

## Capitolul 18

# Obiectivele și principiile psihoterapiei

### Aspecte generale

Viața devine din ce în ce mai complexă și interdependența membrilor societății este din ce în ce mai accentuată. Independența individuală aproape că tinde să dispare, făcând ca indivizii să depindă tot mai mult unii de alții pentru a-și putea asigura elementele de bază ale vieții cotidiene.

Societatea implică atât *libertate*, cât și *competiție*, în cadrul ei fiecare individ cautând să se afirme în raport direct cu propriile sale aspirații dominante și specifice. Oamenii societății de astăzi sunt în același timp prieteni, dar și rivali, cooperanți, dar și concurenți.

A ajuta omul să-și găsească locul său în această structură socială de o mare complexitate, fără să devină victimă unei „psihonevroze”, sau să-l ajuta să-și vindece aceste inadaptări emotionale, iată marea funcție socială, dar și individuală a *psihatriei* și a *igienei mintale* astăzi.

Acest dezacord între „tendințele sociale” de adaptare/integrare și „tendințele antisociale” de inadaptare stă la baza caracteristicilor nevrotice ale omului actual, făcând ca fiecare individ, după expresia lui F. Alexander, să fie „puțin nebun”.

*Idealurile* omului contemporan devin uneori incompatibile cu *realitatea*, declarând insecuritatea emoțională ce stă la baza tulburărilor nevrotice.

Acest conflict între „dependența care reclamă ajutor” și „rivalitatea independentă” face ca orice conduită să evolueze în două direcții: a) delincvența nevrotică și criminalitatea; b) bolile psihosomatice.

Cea care vine să „restaureze” echilibrul tulburat este psihoterapia, metodă care „încearcă prin mijloace psihologice să refacă echilibrul emoțional perturbat al unui individ” (F. Alexander).

Un rol important în înțelegerea *bolilor psihice*, dar și a *metodelor de terapie* utilizate îl definește *modelul sociocultural*. S-a stabilit faptul că există o relație strânsă între sistemul de valori al modelului sociocultural și formele de psihoterapie.

H. Helmchen, M. Sinden și U. Rüger au făcut o analiză comparată în ceea ce privește *boala psihică și sistemele terapeutice* în ariile socioculturale ale Occidentului (Europa) și Orientului (Asia), ajungând la concluzii deosebit de interesante.

Elementul central al ambelor arii culturale la care se face referință este *omul* și legat de acesta, *potențialul de sănătate*, ținând de domeniul *medicinei*, și *potențialul*

*de boală*, ţinând de domeniul *terapeuticii*. Interesant este faptul că, în aria culturală occidentală, accentul se pune pe valorile potențialului de boală, moartea apărând ca un permanent pericol care planează asupra individului. În aria culturală orientală, accentul cade pe valorile potențialului de sănătate, viața apărând ca preocupare a medicinei. Suferința, ca sentiment moral al Occidentului legat de starea de boală, este înlocuită în Orient cu speranța, ca sentiment moral al valorilor vieții individului. Din aceste concepții fundamental diferite derivă și mentalitățile despre om, atitudinile și modelele de gândire medicală, morală și religioasă, precum și formele de terapie a bolilor și, nu în ultimul rând, cele legate de psihoterapie. Între concepția despre lume și concepția despre om există o corespondență directă în ambele arii culturale, una influențând-o pe cealaltă. Aceste aspecte se pot urmări în schema de la pagina 218.

În schemă se poate remarcă faptul că *omul* este considerat diferit în sfera celor două arii culturale, europeană și asiatică. În ambele situații, *imaginile omului* și, implicit, *imaginile sănătății/bolii* derivă din *concepția despre lume*.

În *aria culturală europeană*, *omul* este *trup*, ființă insuflată, lucru dovedit de : a) antropologiile fenomenologice și existențiale (Heidegger, G. Marcel, M. Merleau-Ponty, L. Binswanger) ; b) psihologiile europene (psihanaliza, *Gestaltpsychologie*, sugestologia bioenergetică) ; c) psihoterapie.

În *aria culturală asiatică*, *omul* este o replică a cosmosului, el fiind un *microcosmos* încărcat cu „energii”. În cazul acesta, atât reprezentările „lumii”, cât și cele ale „omului” au un caracter globalist și se regăsesc în diferite practici cu valoare medicală și psihoterapeutică, de pildă, în : a) yoga ; b) tehniciile de meditație ; c) şamanism ; d) acupunctură.

### Formele de vindecare psihoterapeutică

Se poate vedea foarte clar faptul că diferențele care există în legătură cu *concepția despre om* fac să se deosebească și *metodele terapeutice*, iar dintre acestea, cele de ordin *psihoterapeutic*.

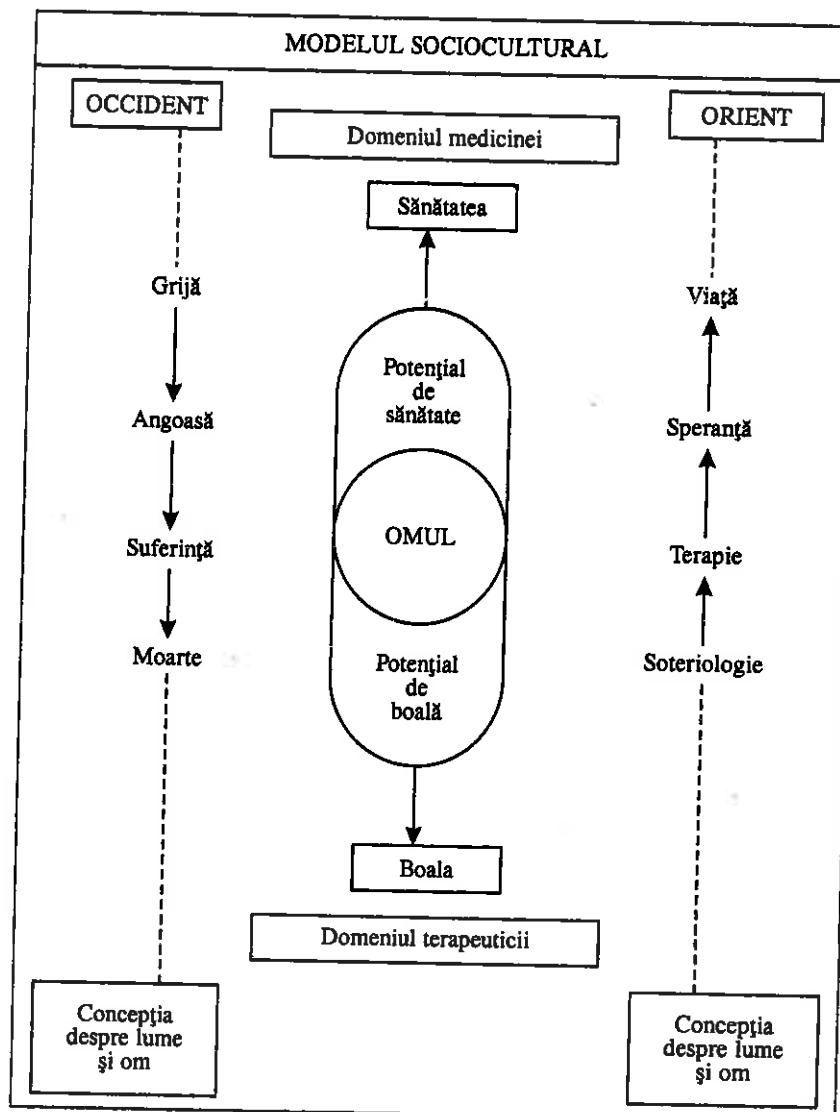
A. Berge distinge două modalități de acțiune terapeutică în sfera psihoterapiei, și anume :

- a) acțiunea de regăsire a unității prin eliberarea forței creative și organizatoare a vieții blocată la nivelul personalității ;
- b) restabilirea integrității funcției realului prin eliberarea capacității acestuia de investire libidinală.

ACESTE ASPECTE FAC CA METODELE DE PSIHOTERAPIE SĂ SE DIVERSIFICE. Astfel, A. Berge deosebește trei căi principale de vindecare, și anume :

- a) *mecaniste sau explicative*, orientate către descoperirea cauzelor răului, pe care căută să le neutralizeze ;
- b) *simptomatice sau actualiste*, care urmăresc să neutralizeze efectele actuale ;

c) *finaliste*, care tind să restaureze continuitatea psihsimului și buna funcționare libidinală, oferind gândirii sau activității scopuri noi și atrăgătoare, destinate atât să stimuleze dinamismul, cât și să armonizeze toate tendințele ființei, făcându-le să evolueze în sens convergent. Ca atare, terapeutica finalistă se înfățișează ca o terapeutică a apetitivității, acționând prin mobilizarea libidoului. Acesta se manifestă în următoarele două direcții: dorința de a fi; dorința de a investi.



## Mecanismele psihoterapiei

Considerate în general, indiferent de metodele sau tehniciile de psihoterapie utilizate, mecanismele psihologice care stau la baza procesului de vindecare sunt următoarele :

1. *Abreacția*. Este descărcarea emoțională prin care un subiect se eliberează de afectul legat de amintirea unui eveniment traumatic, ce îi permite să devină sau să rămână patogen. Abreacția produsă în cursul psihoterapiei poate avea un efect de catharsis.
2. *Simbolizarea*. Reprezintă un travaliu psihic prin care conținutul pulsional al inconștientului este exteriorizat în sfera Eului conștient. Aceasta este produsul inconștientului, după S. Freud. Pentru J. Lacan, în cîmpul psihanalizei se disting trei registre : *simbolicul, imaginarul și realul*. Simbolicul desemnează ordinul de fenomene structurate ca limbaj pe care le interpretează psihanalistul în cursul psihoterapiei. Simbolizarea este actul de reprezentare indirectă și figurată a unei idei, a unui conflict sau a unei dorințe inconștiente de către subiect.
3. *Sublimarea*. Este un mecanism psihic prin care conținutul pulsional, de regulă de natură sexuală, al inconștientului este realizat sau satisfăcut, pe o „cale ocolită”, fiind în felul acesta „deviat” către un scop nou, nonsexual și, prin urmare, acceptat de realitate.
4. *Catharsisul*. Este mecanismul prin care conținutul pulsional al inconștientului se eliberează printr-un proces de „curățire”, de descărcare de elementele tensionale, conflictogene, de stări complexuale, de simptome nevrotice etc.
5. *Transferul*. Este procesul prin intermediul căruia dorințele inconștiente se actualizează asupra unor obiecte în cadrul unui anumit tip de relație stabilit cu ele și, în primul rînd, în cadrul relației analitice.
6. *Proiecția*. Este operația prin care un fapt psihologic este deplasat și localizat în exterior, trecând de la centru la periferie sau de la subiect la obiect. Prin intermediul ei, individul „localizează” în altă persoană sau lucru calități, sentimente, dorințe, obiecte pe care le refuză pentru el însuși.
7. *Sugestia*. Reprezintă capacitatea de a dezvolta idei, stări afective, reprezentări sau acțiuni la o altă sau la alte persoane, printr-un mecanism de inducție sau persuasiune.

