

Vrei sa mergi la terapie? Ce se intampla si ce nu trebuie sa se intample in primele sedinte de terapie

Mavru Ana

În ziua de azi psihoterapia începe să se extindă și să prindă valoare din ce în ce mai mult. Dacă unii merg la terapeut doar pentru că e la modă sau dintr-o simplă curiozitate, alții merg pentru a se înțelege pe ei înșiși și a-și rezolva conflictele interioare sau exterioare ce țin de mediul înconjurător și de persoanele cu care sunt în relația de familie, prietenie sau la locul de muncă ca și angajat.

Primele ședințe de psihoterapie sunt oarecum definitorii în ceea ce privește demersul terapeutic. De obicei, persoanele după un număr de 8, 9 ședințe, mai exact 50% tind să abandoneze terapia (Guthrie, 2000), atunci când starea de bine se instalează la un nivel superficial, rata de abandon după primele 2 ședințe este de asemenea mare, deoarece clientul, dacă nu simte un beneficiu rapid se orientează către altcineva sau pur și simplu renunță.

Cercetările în psihologie arată că nu sunt diferențe semnificative în ceea ce privește eficiența diverselor forme de psihoterapie. Diferitele abordări în psihoterapie au componente comune și aceste componente sunt în mare măsură responsabile de rezultatul psihoterapiei, comparativ cu acele componente care sunt specifice anumitor forme de psihoterapie.

Între 30% și 70% din rezultatele psihoterapiei se datorează factorilor comuni (Imer și Wampold, 2008) ca: alianța terapeutică, relația terapeutică, experiența emoțională corectivă, speranța și expectanțele terapeutului, calitățile terapeutului, caracteristicile clientului, mitul terapeutic, procesul schimbării, ritualurile, tehnicile folosite, contextul terapeutic și schimbarea extraterapeutică. Toți acești factori contribuie la relația și demersul terapeutic, însă caracteristicile unei relații terapeutice ideale sunt, după Rogers (1965), în ordinea semnificației: abilitatea terapeutului de a participa în întregime la comunicarea cu clientul, abilitatea terapeutului de a face comentarii congruente cu ceea ce încearcă clientul să transmită, punctul de vedere că pacientul este co-terapeut, tratarea pacientului ca un egal, înțelegerea sentimentelor clientului, urmărirea constantă a liniei gândirii și transmiterea abilității de a împărtăși sentimentele respective prin tonul vocii.

Prin urmare, relația de alianță creată dintre terapeut și client își pune amprenta ca fiind unul din factorii importanți. Care este demersul terapiei, ce expectanțe are clientul, contractul terapeutic și prețul se discută încă din prima ședință. În ceea ce privește expectanțele sau speranțele este importantă teoria lui Bandura (1977) privind auto-eficacitatea, fiind definită ca și credința sau expectanță a persoanei care este capabilă să execute un comportament. Are de-a face cu judecata persoanei asupra a cât de bine poate executa acțiunile necesare pentru a putea gestiona situații viitoare. În același timp caracteristicile terapeutului contribuie semnificativ la rezultatul terapiei, dar există și păreri contrare (Guthrie, 2000).

Studiile arată că eficacitatea terapiei este aceeași, dar într-un mod diferit și unic. Mai mult decât atât, Ricks (1974) studiind variabilele care țin de terapeut, a ajuns la concluzia că psihoterapeuții care au succes se disting printr-o serie de trăsături: sprijină în mare măsură autonomia clientului și folosesc resurse din afara terapiei.

Dupa a 2-a sedinta de terapie, clientul trebuie sa simta un beneficiu. Insa, daca severitatea problemei este crescuta sau modul in care clientul participa la relatia terapeutica lasa de dorit, de cele mai multe ori statutul de beneficiu nu se poate lua in calcul. Cu precadere, terapiile de scurta

