

Cuprins

| | |
|---|----|
| <i>Prezentarea colaboratorilor</i> | 9 |
| <i>Mulțumiri</i> | 11 |
| <i>Cuvânt înainte</i> (Antonio Andreoli)..... | 13 |
| Capitolul 1. Cum devii psihoterapeut ? | 17 |
| Cum devii implicat ? | 18 |
| S-a creat o legătură | 19 |
| O relație înglobată într-o reflecție | 20 |
| Capitolul 2. Cadrul ședinței | 23 |
| Introducere | 23 |
| Premisele contactului inițial | 24 |
| Mecanica primei întâlniri..... | 25 |
| Așteptări și temeri | 28 |
| Frazele de început și de tranziție | 34 |
| Tipuri de întrebări | 35 |
| Concluzii..... | 37 |
| Capitolul 3. Procesul ședinței și piesele care trebuie asamblate..... | 39 |
| Introducere | 39 |
| Stilul persoanei | 40 |
| Crearea empatiei | 43 |
| Arta conversației | 45 |
| Capacitatea de a crea o poveste..... | 49 |
| Capitolul 4. Prima ședință terapeutică : trusa de asamblare | 51 |
| Care este cerința pacientului ? | 52 |
| Scopurile care trebuie atinse | 58 |
| Capitolul 5. Calitatea psihoterapiei : citeva repere | 61 |
| Capcane care trebuie evitate..... | 62 |
| Alegerea unei teme | 64 |
| Aprofundarea relațională..... | 65 |
| Concluzii..... | 69 |

| | |
|--|-----|
| Capitolul 6. Cum decriptăm propriile emoții și trăiri? | 71 |
| Sentimentul de teamă al psihoterapeutului | 72 |
| Sentimentul eșecului | 73 |
| Pacienții care controlează procesul..... | 74 |
| Instalarea lentă a plictiselii | 75 |
| Atracția intelectuală sau fizică | 77 |
| Pacienții pe care nu dorim să-i mai vedem | 79 |
| Pacienții care reușesc să ne facă să visăm | 79 |
| Concluzii..... | 79 |
| Capitolul 7. Lipsa solicitării îngrijirii și urmările ei | 81 |
| Situațiile de lipsă a solicitării îngrijirii rămân | |
| frecvente în medicină | 82 |
| Diferite tipuri de lipsă a solicitării îngrijirii..... | 83 |
| Ce putem face în privința lipsei de solicitare a îngrijirii?..... | 88 |
| Concluzii..... | 90 |
| Capitolul 8. Descoperirea și anunțarea unei boli grave..... | 91 |
| Cadrul și contextul anunțului..... | 92 |
| Conținutul anunțului | 96 |
| Consecințele anunțului | 97 |
| Concluzii..... | 100 |
| Capitolul 9. Stresul profesional | 101 |
| Care sînt plîngerile și cerințele? | 102 |
| Ce întrebări trebuie puse și de ce? | 104 |
| Ce relații există între muncă și istoria personală a subiectului? | 105 |
| De ce tip și de ce natură trebuie să fie susținerea? | 107 |
| Concluzii..... | 110 |
| Capitolul 10. Persoanele care suferă de alcoolism..... | 111 |
| De ce alcoolismul rămîne ignorat? | 112 |
| Cum se abordează subiectul alcoolismului? | 113 |
| Care sînt primele întrebări psihoterapeutice? | 114 |
| Tipul și natura susținerii | 117 |
| Concluzii..... | 118 |
| Capitolul 11. Stresul și anxietatea | 119 |
| Care sînt cele mai frecvente cerințe? | 120 |
| Domeniul de „dezvoltare” al angoasei | 123 |
| Care sînt primele întrebări care trebuie puse?..... | 124 |
| Coexistența pașnică a psihoterapiei cu celelalte terapii..... | 125 |
| Cum facem ședințele să evolueze? | 126 |
| Concluzii..... | 127 |

