

Depresia. Un model de abordare psihoterapeutică integrativă

Dinu Valentin

Introducere

Depresia este, de departe, cea mai răspândită tulburare psihică; ea afectează toate mediile sociale și grupele de vârstă; atât bărbații, cât și femeile...ar putea fi considerată „boala epocii”. 15-20% din populația adultă a suferit de o simptomatologie depresivă și peste 12% a trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Fennell, 1989) în țările vestice, rata depresiei fiind de 2/1 în favoarea femeilor (Brown și Haris, 1978) (cit. Holdevici, 2007).

Kielholz (1984), citând un studiu suedez efectuat timp de peste 30 de ani, este de părere că „depresiile psihogene au crescut îngrijorător!”. Femeile se îmbolnăvesc mai frecvent până în 35 de ani, pentru bărbați vârsta critică fiind între 55-70 ani!

Este o boală recidivantă: la 50% dintre cazuri, căderile depresive reapar după un an. Prin urmare, este important să dezvoltăm tratamente psihologice care să prevină revenirea bolii, lucru frecvent chiar și la pacienții tratați corect, cu medicamentele antidepresive. Atunci când în prim plan se află perturbații psihice legate de depresie, cum ar fi pierderea poftei de mâncare, scăderea în greutate, insomnia, scăderea activității, suprasекреție de cortizon (hormon al stresului) sau alcoolismul cronic, în locul terapiei cognitive este de preferat tratamentul cu antidepresive sau asocierea celor două metode (Cottraux, 2003).

15% dintre depresivi se sinucid, conform unui studiu realizat de Coryell și Winokur în 1982. Rata tentativei de suicid este mai ridicată în cazul femeilor, dar suicidul este mai frecvent în cazul bărbaților, care folosesc metode letale de suicid (de exemplu, arme de foc sau spânzurarea, spre deosebire de femei care preferă supramedicația sau tăierea venelor). Riscul cel mai mare pentru suicid îl prezintă persoanele separate, divorțate, cei care au rămas recent văduvi; riscul cel mai scăzut îl prezintă persoanele căsătorite. O viață trăită de unul singur în mediu urban prezintă un risc mai ridicat decât coabitarea într-un mediu rezidențial. Acele persoane, în familia cărora există cazuri de suicid, alcoolism sau depresie sau cei care nu percep ori nu au parte de suport social adecvat sunt cei mai predispuși la dezvoltarea acestei tulburări (Leahy, Holland, 2010, p.13).

Depresia văzută din „exterior” și din „interior”

Scurtă caracterizare a depresiei

Nu mi-am propus să fac un inventar al definițiilor depresiei, voi enumera doar principalele sale caracteristici (cf. Holdevici, 2007, p.319):

- Trăirea sentimentului de tristețe;
- Plâns frecvent;
- Sentimente de culpabilitate;
- Iritabilitate;
- Anxietate;
- Tensiune psihică;
- Subiectul nu se mai bucură de activitățile normale;
- Nivelul energiei psihice e redus și orice acțiune, cât de mică, presupune un efort;
- Tendință de retragere;
- Pacienții petrec mult timp în pat sau în fotoliu;
- Activități obișnuite și agreabile, cum ar fi lectura ziarelor sau vizionarea unor programe Tv devin dificile și plictisitoare pentru că subiectul nu se mai poate concentra;
- Subiectul se preocupă de cât de rău se simte sau de dificultățile insolubile care îl așteaptă;
- Somnul este dificil;
- Apetitul scade;
- Nevoile sexuale se diminuează.

În cazul depresiei psihotice apar sentimente puternice de inutilitate, culpabilitate și autodevalorizare, precum și idei și tentative de suicid.

Simptomele cele mai reprezentative ale depresiei pot fi grupate pe următoarele domenii (structurarea lor facilitează abordarea terapeutică):

- Comportamentale: tonus scăzut al activității; tendință de retragere.
- Motivaționale: lipsa interesului și a sentimentului plăcerii; totul se face cu efort.
- Afective: tristețe, anxietate, culpabilitate, rușine.
- Cognitive: slabă capacitate de concentrare, indecizie, ruminații interioare, autocritică, gânduri suicidare.

Dintre cele mai frecvente gânduri (automate) pe care le are un depresiv, amintim: „cel mai greu mi-e să înfrunt lumea”, „nu sunt bun de nimic”, „de ce nu reușesc niciodată?”, „nimeni nu mă înțelege”, „ceilalți m-au lăsat baltă”, „nu cred că mai pot continua astfel”, „mi-ar plăcea să fiu mai bun”, „sunt atât de slab”, „viața mea nu merge cum aș vrea eu”, „mă

dezamănesc singur”, „nimic nu mai e ca înainte”, „nu o să mai suport asta multă vreme”, „nu reușesc să mă apuc de ceva”, „oare ce e în neregulă cu mine?”, „aș vrea să fiu altcineva”, „nu pot face ca lucrurile să meargă”, „mă detest”, „nu am nicio valoare”, „aș vrea să dispar”, „ce nu merge cu mine?”, „sunt un perdant”, „mi-am ratat viața”, „sunt un ratat”, „nu o să reușesc niciodată”, „sunt așa de lipsit de speranță”, „ceva trebuie să se schimbe”, „sigur e ceva în neregulă cu mine”, „viitorul meu este sumbru”, „asta nu merită osteneală”, „nu reușesc niciodată să termin ce am început”...(Cottraux, op.cit., p.57).

În lucrarea de față ne vom referi la depresia nevrotică/nonpsihotică pentru care se potrivește psihoterapia; nu sunt suficiente date de cercetare referitoare la faptul că pacienții endogeni ar răspunde greu la psihoterapie. Depresia nevrotică se deosebește de simpla reacție firească la evenimentele cu caracter negativ.

Există și *structuri de personalitate depressive* care pot duce în mod repetat spre episoade depressive, să evolueze cronic ani de zile fără să aparțină, în sens medical, categoriei diagnostice a „sindromului depresiv”.

De obicei, depresia apare ca o boală somatică, în care tulburarea energiei vitale și simptomele vegetative sunt elementele esențiale.

Depresiile pot fi cu fond *somatic* (diagnosticate de interniști, neurologi, psihiatri) *endogen* („ereditare”) și *psihogen* (depresia nevrotică: pe baza structurii de personalitate; depresia reactivă: ca urmare a unei/unor traume existențiale severe; dispoziția depresivă cronică: la oameni cu structuri de personalitate predominant depressive).

Merită să amintim aici și de *structura de personalitate pre-depresivă*, descrisă într-o manieră edificatoare de D. Stiemerling. „Adulții posedă o sensibilitate mare de a percepe binele și răul, o conștiință hipertrează, un simț deosebit al răspunderii și atașamentului pentru valorile morale. Au uneori o mare presiune de a se justifica și o nevoie de a cere iertare, sunt plini de scrupule inadecvate și suferă de muștrări de conștiință chinuitoare pentru un rău sau o greșeală pe care ar fi făcut-o, chiar atunci când nu este cazul. Au tendința să se *autoacuze* pe nedrept și sentimentul că merită să fie pedepsiți. Au un înalt sentiment al valorii sociale și se evidențiază prin *autocerințe morale exagerate*. Printre ei îi găsim pe mult citații „oameni ai datoriei”, care se evaluează pe ei și pe ceilalți prin imagini despre valoare exagerat de severe; oameni care se evidențiază printr-o conștiinciozitate deosebită, punctualitate și ordine și care frappează prin stilul de viață obsesional-corect [....].

În ceea ce privește reglarea angoasei de Supraeu și a sentimentului conștient și inconștient de vinovăție, se face uz de următoarele strategii de apărare: nevoia de pedeapsă duce la *autoreproșuri*, la devalorizare cronică, la *autopedepsire* până la *autoprejudiciere*, la

aspirația de a repara și, în sfârșit, la proiecția vinovăției în exterior. Cei mai mulți dintre ei au un *Ideal al Eului* deosebit de înalt, la modul deschis sau nu care, fiind de neîmplinit, îl pune pe purtătorul său într-o permanentă tensiune de *autonemulțumire*” (Stiemerling, 2006, pp. 63-64).

Modele cauzale/explicative ale depresiei

Cauzele depresiei sunt multiple (Weissmann, 1982, cit. Holdevici, 2009, p.345):

- Tulburări la nivelul neurotransmițătorilor;
- Tulburări depresive sau alcoolism în familie;
- Pierderea unui părinte;
- Neglijarea în copilăria timpurie;
- Evenimente de viață negative;
- Un partener ostil și/sau critic;
- Lipsa unei relații apropiate;
- Absența unui suport social;
- Lipsa stimei de sine pe termen lung;

Printre cauzele „moderne” ale depresiei, am putea aminti, în acord cu D. Stiemerling (2006): schimbările esențiale din domeniul culturii și civilizației; destinul țărilor subdezvoltate și brusca lor confruntare cu fluxul informațional al nivelului cultural mondial prin televiziune (muzica pop, hipp-hop, rock, febra „consumului”, cultura „fast-food” etc.); prăbușirea valorilor înalte, a tradițiilor, a familiei, pierderea legăturilor religioase, diminuarea relațiilor interumane satisfăcătoare, creșterea frecvenței divorțurilor, deșărădăcinarea unor largi grupări populaționale, lipsa de perspectivă a tineretului în fața pericolului crizei ecologice și a suprapopulării; creșterea șomajului etc.

Modele explicative

Date fiind complexitatea depresiei și răspândirea ei în rândul populației, de-a lungul timpului au fost emise mai multe modele explicative care nu reușesc să acopere, fiecare separat, acest domeniu vast al existenței umane. Probabil că preocupările pentru conceptualizarea depresiei într-un model atotcuprinzător nu se vor opri aici. Noi vom aminti doar câteva dintre modelele explicative pe care le-am preluat din literatura de specialitate.

În contrast cu perspectiva psihiatrică tradițională asupra depresiei, A. Beck a emis ipoteza că gândurile negative, atât de evidente în această tulburare, nu sunt doar un simptom, ci au un rol central în menținerea depresiei. Această idee implică faptul că depresia poate fi tratată ajutând pacienții să identifice și să modifice gândurile negative.

Conform modelului lui Beck, gândurile negative din depresie își au originea în atitudinile (postulate disfuncționale) dobândite în prima copilărie și ulterior. În multe situații, aceste idei pot fi utile și pot orienta comportamentul în vederea obținerii de performanțe. Gândul că trebuie să ai întotdeauna succes pare să motiveze o activitate pozitivă. Tot această idee însă face individul vulnerabil la anumite evenimente critice. În cazul unui insucces, acesta poate fi interpretat ca o pierdere și conduce la producerea unor gânduri negative automate, cum ar fi: „nu sunt demn de încredere”; „sunt un nimeni” etc. Astfel de gânduri vor scădea dispoziția generală, care, la rândul ei, crește probabilitatea apariției automate a unor gânduri negative, producând un cerc vicios ce tinde să mențină depresia. O dată devenit depresiv, un set de distorsiuni cognitive exercită o influență generală asupra funcționării cotidiene a persoanei.

Terapeutul cognitiv (dar și integrativ, n.n.) rupe acest cerc vicios, învățând pacientul să pună sub semnul întrebării gândurile automate negative, apoi să testeze postulatele disfuncționale care le determină. Menționăm că modelul propus de Beck nu este valabil doar pentru depresie sau tulburările emoționale cu intensitate clinică; el evidențiază rolul cognițiilor în interacțiunea complexă a acestora cu stările afective și comportamentale, în general. De asemenea, acest model nu implică faptul că gândirea negativă determină depresia. Depresia poate fi văzută ca rezultat final al unor variabile complexe – biologice, developmentale, sociale și psihologice. Gândirea depresivă nu este cauză a depresiei, ci o parte a ei. Deoarece în psihogeneza depresiei cognițiile au o anumită prioritate temporală – intervențiile sistematice asupra lor se pot dovedi deosebit de utile, așa cum confirmă deja practica clinică (Dafinoiu și Vargha, 2005, pp. 62-63).

Cognițiile deprimaților (gândurile automate) sunt greu de identificat de către pacienții înșiși deoarece au un caracter habitual, fiind în strânsă relație cu sistemul personal de credințe. Ele au ca principale teme: autodeprecieri, sentimentul eșecului, respingerea de către ceilalți, exagerarea dificultăților, standarde personale foarte ridicate. Aceste gânduri automate, cu polaritate întotdeauna negativă, au fost sistematizate de Beck într-o triadă cognitivă: imagine negativă de sine („sunt un nimeni!”), experiență curentă negativă („nimic din ceea ce fac nu iese bine!”), viitor negativ („niciodată nu-mi va fi mai bine”).

Gândurile negative automate sunt produsul unor erori în procesarea informației care conduc la distorsionarea imaginii individului despre el însuși și despre realitatea înconjurătoare. Beck enumeră șase tipuri de erori: suprageneralizarea, abstracția selectivă, inferența arbitrară, personalizarea, maximizarea și minimizarea. La acestea se adaugă un stil

de gândire specific persoanelor depresive, definit prin caracter dihotomic („alb-negru”, „totul sau nimic”) și autocomenzi imperative („trebuie neapărat!”).

Deși sunt foarte importante aceste tipuri de erori pentru determinarea tehnicilor terapeutice de combatere, nu avem spațiul necesar să le aprofundăm aici (ele se regăsesc în cele mai multe dintre lucrările dedicate terapiei cognitive).

Beck vorbește despre existența unei scheme cognitive, care este o structură cognitivă sensibilă, intolerantă și care, deși inactivă o bună parte din viață, este reactivată de anumite evenimente. O dată schema activată, ea modifică percepția realității: depresivul vede evenimentele, le traduce, le interpretează cu ajutorul acestor scheme; este vorba de o lectură a realității filtrată de acest postulat silențios (de exemplu, schema „Nu merit să fiu iubit” – activată de comportamentul negativ al persoanei X) [...] Schema este o credință foarte puternică în legătură cu propria persoană, care a fost interiorizată la o vârstă precocă. Ea este atât de puternică, încât este trăită ca adevărată (op.cit., pp. 66 - 67).

La rândul lor, pentru a explica fenomenele cognitive din tulburările emoționale, Williams et al. (1988) apelează la o ipoteză adițională care postulează existența, la fiecare nivel, a unor mecanisme decizionale, capabile să judece valența afectivă a informației. În cazul depresiei se presupune că elaborarea începe cu un mecanism decizional, care evaluează valența afectivă a stimulului, output-ul deciziei afective constituind input-ul mecanismelor de alocare a resurselor, care stabilesc dacă se alocă sau nu resurse noi procesării stimulului (elaborare mărită sau evitare cognitivă).

Subiecții cu trăsături "depressive" (autocriticism, perfecționism, stil atribuțional negativ, etc.) au tendința generală de a răspunde la rezultatul procesului decizional într-o anumită direcție (alocarea / retragerea resurselor). Nu vor prezenta manifestări patologice dacă dispoziția negativă este slabă, dar modificările acesteia vor exacerba tendința de alocare / retragere a resurselor, subiecții manifestând reacții exagerate la perturbări minime ale dispoziției și prelungirea acestora și după îndepărtarea stimulului.