## Principiile psihoterapiei

Mecanismul complex al procesului de psihoterapie, indiferent de metodele tehnice la care facem referință, se bazează pe câteva *principii* sau *legi* fundamentale comune. După F. Alexander și T.M. French, principiile psihoterapiei sunt următoarele : principiul flexibilității, principiul experienței emoționale, principiul transferului, principiul estimării prognostice, principiul planificării, principiul dinamic sau alianța terapeutică de lucru. Le vom dezvolta în continuare.

### 1. *Principiul flexibilității*

În psihoterapie, ca, de altfel, în orice formă de terapeutică, medicul trebuie să adapteze tehnica necesităților bolnavului. Psihoterapia fundamentată pe principii dinamice (psihodinamice) trebuie să se adapteze la nevoile pacientului în scopul dezvoltării armonioase a capacitateilor acestuia. Ea trebuie să urmărească dezvoltarea de noi structuri și reacții emoționale, nu numai în prezența terapeutului, ci în oricără altă împrejurare din viața subiectului.

### 2. *Principiul experienței emoționale corective*

Acesta constă în expunerea pacientului la condiții noi, favorabile dezvoltării unor situații emoționale pe care nu le-a mai cunoscut în trecutul său. El trebuie ajutat în dobândirea unor experiențe emoționale corective proprii, care să-i modifice profund personalitatea, pentru a putea remedia influența psihotraumatizantă a experiențelor sale anterioare. Un exemplu semnificativ în sensul acesta, la care fac referință majoritatea autorilor, este cazul personajului Jean Valjean din romanul lui V. Hugo *Mizerabilității*.

- a) Jean Valjean suferă o profundă schimbare a personalității sale prin întâlnirea cu episcopul de la care a vrut să fure.
- b) Episcopul îl iartă și-i dăruiește tacâmurile de argint furate.
- c) Jean Valjean fură moneda unui copil, fără să poată înțelege semnificația acestui act.
- d) Jean Valjean simte în acest moment că, dacă nu va deveni cel mai bun om, va ajunge să fie cel mai rău.
- e) Jean Valjean oscilează între „iertarea episcopului” și „remușcarea produsă de acuzarea copilului”.
- f) În urma acestor situații, Jean Valjean suferă un act de „conversiune” sufletească devenind un alt om.

Se poate afirma, plecând de la analiza succintă a cazului de mai sus, că orice *psihoterapie* este în final un act de *conversiune psihologică* dirijată.

### 3. *Principiul transferului*

Acesta reprezintă problema dinamică centrală a oricărei psihoterapii. Transferul este repetiția exactă a unei reacții anterioare, repetiția nevrotică a subiectului în relație cu analistul a unei structuri de comportament impropriu și stereotip, fundamentat pe trecutul bolnavului.

În cazul transferului, subiectul „proiectează” asupra terapeutului propria sa problematică psihotraumatizantă din trecut, cu efect cathartic.

#### *4. Principiul estimării prognostice*

Acum principiu conține, de fapt, indicațiile pentru psihoterapie și are două aspecte :

- a) estimarea posibilităților de a trata prin psihoterapie ;
- b) alegerea metodei terapeutice.

Ambele aspecte sunt stabilite în funcție de doi factori, și anume :

- a) capacitatea nativă a individului și circumstanțele exterioare pe care el trebuie să le înfrunte ;
- b) modificările posibile pentru adaptarea individului la situație, precum și a situației la individ.

#### *5. Principiul planificării*

În materie de psihoterapie, orice tratament trebuie să fie cât mai eficace, mai economic și mai inteligent condus. Din acest motiv, se impune conceperea unui plan de terapie bine adaptat atât persoanei, cât și necesităților sale.

#### *6. Principiul dinamic*

Acesta privește, de fapt, alianța terapeutică. În ceea ce-l privește, au importanță următoarele aspecte :

- a) acțiunea terapeutică trebuie să urmărească adaptarea mediului la nevoile bolnavului ;
- b) acțiunea terapeutică trebuie să reprezinte tentativa de modificare a structurii personalității bolnavului, punând-o astfel într-un raport de armonie cu exigențele mediului său.

### **Problema relației terapeutice medic-bolnav**

Față de cele expuse anterior, F. Alexander stabilește existența mai multor grupe de factori care acionează specific în cadrul relației „medic-bolnav” din cursul psihoterapiei. Aceștia reprezintă *factori terapeutici constanți* cu acțiune practică în psihoterapie și trebuie deosebiți de *principiile psihoterapiei* prezentate mai sus.

Factorii terapeutici generali la care facem referință, legați de relația medic-bolnav, sunt tratați în cele ce urmează.

#### *1. Sustinerea afectivă*

Ca urmare a frustrării și a suferinței, bolnavul solicită ajutor. El speră că tratamentul îi va aduce o ușurare și îi va permite să-și satisfacă în parte nevoile sale regresive de dependență.

## 2. Susținerea intelectuală

Terapeutul este cel ce oferă subiectului său o susținere afectivă și reduce angoasa, în sensul că bolnavul dispune de propriile sale resurse intelectuale pentru a-și pute rezolva problemele practice.

Susținerea intelectuală și afectivă există într-o anumită măsură în toate formele de tratament. Ea rezultă din însăși situația terapeutică, cu condiția ca terapeutul să inspire bolnavului său incredere și să-l asculte în tot ceea ce acesta spune, cu multă răbdare și bunăvoiță, creând în felul acesta un climat de susținere și incredere.

## 3. Descărcarea emoțională

Orice formă de psihoterapie îi permite bolnavului să-și exprime propriile sale emoții. Acest fapt reduce tensiunea emoțională și pregătește calea unei mai bune cunoașteri de sine a subiectului. În felul acesta bolnavul devine capabil să vorbească despre propriile sale probleme cu mai multă obiectivitate și să le considere retroactiv mai critic.

## 4. Alte măsuri

Alte măsuri de susținere a bolnavului de către psihoterapeut în cursul curei sunt următoarele :

- a) stimularea mecanismelor de apărare a Eului, în momentul în care acestea slăbesc;
- b) adoptarea de măsuri represive legate de sentimentul de inferioritate sau de cel de culpabilitate care pot apărea la subiectul analizat.

## Clasificarea formelor de psihoterapie

În ceea ce privește psihoterapiile moderne, așa cum am afirmat deja, ele se leagă mai mult sau mai puțin direct de cura psihanalitică clasică a psihanalizei freudiene. Clasificările acestora sunt numeroase, iar ca schemă orientativă vom face referință celor ce urmează la clasificarea cea mai cunoscută (A. Porot). Se disting astfel următoarele forme de psihoterapii :

1. *Psihoterapiile de încurajare* : încurajarea, susținerea.
2. *Sugestia* : persuasiunea simplă și persuasiunea dură sau sugestia armată.
3. *Reeducarea*, care cuprinde următoarele : reeducarea funcțiilor efectiv perturbate; reeducarea comportamentului patologic global; reeducarea prin terapiile ocupационale (munca dirijată sau liberă, distracțiile, sportul).
4. *Psihoterapia abisală*, de origine psihanalitică, cuprinde : psihanaliza lui Freud; psihoterapia colectivă a lui Jung; psihoterapia individuală a lui Adler.

*Daseinsanalyse* a lui Binswanger ; psihoterapia nedirectivă a lui Rogers ; metoda visului treaz a lui Desoille.

5. *Psihoterapiile colective*, care cuprind următoarele forme : psihanaliza colectivă ; psihoterapia de grup a lui Slavson ; psihodrama lui Moreno (psihodrama cuplurilor sau sociodrama de grup).
6. *Psihoterapiile care utilizează luarea la cunoștință a corpului*, în cadrul cărora sunt incluse următoarele forme : metoda lui Vittoz ; metoda de autorelaxare concentrată a lui Schultz.
7. *Terapiile instituționale*.
8. *Psihoterapiile aplicate copiilor și adolescenților*.

## Capitolul 26

# Psihoterapiile de grup

### Aspecte generale

Psihoterapia de grup este o metodă care apare relativ recent în cadrul psihoterapiilor. Aspectul fundamental al său constă în valorificarea particulară a punerii în formă, prin apartenența la un grup, a vieții relaționale a individului. Tehnicile psihoterapiei de grup cunosc o mare varietate, dar, în ultimă instanță, toate utilizează noțiunile pe care le furnizează teoria microsociologiei a lui J.L. Moreno.

*Sociometria* lui J.L. Moreno este o metodă care studiază relațiile psihologice simpatetice dintre indivizi în cadrul contextului social-istoric dat. În societatea normală, aceste relații sunt de trei feluri: relații de *atracție*, de *respingere* sau de *indiferență*. Pe baza lor se stabilesc raporturile interpersonale dintre membrii aceleiași societăți. În sensul acesta, J.L. Moreno utilizează următoarea schemă: *A* și *B* se găsesc în relație de *atracție mutuală*, *respingere mutuală*, *indiferență mutuală* sau *atracție-repulsie*, *atracție-indiferență*, *indiferență-repulsie*. Aceste relații interindividuale simpatetice pot avea urmări psihologice pozitive sau negative, întrucât ele ajută sau împiedică dezvoltarea personalității. Aspectele legate de dinamica sau, mai exact, de *psihsodinamica grupurilor* îi interesează pe educatori, psihologi, psihiatri, sociologi. Aceste tipuri de relații, când au un caracter pozitiv, pot duce la lichidarea conflictelor de natură psihologică dintre oameni (antipatii, repulsii, nepotrivirii temperamentale, dificultăți de comunicare etc.), cu efecte terapeutice restauratoare.

Din punct de vedere istoric, metoda psihoterapiei de grup a fost utilizată de numeroși specialiști. Rosenstein o aplică la debilii mintali, Ghilarowski, la persoanele cu tulburări obsesive, Schuberl, în cazurile de dislalie, Hirschfeld, la persoanele cu tulburări de dinamică sexuală, Lapell, la bolnavii schizofrenici.

J.L. Moreno (1931) introduce sintagma de „*psihoterapie de grup*”, pornind de la experiențele jocului dramatic și influențele acestuia asupra echilibrului emoțional al indivizilor. Metoda se desfășoară într-un cadru special amenajat, care reproduce aspectul unui „teatru improvizat” (*das Stegreiftheater*). J.L. Moreno este cel care a introdus tehniciile de *psihsodramă* și *sociodramă*, conturând în felul acesta domeniul *sociometriei*. Ulterior, metoda a fost preluată de Schilder, Bender, Slavson, Bieber, Bion, Ezriel, Foulkes, Sutherland, Lebovici, Anzieu.

