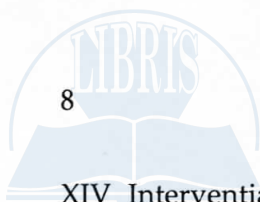




Cuprins

I O pledoarie pentru psihoterapia de scurtă durată — abordare generală	9
II Psihoterapia dinamică de scurtă durată	16
III Psihoterapia cognitiv-comportamentală de scurtă durată	32
IV Hipnoterapia de orientare ericksoniană	129
V Psihoterapia prin intervenție paradoxală	214
VI Metaforă și ritual în psihoterapie	238
VII Psihoterapia scurtă centrată pe soluție	255
VIII Psihoterapia strategică centrată pe soluție	307
IX Modele ale psihoterapiei strategice	341
X Psihoterapia de scurtă durată constructivist-strategică	400
XI Modelul contextual-modular în psihoterapie și optimizarea performanțelor umane	422
XII Psihoterapia interpersonală (IPT) în depresii	446
XIII Psihoterapia feministă <i>autor: Barbara Crăciun</i>	460



XIV	Intervenția terapeutică de scurtă durată în situații de criză	482
XV	Condițiile psihoterapiei eficiente	494
	<i>Bibliografie</i>	508



I

O pledoarie pentru psihoterapia de scurtă durată — abordare generală

Wells și Phelps (1990) subliniază faptul că psihoterapiile de scurtă durată, limitate în timp, și-au câștigat deja un loc important în domeniul tratamentelor psihologice din ultimile decenii, deși acestea își au rădăcinile încă la începutul secolului XX.

Autorii citați descriu cazul unui client, dirijor de orchestră, care suferea de dureri psihogene la nivelul brațului drept și care povestește o ședință de psihoterapie scurtă astfel:

„Terapeutul mi-a spus că trebuie să dirijez, iar eu i-am răspuns că nu îmi pot mișca brațul.

— Încearcă să o faci cu orice preț! a continuat terapeutul.

— Dar dacă va trebui să mă opresc în timpul concertului?

— Nu va trebui să te oprești! a replicat terapeutul.

— Nu-mi pot asuma responsabilitatea asupra unui posibil eșec profesional

— Nici nu trebuie, mi-o asum eu! a spus terapeutul.

La concert am început să dirijez ușor folosind brațul drept, apoi pe cel stâng și ocazional am apelat la mișcări ale capului și, furat de muzică, am uitat de durerea din brațul drept. Astfel am reușit treptat să-mi practic cu succes profesia.” (Walter, 1946, pp. 167–168)

Fragmentul prezentat aparține unei relatări autobiografice a lui Bruno Walter care a urmat șase ședințe de psihoterapie cu Sigmund Freud, acesta știind foarte bine să realizeze și intervenții de scurtă durată atunci când considera necesar.

Aceiași autori (Wells și Phelps, 1990, p. 4) ne prezintă caracteristicile demersului terapeutic de scurtă durată:

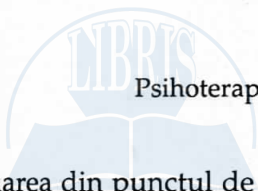
pasivitatea sau complezența, sau a unei simptomatologii de tip obsesiv-fobic.

iii. Clienți cu rezistențe ridicate și motivație slabă. Aceștia suferă de o simptomatologie nevrotică de asemenea difuză, precum și de patologie în plan caracterial. Existența acestora este sever perturbată de tulburări cronice de tip fobic, obsesiv sau depresiv. În acest grup sunt incluși cei cu atacuri de panică, depresii sau tulburări somatoforme, prezentând în același timp conflicte în sfera relațiilor interpersonale, care îi împiedică să interacționeze adecvat cu ceilalți oameni față de care păstrează distanța prin intermediul atitudinii pasive, evitante sau bazate pe sarcasm. Adesea, aceste persoane au în antecedente o istorie lungă de experiențe traumatice severe trăite în copilăria timpurie (multiple pierderi, rivalități fraterne grave, conflicte oedipiene severe sau impulsuri agresive intense refulate, față de unul sau ambii părinți).

iv. Clienți cu rezistență ridicată și motivație scăzută și cu o patologie egosintonică de tip caracterial. În afară de problemele pe care le prezintă clienții din categoria anterioară, aceștia au tulburări grave la nivelul relațiilor interpersonale, precum și tulburări caracteriale egosintonice care îi împiedică să conștientizeze natura și severitatea simptomelor pe care le prezintă. Mai precis, acești clienți au o totală absență a autopercepției sau conștientizării impactului pe care comportamentul lor îl are asupra celorlalți. Spre deosebire de ceilalți clienți, aceștia prezintă și un nivel ridicat și cronic al tendințelor masochiste.

Evaluarea și selecția pacienților

Bazându-se pe observații clinice și cercetări experimentale, Davanloo a ajuns la concluzia că selecția după criterii cum ar fi nivelul intelectual, motivația, funcționarea în plan afectiv a Eului și tipul de relații interpersonale sunt valabile doar în cazul clienților motivați și cu receptivitate crescută față de terapie. Pentru clienții rezistenți și cu motivație redusă, autorul a elaborat un sistem complex de selecție care are în vedere psihodiagnosticul clinic, formularea problemei în termeni psihodinamici, evaluarea biopsihosocială, genetică și



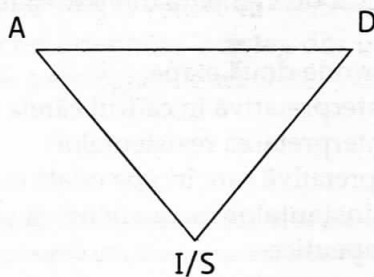
evaluarea din punctul de vedere al demersului terapeutic, evaluare care are la bază inclusiv criteriile Manualului Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani.