Lucrările lui Beckler (1971), Arieti și Bemporad (1978), Brown și Harris (1978) (cf. Power and Dagleish, 1997), asupra factorilor de vulnerabilitate personali și sociali, se constituie ca prime surse ale teoriilor socio-cognitive ale depresiei (cf. Power and Dagleish, 1997). Fără a privi depresia ca o construcție socială sau simplă consecință a evenimentelor aversive, recunoscând implicarea altor factori (predispoziții genetice, vulnerabilitatea biochimică, vulnerabilitatea cognitivă), aceste teorii se bucură de marele avantaj de a plasa subiectul în contextul social, ignorat de teoriile cognitiv-comportamentale (Carmin and Dowd, 1988).

Modelul propus de Power și Champion (1986) (cf. Champion and Power, 1995) se diferențiază de celelalte teorii prin accentuarea percepției valorii rolului sau scopului și a funcției de autoprotejare deținută de supravalorizarea unor roluri sau scopuri. Se propune un cadru teoretic care să încorporeze teoria cognitivă a depresiei cu vulnerabilitatea socială.

Vulnerabilitatea cognitivă este legată de supraevaluarea unor scopuri sau roluri, valoarea personală și stima de sine fiind definite exclusiv în raport cu un anumit domeniu (al realizării sau cel interpersonal). Funcția acestei supraevaluări este de a proteja sinele de aspectele negative, ceea ce implică existența unui model ambivalent al sinelui, în care aspectele pozitive sunt dominate atâta timp cât individul încearcă să atingă scopul sau să realizeze rolul, aspectele negative devenind prevalente în condițiile amenințării sau pierderii scopului, respectiv rolului. Această ambivalență a sinelui se opune modelului monolitic, static al conceptului de sine propus de Beck (Beck et al., 1979) și unei ierarhizări fixe, rigide. Dovezile care susțin acest model nu sunt încă ferme, dar sunt suficient de sugestive, provenind atât din practica clinică și studiile longitudinale dar și din psihologia cognitivă (modularitate, procese inhibitorii, modele mentale, etc.) (cf. Champion and Power, 1995; Power and Dagleish, 1997).

Cele două aspecte ale sinelui devin modulare la subiectul vulnerabil în timp ce individul sănătos reușește să le integreze. Originea acestei ambivalențe se regăsește în experiențele cu persoanele semnificative din mica copilărie (Champion and Power, 1995).

Vulnerabilitatea socială cuprinde adversitatea evenimentelor de viață, suportul social, în particular calitatea relațiilor intime, tranzacțiile caracteristice etapelor de viață (adolescența, pensionare, șomaj) și factori specifici unor comunități sau culturi (rolul femeii în culturile tradiționale, etc) (Champion and Power, 1995).

Declanșarea depresiei, în majoritatea cazurilor presupune o interacțiune a vulnerabilității sociale și cognitive, dar maximizarea uneia dintre ele e suficientă pentru dezvoltarea depresiei. Explicarea episoadelor recurente, dezvoltarea unei condiții generalizate trebuie să implice și alți factori (biologici, cognitivi) (Champion and Power, 1995).

În 1981, Seligman (cf. Peterson et al., 1993; Williams, 1992), propune patru premise a căror concurență e suficientă pentru apariția depresiei:

- stilul expectațional negativ (tendința de a aștepta sau de a considera foarte probabilă apariția unor evenimente negative sau neapariția unor evenimente pozitive);
- perceperea incontrollabilității apariției acestor evenimente;

- still atribuțional negativ (tendința de a oferi anumite tipuri de explicații diferitelor evenimente, pentru cele pozitive – atribuții externe, instabile și specifice iar pentru cele negative – atribuții interne, stabile și globale);

- deficitul cognitiv și motivațional este direct proporțional cu certitudinea subiectului privind ocurența anumitor evenimente și incontrolabilitatea lor, iar deficitul emoțional și stima de sine scăzută depind, tot direct proporțional de importanța acordată evenimentelor.

Deși toți acești factori sunt prezentați ca necesari, interesul principal s-a focalizat pe al treilea – stilul atribuțional ca factor de vulnerabilitate pentru depresie (Williams, 1992).

Chiar dacă în literatura de specialitate sunt prezentate mai multe modele cauzale ale depresiei (D. Stiemerling a enumerat 10 astfel de modele), considerăm, în acord cu autorul menționat, că nu putem pur și simplu include orice pacient care are o depresie (non-psihotică) într-o „cutiuță diagnostică”. De obicei, la fiecare pacient se descoperă 2-3 variante dintre cele zece posibile, însă adesea se formează un centru de greutate. Unul dintre aceste modele se impune în prim-plan și decide dinamica psihică.

Pentru că numeroasele variabile ale personalității umane stau într-un raport de condiționare și dependență reciprocă și aproape toate sunt în legătură unele cu altele, în cercuri complexe de reguli, nu este surprinzător că nu găsim nicio imagine limpede, ci un număr mare de melanjuri. Terapeuții trebuie să atingă cele mai importante arii ale tulburării și să intervină aici pe măsura centrului de greutate (Stiemerling, 2006, p.185).

Cele 10 modele cauzale ale depresiei, amplu analizate de Stiemerling, sunt amintite succint în continuare:

- În spatele situației deficitare orale (model 1) și simbiotice (model 2) stă sentimentul unei nevoi uriașe, devenită insuportabilă;

- O conștiință foarte severă (model 3) poate provoca un conflict interior de agresivitate, în a cărei desfășurare Sinele se depreciază și persoana respectivă suferă din cauza „lipsei sale de valoare”;

- Expresia deficit de individuație (model 4) se clarifică de la sine, deoarece se referă la un deficit în direcția maturizării și a capacității de a trăi;

- În spatele unui fals Sine (model 5) stă sentimentul apăsător al „ratării existențiale” și, deci, o deficiență de autenticitate și de specificitate; un individ nu a putut să-și formeze nucleul propriei ființe și, în loc de acesta, trebuie să se orienteze după o busolă interioară falsă. Respectivul a fost constrâns – prin anumite condiții ale socializării sale – la o direcție de dezvoltare străină ființei sale. El dezvoltă un model bazal de viață care nu i se potrivește,

pentru că îl fixează unilateral pe o direcție unde ratează posibilitățile de formare care îi sunt proprii. Domeniile centrale și structura potențială a personalității sale nu se pot dezvolta.

- În cazul sentimentului lipsei de putere (model 6) este vorba de un deficit al „puterii pe care subiectul crede că o are față de solicitările și încercările vieții”;

- Una dintre cele mai frecvente cauze ale depresiei este dereglarea și prejudicierea balanței narcisice a unui om (model 7). Aceasta duce la o deficiență a iubirii de sine, a autostimei și a valorizării personale, la un deficit al identității și la o situație interioară de abandon caracterizată prin pierderea obiectului intern;

- În cazul inhibiției agresive (model 8) și al provocării ei într-o situație de încercare și eșec, respectivul este atât de mult atins existențial în starea sa bazală, deoarece se produce o blocare a descărcării sale afective și este puternic limitat în capacitatea de a acționa (deficit în autoafirmare și autoimpunere și în comportamentul în fața agresiunilor);

- Teoria traumatică a depresiei (model 9) se opune cel mai puternic modelului explicativ „prezența deficitelor existențiale”. Persoana traumatizată timpuriu se distinge ca viitor adult, nu printr-un deficit, ci mai ales printr-o abundență de afecte sedimentate, desigur, negative. Ar fi prea comod acum să se opună durerii, tristeții și disperării sale antipozii emoționali (eliberare de suferință, încredere, bunăstare) și să i se confirme faptul că suferă de o deficiență a acestor sentimente pozitive. La o considerare mai atentă, nucleul bolii se deplasează de la afectele negative sedimentate la incapacitatea individului de a le descărca și integra. Deficitul constă, de asemenea, și în faptul că el nu a găsit un drum ca să „deschidă recipientul în care afectele negative se dezlănțuie atât de sălbatic”;

- Situația pierderii de obiect (model 10) și, în legătură cu aceasta, declanșarea unei depresii, implică de la început ideea că persoana părăsită simte lipsa obiectului pierdut într-un fel oarecare (fie și ca obiect al urii!) și este adusă prin separare într-o situație psihică deficitară.

Abordare psihoterapeutică integrativă

Ce domenii vizează psihoterapia integrativă?

Propunându-și realizarea unei sinteze a patru modele contemporane ale psihoterapiilor integrative de scurtă durată (psihoterapia restructuratoare de scurtă durată, sistemul de analiză cognitiv-comportamentală a psihoterapiei, psihoterapia dinamică limitată în timp și terapia ce integrează sisteme cibernetice, fenomenologie existențială și abordări narative orientate spre soluții), Fosha (2004) (cit. Dafinoiu și Vargha, 2005) introduce noțiunea de „factori comuni

dialectici” ai acestor terapii, pe care îi definește ca fiind acei factori relevanți din punctul de vedere al psihoterapiei, care implică doi poli aflați într-o aparentă opoziție.

Alăturarea acestor poli contribuie la o mai profundă înțelegere a implicării lor în procesul terapeutic decât conceptualizarea lor separată, aparenta lor contradicție dizolvându-se în realizarea faptului că, la un nivel mai profund, pozițiile lor, care pot crea falsa impresie a unei excluderi reciproce, sunt în realitate complementare. Astfel, ideea de factori comuni dialectici surprinde însăși esența psihoterapiei integrative, ea reprezentând integrarea la nivelul atitudinii terapeutului față de client și de materialul clinic.

Autoarea identifică următorii factori comuni ai psihoterapiei integrative de scurtă durată:

- a) Empatie vs. Autenticitate.
- b) Validare și acceptare vs. Înfruntare și provocare a patternurilor maladaptive.
- c) Suport vs. Confruntare.
- d) Clientul știe cel mai bine vs. Terapeutul este expertul.
- e) Experiența emoțională corectivă vs. Procese tranzacționale ciclice.
- f) Concentrare asupra excepției de la regulă vs. Focalizare asupra patternului maladaptiv.
- g) Concentrare asupra sănătății și resurselor clientului vs. Focalizare asupra patologiei și a tulburărilor prezentate de către client.
- h) Concentrare asupra viitorului (respectiv asupra obiectivelor și năzuințelor clientului) vs. Focalizare asupra trecutului (respectiv asupra motivelor datorită cărora clientul este așa cum este).

Ținând cont de acești factori, diferiți terapeuți pot recurge la o abordare eclectică din rațiuni foarte diferite. Important este ca terapeuții să opteze pentru o astfel de atitudine pentru că le oferă o flexibilitate superioară și o gamă mai largă de proceduri ce pot fi utilizate, astfel încât să poată adapta intervenția la nevoile și particularitățile clientului, fără a-i pretinde acestuia să se adapteze el la caracteristicile unei anumite metode.

Jorgensen (2004) consideră înclinația spre eclecticism drept o virtute, atunci când se pune problema ajustării tratamentului după problemele și nevoile specifice ale clientului.

În cadrul majorității sistemelor psihoterapeutice apar următoarele elemente comune: relația stabilită între pacient și terapeut; exprimarea liberă și deschisă a trăirilor afective ale pacientului; înțelegerea intuitivă (“insight”) a unor probleme psihologice personale, cât și ideea dezvoltării personalității pacientului, a realizării unor disponibilități psihice latente ale acestuia, a evoluției sale psihologice, în sensul achiziționării unor modele de

comportament care să conducă la adaptare de nivel superior a personalității (Holdevici, 1996, p.9)

Scopul terapiei integrative este acela de a facilita întregul, reprezentând maximizarea spațiului de funcționare intrapsihic, interpersonal și social al ființei umane, cu respectul datorat fiecărui individ, cu recunoașterea limitelor personale exterioare ale fiecăruia.

Domeniile psihoterapiei integrative se substituie dimensiunilor cognitive, comportamentale, afective și fiziologice (Drobot, 2009). În domeniile menționate are loc experiența terapeutică:

- domeniul cognitiv: experiențele cognitive au loc prin alianța terapeutică între Starea de Eu-Adult a clientului și cea a terapeutului. Aici includem contractarea schimbării, planificarea strategiei necesare schimbării și cercetarea insight-ului din vechile patternuri.

- domeniul comportamental: experiențele comportamentale îl implică pe client în comportamentele noi ce se opun vechiului sistem al scriptului și care vor evoca răspunsuri de la ceilalți prin colectarea amintirilor de întărire a scriptului. În unele cazuri se dă "temă de casă", pentru ca experiența terapeutică să se extindă în afara ședințelor de terapie; în timpul ședinței terapeutice, invităm clientul să se comporte diferit cu noi, cu alți membri ai grupului și – in vitro cu alte persoane ce l-au ajutat să construiască și să mențină scriptul vieții.

- domeniul afectiv: experiențele afective, deși implică sentimente curente, sunt formate din experiențe arhaice și/sau introiecții care apar când ne întoarcem la o vârstă la care introiecțiile originale au fost preluate de scriptul vieții sau când acele introiecții au fost întărite. În această stare de regresie, clientul simte și gândește în versiunea "tânără" a sa, eliberând atitudini și decizii ce au creat scriptul vieții. Prin regresia realizată se exprimă sentimente, nevoi și dorințe refulate și se experimentează contactul care nu a fost posibil în trecut. Deciziile inhibitorii pot astfel să fie reevaluate și regândite.

- domeniul fiziologic: Wilhelm Reich (1945) a subliniat că oamenii trăiesc "structurile" care-i caracterizează prin fiziologic. Deciziile din cadrul scriptului vieții implică o anumită distorsiune a contactului rezultat într-un grad de tensiune musculară, somatizări.

Contactul facilitează dizolvarea apărării și integrarea părților refulate. Prin integrare, experiențele nerezolvate ale clientului devin parte din întreg. Conceptul de contact este baza teoretică a psihoterapiei integrative, din care au derivat și intervențiile clinice. Transferul, regresia Stărilor Eului, activarea influenței intrapsihice a introiecției, prezența mecanismelor de apărare sunt toate înțelese ca drept consecințe ale deficiențelor unor contacte anterioare. Cele patru dimensiuni ale funcționării umane (afectiv, comportamental, cognitiv și fiziologic) reprezintă un ghid important în determinarea deschiderii sau închiderii contactului.

Un scop major al psihoterapiei integrative este acela de a folosi relația terapeut-client ca bază pentru relații sănătoase cu alte persoane și pentru satisfacerea sensului Self-ului. Prin integrare, persoanele pot face față oricărui moment de spontaneitate și flexibilitate în rezolvarea problemelor vieții și în relația cu alte persoane (Drobot, 2009).

Loredana Drobot și Oana Maria Popescu formulează principiile psihoterapiei integrative strategice, bazate pe modelul propriu – al celor patru domenii ale sinelui și pe studierea literaturii de specialitate (Drobot și Popescu, 2013, pp.117-120):

Principiul 1: Factorii terapeutici comuni sunt principalii factori responsabili de schimbarea terapeutică.

Principiul 2: Mitul sau raționamentul terapeutic prezentat clientului trebuie să fie flexibil și adaptat nevoilor clientului.

Principiul 3: Stadiile tratamentului psihoterapeutic și strategia terapeutică se centrează pe: realizarea alianței terapeutice, dezvoltarea și menținerea relației terapeutice, diagnosticul categorial și dimensional (în special diagnosticul psihoterapeutic și diagnosticul relațional), formularea cazului, prezentarea unui mit terapeutic, realizarea unui plan de tratament, selectarea intervențiilor adecvate, gestionarea structurii verbale și non-verbale a psihoterapiei, re-învățarea, transferarea abilităților achiziționate în psihoterapie în mediul clientului.

Principiul 4: Nivelul dezvoltării personale a psihoterapeutului se corelează cu rezultatul psihoterapiei.