durata, cognitive-comportamentale sau programare neurolingvistica sunt orientate a reda clientului un beneficiu, inca din primele sedinte. In timp ce in psihanaliza sau in terapiile centrate pe persoana, demersul este unul lung si anevoios. Dar, este bine de stiut a nu cadea in capcana starii de bine, atunci cand am participat doar la cateva sedinte, deoarece, deseori, se intampla a avea impresia ca ne-am vindecat, ca am rezolvat problema, ea fiind de fapt inca prezenta in noi, numai ca modul de abordare al nostru asupra ei este unul diferit. De aceea, am putea spune ca trebuie sa fim atenti, sa luam in calcul mai multe variabile, inainte de a renunta. Mai mult decat atat, atunci cand renuntam si cand apoi, dupa o perioada scurta de timp se instaleaza iar starea de neliniste interioara, ne este de cele mai multe ori, rusine sa revenim la acelasi terapeut sa o luam de unde am terminat. Ne este, mai la indemana, sa mergem la alt psihoterapeut si sa reluam aceasi problema de la capat, astfel incat, pierdem timp si bani, restabilind iar un alt contract si o alta alianta.

Primele stadii ale terapiei sunt astfel importante pentru mai multe motive: terapeutul evalueaza clientul si observa tipare caracteristice de comportament, planifica terapia si ajusteaza planul de tratament pe masura ce incepe sa cunoasca mai bine clientul si este atent la indicii ale lipsei de satisfactie sau insatisfactie ale clientului. Cercetarile arata ca atunci cand terapeutul are un jurnal de terapie/cercetare, ba mai mult este dispus sa aplice si un mic chestionar sau cateva intrebari timp de 5 minute la sfarsitul fiecarei sedinte, prin care sa poata masura pe o scala de la 1 la 10, nota pe care i-ar da-o clientul, terapeutului si nota pe care si-ar da-o clientul insusi, participand la terapie, se afla, unde si cum poate sa ajusteze satisfactiile si insatisfactiile clientului. Terapeutul poate sa fie numit practician, prin care el exploreaza experienta intr-o maniera rafinata si cercetator, prin care face cercetarea sa-si imbunataseasca practica. Deoarece, ambele perspective trebuie sa fie integrate se ajunge la sintagma de clinician cercetator. Aceasta din urma, realizeaza in special o cercetare calitativa, fara a eluda cercetarea cantitativa. Adesea, in realizarea studiilor pentru cresterea eficientei, se practica o metodologie mixta, de metode cantitative si calitative.

In ceea ce priveste transferul si contratransferul in terapie, acestea sunt subiecte sensibile pentru fiecare terapeut in parte. Deoarece, omul de rand nu stie sa identifice elementele ce stau la baza acestor termeni, voi incerca sa explic cat mai clar si concret. Transferul dupa Gelso si Hayes (1998) este definit ca fiind experienta clientului legata de terapeut, ce este modelata de structurile psihologice si de trecutul clientului, implicand deplasarea asupra terapeutului a unor sentimente, atitudini si comportamente ce apartin de drept unor relatii semnificative din trecut. Manifestarile tipice conform cu Baker (1990) ale transferului sunt: Reactii disproporționale in raport cu contextul, raspunsuri emotionale contradictorii, sentimentele fata de terapeut se schimba frecvent, atitudini si sentimente foarte rezistente la interpretare. Malon si Danvalo au identificat un model al transferului numit triumphiul conflictelor, in care spune ca la baza conflictului psihologic se afla un sentiment ascuns sau un impuls, iar acele sentimente care constituie fundamentul conflictului, par de regula, greu acceptate pentru o persoana si ca urmare confruntarea cu acestea fiind sursa unei anxietati greu tolerabile (Dafinoiu, Vargha, 2005).

Un psihoterapeut bun poate sa identifice aceste elemente si sa le gestioneze fata de client. Bineinteles, recunoasterea unui astfel de transfer se face de catre psihoterapeuti dupa o experienta, practica si o scoala de formare profesionala. Altfel, se poate ajunge la o incongruenta dintre terapeut si client, neputandu-se stabili o relatie terapeutica fructoasa de ambele parti.

Unii psihoterapeuti considera ca nu exista nici o diferenta intre transferul pacientului si transferul terapeutului, acest punct de vedere fiind destul de raspandit astazi. Atat clientul cat si terapeutul trebuie sa isi rezolve transferul si sa-si depaseasca rezistentele.

