

---

## ***THE PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH OF PSYCHOLOGICAL ISSUES AS A PROCESS OF SELF-REDEFINITION***

**Bianca Bogdana Peltea (Archip), Assistant, PhD, "Spiru Haret" University**

*Abstract: In a therapist's eyes, the clients see the distance between themselves and their problem – and this is what makes it possible for them to de-identify themselves from their problem and to give themselves the opportunity to re-identify themselves as persons who might have or might as well not have the psychological issue which they work on.*

*By applying the method of discourse analysis to famous theses and to founding texts of the history of psychotherapeutic schools, but also to famous case studies such as that of "Gloria", my paper aims at proving that (in the words of Albert Ellis) the client feels that the therapist, in attacking the problem, is not attacking them, but is supporting them. Otherwise said (in the language of narrative therapy) persons are therapeutically separated from their qualities or attributes, in a process of externalizing their problems in order to reconsider them and their relation to them – and this is the essence of the therapeutic work.*

**Keywords:** *psychotherapeutic schools, psychological issues, self-redefinition, externalization, deconstruction*

### **Introducere**

În ochii unui psihoterapeut, clienții pot vedea distanța dintre ei și problema lor; aceasta este ceea ce face posibil ca ei să se dez-identifice de problema care i-a adus în terapie și să își acorde posibilitatea de a se re-identifica pe sine drept persoane care ar putea avea sau ar putea la fel de bine să nu aibă problema psihică pe care lucrează – adică să își acorde ocazia de a se re-identifica prin absența problemei. Erik Erikson (1950) avertiza în legătură cu pericolul acestei confuzii, care poate avea consecințele cele mai grave atât în plan psihic, cât și social: „Nu confundați copilul cu simptomul său!”

Prin aplicarea metodei analizei de discurs la texte fundamentale și la teze celebre ale istoriei școlilor psihoterapeutice și, de asemenea, la studii de caz celebre, cum ar fi cel al „Gloriei”, îmi propun să demonstrez că (în cuvintele lui Albert Ellis) clientul simte că terapeutul, atacându-i problema, nu îl atacă, ci îl sprijină pe el. Altfel spus (în limbajul psihoterapiei narative), persoanele sunt terapeutic separate de calitățile sau atributele lor, într-un proces de externalizare a problemelor lor, cu scopul de a le reexamina și de a-și reexamina relația cu acestea – iar aceasta este esența muncii terapeutice.

### **Prezentarea problemei**

Singura modalitate prin care terapeutul îl influențează pe client este prin atitudinea sa față de problema clientului. Faptul că el are acea problemă deja rezolvată este ceea ce îl ajută pe client: o atitudine diferită față de problemă – inclusiv ideea că acea problemă nu o are numai el. Odată ce descoperă că problema nu e doar a lui (reflectare) sau că e firesc ce a simțit el în anumite circumstanțe (normalizare), deja s-au creat premisele pentru a se accepta ca fiind separat de problema lui, pentru a se dez-identifica de ea; această relație creează un

mediu sigur pentru a trezi sistemul de angajament social și a activa circuitele neuronale de vindecare, de restaurare și de creștere” (Salvador, Mario, 2013, p. 40).

Miza este la nivel non-verbal: faptul că psihoterapeutul nu reacționează cu teamă, cu furie sau cu tristețe la problemele aduse de client în discuție, că nu invadează prin exprimare negativă spațiul saturat emoțional al clientului, îi oferă acestuia un model comportamental – mai întâi –, apoi emoțional, iar în final cognitiv de reacție alternativă la aceeași situație.

„Ce este relevant pentru viață și pentru intervenția psihoterapeutică este faptul că mamiferele necesită oportunități de a interacționa reciproc pentru a reglementa stările fiziologice ale fiecăruia dintre cei implicați. În esență, creăm relații pentru a ne simți în siguranță și a ne menține sănătatea, facilitându-ne reglarea energiei. Acesta este cea mai importantă nevoie relațională și este întotdeauna prezentă. În relația terapeutică ne construim permanent această securitate, pentru ca pacientul să revină în relația interpersonală pentru remodelare și pentru transformarea lumii sale interioare.” (idem, p. 47)

### **Schimbară scenariului. Modele explicative**

De aici apar mai multe întrebări: ce se întâmplă cu persoana care s-a dez-identificat de modelul negativ cu care a venit în terapie? Rămâne aceasta fără modele comportamentale? Sau își găsește altele? Cum le alege? Etc.

Adevărul este că nicio persoană nu rămâne în afara unui scenariu, după cum spune Analiza Tranzacțională, o idee pe care o regăsim și în Psihologia dezvoltării (Erik Erikson, 1994): „În jungla socială a existenței umane, nu există sentiment de a fi viu fără un simț al identității.” Dacă, sub influența altuia, persoana cu o problemă psihică de orice nivel și intensitate reușește să își depășească problema, adică să își schimbe obiceiurile de gândire, simțire și comportament – atunci aceasta se întâmplă doar pentru că are acces la alt *pattern* de gândire, simțire și comportament din partea persoanei care reprezintă, pentru ea, un model. Acesta este însuși sensul transferului pozitiv pe care clientul îl face.

