelm Reich (discipol al lui Jung) – din punct de vedere al energiei biopsihice, psihicul și somaticul funcționează ca 2 sisteme ce sunt unitare și se condiționează unul pe altul. Nevroza poate fi cauzată atât de un conflict psihic, cât și de reprimarea libidoului. Eliberarea energetică deplină (orgasmică) este vitală pentru sănătatea emoțională. El a fost cel ce a descoperit energia orgonică a oceanului.

Alexander Lowen (discipol al lui Reich) – autorul terapiei bioenergetice. Psihopatologia apare ca rezultat al conflictului între predispozițiile înnăscute ale omului și nevoia lui de a se adapta în societate. Nevroza – acumularea energiei sexuale. Consideră că oamenii tind să diminueze experiența fizică și emoțională și supraestimează cunoștințele, raționalizând excesiv. Energia circulă între cei 2 poli – cap și genitalii, iar blocarea fluxului energetic cauzează apariția tulburărilor.

Menționează 3 faze ale terapiei bioenergetice:

- a deveni conștient de tensiunile corporale și problemele psihologice
- descărcarea emoțională
- eliberarea energiei asociată cu conflictul și accesul la o experiență fizică și psihologică completă.

Arthur Janov – a elaborat terapia strigătului primar. Esența teoriei: durerea și suferința psihică infantilă este sursa disconfortului psihic. Suferința umană e cauzată de 2 surse: 1) o trauma mare; 2) succesiune de frustrări ale nevoilor de bază în copilărie (dragoste și protecție). Durerea emoțională, nefiind exprimată, se sedimentează în

cea mai profundă parte a minții, iar durerea fizică apare ca modalitate de a face față tensiunii psihologice. Scopul terapiei – a-l determina pe client să urle durerea primară. A inventat un simulator al nașterii (tub de vinil) prin care pacientul luneca, fiind uns cu lubrefiant.

Tehnicile corporale

Psihoterapia corporală utilizează tehnici diverse, bazate pe respirație, atingere, mișcare, dar și discuțiile terapeutice. Pacientul este ghidat să constientizeze starea sa emoțională și comportamentală, ascultând în același timp răspunsurile corporale. Astfel reușește să-și dezvolte acuitatea fizică și să înlocuiască tiparele nedorite cu comportamente sănătoase.

Psihoterapia corporală poate fi utilizată în tratarea tulburărilor de anxietate și depresive, pentru disfuncții sexuale, probleme în relații, precum și pentru tulburări fizice: dureri de cap sau de spate.

In cadrul unei ședinte de psihoterapie corporală terapeutul îl va intreba pe pacient ce simte în legatură cu problema pe care o are și dacă aceste emoții se reflectă în senzații corporale. Pacientul se va concentra pe aceste răspunsuri ale corpului, pe emoții și imagini percepute pe moment. Prin practici și cu ajutorul terapeutului, pacientul va reusi în cele din urmă să își dea seama de modul în care emoțiile sunt experimentate în corp și cum acestea afectează gândurile. Astfel sistemul nervos va „învăța” să se liniștească și să se regleze singur, chiar și în condiții stresante.

Obiectivul psihoterapiei corporale poate fi descris ca o călătorie către propriul nucleu interior. Pe drum se pot întâlni experiențe dureroase sau pline de fericire, dar această călătorie încurajează trăirea sentimentului de iubire, sensibilității și autonomiei. În drumul spre nucleul interior se întâlnesc multe probleme cu origini în viața prenatală, așadar terapia cuprinde și metode specifice care să trateze acest aspect. Aceste metode de lucru

include mișcare, atingere, voce, lucru corporal, respirație profundă, meditație, psihodrama, metode hipnotice și sistemice, etc.

Exerciţiile de respiraţie – sunt exerciţii clasice care presupun reţinerea respiraţiei, relaxare, respiraţie completă, care contribuie la eliberarea de emoţii. Controlul propriei respiraţii înseamnă controlul şi dirijarea stării (furie, frică, indignare) şi creșterea capacității de exprimare liberă a emoţiilor reţinute.

Exerciţiile de mişcare. Funcţiile mişcării sunt analizate în totalitatea lor, ceea ce creează imaginea generală despre procesul individual al mişcării şi permite identificarea tipului de dereglare comportamentală. Deoarece funcţiile motorii sunt strâns legate de psihicul uman, prin armonizarea proceselor motorii poate fi influenţată starea psihică şi comportamentul.

Exerciţiile de mişcare contribuie la întoarcerea clientului către starea emoţională primitivă, la natura primară a omului. Unul dintre exerciţiile fizice de bază este „datul din picioare”. De asemenea, se utilizează exerciţii ce contribuie la exprimarea emoţiilor faţă de alţi membri ai grupului. Emoţiile negative (furia, tristeţea, frica, ura) ascund necesitatea profundă în contacte pozitive şi alinare.

Şedinţele sunt alcătuite din câteva părţi: ritmică, generală, comunicativă, de dans.

Partea ritmică a şedinţei contribuie la relaxarea musculară şi creează astfel premise pentru activitatea ulterioară fizică. Timp de 15 minute, exerciţiile pot fi utilizate şi acasă.

Partea generală este orientată spre dezvoltarea aspectelor comunicative dereglate şi are mai multe variante de realizare. Întrebările centrale puse aici sunt: ce simt acum, ce-mi comunică corpul meu. Are loc verbalizarea emoţiilor. Şedinţele trebuie să fie structurate de la simplu la compus, sub forma construirii unui comportament de mişcare comun. Fiecare membru al grupului în timpul unei şedinţe participă în exerciţii comune în rolul pasiv şi

activ. Este vorba de modificarea dinamică a contactelor interpersonale, care de regulă sunt dereglate la client. Cele noi se formează şi se menţin prin modalităţi simple.

Există multiple variante ale exerciţiilor realizate în parteneriat. Ele se fac în încăpere, afară, pe podea, scaun, inventare sportive. O influenţă deosebită şi provocatoare de reacţii motore şi psihofiziologice o are combinarea mişcării cu muzica.

Contactul fizic se utilizează în majoritatea abordărilor ortodoxale. Pentru stimularea descărcării emoţionale se utilizează masajul, atingerile, pişcăturile, pentru a-l ajuta pe client să scape de scutul muscular.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul psihoterapiilor de orientare corporală.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma psihoterapiilor de orientare corporală.
3. Descrieți tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în psihoterapiile de orientare corporală.
4. Exresați cu un coleg tehnicile terapiilor de orientare corporală.

8. ANALIZA TRANZACŢIONALĂ

Finalități de studiu:

1. Să explice esența analizei tranzacționale și conceptele ei.
2. Să argumenteze geneza nevrozelor prin prisma psihoterapiei tranzacționale.
3. Să determine tipul de tranzație.
4. Să cunoască și identifice tehnicile în psihoterapia tranzacțională.
5. Să identifice specificul organizării psihotrapiei.

Analiza Tranzacţională a fost elaborată de Eric Berne care consideră că poziţia iniţială a oamenilor este poziţia OK, doar că trăirea experienţei în copilăria timpurie deseori duce la schimbarea poziţiei de viaţă. „Fiecare fiinţă umană se naşte prinţ sau principesă; experienţa obţinută în copilăria timpurie îi convinge pe unii că sunt broscuţe şi această convingere stă la baza dezvoltării lor patologice".

Fiecare om are trei stări (modelele de a simţi, a gândi, a acţiona) ale Eu-lui – Părintele, Adultul şi Copilul – ce reprezintă respectiv viziunile preluate de la părinţi, aprecierea realităţii corespunzătoare vârstei şi trăirile copilăriei.

Scopul principal al analizei tranzacţionale constă în obţinerea autonomiei prin dezvoltarea Adultului integrat. Persoanelor autonome le sunt caracteristice conştientizarea, spontaneitatea, intimitatea.

Berne face două presupuneri legate de poziţia OK: 1) orice persoană (cu excepţia celor ce au leziuni cerebrale organice) posedă aparatul neurologic ce-i permite să se orienteze în realitate şi să funcţioneze ca Adult; astfel scopul analizei tranzacționale este de a intensifica acest aparat astfel încât el să poată ocupa locul său în structura organizării psihice a clientului; 2) oamenii de la naştere tind spre sănătatea atât psihică, cât şi fizică; astfel sarcina analiticului tranzacţional constă în a oferi ajutor naturii prin înlăturarea obstacolelor pentru dezvoltarea emoţională şi psihică, clienţii devenind capabili să dezvolte în direcţia oportună.

Noțiunile de bază ale analizei tranzacționale:

1. ***Stările Eu–lui*** includ în sine gândirea, sentimentele, comportamentul. Ele sunt:
   - *Părintele* (starea exteropsihică a Eu-lui) – setul de sentimente, gânduri, poziţii şi modele de conduită care le aminteşte pe cele ale părinţilor. Poate avea două forme: ***părintele normativ***

(autoritar, controlor, neobiectiv, critic) – reprezintă setul de reguli ce pot fi sau nu în armonie cu propriile reguli ale persoanei: dictează, conduce, impune, emite principii, protejează, judecă, critica, devalorizează, agresează; ***părintele protector*** (binevoitor, grijuliu) **–** se manifestă prin simpatie sau grijă pentru sine sau altul: ajută, încurajează, felicită, apreciază, își asuma sarcini în locul cuiva pe care îl supraprotejează. Funcţia Părintelui – păstrarea energiei, minimizarea neliniştii; permite luarea unor decizii în mod mecanic. Părintele influenţează Adultul şi Copilul.

Adultul (starea Eu–lui neopsihică) – compară, analizează, apreciază autonom şi obiectiv realitatea şi formulează raţionamente. Comportamente ale stării de Adult: adresarea întrebărilor pertinente, discuții cu alții, informare, consultarea opiniilor altora, evaluarea și validarea datele primite de la Părinte și Copil, luarea deciziilor. Criteriu al adecvanţei este accesibilitatea informaţiei pentru individ. Trăsăturile caracteristice Adultului – organizare, adaptabilitate, intelect.

Copilul (starea Eu-lui arheopsihică) – setul de gânduri, sentimente, conduite ce reprezintă rudimentele arhaice ale copilăriei. Are două forme: ***copilul adaptat***, care se manifestă prin comportamentul condiţionat de părinţi (cedare, neascultare, supunere față de interdicţii) şi ***copilul liber (natural, firesc)*** ce se manifestă prin exprimarea spontană a dorinţelor, trebuințelor, sentimentelor proprii şi a potenţialului creativ. Berne – copilul liber este cea mai preţioasă parte a personalităţii. Funcţia Copilului „sănătos” – motivarea Adultui pentru a obţine satisfacţii maxime.

2. ***Energia psihică şi cathexisul*** (distribuirea energiei) – în orice moment o anumită stare a Eu-lui este dominantă. Fluxul cathexisului duce la schimbarea stărilor eu-lui. Această schimbare depinde de 3 factori: 1) forţa ce acţionează asupra

fiecărei stări; 2) permeabilitatea hotarelor dintre stări; 3) capacitatea catectică a fiecărei stări.

3. ***Stimul, apreciere, foame structurală*** – Berne evidenţiază 3 forme ale motivaţiei:
   a) *stimulii* (cei mai puternici sunt cei legaţi de contactul fizic) – există pericol atât în exces de stimulare, cât şi în stimularea insuficientă;
   b) *aprecierea (recunoaşterea)* – poate fi percepută ca dorinţa infantilă de stimulare. Berne utilizează noţiunea de mângâiere (stroke) pentru desemnarea actului prin care se recunoaşte prezenţa altuia. Din punct de vedere biologic, chiar şi o apreciere negativă are prioritate în raport cu lipsa acesteia. „Oamenii au nevoie de mângâieri (strokes)!";

Tip stroke		Pozitiv	Negativ
Verbal	Necondiționat	Te iubesc!	Te urăsc!
	Condiționat	Ai făcut o treabă bună	Nu faci nimic bun niciodată
Non-verbal	Necondiționat	Salut cu mâna	Pumn ridicat
	Condiționat	Un zâmbet prietenos la sfârșit de joc	O palmă după o replică

   c) *foamea structurală* – rezultă din modul de structurare a orelor de veghe, acest tip de structurare se referă doar la timpul „social", adică timpul petrecut în compania altora.
4. ***Structurarea timpului*** **–** dacă 2 sau mai multe persoane s-ar afla în aceeaşi încăpere, menționează Berne, ar fi posibile 6 variante ale structurării timpului (maniera în care-şi vor petrece timpul împreună):
   a) *Evitarea* (*retragerea*) **–** oamenii nu contactează în mod deschis, rămân preocupaţi de propriile lor gânduri, are loc

comunicarea intrapersonală, individul părăseşte grupul refugiindu-se în propria imaginaţie (pasagerii din transport);

b) *Ritualurile* – semne stilizate ale recunoaşterii reciproce care au la bază tradiţii, obiceiuri (ex.: salutul);

Petrecerea timpului (*recreerea*) – sunt semiritualuri, presupun discuţii tematice, ce durează mai mult decât un ritual, dar care sunt programate social. Temele nu ţin de personalitatea celor ce discută (ex.: sport, maşini);

Activitatea (*munca*) – sensul social al ei permite structurarea diverselor forme de recunoaştere şi satisfacere. Berne – aceste tranzacţii, de obicei, sunt de tip Adult – Adult şi sunt orientate asupra realităţii externe. Comunicarea are un caracter programat, impus de reguli, proceduri;

Jocurile psihologice **–** sunt tranzacţii ce se bazează pe programarea individuală. Sunt tranzacţii deschise sau ascunse ce duc la rezultate previzibile sau răsplată. Recompensele, deseori implică emoţii negative sau „tensiuni" de tipul furiei şi depresiei. Orice joc are o temă (ex. „De ce tu...", „Dacă nu ai fi tu…"). Cele mai jucate roluri sunt Persecutorul, Victima, Salvatorul. Jocurile psihologice sunt cel mai pervers mod de a nu rezolva nimic sau de a complica lucrurile. Ele au un scop ascuns fiind un mod distructiv de a petrece timpul împreună;

Intimitatea – relaţii sincere (ce exclud jocul), ce presupun oferire şi primire reciprocă prin excluderea exploatării. Crearea intimităţii este cea mai optimă soluţie de rezolvare a situaţiei ce ţine de stimuli, aprecieri şi foame structurală. Berne – intimitatea include în sine şi contactul sexual, dar nu se reduce doar la el.

5. ***Tipuri de tranzacţii*** – mângâierea, ca act de recunoaştere, reprezintă unitatea de bază a interacţiunii sociale. Astfel variantele de structurare a timpului includ în sine tranzacţii. În

timpul tranzacţiei, într-un anumit moment, domină una din stările Eu-lui. Adică stimulul tranzacţional poate veni de la Părintele, Adultul sau Copilul unuia, iar reacţia tranzacţională – de la Părintele, Adultul sau Copilul celuilalt. Pot fi deosebite 3 tipuri de bază de tranzacţii:

a) *complementare* (*paralele*) – se caracterizează prin coinciderea direcţiilor tranzacţiilor stimul – reacţie, adică persoana obţine reacţia acelei stări a Eu-lui căreia i s-a adresat. Sunt 9 tipuri de tranzacţii suplimentare: P – P, P – A, P – C, A – P, A – A, A – C, C – P, C – A, C – C.