Freud (1910) a definit transferul ca fiind reacțiile inconstiente, bazate pe conflicte ale terapeutului, la manifestările transferentiale ale clientului. Sau după Heyes (2001), contratransferul este reprezentat de reacțiile terapeutului față de client, bazate pe conflicte nerezolvate ale terapeutului.

Manifestările tipice ale transferului, conform cu Menninger și Holman (1994) sunt: Imposibilitatea de a înțelege acele comunicări care pot fi puse în legătură cu problemele terapeutului, trăiri depresive sau alte sentimente negative pe parcursul sedintelor sau după încheierea lor, uitarea sedinței de terapie programată împreună cu clientul, trăirea repetată a unor sentimente erotice, incurajarea sau tolerarea rezistențelor manifestate sub forma manevrelor narcisiste menite să asigure sentimentul de siguranță (acting out-ul), menținerea dependenței continue a clientului prin diverse metode, cedarea în fața impulsurilor despre client, comentarii tăioase sau sarcastice sau livrarea sub formă excesiv de blândă ale acestora asupra clientului, sentimentul că prestigiul terapeutului reprezintă miza vindecării, temerile de a nu-și pierde clientul, găsirea unei satisfacții în rugămintele clientului sau manifestările acestora, care exprimă prețuire și atașament, pierderea cumpatului ca răspuns la reacțiile clientului, angrenarea în dispute deschise cu clientul, cedarea repetitivă în fața tentației de a solicita favoruri clientului și diminuarea sau acceptarea bruscă a interesului față de un anumit client.

Sentimentele în contratransfer pot să fie folosite de către terapeuți drept un indice care să indice ceea ce se întâmplă în inconstientul clientului. De exemplu, dacă terapeutul ar începe să se simtă plictisit, el ar putea presupune că pacientul evită ceva; dacă s-ar enerva pe pacient, aceasta ar indica de obicei că pacientul și-ar fi dorit să-l enerveze pe terapeut; iar dacă terapeutul ar simți o stare de excitație sexuală, aceasta ar fi atribuită seducției inconstiente al clientului. Prin urmare, în cadrul tratamentului, contratransferul este considerat la fel de important ca transferul.

La începutul relației terapeutice nu se întâmplă aproape nimic real între terapeut și client. Clientul se apără împotriva unor sentimente reprimite de mult timp, care s-ar putea activa în contextul acestei relații noi, și terapeutul încearcă treptat să-i arate pacientului cum opune rezistență faptului de a fi real. Relația de transfer/contratransfer marchează începutul unui proces care va duce la o relație autentică între ființa umană care este clientul și ființa umană care este terapeutul. Oricum, la început este o relație înrădăcinată în trecut. Pacientul și terapeutul sunt în primul rând obiecte simbolice unul pentru celălalt și practic ceea ce se spune și se face în relația lor prezintă este o reactivare a atitudinilor și situațiilor aplicate unor figuri din trecut, de obicei părinți sau frați/surori. Sarcina terapeutului este aceea de a-l ajuta pe pacient să redevină autentic, ghidându-l spre a fi real în relația cu terapeutul.

Un sens al psihoterapiei este acela de a-l ajuta pe client să dobândească uniunea cu sinele sau interiorul. Dar, la această sinergie se poate ajunge atunci când clientul înțelege temerile și fricile sale legate de un obiect, persoana sau situație din trecutul său. Sau, nu numai, atunci când în momentul prezent lucrurile se tot repetă în viață, formând un cerc ciclic al unor evenimente mai puțin dorite, de care vrei să scapi sau încerci să închizi cercul, înțelegând momentul în care decizi să fie altfel acel lucru, îl poți schimba, transformând mecanismele repetitive inconstiente în unele constiente. Rolul psihoterapeutului este să te aducă cât mai aproape de sinele superior, îndepărtând după fiecare sedință în parte câte o folie de ceapă. După un demers îndelungat în terapie, se ajunge în interiorul cepei, unde de acolo se începe să se construiască drumul și vesmantul altfel decât a fost, cu noi foi și noi embleme mai bine structurate.

