

PSIHANALIZA CONTEMPORANĂ ȘI DEZVOLTAREA PSIHOLOGIEI

Svetlana Rusnac

POSTMODERNISMUL PSIHOTERAPIEI ȘI PERPETUAREA PSIHANALIZEI

Importanța psihanalizei pentru dezvoltarea psihologiei și psihoterapiei

La șase ani de la fondarea laboratorului de către W. Wundt, eveniment pe seama căruia se pune unanim meritul afirmării psihologiei ca știință, Ebbinghaus (1885) scria că psihologia are un trecut lung, dar o istorie scurtă [37, p. 52]. Această idee, împărtășită actualmente unanim de către cercetători, implică viziunea despre existența în perioada științifică a două categorii de abordări psihologice: filosofică și “populară” (cu geneza în “simțul comun”). Și dacă cuvântul “psihologie” a fost utilizat pentru prima dată în titlul unei cărți din secolul XVI (1590) de către Rudolf Goclenius [27], depistăm ideile psihologice încă în tratatele antice filosofice, iar psihologia “populară” are o vechime de mai mult de 100 de mii de ani [32]. Totuși, meritul mare în apariția, afirmarea și triumful psihologiei ca știință aparține lui Wilhelm Wundt, care a formulat principiile cercetării experimentale, și lui Sigmund Freud – autorul psihanalizei.

Este caracterizată de dualitate și istoria psihoterapiei. Termenul “psihoterapie” a fost introdus în circuitul științific de psihiatrul englez Walter Cooper Dendy în 1853 [38, p. 210] cu referință la utilizarea “vorbirii” în tratamentul problemelor emoționale. Dar practica psihoterapeutică, promovată în tradiția culturală și religioasă, se întâlnește încă în perioadele preistorice, evoluând de la exorcism la magnetism, de la magnetism la hipnoză [15]. Psihoterapia modernă își începe istoria în activitatea și opera lui Sigmund Freud, care în cadrul practicii private în neurologie între anii 1886 și 1896 a dezvoltat o metodă de lucru cu pacienții isterici, numind-o “psihanaliză”.

Psihoterapiile moderne

Psihoterapia freudiană

Sigmund Freud nu numai că a contribuit la dezvoltarea psihologiei, orientând-o pe un nou făgaș, lansând idei și formulând teorii privind structura și instanțele aparatului psihic, dezvoltarea umană și stadiile ei psihosexuale, dar a fondat psihoterapia științifică. Deși, începând cu sfârșitul secolului XX, teoria și terapia psihanalitică este adesea criticată [31], în contextul acestei analize nu vom pune la îndoială opiniile lui Freud, afirmând încă o dată că anume psihanaliza a stat la baza psihoterapiei.

Conform definiției date de National Psychological Association for Psychoanalysis, “Psihanaliza este o forma specială de psihoterapie, în care terapeutul și pacientul lucrează împreună asupra modului în care se simte, se vede, se raportează la alții și își trăiește viața ultimul” [1]. În conformitate cu definiția oferită de American Psychoanalytic Association [40], psihoterapia psihanalitică sau psihodinamică este o modalitate de tratament, care, în multe privințe, este aproape similară cu abordarea

științifică freudiană, utilizând teoriile psihanalitice drept cadru pentru modelarea și înțelegerea procesului terapeutic.

Teoriile multiple din domeniul psihanalizei se aplică în explicarea situației psihoterapeutice, punându-se accent pe cunoașterea și creșterea sinelui, aprofundarea înțelegerii problemelor emoționale și a conflictelor care stau la baza dificultăților pe care le trăiește pacientul. În mod tradițional, terapeutul psihanalitic explorează gândurilor și sentimentele inconștiente în cadrul relației cu pacientul, descoperind conflictele emoționale ascunse, interpretând procesele defensive (mecanismele de apărare) care împiedică conștientizarea emoțională, și luând în considerare problemele ce țin de sentimentul de sine și de stima de sine.

Pentru sfârșitul secolului XIX psihanaliza s-a manifestat ca o revoluție în gândirea științifică. Sigmund Freud a propus un model nou, prin care a explicat natura psihicului uman, a schimbat modalitatea de a trata personalitatea, relațiile cu sine și cu alții, cu limbajul și cu cultura în întregime. Perpetuând ideile clasicismului despre organizarea și conținutul psihicului uman (rațiune și voință – sentimente – spirit, morală) și ale romantismului (motive – emoții – voință), creatorul modelului psihoterapeutic modern a descris psihicul și rolul important al inconștientului în activitatea psihică, în special al sexualității, prezentând renumitul model: motiv (Ego) – voință (Super-ego) – pulsione (Sine), model care i-a derutat pe mulți din contemporanii lui, care și actualmente este uneori perceput ca amenințător, dar care, totodată, a adus o notă democratică puternică în înțelegerea și explicarea minții umane.

Recunoscând meritele predecesorilor, Freud a descris asemănările și deosebirile dintre psihanaliză și alte terapii, a remarcat experiența lungă a psihoterapiei, dar a insistat încă la începutul carierei sale să afirme metoda, cunoscută actualmente sub denumirea de psihanaliză, care “după înțelegerea mai profundă a nevrozelor” se afirmă pe alte principii, decât cele cunoscute și practicate la hotarul dintre secolele XIX și XX:

a) diferite de tehnicile sugestive și hipnoză, care nu au efecte de durată și amploare, deoarece nu cercetează “jocul ascuns al forțelor psihicului”, nu cunosc rezistențele cu care pacienții își apără boala lor și se opun recuperării, singura soluție fiind înțelegerea manifestărilor comportamentale (Freud a folosit o analogie în identificarea diferențelor dintre psihanaliză și terapiile sugestive, cele din urmă au efectul aidoma unui produs cosmetic, în timp ce psihanaliza este ca o intervenție chirurgicală);

b) prin implicarea unor specialiști pregătiți bine în domeniu;

c) prin durata curei terapeutice;

d) cu implicarea unor indicații și contraindicații, pe care Freud nu le impune cu duritate, doar le marchează: (1) dorința pacientului de a urma terapia; 2) prezența nevrozei; 3) solicitări pentru anumite limite de vârstă, “limita de sus de vârstă trebuie să fie determinată în mod individual; persoanele tinere, chiar până la pubertate, sunt subiecți potriviți pentru influență psihoterapeutică”; 4) nu se recomandă pentru tulburările reactive;

e) “tratamentul analitic executat rațional nu atrage după sine pericole pentru pacient”;

f) se bazează pe faptul că “procesele psihice inconștiente” sunt cauzele principale ale simptomaticii morbide [20].

Găsind asemănări pozitive cu formele mai vechi ale psihoterapiei, Freud a menționat în comparațiile psihanalizei cu modelele lui Jung și Adler doar diferențele [19].

Probabil comparația a fost influențată de faptul că Adler și Jung inițial au acceptat modelul psihanalitic al lui Freud, dezvoltând ulterior în cadrul psihoterapiei analitice și individuale idei deosebite și chiar supunând criticii freudismul.

Comparând psihanaliza cu alte școli psihoterapeutice, menționăm că urmează să se țină cont de preocupările de epocă ale ultimelor. Așa, behaviorismul în timpul vieții lui Freud avea mai mult un caracter academic, fiind preocupat de dezvoltarea teoriilor comportamentale. Firește că Freud era interesat de teorie, dar concepțiile la care s-a referit mai frecvent țineau de cele elaborate în debutul psihologiei ca știință – sf. sec. XIX-înc. sec. XX – și, cum menționează Sulloway [46], el a fost puternic influențat de biologia darwinistă a timpului și, prin intermediul cercetărilor prietenului său Wilhelm Fliess, a înlocuit modelul evoluționist printr-un model fiziologic al psihicului. Sulloway menționează că Freud a fost “un biolog al minții”. Ulterior, pe parcursul secolului XX, Freud n-a fost interesat de psihologia academică, preferând să-și perfecționeze și dezvolte teoriile sale.