Principiul 5: Psihoterapeuții integrativi trebuie să utilizeze intervenții diferite la clienți diferiți, potrivit intervențiilor necesităților clientului.

Principiul 6: Cadrul teoretic integrativ trebuie să ia în considerare principalele orientări psihoterapeutice, incluzând astfel: aspecte cognitive, comportamentale, psihodinamice, sistemice, developmentale, umanist-existențiale, multiculturale, de personalitate și motivație.

Principiul 7: Principiul flexibilității – psihoterapeutul integrativ trebuie să fie flexibil și să aleagă o abordare adecvată problemei de prezentare și nevoilor relaționale ale clientului, adaptând strategia terapeutică la nevoile clientului.

Principiul 8: Psihoterapia integrativă se bazează pe cercetare.

În cele ce urmează am ales să prezentăm un model consacrat (în Europa) de abordare psihoterapeutică integrativă („Modelul relațional de dezvoltare”) și un model personal („Modelul octaedric de abordare a personalității”).

Modelul relațional de dezvoltare

Modelul relațional de dezvoltare a fost preluat de la Kenneth Evans și Maria Gilbert (2010) care, în abordarea integrativă pe care o propun se concentrează pe dezvoltarea sinelui și, anume, pe diferite aspecte ale sinelui în relație. Cei doi autori consideră că „schimbarea în psihoterapie poate apărea în una, mai multe sau toate aceste arii. La un moment dat, pentru orice client, unul din aceste puncte va fi mai important decât altele, iar la un alt stadiu al vieții, altele vor fi în centru. Vedem, de asemenea, că toate aceste arii de experiență proprie sunt, în mod inevitabil, inter-relaționate, dar considerăm că este mai util să ne concentrăm pe fiecare separat, pentru a evidenția anumite aspecte unice ale propriei experiențe:

- din punct de vedere biologic: relația sinelui cu corpul;
- din punct de vedere intra-psihic: relația sinelui cu sinele;
- din punct de vedere inter-personal: relația sinelui cu alții;
- din punct de vedere intra-cultural: relația cu rasa, cultura, naționalitatea, lumea afacerilor, contextul lărgit;
- din punct de vedere ecologic: relația sinelui cu natura;
- din punct de vedere transcendențial: relația sinelui cu transcendența” (Evans și Gilbert, 2010, p.50).

Modelul octaedric de abordare a personalității

În cadrul capitolului de față ne-am propus prezentarea unui model propriu de abordare a personalității, cu ajutorul „fațetelor de personalitate” preluate din literatura psihologică. Modelul propus se vrea un model „general” de abordare a personalității, inclusiv de abordare psihoterapeutică.

Nu întâmplător ne-am oprit la includerea personalității (și, bineînțeles, a modelului) în acest capitol care ar trebui să se refere la psihoterapia depresiei....

Considerăm că depresia, împreună cu simptomele aferente (fie că sunt organice, cognitive, emoționale, comportamentale etc.) nu se instalează haotic la un organ sau altul, ci afectează tocmai personalitatea individului ca structură ultimă, integratoare! Psihoterapia, la rândul ei, vizează personalitatea și „acționează” asupra ei în ultimă instanță, mai ales că, ținând cont de complexitatea depresiei, eliminarea doar a simptomelor de la un nivel sau altul nu este suficientă pentru un deziderat al vindecării și al stabilității în timp al acesteia!

Personalitatea nu este fixă, rigidă, o formă finală asupra căreia nu putem acționa ci, dimpotrivă, este plastică, dinamică și se poate modifica/ameliora fie în urma influențelor externe, fie a celor interne sau a rezultatului interacțiunii dintre factorii interni și cei externi. Acest lucru ne ajută să înțelegem mai ușor „instalarea” și „manifestarea” depresiei, dar și să

fiu optimiști în legătură cu „influența” psihoterapiei pentru a stabili echilibrul și buna funcționare a individului!

Vom defini succint Personalitatea ca reprezentând sistemul relativ stabil de caracteristici psihologice care influențează modul în care individul interacționează cu mediul său. Noțiunea de sistem este cea mai potrivită în cazul personalității, întrucât trăsăturile, capacitățile, abilitățile psihice nu acționează la întâmplare, „fiecare de capul ei”, ci interacționează, acționează ca „un întreg”.

Când vorbim de personalitate avem în vedere atât comportamentul extern (manifest, observabil), cât și starea internă a individului (sistemul de valori, principii, atitudini, dorințe, așteptări etc.).

„În realitate, componentele personalității interacționează unele cu altele, se organizează se relaționează reciproc, se ierarhizează dând naștere unei structuri ce dispune de o arhitectonică specifică. În existența concretă a individului ceea ce contează este nu atât prezența sau absența uneia din aceste laturi, nu atât gradul lor de dezvoltare, cât modul propriu în care se structurează. Tocmai de aceea, psihologia trebuie să se centreze pe evidențierea structurii personalității, a relațiilor reciproce existente între laturile și componentele ei care conduc, în plan psihocomportamental, la efecte diverse” (Zlate, 2000, p. 299)

Personalitatea este cea care mediază receptarea și acceptarea influențelor din exterior, ea le integrează în structurile sale și le transformă în pârghii orientative și reglatorii pentru toate manifestările omului. Tot ea își pune amprenta pe orice fenomen psihic, pe orice reacție și chiar pe chipul unei persoane. Ea dă fiecăruia o anume valoare. Numai omul are personalitate și pe măsură ce ea apare și se dezvoltă produce următoarele efecte asupra manifestărilor acestuia (Crețu, 2001, p.312):

- Stabilizează conduitele;
- Le direcționează unitar;
- Asigură consensul gândului cu fapta, a proiectelor cu realizarea;
- Le face să fie adaptate la condițiile prezente, dar și la cele viitoare;
- Valorifică toate posibilitățile și capacitățile omului;
- Determină o implicare profundă în relațiile cu lumea, tinzând către transformarea creatoare a acesteia.

Dar toate felurile de însușiri ale personalității sunt în relație foarte strânsă unele cu altele și alcătuiesc, de fapt, structura. Personalitatea este o structură care se dezvoltă în timp și care prezintă diferențe, de la o persoană la alta, având în vedere:

- a) gradul de dezvoltare a componentelor sale;
- b) gradul de integrare în întreg a tuturor elementelor personalității, în sensul că personalitățile puternice prezintă legături strânse între componente iar unele dintre acestea le integrează pe toate celelalte;
- c) stabilitatea structurii de personalitate care se obține către tinerețe și vârsta adultă, în timp ce la copii aceasta este mai schimbătoare, mai labilă; mobilitatea structurii de personalitate, în sensul adaptării ei ușoare la schimbările mediului.

Personalitatea funcționează ca un sistem, nu este o entitate încrămășată, este vie, dinamică. Între componentele ei sunt relații strânse și acestea au organizare ierarhică, iar legăturile dintre ele sunt substanțial-energetice, funcționale, informaționale directe și inverse, astfel că se poate realiza finalitatea adaptativă a personalității, adică aceea de a se integra și adapta optim la ambianța socială.

Psihologii, în încercarea de a inventaria cât mai multe elemente componente ale personalității (indiferent dacă acestea se numesc însușiri, trăsături, factori), în strădania de a depista structurile, sistemele și subsistemele personalității (subsistemul cognitiv, subsistemul dinamico-energetic, cel afectiv-motivațional etc.), ca și în dorința de a organiza personalitatea (în structuri, niveluri, dimensiuni), pierd, cel mai adeseori din vedere tocmai personalitatea. Or, în personalitatea totală, integrală a omului — pe care o concepem din perspectiva filozofiei, pe de o parte, ca personalitate concretă, iar, pe de altă parte, ca ideal al realizării — semnificație au nu atât însușirile, „configurațiile de trăsături”, structurile, sistemele și subsistemele personalității, ci modul particular de integrare și utilizare comportamentală a acestora.

Astfel, o mare importanță are ce este omul în realitate, ce crede el că este, ce dorește să fie, ce gândește despre alții, ce consideră că gândesc alții despre el, comportamentul său manifestat fiind în funcție de unul sau altul dintre aceste elemente sau de modul particular de integrare și funcționare acestora. Se știe din experiența cotidiană că unii oameni se comportă așa cum sunt, în timp ce alții, așa cum își închipuie că sunt sau cum cred că așteaptă ceilalți să se comporte. Pe de altă parte, în relațiile interpersonale contează nu atât cum este omul în realitate, ci cum se manifestă el în contactele cu ceilalți, deci nu atât însușirile sau trăsăturile sale ascunse, „ținute sub cheie” ci cele care se exteriorizează, care sunt făcute „publice”. Aceasta ne face să credem că în personalitatea totală a omului există de fapt, mai multe „fațete” ale acesteia. Toate aceste „fațete” ale personalității nu dețin o valoare în sine, ci aceasta apare din interacțiunea lor. Relațiile de tip cooperator, conflictual sau compensator

dintre ele vor conduce la acea configurație unică pe care o denumim personalitatea integrală, totală a omului (Zlate, 1997).

Modelul sintetic-integrativ al personalității propus de M. Zlate implică două tipuri de demersuri: unul analitic, vizând descrierea și caracterizarea succintă a fiecărei fațete a personalității; altul sintetic, ținând spre surprinderea tipurilor de personalitate reieșite din interacțiunea și configurarea specifică a componentelor desprinse.

În continuare vom prelua cele două tipuri de demersuri (analitic și sintetic) ale psihologului român (vezi Zlate, op.cit., pp. 50 și urm.), așa cum au fost ele prezentate, întrucât constituie baza teoretică fundamentală pentru modelul octaedric de abordare a personalității propus de noi.

1. Personalitatea reală (PR) este constituită din ansamblul proceselor, funcțiilor, tendințelor, însușirilor și stărilor psihice de care dispune omul la un moment dat și pe care le poate pune oricând în disponibilitate, fapt care îi asigură identitatea și durabilitatea în timp.

2. Personalitatea autoevaluată (PA) cuprinde totalitatea reprezentărilor, ideilor, credințelor individului despre propria sa personalitate, incluse, de regulă, în ceea ce se numește imaginea de sine.

3. Personalitatea ideală (PI) este cea pe care individul dorește să o obțină. Ea se referă nu la ceea ce este un individ în realitate sau la ceea ce crede el despre sine, ci la ceea ce ar dori să fie, cum ar dori să fie, ea reprezintă personalitatea proiectată în viitor, idealul ce trebuie atins, modelul pe care individul și-l propune să-l construiască în decursul vieții sale.

4. Personalitatea percepută (PP) cuprinde ansamblul reprezentărilor, ideilor, aprecierilor cu privire la alții. Așa cum individul își elaborează o imagine de sine, tot așa el își formează și o imagine despre alții, care îl ghidează în comportamentele sale față de aceștia.

5. Personalitatea proiectată (Ppro) cuprinde ansamblul gândurilor, sentimentelor, aprecierilor pe care crede un individ că le au, le nutresc, le fac ceilalți asupra sa. Ca o construcție prin excelență a individului dat, ea este ceea ce Valeriu Ceașu denumește „imaginea de sine atribuită lumii” (Ceașu, 1983, p.41), adică *ce cred eu că gândesc alții despre mine*. Raportată la planul relațiilor interpersonale, ea implică „ghicirea” alegerilor sau respingerilor făcute de o altă persoană (transparență) sau de întregul grup (transpătrundere) referitoare la sine, presupunând un gen de empatie, deci de transpunere în stările psihice ale altcuiva (Mamali, 1974). O asemenea imagine este uneori expresia celor mai intime dorințe ale individului de a apărea în „ochii lumii”, iar alteori reflexul imediat al comportamentului celorlalți față de persoana respectivă.

6. Personalitatea manifestată (PM) este reprezentată de ansamblul trăsăturilor și însușirilor ce-și găsesc expresia în modalitățile particulare, proprii, specifice de exteriorizare și obiectivare comportamentală. Prin conținutul său, personalitatea manifestată este o construcție psihocomportamentală sintetică, deoarece cuprinde fie aspecte, laturi, părți din fiecare fațetă a personalității, fie toate fațetele articulate și integrate între ele. Manifestarea personalității este dictată atât de interioritatea psihică a individului, cât și de particularitățile și „cerințele” situaționale în care aceasta acționează.

Cele de până acum ne-au evidențiat faptul că fațetele personalității dispun de o natură, structură și funcționalitate proprii distincte, care le individualizează pe unele în raport cu altele. Astfel, **PR** și **PM** sunt fațetele „mai obiective” ale personalității, în timp ce toate celelalte sunt fațetele ei subiective.

Totodată, a reieșit, implicit, că fațetele personalității nu sunt izolate, separate unele de altele, ci că, dimpotrivă, se întrepătrund, se presupun reciproc, se intersectează și se convertesc unele în altele. Datorită relațiilor de cooperare sau conflictuale dintre ele, de prelungire a unora în altele sau de compensare a lor ca și celor de asociere sau de discrepantă și disjunctie valorică, personalitatea umană capătă o „înfățișare” aparte.

Pornind de la cele 6 fațete ale personalității puse în evidența de psihologul român M. Zlate am încercat să realizez un model grafic, comprehensiv, al personalității integrale/totale.

Am denumit modelul construit „Model octaedric de abordare a personalității” (fig.1). Acesta cuprinde toate cele 6 fațete și toate tipurile de legături dintre ele, legături amintite și de alți autori (mai mult sau mai puțin explicit). Modelul octaedric a fost prezentat și cu altă ocazie (Dinu, 2011), dar revin în această lucrare cu varianta lui ușor modificată și adaptată abordării psihoterapeutice integrative.

Astfel, pe lângă cele 6 fațete ale personalității (prezente și în modelul grafic anterior), am adăugat în vârful octaedrului (situat în partea superioară) EUL (ca factor integrator) care „pătrunde” în *Planul Spiritual*, iar fațeta P.R. (personalitatea reală) am poziționat-o în centrul figurii. Această fațetă este mai dificil de cercetat în practică; am putea-o considera „nucleul”, esența personalității, fațeta oarecum „obiectivă”, mai stabilă și supusă cel mai puțin „influențelor contextuale, tranzitorii” atât personale, cât și interpersonale (spre deosebire de fațetele P.A., P.I., P.P., P.Pro și P.M.).

Eul este *fapt de conștiință*, dar nu orice fel de conștiință, ci o *conștiință reflexivă*, însoțită deci de gândire; în cazul Eului este vorba despre *conștiința de sine*. Esențial pentru individ este intenționalitatea sa, orientarea spre realizarea scopurilor. În momentul de față, Eul

este conceput ca *organizator al cunoașterii* și ca *reglator al conduitei* dispunând însă, atât într-un caz, cât și în altul, de o puternică bază afectiv-motivațională.

Psihologul român Mielu Zlate consideră că Eul este *un construct sintetic și personal care izvorăște din simțire, urcă la reflexie și se exprimă în conduită, fiind susținut permanent afectiv-motivațional*. Prin intermediul unui asemenea construct individul se conceptualizează pe sine însuși, se evaluează și își anticipă comportamentul. Prin termenul de construct aplicat la Eu vizăm nu doar produsul obținut la un moment dat, ci chiar procesul prin intermediul căruia el se obține. Avem în vedere mai ales procesul de sintetizare, de implicare și integrare succesivă a diferitelor componente ale vieții psihice până la nivelul conștiinței de sine, adică până la Eu (Zlate, 1997, pp.105-109).