| | |
|--|-----|
| Capitolul 12. Depresia și ideea sinuciderii | 129 |
| Cum se decelează tristețea? | 130 |
| Cauza tristeții | 131 |
| Pierderi „în ecou” sau „în cascadă” | 132 |
| Scheme negative de gândire | 133 |
| Dimensiunile interpersonale și relaționale ale tristeții | 134 |
| Concluzii..... | 136 |
| Capitolul 13. Doliul..... | 137 |
| Cum se exprimă cerințele de îngrijire | 138 |
| Consilierea în cazul doliului..... | 140 |
| Implicația psihoterapeutică a unor tipuri de doliu | 142 |
| Câteva etape ulterioare ale terapiei în cazul doliului | 143 |
| Concluzii..... | 145 |
| Capitolul 14. Despărțirea de persoana iubită | 147 |
| Care sînt plîngerile și cerințele? | 148 |
| Cîteva întrebări esențiale..... | 150 |
| Cum facem ședințele să evolueze? | 151 |
| De ce tip și de ce natură trebuie să fie susținerea? | 154 |
| Concluzii..... | 156 |
| Capitolul 15. Psihoterapia în situații de criză | 157 |
| Izbucnirea emoțională | 158 |
| Suferința depresivă..... | 160 |
| Emergența simptomelor psihotice | 162 |
| Exacerbarea unor trăsături de personalitate..... | 163 |
| Capitolul 16. Gestionarea vieții de familie, | |
| marile probleme familiale..... | 167 |
| Gestionarea vieții de familie | 168 |
| Marile conflicte familiale | 172 |
| Concluzii..... | 175 |
| Capitolul 17. Situațiile transculturale. Cîteva repere..... | 177 |
| Despre importanța unei duble abordări, psihodinamică | |
| și antropo-sociologică, în tratarea simptomelor | 177 |
| Corpul ca obiect de tranziție culturală..... | 180 |
| Procesul exilului ca subminare a regulilor familiale | |
| de transmitere și înscriere în filiație..... | 182 |
| Buna înțelegere a cauzelor exilării sau migrării | 183 |
| Importanța înscrierii genealogice | 186 |
| Ce anume mobilizează situațiile transculturale | |
| în cazul terapeutului? Către o poziție „metaculturală” | 187 |

| | |
|--|-----|
| Capitolul 18. Lucrurile nespuse despre sexualitate în psihoterapie | 189 |
| Cum stau lucrurile în sexualitatea reală? | 190 |
| Dificultățile masculine..... | 191 |
| Sexualitatea fantasmatică..... | 192 |
| Concluzii..... | 196 |
| Capitolul 19. Orientarea către un anumit tip de tratament | 197 |
| Ascultarea elementelor prezentate de pacient | 198 |
| Modul de prezentare a dificultăților | 199 |
| Actualitatea problemelor unei persoane și psihoterapia..... | 202 |
| De ce sînt eu interlocutorul potrivit? | 203 |
| Alte citeva piste de orientare..... | 204 |
| Concluzii..... | 204 |
| Capitolul 20. Cînd și cum să „predăm ștafeta” | |
| în psihoterapie? | 207 |
| Dificultăți în a „preda ștafeta”..... | 207 |
| Cîteva circumstanțe în care trebuie să cedăm locul altcuiva..... | 209 |
| Diferite moduri de a lăsa locul altui terapeut | 212 |
| Cum prezentăm un coterapeut? | 214 |
| Concluzii..... | 216 |
| Capitolul 21. Mic dicționar de teorii și concepte | 217 |
| <i>Bibliografie</i> | 233 |
| <i>Index</i> | 235 |

Capcane care trebuie evitate

Sindromul Sfântului Sebastian

O temă clasică din pictura Renașterii îl înfățișează în mai multe tablouri pe Sfântul Sebastian străpuns de multe săgeți, în postura unui martir. Acest tablou corespunde unei forme de ședință constituită din întrebări referitoare la prea multe domenii, răspândite în toate sensurile. La fel se întâmplă cu discuțiile care abordează teme multiple, toate părîndu-ni-se relativ importante pentru pacient. Între aceste teme nu există însă nici o legătură logică. Unele au în vedere nemulțumiri, altele fapte din viața de zi cu zi, iar altele dificultăți în relațiile interpersonale. În contextul acestui sindrom, pacientul are impresia că vorbim despre tot și despre nimic. Terapeutul poate fi copleșit, chiar înecat cu totul de mulțimea datelor. Dacă păstrăm comparația, o săgeată sau două sînt utile, dar zece nu fac decît să provoace confuzie în cazul pacientului și al terapeutului.