Metodele psihoterapeutice introduce în circuit de psihanaliză sunt: anamneza – solicitarea relatărilor pacienților despre faptele și întâmplările din perioada în care s-au îmbolnăvit; asociațiile libere – povestirea liberă, fără de cenzură despre tot ce-i trece pacientului prin minte, fără a se indica o temă sau un subiect în prealabil, pentru ca ulterior, după o analiză a șirurilor de gânduri verbalizate, să fie identificate evenimentele și trăirile traumatice producătoare de suferințe psihice; interpretarea – a visurilor, a actelor ratate și simptomatice, a simbolurilor; analiza transferului – a proiectării emoțiilor și impresiilor arhaice provenite din relația cu părinții asupra psihanalistului.

Astfel, principalele idei ale psihanalizei freudiene în perioada modernă afirmă: (1) psihoterapia practică în diferite forme poate avea același rezultat pozitiv; (2) comună pentru toate psihoterapiile și determinantă pentru eficiența lor este relația psihoterapeut-pacient/client; (3) specific pentru această relație în psihanaliză este prezența transferului – o modalitate și o metodă de tratament care are menirea de a asigura un parcurs și o finalitate terapeutică mai bună; (4) spre deosebire de alte școli psihoterapeutice, psihanaliza deține concepte și teorii specifice, Freud fiind numit pe drept creator al unei paradigme teoretice.

Psihoterapia comportamentală: la începuturi

Terapia comportamentală își are geneza în teoria behavioristă a lui Watson, Skinner, Pavlov, Eysenck, deși nici unul dintre ei n-a activat în practica psihoterapeutică. În perioada când psihanaliza domina în psihologie, behaviorismul vine cu idei noi, opuse celor freudiene. Watson, în opoziție cu psihanaliza, a menționat că psihologii pot studia doar lucrurile care pot fi observate și măsurate, adică pot măsura comportamentul uman. A scris despre psihoterapie și Skinner [45]. Conducându-se de postulatul cercetării comportamentului observabil (“psihologia nu va fi o adevărată știință atât timp, cât comportamentul este atribuit unor cauze neobservate, interne), Skinner a explicat personalitatea ca pe o colecție de patternuri comportamentale, și a folosit sintagma de „ficțiuni explicative” (*explanatory fictions*) pentru a defini conceptele pe care oamenii le utilizează atunci când nu înțeleg comportamentul sau patternul de întărire de până și după acesta (cum ar fi noțiunile vagi “libertate”, “autonomie”, “creativitate”).

Un șir de concepte și termeni lansați de clasicii behaviorismului sunt utilizați în psihoterapiile cognitiv-comportamentale contemporane:

- condiționarea comportamentului – procesul întăririi sau slăbirii unui comportament prin influența evenimentelor care-l preced (condiționarea clasică) sau îl urmează (operantă);
- întărirea comportamentului – stimulul care urmează după o reacție comportamentală și care contribuie la mărirea sau menținerea probabilității manifestării unor răspunsuri comportamentale de asemenea natură (întărire pozitivă), sau dimpotrivă, la reducerea sau înlăturarea lor (negativă), prezente de la naștere (primare) sau formate pe parcursul vieții (secundare);
- programul condiționării operante, constituit din modelare, predicție, control.

Skinner a explicat gândirea și emoțiile în termenii condiționării operante. Emoția este definită ca o predispoziție spre un anumit comportament determinată de evenimente externe, iar gândirea – manifestată în luarea de decizie sau în indecizie în funcție de caracterul recompenselor.

Skinner a manifestat interes pentru modalitatea în care teoria și psihoterapia freudiană pot fi redactate în termeni comportamentali, prezentând puncte critice de vedere asupra psihanalizei. Afirmarea ideii privind condiționarea comportamentelor îl poziționează pe Skinner în rândul cercetătorilor care împărtășesc abordarea deterministă, la fel precum Freud. Skinner susține și ideea lui Freud despre influența evenimentelor din copilărie asupra comportamentului adult, acceptă prezența actelor ratate, doar că le atribuie nu inconștientului, ci cauzelor externe. Skinner considera nevroza o consecință a întăririlor, mai ales rezultate din pedeapsă.

Din perspectivă comportamentală Skinner explică și rolul psihoterapeutului. Psihoterapeutul manifestă un comportament tolerant, nu recurge la pedepse, nu critică pacientul. În cazul când pacientul se comportă agresiv, psihoterapeutul evită orice semne de contra-agresivitate. Atunci când se stabilește contactul terapeutic în, repertoriul comportamental al pacientului încep să se manifeste conduitele reprimite. Astfel, comportamentele pedepsite anterior și întărite prin pedeapsă se pot modifica, pot să dispară, pacientul simțindu-se mai puțin greșit, vinovat sau păcătos. Skinner a emis, de asemenea, opinia că un anumit efect pozitiv poate fi condiționat de așteptările de eliberare de o stare aversivă ale pacientului.

Cu toate că Skinner s-a referit în analizele sale la psihanaliză atunci când a scris despre psihoterapie, viziunea lui este atât de generală, încât ar putea fi, de asemenea, valabilă și pentru alte psihoterapii.

În perioada guvernată de principiile enunțate de către Watson, care a durat aproximativ până în anii '50 ai sec. XX, a fost identificat un număr mare de principii comportamentale în laboratoarele în care s-a dezvoltat behaviorismul. Începând cu sfârșitul anilor '50 și până la începutul anilor '60 elaborările teoretice au fost explorate în aplicații psihoterapeutice. Adepții școlii behavioriste care au stat la începuturile terapiei comportamentale erau uneori numiți “modificatori de comportamente”.

La scurt timp unul dintre studenții lui Skinner a stabilit termenul “terapie comportamentală”, după care a urmat o dezvoltare rapidă a acestui tip de psihoterapie [12].

Printre cele mai timpurii și influente descrieri ale psihoterapiei comportamentale se numără cartea lui Joseph Wolpe “Psihoterapie prin inhibiție reciprocă” (1958), în care se prezintă tratamentul fobiilor, însoțit de date științifice și calcule statistice [49]. Metoda pusă în practică de Wolpe – desensibilizarea reciprocă – se bazează pe

principiul comportamental al condiționării inverse, folosindu-se stimuli anxiogeni în condiție de relaxare completă (inhibiție reciprocă). Wolpe a ținut să afirme că inhibiția reciprocă are un rol central în psihoterapie. El a recunoscut că tratamentul nevrozelor poate fi efectuat de diverși terapeuți și a prezentat exemple convingătoare. Factorul de succes este comun pentru toate situațiile terapeutice: pacientul se dezvăluie în mod confidențial și vorbește despre dificultățile sale unei persoane pe care o crede ca posedând cunoștințe, abilitate și dorință de a-l ajuta. Comentând fenomenul abreacției, Wolpe revine la importanța relației terapeutice, susținând ideea că abreacțiile pozitive se pot manifesta în cazul când pacientul simte acceptarea simpatetică a terapeutului.

Rezumatul opiniilor precursorilor psihoterapiei comportamentale are multe în comun cu cel despre psihanaliza freudiană. Atât Skinner, cât și Wolpe au recunoscut faptul că pot fi eficiente diferite tipuri de terapie, și că relația terapeutică este cel mai important factor în psihoterapie. În plus, Wolpe a susținut că terapia comportamentală are propriile sale metode, care ar putea îmbogăți domeniul psihoterapeutic. Atunci când Skinner a încercat să explice fenomenele tratate în psihanaliza prin intermediul terminologiei behavioriste, el a demonstrat interes pentru integrarea teoretică a psihoterapiei.

Psihoterapia cognitivă

Fondatorul psihoterapiei cognitive este Aaron Beck. Desigur, terapia rațional-emoțională (RET), a fost formulată de Albert Ellis la sfârșitul anilor 1950 [16], chiar înainte ca Beck să dezvolte terapia cognitivă, și, într-o oarecare măsură, Beck a fost influențat de Ellis când a început să afirme abordarea sa în psihoterapie. Cu toate acestea, teoria originală a depresiilor a fost formulată de Beck în cadrul experiențelor sale clinice, iar multe dintre tehnicile terapeutice au fost împrumutate de aceasta din terapia comportamentală [9].