## Principiile generale ale psihoterapiei de grup

După B.J. Sadock, psihoterapia de grup este o formă de tratament în care bolnavii cu tulburări emoționale, aleși cu grijă, sunt plasați într-un grup condus de un terapeut în scopul întrajutorării prin efectele produse de schimbarea dinamicii personalității.

În înțelegerea dinamicii procesului de psihoterapie de grup, trebuie avute în vedere câteva aspecte, pe care le vom dezvolta în continuare.

- a) *Noțiunea de rol* privește comportamentul determinat atât prin structura individualului, cât și prin situația sa în grup, în funcție de contraatitudinea celorlalți membri ai grupului. În cadrul studiului relațiilor și al rolurilor, sunt puse în evidență două aspecte: trebuie să se țină seama de posibilitățile reciproce ale membrilor grupului în funcție de structura acestuia; trebuie să se studieze rolul bolnavilor în grupurile naturale, prin încercarea reproducerii artificiale a diverselor situații.
- b) *Echilibrul economic* al personalității constă în comparația dintre beneficiile pe care le obține un individ în diversele situații în care acesta se găsește și frustrările care-i sunt impuse de către aceleași situații..
- c) *Dinamica grupului* determină atât rolul individului, cât și posibilitatea acestuia de a se putea identifica cu grupul respectiv. Ea are mai multe aspecte, după cum urmează: în cadrul fiecărui grup, comportamentul individului este evident determinat de calitățile sale, de structura evolutivă a Eului personal, de „figura” pe care acesta o adoptă pe fondul grupului de care aparține. Terapeutica insistă pe faptul că medicul curant trebuie să introducă în grup bolnavi tratați, care să devină figura centrală, respectiv „obiectul” identificării comune; tipologia grupului se referă la relațiile umane, la analiza stărilor de tensiune din relațiile interindividuale și a comunicării din interiorul grupului respectiv; în cadrul grupului, un rol important îl are fenomenul de rejecție a devierii; un alt rol în dinamica grupului îl dețin următoarele aspecte psihologice: identificarea reductoriei, „situația-oglindă”, energia narcisică a grupului.
- d) *Structura internă a grupului* ne oferă două aspecte de microsociologie cu valoare deosebită, și anume: un aspect care urmărește să precizeze căutările emoționale ale individului, respectiv „psihograma”; un aspect care caută să realizeze misiunea pozitivă a grupului, respectiv „sociograma”.

## Organizarea și activitatea grupelor terapeutice

Grupele psihoterapeutice sunt compuse din bolnavi cu diferite tulburări psihice, în scopul ameliorării și corectării problemelor de personalitate, structurale sau dinamico-relaționale, ale acestora.

Un grup terapeutic este constituit din 5-10 persoane (bolnavi), la care se adaugă persoana terapeutului. Membrii grupului împreună cu terapeutul sunt așezați în cer. Bolnavii nu se cunosc între ei; nu au nimic comun în afara întâlnirilor din cadrul

grupului terapeutic, alte contacte fiind absolut excluse. Aceste întâlniri de „grup terapeutic” sunt interpretate ca având semnificația „trecerii la act”, a reflectării rezistențelor și a conflictelor personale în cadrul grupului.

Wolf și Schwartz recomandă ca bolnavii să se întâlnească o dată pe săptămână și în absența medicului psihoterapeut. Durata ședințelor este, în medie, de o oră și jumătate, cu o frecvență de două ședințe pe săptămână. În ceea ce privește forma ședințelor terapeutice, acestea pot fi: *grupe deschise*, respectiv grupele în care noi membri sunt admisi pentru a completa golarile lăsate de cei care le-au părăsit; *grupe închise*, reprezentând acele grupe care rămân „omogene” pe toată durata tratamentului.

Bolnavii care urmează a fi incluși în cadrul grupului terapeutic sunt selecționați de medicul sau psihologul terapeut după următoarele criterii: în funcție de scopul urmărit și de problemele pacienților; se caută ca pacienții să aparțină aceleiași grupe de vîrstă; este indicat ca grupul să aibă același nivel intelectual și de pregătire culturală; grupul trebuie să cuprindă persoane de ambele sexe.

Referitor la cele de mai sus, Bion pune accentul, în formarea și dinamica grupului, pe aprehensiunea esențială, distingând în sensul acesta trei forme: *grupul de dependență*, când acesta acționează ca atunci când ar avea nevoie de un lider care să satisfacă nevoile sale de dependență; *grupul de atac-fugă* este grupul reunit pentru a lupta, în comun, contra unui pericol; *grupul de cuplaj* este acela în care sentimentele de speranță și cele de așteptare se opun sentimentelor de ură și de distrugere.

În cazul activității de psihoterapie de grup, o atenție particulară trebuie acordată *terapeutului*. Acesta poate fi medic sau psiholog și de capacitatele lui profesionale și psihologice depind în mod direct succesul sau eșecul terapeutic al activității respective.

Whitehorn și Betz disting astfel două tipuri de psihoterapeuți, după cum urmează: *tipul A* de terapeut, mai activ, ferm, în special în ceea ce privește libera exprimare a atitudinilor personale ale bolnavului; *tipul B* de terapeut, pasiv, permisiv, care oferă pacienților interpretările ca pe o formă de instrucție.

În ceea ce privește *rolurile terapeutului*, acestea sunt: directiv, stimulativ, extensional și interpretativ.

### Modul de desfășurare și mecanismele psihoterapiei de grup

Așa cum am arătat deja, prima etapă este cea de recrutare a subiecților de către terapeut, după criteriile menționate. Se trece apoi la stabilirea programului și la desfășurarea ședințelor săptămânale de întâlnire terapeutică. Fazele evolutive ale terapiei de grup sunt considerate următoarele: a) *includerea*, care vizează selectarea și acceptarea membrilor grupului de către lider. Aici intră în joc și o anumită „atitudine de acceptare simpatetică” de către lider a subiecților săi; b) *forța desemnează* faptul că membrii admiși ai grupului sunt dependenți de liderul acestuia; c) *afecțiunea* este o condiție care trebuie realizată între membrii grupului terapeutic în vederea unei bune cooperări, sprijinului și comunicării reciproce.

În cadrul psihoterapiei de grup sunt puse în acțiune câteva aspecte dinamice care reprezintă procesele grupului. După Corsini și Rosenberg, acestea sunt reprezentate prin următoarele : a) *factorii intelectuali* : universalizare, intelectualizare, observarea ca spectator (imitarea și identificarea); b) *factorii emotionali* : acceptarea, altruismul, procesele de transfer (individual sau colectiv); c) *factorii de acțiune* : testarea realității, interacțiunea, ventilația și catharsisul.

### Tipurile de psihoterapii de grup

Așa cum se poate desprinde din cele de mai sus, psihoterapiile de grup urmăresc o mare varietate de aspecte și dispun de mecanisme terapeutice multiple. Din acest motiv, ele reprezintă o grupă de psihoterapii colective ce reunesc în compoziția lor numeroase tehnici. În plus, așa cum este cazul tehniciilor psihoterapeutice, acestea pot fi „adăptate” necesităților practice sau circumstanțelor curei, încât, din punct de vedere teoretic, rămâne la latitudinea fiecărui terapeut să-și adapteze tactica terapeutică fie în raport cu problemele specifice pacientului său, fie în funcție de modul de evoluție a curei terapeutice. Această „mobilitate” a tehnicii de psihoterapie poate fi considerată o regulă generală a domeniului. Vom prezenta în continuare principalele aspecte legate de formele tehniciilor de psihoterapie de grup.

Pentru R. Slavson, tehniciile de psihoterapie de grup au ca model cura psihanalitică sau, mai exact, principiile fundamentale ale psihanalizei. Autorul menționat distinge trei mari grupe de psihoterapii de grup, și anume :

- Tehnicile utilizând dinamica grupului*, reprezentate prin reuniuni regulate de grupe mici de bolnavi și utilizarea în scopul efectului terapeutic a dinamicii interne a grupelor, atât ca formă generală de tratament, cât și în ceea ce privește obiectivele restrânse, precise. Sunt menționate următoarele exemple : activitatea terapeutică de club, psihoterapiile directive etc.
- Tehnici verbale psihanalitice nedirective*, reprezentate în principal de „psihanaliza de grup” (Slavson, Foulkes, Ezriel, Sutherland, Lebovici, Luquet). Aceste tehnici constau în principal în indicații psihanalitice adresate grupului terapeutic, urmate de interpretarea aspectelor care apar în cursul ședințelor terapeutice.
- Tehnicile psihodramatice* au fost introduse, cum s-a spus deja, de J.L. Moreno. Acest grup de terapii are două aspecte fundamentale :
  - *Psihodrama* lui J.L. Moreno, care se bazează pe influența terapeutică a jocului dramatic de grup. Principalele elemente constitutive ale acestuia sunt reprezentate de „scenă”, „subiect”, „director”, „persoanele auxiliare” (*auxiliary Ego*, respectiv alți psihoterapeuți, părinții subiecților, rude, prieteni, cunoșcuți etc.) și „publicul”. Ședințele de terapie psihodramatică se desfășoară în trei timpi : discuția preparatorie, jocul dramatic, discutarea jocului dramatic.
  - *Psihodrama franceză* (Lebovici, Anzieu, Schutzenberger) este folosită acolo unde psihanaliza clasică este contraindicată. Ea are două aspecte sau „varianțe terapeutice” de ordin tehnic : *psihodrama analitică, cu un singur bolnav;*

*psihanaliza dramatică de grup.* Acțiunea psihoterapeutică este fundamentată pe fenomenul de transfer, legat în mod direct de natura relațiilor interpersonale. Redăm mai jos aspectele particulare ale fiecăreia dintre aceste două tehnici :

- *Tehnica de psihodramă analitică individuală.* În cazul acesta, un grup de psihoterapeuți se ocupă de un singur bolnav. Esența tehnicii constă în evitarea angoasei, crearea de relații, creșterea autorității. Se va respecta întocmai și întotdeauna conduită de tratament al bolnavului. Încheierea finală a tratamentului se va face prin separarea treptată a bolnavului de grupul său de psihoterapeuți.
- *Tehnica de psihanaliză dramatică de grup.* În cazul acesteia, se cere fiecărui bolnav să-și aleagă rolul preferat, se distribuie rolurile și se începe jocul dramatic. Se face apoi intreruperea ședinței terapeutice de către psihoterapeut și se trece, în final, la interpretarea observațiilor din cursul ședinței respective.