Dozarea momentelor de tăcere

Pacientul și terapeutul înțeleg tăcerea în moduri diametral opuse. Pentru pacient, tăcerea este un gol, este îngrijorătoare ; ea poate fi resimțită ca o amenințare, o judecată, o evaluare. Din punctul de vedere al terapeutului, tăcerea îi permite pacientului o anumită „respirație psihică” ; ea lasă loc pentru reflecție, le permite celor doi protagoniști să avanseze în terapie. Mulți pacienți sînt de-a dreptul destabilizați de tăcere. Unii pot chiar să abandoneze terapia, spunînd : „Terapeutul meu a rămas prea tăcut, nu știam ce să-i spun, nu se întîmpla nimic...”.

În cadrul primelor ședințe, este de preferat modalitatea conversației. Uneori, este util să explicăm pe parcursul convorbirilor că momentele de tăcere pot surveni pentru a permite o reflecție și o mai bună aprofundare a gîndurilor și emoțiilor. Pacientul poate atunci să înțeleagă interesul și valoarea unei tăceri care i se părea neclară sau amenințătoare. După numeroase întîlniri, mulți pacienți ajung să spună că s-au simțit destabilizați de tăcerea și privirea interlocutorului.

Povestirea faptelor din viața cotidiană

Este vorba despre așa-numitele „discuții de salon de ceai”. Cea mai mare parte a convorbirii este alcătuită din povestirea unei întregi serii de fapte mărunte din zilele precedente, întîlniri, plimbări cu prietenii, discuții cu profesorii, reparații prin casă, ieșiri în oraș etc. Aceste discuții de salon de ceai îi fac uneori pe pacienții foarte izolați și solitari să se simtă ascultați. În alte cazuri, sînt o formă de umplere, de ocupare a timpului. Prin urmare, trebuie să îndreptăm acest tip de discuție spre o tematică mai specifică sau o chestionare psihică. Dacă această reflecție nu se realizează, pacientul are sentimentul că vorbește cu terapeutul așa cum vorbește cu o vecină sau cu grupul de prieteni de pe net.

Odată enunțate aceste capcane, convorbirile pot urma trei mari direcții : alegerea unei teme, aprofundarea unui mod relațional și emergența imaginarului.

Alegerea unei teme

În multe cazuri, această temă poate fi un stres ori un eveniment traumatic. Este esențial să înțelegem importanța unui eveniment propus de subiect. Uneori, unele par anodine, derizorii sau banale: o schimbare pe stradă, niște copaci tăiați, o vișă-de-vie smulsă, un animal de companie dispărut. Dacă răspundem la acest eveniment cu formula „Se întâmplă... e normal”, putem să-l descalificăm pe pacient, și asta chiar dincolo de cadrul terapiei. Stresul, prin definiție, reprezintă o circumstanță ce provoacă tensiune psihică. Fie că este vorba despre o despărțire familială, un accident, un conflict profesional sau o ceartă, toate aceste evenimente stau la originea unor gânduri repetitive și a unor emoții negative, cum ar fi anxietatea sau angoasa. Traumatismul trece dincolo de evenimentul de viață stresant sau dificil. El este brusc, neprevăzut, implică un pericol, antrenează o amenințare vitală, un risc de moarte, un pericol pentru supraviețuire. Când aprofundăm o temă, urmăm, în general, etape progresive.