   I regulă a comunicării – comunicarea va decurge liniştit până când tranzacţiile nu încetează să fie complementare.

b) *încrucişate* – reacţia fie vine de la altă stare a Eu-lui, diferită de cea căreia s-a adresat persoana, fie este îndreptată spre o altă stare, diferită de cea care i s-a adresat.

   II regulă a comunicării – comunicarea se întrerupe dacă apar tranzacţii încrucişate.

c) *ascunse* (*duble*) – creând aparenţele unei comunicări social acceptate (mesaj explicit, la nivel social), individul centrează atenţia asupra unei comunicări cu subînţelesuri (mesaj implicit, la nivel psihologic) şi periculoasă din punct de vedere social. Tranzacţiile ascunse stau la baza jocurilor psihologice.

   III regulă a comunicării – comportamentul rezultat în urma tranzacţiilor ascunse este determinat la nivel psihologic şi nu la cel social.

6. ***Scenariul*** – plan subconştient de viaţă, conform căruia oamenii îşi structurează timpul. Scenariul determină destinul omului, abordarea şi atitudinea faţă de sarcini. Berne – la baza scenariilor stau iluziile care se pot păstra de-a lungul vieţii. Se formează în primii 6 ani de viață în baza programării părinteşti şi deciziilor

luate ca răspuns la această programare. De fapt, oamenii au doar iluzia autonomiei. Uneori, însă, oamenii pun la îndoială corectitudinea scenariilor lor, ca rezultat apar crizele de personalitate care pot fi depăşite prin înlăturarea unor blocaje ale autonomiei şi funcţionării Adultului.

7. ***Ordin, atribuire, ignorare*** – directivele părinţilor contribuie la dezvoltarea emoţională a copilului, dar ele pot impune limite reflectând temerile şi neîncrederea Copilului din părinte.
   Ordinul. Steiner a evidenţiat 5 tipuri de mângâieri ce blochează intimitatea:
   a) nu mângâia, chiar dacă poţi s-o faci;
   b) nu cere mângâieri, chiar dacă ai nevoie de ele;
   c) nu accepta mângâierile, chiar dacă le vrei;
   d) nu le evita, chiar dacă nu ai nevoie de ele;
   e) nu te mângâia pe tine însuţi.
   Atribuirile. Sunt afirmaţii despre cine este copilul, ce trebuie să facă şi ce trebuie să simtă el. Copiii, ce corespund atribuirilor, sunt lăudaţi, cei ce nu execută ordinele – sunt pedepsiţi.
   Ignorarea. Steiner – este o tranzacţie ascunsă, când persoana se adresează de pe poziţia de Adult altui Adult, iar cealaltă răspunde de pe poziţia Copilului sau Părintelui. (ex. curiozitatea copilărească poate fi ignorată prin refuzuri categorice din partea părintelui). În sens larg, ignorarea constă în minimizarea vreunui aspect al sinelui, al altei persoane sau al situaţiei.
8. ***Poziţiile de viaţă*** – poziţia de bază este *„Eu sunt OK, tu eşti OK”*. Luând decizii, copilul deviază de la ea şi ocupă una din următoarele poziţii: „Eu nu sunt OK, tu eşti OK”, „Eu sunt OK, tu nu eşti OK”, „Eu nu sunt OK, tu nu eşti OK”. Fiecare din aceste poziţii dezvoltă starea Eu-lui inadecvată şi împiedică dezvoltarea intimităţii.

9. ***Dezvoltarea jocurilor*** – maturii, educând copilul, îl învaţă ritualurile, activităţile şi modalităţile de petrecere a timpului în dependenţă de situaţiile vieţii. La fel copilul însuşeşte arta jocului în procesul de obţinere a experienţei de viaţă de familie din primele luni de viaţă (ex.: copil de 7 ani iese de la masă acuzând dureri abdominale, fratele lui de 3 ani zice şi el că-l doare burta). Berne – jocurile se imită, ele sunt iniţiate intenţionat de Adultul din Copil la vârsta de 2-8 ani. Jocurile deseori sunt elaborate pentru a justifica poziţia de viaţă.

Geneza nevrozelor

Oamenii persevereză în jucarea scenariilor şi îşi refuză plăcerea de autonomie şi intimitate deoarece scenariile, jocurile sunt legate de obţinerea anumitor recompense sau a unei răsplăţi. ***Recompensa pentru scenariu*** reprezintă totalul final al vieţii sau sfârşitul unui anumit plan al vieţii. Sunt cunoscute 4 tipuri de recompense: a fi singur, a fi „nimeni", a ieşi din minţi sau a cădea mort.

Doar o persoană foarte puternică poate trăi fără iluzii. Una dintre iluziile, de care este foarte dificil de scăpat, este iluzia autonomiei. O persoană autonomă ştie că e matură şi pragmatică, este conştientă de ceea ce acceptă din ceea ce vine de la alţii şi ce, din ceea ce face, este determinat de impulsurile apărute anterior. ***Iluzia autonomiei*** se manifestă atunci când persoana nu recunoaşte că anumite fapte şi emoţii sunt generate de Copil şi Părinte, dar crede că aceste fapte şi emoţii aparţin Adultului. În acest caz e necesar de a reorienta şi consolida Eu-hotarele Adultului pentru a asigura prelucrarea corectă a informaţiei ce ţine de activitate.

Eu-hotarele personalităţii autonome sunt trainice, dar permeabile încât energia psihică poate liber circula prin Părinte, Adult, Copil. Excepţii sunt situaţiile în care ***energia psihică devine catectică*** în Părinte, Adult, Copil. Părintele exclusiv este propriu

schizofrenicilor compensaţi. Copilul exclusiv – persoanelor orgolioase şi impulsive, ce evită stările raţionale, educative şi limitative ale Eu-lui, escaladează sentimentele, nu testează realitatea, sunt infantile și isterice. Adultul exclusiv se apără prin intelectualizare, nu participă la distracții („computer”).

Dacă este exclusă starea de Copil – lipsesc amintiri din copilărie, persoanele sunt reci, „doar cu creier, dar fără inimă”; dacă este exclusă starea de Adult – persoana are blocată capacitatea de a testa realitatea, devine psihopată; dacă este exclusă starea de Părinte – persoana își face propriile reguli în funcție de situație (ex.: capi ai mafiei, politicieni, funcționari de succes).

Informaţia denaturată: eficienţa Adultului depinde de cât de adecvată este informaţia accesibilă lui. Adultul are nevoie de a-şi dezvolta deprinderi eficiente de a culege şi aprecia corect informaţia ce ţine de activitate. „Gunoi la intrare – gunoi la ieşire” ţine de orice stare a Eu-lui.

Organizarea terapiei

Scopul analizei tranzacţionale – a ajuta clienţilor să dobândească poziţia de viaţă „Eu sunt OK, tu eşti OK”. În faţa clienţilor sunt puse 2 sarcini: I – de a se simţi mai bine şi de a face progrese (transformarea în broscuţe mulţumite), II – „însănătoşirea” (ieşirea din pielea de broscuţă şi transformarea în prinţ sau prinţesă). Mijloacele de realizare a sarcinii a doua – obţinerea autonomiei şi formarea Adultului integrat.

Autonomia – presupune capacitatea persoanei de a se comporta fără scenariu şi nesupunere la influenţele părinţilor. Autonomia presupune dezvoltarea activă a controlului personal şi social astfel încât alegerea comportamentului devine liberă. Berne – obţinerea autonomiei seamănă cu „divorţul paşnic de părinţi, după

care le poţi face vizită, dar nu te supui lor”. Obţinerea autonomiei presupune restabilirea celor 3 capacităţi caracteristice OK - poziţiei:

- ***Conştientizarea*** – capacitatea de a vedea şi a auzi nemijlocit, şi nu în corespundere cu felul în care persoana a fost educată. Persoana conştientă trăieşte „aici şi acum”, este deschisă simţurilor.
- ***Spontaneitatea*** – capacitatea de a simţi nemijlocit, de a exprima emoţiile direct, nu în corespundere cu educaţia. Persoana spontană poate alege emoţiile, ele fiind ale Părintelui, Adultului sau Copilului.
- ***Intimitatea*** – capacitatea de a menţine relaţii cu ceilalţi în mod conştient, spontan, cu dragoste şi fără jocuri. Berne – stabilirea şi menţinerea relaţiilor intime sunt funcţiile Copilului natural, necorupt.

Adultul integrat – unele calităţi copilăreşti sau părinteşti se integrează în Starea Eu-lui a Adultului într-un mod diferit de contaminare. Adultul integrat include în sine farmecul, atracţia şi sensibilitatea Copilului, capacitatea de prelucrare obiectivă a datelor Adultului, responsabilitatea personală a Părintelui.

Înainte de a începe analiza tranzacţională, terapeutul şi clientul încheie un contract în care sunt discutate scopurile, obligaţiile fiecăruia pentru realizarea scopului. Întrebarea-cheie este „Cum vom şti că aţi obţinut ceea ce doriţi?”. Exemple de scopuri: schimbări fiziologice (scăderea tensiunii diastolice), minimizarea simptomelor psihologice (fobie), anumite schimbări în comportament (debarasarea de alcool, droguri, susţinerea examenelor, menţinerea la acelaşi serviciu o anumită perioadă de timp), scopuri măsurabile (creşterea veniturilor). Pe parcursul terapiei pot fi introduse corectări sau completări în contract.

Tehnici utilizate în analiza tranzacţională

Iniţial Berne a elaborat analiza tranzacţională ca metodă de consiliere în grup ce completa psihanaliza. Avantajele AT în grup: membrii grupului pot urmări stările Eu-lui la ceilalţi, astfel îşi cunosc mai bine propriile stări; posibilitatea de a urmări în grup tranzacţiile şi jocurile; analiza scenariilor unui membru a grupului poate avea ecou în grup fiind semnificativă şi pentru ceilalţi.

Analiza structurii – ajută clientul să identifice şi să conştientizeze atât stările Eu-lui, cât şi conţinutul lor. Scopul – eliberarea oamenilor pentru a fi capabili să aprecieze adecvat toate stările Eu-lui fără contaminări şi ajutarea Adultului în a menţine controlul asupra personalităţii în situaţii tensionante.

Analiza tranzacţională – are ca scop de a-l ajuta pe client să realizeze un control social, adică să dezvolte capacitatea Adultului de a decide când îl „eliberează" pe Părinte sau Copil şi când „reia" activitatea administrativă. Persoana ce nu deține controlul social riscă să sufere din cauza activizării conştiente sau subconştiente a stărilor Copilului sau Părintelui de către alte persoane. Analiza unor tranzacţii din cadrul unor situaţii dificile contribuie la ridicare competenţei clientului şi-l ajută să depăşească dificultăţile.

Analiza jocului – clientul este încurajat să-şi studieze modurile de structurare a timpului şi de obţinere a mângâierilor, este ajutat să înţeleagă ce joc joacă, ce mişcări face în acest joc, care este recompensa jocului şi ce poziţie de viaţă justifică prin acest joc. Este important ca clientul să înveţe să exprime constructiv necesităţile şi emoţiile Copilului, pe care s-a obişnuit să le ignore.

Analiza scenariului – urmăreşte scopul de a-l obliga pe client să iasă din scenariu şi să devină autonom. Este orientată la a-l ajuta pe client să abandoneze deciziile luate anterior în anumite circumstanţe de către adultul insuficient de dezvoltat şi luarea noilor decizii acum.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul analizei tranzacționale.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma analizei tranzacționale.
3. Descrieți tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în psihoterapia tranzacțională.
4. Exemplificați fiecare tip de tranzație.
5. Realizați exercițiile din Anexa 5.

9. GESTALT-TERAPIA

Finalități de studiu:

1. Să explice esența gestalt-terapiei și conceptele ei.
2. Să argumenteze geneza nevrozelor prin prisma gestalt-terapiei
3. Să determine mecanismele de apărare.
4. Să cunoască și identifice tehnicile utilizate în gestalt-terapie.

Gestalt înseamnă „formă”, „imagine”, „model”, „configuraţie”. Organismul uman reprezintă un sistem integru care poate exista doar într-un anumit mediu. Deci, divizarea în „suflet - corp”, şi „personalitate – mediu înconjurător” este eronată. Pentru funcţionarea normală este necesară menţinerea contactului cu simţurile.

Oamenii au nevoie periodic să fie frustraţi pentru a se învăţa să-şi mobilizeze resursele proprii în dirijarea cu mediul ambiant. Dar copiii deseori sunt suprimaţi de către maturii care sunt pentru ei o autoritate, astfel, la copii este perturbată dezvoltarea independenţei şi ei sunt nevoiţi să-şi suprime emoţiile.

Scopul terapiei este mai degrabă susţinerea sinelui, decât susţinerea mediului; menţinerea contactului cu propriile simţuri şi centrul existenţial; mai degrabă autoactualizarea decât actualizarea

chipului imaginar; dezvoltarea responsabilităţii, a capacităţii de a face alegeri, precum şi de a forma şi finisa gestaltul. Gestalt terapeutul îşi centrează atenţia asupra dereglărilor avute de către client la momentul dat.

Noţiunile de bază

- ***Figură și fondal*** – Oamenii percep lucrurile nu izolat, dar le organizează în entităţi importante cu ajutorul proceselor perceptive. Figura – centrul interesului, fondalul – contextul. Relaţia figură – fon este dinamică.
- ***Homeostaza*** (autoreglare organismică) sau echilibrul – una din tendinţele de bază ale organismului. Organismul deseori se confruntă cu diverse dezechilibre, care-l scot din starea de echilibru fie prin factori externi (cerinţele mediului), fie interni (necesităţi). Homeostaza este procesul prin intermediul căruia organismul îşi satisface necesităţile şi restabileşte echilibrul. Sănătatea – decurgerea adecvată a procesului homeostatic; boala – organismul a fost în stare de dezechilibru o perioadă de timp îndelungată nefiind capabil să-şi satisfacă necesităţile; moartea – survine atunci când organismul îşi pierde totalmente capacitatea de a menţine homeostaza.

  Procesul homeostatic devine selectiv atunci când organismul are mai multe necesităţi, la bază fiind necesitatea de a supravieţui şi de autoactualizare. Pentru a-şi satisface necesităţile (a finisa gestaltul), individul trebuie să poată să-şi conştientizeze necesitatea şi să poată conduce cu sine şi mediul pentru a obţine ceea de ce are nevoie.
- ***Autoactualizarea*** – se bazează pe principiul existenţial „trandafirul, fiind dat să fie trandafir, este trandafir” şi este diferită de actualizarea reprezentărilor imaginare proprii despre cum trebuie să fie persoana. Perls consideră ca „orice control din

exterior, chiar şi cel transferat de persoană în plan interior (adică „Tu trebuie" se transformă în „Eu trebuie") este control exterior care împiedică funcţionarea normală a organismului. Există un singur lucru care ar putea realiza controlul – situaţia". Dacă individul înţelege situaţia în care se află şi procesează informaţia în corespundere cu situaţia, atunci el învaţă să depăşească dificultăţile vieţii. Perls a exprimat esenţa autoactualizării prin fraza „Deci, pierdeţi raţiunea şi reîntorceţi-vă simţurile".