Beck a scris pe larg despre asemănările între terapia cognitivă și alte psihoterapii. În ceea ce privește viziunea asupra relației terapeutice, Beck [2] a făcut referință la Rogers și Traux, care au menționat că succesul psihoterapeutic este facilitat de autenticitatea, acceptarea necondiționată și empatia terapeutului.

Atunci când Beck, Rush, Shaw și Emery [4] au scris despre terapia cognitivă a depresiei, ei au descris interacțiunea terapeutică ca fiind caracterizată de încrederea de bază și au subliniat importanța raportului pacient-terapeut. Ei au descris psihoterapeutul cognitiv în felul următor: "... terapeutul cognitiv trebuie să fie, în primul rând, un psihoterapeut bun. El trebuie să posede caracteristicile necesare, cum ar fi capacitatea de a comunica cu pacientul în atmosfera unei relații umane – marcate de curiozitate, acceptare și simpatie" [4]. Nu contează cât de competent este psihoterapeutul în aplicarea tehnicilor cognitive, pacientul va fi riguros în cât privește înzestrarea cu anumite calități interpersonale [4, p. 25]. Autorii, de asemenea, își expun opinia față de precauția în raport cu tehnicile cognitive și comportamentale, care pot fi alese de terapeuții novici, deoarece par înșelător foarte simple. Pericolul constă în faptul că terapeutul se poate referi la pacient de pe poziția unui tehnician, ignorând modalitatea de comunicare umană. Asemenea statut al psihoterapeutului îi provoacă pacientului imaginea unui specialist neimplicat și/sau manipulativ. Tehnicile psihoterapeutice urmează să fie aplicate într-o manieră deosebită, tacticoasă, conformă principiilor terapeutice și umane.

Caracteristicile dezirabile ale terapeutului, potrivit lui Beck și colaboratorii (1979) [4], sunt afectivitatea, empatia și autenticitatea. Ele se manifestă în felul de a fi, în tonul

vocii și modul de alegere a cuvintelor, în general în întreg comportamentul de acceptare și căldură sufletească care facilitează colaborarea terapeutică. Autenticitatea terapeutului cuprinde modalitatea de abordare diplomatică și onestitatea. În contrast cu formularea oferită de către Rogers a condițiilor necesare și suficiente pentru psihoterapie, Beck și colaboratorii cred că aceste caracteristici “sunt necesare, dar nu și suficiente pentru a produce un efect terapeutic optim” [4, p. 45]. Cu toate că Beck a menționat abilitățile personale ale terapeutului, el a scris, de asemenea, că “același program terapeutic utilizat de către diferiți terapeuți nu diferă în mod substanțial de la unul la altul” [2, p. 333]. Se pare că în opinia lui Beck utilizarea manualelor în ghidurilor profesionale în terapie va conduce la sporirea asemănărilor dintre psihoterapeuți.

Beck a subliniat, de asemenea, că situația terapeutică contribuie la domolirea hiperactivității. Acest efect, la fel, rezultă din atitudinea empatică și comportamentul de acceptare, dar și din instrucțiunile specifice de relaxare, ori aprobarea verbală [3]. Beck și colaboratorii fac o remarcă: “Terapiile cognitive și comportamentale au nevoie, probabil, de aceeași atmosferă terapeutică subtilă, care a fost descrisă în mod explicit în contextul terapiei psihodinamice” [4, p. 50].

Beck a descris relația dintre terapia cognitivă și terapia comportamentală [3] și a făcut o comparație cu psihanaliza [2]. El a prezentat multe similitudini cu terapia comportamentală. Terapeuții cognitivi și comportamentali sunt mai activi în interviul terapeutic decât psihoterapeuții din alte orientări, ei se concentrează asupra simptomelor sau problemelor de comportament evidente, vizibile, nu insistă în mod substanțial pe reconstrucția experiențelor din copilărie. Beck lansează presupunerea că terapia poate fi eficientă fără o întoarcere la originea simptomului [3]. Similitudinile cu psihanaliza sunt următoarele: ambele sunt terapii de insight în sensul că denotă interes față de informația livrată de pacient în mod introspectiv. De asemenea, ambele terapii încearcă să producă schimbări structurale prin modificarea gândirii pacientului și acestea depind de analiza problemelor intrapsihice [2].

Beck exprimă mai multe opinii în raport cu diferite modele psihoterapeutice. El susține că diferite forme de psihoterapie pot fi eficiente, accentuează rolul calităților personale ale terapeutului, prezentându-le conform modelului rogersian. În același timp, el susține că metodele psihoterapiei cognitive pot face terapia mai eficientă. Cu toate că subliniază importanța relației și aptitudinilor personale ale terapeutului, el consideră, de asemenea, că utilizarea recomandărilor din psihoterapia cognitivă va minimiza diferențele între diferiți terapeuți.

Psihoterapia umanist-existențială

Lansarea psihoterapiilor umaniste ar putea fi datată cu 11 decembrie 1940, când Carl Rogers, într-un discurs în care au fost criticate orientările psihoterapeutice ale timpului [7], a prezentat o nouă paradigmă, considerată „a treia forță în psihologie”. În opoziție cu psihanaliza, care reduce omul la o ființă irațională și supusă umil pulsioniilor inconștientului, și behaviorismul, care îl tratează ca pe o ființă pasivă, psihologia umanistă pune accent pe capacitățile umane de a alege, a crea și a se autoactualiza.

Rogers a formulat într-un limbaj științific șase condiții necesare și suficiente pentru schimbarea personalității, atât în psihoterapie, cât și în alte situații [42]. Trei dintre cele șase condiții se referă la modalitatea de comportament a psihoterapeutului. Psihoterapeutul: (1) trebuie să fie congruent și integrat în relație, (2) să manifeste

atitudini de acceptare necondiționată pozitivă față de client, și (3), să împărtășească experiență internă a clientului și să-l înțeleagă empatic.

Rogers a subliniat că aceste condiții sunt relevante nu numai pentru psihoterapia umanistă. Pentru ca alte tipuri de psihoterapie să fie eficiente, chiar dacă se utilizează metode specifice, ingredientele esențiale trebuie să fie, totuși, aceste șase condiții. De exemplu, în cazul analizei viselor sau hipnozei terapeutul utilizează ascultarea pozitivă necondiționată și înțelegerea empatică a pacientului. Empatia poate să lipsească în cadrul diferitor relații. Acest lucru a fost valabil și pentru psihoterapie. Rogers a dezvoltat modelul său terapeutic – centrat pe client, în care a implementat toate condițiile terapeutice enunțate anterior. Cu toate că terapia centrată pe client a avut de la bun început tehnici proprii specifice, cum ar fi reflectarea sentimentelor clientului, acceptarea necondiționată, reformularea, Rogers a menționat că nu aceste tehnici au constituit elementul necesar pentru schimbare în psihoterapie. După Rogers, oricare din aceste metode ar putea fi folosite într-un mod eficient sau ineficient. Alte particularități oferă valabilitate modelului terapeutic centrat pe client: centrarea pe persoană, nu pe problema cu care aceasta vine la terapeut; orientarea clientului spre a atinge “maturitatea” psihologică, care va conduce la o adaptare superioară (actualizare); accent pe “elementul trăit”; prioritate a stărilor emoționale față de cele intelectuale; importanța situației trăite “aici și acum”.

Putem conchide că Rogers a văzut, de asemenea, mari diferențe, dar și similitudini între diverse orientări în psihoterapie. La fel precum reprezentanții altor școli terapeutice, Rogers a judecat despre eficiența sau ineficiența demersului terapeutic în funcție de abilitățile personale ale terapeutului. Psihoterapiile folosesc aceleași “ingrediente” pentru eficiență, chiar dacă metodele terapeutice sunt diferite.