Un punct de vedere mai larg (J.D. Guelfi, P. Boyer, S. Consoli, R. Olivier-Martin, R. Tölle, H. Helmchen, M. Linden, U. Rüger) distinge următoarele tipuri de *psihoterapii de grup* :

- a) *Terapia suportivă* sau de susținere de grup urmărește să încurajeze socializarea, oferind o mai bună adaptare la mediu a subiecților.
- b) *Terapia analitică orientativă de grup* se definește prin câteva aspecte, dintre care menționăm pe următoarele : utilizează coeziunea grupului și transferul ; oferă o reconstrucție dinamică a personalității ; analizează visele membrilor grupului respectiv ; încurajează dependența de grup și de lider.
- c) *Psihanaliza de grup propriu-zisă* este caracterizată prin următoarele aspecte : utilizează experiențele anterioare de viață în relațiile de grup ; analizează visele membrilor grupului ; încurajează dependența de grup și de lider ; interpretează conflictele inconștiente ale subiecților ; procesele terapeutice constau în transfer, catharsis, testarea realității ; oferă o reconstrucție exterioară a dinamicii personalității membrilor grupului.
- d) *Terapia tranzacțională de grup* se caracterizează prin următoarele aspecte : se bazează pe comunicarea actuală dintre membrii grupului ; încurajează dependența dintre membrii grupului, dar nu și a acestora față de lider ; interpretează diferențele modele de comportament prezente ; procesele terapeutice de grup constau în abracacie și testarea realității ; urmărește întărirea mecanismelor de control conștient al realității.
- e) *Terapia comportamentală de grup* reunește tehnici care se caracterizează prin următoarele aspecte : stimulează relațiile pozitive din cadrul grupului ; încurajează dependența de lider ; creează un nou tip de apărare activă și directivă ; mecanismele terapeutice ale grupului sunt reprezentate de coeziune, întărire și condiționare ; se urmărește evidențierea simptomului psihiatric major și suprimarea acestuia.

*Psihoterapiile familiale* fac parte tot din cadrul psihoterapiilor de grup, având însă caracteristic faptul că obiectul lor este reprezentat prin grupul familial. Psihoterapia

familiei consideră ca importante interrelațiile care există între membrii grupului familial, sub toate aspectele lor: psihologic, emoțional, climaț familial, comunicare, exercitarea rolurilor, educația copiilor etc.

Se au în vedere comportamentul unui individ, precum și influența acestuia asupra interrelațiilor din cadrul grupului familial. Acțiunea psihoterapeutică va urmări să influențeze sau chiar să modifice comportamentele cu caracter perturbant din cadrul grupului familial. Schimbări esențiale survin numai în cazurile în care se produc modificări ale sistemului de organizare a familiei. În acest caz, atenția nu mai este îndreptată asupra „persoanei bolnavului” din cadrul familiei, ci „grupul familial” devine în ansamblul său pacientul asupra căruia este centrată acum acțiunea terapeutică. Avem de-a face astfel cu un fenomen de „contagiune psihică” prin inducție sugestivă sau simpatetică a întregului grup familial, iar „bolnavul autentic” trebuie considerat ca reprezentând „simptomul” tulburărilor întregului grup familial. În situația respectivă, obiectivul terapeutului va fi acela de a trata familia în totalitatea sa.

Grupul de la Palo-Alto, reprezentat prin Jackson, vizează în special aspectele legate de comunicarea în familie, de tipul de relații existente în grupul familial respectiv. În sensul acesta, Jackson distinge următoarele aspecte, care trebuie luate în calcul atunci când este organizată activitatea de psihoterapie familială: relații de tip complementar sau ierarhice; relații simetrice sau egalitare.

Pornind de la aceste tipuri de relații intrafamiliale, Jackson clasifică grupul familial în trei categorii, și anume: a) familii cu un tip de relație stabilă și satisfăcătoare; b) familii cu un tip de relație instabilă, dar satisfăcătoare; c) familii cu un tip de relație stabilă, dar nesatisfăcătoare.

Celor trei tipuri descrise de Jackson li se mai pot adăuga încă două forme, și anume: d) familii caracterizate printr-un haos cognitiv (Wyne); e) familii simbiotice, în care Eul este nediferențiat, în sensul că se remarcă o fuziune a Eurilor care fac ca membrii familiei respective să nu se poată diferenția între ei (Bowen).

Ca tehnică, psihoterapia familiei urmărește aceeași schemă de organizare și desfășurare ca și cea a psihoterapiilor de grup, cu mențiunea că avem de-a face cu un grup stabil, în cadrul căruia relațiile emoțional-affective sunt speciale, iar comunicarea și relațiile dintre indivizi din cadrul grupului sunt normate de statute și roluri precise. Se urmări antrenarea membrilor familiei în direcția cooperării, restabilirea rolurilor firești, comunicarea și reechilibrarea emoțional-afectivă a climatului intrafamilial.

Psihoterapia familială are largi indicații și este recunoscută ca o metodă eficacă de numeroși specialiști, fiind recomandată în următoarele situații: a) în familiile în care există bolnavi de schizofrenie; b) în cazuri de nevroze ale adultului; c) pentru personalitățile psihopatiche; d) pentru familiile în care sunt semnalate tulburări neurotice sau psihotice la copii sau adolescenți; e) în cazul familiilor alcoolicilor sau ale toxicomanilor; f) în afecțiunile psihosomatice.

## Capitolul 28

# Psihoterapiile ocupaționale

### Definiție și cadru general

*Terapiile ocupaționale* reprezintă o grupă specială de psihoterapii care acționează asupra individului sau a grupului prin mobilizarea activității lui, stimulând procesele creațoare ce se opun monotoniei sau repetiției; ele trezesc interesul bolnavilor și constituie o formă de comunicare cu un caracter dinamic particular.

După E.C. Slagle și H. Robeson, terapia ocupațională este o metodă de tratament a bolnavilor psihiți sau a altor categorii de persoane handicapate prin intermediul unei activități practice, utile, plăcute, antrenante, care să trezească interesul, să ofere destindere și să contribuie, în final, la restaurarea personalității și a comunicării bolnavilor.

Scopul terapiilor ocupaționale este de a trezi interesul, curajul și încrederea bolnavilor prin exercitarea regulată, sub control dirijat, a unei activități practice care să le dezvolte abilitățile, restabilind pe această cale capacitatea lor de reintegrare familială, socială, școlar-profesională etc.

Această formă de psihoterapie trebuie prescrisă și condusă sub o strictă supraveghere medicală, ținându-se seama de natura afecțiunii bolnavului sau de forma lui de handicap, momentul evoluției bolii, receptivitatea sau interesul subiecțului pentru aceasta, nivelul său de pregătire profesională, nivelul cultural, interese, gusturi, aptitudini etc. Ea se adresează „capacităților restante” ale subiecților, pe care le va stimula, dezvoltându-le în scopul compensării defectului, a stării de deficiență produse de afecțiunea psihică sau de altă natură care a invalidat subiectul.

O importantă caracteristică a acestei psihoterapii este cea de antrenare/stimulare a bolnavilor, ajutând, prin încurajarea acestora, prin rezultatele obținute de ei, la restaurarea personalității. Pentru realizarea acestui lucru, se va institui o gradare treptată a sarcinilor, a ritmului de activitate, stimulându-se pe cât este posibil și spiritul de competiție între membrii grupului terapeutic. Una dintre condițiile asigurării succesului acestei terapii este reprezentată de respectarea cu strictețe a ritmului de activitate.

Trebuie avut în vedere și un aspect de ordin moral, legat de încurajarea bolnavilor, de oferirea satisfacției privind rezultatele activității lor, precum și de oferirea unor recompense pentru acțiunea desfășurată. Se vor evita criticele, ironizarea membrilor grupului, comparația între aceștia sau a calității rezultatelor activității lor de către

terapeut sau de către personalul terapeutic auxiliar, reprezentat de instructorii profesionali. Tot în acest sens, cu valoare de încurajare morală, se vor pune în evidență noutatea, varietatea și valoarea produselor finite ale activității bolnavilor, încurajându-i să continue și să-și perfecționeze rezultatele.

Scopul terapiilor ocupaționale nu este numai de a le oferi bolnavilor un tip de activitate practică utilă, ci și de a stimula capacitatele lor creative, aptitudinile acestora, de a dezvolta deprinderi practice noi, care să constituie baza de plecare a unei eventuale „reprofesionalizări” a lor, cu valoare de reintegrare sau de resocializare. Se vor cultiva interesul și respectul pentru activitate, prețuirea rezultatelor activității, subliniindu-se astfel și valoarea educativ-morală a terapiilor ocupaționale. Indiferența va fi astfel înlocuită cu optimismul, încrederea în sine și în forțele proprii, redându-i-se pe această cale demnitatea bolnavului, precum și capacitatea de a se opune el însuși evoluției bolii sau prezenței handicapului.

Psihoterapiile ocupaționale au rolul resocializării bolnavilor. Prin caracterul lor de antrenare dinamică colectivă, atenuază traumatismul legat de internare, mai ales când este vorba de o perioadă mai lungă, facilitează cooperarea bolnavului cu personalul de îngrijire medicală prin acceptarea altor forme de tratament asociate, ușurează și deschide poarta comunicării.

O caracteristică a terapiilor ocupaționale constă în faptul că ele pot fi asociate și cu alte activități, de natură ludică, oferite bolnavilor, distracții, activități socio-terapeutice de întâlnire, reuniri în cadrul unui club, discuții colective, activități de relaxare etc.

Prin urmare, se desprinde concluzia că psihoterapiile ocupaționale au o largă varietate, ele putând fi administrate cu o mare mobilitate de către echipa terapeutică, nu au un caracter rigid și se pot adapta situațiilor, naturii afecțiunilor bolnavilor, constituind în felul acesta o metodă comodă, utilă și valoroasă.

## Organizarea activității terapeutice

Activitățile terapeutice ocupaționale se organizează și se desfășoară în cadrul instituțional al *spitalelor de psihiatrie*, în *căminele-spital de bolnavi cronici*, în *instituțiile de recuperare pentru persoanele handicapate* etc. În general, sunt indicate în cazurile de internare prelungită în scopul integrării bolnavilor sau a handicapătilor în unitățile de asistență și tratament, evitându-se în felul acesta traumatismul spitalizării, care poate duce la apariția unor fenomene secundare de tipul „hospitalismului”, „nevroze de spitalizare” etc. cu efecte negative (P. Sivadon, C. Enăchescu).

De preferat este ca aceste „secții de terapie ocupațională” să fie pe cât posibil separate de secțiile în care sunt internați bolnavii, pentru a se crea o delimitare netă între *spitalizare* și *activitatea de resocializare* a acestora. Separarea are efecte morale deosebite, întrucât introduce în instituția spitalicească o „insulă umană” în care persoanele interne se vor simți „altfel” în raport cu statutul pe care condiția de spitalizare îl impune acestora.