Eul și fațeta P.M. (personalitatea manifestată) se află în vârfurile „mai ascuțite” ale modelului; am vrut să evidențiem prin aceasta (și grafic!) faptul că nu toate „contribuțiile” și „influențele” celorlate fațete ale personalității se regăsesc în comportamentul extern, observabil, exprimat prin intermediul fațetei P.M. (ele sunt „cenzurate”, „selectate” în funcție de cerințele și restricțiile mediului extern, social) și nici toate „contribuțiile” și „influențele” celorlate fațete ale personalității (inclusiv P.M.) nu au un impact major asupra Eului (care se ridică la nivel spiritual). Nu orice contribuție este asimilată de personalitatea reală a individului (situată în centrul figurii și „protejată” ca un nucleu), ci influențele sunt triate și cenzurate în funcție de cerințele și restricțiile mediului intern, psihologic.

Să ne gândim ce s-ar fi putut întâmpla dacă, de exemplu, nu ar fi existat aceste „filtrări” și „îngustări” ale Eului (mecanismele de apărare, de ce nu) – probabil că orice situație banală cu impact negativ ar fi devenit o traumă care ne-ar fi afectat *conștiința de sine, rostul nostru în lume, întreaga dimensiune spirituală, însăși esența existenței noastre....* și de care n-am fi putut scăpa niciodată! Sau situația în care am fi exprimat în comportament, prin intermediul fațetei P.M. (*personalitatea manifestată*), tot ceea ce ne-ar fi trecut prin cap la un moment dat! Unde am fi ajuns dacă personalitatea manifestată nu s-ar fi îngustat și, asemenea unei pâlnii, n-ar fi lasat să se exprime în exterior decât o mică parte din tot ceea ce primește!

În relație cu fațeta P.M. se află nu doar celelalte 5 fațete ale personalității integrale/totale (incluse în model), ci și alte „fațete P.M.” (personalități manifestate) ale altor indivizi cu care interacționăm în planul social; prin aceasta considerăm că am reușit să păstrăm în prezentarea noastră grafică personalitatea ancorată în „realitate”, să n-o „rupem” nici de mediul intern/psihologic, dar nici de cel extern/social. Bineînțeles că în spatele fiecărei „fațete P.M.” (cu care ne întâlnim în mediul social) se află câte un „octaedru” cu toate

celelalte 5 fațete. În interacțiunile sociale, în primă fază, ne este accesibilă doar această fațetă a *personalității manifestate* (P.M.).

În planul din față al octaedrului reprezentând personalitatea integrală/totală, am pus, nu întâmplător (nici de această dată), cele două fațete P.A. (*personalitatea autoevaluată*) și P.I. (*personalitatea ideală*) care, după părerea noastră, au o importanță mai mare atât în ceea ce privește „formarea”, „dezvoltarea” și „supraviețuirea” personalității ca un tot unitar, dar sunt și mai „accesibile” din punct de vedere al cunoașterii. Ele sunt mai ușor accesibile atât individului în cauză (pot fi conștientizate anumite „conținuturi” și „influențe” ale acestor fațete asupra personalității și comportamentului în ansamblu), cât și celor care doresc să-l cunoască și interacționează cu individul respectiv. Probabil că, datorită acestui fapt, cele mai multe dintre instrumentele psihologice surprind aceste două fațete și cele mai multe forme de intervenție psihologică (training, terapie, consiliere psihologică) se adresează în primul rând fațetei ideale a personalității și fațetei autoevaluate a acesteia.

Referindu-ne la aceasta din urmă (P.A. – *personalitatea autoevaluată*), nu putem să nu amintim o componentă esențială a acesteia, anume „imaginea de sine”.

„Imaginea de sine” este rezultatul autocunoașterii (Ceașu, 1983). Subiectul nu reacționează la un stimul, ci la „așteptările” sale în legătură cu evoluția situației.

În aceste „așteptări”, dependente în mare măsură și de calitatea reacțiilor similare anterioare (experiența), sunt implicate și o serie de evaluări ale propriilor posibilități, în raport cu dificultățile certe sau posibile ale situației. Prin tot ceea ce întreprinde, individul apără, afirmă sau tinde să creeze celor din jur o anumită imagine despre sine.

„Imaginea de sine” este expresia concretizată a modului în care se vede o persoană oarecare (sau se reprezintă pe sine). Imagine de sine este contaminată de dorința, dar și de modul în care evaluează ceilalți persoana respectivă.

A. Bandura (1982) introduce conceptul de „eficiență a sinelui” care se referă la sensul stimei de sine și valorii sinelui, la sentimentul adecvării și eficienței în relația cu viața, la perceperea propriei noastre abilități de „a produce” și de „a controla” evenimentele din viața noastră.

A realiza și a menține standardele noastre de performanță înseamnă „eficiența sinelui”. (apud. Schultz, 1986, p.388).

Persoanele cu o „eficiență scăzută a sinelui” se simt neajutorate, incapabile să exercite vreo influență asupra condițiilor și evenimentelor care le afectează. Ele cred că orice efort pe care-l fac este zadarnic, fără valoare. Ajung ușor la depresie, descurajare, sentimente de lipsă de valoare, consum de alcool, resemnare, retragere în fantezie și au un grad înalt de anxietate.

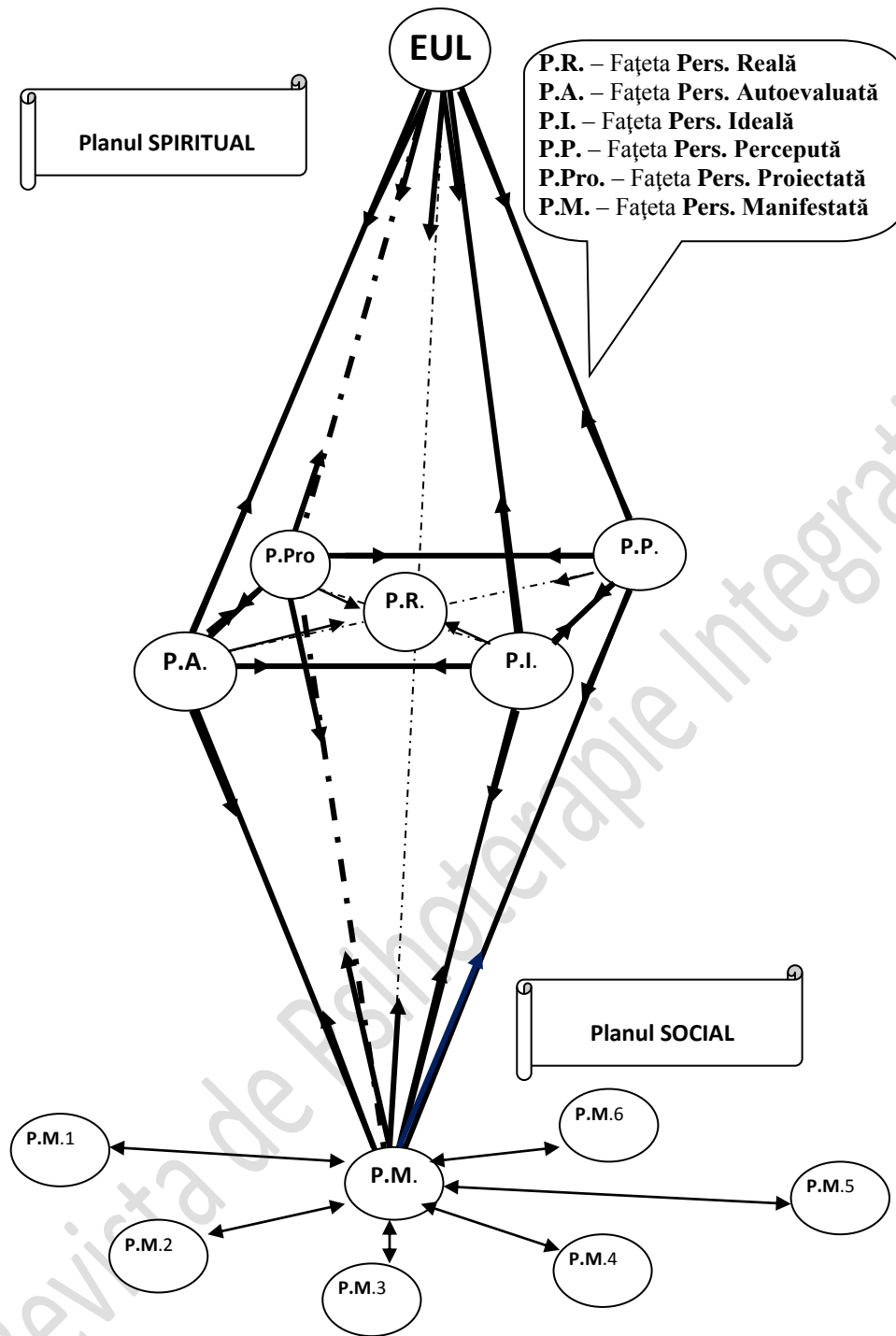


Figura 1. Modelul octaedric de abordare a personalității

Persoanele cu înaltă „eficiență a sinelui” consideră că sunt capabile în relația efectivă cu evenimentele vieții, persistă în eforturile lor un timp mai îndelungat decât cei cu scăzută eficiență a sinelui, așteaptă succesul și luptă cu obstacolele.

„Respectul de sine” reprezintă consecința firească a unor succese înregistrate în activitatea desfășurată în acord cu sine, în concordanță cu propriile convingeri și idealuri.

O încredere în sine excesivă poate conduce oamenii să evite căutarea de informații critice pentru rezolvarea unor probleme sau la evitarea unor informații care le amenință propria imagine (Knight, Nadel, 1986, *op. cit.*).

„Există 3 feluri de influențe ce acționează asupra *imaginii de sine* a individului:

- 1) Succesele și eșecurile personale
- 2) Opiniile celorlalți despre persoana în cauză
- 3) Rezonanța psihică (subiectivă) ce rezultă din raportarea a ceea ce face și cum trăiește persoana în cauză față de ce și cum simte că ar trebui să trăiască” (Șchiopu, 1997).

Adesea, *nivelul scăzut al autostimei* se corelează cu lipsa asertivității, cu vorbirea interioară cu conținut perfecționist și cu dificultatea de a exprima propriile sentimente (Holdevici, 2000).

Din aceste „influențe” asupra imaginii de sine putem să deducem legăturile existente între fațeta P.A. (personalitatea autoevaluată), pe de o parte și fațetele P.M. (personalitatea manifestată) și P.I. (personalitatea ideală), pe de altă parte. Aceste interrelații se regăsesc și în modelul nostru (vârfurile de săgeată arată sensul „influențării”).

Recapitulând sintetic ce reprezintă fiecare fațetă a modelului, putem descrie pe scurt cum „funcționează” personalitatea integrală/totală a individului în situațiile de viață.

P.R. (fațeta personalitatea reală): *Cine sunt în realitate?*

P.A. (fațeta personalitatea autoevaluată): *Cine cred eu că sunt? Cum mă apreciez?*

P.I. (fațeta personalitatea ideală): *Cine aș vrea să fiu?*

P.P. (fațeta personalitatea percepută): *Cum îi percep și apreciez pe ceilalți? Sau, mai general: Cum percep și cum mă raportează la mediul extern/social?*

P.Pro. (fațeta personalitatea proiectată): *Ce cred eu că cred ceilalți despre mine? Cum cred eu că sunt apreciat de către ceilalți?*

P.M. (fațeta personalitatea manifestată): *Cum mă manifest în realitate? Cum mă comport în mod concret?*

Eul (conștiința de sine) – factor integrator, organizator al cunoașterii și reglator al conduitei: *Care e legătura mea profundă cu viața, cu spiritualitatea, cum îmi judec eu propria existență?*

Am insistat puțin pe *imaginea de sine* ca și componentă a fațetei P.R. (personalitatea reală) și pe noțiunea de *Eu* (cu rolul său de *conștiință de sine*) întrucât acestea au un rol foarte important atât în producerea depresiei, cât și în psihoterapia ei. Dacă imaginea de sine (din cadrul fațetei P.R.) conține cogniții disfuncționale referitoare la propria persoană, Eul

(conștiința de sine) conține metacogniții (cogniții despre cognițiile disfuncționale), reflectarea propriei existențe a individului de către el însuși!

Pentru a fi eficientă și sustenabilă în timp, intervenția psihoterapeutică în depresie trebuie să fie cât mai profundă, să vizeze instanțele cele mai *adânci* și mai *puternice* ale personalității umane, anume: **Eul** și **Personalitatea Reală**; la acestea însă nu se poate ajunge direct, decât prin intermediul celorlalte fațete!

Să încercăm să prezentăm cum se instalează un episod depresiv după modelul nostru.

Un individ, de exemplu, se autoevaluează atât în funcție de ceea ce este el în realitate (de aptitudinile și potențialul său etc.), cât și în funcție de cum ar vrea să fie, cum crede că va fi evaluat de ceilalți și de modul cum îi percepe și tinde să-i aprecieze pe ceilalți. Totodată, manifestările sale comportamentale și reacțiile celorlalți față de ele influențează modul în care se autoevaluează. Astfel se realizează „influențele” de la celelalte 5 fațete ale personalității către fațeta P.A. (personalitatea autoevaluată). Există, bineînțeles și „influențele” în sens invers, de la fațeta P.A. (personalitatea autoevaluată) către celelalte 5 fațete. Omul nostru se comportă influențat de părerea pe care o are despre el însuși (relația cu fațeta P.M.); tinde să-i aprecieze pe ceilalți raportându-se la sine (relația cu fațeta P.P.) (de exemplu, poate avea o părere proastă despre sine și bună despre ceilalți, în general); așteptările față de modul în care va fi evaluat de către ceilalți sunt în strânsă legătură cu cele mai intime dorințe și, implicit, cu modul în care se autoevaluează (dacă are o părere negativă despre propria persoană se așteaptă ca și ceilalți să aibă o părere negativă despre el) (relația cu fațeta P.Pro.); în final, dacă imagine de sine este instabilă, negativă, slab conturată poate influența însăși fațeta P.R. (personalitatea reală) și Eul!

Toate aceste influențe/legături sunt puse în evidență în modelul octaedric propus. Ușor se poate constata ce ar însemna chiar o singură imagine negativă la nivelul unei fațete, cum componentele personalității se interinfluențează și cum se poate ajunge la o reacție în lanț! De exemplu, dacă nu am abilități extraordinare, am mai avut și o experiență de viață negativă, tind să mă autoevaluez în termeni mai degrabă negativi, să-i supraevaluez pe ceilalți, să nu am încredere în mine atunci când mă confrunt cu situații dificile, să nu am încredere în ceilalți sau să consider că nu sunt suficient de bun și că nu merit să fiu apreciat și sprijinit....această stare de lucruri poate determina eșecul atunci când trebuie să mă manifest concret într-o anume situație de viață; dacă acea situație are o miză mare pentru mine eșecul resimțit intern va fi cu atât mai mare și, de aici până la instalarea depresiei, nu mai e mult!!!