- ***Hotarele contactului şi contactul***. F. Perls nu separă clar hotarul dintre sine şi mediu, presupunând că organismul şi mediul înconjurător interacţionează continuu. Hotarele contactului – hotarul dintre organism şi mediul înconjurător, anume aici se desfăşoară evenimentele psihologice.

  Contactul – presupune atât conştientizarea senzorială, cât şi realizarea acţiunilor. Sistemul senzorial al organismului îl asigură cu mijloace de orientare, cel motor – cu mijloace de manipulare. Şi orientarea, şi manipularea au loc la hotarul contactului. Toate gândurile, sentimentele şi acţiunile au loc la hotarele contactului.
- ***Agresiune, asimilare, mecanisme de apărare.*** Atitudinea agresivă faţă de experienţă este necesară dacă această experienţă urmează să fie asimilată. Orice organism în spaţiul mediului înconjurător creşte, incluzând în sine noul material, „digerându-l" şi destrugându-l, apoi asimilând selectiv noua substanţă (hrană, lecţie, influenţa părintelui).
- ***Ciclul contactului*** (curba contactului) **–** este constituit din 4 faze:
  - ***I. precontactul –*** faza senzațiilor nediferențiate și formării necesității
  - ***II. contactarea –*** faza conștientizării necesității și căutării căilor de satisfacere
  - ***III. contactul nemijlocit –*** satisfacerea necesității (dispare hotarul între om și mediu)

IV. postcontactul **–** asimilarea experienței și conștientizarea încheierii contactului (emoții legate de satisfacerea nevoii).

- ***Mecanismele de apărare*** – sunt manevrele şi modurile de gândire sau comportament, la care recurge mintea pentru a se debarasa de materialul emoţional dureros. Se realizează prin întreruperea contactului cu mediul.

  Mecanisme de întrerupere a contactului în faza precontact:

  a) ***Confluența (Noi în loc de Eu)*** – se caracterizează prin pierderea diferenţelor dintre sine şi alţii, are loc fuziunea universului interior cu exteriorul. Cel ce e în starea de fuziune nu poate distinge realitatea interioară de ceea ce se întâmplă în exterior, situațiile imafgnare de evenimentele reale și este intolerant față de diferențele pe care le sesizează la alții.

  b) ***Introiecţia (Eu în loc de Ei)*** – constă în absorbire, captarea, preluarea și asimilarea fără discriminare a informațiilor din mediu (valori, comportamente)/ Ca rezultat al introiecţiei se păstrează atât lucrurile necesare, cât şi cele inutile, astfel organismul slăbeşte. Deseori prin introiecţie organismul acumulează experienţa ce nu corespunde necesităţilor lui. „Introiectorul" face ceea ce alţii aşteaptă de la el.

  Mecanisme de întrerupere a contactului în faza contactării:

  c) ***Proiecţia (El, Ea, Ei în loc de Eu)*** – atribuirea altcuiva a propriilor trăiri şi conduite, pe care individul nu și le recunoaște, chiar le neagă. Proiecția blochează adaptarea. „Proiectorul" face altora ceea ce le reproşează lor că fac cu el.

  d) ***Retroflecția (pe mine, mie)*** – individul se comportă cu sine așa cum ar dori să se comporte cu alții (ex.: lovește în pumn când vrea să bată pe altul, face singur când are nevoie de ajutor, transformă furia în sentimentul vinovăţiei, mușcă buzele pentru reprima supărare). Se poate exprima prin

simptomatologie psihosomatică. „Retroflectorul” îşi face sie ceea ce ar vrea să facă altora.

e) ***Deflecția (evitarea contactului)*** – o modalitatea de a diminua tensiunea contactului și „ciocnirile” prin deturnare intenționată (e politicos în loc să fie direct) sau prin refuz indirect (glume, evitarea contactului vizual, replici banale, fraze generalizate). Refuză să ia parte activ „aici și acum” la experiența vieții, ca rezultat nu contribuie la satisfacerea nevoii.

f) ***Proflecția (altuia în loc de mie)*** – se caracterizează prin a face altuia ceea ce dorim să ni se facă nouă (ex.. laudă pentru a fi apreciat, nu poate cere și atunci oferă).

Mecanisme de întrerupere a contactului <u>în faza contactului nemijlocit:</u>

g) ***Egotismul*** – hipertrofia egoului poate împiedica satisfacerea necesității deoarece controlul exagerat, lipsa spontaneității, frica de a pierde puterea, frica de eșec și de a fi respins face imposibil contactul.

Mecanisme de întrerupere a contactului <u>în faza postcontactului</u>:

h) ***Devalidizarea / devalorizarea*** – experiența este devalorizate pentru a diminua emoțiile nedorite (rușine, frică, durere, invidie, neliniște). Ex.: în cazul pierderii unei persoane semnificative durerea poate fi insuportabilă dacă recunoaștem pierderea sau putem evita durerea prin devalorizare pierderii.

- ***Frustrare şi manipulare***. Omul creşte şi se dezvoltă atunci când învaţă să depăşească frustrarea prin mobilizarea resurselor înnăscute pentru a dirija (manipula) cu mediul cu scopul satisfacerii propriilor necesităţi. Termenul „manipulare” se utilizează pentru a desemna modul în care este mobilizat şi utilizat mediul pentru satisfacerea necesităţilor. Organismul sănătos manipulează pentru a se susţine pe sine însuşi,

organismul bolnav – pentru a obţine ajutor din partea mediului. Frustrările adecvate îl determină pe copil să dirijeze cu mediul în aşa fel încât să-şi restabilească echilibrul organismic. Lipsa frustrărilor sau prezenţa frustrărilor ce depăşesc capacităţile copilului îl determină pe acesta să mobilizeze mediul jucând roluri fictive (de copil slab, neajutorat, naiv). Astfel individul îşi înstrăinează anumite părţi ale sinelui (ochi, urechi, genitalii).

Geneza nevrozelor

Nivelele nevrozei sunt:

- ***Nivelul „relaţiilor false" sau clişeelor*** – se manifestă prin tendinţa de a ne actualiza Eu-concepţia şi nu eul veridic. Astfel devenim nemulţumiţi de noi înşine, depreciem calităţile reale şi le înstrăinăm de la sine, creând goluri care sunt umplute cu artefacte false. Începem a ne comporta de parcă chiar posedăm aceste calităţi false, pe care le aşteaptă de la noi ceilalţi sau super-egoul.
- ***Nivelul artificial, fobic*** – comportamentul fals şi manipulările sunt conştientizate, dar apare frica de consecinţele ce pot apărea dacă ne vom comporta firesc, sincer. Ne temem să fim ceea cine suntem pentru a nu fi ostracizaţi de societate.
- ***Impasul*** – în momentul în care persoana încetează să mai joace rolurile improprii, ea începe să aibă senzaţia de vid, gol. Retrăieşte pierderea sprijinului din exterior, dar încă nu poate sau nu vrea să-şi folosească propriile resurse.
- ***Implozia*** – erupţia în interior, când, disperaţi, cu repulsie, ajungem să înţelegem cum ne-am limitat şi suprimat. La acest nivel persoana poate trăi frica de moarte sau poate avea senzaţia că moare.
- ***Explozia*** – erupţia în exterior, presupune o trăire emoţională intensă, care aduce uşurare şi restabileşte echilibrul.

Atingerea acestui nivel înseamnă formarea unei personalităţi autentice care redobândeşte capacitatea de a retrăi şi de a-şi manifesta emoţiile.

Organizarea terapiei

Scopul. Clienţii vin la gestalt-terapeut atunci când ajung într-o criză existenţială. Perls considera că „orice persoană ce vine la terapeut ascunde ceva în mânecă, 90% din ei vin cu scopul **nu** de a se trata, ci de a deveni mai adecvat în nevroza sa". Obiectivul principal al terapeutului – să ajute clientul să devină independent, reducând necesitatea de susţinere continuă din partea mediului. Pentru a deveni independent, e necesar de a te afla în contact cu centrele existenţiale organismice (eu sunt ceea ce sunt). Indivizii ce sunt în contact cu Eul organismic sunt cei care se autoactualizează, devin independenţi.

Durata terapiei este variabilă – de la cțteva luni până la un an și mai mult – în funcție de particularitățile clientului și a problemei.

Zontef şi Simkin menţionează că scopul este de a obține conştientizare (atât a unor momente specifice, cât şi a proceselor sau deprinderilor automatizate care blochează înţelegerea). Persoanele independente îşi asumă responsabilitatea pentru propria viaţă şi au libertatea alegerii, sunt capabile să utilizeze agresiunea pentru a asimila experienţa, la fel ele au câteva activităţi neterminate, deoarece ele pot forma şi finisa gestaltul.

Reguli. Ele sunt folosite atât în activităţile de grup, cât şi individuale:

- principiul „aici şi acum";
- Eu şi Tu – vorbeşte din numele propriei persoane şi te adresează direct altei persoane;
- Utilizarea „limbajului responsabilităţii" – expresiile de tipul „eu nu pot face asta" sunt parafrazate în „eu nu voi face asta";
- Utilizarea conştientizării continui – concentrarea pe „acum", „ce", „cum" şi nu pe „de ce?";

- Fără bârfe – presupune adresarea nemijlocită către altul şi nu discutarea altora în prezenţa lor;
- Substituirea întrebărilor cu afirmaţii.

Tehnici utilizate

1. ***Tehnica conştientizării.*** Clientului i se cere să se conştientizeze pe sine „aici şi acum", să conştientizeze sensul manipulărilor lui în prezent, dereglările de la hotarul contactului, precum şi să retrăiască problemele şi traumele trecute nerezolvate. Conştientizarea întotdeauna are loc în prezent şi oferă posibilităţi pentru a acţiona.

   Clientul este rugat să-şi conştientizeze limbajul corpului, respiraţia, particularităţile vocii şi emoţiilor, să-şi dea seama de gândurile obsesive. Tehnica conştientizării este o tehnică de concentrare cu ajutorul căreia clientul învaţă să trăiască fiecare „acum" şi să-şi dea seama de necesităţi, să înţeleagă relaţia dintre simţurile şi comportamentul legat de un domeniu cu cele legate de alte domenii.

   Ex: Ce faceţi cu picioarele acum? Vă conştientizaţi zâmbetul? În ultimul minut nu v-aţi zgribulit. Vă daţi seama că ochii vă sunt umezi? Vă conştientizaţi expresia feţii?
2. ***Evidenţierea fanteziilor.*** Tehnica conştientizării este lentă. Pentru a grăbi terapia, Perls utiliza tehnica fanteziilor în formă verbală, scrisă, dramatică.

   Ex: Puteţi descrie colţul în care doriţi să mergeţi? Imaginaţi-vă că sunteţi în siguranţă în acest colţ, spuneţi ce veţi face? Ce trebuie să fac eu când dvs vă aflaţi în acel colţ? Ce aş putea eu să vă fac? Ce vârstă ar trebui să am? Cum aş putea manifesta interes faţă de dvs? Ce ar trebui să fac, cum să-mi maschez sentimentele?
3. ***Metoda dramei***. „Monodrama" – clientul singur joacă toate rolurile şi se automanifestă. Poate include şi tehnica „scaunului

fierbinte" sau „scaunului liber". Perls considera că deseori oamenii joacă în propria imaginaţie conflictul interior dintre dominant (super-Ego, câinele de sus) şi dominat (ego, câinele de jos). Scopul este de a-l determina pe client să treacă dintr-o extremitate în alta pentru a înţelege comportamentul şi a împăca aceste 2 extremităţi.

4. ***Lucrul cu visele.*** Perls consideră că visele sunt calea împărătească spre integrare. Visele sunt nişte mesaje existenţiale, nu doar reflectarea situaţiilor nefinisate, a problemelor actuale sau simtomelor. Sunt 4 etape ale lucrului cu visele:

- clientul relatează visul;
- clientul repovesteşte visul, prezentându-l ca pe o dramă şi povestindu-l la prezent;
- clientul devine regizor, formează decorul şi discută cu fiecare actor;
- clientul se transformă în actor jucând diverse roluri (poate interpreta dialogul dintre 2 persoane, 2 părţi ale sinelui, 2 lucruri).



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul gestalt-terapiei.
2. Argumentați geneza nevrozelor prin prisma abordării gestalt-terapiei.
3. Exemplificați fiecare tip de mechanism de apărare.
4. Descrieți tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în gestalt-terapie.

10. PSIHODRAMA

Finalități de studiu:

1. Să explice esența psihodramei și a sociodramei.

2. Să identifice etapele psihodramei.
3. Să cunoască elementele interacțiunilor psihodramatice și condițiile desfășurării psihodramei.
4. Să cunoască și identifice tehnicile utilizate în psihodramă.

Psihodrama vine de la cuvântul grecesc *„psyche”* (suflet) și de la termenul de *„dramă”* (acțiune, înfăptuire). Psihodrama este teatrul omului eliberat din barierele ființei lui, din firea lui, în mijlocul unui auditoriu din persoane, care și ele ies din tiparele sinelui, participând împreună la faptul că unul dintre semenii lor se exteriorizează pentru a-și retrăi viața.

Psihodrama este o metodă de tratament care implică realitatea interioară a indivizilor, permiţându-le să o descrie şi să lucreze cu ea aşa cum o văd ei. Prin acţiunea dramatică terapeutul aduce la suprafaţă situaţii adânc îngropate pentru a alina presiunea emoţională. El creează un mediu suportiv prin intermediul împărtăşirii, suportului şi acceptării, pentru a permite mai apoi ca forţele natural-vindecătoare ale psihicului şi sinelui emoţional să continue lucrul. Deşi procesul psihodramatic are pe moment o aparenţă aproape magică, esenţa sa nu e deloc misterioasă. Îşi are originile în forţele noastre înnăscute de vindecare, utilizând metode proprii pentru deblocarea acestora, după care se retrage bazându-se pe continuarea mişcării în viaţa de zi cu zi. Principiul este susţinut de faptul că vindecarea nu este un proces static, ci unul într-o continuă mişcare.

Psihodrama permite de asemenea reconstruirea intenţionată a unui eveniment dacă asta se doreşte, de exemplu reexperimentarea lui într-o altă formă sau cu starea interioară dorită ca un joc de rol corectiv al situaţiei originale. Această modalitate oferă posibilitatea unei noi învăţări a comportamentului emoţional la un nivel experienţial.

Jacob Levy Moreno a înţeles valoarea terapeutică pe care ar putea-o avea oferirea libertăţii de a interpreta, ca şi copiii, roluri şi scene relevante din viaţa lor, pentru pacienţii cu tulburări psihice. Şi ei şi-ar putea trăi în afară psihodrama într-un mediu controlat şi observat, în care şi-ar putea atât descărca sentimentele ataşate diferitelor roluri, cât şi corecta experienţa prin interpretarea sa aşa cum a fost ea, cum ar fi putut să fie sau cum şi-ar fi dorit să fie. Moreno credea în primul rând în viaţă şi apoi în patologie, el dorea să se amintească de el ca de omul care a adus bucuria în domeniul psihiatriei.