Organizarea și activitatea în „secțiile de terapie ocupațională” sunt esențiale în garantarea procesului de ameliorare clinică și de resocializare a bolnavilor. Ambianța acestor secții trebuie să fie plăcută, atrăgătoare, calmă, sălile de lucru să fie luminoase și spațioase. Alăturat sălilor de lucru trebuie să existe camere destinate medicilor, cabinete psihologice de psihodiagnostic, o sală de club și relaxare, bibliotecă, sală de expoziție pentru produsele activității bolnavilor, o cameră de arhivă unde sunt conservate aceste produse ale muncii sau creației bolnavilor.

Activitatea se desfășoară sub direcția unei *echipe terapeutice* specializate în domeniul psihoterapiei ocupaționale. Echipa este condusă de un *medic psihiatru*, care trebuie să aibă și formăție de psihoterapeut și experiență profesională în acest domeniu. El este asistat de un *psiholog*, de formăție psihoterapeut, și de un *psiopedagog* specialist în psihoterapie și recuperarea persoanelor cu handicap mental sau fizic. Aceștora le sunt atașați, în echipă terapeutică, *instructorii de terapie ocupațională*, specializați în diferite domenii de activitate (ergoterapie, croitorie, atelier mecanic, artizanat, art-terapie etc.), *asistente medicale* și *infirmiere* care să acorde, când este cazul, asistență medicală de specialitate, *sociologi* cu caracter de consultanți.

Activitatea propriu-zisă este precedată de selecția bolnavilor, care se va face în funcție de afecțiunea psihică sau de handicap, de fază de evoluție, de aptitudini, interese, profesiune, nivel de cultură, vîrstă, sex etc.

Activitatea se va desfășura zilnic, după un program regulat, cu pauze recreative și o durată medie de timp adaptată de la grup la grup, evitându-se oboseala, plăcileală, apariția stării de încordare psihică, repulsia față de activitate.

Grupul este controlat de echipa terapeutică, încurajat și susținut, mobilizându-se în felul acesta forțele sale dinamice, comunicarea și relațiile interpersonale.

La terminarea ședinței de lucru, se vor face aprecieri generale asupra zilei de muncă, a rezultatelor acesteia, căutându-se a se scoate în evidență aspectele pozitive, încurajându-se bolnavii și apreciind produsele realizate.

În general, se pot distinge următoarele două forme de terapie ocupațională: *activități lucrative* și *activități creative*. Le vom analiza pe fiecare în cele ce urmează.

*Ergoterapia* reprezintă forma cea mai generală de *activitate lucrativă*, cu o sferă mare de cuprindere. În cadrul ei intră o mare gamă de activități – de la cele mai simple, elementare, de tipul muncilor gospodărești executate în cadrul instituției spitalicești de către bolnavi împreună cu personalul încadrat în acest scop, până la activitățile profesionale, diferențiate în funcție de profilul acestora (croitorie, țesătorie, broderie, atelier mecanic, tâmplărie, agricultură etc.). Important în acest sens este caracterul simbolic al acestor activități, de exercițiu pentru refacerea aptitudinilor individuale modificate de boală sau de prezența unui handicap.

În cazul ergoterapiei, se pune accentul pe reeducarea gestualității, a îndemânării, dezvoltarea expresivității, readaptarea subiecților la efort și revenirea lor la o activitate profesională cu efect de resocializare. Prin acestea, atât bolnavii, cât și persoanele cu handicap își redobândesc autonomia și demnitatea. Ele se recapătă, într-o manieră simbolică, prin intermediul „obiectelor” produse de aceștia și a efectelor lor asupra celor care le-au produs. Astfel, „obiectul” produs devine, din punct de

vedere psihanalitic, un element de acțiune intermediar între „lume” și „bolnav/handicapat”, stabilind o „punte de comunicare”, dar și de „reintegrare” socială a categoriei de indivizi numite. Acesta este, de fapt, însuși scopul terapiei ocupaționale reprezentate prin ergoterapie. Obiectele create de bolnavi sau handicapăți contribuie la cunoașterea de sine, dar și a celorlalți, la afirmarea lor și la ștergerea diferențelor dintre ei și restul membrilor societății.

Mecanismele prin care acționează ergoterapia, ca factor terapeutic operațional, sunt următoarele: stimularea creativității; deprinderea unor activități practice utile, interesante și atrăgătoare; obținerea unor satisfacții ca urmare a activității desfășurate; învățarea unor noi deprinderi utile; integrarea temporal-spațială a bolnavilor prin „ieșirea” acestora din izolarea morbidă impusă de existența bolii sau a stării de handicap; dezvoltarea unor forme noi, pozitive de comunicare interpersonală, a unor noi relații umane; activitatea ocupațională ritmică scoate bolnavii din izolarea lor, suprimă monotonia, starea de regresiune sau complexele legate de prezența bolii sau a handicapului, favorizează adaptarea și evoluția clinică către ameliorare.

*Art-terapia* reprezintă terapia ocupațională prin intermediul creației artistice, ea fiind o formă de terapie bazată pe *activitatea creativă*.

Din punct de vedere psihologic, *arta* este un proces complex, în care sunt implicate două categorii de factori (R. Müller-Freienfelds): *mentali* (senzoriali-motori, asociativi, intelectuali) și *emoționali* (plăcere-neplăcere, afect, caracter).

Arta este în primul rând o formă de expresie umană a personalității, bogată în conținut, variată ca formă, strict personală, dar de adresă generală. Mobilul acestui proces îl reprezintă *artistul*, creatorul animat de intenția de a se exprima plastic, ca o formă de comunicare interumană specifică. Prin această intenție, *opera de artă* finită dobândește virtuțile unui mesaj psihologic specific și complex, prin care conținutul intrapsihic al inconștientului artistului creator este proiectat în exterior. Această calitate de activitate proiectivă, cu efecte de transfer pozitiv stă la baza utilizării artei și a creației artistice ca forme de psihoterapie. Problemele psihologiei artei, ale artei psihopatologice, precum și ale art-terapiei au preocupat un mare număr de specialiști, care au elaborat numeroase studii despre această formă de psihoterapie (Seguin, Laurent, Brière de Brismond, A. Freud, Vinchon, Baudouin, Dracoulidés, Volmat, Bobon, Maccagnani, Trabucchi, Dax, Obiols, Pickford, Rennert, Enăchescu).

Termenul de *art-terapie*, definitiv instituit (deși pare adesea forțat sau chiar inadecvat), este astăzi universal utilizat, desemnând totalitatea proceselor de educare, recuperare și psihoterapie ocupațional-creativă care folosesc în acest scop mijloacele de expresie artistico-plastică. În forma sa de activitate de grup, art-terapia reunește avantajele unei „ergoterapii creative” ieftine, ușor de mânuvit, care furnizează un material psihopatologic bogat, de o mare diversitate, deosebit de interesant și specific, putând fi utilizat direct și imediat în procesul de psihoterapie.

Prima formă de artă utilizată în psihoterapie a fost *muzica*, recomandare pe care o întâlnim în *Iliada* (tratamentul melancoliei lui Ahile), dar și la Platon, în dialogul dintre Socrate și Charmides (J. Séguin, A. Laurent, G. Chomet). Ulterior, desenul

și pictura sunt introduse în psihoterapie (S. Freud și A. Freud, W. Ziehn, H. Rorschach, C.G. Jung). W. Stekel și J. Vinchon recomandă art-terapia în procesul de relaxare a tensiunilor emoționale, după principiile transferului pozitiv cu efect cathartic din psihanaliză. Aceeași relație dintre conținutul simbolic al artei și valoarea sa cathartică este scoasă în evidență de Ch. Baudouin și E. Kretschmer.

Pentru S. Honkavaara, arta și creația artistică implică următoarele aspecte psihologice cu valoare terapeutică: activitatea artistică bazată pe percepția imediată a impresiei; relațiile dintre artă și funcția simbolică; arta ca factor de satisfacere dinamică a tensiunilor inconștiente ale individului.

O. Loras, referindu-se la natura operei de artă și a procesului de creație artistică la persoanele normale și la bolnavii psihiici, distinge, la rândul său, următoarele aspecte principale: materialitatea fizică sensibilă a picturii; modul de a fi al picturii, prin raportare temporal-spatială; continuitatea operei; pictura ca realitate totală.

Psihanaliza consideră procesul de creație artistică ca pe un act de sublimare, iar opera de artă ca pe o proiecție a imaginarului în sfera realității, făcându-se prin această o legătură directă între *vis* și *artă* (S. Freud, Ch. Baudouin, N.N. Dracoulidés, J. Bobon, H. Prinzhorn, R. Volmat, C. Enăchescu).

Pe considerentele de mai sus, *materialul patoplastice* sau „*producțiile artistice ale bolnavilor psihiic*”, cunoscute și sub numele de *artă psihopatologică*, reprezintă un material deosebit de important, cu o valoare multiplă. Clasificarea și valorile acestor materiale sunt, pentru R. Volmat, următoarele: a) *valoarea diagnostică*, aceste producții fiind expresia conținutului inconștientului persoanei care le-a realizat; b) *valoarea de test psihologic proiectiv*, prin conținutul exprimat; c) *valoarea de indicator al evoluției clinice a bolnavului*; d) *valoarea de indicator al prognosticului clinic* al bolii respective; e) *valoarea de psihoterapie ocupațional-creativă*, individuală sau de grup.

În ceea ce privește mecanismele prin care activitatea de creație artistică și opera de artă acționează în sensul restaurării echilibrului sufletesc al bolnavilor psihiici, acestea pot fi sistematizate în următoarele: a) activitatea artistică este o formă de expresie în cadrul comunicării interpersonale, fiind determinată de structura și de conținutul intrapsihic al persoanei care a desfășurat-o; b) ceea ce caracterizează, în principal, limbajul plastic este semnificația simbolică a acestuia, „în directă legătură cu conținutul problemelor” inconștientului bolnavului (complexe, traumatisme, frustrări, refușări, simptome nevrotice); c) metoda creației artistice facilitează comunicarea, stimulând o capacitate de expresie simbolică, de natură sublimativă, care nu ar putea verbaliza conținutul intrapsihic al bolnavului; d) lucrarea finită poate acționa asupra celui care a produs-o, declanșând o acțiune de natura „liberei asociații” din cadrul curei psihanalitice clasice, ajutând bolnavul să-și înțeleagă propriile sale stări conflictuale, pe care în felul acesta le poate lichida; e) activitatea artistică are valoare de restabilire a contactelor, a comunicării cu ceilalți, contribuind la readaptarea familială și socială a bolnavilor; f) metoda art-terapiei dezvoltă reacții afective pozitive, noi, cultivă spiritul colectiv și dinamica grupului; g) creația artistică permite realizarea simbolică a unor dorințe refulate, impuse de regimul de spitalizare

cu rigorile acestuia, atenuând astfel sau chiar prevenind „nevroza de spitalizare” ; h) utilizarea prelungită a art-terapiei poate ajuta bolnavul în a-și găsi vocații și un mod de activitate nou, util și plăcut.