Teorii și modele psihoterapeutice postmoderniste

Psihoterapiile dinamice

În ultimele decenii psihanaliza freudiană clasică nu este la fel de populară, cum era până în anii '60 ai secolului XX. Acest lucru se datorează în parte faptului că teoria freudiană a personalității, bazată pe instincte, a fost depășită, și parțial faptului că costurile și durata de timp alocate pentru psihanaliză sunt destul de semnificative. Celor mai acerbe critici este supusă viziunea lui Freud privind geneza simptomelor nevrozei în conflictul provocat de frustrarea impulsurilor sexuale infantile.

Cu toate acestea, unul dintre cei mai importanți susținători ai teoriei freudiene, Harry Guntrip [23], a făcut mai multe comentarii interesante cu privire la alte tipuri de psihoterapie. Din punctul său de vedere Freud, într-o versiune actualizată a teoriei sale, face distincție între terapiile sugestive și psihanaliză. Guntrip utilizează o comparație între tratamentul cu menirea ameliorării simptomelor și psihoterapie. El consideră că extensia problemelor de sănătate mintală în societate este un motiv de acceptare a oricărui tratament de diminuare a simptomelor, cum ar fi terapia cu menirea corectării comportamentului, a dependențelor de droguri sau tratamentul prin șocul electroconvulsiv. Psihoterapia are drept obiectiv lucruri mai fundamentale, pe termen lung, de stabilizare și schimbare totală de personalitate [23].

În post-modernitate se afirmă un șir de teorii psihodinamice ale personalității și de tratament al tulburărilor emoționale. Unele dintre acestea sunt mai puțin decât freudismul axate pe explicarea Sinelui, inconștientului și a trecutului. Dimpotrivă, se acorde mai multă atenție problemelor actuale și modului în care Ego-ul poate fi

implicat în rezolvarea lor. Aceste terapii ajută clienții nu să-și cunoască “complexul Oedip”, dar să conștientizeze sentimentele profunde de anxietate, insecuritate și inferioritate, care duc la tulburări emoționale și la probleme în relațiile cu ceilalți.

Ne referim, pentru început, la psihologia și psihoterapia individuală a lui Alfred Adler [47], care a subliniat rolul motivației sociale înăscute în formarea personalității. Adler a sugerat că fiecare persoană se naște într-o stare de neajutorare, dependență, care-i creează un sentiment de inferioritate. Este un sentiment negativ, cuplat cu o dorință naturală de a deveni un membru “cu drepturi depline” al societății, un stimulent pentru dezvoltarea individului. Adler a explicat acest proces ca pe un angajament de excelență, care se referă la aspirația de autorealizare, nu numai la dorința de a fi mai bun decât alții. În cazul în care sentimentele de inferioritate sunt foarte puternice, ele vor conduce la compensare, chiar la hipercompensarea inferiorității, condiționând apariția “complexului de inferioritate”. Nevroză se dezvoltă atunci, când o persoană eșuează în depășirea complexului de inferioritate, iar menirea ei este de a-i permite pacientului să mențină un sentiment de demnitate, atribuind slăbiciunea sa bolii.

O altă teorie psihanalitică este ego-psihologia (Anna Freud, Hartman, Klein). Adepții acestei școli tratează Ego-ul nu doar ca pe un mediator în conflictul dintre Id, Supraego și ambianță, considerându-l o forță creatoare, de adaptare. Ego-ul este responsabil de dezvoltarea limbajului, percepției, atenției, planificării, formării personale și alte funcții psihologice.

Anna Freud a menționat că în atenția psihanalistului trebuie să se afle constant funcțiile de apărare ale ego-ului, care ar putea fi înregistrate în prezentarea asociațiilor libere de către pacient. Analistul trebuie să fie racordat la procesul relatării asociațiilor libere de către pacient, identificând, etichetând și explorând mecanismele de apărare așa cum s-au manifestat acestea. Pentru Anna Freud, interpretarea directă a conținutului reprimat este mai puțin importantă, decât înțelegerea modalităților eului de a le depozita în conștiință [18].

Teoreticienii neofreudismului, cum ar fi Karen Horney, Erich Fromm, Harry Sullivan, s-au concentrat pe modalitatea adleriană de tratare a modului în care ambianța socială este implicată în formarea personalității. Ei au menționat că satisfacerea nevoilor sociale – de siguranță, securitate, recunoaștere (acceptare), are cel mai important rol în formarea personalității. Atunci când aceste nevoi nu sunt îndeplinite, oamenii se simt inconfortabil și tind să-și rezolve problema cu ajutorul altor persoane, prin obținerea de la acestea a ceea ce au nevoie. Strategiile folosite în acest scop – dorința de superioritate asupra altora, sau, dimpotrivă, dependența excesivă de alții – formează personalitatea morbidă. Sullivan a dat atât de multă importanță relațiilor interpersonale, încât a definit personalitatea ca un “model de comportament interpersonal al individului”.

În tratarea psihodinamică contemporană neofreudiștii, cum ar fi Melanie Klein, Otto Kernberg, Heinz Kohut, continuă ideile teoreticienilor privind relațiile obiectuale.

Teoriile relațiilor obiectuale subliniază importanța pentru dezvoltarea persoanei a relațiilor foarte timpurii între copii și obiectele lor de dragoste, care sunt, de obicei, mama și figurile parentale primare care le oferă îngrijire. Deosebit de critice în viața omului sunt modalitățile prin care aceste figuri primare oferă sprijin, protecție, acceptare și aprobare, sau, cu alte cuvinte, satisfac nevoile fizice și psihologice ale copilului. Natura relațiilor obiectuale este un impuls important pentru dezvoltarea individului. În dezvoltarea sa, o persoană sănătoasă parcurge calea de la un atașament

timpuriu la mama sau la altă figura parentală care-i oferă siguranță, la distanțarea treptată de obiectul de atașament și la capacitatea de a construi relații cu alți oameni ca un individ autonom. Relațiile obiectuale dificile poate crea probleme care interfera cu procesele de dezvoltare personală și pot conduce la un nivel inadecvat al aprecierii de sine, dificultăți în relațiile interpersonale, sau tulburări psihice mai grave.

Heinz Kohut a fondat în Statele Unite psihologia sinelui, concentrându-se pe analiza sentimentului de sine al individului. La fel ca Melanie Klein, Otto Kernberg, Kohut indică la rolul deosebit al părintelui care oferă îngrijire copilului, menționând că pentru psihoterapie este importantă perpetuarea acestei îngrijiri de către terapeut, astfel stările sinelui copilului fiind reflectate empatic. În condiția terapeutică sprijinul oferit manifestării acestor stări conduce la internalizarea funcțiilor reglatoare. În teoria lui Kohut modelul tripartit al lui Freud a fost înlocuit de un alt model tripartit al sinelui.

Psihanaliza postmodernistă întrevide relații cu alte terapii. În una din scrierile sale, Guntrip [21] a menționat valoarea terapiilor comportamentale pentru psihanaliză. În primul rând, tehnicile terapiei comportamentale, în special desensibilizarea, pot prezenta importanță pentru simptomele suprimării. În al doilea rând și, probabil, cel mai interesant, Guntrip susține că psihanaliza poate fi văzută “ca un proces extrem de personal al desensibilizării temerilor din copilărie de părinții răi și/sau de situațiile traumatice, eliberând potențialul creșterii personale” [21, p. 276]. În al treilea rând, Guntrip remarcă că cercetarea “obiceiurilor” și “repertoriilor modelelor de comportament” de zi cu zi este un rezultat important al behaviorismului și ceva ce psihanaliza nu a luat în mod adecvat în considerare. În al patrulea rând, Guntrip constată că behavioriștii sunt dincolo de simptome, căutând cauze și motive, iar acest lucru aduce un motiv comun pentru behaviorism și psihanaliză. Cu toate acestea, în conformitate cu opinia lui Guntrip, behavioriștii încă nu au recunoscut faptul că cauzele și motivele simptomelor patologice pot fi găsite în copilăria traumatică, și apar în vise și defense. Astfel, Guntrip recunoaște atât valoarea unora dintre tehnicile terapiei comportamentale, cât și posibilitatea de a explica fenomenele în psihanaliză prin intermediul teoriei behavioriste.