La fel stau lucrurile și cu celelalte fațete; fiecare se află în interacțiune cu toate celelalte 5 fațete. De exemplu, individul se comportă (fațeta P.M.) influențat atât de ceea ce este el în

realitate (fațeta P.R.), cât și în funcție de modul în care se autoevaluează (fațeta P.A.), în funcție de modul în care îi percepe și îi apreciază pe ceilalți (fațeta P.P.), în funcție de ceea ce ar vrea să fie (fațeta P.I.) și în funcție de cum crede că va fi evaluat de către ceilalți. Astfel am reliefat influențele pe care fațeta P.M. (personalitatea manifestată) le „suportă” de la celelalte fațete. Există și influența inversă, de la fațeta P.M. către celelalte fațete. O persoană care se comportă într-un anumit fel nu doar că-și analizează propriile comportamente, ci și feed-back-ul primit de la ceilalți și comportamentele celorlalți din mediul extern/social (fațeta P.M. reprezintă „interfața” cu mediul social). Fațeta P.M. poate influența fațeta P.A. (individul se autoevaluează în funcție de succese și eșecuri, de exemplu, consolidându-și sau slăbindu-și imaginea de sine); de asemenea, în funcție de reacțiile comportamentale, se pot „schimba” și celelalte fațete: P.I. (personalitatea ideală – dacă vede că nu are nici o șansă să atingă idealul respectiv, individul îl schimbă sau îl „ajustează”!); P.P. (personalitatea percepută) – individul își poate schimba atitudinile față de ceilalți, modul de apreciere a acestora în funcție de interacțiunile „concrete” la nivel comportamental din mediul extern/social; totodată, dacă există anumite reacții și aprecieri (pozitive sau negative) ale celorlalți față de subiectul nostru, cu care acesta intră în contact, poate fi schimbată/influențată fațeta P.Pro. (personalitatea proiectată), adică modul în care subiectul crede că va fi evaluat de ceilalți (pe diverse componente), chiar și fațeta P.R. (personalitatea manifestată) poate fi „influențată” (în funcție de intensitatea și frecvența comportamentelor respective – atât ale subiectului nostru, cât și ale celorlalți cu care intră în contact). Dacă fațeta P.M. (personalitatea manifestată) se află în situații extreme, într-un mediu extern amenințător etc. „influența” poate merge direct la fațeta P.R. (personalitatea reală) și la Eu, după cum se poate observa și în modelul octaedric de abordare a personalității (poate fi cazul, de exemplu, al unor situații psihotraumatizante).

Dacă ar fi să ne gândim la formarea și dezvoltarea personalității umane, ne-am putea imagina, prin prisma modelului, cum acel octaedru mic și abia „schițat”, conturat, „crește” și se „dezvoltă”. Bineînțeles că există sincope, decalaje între fațete, mai ales în aceste perioade de formare și dezvoltare. Copilul are anumite manifestări comportamentale, mai mult sau mai puțin permise de către părinți/adulții din imediata apropiere a copilului; în timp, el începe să filtreze prin propria interioritate cerințele și influențele mediului extern (prin intermediul fațetei P.M., în primă instanță), apoi imaginea de sine (fațeta P.A.) începe să se construiască și să se formeze din ce în ce mai bine. Treptat „cresc” și „se dezvoltă” și celelalte fațete care, la rândul lor, interacționează între ele („intră în conflict sau se pun de acord”!) și se exprimă în comportament. Așa octaedrul (personalitatea) începe să crească și să se dezvolte!

Dacă dezvoltarea octaedrului (și, implicit, a personalității) nu este uniformă, echilibrată și armonioasă putem „interveni” psihologic pentru ameliorarea, consolidarea acelor fațete care nu sunt suficient exprimate sau putem stabili/restabili „legăturile” dintre fațetele personalității.

Personalitatea este cauză și efect în același timp!

Strategia terapeutică

Orlinsky ș.a. (1994) disting șase aspecte ale procesului terapeutic, despre care susțin că pot fi identificate în toate formele de terapie (deci și în psihoterapia integrativă) și pe care le propun drept un sistem conceptual atotcuprinzător sau un „model generic al terapiei”. Toate terapiile implică:

1. Un aspect formal (contractul terapeutic);
2. Un aspect tehnic (operațiile terapeutice);
3. Un aspect interpersonal (legătura terapeutică);
4. Un aspect intrapersonal (raportarea la sine);
5. Un aspect clinic (impactul ședințelor); și
6. Un aspect temporal (fluxul secvențial).

De asemenea, mai trebuie observat că, deși cele șase aspecte ale procesului psihoterapeutic sunt prezentate separat, acestea sunt considerate aspecte co-concurente și relaționate între ele ale unei realități complexe (apud. O'Brien și Houston, 2009).

Totodată, trebuie să ținem cont și de multiplele asemănări dintre procesele implicate pe parcursul dezvoltării umane și pe parcursul terapiei. Howe (1993) sugerează că există „asemănări clare între experiențele asociate cu dezvoltarea copilului și experiențele terapeutice ale adultului”. Aceasta nu înseamnă că un client adult este echivalentul unui copil, afirmă autorul, ci mai degrabă că trebuie să recunoaștem faptul că oamenii au nevoie de lucruri asemănătoare din partea celorlalți, în special când sunt tineri sau vulnerabili. Înțelegerea creșterii și dezvoltării umane are multe de oferit unui terapeut, atunci când acesta încearcă să descifreze ce anume se petrece în relația sa cu clientul. Prin urmare, suntem de acord cu Stern ș.a. (1998) atunci când afirmă că, „deoarece copii sunt ființele umane care se schimbă cel mai rapid, este firesc să dorim să înțelegem procesele schimbării de pe parcursul dezvoltării, datorită relevanței lor din perspectiva modificărilor terapeutice”.

O'Brien și Houston (2009, op.cit.) propun un cadru care conține următoarele componente, pentru a fi integrate în demersul terapeutic:

- evaluarea;
- contractul terapeutic, cuprinzând scopurile și planificarea tratamentului;
- alianța de lucru;

- activitățile terapeutice, respectiv aptitudini și intervenții generice și specifice;
- relația terapeutică;
- conștientizarea sinelui;
- contextul social și organizațional;
- înțelegerea teoretică;
- înțelegerea și aplicarea codului de etică și practică relevant.

La rândul lor, Evans și Gilbert (2010) menționează ca etape ale procesului terapeutic:

- Evaluarea cazului și diagnosticul: Important să avem în vedere să nu tratăm problema (ca în abordarea medicală), ci să tratăm pacientul; Modalitățile sunt cele folosite de majoritatea terapiilor: *observarea clientului* (descrierea a ceea ce se observă aici și acum, inclusiv prezența fizică, reacțiile emoționale), *conținutul discursului* (ce spune clientul), *experiența subiectivă* (experiențele terapeutului în relația cu clientul), *ipoteza* (sensul pe care terapeutul îl dă în termeni de cadru teoretic distinct), *perspectiva fenomenologică* (cu accent pe conștientizare și pe observarea experienței „aici și acum”), *orientarea etiologică* (bazându-se foarte mult pe conținutul exprimării verbale a unui client, încearcă să pună accentul pe felul în care trecutul, „acolo-și-atunci” a conturat și a determinat prezentul, „aici-și-acum”);

- Focalizarea intra-psihică: relația EU-OBIECT (foarte important: înțelegerea scopului și a naturii terapiei);

- Focalizarea interpersonală: relația EU-TU (foarte important: se analizează relațiile de transfer și contra-transfer; relațiile cu părinții, cu frații, cu persoanele importante din viața clientului)

A. Evaluarea în psihoterapia integrativă

„Convingerile noastre despre natura și dezvoltarea umană au o influență puternică asupra modului în care abordăm evaluarea. Diferite școli de terapie au o varietate de criterii de evaluare, de la atenția minimă acordată patologiei în unele dintre modelele umaniste la cerința ca terapeuții să fie capabili să-și descrie clienții în termenii categoriilor psihiatrice de diagnostic (D.S.M., I.C.D.). În practica noastră, în timpul evaluărilor nu avem tendința de a-i situa pe oameni în categorii patologice precum cele definite de D.S.M., nici în tipuri de personalitate (personalitatea narcisică, borderline etc.). A face acest lucru înseamnă a nega unicitatea unei persoane pe care o întâlnim și modalitatea unică în care, în opinia noastră, fiecare persoană se relaționează cu suferința sa.

Acest lucru nu înseamnă să negăm importanța cunoașterii și aplicării cunoștințelor privitoare la tulburările psihiatrice. Dimpotrivă, abilitatea de a recunoaște indiciile și

simptomele afecțiunilor mentale este vitală și considerăm că trebuie să reprezinte o condiție pentru calificarea oricărui terapeut, inclusiv a specialiștilor în terapia integrativă.

Există o diferență radicală în privința atitudinii și abordării specifice unui terapeut care evaluează o persoană ce ar putea avea simptome obsesive sau fobice și care lucrează cu persoana respectivă și terapeutul care în evaluarea și tratamentul său se axează asupra tulburării pe care o prezintă clientul. În concepția noastră, este important să acceptăm că, mai degrabă decât să lucrăm cu o personalitate narcisică sau cu o depresie, vizăm această persoană în acest moment din viața sa, în aceste circumstanțe. Acest lucru nu presupune doar o formulare inspirată la începutul terapiei, ci și disponibilitatea terapeutului de a adapta parcursul la clientul său și de a-i arăta mai mult respect acelui client decât sistemului său de convingeri sau metodologiei oricărei teorii terapeutice” (O’Brien și Houston, 2009, pp. 180-181).

Există multe modalități de a obține informații și de a efectua o evaluare (Palmer, McMahon, 1997). Considerăm că orice modalitate bună este multidimensională.

McHugh descrie ceea ce el numește „cele patru perspective ale evaluării psihiatrice”, pe care le rezumă după cum urmează:

- Ce dificultăți și boli *are* persoana respectivă.
- Ce *este* persoana respectivă, prin prisma istoriei sociale și a tot ceea ce poate fi observat și categorizat, cum ar fi sexul, vârsta ș.a.
- Ce *face* persoana respectivă, și anume comportamentul ei pe parcursul ședinței și comportamentele despre care vorbește.
- Ce poveste, ce semnificații și valori, ce poem *spune* persoana respectivă atunci când își istorisește viața (McHugh și Slavney, 1986).

Stanton (1981) (cit. Holdevici, 2010) prezintă o abordare strategică (sistemic paradoxică) în *evaluarea disfuncției*:

- a) Simptomul trebuie privit ca un tip particular de comportament care funcționează ca un mecanism homeostatic ce reglează tranzacțiile familiale;
- b) Problemele pacienților nu trebuie desprinse din contextul în care apar și nici abordate separat de funcțiile cărora le servesc;
- c) Nu trebuie să ne așteptăm ca un individ să se schimbe prea mult, atâta vreme cât nu se modifică sistemul din care face parte;
- d) „Insight”-ul (iluminarea) în sine nu este un precursor absolut necesar al schimbării.

Scopul simptomului constă în menținerea sistemului nemodificat, înghețat în repetiții de tip „cerc vicios” sau în creșterea frecvenței comportamentelor de tip apatic sau abuziv care, în

cele din urmă, pot să destrame însuși sistemul în cadrul căruia au apărut (L'Abate, 1985, idem.). Se produce următorul fenomen: sistemul integrat într-un proces patologic își păstrează echilibrul de forțe prin faptul că elementul său cel mai slab, de regulă purtătorul de simptom, capătă putere și control asupra întregului sistem familial.

Un alt format de evaluare inițială este propus de cele două autoare integrativiste Maja O'Brien și Gaie Houston (2009, op.cit.). Evaluarea trebuie să cuprindă următoarele aspecte:

1. *Informații generale* cu privire la client (vârstă, statut marital, numărul copiilor și vârsta acestora, apartenența etnică, religioasă, orientarea sexuală...etc.). Este bine să se consemneze data primei ședințe și aranjamentele contractuale efectuate.

2. *Contextul* în care terapeutul se întâlnește cu clientul

3. *Recomandarea*: ar fi bine ca terapeutul să observe dacă este vorba despre o *autoevaluare* sau dacă clientul a fost *trimis*, de către cine și pentru ce motiv. Dacă s-a prezentat la terapeut pe baza unei trimiteri, clientul a fost implicat în această decizie sau există posibilitatea ca acesta să se simtă abandonat sau să aibă impresia că medicul anterior a renunțat la el? Modul în care este gestionată trimiterea poate avea un impact asupra clientului și este bine să fie întrebat cum se simte cu privire la faptul că a fost recomandat unui alt specialist și ce informații i-au fost comunicate.

4. *Motivul* pentru care clientul solicită ajutor. Terapeutul va nota prezentarea problemelor inițiale, în viziunea clientului, și anume, nemulțumirile și preocupările acestuia și aspectele și temele care reies de aici. Totodată, va manifesta interes față de istoricul problemelor actuale, și anume când au debutat acestea, originile lor și dacă l-au determinat pe client să apeleze la sprijin și mai înainte.

5. *Primele impresii ale terapeutului*. Acestea sunt demne de notat, incluzând înfățișarea clientului, comportamentul său, modul în care se relaționează cu terapeutul și reacțiile pe care i le provoacă.

6. *Istoricul și contextul actual*. Mai devreme sau mai târziu, terapeutul își va forma o imagine cu privire la istoricul personal și trecutul clientului, incluzând aici istoricul educațional și ocupațional. Totodată, va observa dacă aspectele legate de rasă, sex și cultură joacă vreun rol în istoricul personal și în circumstanțele actuale ale clientului. Poate că va dori să știe amănunte legate de rețeaua socială a clientului: prieteni, loc de muncă, activități din timpul liber etc.

7. *Motivația schimbării*. Faptul că un client solicită ajutor nu înseamnă întotdeauna că vrea să se schimbe. Din această perspectivă, terapeutul poate fi interesat de unele procese

intrapsihice cum ar fi deschiderea sau tendințele defensive care vor influența disponibilitatea clientului de a recepta și de a utiliza ceea ce are de oferit terapeutul.

8. *Formularea evaluării.* La finalul procesului de evaluare, terapeutul va fi capabil să-și formeze o imagine de ansamblu cu privire la ceea ce numim formularea evaluării. Aceasta se referă la interpretarea informațiilor de către terapeut. Este mai mult decât o simplă descriere a informațiilor privitoare la categoriile de mai sus – mai degrabă dezvăluie modul în care terapeutul a înțeles și a procesat aceste informații. Formularea pe scurt și concisă a ceea ce terapeutul consideră că îl afectează pe client este o aptitudine dificil de dobândit, dar importantă. Formularea evaluării va oferi un fundament pentru alegerea abordării pe care terapeutul o va adopta pentru a lucra cu clientul.

B. Contractul terapeutic, cuprinzând scopurile/obiectivele și planificarea tratamentului;

În ceea ce privește strategia de stabilire a obiectivelor, suntem în rezonanță cu obiectivele terapiei de tip ericksonian, sintetizate de Stephen Lankton și Carol Lankton (1983):

1. Abordarea structurală a sistemului din cadrul căruia face parte pacientul (psihoterapie de familie);
2. Introducerea unor modificări durabile în comportamentul individual;
3. Trasarea unor sarcini și dezvoltarea unor comportamente adecvate nivelului de vârstă al pacientului;
4. Restructurarea atitudinală (modificarea sistemului de percepții, atitudini și convingeri ale pacientului);
5. Dezvoltarea flexibilității afective și emoționale a pacientului;
6. Modificarea gândirii legate de imaginea de sine (se dezvoltă capacitatea pacientului de a anticipa modul în care va folosi noile soluții în situații variate; acesta se va imagina pe sine competent și capabil să rezolve anumite situații);
7. Utilizarea paradoxului conform căruia bucuria de viață are la bază un mare efort de autodisciplină.