Activitatea de art-terapie cuprinde o mare varietate de metode și tehnici, făcând din această terapie ocupațională o metodă flexibilă, de largă aplicabilitate și care, deși are un caracter creativ, nu implică în mod absolut obligatoriu o prealabilă pregătire artistică sau un talent special. În sensul acesta, *metodele de art-terapie* sunt următoarele :

- a) *metoda desenului tematic*, inspirată de testelete proiective (K. Machower), urmărind o etalonare a rezultatelor activității de creație, după criterii rigurose formale ;
- b) *metoda desenului copiat*, după natură sau după alți bolnavi, are valoare de activitate ocupațională necreativă, dar îl introduce pe bolnav, treptat, într-o activitate personală, stimulându-i inițiativa ;
- c) *metoda desenului liber* este forma ideală, cea mai completă din punctul de vedere al caracterului creativ, de proiecție a conținutului inconștientului într-o manieră plenară, directă, de către autorul respectiv ;
- d) *metoda „picturii digitale” (finger painting)* dă posibilitatea creării unor forme originale, plăcute, implică o bogată participare motorie, este relaxantă (Shaw, Mosse, Flemming) ;
- e) *metoda art-terapiei familiale* (H.Y. Kwiatkowska) constă în antrenarea întregii familii a bolnavului alături de acesta în activitatea de creație plastică, organizându-se astfel o terapie de grup familial, cu toate caracteristicile specifice acesteia, și restaurându-se dinamica familială, comunicarea și relațiile interpersonale ;
- f) *metode mixte*, constând din asocierea celor menționate mai sus ;
- g) *metoda asocierii art-terapiei cu alte forme de tratament* (medicamentează sedativă, psihotropă, antidepresivă, vitaminoterapie, cură Sakel, psihoterapie analitică, socioterapie etc.) are valoarea aportului unei activități diversificate, care înlătură aspectele negative ale spitalizării și grăbește procesul de ameliorare clinică și resocializare a bolnavilor.

În ceea ce privește *modul de utilizare a creațiilor plastice* ale bolnavilor psihiči în procesul de psihoterapie, R. Volmat indică trei grupe de tehnici, inspirate din cura psihanalitică clasică. Acestea sunt următoarele : a) *metoda asociativă*, care pleacă de la analiza semnificației conținutului simbolic al desenului sau picturii, stabilind relații care există între acesta și conținuturile inconștientului bolnavului ; b) *metoda neasociativă* sau *activă*, ce se adresează acelor părți din psihicul bolnavului rămase intace, neafectate de procesul patologic, pe care le stimulează, utilizându-le ca resurse terapeutice și de restaurare ; c) *metoda mixtă* este forma cea mai completă, care le îmbină pe cele precedente, având efectele psihoterapeutice cele mai bune. Această metodă este utilizată, de regulă, ca formă de psihoterapie de grup, cu rol ocupațional, utilizând dinamica grupului respectiv.

În aplicarea sau alegerea metodelor de mai sus, trebuie să se aibă în vedere mecanismele prin care *procesul de creație artistică*, privit ca activitate terapeutică,

și *opera de artă*, ca produs proiectiv al acestei activități, contribuie la procesul de vindecare a bolnavilor.

Referindu-se la mecanismele psihoterapeutice ale art-terapiei, J. Obiols notează existența următorilor factori: arta este un mijloc de expresie care are la bază dorința de comunicare, ea reflectând conținutul intrapsihic al inconștientului bolnavului, raportat la starea sa clinică; expresia plastică are o bogată valoare simbolică (Prinzhorn, Morgenhaler, Vinchon, Volmat, Minkowska, Naumburg, Ulman, Bobon, Enăchescu). Acest conținut simbolic este expresia fondului conflictual al bolnavului, pe care el nu-l poate verbaliza sau pe care-l cunoaște insuficient. Astfel, imaginile plastice produse de bolnav reprezintă o veritabilă formă de comunicare între acesta și psihoterapeutul său (M. Naumburg); aspectul bizar, neobișnuit, adeseori de o impenetrabilă opacitate al lucrărilor artistice ale bolnavilor psihici este expresia psihozei acestora, pe care ei o proiectează într-un proces de creație cu semnificație de transfer pozitiv, realizând în felul acesta un act de catharsis; metoda art-terapiei este în relație directă cu intensitatea actului dinamic pe care-l reprezintă, scoțând astfel în relief, încă o dată, valoarea cathartică a acestei forme de psihoterapie; opera de artă patoplastica exercită, o dată terminată, o acțiune de „impresie estetică” de factură centripetă asupra autorului ei. Prin aceasta, cel care a produs-o ia cunoștință de propriile sale „probleme psihologice”. În același timp, ea reprezintă un tip de activitate original, plăcut, ajută la întărirea Eului și contribuie ca atare la restabilirea echilibrului psihic al personalității bolnavului. Sunt dezvoltate reacții afective pozitive, care refac comunicarea și, prin aceasta, pregătesc reintegrarea bolnavului în familie și în societate.

Terapiile ocupaționale au un loc particular în arsenalul psihoterapeutic și, prin caracterul lor practic, lucrativ, cât și prin rezultatele concrete ale activității bolnavilor, grăbesc considerabil procesul de vindecare psihică și resocializare.

## Capitolul 32

### Consilierea

#### Definiție, domeniu, caracteristici

*Metoda consilierii sau a „sfătuirii”* face parte din același cadru de tehnici terapeutice ca și *psihoterapia*, motiv pentru care este studiată împreună cu aceasta. Consilierea are însă caracteristici și mecanisme psihologice de tratament proprii, care pot fi deduse și din atributele acestei metode: educativă, vocațională, suportivă, situațională, de rezolvare a problemelor, de deșteptare a conștiinței etc.

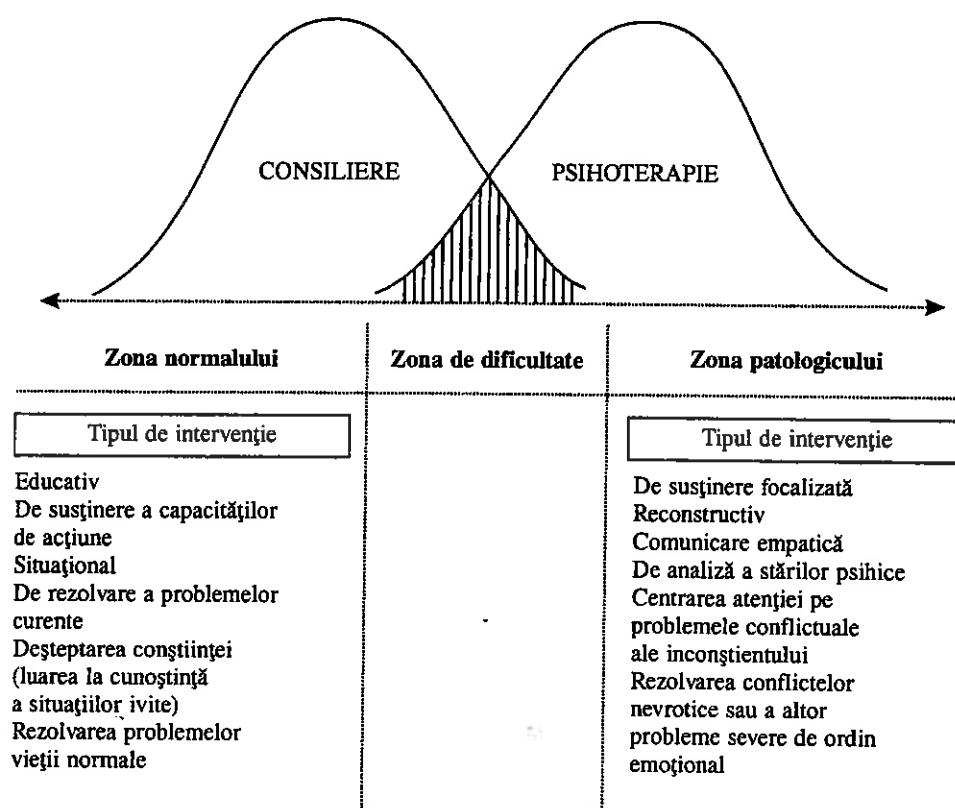
*Psihoterapia* este considerată ca fiind o metodă de susținere a bolnavului în plan psihologic, reconstructivă, analitică, focalizată pe problemele acestuia și care se desfășoară pe termen lung. *Consilierea* este o metodă educativă, de susținere a persoanelor aflate în situații critice care impun o rezolvare imediată și rapidă a problemelor ivite, desfășurându-se pe termen scurt.

Nu se poate stabili, din cele menționate, o separație absolut netă între psihoterapie și consiliere, ele fiind integrate unui *continuum* raportat la situațiile de viață ale indivizilor. Mai mult, dacă psihoterapia se adresează cu predilecție cazurilor cu probleme psihologice de natură patologică, consilierea este în primul rând un suport psihologic pentru problemele neobișnuite ale vieții curente a indivizilor, care declanșează „situații-limită”, nefiind însă în mod obligatoriu de natură psihopatologică.

Prin urmare, se poate considera că *psihoterapia*, ca metodă, vizează în primul rând dificultățile de ordin patologic ale individului, pe când *consilierea*, pe cele de natură psihologică sau existential-nepatologică, care pot apărea ca „interferențe” în decursul vieții acestora. Deși par a fi bine delimitate ca domeniu, cele două metode se întâlnesc în ceea ce am putea numi „zona de dificultate” existențială a persoanei, în care se pun probleme de adaptare la situațiile vieții de tip relațional-extern sau dificultăți de echilibru psihic. Aceste aspecte rezultă din schema ce urmează (vezi pagina 325).

Se consideră că intervenția consilierii este indicată la persoanele cu dificultăți de ordin „situațional” ale vieții curente, dar care nu ating intensitatea unor forme de manifestare nevrotică, problemele lor neavând un caracter patologic, ci sunt considerate ca fiind doar „victimele unor presiuni din mediul exterior” (P. Blos, H.B. Pepinsky). F.C. Thorne consideră consilierea ca reprezentând o formă de susținere psihologică, similară psihoterapiei, pentru persoanele normale cu „probleme de viață”. La rândul său, F.P. Robinson recomandă consilierea persoanelor care doresc să atingă un nivel de viață superior, să depășească anumite „obstacole” sau să-și construiască „strategii

personale” de viață. Acestea din urmă se referă la etapele de maturizare ale personalității, dobândirea și modalitatea de utilizare a propriei independențe, integrarea personală și situațiile vieții curente, responsabilitățile asumate sau impuse etc.