Terapeutul trebuie să rămână ferm și empatic când se confruntă cu transferul de ostilitate al clientului, cu acting out-ul intențiilor lor sexuale sau cu orice alte situații provocatoare și cu caracter incendiar. Jocurile în psihoterapie și identificarea proiectivă sunt aici foarte importante. Jocurile sunt de mai multe feluri. Conform cu Berne („Games people play”) sunt 3 tipuri de

jocuri: jocul „psihiatria”, jocul „sera”, si „incerc doar sa te ajut”. Fiecare dintre ele sunt regulat jucate in cabinetul psihologic. Ele sunt de fapt niste stereotipuri repetitive fara nici un rezultat. Le jucam pentru evitarea intimitatii, mentinerea cadrului de referinta, justificarea credintelor dintr-un scenariu, mentinerea credintelor interne si a stabilitatii psihice. In final obtinem acele sentimente negative care ne dovedesc ca lumea este asa cum am crezut noi ca este si ca noi suntem asa cum am crezut noi ca suntem.

In timp ce identificare proiectiva este definita de Hammilton (1996) ca fiind procesul interactiunii cu o alta persoana, un anumit continut intern (sentiment, dorinta, insusire) ce apartine sinelui se proiecteaza asupra obiectului, subiectul incercand astfel sa controleze continutul proiectat si pe care , de altfel il considera ca apartinand obiectului.

Pentru a 3-a sedinta de terapie lucrurile trebuie sa stea putin altfel. Terapeutul trebuie sa aiba un demers clar al tehnicilor si metodelor prin care el poate sa il ajute pe client. Acest demers clar poate sa se schimbe pe parcursul terapiei in functie de situatia clientului si care sunt prioritatile sale. Relatia dintre Terapeut-Client prinde contur, in timp ce clientului poate sa ii fie din ce in ce mai bine. O relatie fructoasa si un demers frumos in terapie este atunci cand dupa fiecare sedinta ne simtim mai bine sau intelegem anumite aspecte din viata noastra. Bineinteles, asa cum am exemplificat mai sus, starea de mai bine se poate instala si putin mai incolo. Un exemplu, este atunci cand la terapie ne vine o clienta care tocmai a trecut printr-o despartire de sotul ei. Travalul prin care ea trebuie sa treaca dureaza, de la 3-4 luni pana la chiar 1 an. Intr-un astfel de caz suferinta in primele sedinte de terapie este crunta. Inca vorbim despre un eveniment, care este inca prezent in viata ei, unde rana este deschisa. Samanii spun ca atunci cand o rana este deschisa se poate produce vindecarea, deoarece prin acea rana se pot scoate energiile care nu sunt benefice organismului si psihicului uman.

De asemenea, relatiile sexuale dintre terapeut si client, cat si seratele de discutii la o cafea sau ceai sunt strict interzise, deoarece terapeutul este implicat in relatia cu clientul iar identitatea lui poate sa fie confuza. Indragostirea de client intr-un mod inconstient. Atunci cand lucrul acesta se intampla este recomandat sa se intrerupa sedintele de terapie, redirectionand clientul la un alt terapeut, in timp ce terapeutul indragostit de client urmeaza si el un demers terapeutic pentru a putea sa inteleaga ce s-a intamplat si de ce. Incalcarea regulilor de confidentialitate cu clientul. Niciodata nu se stie, ca atunci cand discutam despre un caz sau cerem o alta parere altui terapeut, poate sa fie pe langa noi o prietena de-a persoanei in cauza. De aceea, atunci cand povestim cuiva pentru a cere ajutor este bine sa discutam intr-un spatiu restrand, fara a spune numele persoanei.

In concluzie, a fi terapeut inseamna sa nu-ti iei revansa, sa nu intri in cercul nevrotic vicios, sa nu cedezi manevrelor defensive ale clientului sau sa te pierzi in incercarile lui de a sabota relatia, ci sa cauti permanent intelegerea si sa te lupti cu transferul si jocurile clientului, precum si cu propriul contratransfer. Pentru a putea ajuta un client sa fie din nou autentic, terapeutul insusi trebuie sa fie autentic.

Bibliografie

Popescu, O.M. (2013). *Manual de psihoterapie integrativă*. Manual ACCPI.

Despre autor

Ana Mavru este psiholog, psihoterapeut în formare în cadrul Asociației de Cercetare, Consiliere și Psihoterapie Integrativă.