Moreno a introdus formal psihodrama pe 1 aprilie 1921 în Viena. La sfârşitul anilor ’20, a emigrat în Statele Unite unde a fondat Institutul Moreno. Opinia lui Moreno a fost că un tratament complet necesită o abordare sistemică pe trei nivele: (1) psihodramă, (2) psihoterapie de grup, (3) sociometrie. Încorporarea acestor trei abordări permite persoanei să înceapă experimentarea vindecării personale, să exerseze noi comportamente şi legături într-un sistem de suport şi astfel să se schimbe, să se dezvolte şi să înveţe noi modalităţi de a exista în lume. Moreno credea că în grup fiecare devine un agent terapeutic pentru celălalt. El vedea în grup un mare potenţial de vindecare.

Moreno explică semnificaţia clinică a metodei sale: „din punct de vedere istoric, psihodrama reprezintă punctul de cotitură dinspre tratamentul individului izolat, la tratamentul individului în grupuri, dinspre tratamentul individului prin metode verbale la tratamentul prin metode acţionale.” Psihodrama este o experiență personală intensă, însoțită de răscoliri ale trecutului și de conștientizări, de reacții corporale și uneori psihosomatice. Psihodrama eliberează inhibiții, dificultăți, traume trecute, prin readucerea lor la suprafață.

În concepția psihodramatică omul este definit în mod dinamic prin patru dimensiuni ale existenței sale:

1. Evantaiul *rolurilor* jucate de el în viață. Fiecare persoană simte, gândește și acționează în funcție de o multitudine de roluri fiziologice, psihologice, profesionale și sociale care o definesc. Între aceste roluri ar exista o consonanță sau o oarecare disonanță, fiecare persoană se simte inconfortabil sau în armonie cu sine și, în consecință bine sau rău în pielea ei și în personajul pe care-l întruchipează.
2. *Rețeaua interacțiunilor* cu toate persoanele cu care se află ea în legătură, dinamica grupului din care face parte (sociometria în sens larg al cuvântului).
3. *Atomul* ei social (lumea ei personală afectivă).
4. *Satutul ei sociometric,* „cota de dragoste" în fiecare dintre grupurile cărora le aparține.

Instrumentele psihodramei

Potrivit lui Moreno există cinci instrumente indispensabile pentru efectuarea psihodarmei:

- *O scenă* (de preferat circulară) sau o simplă zonă de joc, amenajată într-o sală. Psihodrama poate avea loc, de asemenea, oriunde se află persoanele la care vrem să ajungem sau cu care vrem să ne întâlnim.
- *Un subiect.* Protagonistul sau eroul principal al acțiunii. Acesta va fi în „stare de naștere" sau în „renaștere" în psihodramă.
- *Un conducător al ședinței:* psihodramatistul. Aceta este, îăn același timp, producătorul acțiunii, terapeutul sau observatorul interacțiunilor grupului, monitorul.
- *O echipă psihodramatică:* egourile auxiliare, partenerii care îi vor da replica protagonistului și vor deține rolurile necesare acțiunii, persoane pregătite în această privință.

- *Un auditoriu:* publicul (un grup restrâns de participanți). Auditoriul îl ajută pe subiect prin ecourile lui personale, prin exprimarea sentimentelor resimțite în legătură cu acțiunea, prin reacțiile sale. Ascultându-l exprimându-se la sfârșitul ședinței, protagonistul înțelege mai ales că nu este singurul care a îndurat o anumită frustrare, o anumită trumă sau care a resimțit un anume sentiment (din cauza căruia se simțea rușinat sau vinovat). Partajarea sentimentelor dedramatizează adeseari cele mai teribilesau cele mai frustrante situații; este o co-naștere.

Respectarea realităţii protagonistului

Unul dintre motivele pentru care psihodrama are succesul de care se bucură este că prin rolurile pe care le interpretăm putem explora practic orice aspect al sinelui nostru şi al relaţiei cu ceilalţi. Rolurile de bază din psihodramă sunt:

- ***protagonistul***, persoană a cărei poveste este interpretată. Este persoana care, la alegerea colegilor, autopropunându-se sau la propunerea directorului, va aduce în scenă un conținut intern: o amintire, o relație, un sistem relațional, un vis, o proiecție în viitor etc. Din acel moment, el este persoana în serviciul căreia se orientează activitatea psihodramatică până la momentul final când, protagonistul se reîntoarce în grup, ca membru egal cu toţi ceilalţi. Protagonistul este ghidat de director care stabilește direcția de lucru, strategia și tehnicile utilizate. Atunci când se lucrează psihodrama individuală, clientul este permanent protagonist;
- ***dublul*** – vocea interioară a protagonistului;
- ***directorul*** – persoana care conduce sesiunea de psihodramă (de obicei, un terapeut), producătorul, promotorul acţiunii, regizorul reprezentaţiei, analistul materialului emotiv. Termenul de director exprimă rolul activ și care caracterizează prezența sa în interiorul unei sesiuni;

- ***egourile auxiliare*** – persoane din grup care interpretează celelalte roluri din psihodramă. Este orice membru al grupului care a fost ales de protagonist pentru a juca un rol în reprezentaţia psihodramatică. În acest scop, el se desprinde din auditoriu şi păşeşte pe scenă pentru a intra într-un rol pe care i-l atribuie protagonistul. În cazul pacienţilor cu patologie gravă se lucrează cu euri auxiliare profesioniste (persoane cu pregătire în psihodramă), care au sarcina de a încarna pe scenă, în mod adecvat, fantasmele în manifestarea lor. De asemenea, lucrul cu copii necesită euri auxiliare profesioniste, care să dea consistență și dinamică rolurilor. Dar, în grupurile compuse din persoane cu o patologie ușoară, eurile auxiliare sunt alese dintre participanți, care beneficiază în felul acesta de avantajul de a experimenta din interior roluri și contexte variate;
- ***auditoriul*** sau grupul. După ce protagonistul este ales, ceilalţi membrii ai grupului se retrag în spaţiul rezervat în afara scenei, până la sfârşitul activităţii cu protagonistul. Dintre ei, vor fi alese eurile auxiliare, iar restul vor constitui auditoriul, vor fi martori ai reprezentației psihodramatice sau vor putea interveni pe parcurs, cu acordul directorului și al protagonistului. Utilizarea inversiunii de rol permite protagonistului să joace orice rol din dramă, având ca scop atât observarea sinelui din exterior cât şi să experimenteze sinele din poziţia celuilalt.

Moreno – „*Psihodrama îl pune pe pacient pe o scenă pe care el poate lucra cu problemele sale, cu ajutorul câtorva actori terapeutici… Ea poate fi adaptată oricărui tip de problemă, personală sau de grup, a copilului sau a adultului… Cele mai adânci conflicte psihice pot fi apropiate de soluţionare cu ajutorul ei. Psihodrama este societatea umană în miniatură, cea mai simplă expunere pentru un studiu metodologic al structurii psihologice… Se*

deschide astfel calea spre noi dimensiuni ale minţii şi ceea ce este mult mai important, ele pot fi explorate în condiţii experimentale."

Moreno explică faptul că ***terapeutul nu participă în producţia însăşi, el*** „***este ca un dirijor*** într-o orchestră: el nu cântă la nici un instrument, însă supervizează, direcţionează şi coordonează. El menţine o anumită distanţă faţă de pacient". Protagonistul este cel care alege eurile auxiliare care vor interpreta oamenii implicaţi în drama sa şi cel care decide scena şi tonul acţiunii alături de director. Un ego auxiliar ales din public, va accentua neutralitatea directorului.

Spontaneitatea este unul dintre elementele centrale ale unei psihodrame şi un obiectiv constant. În copilărie, nimeni nu ne învăţa cum să ne jucăm, dar din păcate, cei mai mulţi dintre noi au reuşi să-şi piardă capacitatea de autoafirmare pe drumul stâncos spre maturitate. Psihodrama ne ajută să redobândim această capacitate.

Catharsis – încă Aristotel credea că „prin exprimarea dramatică a unei situaţii din viaţa reală, violenţa faţă de suflet…ar putea fi curăţată".

Elementele interacţiunilor psihodramatice

Conceptul de rol – este defnit ca „forma reală şi tangibilă pe care o ia sinele… forma funcţională pe care şi-o asumă individul atunci când reacţionează la o situaţie specifică în care sunt implicate alte persoane sau obiecte… Rolul este o cristalizare finală a tuturor situaţiilor apărute într-un anumit domeniu de operare prin care a trecut individul (de exemplu tată, pilot de avion)."

Dinamica psihodramei. Pentru a înţelege dinamica psihodramei, este necesara cunoaşterea a ceea ce se concretizeaza pe scena psihodramatica, în special a conceptelor de:

- *tele* – este caracterizat de Moreno ca cea mai smpla unitate de sentiment dintre doi oameni. Este o empatie în dublu sens, o

simţire a realitaţii celuilalt; este legatura care menţine oamenii împreună.

- *foame acţională* – o puternică forță interioară flămândă după acțiune și finalizare, un impuls în căutarea actiunii, compulsia la repetiţie și e legată de principiul plăcerii. Dacă ramâne nerezolvată, periclitează savurarea plăcerii. Psihodrama oferă o ocazie unică de a personaliza foamea de acţiune prin utilizarea eurilor auxiliare, care joacă rolurile necesare concretizării situaţiei originale. Dacă impulsul şi dorinţa sunt satisfăcute în psihodramă, comportamentul poate fi diminuat.
- *sisteme tensionale deschise* – reprezinta experienţe nerezolvate pe care le purtam în suflet. Dupa parerea lui Umberto Maturara, creierul operează pe principiul închiderii organizarii: adică încearcă întotdeauna să umple sau să termine situaţia. Dacă o situaţie ajunge la o rezolvare satisfăcătoare, creierul a oţinut închiderea.
- *autopoeza* – reprezintă starea noastră de a fi vii într-un mediu. Orice facem este declaşat de mediu sau de interacţiunea noastră cu acesta; reacţia noastră este o compensare menită să ne menţină echilibrul, sau starea de a fi vii într-un mediu.
- *concretizarea* – scopul acţionării psihodramatice este de a concretiza sau a da dimensiune şi spaţiu dramei interioare a protagonistului. Drama oferă protagonistului persoane reale cu care să se confrunte. Ceea ce a fost menţinut sub formă de idei, amintiri la nivelul corpului şi flashback-uri poate fi jucat pe scena psihodramatică prin intermediul eurilor auxiliare.
- *transa psihodramatică* – în momentul în care „ca şi cum” se transformă în realitate protagonistul poate să intre într-o stare de transă apropiată de cea de vis.

Teoria psihodramatică a dezvoltării

Moreno a delimitat patru stadii majore ale dezvoltarii legate ca nume de rolurile acţionale: dublul, oglinda, eul auxiliar şi inversiunea de rol.

Stadiul iniţial al dezvoltarii – ***stadiul dublului*** – este perioada în care eul copilului este nediferenţiat de cel al mamei sau al primei persoane care acorda îngrijire. Este o perioada de solitudine şi unitate, bebeluşul se simte ca şi cum parintele ar fi o adevarată extensie a sa. În acest mod oamenii învaţă să aibă încredere.

Oglinda ofera informaţii din exterior nu neaparat congruente cu vocea interioară. Oglindirea joacă un rol important în modul în care copilul în creştere învaţă să se autoperceapă.

Stadiul eului auxiliar anunţa conştiinţa celuilalt, a ceva dincolo de nevoile şi dorinţele narcisice ale copilului. Începe sa aibă conştiinţa faptului ca lumea este plină de alţi oameni diferiţi de el. Iar dacă a fost dublat şi oglindit adecvat, a dezvoltat un sentiment al eului suficient de puternic astfel încât să empatizeze cu un Alter.

Prin dublarea reuşita, copiii învaţa că nu sunt singuri şi că universul este un loc prietenos unde nevoile sunt percepute şi satisfacute; învaţă ca eul este un loc interior de unde pot sa capete susţinere şi faţa de care sunt liberi să se mişte fără ca acesta să dispară. Oglindirea sensibilă oferă o trecere lipsită de pericole din lumea interioară a dublului către lumea exterioară a celuilalt; oferă copilului reflectări şi informaţii despre sine pe care le poate utiliza pentru automodelarea necesară integrarii în reţeaua socială.

Apoi, o data cu conştientizarea celuilalt apare o capacitate de a trai ca fiinţă printre alte fiinţe, de a-şi ocupa locul ca membru al societaţii. Acum eul trebuie să fie suficient de puternic pentru a tolera evenimentele negative. Copilul a învaţat să aleagă şi să fie ales, să ofere şi să primească, să simtă compasiune pentru alţii. A învaţat ca punctul său de vedere nu este singurul, că echilibrul, empatia şi fairplay-ul sunt cerute pentru a trăi fericit printre alţii.

Stadiul eului auxiliar este unul al intrării în societate, având interiorizat dublul sau caminul, oglindirea sau sinele reflectat.

Stadiul inversiunii de rol apare atunci cand Eul este complet și suficient de independent pentru ca individul să poată să stea pe picioarele lui și să se confrunte cu altul, deoarece numai atunci o persoana poate într-adevăr să se puna în pielea altuia.

O persoana care este capabilă să inverseze rolurile are posibilitatea să-și echilibreze nevoile, dorințele cu cele ale altuia, înțelegând că oamenii nu sunt insule, ci traiesc în contextul celorlalti. Este momentul, dupa cum spune Moreno, cand „te voi vedea pe tine prin ochii tăi și tu mă vei vedea pe mine prin ai mei". Este una dintre cele mai pure forme de comunicare între doi oameni pentru ca ești capabil să comunici nu numai de la Eu la Eu, ci din intetriorul Eului poți să fii alaturi de alt Eu și să comunicați ca unul.

Un grup de psihodramă are în mod tipic 8-12 membri. Grupul este condus de un „conducător de grup", care are minumim patru ani de formare în psihodramă. Psihodramaticianul conducător de grup poate fi psiholog sau psihiatru, dar poate și să fie absolvent al unei facultăți cu profil umanist (teolog, sociolog, asistent social etc.). În multe cazuri, un grup este condus de doi psihodramaticieni, care își împart responsabilitățile.

Deși se petrece în grup, psihodrama se concentrează pe particularitățile persoanei și pe rolurile acesteia (cum ar fi frica de a zbura cu avionul, sau cum va decurge interviul de mâine, etc.). Din această cauză, se spune despre psihodramă că ar fi o terapie individuală în format de grup, centrată pe cel care este protagonist în respectivul moment. *Scena* aleasă de protagonist se bazează pe evenimente din viața sa, relații actuale sau trecute, situații nerezolvate, dileme sau conflicte interioare. Protagonistul cere celorlalți membri de grup să joace roluri ale persoanelor implicate în scena aleasă, cum ar fi rolul prietenei, mamei sau șefului. Acești

membri pot să accepte sau să nu accepte rolul oferit, în funcție de dorința sa; nimeni nu este forțat să participe și fiecare decide nivelul său de implicare. Experiența de a fi simplu martor sau de a participa la povestea personală a unui coleg de grup, poate genera trăiri de profundă înțelegere și clădește încrederea între membrii grupului.