Obiectivele în psihoterapia integrativă se pot formula pe principalele direcții de abordare (conform modelului relațional integrativ):

- *la nivel biologic/somatic* (ex. eliminarea/reducerea simptomelor care nu au o cauză organică evidentă, reducerea tulburărilor digestive, ameliorarea/dispariția tulburărilor de somn, ajungerea la greutatea optimă/normală etc.);

- *la nivel intrapsihic* (vizăm îndeosebi: scoaterea pacientului din criza existențială în care se află, întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului, rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului, modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature – cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu, dezvoltarea la clienți a unui sistem clar al identității personale):

- cognitiv (ex. clarificarea sau definirea problemelor; asistarea pacientului în identificarea gândurilor, imaginilor și a schemelor cognitive; eliminarea gândurilor negative disfuncționale legate de starea de boală; înțelegerea modului în care gândurile iraționale influențează trăirile emoționale și manifestările comportamentale; examinarea sensurilor evenimentelor pentru pacient; conștientizarea resurselor personale; creșterea încrederii în forțele proprii;)

- emoțional (ex. reducerea emoției negative dată de frica de boală/perspectiva sumbră; reducerea anxietății și a stărilor depresive; introducerea umorului în viața sa; abordarea cu umor a situațiilor pe care le consideră „fără ieșire”, etc.);

- comportamental/funcțional (ex. învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor cu care clientul se confruntă; mobilizarea pentru finalizarea activităților inițiate, indiferent de starea emoțională; lărgirea spectrului de activități/ reluarea activităților fizice și a unor activități care-l bine dispun (urmărirea unor filme de comedie, desene animate, ascultarea de muzică relaxantă), adoptarea unei alimentații „mai sănătoase” și reducerea cantității de cafea/alcool consumate etc.)

- *la nivel interpersonal* (urmărim modalitatea de funcționare în relațiile prezente, care îl marchează și sunt importante pentru client, de ex. modificarea opiniilor eronate ale pacienților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare; consolidarea relațiilor cu partenerul de viață/cu ceilalți membri ai familiei prin petrecerea împreună a unei perioade de timp mai mare; îmbunătățirea relațiilor cu colegii de serviciu, rude, prieteni, vecini etc.)

- *la nivel intra-cultural* (ex. reducerea sau înlăturarea dacă este posibil a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ; îmbunătățirea aspectelor legate de viața socio-profesională, în principiu; verificarea ipotezelor terapeutice în raport cu realitatea, cu contextul de viață):

- *la nivelul relației cu mediul înconjurător/ cu natura* (analiza stilului de viață și a îndeplinirii condițiilor necesare de desfășurare; analiza nevoilor, dorințelor, a stilului de viață dorit și a posibilităților legate de îndeplinirea lor; instruirea pentru un stil de viață sănătos/psihoeeducație – hrană, odihnă, aer, apă, mișcare, a fi aproape de natură și crearea unui

climat optim; planuri de armonizare și comunicare eficientă în familie și desfășurarea unor activități de petrecere a timpului liber; identificarea, planificarea și realizarea activităților considerate de clienți ca plăcute, pozitive; reducerea activităților care stimulează stări negative: ex. evitarea anumitor emisiuni Tv, în special a celor de știri) (Zamfirescu (coord.), 2009)

- la nivelul relației cu spiritualitatea/divinitatea/transcendența (ex. reducerea sentimentelor de vinovăție, de rușine, eventual “împăcarea cu Divinitatea”, “pocăința” dacă avem de-a face cu persoane excesiv de religioase etc.)

Sau, prin prisma Modelului octaedric de abordare a personalității pe care l-am propus în acest capitol, *obiectivele* (exemplificăm câteva) *se pot formula pe următoarele direcții de acțiune:*

- prin intermediul fațetei P.M. (personalitatea manifestată): adaptarea în plan extern și /sau reducerea comportamentelor disfuncționale, desfășurarea unor activități plăcute;

- prin intermediul fațetei P.A. (personalitatea autoevaluată): îmbunătățirea relațiilor cu sine (reducerea sentimentelor de vinovăție, rușine etc.), consolidarea imaginii de sine/ a forței eului (o autoapreciere adecvată a propriilor resurse, reducerea/eliminarea gândurilor distorsionate/iraționale automate referitoare la propria persoană), eliminarea convingerilor negative referitoare la propria persoană etc.

- prin intermediul fațetei P.P. (personalitatea percepută): îmbunătățirea/perfecționarea modului în care are loc cunoașterea celorlalți (cu care interacționează), astfel încât să ajungă la o cunoaștere cât mai apropiată de realitate a acestora;

- prin intermediul fațetei P.Pro. (personalitatea proiectată): conștientizarea propriilor aspecte/comportamente negative și neacceptate, astfel încât acestea să nu mai fie atribuite celorlalți (ducând în felul acesta la afectarea relațiilor interpersonale);

- prin intermediul fațetei P.I. (personalitatea ideală): stabilirea unui „ideal de sine” adecvat, în concordanță cu resursele personale și cu posibilitățile imediate de dezvoltare, astfel încât să nu ajungă la fixarea unor „ținte prea înalte”, imposibil de obținut, iar eșecul (inevitabil de altfel) să-i alimenteze sentimentul de dezapreciere a propriei persoane și de resemnare fatalistă;

C. Relația terapeutică;

Referindu-se la *relația psihoterapeutică*, I. Dafinoiu (2001) face o succintă analiză raportându-se la *relația medicală* care are cu totul alte obiective: „Într-un spital, medicii operează cu termeni categorici aflați în opoziție: normal-patologic, sănătos-bolnav. Medicul

percepe bolnavul prin intermediul unei grile ce se dorește științifică, obiectivă, care inhibă acestuia din urmă orice manifestare subiectivă, strict personală. Bolnavul nu trebuie să aibă opinii, păreri, inițiative, ezitări etc.; el trebuie să relateze fapte, să răspundă cât mai precis la întrebările puse. De altfel, interviul medical conține mai ales întrebări închise, factuale, ale căror răspunsuri nu evidențiază aproape deloc ce simte și gândește pacientul. În cadrul relației psihoterapeutice, terapeutul se interesează în primul rând de „povestea” pacientului; tăcerile, ezitățile, gesturile acestuia ori atributele și complementele utilizate de el sunt de cele mai multe ori mai importante decât faptele sau acțiunile relatate; ele evidențiază atitudini, sentimente, semnificații, cereri de ajutor etc. Clientul și terapeutul negociază sensul, semnificația, definițiile problemelor, regulile relației terapeutice; aceste reguli vor încuraja anumite comportamente și vor descuraja altele” (Dafinoiu, 2001, p.115).

Relația terapeutică presupune un spațiu „intersubiectiv”, o realitate comună, împărtășită, în continuă evoluție. Când interpretarea analistului devine un simplu exercițiu intelectual, fără vreo legătură cu întrebările fundamentale pe care și le pune pacientul, atunci terapia devine inefficientă și inutilă (Horner, 1985, apud. Dafinoiu, op.cit.).

Relația terapeutică este caracterizată ca o alianță de lucru și este descrisă ca o atitudine colaborativă și de încredere a pacientului față de terapeut, determinată de speranța pacientului că simptomatologia va fi eliminată și de acceptarea necondiționată a acestuia de către terapeut. Ea furnizează pacientului o nouă experiență emoțională și oportunitatea de a deosebi între trecut și prezent (Bergin și Garfield, 1994, apud. David, 2006, p.148). Relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică. În cazul concret al psihoterapiei cognitiv-comportamentale, ea se caracterizează prin *empatie*, *acceptare necondiționată a pacientului*, *congruență* și *colaborare*, factori validați științific (Lambert et al., 2002; 2003, op.cit.).

Putem sintetiza *rolul și atitudinea terapeutului* în terapia cognitiv-comportamentală astfel (cf. Dafinoiu, 2001, p.108):

- 1) Culege datele și efectuează analiza funcțională a comportamentelor;
- 2) Explică, informează, dedramatizează;
- 3) Definește simptomul-țintă, identifică factorii de menținere și cercetează beneficiile secundare ale acestuia;
- 4) Alege strategia terapeutică;
- 5) Stimulează motivația de participare la terapie a pacientului;
- 6) Aplică tehnica terapeutică;
- 7) Pune capăt relației terapeutice (conform contractului terapeutic).

Cercetările empirice efectuate asupra pacienților care au urmat o terapie cognitiv-comportamentală au evidențiat, în acord cu cele menționate mai sus, următorii factori care au contribuit la succesul terapiei (Sloane și Coll, 1975, apud. Dafinoiu, 2001): personalitatea terapeutului, accesul la înțelegerea problemelor lor, încurajarea în înfruntarea graduală cu situațiile dificile, posibilitatea de a vorbi despre problemele lor cuiva care înțelege, posibilitatea de a învăța să se înțeleagă pe ei înșiși.

Și în cadrul relației terapeutice din psihoterapia integrativă sunt valabile aceste constatări, mai ales că, atât domeniul comportamental, cât și cel cognitiv vizate de terapia cognitivă se regăsesc și în cadrul abordării integrative, multe dintre metode și tehnici fiind comune celor două orientări psihoterapeutice.

Motivația și expectațiile pacientului de a obține ajutor sunt elemente importante, precum și un anumit nivel de colaborare al acestuia este absolut necesar pentru succesul psihoterapiei (Holdevici, 1996). Apar dificultăți la pacienții care: se tem să-și dezvăluie gândurile și sentimentele; insistă asupra faptului că se pot descurca singuri sau consideră, dimpotrivă, că terapeutul trebuie să facă totul singur (cf. Holdevici, 2009).

Ca principiu de lucru, în cazul depresiei, este indicat să se realizeze abordarea pacientului într-o manieră asertivă: terapeutul nu poate să-și permită să aștepte ca pacienții să manifeste inițiativă și să fie motivați pentru tratarea simptomelor; în același timp, el trebuie să conștientizeze faptul că o abordare asertivă poate fi considerată de către pacienți ca intruzivă. Din aceste motive, terapeutul va trebui să facă eforturi să-i atragă pe pacienți să se angajeze activ în demersul terapeutic, să le câștige încrederea și colaborarea, ținând seama de nevoile acestora. Această abordare de tip asertiv trebuie să contribuie la formarea și consolidarea alianței psihoterapeutice și la creșterea complianței față de tratament. (Holdevici, 2005, p.374).

O componentă foarte importantă a relației terapeutice, după părerea noastră, care n-ar trebui ignorată, este umorul. Acesta trebuie folosit cu tact însă pentru că nu oricine are simțul umorului dezvoltat, iar cei cu anumite dificultăți psihologice sunt cu atât mai vulnerabili; pentru o relație terapeutică armonioasă și eficientă, terapeutul nu trebuie nicio clipă să lase impresia că “râde de pacient sau că râde pe seama lui”...

Umorele nu este doar cel mai adaptat mecanism de apărare; el poate fi și o importantă resursă de vindecare, de “schimbare a perspectivei” prin care sunt interpretați stimulii amenințători!

Hickson se referă la patru terapeuți care au raportat o corelație între aprecierea umorului și nivelul forței eului și folosirea răspunsurilor umoristice ca important indicator diagnostic al

schimbării pacientului - mai ales în *depresie* (Haig, 1986). Pe aceeași linie, Nussbaum și Michaux (Cassel, 1994) consideră răspunsul la umor ca valoros indicator diagnostic al schimbării pacientului și încă - mai ales la pacienții depresivi, umorul e util în:

- a. diagnosticul profunzimii depresiei la începutul terapiei;
- b. observarea unui răspuns timpuriu al depresiei;
- c. obținerea unui prognostic asupra evoluției terapiei;
- d. obținerea unor indicații prețioase de la pacient în legătură cu dinamica ce stau la baza depresiei lor.

Datele empirice ne spun, mai întâi, că există o interacțiune semnificativă între tipul de umor preferat și personalitatea pacienților: *cei depresivi și obsesivi pot avea dificultăți în acceptarea invitațiilor umoristice de a-și schimba viziunea neagră asupra vieții* (Rosenheim, 1974). Greenwald găsește, pe de altă parte, că *râsul e incompatibil cu depresia* (apud. Dimmer, Carroll, Wyatt, 1971):

Importantă pentru *concepția integrativă în psihoterapie este centrarea pe co-creație a relației terapeutice ca un eveniment interacțional la care ambele părți participă*. Nu este o relație unilaterală unde o parte „îi face ceva” celeilalte, în timp ce cealaltă este doar un recipient pasiv...ci, mai degrabă, un proces relațional construit în colaborare, ce evoluează constant, la care, atât terapeutul cât și clientul contribuie în aceeași măsură. *Vindecarea și schimbarea au loc numai în și prin relația co-construită între terapeut și client, evoluând de-a lungul timpului*. Relația terapeutică este văzută ca un proces dinamic între două persoane în interacțiune reciprocă în cabinetul de terapie, întotdeauna o confruntare unică din cauza individualității persoanelor implicate. Este o vedere bilaterală a procesului terapeutic, recunoscând că și clientul va avea un impact asupra tratamentului în mod constant (Evans, Gilbert, 2009).

Se creează astfel premisele lucrului cu transferul și contratransferul în psihoterapia integrativă.

Conceptul de transfer descrie experiența observabilă de zi cu zi și, anume, că pacientul transferă asupra analistului sentimente, dorințe, agresivitate, atracție sexuală sau frici, care au fost inițial legate de persoanele cu care a fost în relații primare sau de alți oameni din preajma lui, sau chiar de sine însuși și, prin aceasta, face din terapeut o persoană de conflict.

În cazul în care sunt *proiectate* emoțiile, afectele asupra terapeutului, acesta nu trebuie să încerce să le scoată din cap temerile, ci, dimpotrivă, să-i încurajeze să se confrunte cu această „nonpersoană”, să-i arunce în față furia și dezamăgirea lor, demolându-l, asaltându-l, făcându-i curte, făcându-i reproșuri, protestând cu ciudă, înjurându-l, plângând, îmbufnându-

se, dorind, sperând și jelind, pacientul își descarcă afectele adunate din copilăria timpurie, își împacă treptat trauma și își demontează emoțiile neîndeplinite.

„Depresia este strigătul tăcut după iubire” (Deiter, 1986) și „încercarea de a face imposibilul posibil”! (Jacobson, 1971).

În literatura psihanalitică se consideră că depresia își are cauzele, încă din primul an de viață, în dorința nesatisfăcută de simbioză, în nesatisfacerea sau satisfacerea deficitară a pulsioniilor orale (Gerö, 1936, Bowlby, 1951, Kuipers, 1966, Lidz, 1968, Irle, 1974). „Într-o diadă armonioasă mamă-copil, doar unul dintre parteneri are voie să aibă dorințe, interese și nevoi. Mama trebuie să fie acolo în întregime pentru copil și să realizeze, prin îngrijirea și disponibilitatea «iubirii primare», un climat afectiv în care să se producă «o întâlnire armonioasă» între copil și lume, într-o bunăstare lipsită de tensiuni” (Balint, 1968, apud. Stiemerling, 2006, p.44).

Tot referitor la persoana clientului merită să amintim, în trecere, de rezistența acestuia la tratament. Rezistența (în sens larg) poate fi descrisă drept orice modalitate de comportament a pacientului care perturbă travaliul analitic, încetinește procesul terapeutic sau îl face imposibil (de ex.: tăcere în loc de asociere, întârziere la ședințe, trecere la act în loc de verbalizare, uitarea viselor, ascunderea unor circumstanțe de viață importante, punerea între paranteze a unui întreg domeniu al existenței, cum ar fi sexualitatea, de pildă etc.).