Guntrip menționează și cercetarea rogersiană cu privire la impactul relației terapeutice cu schizofrenicii. El susține că ipoteza fundamentală pe care se bazează tratamentul psihanalitic, și anume că o relație personală de încredere și promovarea insight-ului pot fi terapeutice, solicită abordarea pozitivă a relației cu clientul tradițională pentru terapia rogersiană [22].

Kohut, la fel, tratează empatia cu mai multă importanță, decât Freud, considerându-se că între Kohut și Rogers există mai multe asemănări [28]. Psihoterapia kohutiană a fost descrisă de unii cercetători ca o combinație deliberată a componentelor terapeutice de susținere și dinamice [43]: cura înglobând trei etape – de frustrare optimă, neîndeplinire a necesităților și de substituire a nevoii de realizare cu un raport de empatie între sine și self-obiect.

În ceea ce privește problema componentelor psihoterapiei, școala psihodinamică pare să ia în considerare atât relația terapeutică și interpretările psihanalitice, la fel cum a făcut Freud, dar cu un accent mai mare pe prima. Într-o prezentare generală a empatiei în psihanaliză autorii ajung la concluzia ca “există o diviziune în literatura psihanalitică între conceptualizarea rolului empatiei ca agent curativ direct sau ca un factor care permite operarea presupușilor factorilor terapeutici primari de interpretare

și insight” [13, p. 214]. Se menționează că empatia indică la asemănarea dintre psihoterapia dinamică și celelalte școli de psihoterapie, în timp ce interpretarea accentuează diferențele, din moment ce aceasta de multe ori ține de teoriile psihanalitice ale dezvoltării copilului. Pare evident atunci că în teoria relațiilor obiectuale și ego-psihologie se pune un accent sporit pe relația terapeutică și scăzut pe insight.

Psihanaliza s-a transformat într-o știință empirică, deschizându-se posibilitatea de a o evalua în același mod ca și pe alte terapii și teorii psihoterapeutice. Drept dovadă a empirismului psihanalizei sunt acceptarea diagnosticului în conformitate cu DSM, fapt care a facilitat cercetarea psihoterapiei; frecvența crescândă a descoperirilor științifice făcute de psihoterapeuții dinamici, chiar prezența unor evaluări ale eficienței psihoterapiilor dinamice. Opinia despre dezvoltarea empirică a psihanalizei este expusă și în primul volum al unui manual cuprinzător de psihoterapie [29], dedicat terapiilor psihodinamice de relații obiectuale. În capitolul final, Jefferey Magnavita descrie tendințele de perspectivă ale psihodinamicii contemporane de a institui o știință bazată empiric pe psihanaliză, cu ajutorul tehnologiei audiovizuale, descoperirilor practice, manualelor de tratament, etc. Conform lui Magnavita, viitoarea schimbare va consta din relevanța neuroștiințelor, construirea de punți interdisciplinare între științele cognitive, afective, despre dezvoltare și evoluționiste. El termină capitolul, răspunzând la două întrebări. La prima întrebare, dacă psihodinamica va continua să ofere modele fertile pentru gândirea interdisciplinară, răspunsul lui este da. La cea de a doua întrebare, dacă psihoterapia psihodinamica va menține statutul de școală separată, Magnavita susține că ar putea fi mult mai probabil că va exista o convergență între toate modelele comune de psihoterapie, ceea ce va conduce la o amestecare continuă a tehnicilor care funcționează, precum și abandonarea acelor tehnici care nu reușesc să demonstreze eficacitatea lor.

Terapiile cognitiv-comportamentale

De la lansarea terapiei cognitiv-comportamentale la sfârșitul anilor '70 au apărut multe terapii noi, cum ar fi terapia funcțional-analitică, terapia dialectic-comportamentală, terapia de acceptare și angajament, terapia cognitivă bazată pe grijă pentru depresie și terapia centrată pe scheme cognitive. Multe dintre aceste terapii au fost descrise ca exemple ale celui “de-al treilea val de terapie comportamentală” [24]. Prima generație a terapiilor comportamentale a fost concentrată pe schimbarea în direct a comportamentului. Cea de a doua generație a adăugat schimbarea gândurilor, iar al treilea val este îndreptat spre schimbarea funcției gândurilor, nu a conținutului lor. În același timp, terapia cognitivă tradițională a dezvoltat un interes sporit pentru tulburările de personalitate [5], precum și pentru relația psihoterapeutică [33].

Ca urmare a acestei evoluții s-au instalat două tendințe în examinarea problemei sporirii eficienței terapiei cognitiv-comportamentale. Una dintre ele menționează faptul că tehnicile uzuale ale terapiei cognitive sunt eficiente și, prin urmare, sunt utilizate pentru mai multe diagnostice, adesea destul de complicate. Un manual de intervenții pentru tulburări psihice cronice și severe prezintă terapiile cognitiv-comportamentale ca instrumente pentru diagnostic al tulburărilor, cum ar fi schizofrenia, tulburarea bipolară, dependența de alcool și tulburările grave de personalitate [27]. Cealaltă tendință propune utilizarea de tehnici noi. Exemple de acest gen sunt suportul în terapia cognitivă bazată pe grijă și tehnicile în terapia de acceptare și angajament, descrise ca “lipsa de speranță creatoare”, “controlul este

problema” și “fuziunea cognitivă”, care servesc scopului de a face pacientul să accepte gândurile și sentimentele sale.

Când vine vorba de întrebarea dacă tehnicile eficiente în psihoterapia cognitiv-comportamentală sunt utilizate și în alte psihoterapii, ne putem referi la conceptul de validare folosit de Marsha Linehan [34], care are multe similitudini cu conceptul de empatie rogersiană, chiar este și mai extins. Potrivit lui Linehan, validarea poate fi luată în considerare la șase nivele: (1) ascultarea și observarea; (2) reflectarea corectă; (3) repetarea și reformularea; (4) validarea în termeni de cauze suficiente (dar nu neapărat valabile); (5) validarea rezonabilă în acest moment, și (6) tratarea persoanei ca valabilă. Primele două nivele cuprind ceea ce este de obicei definit ca empatie. Cu toate acestea, Linehan crede că și celelalte niveluri sunt folosite de majoritatea terapeuților, dar numai primele patru nivele sunt de obicei discutate în “literatura generală despre psihoterapie”. Acest lucru înseamnă că Linehan consideră că a reunit într-un nou concept fenomene relevante din alte forme de psihoterapie, și utilizează, de asemenea, aceste fenomene într-un mod mai sistematic în psihoterapia cognitiv-comportamentale în comparație cu ceea ce este comun pentru ale psihoterapii. În acest fel, Linehan creează în noua ei metodă de tratament punți spre alte metode psihoterapeutice și dă o valoare mai mare a valabilității terapiei cognitiv-comportamentale.

Au sporit și asemănările în plan teoretic cu alte orientări și școli psihoterapeutice. Potrivit lui Beutler, Harwood și Caldwell [6], conceptul de disfuncționalitate a cognițiilor/comportamentelor/schemelor rămâne central pentru terapia cognitivă. Cu toate acestea, componentele comune pentru mai multe orientări în psihoterapie au fost considerate ca fiind stabilite în terapia cognitivă încă la începutul anilor 1990. Exemple în acest sens prezintă tratarea rolului proceselor defensive, accentul pus pe explorarea relației terapeutice în dinamica relațiilor interpersonale cu pacienții, aspectele facilitatoare ale excitației afective, experiențele de dezvoltare în tratarea schemelor maladaptative [41]. Un exemplu în acest sens prezintă și utilizarea conceptului de evitare în psihoterapia cognitiv-comportamentală.

Odată cu dezvoltarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale și deschiderea pentru mai multe diagnostice complexe, conceptul de evitare a evoluat ca importanță. Pacienții cu tulburări de personalitate sunt descriși ca recurgând la evitare cognitivă și afectivă, iar atunci când Chadwick, Birchwood și Trower [8] analizează iluziile vizuale, auditive și paranoia, ei tratează evitarea ca pe o formă de apărare de gânduri negative despre sine. Hayes și colaboratorii [25] subliniază faptul că evitarea ca o formă de evaziunii a fost recunoscută în multe terapii, cum ar fi terapia comportamentală, terapia centrată pe client, terapia gestaltistă și terapia existențială.