Etapele psihodramei

Moreno a enumerat trei stagii principale ale psihodramei: *stadiul încălzirii, punerea în scenă, împărtăşirea* cu o posibilă a patra etapă, *analiza*.

Încălzirea – orice discuţie clinică responsabilă sau eveniment care poate aduce clienţii să fie prezenţi în conceptul „aici şi acum" şi îi pune în legătură cu sntimentele lor sau o poveste personală astfel încât să intre în a doua fază a punerii în scenă percepută ca fiind un pas natural. Procesul încălzirii presupune ajutarea clienţilor de a se conecta cu adevărat la ceea au nevoie să lucreze. De ex., vorbind despre ce s-a întâmplat în timpul săptămânii, ceea ce a fost prezentul după grupul anterior şi ceea ce urmează să devină prezent fac parte din încălzire. Alte subiecte ale fazei de încălzire pot fi: discuţii despre probleme socio-politice curente, cum problema unei persoane trezeşte anumite stării altui membru, orice sentimente privitoare la marimea grupului, coeziunea grupului, situaţii din grup s.a.

Punerea în scenă, sau faza de acţiune, este evenimentul psihodramatic actual în care realitatea interioară a protagonistului este structurată şi pusă în scenă. Astfel se creează oportunitatea de extindere a tot ceea ce a rămas nespus, a complexelor protagonistului, fanteziilor, maniilor şi tensiunilor care pot fi explorate prin acţiune într-un mediu sigur şi structurat.

Punerea în scenă începe atunci când protagonistul începe să aleagă membri care să reprezinte oamenii din viaţa lui. Directorul ajută protagonistul să aranjeze scena şi să interacţioneze cu actorii ca

şi când ar fi oamenii reali pe care îi reprezintă. Tehnicile de comunicare cu actorii, inversarea rolurilor şi intervievarea sunt parte din punerea în scană.

Împărtâşirea **–** permite protagonistului să experimenteze identificarea şi susţinerea, iar membrilor grupului permite să-şi exprime gândurile şi sentimentele asupra acţiunii. Directorul cere participanţilor să împărtăşească ce au accesat din propria experienţă de viaţă ca rezultat al urmăririi sau participării la acţiune, sau să spună ce simt în timp ce interpretează un ego auxiliar în dramă.

Analiza – Moreno a simţit că stadiul analizei trebuie să fie parte din continuarea vindecării, dar niciodată nu a introdus-o formal în procesul psihodramei. Terapeutul care ramâne vigilent la această parte a procesului va fi capabil s-o introducă acolo unde este cel mai folositor pentru protagonist în întregul tratament.

Analiza este folositoare dacă i se oferă destul timp şi este condusă astfel încat sa fie utilă şi interesantă, dar nu judecativă. Cea mai eficientă analiză reiese din propriile conştientizari ale protagonistului subliniate şi întărite de un terapeut observator.

Tehnici psihodramatice

Tehnicile utilizate în psihodramă au rolul de a explora conținuturi mentale greu de accesat:

Schimbul de rol – protagonistul rejoacă scena din viața reală, de data aceasta din rolul altui personaj (mama, șeful etc.), câștigând astfel o nouă perspectivă asupra situației.

Interviul din rol – în mijlocul episodului reprezentat, conducătorul de grup are o discuție cu protagonistul, pentru a explora lucrurile nespuse în scenă, trăirile, gândurile ori nevoile acestuia.

Dublarea – un alt membru de grup, bazându-se pe empatie, stă în spatele protagonistului și exprimă gândurile sau emoțiile nerostite ale protagonistului (deoarece acesta se află într-un blocaj, spre exemplu).

Este un mod de a-l ajuta să verbalizeze trăirea, iar protagonistul preia dacă se regăsește în ideea sugerată.

Vignettele. Este o scenă psihodramatică ce cuprinde o singură persoană ce vorbește unui scaun gol, adresându-se uneia sau mai multor persoane. Vignettele pot fi o cale foarte eficientă de eliberare a sentimentelor şi de mişcare printre blocaje emoționale, fără a trece printr-o scenă întreagă.

Regresia timpului. Este utilizată în special când un client este frământat de trecut, de obicei de o experiență traumatizantă. Există un avantaj terapeutic în a retrăi trecutul într-un mediu securizant, iar tehnica regresiei timpului permite unui protagonist să facă exact asta.

Tehnica oglinzii. Poate fi potrivită pentru protagoniştii care sunt incapabili să tolereze intensitatea de a juca propriul rol într-o dramă, care au nevoie să se se îndepărteze de situație pentru a se simți în siguranță. În această tehnică, un eu auxiliar joacă rolul protagonistului, exprimând sentimentele protagonistului prin cuvinte şi mişcări. Protagonistul se vede astfel ca într-o oglindă: o reprezentare vie a sa.

Proiectarea viitorului. Permite protagonistului să interpreteze un eveniment anticipat, dorit sau temut, pentru a-l simți înainte de a se întâmpla, pentru a reduce anxietatea legată de el (ex. un viitor interviu de angajare) şi poate pentru a decide cu mai multă înțelepciune dacă să urmeze sau nu anumite planuri (ex. divorț).

Interviul psihodramatic. Regizorul poate folosi această tehnică înainte de dramă pentru a câştiga informații ce vor ajuta la focalizarea lucrului din timpul dramei pentru scoaterea informațiilor de la personaje diferite.

Monodrama. Există doar un participant – adică o singură persoană joacă toate rolurile. Poate consta în lucru cu scaune goale, în care protagonistul se adresează persoanelor pe care şi le imaginează stând

în scaune – o oportunitate unică de a explora sistemul propriu fără a fi întrerupt de opiniile auxiliarilor.

Sculptura familiei . Sculptarea este o tehnică psihodramatică cel mai adesea utilizată în domeniul dependenţelor. Clientul alege membri ai grupului care pot reprezenta persoanele importante din viaţa sa, şi terapeutul asistă clientul în crearea „sculpturii familiei".

Lucrul cu visele. Reprezentarea psihodramatică a unui vis poate concretiza folosirea interioară a simbolurilor şi metaforelor de către protagonist pentru auto-examinare. Prin intermediului inversiunii de rol protagonistul poate intra în toate aspectele visului său, dându-le glas, vorbind, de exemplu, ca piatra sau ca îngerul, văzând ceea ce acestea doresc să exprime ca simboluri. Lucrul cu visele oferă o oportunitate pentru sinele creativ de a se dezvălui într-o metaforă artistică.

Regulile care surprind specificul psihodramei

J.L. Moreno și **Zerka T. Moreno** au sintetizat câteva dintre regulile care surprind specificul psihodramei. Vom folosi termenul protagonist, termen folosit de Moreno atunci când se referă la persoana (subiect, pacient, client) care aduce pe scenă un conținut al lumii sale interioare, cu ajutorul directorului de psihodramă și a eurilor auxiliare:

- ✓ **Protagonistul își arată prin acțiune conflictele prin care trece, în loc să vorbească despre ele.**

Pentru a face acest lucru, un instrument specific psihodramei este scena. Un studio care are un spațiu scenic special amenajat și destinat, face ca nivelul de implicare și de profunzime să fie mai mare. Totuși, un astfel de proces se poate desfășura și în alte spații sau săli informale, atunci când nu avem la dispoziție un studiou de psihodramă.

- ✓ **Protagonistul este ghidat să acționeze în „aici și acum".**

Indiferent când a avut loc sau ar putea să aibă loc întâmplarea la care se referă: în trecut, prezent sau viitor. Mai mult, el își poate imagina o întâmplare sau poate fantaza despre cum va evolua o situație, dar face aceste lucruri în „aici și acum". Subiectul acționează și vorbește în prezent, nu la trecut, pentru că timpul trecut este legat de memorie, iar a vorbi la trecut îl scoate pe subiect din experiența imediată și îl împinge către poziția de spectator sau de povestitor, mai degrabă decât de actor direct implicat. În psihodramă, pentru a elibera spontaneitatea și a crește prezența în aici și acum, protagonistul este special instruit să facă din timp subordonatul său și nu să se supună el timpului. Consemnul este „să acționezi ca și cum ți se întâmplă acum, astfel încât să poți simți, percepe și acționa ca și cum trăiești asta pentru prima dată".

- ✓ **Protagonistul își poate exprima „adevărul său".**

Așa cum îl simte și percepe, într-un mod complet subiectiv, fără a fi corectat sau judecat, indiferent de cât de distorsionat pare acest lucru pentru cei care asistă. Este principiul pe care îl numim respectarea adevărului subiectiv.

- ✓ **Protagonistul este încurajat să își maximizeze exprimarea, acțiunile și comunicarea verbală.**

În acest sens, orice fel de idei, imagini, gânduri, proiecții, fantezii sunt permise și folosite pentru a fi aduse în scenă. Abia apoi, după ce au fost exprimate, urmează restrângerea lor și instalarea limitelor într-un mod atent. Fără a lăsa spațiu de exprimare în totalitate, stabilirea limitelor poate fi, în cel mai bun caz, doar parțială.

- ✓ **Procesul de încălzire, se realizează de la periferie către centru.**

Procesul de punere în formă a grupului și a protagonistului pentru a lucra, se realizează de la periferie către centru. În acest sens, nu se începe cu evenimentele cele mai traumatice din viața persoanei. Se pornește de la un nivel mai superficial, permițând implicarea

progresivă a protagonistului, pentru a-l ghida treptat către zonele centrale.

- ✓ **Cel mai adesea, protagonistul este cel care alege timpul, locul, scena, eurile auxiliare.**

Cel mai adesea, protagonistul este cel care alege timpul, locul, scena, eurile auxiliare de care are nevoie pentru a pune în scenă o psihodramă. Directorul îl asistă pe protagonist, ca un partener al acestuia, care în unele momente poate deveni mai activ sau propozitiv, dar care ține cont de faptul că protagonistul are oricând dreptul să refuze sau să schimbe o scenă.

- ✓ **Psihodrama este atât o metodă de expresie a libertății, cât și o metodă de educație a controlului.**

Tehnici ca inversiunea de rol, jocul de rol sau antrenamentul de rol (rol-training) presupun tocmai învățarea și/sau controlarea excitabilității. Astfel Eul este susținut și ajutat pentru a căpăta controlul în confruntările cu emoțiile care sunt puse în scenă.

- ✓ **Protagonistului îi este permis să fie lipsit de spontaneitate și de expresivitate, exact așa cum se simte el în acel moment.**

Aceasta înseamnă acceptarea inabilității sale de exprimare, apoi asistarea protagonistului în a se accepta pe sine și folosirea de metode variate: dublul, oglinda, inversiunea de rol ș.a. în încercarea de a-l elibera gradual din aceste limitări. Aici pot fi de mare ajutor eurile auxiliare care au rolul să susțină, să asiste și să întărească. Expresivitatea cu orice preț nu este neapărat spontană. Uneori, poate fi doar o acoperire pentru adevăratele sentimente producând, de exemplu, un flux constant și superficial de cuvinte și acțiuni. În schimb, o persoană poate fi absolut spontană în timp ce stă liniștită pe scaun și îi observă pe cei din jur.

- ✓ **Interpretările și insight-urile din psihodramă au o natură diferită față de cele din terapiile verbale.**

În psihodramă vorbim de insight-uri prin acțiune, de învățare prin acțiune sau de catharsis prin acțiune. Sunt procese integrative la care se ajunge în urma sintezei tehnicilor folosite și care au condus protagonistul la un apogeu al încălzirii. Psihodrama este una dintre cele mai interpretative metode, numai că directorul își pune în acțiune interpretările, prin construirea scenei. Pot fi făcute și interpretări verbale, dar acestea nu sunt considerate esențiale. Chiar și atunci când se oferă o interpretare verbală, aceasta este întotdeauna precedată de acțiune. Interpretarea verbală poate fi pusă sub semnul întrebării, respinsă sau total ineficientă. Acțiunea vorbește prin ea însăși.

- ✓ **Sesiunile de psihodramă au trei părți.**

Sesiunile de psihodramă au trei părți: încălzirea, punerea în scenă (acțiunea) și împărtășirea în grup (sharing) de la final. Perturbarea oricăreia dintre aceste etape se reflectă asupra întregului proces.

- ✓ **Protagonistul nu este lăsat niciodată să aibă impresia în grup că este complet singur cu o anumită problemă.**

Sarcina directorului este să extragă din grup, în etapa de împărtășire, identificări sau rezonanțe la conținutul expus de protagonist. Astfel, se creează o atmosferă de susținere reciprocă, crește coeziunea și sentimentul de ancorare în grup și se lărgește cunoașterea interpersonală.

- ✓ **Protagonistul trebuie să învețe să intre în rolurile celor cu care are relații semnificative.**

Protagonistul trebuie să învețe să intre în rolurile celor cu care are relații semnificative, să experimenteze perspectiva celor care fac parte din atomul său social. Pacientul re-integrează în felul acesta, cu mai mult sau mai puțin succes, acele persoane, situații, experiențe și percepții de pe urma cărora suferă. Inversiunea de rol este, prin excelență, o metodă care permite re-integrarea, re-digerarea și

creșterea dincolo de aceste experiențe cu impact negativ, eliberând persoana, care astfel devine mai spontană și pozitivă.

- ✓ **Directorul trebuie să aibă încredere în metoda psihodramei ca principal ghid al procesului terapeutic.**

Atunci când directorul însuși este încălzit, spontaneitatea prezenței sale și disponibilitatea față de nevoile protagonistului sau ale grupului fac ca metoda psihodramatică să curgă flexibil, conducând către miezul suferinței pacientului, permițând directorului, protagonistului, eurilor auxiliare și celorlalți membrii ai grupului să devină o forță coezivă, sudați într-un proces de maximă învățare emoțională.

Sociodrama

De la mijlocul anilor ’80, când a crescut simțitor interesul pentru organizații și în modul lor de funcționare, a avut loc o revigorare a studiului sistemelor sociale. Ca metodă de lucru, sociodrama este valoroasă pentru practicienii ce lucrează cu profesioniști din educație, comunități, organizații și sănătate, pentru că oferă un mod de a gândi și a lucra în aici și acum atât cu sisteme sociale, cât și cu cultura organizațională și de echipă.

Etapele metodei sociodramatice:

1. **Încălzirea** – unde provocările sunt (a) să încălzim grupul într-un mod cât mai unitar cu sine, cu ceilalți, cu spațiul, cu metoda de acțiune, cu rolurile importante ale temei și cu tema și (b) să ținem în echilibru atenția pe trei nivele (personal, grup și social); felul în care conducem încălzirea este crucial pentru dezvoltarea sociodramei. Etapa de încălzire, deși evoluează în spirală pe tot parcursul acțiunii, este cristalizată în momentul formulării **întrebării sociodramatice**, care invită grupul la explorarea temei activând curiozitatea de a cerceta in situ prin această întrebare colectivă „Cum putem noi să…?” *De exemplu: „Cum putem preveni bullying-ul în școala noastră?”*

2. **Punerea în scenă inițială** – în care cartografiem sistemul și îl mobilizăm să interacționeze; în această fază participanții se încălzesc și mai profund.
3. **Punerea în scenă ulterioară** – în care participanții analizează sistemul și continuă să îl exploreze activându-și spontaneitatea și intrând în plus-realitatea sistemului pus în act; la un moment dat directorul încheie acțiunea. Sunt multe moduri posibile de analiză a sistemului. Aici intră în acțiune elementele cunoscute: inversiunea de rol, dublul și oglinda, folosite însă diferit de psihodramă.
4. **Concluzia /** Integrarea – participanții conștientizează ce s-a întâmplat, ce au învățat și cum pot aplica în viața de zi cu zi. Chiar dacă grupul ca întreg a fost protagonist, învățarea este individuală și necesită timp. Sesiunea se încheie, deși integrarea experienței continuă și după aceasta.