Dietmar Stiemerling considera că așa-numitele „rezistențe” nu sunt perturbări nedorite ale procesului analitic. „Fiecare pacient se comportă absolut consecvent conform cu structura sa psihică internă. Fiecare dintre manifestările vieții sale este pentru psihologul avizat un mesaj plin de semnificație, chiar atunci când, privit superficial, pare să prejudicieze scopul spre care tinde terapia. La o analiză mai exactă, încercările de fugă sau de mascare, acțiunile de sabotare sau manevrele de ocolire ale pacienților, dezvăluie chiar punctele lor sensibile”. Atunci când li se acordă o atenție deosebită ajungem negreșit în zona anxietății și narcisismului lezat al pacienților” (Stiemerling, 2006, p.31).

Pe lângă acestea, un accent deosebit în relația terapeutică se pune și pe puterea contratransferului - ca resursă terapeutică. Terapeutul este pus în fața provocării de a se aduce pe sine complet în cameră și de a se ocupa în mod direct cu impasurile relaționale care apar între el și client. Aceasta necesită monitorizarea permanentă a răspunsurilor noastre în relație cu procesul desfășurat și o decizie asupra a ceea ce este folositor de împărtășit în interesul vindecării clientului. Nu există reguli ușoare în această privință, un punct pe care Maroda (1991) îl evidențiază foarte bine; depinde mai mult de atenția continuă din partea terapeutului asupra propriului său contratransfer și asupra a ceea ce el ar putea învăța de aici, combinat cu

o atenție respectuoasă și plină de grijă față de răspunsurile clientului la terapie. Uneori, terapeutul poate folosi conștientizarea propriului său contratransfer indirect pentru a înțelege lupta clientului mult mai clar și, uneori, terapeutul poate alege revelația de sine ca o opțiune mult mai puternică și indicată.

Așa cum există „rezistențe” ale pacientului, în literatura de specialitate întâlnim menționate și rezistențe ale terapeutului.

Rezistențele manifestate de terapeut față de luarea la cunoștință a reacțiilor contratransferențiale, respectiv față de dezvoltarea acestora, țin în bună măsură de acele „convingeri iraționale” formulate sub formă de prescripții imperative, pe care le dezvoltăm față de rolurile noastre profesionale. Cele mai importante dintre acestea au fost cuprinse de Wiliams (1992) în următoarea listă (apud. Dafinoiu și Vargha, 2005, p.202):

- a) Trebuie să am succes cu toți clienții mei.
- b) Dacă voi eșua, asta înseamnă că nu am suficiente cunoștințe.
- c) Fiecare ședință terapeutică trebuie să se desfășoare ca la carte.
- d) Eu sunt responsabil pentru starea de bine a clientului meu.
- e) Toți clienții mei trebuie să mă trateze cu respect și afecțiune.
- f) Trebuie să fiu un terapeut mai bun decât oricine altcineva.
- g) Ca terapeut trebuie să știu în oricare moment al terapiei ce am de făcut.
- h) Ca terapeut nu pot prezenta problemele mele emoționale.
- i) Nu pot nutri sentimente negative față de clienții mei.
- j) În nici un caz nu-mi pot permite să ajung în situația de a judeca greșit sau de a acționa greșit în văzul clienților mei.

Așadar, reținem atenția care trebuie acordată trăirilor „interne” ale terapeutului ca o resursă de preț în procesul terapeutic din cabinet!

“Nu poate fi stabilită o relație adevărată dacă nu sunt înțelesuri comune” (Hycner, 1991, p.135). Atât terapeutul, cât și clientul aduc relației propriile principii de organizare, dezvoltate pe parcursul timpului de către fiecare și care vor contura percepția unor evenimente (Stolorow și Atwood, 1992, p.25) acestea interferând în confruntarea terapeutică. Persoana terapeutului nu poate fi neutralizată, este unică, iar unicitatea sa va influența procesul.

„Totalitatea experienței celui analizat și a analistului este un amestec inter-subiectiv. Astfel, experiențele analistului sunt generate, prin definiție, de către o mixtură psihic-conținută de către două minți” (Mitchel și Aron, 1999, p.460).

Reciprocitatea nu implică o dispariție a rolului terapeutic sau a sarcinilor din partea terapeutului, ci este mai degrabă o conștientizare a faptului că două persoane nu pot fi într-o

întâlnire una cu cealaltă fără a avea impact sau a fi influențat de către celălalt (Maroda, op.cit.).

Într-o perspectivă „co-creațională” a relației (conf. Evans și Gilbert), fiecare dintre parteneri contribuie în mod constant la relație, fie că își dă seama de aceasta sau nu. Nu există o interacțiune neutră, iar fluxul dintre cele două persoane schimbă natura relației într-un proces continuu de influență reciprocă. Maniera în care terapeutul interacționează cu clientul va fi, într-o anumită măsură, influențată de fundalul specific al formării terapeutului.

În procesul terapeutic este deci important să fim deschiși la mesajele filtrate prin rămășițele inconștientului relațional. Pot apărea fie de la terapeut, fie de la client, în mai multe forme ca: vise, fantezii, distrageri, preocupări obsesive, simptome fizice sau alte forme de manifestare. Psihoterapeuții relaționali (integrativi, n.n.) vor fi atenți în mod special la aceste fenomene, furnizând, pe cât posibil, insight-uri în momentele din terapie ce par a fi „împotmolite” (Evans, Gilbert, 2010, p.72).

D. Desfășurarea terapiei

Terapia unui sindrom depresiv se face prin investigarea cauzelor; dacă avem însă de-a face cu o situație limită, ca de exemplu gânduri/tentativă de suicid, după începerea tratamentului psihiatric (cu sau fără spitalizare), intervenția noastră terapeutică se va focaliza în primă instanță pe „stabilizarea” stării emoționale a pacientului.

Pentru psihoterapia unei depresii acute/nevrotice sunt foarte importante *măsurile-suport* orientate pragmatic: „un fel de ajutor pentru supraviețuire”.

În mare, activitățile pe care se pune accentul în psihoterapie pentru a trata o depresie în fază acută sunt cele de mai jos:

a. Abordarea prin discuție (ascultarea empatică a pacientului pentru a-și înțelege suferința)

b. Explicații oferite pacientului despre boală: ce simptome și manifestări afective pot să fie asociate; să-i asigurăm pe pacienți că „suferă de o boală adevărată” și, datorită acestui lucru, au tot dreptul să-și ia „rolul de bolnav”.

c. Retragerea temporară din activități: nu trebuie să le solicităm sau să așteptăm performanțe; să-i scutim de decizii pe care nu le pot lua singuri „în starea în care se află”; să nu-și impună să facă treburi, ci doar să „primească” („Acum este momentul să vă răsfățați, destul v-ați dedicat altora!”).

d. Exercițierea funcției de „suport”/susținere:

- ✓ Psihoterapeutul trebuie să preia o parte din funcția parentală (mai ales la începutul terapiei) și să-i ofere pacientului protecția și siguranța, căci „se află întotdeauna aici pentru el”;
- ✓ Se poate permite pacientului să sune și în afara ședințelor, în situații de criză, cu respectarea unei anumite ore stabilite!
- ✓ Psihoterapeutul trebuie să se intereseze de alimentația clientului, de preferințele sale, de programul cotidian, poate face propuneri pentru anumite activități cu scop recreativ, se oferă să vorbească cu membrii familiei pentru a-i face să înțeleagă boala pacientului etc.

e. Perspectiva pozitivă asupra bolii: căutarea unui „sens”, a semnificațiilor celor întâmplate. Boala reprezintă un semnal, un strigăt de ajutor pentru a se produce o schimbare a existenței de până atunci. Perspectiva pozitivă asupra viitorului îi poate reda speranța!

După depășirea fazei „depresiei acute”, D. Stiemerling (2006) consideră necesară o *psihoterapie individuală analitică* pentru a elabora conflictul nevrotic și stările de lipsă ancorate în structura personalității sale. Conceptul de „depresie” cuprinde o complexă configurație și implică manifestări *emoționale, cognitive, motivaționale și somatice*. Depresia cuprinde toate teritoriile și structurile psihismului (pulsuni, emoții, voință, gândire), inclusiv funcționarea corporală (Stiemerling, op.cit.).

.....tocmai de aceea preferăm o abordare psihoterapeutică integrativă a depresiei!

Abordarea integrativă se conturează într-o perspectivă mai largă care include *trecutul, prezentul și viitorul*. Dacă accentul s-ar pune pe trecut și-ar pierde caracterul direct al momentului prezent, incluzând semnificația influențelor contextuale de mediu; Accentul care se pune pe experiența imediată nu ar permite continuitatea experienței sale de-a lungul timpului (Melnick și Nevis, 1992).

Interesul nostru este în suma experiențelor curente „aici-și-acum”, adică relația terapeutică. Trecutul este relevant pentru felul în care pacientul a ajuns la prezent. Cercetările au indicat faptul că *speranța în și pentru viitor, incluzând speranța în munca terapeutică, este un ingredient esențial în rezultatul psihoterapiei* (Yalom, 1995, Cooper, 2000; Hubble ș.a., 2000).

Experiența clientului, comportamentele funcționale și disfuncționale, pot fi analizate cu ajutorul așa-ziselor „zone de timp”, stabilite de Gory Yontef (1988): *aici-și-acum* (în cabinetul de psihoterapie); *acolo-și-acum* (viața clientului în afara terapiei), *aici-și-atunci* (ceea ce s-a întâmplat în cabinetul de terapie acum câteva momente, zile, săptămâni), *acolo-și-atunci* (trecutul clientului, contextul din care reiese înțelesul).

Multiplele abordări în psihoterapie diferă în funcție de gradul în care terapia este privită ca un proces relațional reciproc de vindecare și în măsura în care este privită, mai exclusiv, ca și oportunitate pentru client să obțină insight-uri în lumea sa interioară, să înțeleagă tiparele sale greșit adaptate, să-și înfrunte gândurile negative sau să-și schimbe comportamentele cu ajutorul terapeutului – ca fiind cel care dirijează terapia. Considerăm, în acord cu Evans și Gilbert, că *interacțiunea între lumea interioară a clientului și relația dintre client și ceilalți, mai ales cu terapeutul, atunci când el este în contextul terapeutic, este inseparabilă*. În procesul dialogului terapeutic, va fi nevoie de o *balanță între o concentrare asupra interacțiunii dintre terapeut și client și o concentrare pe lumea interioară a clientului*, “între relațiile interne obiective și relațiile externe obiective” (Aron, 1999, cit. Evans și Gilbert, 2010, p.74).

Terapia se poate desfășura fie alegând unul dintre cele două modele prezentate (*Modelul relațional integrativ*, propus de Evans și Gilbert sau *Modelul octaedric de abordare a personalității*, propus de mine), fie îmbinând cele două modele (mai ales că există și domenii comune de „acoperire terapeutică”).

În primele ședințe vom avea în vedere:

- Conștientizarea dificultăților/problemelor în *relațiile sinelui: cu propriul corp* (nivelul biologic), *cu sinele* (nivelul intrapersonal), *cu ceilalți* (nivelul interpersonal), *cu mediul socio-cultural/profesional* (nivelul intra-cultural), *cu mediul înconjurător* (nivelul ecologic), *cu transcendența* (cu spiritualitatea, cu religia etc.).

- Conștientizarea aspectelor disfuncționale/ problematice subscrise fațetelor personalității (*manifestată, autoevaluată, percepută, proiectată, ideală*), precum și evaluarea gradului în care individul consideră că viața îi este „afectată”.

Metode și tehnici care pot fi integrate în terapie (bineînțeles că acestea nu sunt exclusive – dăm doar câteva exemple, paleta lor fiind mult mai largă; teoretic, la modul ideal, terapeutul poate utiliza tehnici terapeutice din toate școlile de terapie, cu condiția ca acestea să fie adaptate clientului și obiectivelor propuse în cadrul terapiei și...să fie bine cunoscute de terapeut!):

- *la nivel corporal* (exerciții de respirație; relaxarea psiho-fizică; relaxarea musculară progresivă; antrenamentul autogen Schultz; inducție hipnotică; desensibilizarea sistematică)

- *la nivel intrapsihic* (sau pentru abordarea fațetelor personalității autoevaluate, ideale, și manifestate și consolidarea Eului/conștiinței de sine):

✓ cognitiv: tehnicile de restructurare cognitivă (**a.** *explicarea demersului terapeutic pacientului*; **b.** *observarea gândurilor automate* – răspunsuri la

întrebările directe ale terapeutului, vizualizarea mentală a evenimentelor ce au provocat trăirile negative, jocul de rol; **c. autoînregistrarea gândurilor automate**; **d. confruntarea cu realitatea** – provocarea gândurilor negative și invalidarea lor prin anumite experimente comportamentale sau prin reevaluarea reprezentărilor catastrofice; **e. producerea de răspunsuri cognitive alternative**; **f. autoevaluarea gândurilor și a emoțiilor**; **g. alte tehnici** cum ar fi – reatribuirea responsabilităților, redefinirea, decentrarea; **h. abordarea schemei cognitive** – căutarea „numitorului comun” al gândurilor disfuncționale înregistrate, tehnica săgeții descendente, scalele de atitudini disfuncționale, metoda autoexpunerii, tehnica analizei alternativelor); tehnici de distragere (**a. concentrarea asupra unui obiect**; **b. exerciții de conștientizare senzorială**; **c. exerciții mintale**); identificarea și adresarea de provocări convingerilor negative; evaluarea consecințelor menținerii gândurilor și comportamentelor dezadaptative; adoptarea unui model de percepere și interpretare a realității adecvat; pregătirea pentru viitor; inducția hipnotică; sugestiile directe și indirecte; antrenamentul mintal; asociațiile libere; analiza viselor; analiza transferului, contratransferului și rezistențelor; analiza egoului; interpretările și prelucrările asupra materialului produs de pacient; centrarea pe soluții și resurse; intervenții asupra schemelor comportamentelor-simptom; sublinierea aspectelor pozitive în comportamentul pacientului și evidențierea progreselor obținute în cadrul terapiei; analiza tranzațiilor și jocurilor psihologice, analiza și modificarea scenariului de viață, etc.

✓ emoțional: (ex. desensibilizarea sistematică; provocarea rezistenței la schimbare prin tehnici paradoxale – dacă se pretează!; „imagerie dirijată” în stare de relaxare; sugestii directe și indirecte; reformulări; reflectarea sentimentelor clientului; metafore și povești terapeutice; exerciții de autosugestie; introducerea treptată a umorului în viața clientului: abordarea cu umor a situațiilor pe care le consideră „fără ieșire”; însușirea unor tehnici de relaxare și de depășire a situațiilor tensionate; utilizarea modificărilor de dispoziție; asociațiile libere, analiza viselor, analiza transferului, contratransferului și rezistențelor, analiza egoului, interpretările și prelucrările asupra materialului produs de pacient, cultivarea emoțiilor pozitive; susținerea efectivă a pacientului pentru a depăși teama de schimbare (se pot teme de consecințele schimbării, de faptul că vor eșua în rezolvarea problemei lor etc.); pacientul trebuie încurajat să-și asume responsabilitatea schimbării în sfera comportamentului și să conștientizeze faptul că are capacitatea de a acționa

independent, cât și suficiente resurse care să-i permită schimbarea; crearea unui climat afectiv pozitiv în timpul ședinței de psihoterapie; suspendarea evaluărilor critice la cele relatate de pacient; tehnica aversivă, restructurarea atitudinală;

✓ comportamental/funcțional: (ex. observarea directă a comportamentelor clientului; jocul de rol; tehnica stingerii comportamentelor nedorite, învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor; experimentări diverse în sfera comportamentelor clientului, tehnica desensibilizării sistematice, tehnica asertivă, analiza acțiunilor pacientului; monitorizarea comportamentelor/gândurilor disfuncționale; „testarea în realitate” a convingerilor disfuncționale; monitorizarea autocontrolului; monitorizarea activităților și implicarea în activități cât mai plăcute; planificarea activităților, împărțirea activităților în sarcini concrete mai mici; construirea de liste cu situații stresogene; antrenamentul asertiv; menținerea și amplificarea schimbării terapeutice; adoptarea unui stil de viață sănătos, reducerea consumului de cafea, alcool etc; vizionarea desenelor animate în timpul liber sau a filmelor de comedie, ascultarea unei muzici plăcute, relaxante, de calitate; renunțarea la emisiunile tv. de știri, dezbateri politice etc. și citirea doar a știrilor în domeniile de interes.