Clinicianul care realizează o astfel de evaluare trebuie să fie capabil să realizeze diferența dintre aspectele cu caracter regresiv și deficiențele structurale în sfera Eului. În cazul acestor clienți, terapeutul trebuie să aplice inițial tehnici de reducere a rezistențelor și deblocare a instanțelor inconștiente.

Tehnica deblocării inconștientului (Davanloo, 1984; 1986) se aplică clienților cu un nivel ridicat de rezistență la terapie și presupune o muncă intensivă din partea terapeutilui care provoacă rezistențele și acționează activ asupra acestora, precum și utilizarea masivă a relației transferențiale.

Terapeutul va lucra asupra celor două triunghiuri psihanalitice: triunghiul conflictului și triunghiul persoanelor. Acestea sunt prezentate mai jos:

- Triunghiul conflictului (Worchel, 1990, p.199)



A = anxietate

D = defense (mecanisme de apărare)

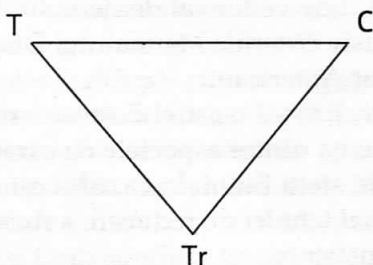
I/S = impulsuri/sentimente.

- Triunghiul persoanelor

T = transfer

C = persoane semnificative din perioada curentă

Tr = persoane semnificative din trecut.



Triunghiul conflictului reprezintă un concept teoretic de bază, specific demersului terapeutic propus de Davanloo și are în vedere relațiile dintre anxietate, impulsuri, stări afective și mecanismele de apărare ale Eului.

Triunghiul persoanelor se referă la sfera relațională a clientului, respectiv la persoanele cu care a avut conflicte în trecut, cu care întreține conflicte în prezent, precum și relațiile transferențiale din cadrul relației terapeutice.

Autorul este de părere că mecanismele asociației libere bazate pe atenția flotantă nu sunt suficiente în demersul psihodinamic de scurtă durată, un nivel ridicat de vigilență din partea terapeutului fiind absolut necesar.

Psihoterapia cuprinde două etape:

- Etapa preinterpretativă în cadrul căreia sarcina terapeutului constă în interpretarea rezistențelor;
- Etapa interpretativă care începe odată cu realizarea unor breșe în zona instanțelor inconștiente și punerea în acțiune a alianței terapeutice.

Tehnica standard pentru gestionarea rezistențelor cuprinde următoarele strategii:

- Identificarea rapidă și clarificarea mecanismelor de apărare apărute în cadrul relației transferențiale;
- Exercițarea unei presiuni asupra impulsurilor și sentimentelor care se manifestă în cadrul trăirilor afective specifice relației transferențiale și care produc o accentuare a rezistențelor;
- Exercițarea unei presiuni sistematice, precum și provocarea fenomenelor de transfer și rezistență, ceea ce contribuie de asemenea la creșterea rezistențelor;



- Realizarea unei coliziuni (confruntări) directe între transfer și rezistențe;
- Generarea unui conflict intrapsihic prin dirijarea Eului împotriva propriilor sale rezistențe;
- Trăirea directă a experienței complexe a sentimentelor de transfer;
- Mobilizarea alianței terapeutice de natură inconștientă și o primă deblocare a instanțelor inconștiente;
- Analiza sistematică a fenomenelor de transfer pentru a înlătura rezistențele reziduale și a elibera calea către inconștient (Davanloo, 1987b, p. 167).

Procesarea terapeutică a conflictelor trecute și recente conduce la analiza dinamicii inconștientului și a structurilor nevrotice de bază. În cadrul etapei interpretative se poate realiza interpretarea psihodinamică a cazului, evaluarea biopsihosocială și explorarea mai profundă a structurii nevrotice, precum și a tulburărilor din sfera caracterială. Etapa finală a psihoterapiei presupune elaborarea și punerea în aplicare a planului de intervenție terapeutică.

Terapeutul trebuie să aibă în vedere că strategiile terapeutice amintite au doar un caracter orientativ, acestea din urmă trebuind să fie adaptate în funcție de patologia și gradul de rezistență a clientului.

Studiu de caz

Alexandru, lector universitar în vârstă de 42 de ani, se prezintă la cabinetul de psihoterapie al unui coleg pentru următoarele probleme: episoade depresive de intensitate moderată, anxietate generalizată, tulburări în sfera relațiilor interpersonale cu persoane de ambele sexe, dificultăți maritale (dificultatea de a rămâne fidel soției), conflicte cu fiul vitreg, detașare, pasivitate, tendința de evitare alternând cu crize violente de furie, scăderea randamentului profesional și tendința de neglijare fizică.

În cadrul primei ședințe de terapie, clientul a relatat că se simte din ce în ce mai înstrăinat față de soția sa, tot mai atras de alte femei, dar că în același timp dorește să rămână împreună cu soția pentru că se simte responsabil față de aceasta. În ultima perioadă, Alexandru se simte tot mai atras fizic de o masterandă numită Mirela.

Perioada inițială a terapiei s-a caracterizat prin atitudinea detașată a clientului față de terapeut, acesta din urmă mărgininându-se să contabilizeze modelele de comportament transferențial și simptomele.