Se impune să dăm o definiție procesului de *consiliere*. În această privință, cea mai răspândită definiție este cea aparținând lui J.W. Gustad, care afirmă că *acțiunea de consiliere* este un „proces de orientare/învățare care se desfășoară în spațiul realității între două persoane, cuplu în care «sfătuitorul» cu competență în problemele psihologice îi oferă clientului său metode adecvate nevoilor proprii, în raport cu contextul evenimentelor vieții, stabilindu-se astfel un program personal în care sunt incluse următoarele: luarea la cunoștință despre sine, înțelegerea situațiilor, evaluarea efectelor acestora, realism și simț practic în soluționarea situațiilor critice, în vederea restabilirii echilibrului cu realitatea vieții într-o manieră armonioasă și care să permită evoluția pozitivă a subiectului în continuare”.

Rezultă din definiția dată că procesul de consiliere se adresează problemelor de adaptare/integrare ale individului la realitățile vieții sale, stabilirea unei armonii cu acestea și rezolvarea situațiilor critice care pot apărea. Prin aceasta se subliniază însă, încă o dată, caracterul extern al intervenției consilierii asupra persoanei. Însă, spre deosebire de consiliere, psihoterapia se definește ca o metodă de restaurare a

echilibrului psihic al individului, printr-o acțiune atât asupra Eului conștient, cât și asupra sferei inconștientului. Scopul de bază al psihoterapiei este de delimitare și anulare a stărilor conflictuale interne, a simptomelor nevrotice sau situațiilor complexe, restabilind în felul acesta echilibrul psihic intern.

Dacă psihoterapia este o metodă bine definită ca principii, scop, tehnici, indicații, strategie, consilierea este o sinteză a mai multor influențe, cum ar fi orientarea și formarea individului, psihoprofilaxia sau igiena mintală, protecția socială, studiul dezvoltării individului etc. Din aceste considerante, consilierea își găsește o largă gamă de aplicații, cum ar fi :

- indicarea direcțiilor de opțiune școlară/profesională în raport cu aptitudinile personale ;
- încadrarea în activitatea profesională ;
- alegerea partenerului de viață în vederea căsătoriei ;
- evitarea conflictelor sau a situațiilor critice raportate la posibilitățile personale și tipul de reacționare ale individului în funcție de acestea ;
- modalitatea de rezolvare a anumitor situații în viață.

### Modalitățile de acțiune ale consilierii

*Procesul de consiliere* are obiective precise și o strategie organizată în vederea realizării lor. În plus, fiind raportată la *starea de normalitate*, consilierea este teoretic permanent prezentă, ca un auxiliar al persoanei umane, în toate situațiile de viață ale acesteia. Prin trăsătura numită ea se diferențiază de psihoterapie, care este o metodă de tratament rezervată situațiilor patologice ale vieții psihice a individului. Fiind o „metodă proiectivă și de susținere” a indivizilor normali, consilierea este direct înrudită cu *igiena mintală*, pe care o completează (C. Enăchescu).

Având un caracter de permanentă intervenție și fiind la dispoziția oricărei persoane, *consilierea* este considerată ca o *situație de actualizare* a individului, vizând relațiile sale cu evenimentele realității trăite și evaluându-le anticipativ pe cele viitoare, el fiind astfel prevenit și pregătit pentru a face față cu un maximum de eficiență la întâlnirea cu acestea.

*Procesul de actualizare* a individului este unul dintre principalele scopuri urmărite de consiliere. El constă într-o stare de „tensiune a conștiinței” acestuia, capabilă de a surprinde ceea ce se petrece în afara persoanei pentru a putea evalua corect evenimentele și a-și pregăti răspunsurile și acțiunile cele mai adecvate lor.

Actualizarea este, de fapt, procesul de „înaintare a individului” în propria sa viață, evitând dificultățile și beneficiind din plin de situațiile favorabile. Aceasta implică o adaptare a posibilităților sale la „presiunile” exterioare ale vieții, în scopul evitării producerii conflictelor, a situațiilor frustrante, eșecurilor sau chiar a stărilor nevrotice. Evoluția persoanei în lume este graduală și se concretizează prin „psiobiografia acesteia” sau „istoria vieții individuale”, pe care, prin intermediul consilierii, individul și-o poate planifica și construi singur. Prin aceasta, el poate deveni,

într-o anumită privință, „artizanul” propriului său destin. Actualizarea nu reprezintă o constrângere, ci, dimpotrivă, „libertatea individului de a alege” cele mai potrivite soluții pentru el din cele oferite de viață. Însă o dată făcută, alegerea implică asumarea unei responsabilități, tenacitate în acțiunile întreprinse, menținerea ritmului de activitate, urmărirea scopului propus.

Se remarcă faptul că actualizarea este o modalitate de organizare și control a comportamentului individual. Ea devine, în timp, o formă de „comportament social învățat”, ce se înscrie în cadrul interacțiunilor sociale generale din care individul este parte.

De o importanță practică deosebită sunt *scopurile actualizării*, urmărite prin intermediul acțiunii de consiliere pentru a fi realizate de individ. L.M. Brammer și E.L. Shostrom descriu următoarele obiective/caracteristici psihologice pe care urmărește să le realizeze procesul de consiliere:

- a) *independența* subiecțului în raport cu evenimentele vieții, considerată a fi reprezentată prin situația de „a-și fi suficient lui însuși” sau de a nu depinde fizic sau social de mediul extern;
- b) *spontaneitatea* ca modalitate de acțiune și răspuns la evenimentele vieții trăite, considerată ca opusă atitudinii defensive din aceeași circumstanțe;
- c) modalitatea de „*a trăi aici și acum*” sau de a fi permanent în prezent, în actualitate, fapt care exprimă tendința trăirii plenare a fiecărui moment și eveniment al vieții, antrenând în acest sens întreaga personalitate;
- d) *încrederea* ca stare de suport moral, de „încredere în sine”, în propriile posibilități, ca garanție a autorealizării, independent de orice formă de susținere externă;
- e) *cunoașterea exactă* a realității obiective externe, a consecințelor care decurg din aceasta, precum și a responsabilităților care îi revin individului pus „în cunoștință de cauză”;
- f) *autenticitatea* constă în „a fi tu însuți”, direct, deschis în totalitate, în raport cu realitățile vieții, dar și cu ceilalți indivizi, în orice împrejurare;
- g) *responsabilitatea* în raport cu judecările, acțiunile întreprinse, dar și în ceea ce privește angajamentele asumate cu lumea externă și cu celealte persoane, cu familia proprie, cu sarcinile profesionale etc.;
- h) *eficiența* propriei activități, a rezultatelor acesteia, a conduitelor sale, a relațiilor cu ceilalți.

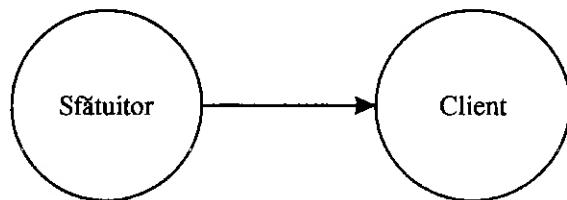
Realizarea acestor scopuri, pe care acțiunea de consiliere le propune individului, constituie garanția unei stări de sănătate mintală optimă, a unui comportament eficient, a unei integrări pozitive, concordante în realitate. Rezultatele vor fi reprezentate de performanțele înregistrate de indivizii „formați și avizați” în ceea ce privește „modul de a fi” și de „a acționa” în lume și în relațiile interpersonale.

Trebuie subliniat faptul că *acțiunea de consiliere* nu reprezintă numai o *ordonare psihologică* a persoanei, ci și un anumit *model de organizare morală* a individului, fapt esențial în integrarea pozitivă a acestuia în viață.

### Relația sfătuitor-client

Procesul de consiliere reprezintă un tip particular de relație care se stabilește între *persoana sfătuitorului* și *persoana clientului* care solicită consilierea. Aceasta poate pune în raport de comparație cu relația *terapeut-pacient* din domeniul psihoterapiei.

În cadrul *relației de consiliere* are loc, de fapt, o transmitere a experienței de viață de la „sfătuitor” la „clientul” acestuia, între ei stabilindu-se o punte de comunicare. Aceasta, din punct de vedere psihologic, activează mecanismele sistemului de apărare a Eului clientului, așa cum se poate vedea din schema de mai jos.



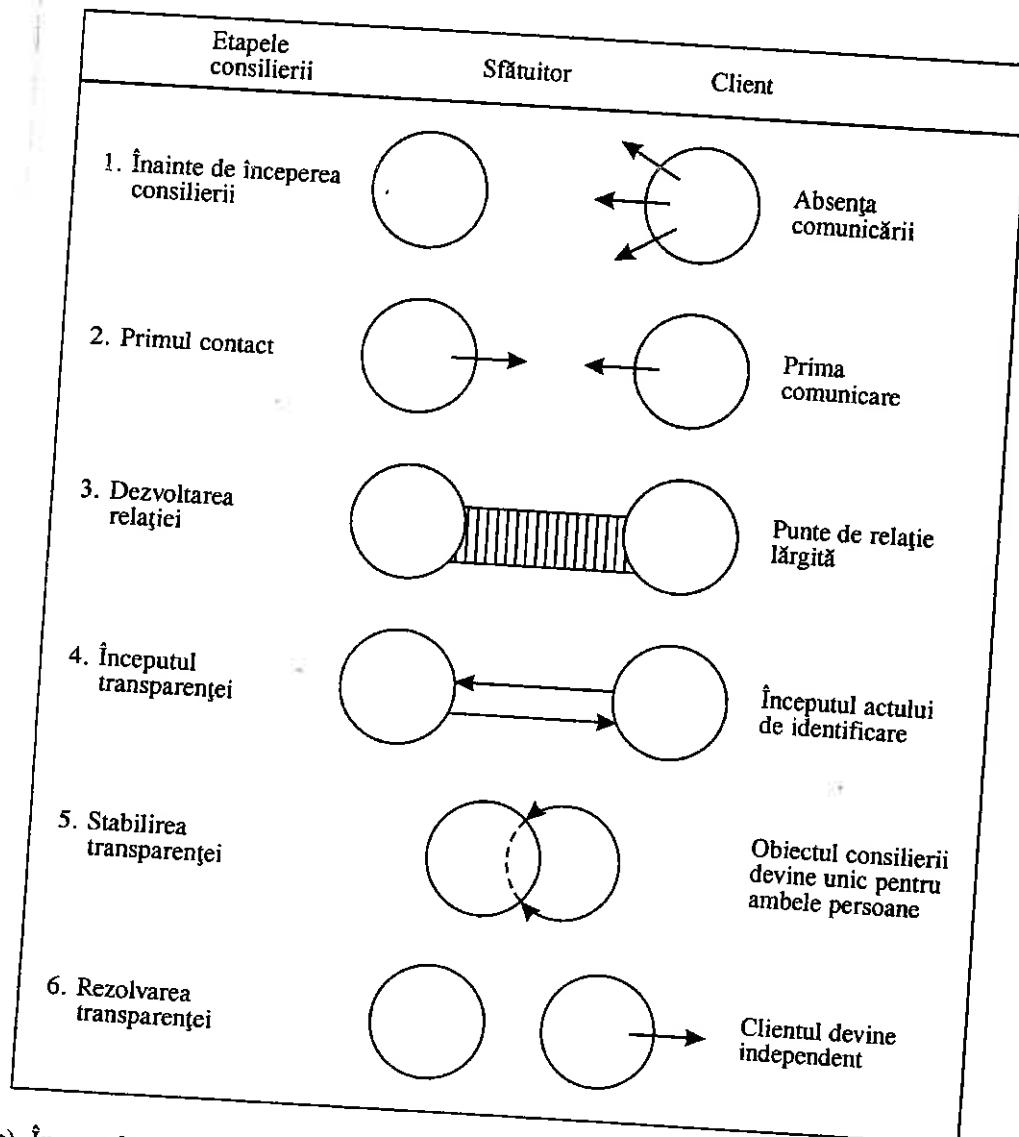
Important de reținut este faptul că persoana sfătuitorului urmărește să stimuleze și să pună în acțiune *mecanismele de apărare a Eului* clientului său, pregătindu-l felul acesta în vederea confruntării sale cu evenimente sau situații critice de viață. Prin intervenția descrisă se urmărește și stabilirea unui „acord” între Eul conștiut și inconștiul persoanei care este consiliată. Acest proces se desfășoară în mai multe etape, cum se poate vedea din schema de la pagina 329.