Importanța acestei teme pentru individ se poate explica fie prin bulversarea pe care o provoacă în viața subiectului – iar această bulversare trebuie aprofundată –, fie printr-un fenomen de repetiție pe care-l scoate la lumină evenimentul actual, care se dovedește o reluare, o reeditare a unui eveniment anterior. Acest fenomen de ecou poate trimite la amintiri dureroase sau traumatice.

O altă etapă încearcă să stabilească legături între unul sau două evenimente și anumite emoții: în ce mod un eveniment este anxios, o sursă de tristețe, de ranchiună sau de ostilitate. Se întâmplă ca limbajul și discursul social să niveleze emoțiile, ducând la un sentiment de simplu disconfort sau banalitate: „A fost greu, cum e pentru toată lumea; aceste împrejurări sînt întotdeauna cam neplăcute”. Trebuie atunci să încercăm să precizăm trăirea specifică a persoanei, care poate fi cizelată și modulată în limbaj, dar profund dureroasă și penibilă în experiența internă.

În fine, punerea în perspectivă a unei teme se poate face de-a lungul mai multor convorbiri, pentru a înțelege locul ei în istoria

subiectului, în relațiile cu părinții sau cu apropiații. Pentru a aprofunda o temă, este util uneori să încheiem discuția cu una dintre perspectivele aprofundării: „Am văzut azi acest aspect sau această dimensiune. Oare am putea reflecta data viitoare asupra cutărui aspect sau dimensiuni?”. Această deschidere a unei întrebări pentru următoarea întâlnire arată că există o continuitate de gândire și o idee generală care ghidează evoluția și repetarea convorbirilor.

Acest lucru este important în special în cazul unor evenimente traumatice, când stabilirea unor legături cu emoțiile și punerea în perspectivă permit uneori, prin asocieri de gândire și reflecții, refacerea unui sistem de reprezentare și de idei pe care traumatismul l-a perforat. Această perforare se manifestă fie printr-o blocare a gândirii, fie printr-o repetare în buclă a aceluiași teme.

O altă abordare are în vedere aprofundarea relațională, reflecția care poate fi realizată asupra relațiilor cu sine și cu ceilalți.

Aprofundarea relațională

Multe motive de suferință își au originea într-o situație relațională. Despărțirile sau divorțurile pot provoca un sentiment de abandon, de singurătate, chiar de disperare. Conflictele profesionale determină, atunci când este vorba despre un superior, sentimente de dependență, de încredere sau de umilință. O rivalitate declanșează sentimente de competiție, nedreptate sau descalificare. Aceste aspecte relaționale sînt cu atît mai nefaste cu cît la un moment dat a existat un sentiment de prietenie, apropiere sau respect. Acest sentiment a putut evolua treptat spre trăiri mai negative, chiar dureroase. Putem identifica mai multe modele de dificultăți relaționale.

- În contexte de hărțuire morală sau în situații de separare a cuplului, multe persoane au sentimentul unui control căruia îi urmează un gol, ca și cum o parte din sine ar fi fost eliminată sau amputată. Acest sentiment de control evoluează, prin hărțuire, de la o perioadă când persoana era valorizată, feliicitată,

evidențiată. Treptat, situația se alterează, se fac remarcă despre munca persoanei, despre capacitățile, erorile și chiar vina ei. Când se declanșează hărțuirea și descalificarea, persoana este profund rănită, umilită. La fel se întâmplă în unele cupluri: după o relație fuzională în care unul dintre parteneri era pe un pedestal, survine o degradare, apoi o indiferență, iar apoi, odată cu despărțirea, un sentiment de confuzie, de ani pierduți, de depreciere.