- *la nivel interpersonal* (sau pentru abordarea fațetelor personalității: percepute, proiectate, manifestate): tehnica asertivă, consolidarea relațiilor cu partenerul/-a de viață prin petrecerea împreună a unei perioade de timp mai îndelungate în care să desfășoare activități în comun; îmbunătățirea relațiilor cu rudele, prietenii, colegii de serviciu, vecinii etc.

- *la nivel intra-cultural* (sau pentru abordarea fațetelor personalității: autoevaluate, ideale, percepute, proiectate, manifestate) (ex. legătura cu viața socio-profesională – să facă schimbări dacă e cazul!):

- *la nivelul relației cu mediul înconjurător/ cu natura* (sau pentru abordarea fațetelor personalității autoevaluate, ideale, manifestate) (desfășurarea unor activități în aer liber, excursii, călătorii, adoptarea unui animal de companie etc.)

- *la nivelul relației cu spiritualitatea/divinitatea/transcendența* (sau pentru abordarea fațetelor personalității autoevaluate, ideale, manifestate și pentru consolidarea Eului/conștiinței de sine) (analiza existențială, logoterapia, lectura unor lucrări pe teme spirituale, meditația, rugăciunea, alte practici religioase etc.)

Un capitol aparte din cadrul psihoterapiei îl reprezintă **temele pentru acasă**, care au menirea să-l ajute pe pacient să-și însușească tehnici de ajutorare. Ele sunt utile dacă:

- urmează logic ceea ce s-a petrecut în timpul ședinței de psihoterapie;

- sunt precis și concret definite, astfel încât succesul să fie ușor de înregistrat;
- au o bază logică, înțeleasă și acceptată atât de terapeut, cât și de pacient;
- sunt definite ca situații din care nu se pierde nimic, pentru că se învață chiar dacă scopul nu a fost atins.

E. Încheierea terapiei

Deși cea mai mare parte a muncii este efectuată în etapa de mijloc a terapiei, *finalul*, ca și începutul, merită o atenție specială. Modul în care este gestionat va influența în mod hotărâtor capacitatea clientului de a utiliza în folosul său toată munca desfășurată.

Sporirea încrederii în perceperea sau efectuarea într-un mod diferit a lucrurilor poate constitui un semnal cu privire la faptul că s-au realizat suficiente progrese și că terapia se poate încheia. E timpul să se analizeze dacă a avut loc vreo schimbare, să se evalueze cum anume a survenit aceasta și să se efectueze o pregătire pentru ceea ce va urma.

Ward (1989) (apud. O'Brien și Huston, 2009, p.189) enumeră șapte aspecte ce trebuie avute în vedere pentru a evalua cât de pregătit este clientul să încheie terapia:

1. Se observă dacă problemele sau simptomele inițiale au fost reduse sau eliminate.
2. Se stabilește dacă stresul care l-a motivat pe client să apeleze la consiliere s-a diminuat.
3. Se evaluează dacă a sporit capacitatea clientului de a face față problemelor personale.
4. Se evaluează amplificarea nivelului de înțelegere și de valorizare a sinelui și a celorlalți.
5. Se observă nivelurile superioare de relaționare cu ceilalți, de a iubi și de a fi iubit.
6. Se evaluează capacitățile sporite de a planifica și de a lucra productiv.
7. Se evaluează creșterea capacității clientului de a se distra și de a se bucura de viață.

La rândul său, Liegner (2003) (cf. Dafinoiu și Vargha, 2005, p.165) prezintă *criteriile de vindecare* pe baza cărora putem stabili încheierea procesului terapeutic:

- Clientul prezintă o stare bună de sănătate;
- Clientul se folosește constructiv de ședințele terapeutice pentru a înțelege modul de funcționare a propriei persoane, respectiv a celorlalți;
- Acoperă confortabil toate temele relevante – trecutul, prezentul, visele, viața sexuală, tratamentul -, producând, prin scrutarea acestora, efectele terapeutice scontate;
- Visele clientului reflectă probleme oedipale și preoedipale rezolvate;

- Clientul prezintă capacitatea de a-și trăi stările emoționale, respectiv de a-și utiliza sentimentele, judecata, educația și experiențele personale pentru a lua decizii constructive;
- În procesul comunicării, clientul spune ceea ce dorește într-adevăr să transmită (clientul este congruent în comunicare);
- Clientul și-a dezvoltat capacitatea de a tolera în egală măsură bucuria și suferința;
- Atât persoanele apropiate (partenerul, rudele, prietenii), cât și terapeutul apreciază clientul ca fiind o persoană matură.

Liegner recunoaște că acestea definesc o stare de perfecțiune ce nu poate fi atinsă în mod real, dar ele reprezintă repere utile în decizia de a continua sau încheia psihoterapia.

Ca terapeuți, trebuie să reflectăm împreună cu clientul dacă obiectivele asupra cărora am fost de acord au fost atinse sau nu, *ce anume este diferit acum, ce se simte diferit și ce anume a contribuit la acest lucru*; totodată, trebuie să medităm la ceea *ce trebuie să se întâmple pentru ca schimbarea să fie menținută*.

La fel de importantă este și luarea în considerare a modului în care se simte clientul în raport cu încheierea relației cu terapeutul.

„În mod inevitabil, finalurile și despărțirile sunt asociate cu problematica despărțirii și a pierderii, iar oamenii au tendința să evite aceste lucruri. Chiar și atunci când este clar că oamenii se despart, cei implicați își spun de obicei: *Mai veniți în vizită!*; *Ne mai vedem!*; *Ținem legătura!* și așa mai departe. Terapia se poate încheia atunci când are loc o întâlnire matură EU-TU, când ambii interlocutori se întâlnesc „pe același nivel” undeva „la mijloc”, când niciunul nu controlează relația și nu influențează pe celălalt. Întâlnirea este spontană, sinceră, emoționantă. Lynne Jacobs apreciază că „EU-TU” este cea mai înaltă formă de comunicare” (Jacobs, 1989).

Personal consider că foarte importante în acest moment sunt: *percepția subiectivă* (de către client) *a modului de îndeplinire a obiectivelor și a obținerii stării de bine subiectiv*, precum și *percepția timpului necesar obținerii progreselor/schimbării*.

Fără a avea pretenția că modelul propus de abordare terapeutică integrativă a depresiei este cel mai potrivit (cel mai mult contează adaptarea intervenției la client), îmi exprim speranța că lupta cu depresia nu se va termina aici.

Bibliografie:

- BECK, A.T., RUSH, A.T., SHAW, B.F., (1979). *Cognitive Therapy of depression*. Guilford Press. New York
- BERGIN, A.E. and GARFIELD, S.L., (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley, New York.
- CARMIN, C. N., DOWD, E. T. (1988). *Paradigms in Cognitive Psychotherapy. Developments in cognitive therapy*. Ed. Dryden, P. Sage Publications, London.
- CASSEL, J.L., (1994). „The Function of Humor in the Counseling Process”, in *Rehabilitation Counseling Bulletin*, No. 17.
- CEAUȘU, V., (1983). *Autocunoaștere și creație*. Editura Militară, București
- COOPER, S.H., (2000). *Objects of Hope*, Hillsdale, N.J.: The Analytic Press
- COTTRAUX, J., (2003). *Terapiile cognitive. Cum să acționăm asupra propriilor gânduri*, Editura Polirom, Iași
- CHAMPION, L. A., POWER, M. J. (1995). *Social and cognitive approaches to depression: towards a new synthesis*. British Journal of Clinical Psychology, 34, 485-503.
- CREȚU, T. (2001). *Psihologie Generală*. Editura Credis, București
- DAFINOIU, I., (2001). *Elemente de psihoterapie integrativă*, Editura Polirom, Iași.
- DAFINOIU, I. și Vargha, J.-L., (2005). *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*, Editura Polirom, Iași.
- DAVID, D., (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Editura Polirom, Iași.
- DIMMER, S.A., Carroll, J.L. and Wyatt, G.K., (1971). „Uses of Humor in Psychotherapy”, in *American Journal of Psychiatry*, No. 128:7.
- DINU, V., (2011). „Personalitatea managerilor: Modelul octaedric”, în: Ciurea, A.V., Ciubotaru, V.G., Avram, A. (coord.): *Management în unitățile medico-sanitare*, Editura Universitară, București (pp. 158 - 184).
- DROBOT, L., (2009). *Psihoterapie integrativă. Fundamente*. Editura V&I Integral, București.
- DROBOT, L. și POPESCU, O.M., (2013). *Manual de Psihoterapie integrativă*. Editura Didactică și Pedagogică, București.
- EVANS, K.R. și GILBERT, M.C., (2010). *Introducere în Psihoterapia Integrativă*, Editura „Liber Mundi”, Craiova.
- FOSHA, D., (2004). „Brief Integrative Therapy Comes of Age: A Commentary”, *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 14, no.1, pp. 66-92.

- HAIG, R.A., (1986). „Therapeutic Uses of Humor”, in *American Journal of Psychotherapy*, vol. XL, No. 4.
- HOLDEVICI, I., (1996). *Elemente de psihoterapie*, Editura All, București.
- HOLDEVICI, I., (2000): *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Orizonturi, București
- HOLDEVICI, I., (2005): *Psihoterapia cognitive-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim*, Editura Științelor Medicale, București
- HOLDEVICI, I., (2007). *Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale*, Editura Dual Tech, București.
- HOLDEVICI, I., (2009). *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Trei, București.
- HOLDEVICI, I., (2010). *Psihoterapia un tratament fără medicamente*, Editura Universitară, București.
- HORNER, A.J. (1985). *Treating the Oedipal Patient in Brief Psychotherapy*, New York, London, Jason Aronson.
- HOWE, D., (1993). *On Being a Client: Understanding the Process of Counselling and Psychotherapy*. Londra: Sage.
- HUBBLE, M.A., DUNCAN, B.L. and SCOTT, D.M. (2000). *The Heart and Soul of Change*, Washington, D.C. APA
- HYCNER, R. (1991). *Between Person and Person*. New York: The Gestalt Journal Press
- JACOBS, L. (1989). „Dialogue in Gestalt Theory and Therapy”, *Gestalt Journal*, 12 (1), pp. 25-68
- JACOBSON, E., (1971). „Depression”, Suhrkamp, Frankfurt am Main
- JORGENSEN, C.R., (2004). „Active Ingredients in Individual Psychotherapy. Searching for Common Factors”, *Psychoanalytic Psychology*, vol. 21, no. 4, pp. 516-540.
- KIELHOLZ, P. (1984). „Interview”, in *Psychologie heute*
- LAMBERT, M.J., BARLEY, D.E. (2002), „Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome”, în John C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, 17-32, Oxford University Press, New York.
- LAMBERT, M.J., OGLES, B.M. (2003). „The efficacy and effectiveness of psychotherapy”, în M.J. LAMBERT (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Willey, New York.

- LANKTON, C.H., LANKTON, S.R., (1983). *The Answer within: A Clinical Framework of Ericksonian Hypnotherapy*, Brunner/Mazel, Publishers, New York.
- LEAHY, R.L., HOLLAND, S.J., (2010). *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate*, Editura ASCR, Cluj-Napoca
- LIEGNER, E., (2003). „The Question of Termination in Modern Psychoanalysis”, *Modern Psychoanalysis*, vol. 28, iss.1, pp. 119-132.
- MALNICK, J., NEVIS, S.M. (1992). *Gestalt Therapy: Perspectives and Applications*, New York: Gestalt Institute of Cleveland, Gardner Press.
- MAMALI, C. (1974). *Intercunoaștere*. București, Editura Științifică
- MARODA, K.J. (1991). *The Power of the Countertransference*. New York: Jason Aronson.
- MCHUGH, P., SLAVNEY, P., (1986). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press
- MITCHELL, S.A. and ARON, L. (eds.) (1999). *Relational Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- O'BRIEN, M. și HOUSTON, G., (2009). *Terapia Integrativă. Ghid practic*. Editura Polirom, Iași.
- ORLINSKY, D.E., GRAW, K. & PARKS, B. (1994). „Process and outcome in psychotherapy – noch einmal”, in Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (ed. a-IV-a). New York: John Wiley.
- PALMER, S., MCMAHON, R. (ed.) (1997). *Client Assessment*. Londra: Sage.
- PETERSON, C., MAIER, S.F., SELIGMAN, M.E., (1993). *Learned helplessness*. Oxford University Press.
- POWER, M., DAGLEISH, T. (1997). *Cognition and Emotion – from order to disorder*. Psychology Press, London.
- ROSENHEIM, E. (1974). „Humor in Psychotherapy: An Interactive Experience”, in *American Journal of Psychotherapy*, No. 28.
- SCHULTZ, D., (1986). *Theories of Personality*. Third edition, Wadsworth Inc. Belmont, California.
- STERN, D.N., SANDER, L.W., NAHUM, J.P., HARRISON, A.M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., BRUSCHWILER-STERN, N. & TRONICK, E. (The Process of Change Study Group), (1998). „Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the «something more» than interpretation”, *International Journal of Psychoanalysis*, 79: 903-921.

- STIEMERLING, D. (2006). *10 abordări psihoterapeutice ale depresiei. Modele explicative ale psihologiei abisale și concepte terapeutice asupra depresiei nevrotice*. Editura Trei, București.
- STOLOROW, R.D. and ATWOOD, G.E. (1992). *Contexts of Being*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- ȘCHIOPU, U., (coord.). (1997). *Dicționar enciclopedic de psihologie*, Editura Babel, București.
- WARD, D.E., (1989). „Termination of individual counselling: concepts and strategies”, in Dryden, W. (ed.), *Key Issues for Counselling in Action*. Londra: Sage.
- WILLIAMS, J.M.G., WATTS, F. N., MACLEOD, C., MATHEWS, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*, John Wiley.
- WILLIAMS, J.M.G., OAKFORD, M. (1992). „Cognitive Science Anxiety and Depression. From Experiments to Connectionism”, *Cognitive Science and Clinical Disorders*. Academic Press, London.
- WILLIAMS, J.M.G., (1992). *The Psychological Treatment of Depression*, Routledge, London.
- YALOM, I.D., (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (4th edition). New York: Basic Books
- YONTEF, G.M., (1988). „Assimilating Diagnostic and Psychoanalytical Perspectives into Gestalt Therapy”, *Gestalt Journal*, 11 (1), pp. 5-32
- ZAMFIRESCU, V.D. (coord.), (2009). *Povestiri de psihoterapie românească. 19 cazuri inedite*, Editura Trei, București.
- ZLATE, M., (1997). *Eul și personalitatea*. Editura Trei, București.
- ZLATE, M., (2000). *Fundamentele psihologiei*. Editura Pro Humanitate, București.