Schema reproduce *etapele procesului de consiliere*, considerat ca un tip specific de relație sfătuitor-client, în cadrul căruia rolul actualizării „problemelor de viață” ale clientului constă, de fapt, în „explicarea” naturii acestor „probleme” sau „interpretarea” lor de către sfătuitor pentru clientul său. Relația are caracterul unui proces de transfer de la sfătuitor către client, care se desfășoară în mai multe etape, așa cum se poate vedea din schema respectivă, având ca obiectiv final dezvoltarea capacitatei clientului de a-și înțelege și rezolva singur propriile „probleme”, dar și a-și construi proiecțe personale de viață. Așadar, „procesul de consiliere” se prezintă ca un tip de relație interpersonală exterioară de susținere, încurajare și explicare a situațiilor critice de viață, cât și a strategiilor care se impun a fi adoptate în aceste circumstanțe.

Relația sfătuitor-client nu are însă numai un aspect exterior. Ea pune în acțiune mecanisme complexe, care antrenează într-o manieră dinamică persoana clientului prin prezența și intervenția sfătuitorului său. În această privință, legătura sfătuitor-client se apropie mult de relația psihoterapeutică, prin mecanismele psihologice care sunt puse în acțiune. Se notează în această direcție două etape principale:

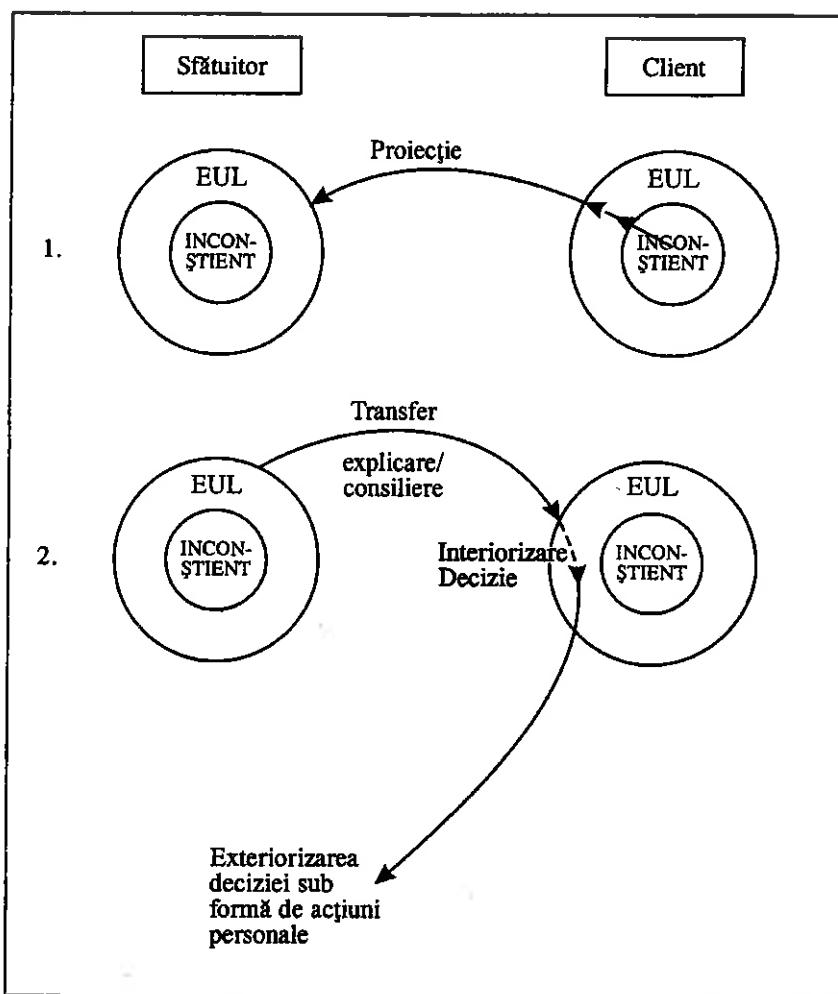
- a) În prima etapă se produce un „transfer proiectiv” de la client către sfătuitorul său. Clientul proiectează asupra sfătuitorului „problemele” sale ca „întrebă-

legate de anumite situații critice personale cu care este confruntat, iar sfătitorul preia întrebările clientului pentru a-i oferi acestuia răspunsuri. Este, din punct de vedere psihologic, o „comunicare” între două Euri.



- b) În cea de-a două etapă, sfătitorul elaborează răspunsul, la nivelul Eului său, pe care-l comunică Eului clientului, printr-un mecanism de transfer cu valoare de explicare/consiliere. Clientul preia explicația sfătitorului, pe care și-o interio- rizează prelucrând-o și, prin aceasta, ea este recunoscută ca „personală”. Pe baza sfatului preluat, Eul clientului va elabora o „decizie” pe care, ulterior, o va re-proiecta în exterior, sub forma unei acțiuni exterioarizate care reprezintă, de

fapt, soluția situațiilor critice de viață cu care este confruntat. Aceste aspecte pot fi urmărite în schema care urmează.



O interpretare a procesului de consiliere pune în evidență câteva etape obligatorii legate de lanțul întrebare - răspuns - explicare - acceptare - interiorizare - decizie - exteriorizarea acțiunii.

Astfel, L.M. Brammer și E.L. Shostrom menționează următoarele cinci etape principale în procesul de consiliere :

1. *Reflecția* este etapa „întâlnirii” dintre sfătuitor și client, având ca obiect explicitarea unei anumite „probleme” sau „situații critice” a clientului. Atenția ambilor este circumscrisă de această temă.
2. *Clarificarea* este etapa în care sfătuitorul stimulează conștiința clientului său orientându-l către soluționarea problemei, a întrebării.

3. *Reflectarea* reprezintă procesul de ghidare a clientului de către sfătuitor în direcția căutării active a unei soluții posibile la problemele acestuia, în concordanță cu nevoile sale și cu circumstanțele externe.
4. *Confruntarea* este etapa în care soluția acceptată ca fiind cea mai potrivită circumstanțelor și mai favorabilă clientului este admisă.
5. *Interpretarea profundă* constă în căutarea „motivelor” și a „mobilurilor” din inconștientul clientului care au determinat ca circumstanțele vieții acestuia să aibă caracterul de „situații critice” cărora trebuie să le facă față. În această privință, consilierea se apropie mult de psihoterapie, dar ea este orientată mai cu seamă către instituirea unor măsuri de „protecție psihologică” a individului, de evitare a unor „situații critice” de viață, în raport cu posibilitățile sale, dar și cu conținutul pulsional al inconștientului acestuia.

Față de cele prezentate mai sus, se pun câteva întrebări deosebit de importante legate de consiliere : *Cine poate fi sfătuitor ? Poate fi consilierea utilizată în orice situații și pentru oricine ? Cum este privită consilierea ? Care sunt consecințele sale ?* Vom căuta să răspundem la aceste întrebări.

Referitor la persoana sfătuitorului, am spus deja că este necesar să posedă experiență în domeniu, cunoștințe de psihologie și psihoterapie, să dispună de un tact deosebit în relațiile interpersonale, să aibă capacitatea de „a intra în interioritatea clientului”, de a-l dirija pe interlocutor într-o manieră persuasivă pozitiv-construcțivă, să fie permanent alături de client, fără însă a-l domina, evitând dependența acestuia, să fie clar, concis, prompt.

În linii generale, se poate afirma că procesul de consiliere este un act aflat mereu la dispoziția indivizilor. Acesta devine însă nociv dacă intențiile sfătuitorului sunt negative, putând să se transforme în „acte de manipulare negativă” a clientului, care, dacă este o persoană slabă, sugestionabilă, își poate însuși în mod automat „soluțiile” oferite de sfătuitor, fără să reflecteze asupra naturii acestora și a consecințelor lor, ceea ce va duce la adoptarea unor atitudini și conduite negative atât pentru propria sa persoană, cât și pentru cei din exterior. Sunt și persoane „rezistente” la consiliere, care refuză orice intervenție externă. În acest caz, se impun măsuri de psihoterapie care să rezolve conflictele inconștiente, stările complexuale sau frustrările acestora. Există de asemenea persoane cu un caracter oscilant, dubitativ, dificil de condus și de convins, care nu pot beneficia de consiliere. Același lucru se poate spune despre persoanele cu deficiențe intelectuale, bolnavii psihici, în special cei psihotici, toxicomanii, alcoolicii, psihopati etc.

Consecințele actului de consiliere sunt multiple și importante. Pe primul plan se impune „clarificarea” problemelor de viață actuale ale subiectului. Trebuie însă ca acesta să fie orientat în direcția găsirii soluțiilor legate de viața personală în mod independent, evitându-se formarea unei stări de dependență față de sfătuitor. Apelul repetat la consiliere poate antrena, dincolo de o stare de dependență, chiar o regresiune a persoanei clientului, fapt nedorit, care va necesita intervenția unei psihoterapii. O importantă consecință pozitivă a consilierii ca act educativ/psihologic

constă în pregătirea individului pentru viață, formarea atitudinilor sale, dezvoltarea capacitatei de evitare a pericolelor, a „situațiilor-limită” cu caracter critic sau chiar nociv, de a lua cele mai adecvate decizii în raport cu circumstanțele vieții. Toate acestea contribuie în mod direct la formarea unei stări de sănătate mintală optimă, capabilă să confere individului o stare de echilibru psihic, condiție a evoluției acestuia și a afirmării sale depline.