Diferențe între psihodramă și sociodramă

Încălzirea. Încălzirea are ca direcție mult mai mult „noi" și mult mai puțin „eu"; „noi" ca grup, ca sistem; în psihodramă încălzirea este direcționată către sine, ce vreau eu să explorez, în vederea alegerii protagonistului; în sociodramă întregul grup este protagonistul.
Participanții. Participanții pot ieși singuri din rol și pot intra în mod spontan în alt rol, cu permisiunea directorului, cu condiția să anunțe și să schimbe spațiul, postura, energia etc.
„Dublul". „Dublul" nu are aceeași funcție și nu trebuie validat de persoana căreia i se face dublu ca în psihodramă; în sociodramă dublul este întotdeauna valid și are rolul de a extinde rolul social, de a prezenta și o altă fațetă a acelui rol, un alt adevăr.
Împărtășirea. Împărtășirea din faza finală de integrare se face pe patru nivele:

1. Din experiența personală în rol.
2. Din experiența în rol față de sistem și forțele sociale.

3. Despre sine ca membru al grupului făcând legătura cu experiența personală.
4. Despre sine ca membru al grupului în relație cu sistemele sociale din care face parte.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul psihodramei și sociodramei, identificând asemănările și deosebirile dintre ele.
2. Analizați fiecare etapă a ședinței de psihodramă și cerințele față de ea.
3. Descrieți rolurile fiecărui participant la ședința de psihodramă.
4. Argumentați necesitatea respectării regulilor de organizare a ședințelor de psihodramă.
5. Descrieți tehnicele de intervenție psihoterapeutică utilizate în psihodramă.

11. TERAPIA EXISTENȚIALISTĂ

Finalități de studiu:

1. Să explice esența terapiilor existențialiste.
2. Să explice geneza nevrozilor prin prisma terapiilor existențialiste
3. Să distingă etapele intervenției psihoterapeutice axate pe terapia existențialistă.
4. Să cunoască și identifice tehnicile utilizate în terapia existențialistă.

Baza acestei orientări terapeutice o reprezintă ideile şi principiile filosofiei existenţialiste europene (Soren Kiergegaard, Martin Heidegger şi Jean Paul Sartre). Aceşti filosofi existenţialişti

vorbesc despre omul ca entitate unică, irepetabilă, activă şi cu o capacitate nelimitată de creştere şi dezvoltare, ca fiind o fiinţă în devenire şi niciodată finită.

Între precursorii acestei abordări se numără Ludwig Binswanger (a propus metoda de analiză a sinelui urmând ideile filosofice a lui Heidegger – Dasein, sau "a-fi-în-lume") şi Medard Boss, care în anii '60, urmând exemplul filosofilor existenţialişti, au făcut cunoscută perspectiva lor terapeutică, de confruntare conştientă cu aspectele întunecate, dar pline de semnificaţie ale vieţii.

Ulterior, ideile lor au fost preluate de câţiva psihoterapeuţi americani (Rollo May, James Bugental, Irvin Yalom), care le-au sistematizat şi îmbogăţit cu experienţe personale şi cazuri clinice.

Fiecare individ se confruntă cu decizii care îi vor afecta tot restul vieţii, fără să ştie dinainte cu certitudine care vor fi consecinţele lor, trăind astfel sub semnul nesiguranţei şi al culpei de a fi făcut alegerea greşită. Capacitatea de a lua decizii reprezintă o caracteristică definitorie a maturităţii personalităţii şi o afirmare a curajului, a capacităţii şi a voinţei de a acţiona independent, în sensul stăpânirii anxietăţii spre atingerea libertăţii şi a integrării personale.

Geneza nevrozelor

Fiecare aspect al lumii este investit cu un rost, cu un înţeles pentru fiecare persoană, iar ***absenţa semnificaţiei vieţii*** generează anxietate. Atunci când această structurare semnificativă se dezintegrează, apare neputinţa omului de a se orienta în propria existenţă.

O altă sursă care produce anxietate este, ***singurătatea*** fiinţei umane şi ***izolarea*** ei; oricât de mult am căuta intimitatea celorlalţi, niciodată nu vom putea fi în locul lor sau ei în locul nostru. Împărtaşirea experienţelor ne ajută să ne apropiem de ei, dar întotdeauna va exista o piedică în înţelegerea deplină a celorlalţi. Mai

mult, alegerea propriei direcţii şi crearea unei semnificaţii personale în viaţă poate să ne îndepărteze de ceilalţi, iar aceasta perspectivă a respingerii duce la discomfort psihic.

Toate aceste condiţii existenţiale pun în lumină o caracteristică definitorie a fiinţei umane: ***limitarea***. *Moartea* reprezintă limita vieţii, *accidentele* – limita puterii şi a cunoştinţelor noastre, *pierderea semnificaţiei* – limita valorilor în care credem, *singurătatea* – limita empatiei, iar *respingerea* – limita controlului pe care îl deţinem asupra altei persoane.

O existenţă autentică nu se realizează prin evitarea şi negarea limitelor, pretinzând a fi altcineva (atotputernic, atotştiutor, nemuritor), ci prin conştientizarea, confruntarea şi încercarea de a le face faţă. Persoana nu rămane astfel cantonată la nivel de obiect determinat şi controlat de forţele destinului sau ale hazardului, ci îşi asumă atitudinea de subiect activ al schimbării.

Analiza existenţială actuală distinge patru motivaţii existenţiale fundamentale care trebuiesc împlinite pentru ca persoana să poată ajunge la o existenţă autentică și ferm întemeiată:

1. *Putinţa de a fi pur si simplu* – propriul temei de a fi prin intermediul percepţiei şi cogniţiei ajungându-se la „*încrederea fundamentală*”;
2. *Putinţa de a resimţi ca atrăgător tot ceea ce este valoros* – răspunsul la întrebarea „Eu trăiesc, dar îmi place să trăiesc?”, prin intermediul emoţiei se ajunge la „*valoarea fundamentală*” reprezentată de viaţa însăși;
3. *Putinţa şi permisiunea de a fi Eu însumi* – răspunsul la întrebarea „Eu sunt, dar am voie să fiu aşa cum sunt?”, prin intermediul atitudinii și identificării se ajunge la „*valoarea proprie*”;
4. *Voinţa (dorinţa) de sens* – răspunsul la întrebarea „Eu sunt aici – de ce este bine acest lucru?”, prin acţiune, dăruire şi consacrare se ajunge la „*sensul vieţii*”.

Fundalul filozofic existenţial, specific analizei existenţiale, îi atestă „persoanei” capacităţi fundamentale caracteristice, care în procesul terapeutic pot fi abordate şi mobilizate. Netrăirea acestor capacităţi fundamentale atrage după sine „sentimentul de vid existenţial” care mai devreme sau mai târziu, duce la suferinţă şi tulburări psihice. Aceste tulburări au rostul şi pot fi văzute ca simptomatice pentru pericolul existențial în care se află omul respectiv.

Nu există boală psihică în concepţia existenţialistă, ci numai situaţii problematice şi impasuri existenţiale, ceea ce înseamnă pierderea sensului existenţei, ca urmare a scăderii şi reprimării potenţialului uman. Impasul existenţial este considerat un fenomen ontologic, iar nevroza expresia disperării existenţiale.

Anxietatea, teama, panica şi sentimentul de culpabilitate apar datorită unei subestimări a propriei persoane sau a neacceptării condiţiei umane, fapt ce duce la depersonalizare şi apatie, la situaţii limită ce determină o existenţă umană alienată, absurdă, izolată şi lipsită de sens.

Organizarea terapiei

Relaţia terapeutică este una directă şi poate fi rezumată prin formula „a fi împreună”, în care cei doi îşi împărtăşesc experienţele de viaţă.

Rolul terapetului este acela de a-l ajuta pe pacient să-şi identifice rezistenţele şi să preia controlul asupra schimbărilor din viaţa sa, mai degrabă decât să caute noi moduri de schimbare.

Terapeutul nu intervine în exprimarea procesului decizional pentru a favoriza o direcţie sau alta; el are rolul de a clarifica aspectele pe care le prezintă fiecare opţiune cu care se confruntă

clientul şi de a-i facilita acestuia însuşirea conştientă a bogăţiei şi a complexităţii propriei experienţe de viaţă.

Demersul terapeutic pune accentul pe formarea unei relaţii autentice, în care clientul este încurajat să devină conştient de propria persoană în calitate de subiect, liber să se exprime chiar dacă are alte opinii decât terapeutul şi poate chiar să decidă momentul în care va finaliza şedinţele.

Intervenţia terapeutică. În demersul terapeutic de tip existenţialist, sunt puţin obişnuite procedurile formale de evaluare şi diagnostic, iar accentul se pune pe colaborarea deschisă şi onestă a pacientului, care se focalizează asupra auto-dezvăluirii. Din afirmaţiile semnificative ale pacientului, obţinute prin interviu sau chestionare, terapeutul extrage semnificaţiile generale, fundamentale, clusterii de teme şi idiosincraziile, pe care le integrează într-o descripţie reflectivă, adecvată a fenomenului investigat, într-un format neechivoc.

Remediul pentru simptomatologia psihopatologică este autenticitatea, la care se poate ajunge prin dezvoltarea conştiinţei de sine şi asumarea responsabilităţii. Terapia existenţialistă nu urmăreşte, în primul rând, eliminarea anxietăţii, ci transformarea aspectelor sale psihopatologice în manifestări ce pot fi încadrate în categoria normalului.

Etapele presupuse de procesul terapeutic din analiza existenţială sunt:

- prelucrarea emoţiei și cogniţiei din impresie și trăire;
- prelucrarea integrativ-biografică a atitudinilor personale;
- descoperirea formelor de expresie autentice și corespunzătoare situaţiei;
- exersarea şi realizarea unui comportament încărcat de sens.

După finalizarea terapiei, clientul va putea tolera şi conştientiza anxietatea, dar se va şi adapta în mod constructiv.

Primul proces, prin care se urmăreşte dobândirea unei existenţe autentice, este ***conştientizarea***. Subiectul este încurajat să se exprime liber şi sincer, referitor la tot ceea ce trăieşte în momentul actual, să îşi interpreteze activ trecutul prin filtrul relaţiilor sale actuale, al aspiraţiilor şi obiectivelor sale viitoare. Pacientul devine, astfel, conştient de faptul că este prins într-un tipar existenţial rigid şi repetitiv (viitorul fantezist, omniprezenţa trecutului etc.) şi că există disfuncţionalitate la un anumit nivel al personalităţii sale.

O altă metodă utilizată este ***confruntarea*** în care terapeutul reacţionează onest şi autentic la informaţiile prezentate de client. Confruntarea existenţialistă diferă de cea psihanalitică prin faptul că terapeutul îşi dezvăluie propria experienţă şi nu reflectă, pur şi simplu, numai experienţa clientului.

Terapeutul trebuie să lase la o parte opiniile şi convingerile personale şi să înţeleagă lumea din perspectiva clientului, concentrându-se pe experienţa sa imediată, pe percepţia şi pe semnificaţia acesteia. Existenţialismul acceptă semnificaţia trecutului în viaţa oamenilor, dar se abţine de la presupunerea unui determinism cauzal între evenimentele trecute şi experienţele prezente.

Al doilea proces, prin care se urmăreşte dobândirea unei existenţe autentice, îl reprezintă ***luarea deciziilor***. Încă din primele şedinţe, clienţii se confruntă cu o serie de alegeri (legate de persoana terapeutului, de implicarea în schimbare, de subiectele abordate, de durata terapiei ş.a.m.d), pe care, după ce le-au conştientizat, trebuie să şi le asume.

Fiinţa umană poate influenţa relaţia sa cu destinul prin deciziile pe care le ia, prin libertatea de a alege cum anume să răspundă la evenimentele impredictibile şi de neevitat. Libertatea personală se exprimă prin exercitarea voinţei în hotărârile critice ale vieţii, analizând fiecare opţiune şi alegând una dintre ele, cu responsabilitate şi curaj, chiar cu riscul de a greşi şi de a suporta

consecinţele. ***„Omul nu devine cu adevarat uman decât în momentul deciziei”*** (Tillich).



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul terapiei existențialiste.
2. Analizați specificul organizării terapiei și specificul fiecărei etape terapeutice.
3. Descrieți rolurile fiecărui participant la ședința de terapie: rolul psihoterapeutului, rolul clientului. Analizați specificul interacțiunii terapeut-client.

12. ART-TERAPIA

Finalități de studiu:

1. Să explice specificul art-terapiei.
2. Să distingă diferite forme de organizare a terapiei prin artă.
3. Să cunoască și identifice tehnicile utilizate în art-terapie.
4. Să identifice cerințele față de organizarea ședințelor de art-terapie.

Ce este art-terapia?

Terapia prin artă are rădăcini în civilizațiile antice, unde puterea de vindecare a artei a fost recunoscută și folosită ca mijloc de comunicare și auto-exprimare. Cu toate acestea, abia în secolul al XX-lea a început să prindă contur domeniul terapiei prin artă. Pionieri precum Margaret Naumburg și Edith Kramer au început să folosească arta ca instrument terapeutic în anii 1940, combinând teoriile psihanalitice cu procesul creativ.

La sfârșitul anilor ’40, simultan în Anglia și în S.U.A., Adrian Hill, artist și Margaret Naumberg, psiholog, au folosit expresia „art-terapie” pentru a-și descrie munca. Dacă Adrian Hill a descoperit

beneficiile art-terapiei experimentând direct prin desen și pictură în timp ce se refăcea după o tuberculoză, Margaret Naumberg, în practica sa, a văzut imaginile create drept *o formă de comunicare simbolică între pacient și terapeut.*

Cei doi pionieri ai art-terapiei, cel mai probabil datorită diferențelor de formare anterioară precum și a modului în care au descoperit virtuțile terapeutice ale art-terapiei, aveau perspective diferite: Hill promova arta ca și terapie, în timp ce Naumberg vorbea despre folosirea artei în terapie. Cei doi considerau ca valoarea art-terapiei consta în „absorbirea completa a minții (și a degetelor) ce permite eliberarea energiei creatoare, deseori inhibată în pacient" (Adrian Hill) respectiv „eliberarea inconștientului prin mijloacele exprimării artistice spontane" (Margaret Naumberg). Aceste diferențe inițiale au generat dezvoltarea ulterioara a art-terapiei în două moduri de percepere și practică diferite: *folosirea artei ca și terapie* și *(psiho)terapie prin artă*. Prima perspectiva pune accent pe virtuțile vindecătoare ale artei, în timp ce a doua promovează importanța relației terapeutice ce se formează între terapeut, client și produsul artistic al celui din urma. Aceste distincții au condus la numeroase dezbateri în lumea art-terapeuților, privind locul și modul în care apare efectul terapeutic: datorită procesului creativ în sine, datorită relației terapeutice, sau, așa cum cei mai mulți art-terapeuți consideră acum, datorita unei subtile și complexe relații între cele două. În art-terapie, această dinamică este numita deseori „relație în triunghi": client, produs și art-terapeut. În funcție de necesitățile concrete, se poate pune un accent mai mare sau mai mic pe una dintre laturi, în cadrul aceleiași ședințe sau pe parcursul procesului terapeutic.