- O altă modalitate relațională decurge în general dintr-un sentiment de insuficientă încredere în sine sau în ceilalți. Aceste sentimente ne determină să ne concentrăm asupra modalităților relaționale pe care pacientul le-a putut dezvolta cu părinții. În multe cazuri vor ieși la lumină experiențe depreciative din copilărie: „N-ai să reușești nimic în viață, ești un zero...”. Aceste descalificări provoacă reacții de insuficiență, o lipsă de încredere în sine. Pacientul și terapeutul trebuie să cerceteze experiențele infantile sau adolescentine și să încerce să înțeleagă care au fost condițiile educative și climatul acelor perioade. În acest context, revenim adesea asupra caracterului părinților și a circumstanțelor dificile prin care a trecut pacientul. Aceste circumstanțe țin de o dezrădăcinare prin mutarea în altă țară, de bulversările din situațiile de viață, de boli grave sau tulburări psihice legate de alcoolism, depresie sau nevroză.

În aceste aspecte relaționale, se întâmplă adesea ca pacientul să conștientizeze că una dintre mizele actuale nu este, cum am văzut mai sus, decît repetarea unei situații din copilărie foarte puțin modificată. Această repetare poate fi privită de către unii ca o compulsie de repetare, iar de alții ca o reluare a schemei de gânduri disfuncționale.

O altă modalitate relațională urmărește să-l facă pe pacient să reflecteze asupra sentimentelor și gândurilor pe care le pot provoca altora atitudinile sau modul său de a fi și a acționa. Când întrebăm pe cineva: „Ce poate suscita modul dumneavoastră de a fi și de a acționa la partenerul sau copiii dumneavoastră?”, această întrebare este în general dificilă. Uneori, pacienții s-au gândit deja la acest lucru, dar ajung întotdeauna la o formă de răspuns.

Rolul terapeutului poate fi să-i incite să reflecteze mai profund sau într-un mod diferit ori să le propună alte moduri de a vedea lucrurile. Această deschidere a perspectivei este deosebit de utilă în terapie. Ea îi permite pacientului să conștientizeze ceea ce le poate provoca altora, să-și dea seama, într-un climat mai neutru și lipsit de pasiuni, că există și alte sisteme de înțelegere.

Jeanne, mamă celibatară, funcționară într-un spital, s-a sacrificat pentru fiul ei. Datorită orelor suplimentare pe care le făcea, a putut să-i plătească vacanțele, hainele de firmă, meditațiile. Pe măsură ce Victor, fiul ei, creștea și devenea mai autonom, relația cu mama sa i se părea oarecum opresivă și greu de suportat. Când, după bacalaureat, Victor își începe studiile superioare, el îi spune mamei că vrea să fie autonom, pentru că ea îl sufocă. Jeanne suferă intens. Se simte o victimă, pentru că s-a sacrificat și nu și-a refăcut viața. Plîngînd, îi mărturisește lui Victor sentimentul că este trădată, că s-a sacrificat fără a primi recunoștință din partea fiului ei. Demersul psihoterapeutic va urmări s-o facă pe Jeanne să înțeleagă că fiul ei vrea ca ea să devină autonomă, să trăiască pentru ea însăși, să aibă și alte proiecte și ambiții în viață în afară de fiul ei.

Printre modalitățile relaționale, unii pacienți suscită o formă sau alta de atracție sau de simpatie. Pentru asta, ei beneficiază de un capital de interes care le este favorabil. Mai dificilă se dovedește tratarea pacienților care provoacă plictiseală, dezinteres sau chiar contraatitudini. Terapeutul trebuie să facă, în acest cadru, un efort important pentru a înțelege sensul trăirilor interne ale pacientului și pentru a încerca să lucreze pe baza lor. Plictiseala este adesea cazul personalităților numite „operatorii”. Aceste personalități trăiesc în concret, în fapte, în hiperrealitate. Ostilitatea poate veni dinspre pacienți care-l descalifică în permanență pe psihoterapeut în mai multe moduri : „Ce-mi spuneți acum mi s-a mai spus, nu văd ce rost are să vorbim și să spunem din nou aceleași lucruri, discutăm cîteva zeci de minute, după care rămîn singur cu problemele mele, dumneavoastră ascultați și vă gîndiți la altceva”. Pornind de la o reflecție asupra acestor sentimente ostile, se poate degaja noțiunea unei suferințe profunde a unor pacienți, pe care ei o manifestă printr-o atitudine relațională de