O altă tendință interesantă în terapia cognitivă este utilizarea terminologiei comune cu teoria psihodinamica privind interacțiunea dintre terapeut și pacient, cum ar fi “interpretarea transferului” [44], “contratransferul” [25] și “rezistența”, “transferul” și “contratransferul” [33].

Constatăm că psihoterapiile cognitiv-comportamentale, la fel precum cele psihodinamice, parcurg calea integrării în interiorul orientării, dar și cu alte modele, cum ar fi psihanaliza și psihoterapia umanistă. Integrarea se referă atât la împrumuturile teoretice, formularea de principii de bază, cât și la tehnici și metode, utilizate în cadrul relației terapeut-pacient.

Psihoterapiile umanist-experiențiale

Psihologia umanistă a evoluat în perioada post-modernă într-o mișcare largă, întrunind școli psihoterapeutice considerabile, cum ar fi terapia centrata pe client, terapia existențială și terapia gestaltistă, dar și asemenea modele precum psihodrama, analiza tranzacțională și terapia redecisiei. Multe dintre aceste terapii descrise inițial ca umaniste au fost recent grupate sub “umbrela experiențială”. Toate școlile mari ale psihoterapiei umaniste s-au constituit până la mijlocul anilor '60. Cu toate acestea, în ultimele decenii influența psihoterapiei umaniste se reduce. Pare paradoxal, dar succesul psihoterapiei umaniste s-a transformat într-o problemă. Punctele-cheie ale demersului umanist, cum ar fi cele cu referință la calitățile terapeutului formulate de Rogers și accentul pe subiectele interpersonale, au fost incorporate ca un aspect general al tuturor celorlalte psihoterapii. Una din tehnicile specifice în această tradiție, jocul de rol, a fost preluat de psihoterapia cognitivă.

Al treilea volum al manualului cuprinzător de psihoterapie, tratează psihoterapiile umaniste, existențiale și interpersonale [30]. În acest volum Davis Massey se referă la descrierea lui Maslow a abordărilor umaniste, existențiale și fenomenologice ca pe o a treia forță (psihanaliza a fost prima forță și behaviorismul – a doua). A patra forță, după Davis Massey, prezintă terapiile sistemice familiale, iar a cincea – psihoterapiile integrative.

Din această descriere a diferitor forțe devine evident faptul că psihoterapiile umaniste, interpersonale și existențiale prezintă similitudini cu alte abordări. Într-o cercetare analitică privind psihoterapiile experiențiale [15] autorii descriu caracteristicile acestor psihoterapii întâlnite și în alte orientări. Temele importante țin de experimentarea în terapie, terapeutul prezentându-se ca expert al modalității în care pacientul își poate rezolva problemele sale, dar nu și în conținutul experienței pacientului; relația terapeutică ca potențial curativ; viziunea centrată pe persoană, care implică o preocupare autentică și respect pentru fiecare client.

În ultimele decenii psihoterapia umanistă a evoluat: s-a modificat orientarea non-directivă a contactului cu clientul, incorporându-se metode din paleta directivă, prin care are loc prelucrarea experienței clientului; a avut loc un schimb de tehnici și metode între diferite terapii din cadrul orientării umaniste; a evoluat chiar noțiunea de empatie terapeutică, aceasta transformându-se dintr-o simplă “reflectare” în variate răspunsuri comportamental-afective.

Davis Massey [10] susține că, în viitor, psihoterapiile umaniste, interpersonale și existențiale vor contribui la extinderea domeniului de cercetare. Actualmente susținătorii psihologiei umaniste folosesc, de asemenea, meta-analiza studiilor rezultatelor psihoterapiei, pentru a concluziona că terapiile umaniste sunt la fel de eficiente ca cele cognitiv-comportamentale și de altă orientare [15]. Evoluțiile din această orientare terapeutică indică la faptul că punctul de vedere original a lui Rogers este valoros, dar insuficient. Tratarea oferită de Rogers importanței relației terapeutice s-a menținut, dar a devenit mai solicitată capacitatea de a experimenta, au intervenit schimbări și în caracterul non-directiv al terapiei. Toate aceste schimbări conduc la sporirea asemănărilor dintre psihoterapia umanistă cu celelalte școli de psihoterapie.

Abordarea psihoterapeutică integrativă

Psihoterapiile moderne au dat dovadă de fidelitate unei anumite școli teoretice. Printre primele încercări de a combina două modele teoretice – psihanaliza și teoria învățării – se numără cartea scrisă de Dollard și Miller în 1950, *Personalitate și terapie* [11]. În 1977, Paul Wachtel prezintă din nou opinia privind integrarea psihanalizei și terapiei comportamentale [48], iar în 1979, James Prochaska [39] a oferit o abordare transteoretică a psihoterapiei, considerate drept primă încercare de a crea un cadru teoretic care să permită integrarea terapiilor.

În 1979, Marvin Goldfried, Paul Wachtel, și Hans Strupp au organizat Societatea pentru Explorarea Integrării Psihoterapiei pentru psihologii clinicieni și teoreticienii interesați de integrarea psihoterapiei [35]. La scurt timp după aceea, în 1982, a fost fondat *The International Journal of Eclectic Psychotherapy*, care și-a schimbat ulterior denumirea în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. Dar în 1991 a început din nou să apară revista *Journal of Psychotherapy Integration*. Pe măsură ce psihoterapia s-a dezvoltat, pe parcursul ultimelor decenii s-a manifestat o stare de diminuare a “războiului rece ideologic” între școlile psihoterapeutice [35, p. 3].

Norcross și Newman [36] au definit opt factori care au pulsionat mișcarea de integrare a psihoterapiei și consilierii psihologice.

În primul rând, ei indică la existența unei proliferări a diferitor teorii și abordări separate în psihoterapie și consiliere psihologică. Pe de altă parte, mișcarea de psihoterapie integrativă a reprezentat o schimbare, ceva deosebit de atmosfera predominantă de fracționism și concurență între psihoterapii, și un pas spre dialog și cooperare.

În al doilea rând, ei au remarcat faptul că practicienii din ce în ce mai mult se confruntă cu caracterul inadecvat al unei singure teorii în condiția când e nevoie de a demonstra receptivitate la toți clienții și la problemele lor diferite. Nici o terapie sau grup de terapii n-au demonstrat o eficacitate superioară în comparație cu oricare alta.

În al treilea rând, separarea terapiilor corelează cu anumite eșecuri: nu există nici o teorie care ar explica pe deplin și ar emite predicții asupra patologiilor, personalității sau schimbării de comportament.

În al patrulea rând, creșterea numărului și a importanței terapiilor de scurtă durată, focusate se prezintă ca un alt factor care solicită cu insistență crearea psihoterapiei integrative.

În al cincilea rând, psihologii clinicieni și cei preocupați de cercetare au început să colaboreze în investigarea terapiilor.

În al șaselea, psihologii clinicieni s-au confruntat cu solicitări ale terțelor părți (frecvent venite din partea companiilor de asigurări în medicină – n.a.) privind adaptarea psihoterapiei la realitățile socio-economice, fapt care a pus sub lovitură terapiile de termen lung. Din ce în ce mai frecvent s-au înaintat solicitări de sporire a responsabilității și de documentare a eficienței terapiilor clinice și a psihoterapiilor în general. Prin urmare, tendința de integrare a psihoterapiilor a fost alimentată și de realitățile externe, cum ar fi rambursarea cheltuielilor de către companiile de asigurări și popularitatea psihoterapiilor de scurtă durată axate pe problem (persoană, sau soluție – n.a.).

În al șaptelea, tendința de integrare a psihoterapiei a fost influențată de identificarea factorilor comuni ai succesului terapiei de către clinicieni. După cum am indicat

anterior, psihoterapeuții au început să recunoască că există factori comuni ai eficienței demersului terapeutic pentru diferite școli terapeutice.