Un terapeut în artă este un profesionist calificat care își combină experiența în psihologie și artă pentru a ajuta clienții să se exprime și să-și proceseze emoțiile. Ele oferă un spațiu sigur, fără

judecăți, pentru ca indivizii să își exploreze creativitatea, folosind adesea diverse medii artistice pentru a facilita comunicarea și creșterea personală.

Scopul principal al terapiei prin artă este de a ajuta indivizii să obțină o perspectivă asupra emoțiilor, gândurilor și comportamentelor lor prin procesul creativ. Se bazează pe ideea că autoexprimarea poate duce la vindecarea emoțională și la creșterea personală. Unele principii cheie ale terapiei prin artă includ stimularea unui sentiment de auto-descoperire, promovarea rezistenței emoționale și încurajarea rezolvării creative a problemelor.

Art-terapia este o profesie din domeniul sănătății mintale care utilizează procesele creative din artă pentru a întări și crește starea de bine la nivel fizic, mental și emoțional al indivizilor. Ea integrează domeniile dezvoltării umane, artelor vizuale și proceselor creative cu modelele consilierii și psihoterapiei. Practic, art-terapeutul folosește mijloacele artistice pentru a-l ajuta pe individ să își exprime mai bine sinele. Tehnicile de terapie prin arta, tehnicile creative, îl ajuta pe individ să se înțeleagă pe sine, să se elibereze de anxietățile și tensiunile acumulate și să dezvolte abilitați de comunicare și inserție socială, ajutând astfel la elaborarea unor strategii de rezolvare a conflictelor.

Asociația Britanica a Art-Terapeuților (BAAT) definește art terapia astfel: „Art-terapia reprezintă folosirea materialelor pentru auto-exprimare și reflecție în prezența unui art-terapeut pregătit corespunzător”. Scopul general al art-terapeutului este de a sprijini clientul să se schimbe și să crească interior, prin intermediul folosirii materialelor artistice, într-un mediu sigur și încurajator.

Ideea de baza în art-terapie este aceea ca procesul creativ ajuta oamenii în dezvoltarea abilitaților personale și interpersonale (comunicare, relaționare, inteligență emoțională), în creșterea stimei

de sine și a autoconștientizării, în gestionarea comportamentului și reducerea stresului, în dezvoltarea capacităților cognitive prin stimularea atenției, imaginației și a gândirii; toate acestea desfășurând-se în atelierul de art-terapie sub îndrumarea unui psihoterapeut ce coordonează întreaga activitate.

Art-terapia se bazează pe recunoașterea faptului că gândurile și emoțiile fundamentale, ce vin din inconștient, capătă expresie mai degrabă în imagini decât în cuvinte. Nu exista modalitate corecta sau greșită în exprimarea emoțiilor prin art-terapie. Nu trebuie să excelezi în pictură sau sculptură.

Tehnici ale art-terapiei

Terapia prin artă poate implica diverse tehnici, în funcție de nevoile și preferințele clientului: muzică, desen, modelare, dansul etc. Astfel putem distinge următoarele forme de art-terapie:

1. terapia prin desen;
2. terapia prin muzică;
3. biblioterapie și terapia prin povești;
4. terapia prin dans și mișcare;
5. terapia prin teatru (dramaterapia);
6. terapia prin nisip.

Cui se adresează arterapia? Din perspectiva Asociatiei Americane de Art-Terapie, terapiile creative pot ajuta pe oricine – copil, adolescent, adult – să scape de suferințe, precum anxietățile, depresiile, bolile și tulburările mentale și emoționale, maltratarea, violența domestică, abuzul de substanțe, dificultățile sociale și emoționale legate de dizabilități și boli, traumele, problemele fizice, cognitive și neurologice sau problemele psihosociale legate de boli medicale.

Pe de alta parte, școlile franceze de medicina de la Tours si Poitiers afirmă că art-terapia se adresează persoanelor care suferă de tulburări de expresie, comunicare sau relație, dintre care timiditatea,

labilitatea emoțională, stima de sine redusă, negativismul, nervozitatea accentuată, hiperactivitatea, tulburările de limbaj, randament școlar slab, problemele de integrare în scoli și grădinițe sau depresia.

Organizarea art-terapiei

Ședințele de terapie creativă au loc în grupuri mici, de câte 5-7 persoane, grupuri mai mari, de 8-10 persoane, grupuri mari, de 20-30 persoane, dar și individual. Este recomandabil ca membrii grupului să aibă un scop comun, o vârstă apropiată, cam același nivel de dezvoltare și aceleași tipuri de probleme și preocupări.

O ședință durează între 60 și 100 de minute, în funcție de obiectivele și activitățile propuse, de mărimea grupului și de gradul de implicare al participanților.

În cadrul unei ședințe de art-terapie, cu ajutorul art-terapeutului, se alege o temă cu care se va lucra în acea sesiune. Tema aleasă în funcție de stare pe care o are clientul la acel moment și în funcție de ce îl preocupă (desfășurarea ședinței poate fi și fără temă). Apoi clientul își alege materialele preferate (foaie albă sau colorată, creioane colorate, cretă, cărbune sau acuarela, plastelină, lut etc.) și astfel se începe procesul creativ. Art-terapeutul asistă, în tăcere, observând comportamnetul clientului. Rareori, în momente cheie, poate să intervină dar fără a manipula procesul terapeutic. Atunci când clientul consideră că a terminat, se inițiază o discuție despre lucrare punându-se accent pe starea care această oportunitate a oferit-o clientului de a lucra cu materiale artistice, pe insight-ul care s-a produs (dacă e cazul) și ce simte clientul când privește lucrarea făcută. Și în această fază, art-terapeutul este atent să însoțească, să susțină și să încurajeze clientul în a-și descoperi propriile semnificații și în a-și accesa propriile resurse.

Se pot întâlni ședințe în care clientul trece direct la masa de lucru sau nu dorește să vorbească după realizarea produsului. Orice

cale alege, este calea sa, modul său de a fi și de a se mișca în lume și este acceptat așa cum este.

Terapia prin artă se concentrează mai degrabă pe procesul terapeutic decât pe predarea unor tehnici sau abilități artistice specifice. Scopul este autoexprimarea și vindecarea emoțională, nu crearea unei piese de artă perfecte. Nu trebuie să fii un artist priceput pentru a beneficia de terapia prin artă. Accentul este pus pe procesul de creare și exprimare, nu pe rezultatul final. În timp ce mulți oameni pot beneficia de terapia prin artă, este posibil să nu fie cea mai potrivită pentru toată lumea.

Relația dintre terapeutul în artă și client este crucială. Încrederea, empatia și înțelegerea sunt esențiale pentru crearea unui spațiu sigur în care individul își poate explora liber emoțiile prin expresie artistică. În timpul unei sesiuni de terapie prin artă, terapeutul va lucra cu clientul pentru a înțelege ce provoacă suferință în viața lui și îl va ghida pentru a ajunge la noi perspective. Clienții nu au nevoie de experiență sau cunoștințe anterioare de a fi artistic pentru a beneficia de aceste sesiuni. Terapeutul prin artă poate oferi o varietate de modalități, cum ar fi desenul, pictura, sculptura sau colajul, alegându-le pe cele mai benefice și eficiente în rezolvarea problemelor individuale. Clientul și terapeutul vor explora apoi diferite moduri de a vizualiza sentimentele împreună înainte de a discuta atât opera de artă creată, cât și modul în care aceasta l-a făcut pe client să se simtă în timpul și după crearea acesteia.

În timp ce unii clienți pot necesita doar câteva sesiuni, alții pot necesita mai multe sesiuni pentru creștere și integrare. Tehnicile creative satisfac nevoile participanților de apartenență și identificare cu un grup, îi ajută să se autodescopere. De aceea, activitățile se întind pe o perioada destul de lungă, de un an sau chiar doi. Ele se desfășoară într-un mediu creat special, un spațiu în care indivizii să se simtă în siguranță.

În timpul acestor ședințe, terapeutul va încuraja clientul să rămână pregătit mental pentru potențiale conversații viitoare despre acest subiect. În funcție de cât de departe îi duce fiecare sesiune, terapeutul poate planifica conversații suplimentare pentru vizitele viitoare.

Prin art-terapie indivizii pot învăța cum să-și gestioneze emoțiile într-un mod sănătos, exprimându-se creativ, dezvoltând în același timp o înțelegere a stării lor mentale. În plus, aceste sesiuni permit clienților să exploreze soluții pentru problemele personale prin auto-reflecție, permițându-le să depășească starea lor emoțională actuală și să facă schimbări pozitive în viața lor.



Sarcini și activități de învățare:

1. Explicați specificul art-terapiei.
2. Caracterizați formele de organizare a terapiei prin artă.
3. Analizați aria de probleme psihologice care pot fi depășite prin intermediul art-terapiei.
4. Identificați cerințele față de organizarea ședințelor de psihoterapie prin artă.

BIBLIOGRAFIE

1) BERNE, E. *Analiza tranzacțională în psihoterapie*. București: TREI, 2011. ISBN 978-973-707-439-3.
2) BRIERS, S. *Terapia cognitiv-comportamentală*. București: Editura ALL, 2015. ISBN 978-606-587-273-8.
3) COTTRAUX, J. *Terapiile cognitive.* Iași: Polirom, 2003. ISBN 973-681-424-6.
4) DAVID, D. *Ttratat de psihoterapii cognitiv-comportamentale*. Iași: POLIROM, 2017. ISBN 978-973-46-6819-9.
5) FARBER, B.; BLANCHARD, M.; LOVE, M. *Secrete și minciuni în psihoterapie.* București: TREI, 2023. ISBN 978-606-401-97-14.
6) FREUD, Z. *Tehnica psihanalizei. Opere esențiale. Volumul 11.* București: TREI, 2021. ISBN 978-606-40-0108-5.
7) HOLDEVICI, I. *Elemente de psihoterapie*. Bucureşti: ALL, 1998. ISBN 973-571-256-0-3.
8) HOLDEVICI I. *Ameliorarea performanţelor individuale prin tehnici de psihoterapie*. Bucureşti: Orizonturi, 2004. ISBN 973-692-928-4
9) HOLDEVICI, I.; CRACIUN, B. *Orientări contemporane în psihoterapie și consiliere psihologică.* București: Trei, 2019. ISBN 978-606-40-0631-8.
10) HOLDEVICI, I. *Tratat de psihoterapie cognitive-comportamentală.* București: TREI, 2023. ISBN 978-606-40-2078-9.
11) HUBER, W. *Psihoterapiile: terapia potrivită fiecărui pacient.* Bucureşti: Știința și Tehnica, 1997. ISBN 973-9236-25-1.
12) LEVY, R.; ABLON, S.; KACHELE, H. *Psihoterapia psihodinamică. Practica bazată pe dovezi empirice.* București: TREI, 2020. ISBN 978-606-40-0762-9.

13) MITROFAN, I. *Orientarea experenţială în psihoterapie: dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală*. Bucureţi: Editura S.P.E.R., 2000. ISBN 937-99221-4-9.
14) MITROFAN, I. *Psihoterapie*. București: SPER, 2008. ISBN 978-973-8383-38-8.
15) PEREZ-SANCHEZ, A. *Interviu și indicatori în psihanaliză și psihoterapie*. București: TREI, 2021. ISBN 978-606-40-1151-0.
16) RACU, IU. *Terapii pentru copii și art-terapia. Suport de curs*. Chișinău: UPS „Ion Creangă", 2021. ISBN 978-9975-46-523-6
17) RIZEANU, S. *Psihoterapie și consiliere.* București: Editura Universitară, 2014. ISBN 978-606-280-07-10.
18) SCHUTZENBERGER, A.-A. *Psihodrama*. București: Philobia, 2020. ISBN 978-606-8560-98-4.
19) WEINBERG, H;, ROLNICK, A. *Psihoterapia online. Teorie și practică. Intervenții individuale, familiale, de grup și organizaționale oferite prin internet.* București: TREI, 2020. ISBN 978-606-40-0931-9.
20) YALOM, I. *Psihoterapia existențială*. București: TREI, 2012. ISBN 978-973-707-691-5.
21) АБРАМОВА, Г. С. *Практическая психология*. М.: Академический Проект, 2003. ISBN 5-8291-0124-6.
22) БУРЛАЧУК, Л. Ф.; ГРАБСКАЯ, И. А.; КОЧАРЯН, А. С. *Психотерапия. Психологические модели. Учебник для вузов.* СПб.: Питер, 2012. ISBN 978-5-459-01053-4.
23) ЛИНДЕ, Н. Д. *Психологическое консультирование: Теория и практика*.М.: Издательство АСТ, 2022. ISBN 978-5-17-150711-4.
24) ТАЛАНОВ, В. Л.; МАЛКИНА-ПЫХ, И. Г. *Справочник практического психолога*. М: Эксмо, 2010. ISBN 5-699-01577-9.

Anexa 1

Metoda trainingului autogen al lui Schultz

Metoda „trainingului autogen" al lui Schultz este folosita în ședințele de psihoterapie ca metoda de relaxare profundă, autodeconectare concentrativă, care permite clientului posibilitatea de a realiza el însuși un calm interior și de a ajunge la utilizarea completă a forțelor energetice ale vieții interioare. Este folosită cu precădere în managementul stresului și de către persoanele cu afecțiuni psihosomatice, dar s-a dovedit a fi eficientă în orice situație în care clientul dorește o relaxare profundă și autentică, fizică sau psihică, ori pur și simplu, atunci când dorește să experimenteze un nou mod de cunoaștere și interconectare a fizicului cu Sinele său, un exercițiu de control și autocontrol. Aceasta metoda îl susține pe client în a învăța să își inducă el însuși senzația de căldură și de greutate în corp, care îl conduce apoi la atingerea unei stări lăuntrice de profunda relaxare fizică și psihomentală.

Aceastp metodă implică aplicarea zilnică, de 3 ori pe zi câte 15 minute, a tehnicii de relaxare. Pentru început, clientul va fi asistat de specialist în inițierea și exersarea tehnicii, urmând ca, în timp, clientul să o asimileze și să o integreze în așa fel încât să o poată accesa și folosi ori de câte ori este nevoie.

Metoda a fost pusă la punct de medicul **J.H. Schultz** în Germania, la începutul secolului XX. Schultz a observat că pacienţii aflaţi sub hipnoză manifestau reacţii psihofiziologice de genul senzaţiilor de greutate şi căldură, modificări ale ritmului cardiac şi respirator, iar unii dintre ei erau capabili să intre în transă hipnotică repetând ei înşişi formulele utilizate de terapeut. Pornind de la aceste observaţii, a elaborat un procedeu prin care subiectul învaţă să îşi controleze mental nivelul de tensiune al corpului repetând în gând o

serie de propoziţii şi concentrându-se asupra diverselor părţi ale organismului.

Antrenamentul autogen nu este doar o metodă de îndepărtare a stresului. Creatorul său, J.H. Schultz considera că această tehnică, datorită deprinderilor de autocontrol pe care le formează, este capabilă să vindece probleme mai complexe cum ar fi dependenţa de tutun sau fobiile.

Antrenamentul autogen nu este un fenomen „mistic" sau supranatural. Este pur şi simplu un procedeu de control al unor funcţii fiziologice care foloseşte puterea de sugestie a limbajului, fiind înrudit cu hipnoza şi autohipnoza.

RESPIRAŢIA DE ÎNCĂLZIRE

Folosiţi această încălzire la fiecare sesiune de training autogen, chiar şi după ce aţi ajuns să stăpâniţi exerciţiile avansate.

Începeţi un proces de respiraţie profundă, expiraţia având o durată de două ori mai lungă decât inspiraţia. Cu fiecare ciclu respirator, măriţi durata. De exemplu, inspiraţi numărând „unu", expiraţi numărând „1, 2". Inspiraţi numărând „1, 2", expiraţi numărând „1, 2, 3, 4". Urcaţi până la 6 pe inspir şi 12 pe expir. Apoi, continuaţi reducând durata: 6 pe inspir, 12 pe expir; 5 pe inspir, 10 pe expir; tot aşa, până la unu pe inspir, doi pe expir.

EXERCIŢIUL DE GREUTATE

Acest exerciţiu constă în inducerea progresivă a senzaţiei de greutate în membre (braţe şi picioare), persoana concentrându-se asupra următoarelor autocomenzi:

Braţul drept:

„Sunt calm/ă şi liniştit/ă ... Mă cuprinde o linişte plăcută"

„Muşchii mei sunt destinşi şi relaxaţi"

„Mă concentrez asupra braţului meu drept"

„Braţul meu drept devine mai greu”
„Braţul meu drept este mai greu”
„O greutate plăcută cuprinde braţul meu drept”
„Braţul drept este greu”
„O greutate ca de plumb îmi cuprinde umărul, braţul, mâna şi degetele”
„Braţul drept este greu ca plumbul”
„Braţul meu drept este greu ca un braţ de statuie”
În mod asemănător se procedează şi cu **braţul stâng** prin inducerea progresivă a senzaţiei de greutate.

Piciorul drept:

„Mă concentrez asupra piciorului meu drept”
„Piciorul meu drept devine mai greu”
„Piciorul meu drept este mai greu”
„O greutate plăcută cuprinde piciorul meu drept”
„Piciorul drept este greu”
„Piciorul drept este greu ca plumbul”
„O greutate ca de plumb îmi cuprinde şoldul, coapsa, gamba şi degetele de la picioare”
„Piciorul meu drept este greu ca un braţ de statuie”
În mod identic se procedează şi cu **piciorul stâng**.

Senzaţia de greutate în corp se generalizează:

„Întregul meu corp este greu, liniştit, adormit”
„Calmul mă inundă tot mai mult ... întregul meu corp este cuprins de o linişte adâncă”
„Sunt foarte calm/ă şi liniştit/ă”

EXERCIŢIUL DE CĂLDURĂ

Braţul drept

„O căldură plăcută cuprinde braţul meu drept”
„Braţul drept devine mai cald”

„Braţul drept este mai cald”
„O căldură plăcută cuprinde braţul meu drept: mâna dreaptă este caldă până la degete”
„Braţul drept este cald”
„Simt cum braţul meu este din ce în ce mai cald”
„Braţul meu drept este cald, ca şi cum ar fi scufundat într-o apă caldă”
În mod identic se procedează şi cu **braţul stâng**.

Picioare
„Picioarele încep să devină mai calde”
„Picioarele sunt mai calde”
„O căldură plăcută îmi cuprinde picioarele”
„Picioarele mele sunt calde”
„Picioarele mele sunt cuprinse de o senzaţie foarte plăcută de căldură, ca şi cum sunt scufundate într-o apă caldă”
Senzaţia de căldură se generalizează în întregul corp:
„Sunt relaxat/ă”
„O căldură plăcută îmi cuprinde întregul corp”
„O căldură plăcută îmi cuprinde umerii, braţele, mâinile, picioarele, întregul corp”
„Întregul meu corp este cuprins de o căldură plăcută, ca şi cum aş fi scufundat/ă într-o baie călduţă”
„Mă las cuprins/ă de această căldură plăcută”
„Sunt pe deplin liniştit/ă şi relaxat/ă”

EXERCIŢIUL CARDIAC pentru liniştirea bătăilor inimii
„Inima bate în mod ritmic şi liniştit”
„Inima pompează sângele în întregul corp în mod regulat şi liniştit”
„Inima mea bate liniştit ... foarte liniştit ... calm şi egal”

EXERCIŢIUL DE CONTROL A RESPIRAŢIEI

„Respiraţia este profundă şi liniştită”
„Respir calm şi liniştit/ă”
„Plămânii meu respiră în mod paşnic”
„Întregul meu corp respiră în pace”
„Inspir încet şi profund ... expir”
„Ritmul respiraţiei mele este perfect liniştit”

EXERCIŢIUL PLEXULUI SOLAR

„Simt linişte în tot corpul meu”
„Abdomenul meu este calm şi relaxat”
„Muşchii abdomenului meu sunt destinşi, orice tensiune dispare”
„Plexul solar este mai cald”
„În plexul meu solar se concentrează toată căldura corpului meu”
„Plexul solar este soarele corpului meu”
„Muşchii abdomenului meu se deschid, se relaxează şi se încălzesc”

EXERCIŢIUL DE RĂCORIRE A FRUNŢII

„Capul meu este liniştit şi uşor”
„Muşchii feţei sunt relaxaţi, îmi simt pielea de pe faţă elastică”
„O răcoare plăcută îmi cuprinde fruntea”
„Fruntea mea devine tot mai răcoroasă”
„Tâmplele mele sunt cuprinse de o senzaţie de răcoare, ca o adiere plăcută”
„Capul meu este uşor şi liniştit”
„O linişte de calm şi pace mi-a cuprins întregul cap”
„Mintea mea este limpede ca apa unui izvor de munte”

EXERCIŢIUL DE ANULARE A STĂRII AUTOGENE

„Respir profund şi liniştit/ă”
„Mă simt odihnit/ă ca după un somn profund şi odihnitor”

https://www.youtube.com/watch?v=hfT7aEpty8k

ALTE LINKURI UTILE:
https://www.youtube.com/watch?v=GBh3LiGTh9I
http://www.heartfulness.ro/masterclass-in-meditatie-ziua-1/
http://www.heartfulness.ro/masterclass-in-meditatie-ziua-2/
http://www.heartfulness.ro/masterclass-in-meditatie-ziua-3/

Anexa 2

Relaxarea progresivă Jacobson

Este o metodă de relaxare inițiată de Jacobson. Ea consta în alternarea relaxării și tensionării principalelor grupe de mușchi până la eliminarea contracțiilor musculare și obținerea relaxării.

1. Se alege o poziție confortabila într-un fotoliu sau culcat pe spate.
2. Acum închide ușor ochii și respiră adânc de trei ori.
3. Strânge puternic pumnul drept astfel încât să simți tensiune în mană și antebrat, ține așa, observa ce simți, bine, acum relaxează.
4. Repetă 3.
5. Repetă 3 și 4 pentru pumnul stâng.
6. Strânge puternic pumnul drept și îndoaie antebrațul astfel încât să simți tensiune în antebrat și biceps, ține așa, observa ce simți, acum relaxează.
7. Repetă 6.
8. Repetă 6 si 7 pentru mâna stângă.
9. Acum repetă simultan 7 și 8.
10. Strânge puternic mușchii din jurul ochilor astfel încât să simți tensiune în jurul ochilor și a frunții, ține așa, observă ce simți, bine, relaxează.
11. Repetă 10.
12. Strânge puternic maxilarul, ridică bărbia astfel încât mușchii cefei să fie contractați, observă ce simți, bine, acum relaxează.
13. Repetă simultan 10 și 12.
14. Împinge puternic pieptul în față și trage umerii în spate, astfel încât să simți tensiune în mușchii spatelui, ține așa, foarte bine, acum relaxează.

15. Repetă 14 și în plus trage abdomenul astfel încât să simți încordați mușchii abdomenului, ține așa, observă ce simți, bine, acum relaxează.
16. Repetă 15.
17. Respiră adânc de trei ori și repetă simultan 9, 13 si 15.
18. Ridică degetele de la piciorul drept astfel încât să simți o puternică tensiune în gamba și coapsa dreapta, ține așa, bine, acum relaxează.
19. Repetă 18.
20. Repetă 18, 19 pentru piciorul stâng.
21. Repetă 20 și 19 simultan.
22. Respiră adânc de trei ori și repetă simultan 9, 13, 15 și 21.

Exercițiul zilnic durează aproximativ 20-30 de minute. Recomandări:
1. Practicați cei 22 de pași cel puțin de 3 ori în decursul a 2 zile.
2. Practicați pașii 1, 9, 17, 22 de cel puțin 3 ori în decursul a 2 zile.
3. Practicați pașii 1 si 22 de cel puțin 3 ori în decursul unei zile.

Mecanismul relaxării progresive Jacobson

Prin tehnica relaxării progresive Jacobson, clientul învață să identifice starea de relaxare și tensiune. Ulterior, ca urmare a exercițiilor repetate, se întărește conexiunea intre eticheta lingvistică de relaxare și starea efectivă pe care aceasta o definește, clientul reușind astfel să-și controleze lingvistic și voluntar relaxarea musculară (David, 2003).

Anexa 3

Relația gând automat – convingere – schemă cognitivă

Informațiile primite din mediul înconjurător vor activa gândurile negative automate – „X nu mă place, nu mă simpatizează” și vor fi evaluate în conformitate cu grilele postulate de convingerile negative de bază – „Dacă nu obțin aprobarea tuturor, înseamnă că sunt o persoană lipsită de valoare”. Convingerile disfuncționale sunt bazate pe schemele cognitive de bază care au un caracter și mai general „Sunt o persoana care nu merită să fie iubita” / „Sunt o persoană lipsită de valoare”.

Emoții negative funcționale		*Emoții negative disfuncționale*	
Emoția	*Convingeri raționale*	*Emoția*	*Convingeri iraționale*
Tristețe	„E neplăcut că am suferit o astfel de pierdere, dar pot merge mai departe”	**Depresie**	„Nu ar fi trebuit să mă părăsească și asta înseamnă ca nu mă iubește nimeni”
Îngrijorare	„Mi-aș dori să nu pierd locul de muncă, dar nu înseamnă ca trebuie să nu mi-l pierd”	**Anxietate**	„Nu trebuie să-mi pierd locul de muncă și va fi groaznic dacă mi-l voi pierde”
Regret	„Chiar daca am dorit să fac totul bine nu înseamnă ca trebuia să fie așa”	**Vină**	„Trebuia să știu că va face asta. Este numai vina mea”
Iritare	„Aș fi dorit să-mi răspundă la întrebare”	**Furie**	„De fiecare dată când îl întreb trebuie să-mi răspundă”

Identificați tipul de distorsiune cognitivă:

1. Dacă nu obțin aprobarea tuturor, înseamnă că sunt o persoana lipsită de valoare.
2. Am numai ghinioane.
3. Sunt un prost, un ratat.
4. El trebuie neapărat să fie de acord cu mine pentru a putea fi prieteni.
5. E numai vina mea ca fiica mea a eșuat în viață.
6. Știu ca X mă urăște.
7. Dacă voi mânca în public, lumea va râde de mine.
8. Cu siguranță voi fi respins la interviu.
9. Va fi îngrozitor dacă voi cădea la licența.
10. Oricine ar fi putut face acest lucru.
11. Dacă mi-e frica să zbor cu avionul, înseamnă ca este foarte periculos să zbori cu avionul.
12. Numai părinții mei sunt de vină că am ajuns așa.

Identificați tipul de distorsiune cognitivă:

a) persona cu anorexie consideră că dacă a mâncat o bucată de ciocolată, dieta ei s-a dat peste cap, iar ea se va îngrășa și niciodată nu va mai fi in stare să țină o cură de slăbire.
b) un elev care urmează să dea admitere la facultate poate gândi: „Dacă nu iau nota maximă, înseamnă că nu sunt bun de nimic”.
c) persoana care poate spune că a luat o nota mare la test deoarece profesoara a fost mai indulgentă.
d) persoana care este la o petrecere și vede un grup de tineri care încep să râdă atunci când trece pe lângă ei va spune „Sigur râd de mine! Cum m-am putut îmbracă așa!?”

Anexa 4

Link-uri pentru tema Terapia corporală

Alexander Lowen
https://www.youtube.com/watch?v=gIi0ED2GSs8
https://www.youtube.com/watch?v=o3raVA0myyw&list=PLAOR5ooG61NcBd4vZ4gS-tcwkqPVlE52w

Wilhelm Reich
https://www.youtube.com/watch?v=sPV-JExUPns
https://www.youtube.com/watch?v=WVr5DD-g_G0

Arthur Janov
https://www.youtube.com/watch?v=nQLzUzOaSLo

Anexa 5

Exerciții pentru Analiza tranzacțională

Jocul ALCOOLICUL

Nivel social:

- Spune-mi ce gândești cu adevărat despre mine și ajută-mă să mă las de băut.
- Voi fi sinceră cu tine.

Nivel psihologic:

- Încearcă să mă prinzi.
- Trebuie să încetezi să bei, deoarece ….

Jocul JUDECATA

Nivel social:

- Iată, ce ea mi-a făcut.
- De fapt, nu a fost așa.

Nivel psihologic:

- Spune-mi că anume eu am dreptate...
- „Celălalt e drept” sau „Aveți dreptate ambii”.

Jocul DOAR VEZI, CÂT MĂ STRĂDUI

Nivel social:

- E timpul să ne pregătim.
- Bine, mă strădui.

Nivel psihologic:

- Îți ordon să te îmbraci.
- Doar vezi că nu-mi reușește.

Jocul GURĂ-CASCĂ (copii cu comportament delincvent, oaspete neîndemânatic)

Nivel social:

- Deoarece eu sun amabil, vei fi nevoit să fii și tu amabil.
- E în regulă, te iert.

Nivel psihologic:

- Tu doar trebuie să ierți ceea ce se întâmplă accidental.
- Ai dreptate. Trebuie să-ți arăt cum e să ai maniere bune.

Jocul DE CE NU AI…?, DA, DAR…

1. Soțul meu întotdeauna face singur reparație, dar nimic nu-i reușește bine.
2. De ce nu ar merge la niște cursuri?
1. Da, dar el nu are timp pentru asta.
3. De ce nu i-ai cumpăra niște instrumente calitative?
1. Da, dar el nu se poate folosi de ele.
4. De ce nu ați invita un meșter?
1. Da, dar va fi prea scump.
5. De ce nu ai accepta pur și simplu ceea ce el face?
1. Da, dar se poate totul ruina.