Al optulea, dezvoltarea unor organizații profesionale, a rețelelor profesionale, organizarea conferințelor și editarea revistelor dedicate discuțiilor și studiului de integrare a psihoterapiei, de asemenea a contribuit la amplificarea acestei tendințe. Domeniul ajutorului specializat s-a strămutat definitiv în direcția integrării teoretice, mai degrabă decât în afilierea la o singură abordare terapeutică. S-a afirmat o tendință puternică către integrarea diferitelor teorii și practice psihoterapeutice.

Integrarea psihoterapiei se efectuează în conformitate cu unul dintre cele patru moduri, expuse în continuare.

În cadrul primei modalități de integrare, una din psihoterapii servește drept bază, păstrând toate elementele sale, din alte modele sunt preluate și asimilate constructe teoretice, tehnici practice, principii metodologice etc. O evoluție similară o întâlnim de-a lungul timpului aproape în toate școlile psihoterapeutice. Astfel, psihanaliza a asimilat o mare parte din metodele care au apărut mult mai târziu, a principiilor de organizare a relației terapeutice chiar și din teoria lui Rogers. Psihanaliștii contemporani nu mai sunt impasibili și indiferenți ca “o oglindă” în care sunt înregistrate experiențele pacientului, uneori prin empatia lor ei amintesc mai mult consilierul empatic rogersian, decât analistul freudian rezervat. Multe din principiile metodologice ale psihanalizei sunt, de asemenea, folosite în alte psihoterapii contemporane. În linii mari, majoritatea psihoterapiilor contemporane (dacă nu toate) sunt într-un fel sau altul integrative. Uneori, în conformitate cu primul mod de integrare, ia naștere o nouă direcție. Drept exemplu: psihoterapia integrativă creată de Richard G. Erskine (fondatorul psihoterapiei integrative) [17], a întrunit analiza tranzacțională și psihanaliza (ego-psihologia și teoria relațiilor obiectuale), dar a asimilat principiile metodologice și de organizare a relației terapeutice și din alte școli.

Cea de a doua modalitate constă din unirea unui grup de metode înrudite. În aceste cazuri nu este nevoie de a crea noi concepte teoretice și metode, de a le adapta la o nouă bază teoretică, deoarece componentele psihoterapiei integrative, în acest caz, sunt destul de apropiate și se completează reciproc din punct de vedere metodologic. Exemple: psihoterapiile dinamice întrunesc diferite abordări de orientare psihanalitică; psihodrama folosește jocul de rol, tehnicile teatrale și dramatice, drept teorie se referă la conceptul privind rolurile; art-terapia recurge la integrarea diferitelor modele terapeutice prin artă; psihoterapia corporală combină tehnici și metode, construite în baza paradigmatelor corporale și bioenergetice, și multe altele. Mary și Bob Goulding au dezvoltat Terapia Noilor Soluții (Redecision Therapy), care combină elemente din Analiza Tranzacțională și Gestaltterapie. Prin intermediul loviturilor pozitive (mângâierilor), încurajărilor, și aducând trecutul în prezent, Goulding ajută clienții să schimbe deciziile luate la o vârstă fragedă.

A treia modalitate constă în sinteza a câtorva abordări (uneori foarte diferite unele de altele în tratarea teoretică). Cel mai frapant exemplu este crearea școlii psihoterapeutice cognitiv-comportamentale. De multe ori două orientări se integrează cu succes, mai ales în cazul în care una dintre ele posedă un cadru teoretic bine fundamentat, iar a doua – o metodologie nu mai puțin dezvoltată. În asemenea caz prima orientare servește ca bază teoretică, oferă explicații care țin de teoria personalității, prezintă conceptual fenomenele psihologice (normale sau patologice) de care este preocupat terapeuții. A doua orientare pune la dispoziție principiile

metodologice și metodele, un sistem de mijloace pentru realizarea de schimbări pozitive în cadrul acelor realități psihologice, pe care le explică teoretic prima orientare. În rezultatul sintezei orientările psihoterapeutice inițiale nu numai se completează reciproc reușit, dar, de asemenea, se îmbunătățesc semnificativ.

A patra modalitate este cea eclectică (uneori se utilizează conceptului de terapie multimodală), atunci când sunt combinate metode din mai multe orientări psihoterapeutice, dar nici una dintre ele nu are o importanță mai deosebită. Drept exemple de asemenea psihoterapii putem nominaliza psihoterapia orientată pe problemă, pe soluție etc. Un șir de caracteristici ale psihoterapiei eclectice le regăsim și în terapiile sistemice de familie, psihoterapia pozitivă a lui Nossrat *Peseschkian*. Psihoterapiile eclectice, de regulă, nu dețin o teorie specifică a personalității, ele se bazează pe principiile teoretice ale altor abordări, care au servit drept surse (ca excepția, probabil, fiind doar teoria sistemelor familiale a lui M. Bowen). În practică, modelul eclectic consecvent (atunci când nu se acordă prioritate nici unei teorie, mai mult decât atât, atunci când nici unul dintre componentele lui nu este pe deplin realizat) este perceput controversat și întrunește multe critici.

Drept concluzie de la această prezentare a tendințelor generale în dezvoltarea psihoterapiei post-moderne menționăm prezența influențelor mutuale între orientările terapeutice. În consecință, se înregistrează un șir de similitudini în cadrul mai multor terapii. Aceste similitudini privesc atât modul de a practica psihoterapia, cât și explicațiile teoretice. Domeniul psihoterapiei a trecut în ultimele decenii printr-o evoluție interesantă și impresionantă, realizându-se apropierea diferitor școli, chiar integrarea lor.

Concluzii

Fondatorii celor mai importante curente psihoterapeutice au fost conștienți de asemănările și diferențele dintre propria lor școală și altă orientare. Cu toate că fondatorii au recunoscut manifestarea unor factori comuni în cadrul diferitor psihoterapii, ei s-au concentrat, în general, mai mult pe ceea prin ce se distinge propria lor orientare de alte școli. Urmașii au adus orientările mai aproape una de alta, apreciind elementele valoroase din alte practici psihoterapeutice, îndeosebi cele cu referință la contactul psihoterapeutic și atitudinea empatică. Au fost recunoscute și preluate unele elaborări teoretice, cum ar fi acțiunea mecanismelor de apărare sau comportamentul de evitare, care au primit o tratare oarecum deosebită, dar nu opusă celei efectuate inițial. În același timp, în psihoterapiile post-moderne s-au menținut abordările teoretice de bază și ideea despre unicitatea acestora. Ca o consecință a apropierii și sporirii numărului de elemente similare între școli, în ultimele trei-patru decenii s-a dezvoltat mișcarea de integrare, impulsionată de cercetările practice ale eficienței demersului psihoterapeutic. În rezultatul cercetărilor s-a stabilit că: (1) tipurile diferite de psihoterapie pot fi la fel de eficiente pentru multe problemei, (2) există anumiți factori ai eficienței, comuni pentru majoritatea psihoterapiilor contemporane; (3) diferențele între psihoterapeuții eficienți pot fi cel puțin la fel de importante ca și diferențele dintre școlile psihoterapeutice.

Cu toate că în ultimele decenii asemănarea dintre diferite școli și modele psihoterapeutice sporește, majorându-se numărul psihoterapiilor integrative sau eclectice, ideea menținerii unor orientări distincte se mai menține. Se presupune că această evoluție va continua, deși este dificil de prezis în ce fel va evalua starea actuală a lucrurilor. Oricum, dacă până în anii '60-'70 au existat trei școli mari în

psihoterapie: psihanaliza, psihoterapia comportamentală și umanistă, în postmodernism s-au afirmat o multitudine de forme și modele noi, pulsionate de cercetarea experimentală a eficienței, evoluția gândirii psihologice (noilor descoperiri în domeniile psihologiei persoanei, a vârstelor, clinică, a relațiilor interpersonale, etc.), creativitatea specialiștilor practicieni, “democratizarea” raporturilor între adepții diferitor școli și sporirea mediatizării rezultatelor investigațiilor etc., care au întrunit diverse abordări și caracteristici (teoretice și practice) din cele trei școli moderne.

Această evoluție a lucrurilor vine să demonstreze că diferențele vor fi și mai mici în viitor, continuând “amestecul” elementelor generatoare de eficiență din diferite orientări psihoterapeutice. Procesul de integrare, manifestat în practica psihoterapeutică, se va răsfrânge și asupra cadrului teoretic.

Fondatorul psihoterapiei moderne, Freud, a urmat scopul de a crea nu numai o teorie clinică, dar, de asemenea, o psihologie generală. Însă Sigmund Freud a avut o atitudine sceptică față de psihologia academică, chiar ignorând-o în elaborările sale teoretice. În consecință, psihanaliza este actualmente mai frecvent considerată un cadru empiric, decât o știință. Mișcarea de integrare a psihoterapiilor readuce psihanaliza în cadrul cercetărilor academice, punând-o în serviciul domeniilor psihologice: a teoriilor personalității, dezvoltării și vârstelor, în special a copilăriei, clinice și chiar psihosociale. Aceleași rezultate le întâlnim și în raport cu psihologia umanistă, behavioristă, cognitivă. Aspectele teoretice din diferite orientări sunt preluate de către psihologii clinicieni sau de cei preocupați de psihologia vârstelor și a dezvoltării. Astfel, putem conchide că integrarea se va extinde în cadrul cercetărilor academice și elaborării de paradigme teoretice.

Concluzionăm în final că tratarea similară a aspectelor teoretice și practice de către școlile din diverse orientări a sporit și va continua să capete pondere, mai ales fiind caracteristică psihoterapiilor postmoderniste. Probabil nu e departe timpul, când se vor solicita abordări noi în clasificarea, gruparea și evaluarea școlilor psihoterapeutice și a apartenenței lor la un anumit curent psihologic.

Bibliografie

1. About Psychoanalysis. In: National Psychological Association for Psychoanalysis. <http://212analyst.org/about-psychoanalysis/>
2. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press, 1976. 368 p.
3. Beck A. T. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. In: Behavior Therapy, 1970, 1, p. 184-200.
4. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979. 725 p.
5. Beck A.T., Freeman A., Davis D. D. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford Press, 2006. 412 p.
6. Beutler L. E., Harwood T. M., Caldwell R. Cognitive-behavioral therapy and psychotherapy integration. In: K. S. Dobson (Ed.). Handbook of cognitive behavioral therapies. New York: Guilford Press, 2001, p. 138-170.
7. Cain D.J. Defining characteristics, history, and evolution of humanistic psychotherapies. In: D. J. Cain, J. Seeman (Eds.). Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington: American Psychological Association, 2002, p. 3-54.
8. Chadwick P., Birchwood M., Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley, 1996. 232 p.

9. Clark D. A., Beck A. T., Alford B. A. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley, 1999. 340 p.
10. Davis Massey S. Humanistic, interpersonal, and existential psychotherapies: Review and synthesis. In: F. W. Kaslow, R. F. Massey, S. Davis Massey (Eds.). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. Vol. 3: Interpersonal/humanistic/existential. New York: Wiley, 2002, p. 699-717.
11. Dollard J., Miller N. E. *Personality and Psychotherapy: An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*. London: McGraw-Hill, 1950. 488 p.
12. Douger M. J., Hayes S. C. Clinical behavior analysis. In: I. M. Douger (Ed.). *Clinical behavior analysis*. Reno Nevada: Context Press, 2000, p. 11-25.
13. Eagle M., Wolitzky D. L. Empathy: A psychoanalytical perspective. In: A. C. Bohart, L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 217-244). Washington: American Psychological Association, 1997, p. 2017-244.
14. Ellenberger H. F. *À la découverte de l'inconscient: histoire de la psychiatrie dynamique*, Villeurbanne: SIMEP, 1974, 760 p.
15. Elliott R., Greenberg L. S., Lietaer G. Research on experiential therapies. In: M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 2004, p. 493-539.
16. Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus: Lyle Stuart, 1962 (1995). 442 p.
17. Erskine R. G., Moursund J. P. *Integrative psychotherapy in action*. Highland, NJ: Gestalt Journal Press, 2011. 311 p.
18. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London: Karnac Books, 1992. 208 p.
19. Freud S. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol. 17: *An infantile neurosis at other works*. London: Hogarth Press, 2001. 320 p
20. Freud S. (1856–1939). *Selected Papers on Hysteria and Other Psychoneuroses*. Chapter VIII. *On Psychotherapy*. 1912. <http://www.bartleby.com/280/8.html>
21. Guntrip H. Orthodoxy and revolution in psychology. In: *Bulletin of British Psychological Society*, 1972, 25, p. 275-280.
22. Guntrip H. *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. New York: Basic Books, 1971. 224 p.
23. Guntrip H. *Schizoid phenomena, object relations and the self*. London: Hogarth Press, 1968 (2001). 432 p.
24. Hayes S. C. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mind-fullness, acceptance and relationship. In: S.C. Hayes, V. M. Follette, M. M Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press, 2004, p. 1-29
25. Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press, 2011. 402 p.
26. Hodgetts D. et al. *Social Psychology and Everyday Life*. London: Palgrave Macmillan, 2010. 420 p.
27. Hofmann S. G., Tompson, M. C. *Treating chronic and severe mental disorders: A handbook of empirically supported interventions*. New York: Guilford Press, 2002. 430 p.
28. Kahn E. Heinz Kohut and Carl Rogers: a timely comparison. In: *American Psychologist*, 1985, 40, p. 893-904.
29. Kaslow F. W., Magnavita J. J. (Eds.). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. Vol.1: *Psychodynamic/object relations*. New York: Wiley, 2002. 622 p.

30. Kaslow F. W., Massey R. F., Davis Massey S. (Eds.). *Comprehensive handbook of psychotherapy*. Vol. 3: Interpersonal/humanistic/existential. New York: Wiley, 2002. 768 p.
31. *Le Livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*. Sous la direction de Catherine Meyer. Paris: Editions des Arenes, 2005. 832 p.
32. Leahey T. H. *A history of modern psychology*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 2001. 440 p.
33. Leahy R. L. *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 2003. 309 p.
34. Linehan M. M. Validation and psychotherapy. In: A. C. Bohart, L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association, 1997, p. 353-392.
35. Norcross J. C., Goldfried M. R. (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford: Oxford University Press, 2005. 569 p.
36. Norcross J. C., Goldfried M. R. (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Book, 1992. 635 p.
37. *Portraits of Pioneers in Psychology*. Vol. 3. Kimble G. A., Wertheimer M. (Eds.). Washington, DC: Psychology Press, 2009. 363 p.
38. Powell S. *Apocalyptic grace: the evolution of culture and consciousness*. New Mexico: Ocean Tree Books, 2010, 273 p. p. 210
39. Prochaska J. O., Norcross J. C. *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Boston: Brooks Cole, 2009. 624 p.
40. *Psychoanalytic Psychotherapy*. In: American Psychoanalytic Association. <http://www.apsa.org/content/psychoanalytic-psychotherapy>
41. Robins C. J., Hayes A. M. An appraisal of cognitive therapy. In: *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1993, 61, p. 205-214.
42. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, p. 95-103.
43. Roth A., Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press, 2005. 525 p.
44. Safran J., Segal Z. *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, 1990. 312 p.
45. Skinner B. F. *Science of human behavior*. New York: Macmillan Company, 1953. 461 p.
46. Sulloway F. *Freud, biologist of the mind*. New York: Basic Books. 1979. 612 p
47. *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from His Writings*. Ansbacher H. L., Ansbacher R. R. (Eds.). New York: Harper Perennial, 1964. 528 p.
48. Wachtel P. L. *Psychoanalysis, Behavior Therapy, and the Relational World (Psychotherapy Integration)*. Washington: American Psychological Association, 1997. 484 p.
49. Wolpe, J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press, 1958. 239 p.