În opinia lui Mario Salvador, terapeutul „acționează ca un <cortex auxiliar extern>, care ajută la modularea și reglementarea intensității experienței. Întrucât acești pacienți nu au deprinderi de reglare emoțională, terapeutul trebuie să adapteze cantitatea de material traumatic de care pacientul poate să se ocupe, trebuie să ajute la reglarea intensității durerii și să monitorizeze ritmul [lucrului]. Scopul este ca pacientul să-și mențină intensitatea experienței în cadrul <ferestrei de toleranță> în vederea unei eventuale integrări. Totuși, este important să predăm pacienților unele tehnici practice pentru a învăța cum să se auto-calmeze, în scopul de a stimula autocontrolul și de a nu depinde numai de terapeut atunci când se simt copleșiți sau disociați” (idem, p. 50).

Dimpotrivă, sensul transferului negativ este acela că îi permite terapeutului să îi schimbe scenariul clientului, arătându-i părțile vulnerabile pentru sine ale scenariului său și pe care *physis*-ul său încearcă permanent să le rezolve, în măsura în care are și i se oferă ocazia. De aceea, uneori transferul negativ apare la începutul terapiei, înaintea celui pozitiv: pentru că în unele scenarii, excesiv perdante, persoana nu are nicio permisiune pentru schimbarea scenariului sau pentru deschiderea față de persoanele care să o scoată din scenariul său hamartic. „Cursul vieții este rezultatul interacțiunii a patru factori: ereditatea, evenimentele exterioare, scenariul și deciziile autonome. Însă cum știm dacă acționăm după deciziile din

scenariu sau după deciziile autonome? Conștiința noastră ne permite să gândim și, în același timp, să ne observăm procesul de gândire. Minte conștientă ne face capabili să prelucrăm gânduri și informații conștiente” (Vasile, Aurelia, 2013).

Ne întâlnim aici cu controversata idee de reparentare, conform căreia psihoterapeutul joacă rolul unei a doua perechi de părinți, astfel încât identitatea persoanei poate fi reconstruită din temelii, propunându-i-se o nouă definiție de sine și o nouă perspectivă asupra lumii. Aceasta este o altă idee pe care o regăsim în Psihologia dezvoltării: „Felul în care privești trecutul este și un fel de a determina trecutul” (Erikson, Erik, 1994).

### **Analiza principiilor terapeutice ale principalelor orientări**

Pentru **psihoterapia psihanalitică** este importantă aducerea la nivelul conștiinței prin verbalizarea tuturor conținuturilor la care clientul are acces și pe care este dispus să le formuleze (de exemplu, visele din timpul nopții, dar și orice fel de fantezii și, în general, asociații libere dintre cele mai diverse). Analistul interpretează aceste conținuturi și i le reflectă clientului sub forma ipotezelor despre conflictele de la nivelul inconștientului clientului. Prin urmare, se consideră că *aceste conflicte și natura lor*, iar nu psihicul însuși și natura sa, cauzează simptomele cu care clientul a venit în terapie și problemele pe care dorește să le rezolve.

**Terapia cognitiv-comportamentală** (*Cognitive behavioral therapy – CBT*) pornește de la premisa că problematice sunt comportamentele disfuncționale și emoțiile negative distructive – două niveluri asupra cărora își propune să intervină indirect, lucrând cu credințele și reacțiile dezadaptative. Conform lui Albert Ellis, precursor al CBT prin psihoterapia rațional-emoțională, „Elementul central al tulburării pacientului este filosofia sa de viață” (Rogers, Perls & Ellis, 1965). El crede că oamenii își provoacă propriile tulburări. „Nu putem schimba trecutul, așa încât schimbăm felul în care oamenii gândesc, se simt și se comportă astăzi. [...] În mare măsură ți-ai construit depresia. Nu ți-a fost dată. Drept urmare, poți să o deconstruiști.” (Ellis, Albert 1994). Observăm din aceste fragmente credința în capacitatea generală de schimbare psihică, dar și în puterea paradoxală a minții, care își generează propriile probleme.

**Terapia comportamentală** – numită și Analiza Comportamentală Aplicată (*Applied Behavior Analysis – ABA*) – lucrează, așa cum indică și numele, la nivel comportamental, concentrându-se pe modificarea modelelor comportamentale dezadaptative pentru a îmbunătăți răspunsurile emoționale, cognițiile și interacțiunile cu ceilalți. Premisa sa de bază este că schimbarea întregului pe care îl reprezintă persoana umană se operează cel mai eficient de la nivel comportamental, dat fiind că acesta din urmă le influențează pe celelalte: cel emoțional și cel cognitiv. Prin urmare, nu vorbim aici despre o problemă decât în măsura în care recunoaștem că ea se traduce la nivel comportamental și că se poate rezolva pornind de la nivelul comportamentelor.

**Terapiile scurte**, în general, își propun intervenții directe în problemele specifice pe care se concentrează. Sunt terapii bazate pe soluții, nu terapii orientate spre problemă, întrucât nu caută originea problemelor, ci factorii care mențin aceste probleme în prezent. Formulând astfel lucrurile, este evidentă atât premisa că persoana nu este problema – căci tendința firească a persoanei ar fi să depășească problemele trecute –, cât și credința profundă în

capacitatea și chiar tendința naturală a psihicului de a se echilibra și vindeca dacă îi permit condițiile externe – un concept pe care în Analiza Tranzacțională îl regăsim sub numele *physis*.

**Psihoterapia umanistă** (apărută ca o dublă reacție: atât la psihanaliză, cât și la behaviorism –motiv pentru care este cunoscută sub numele de „A treia forță” în dezvoltarea psihologiei) pune accent pe sensul subiectiv pe care persoana îl dă experienței sale. Prin aceasta, terapia umanistă respinge determinismul, adică influența evenimentelor obiective asupra vieții individului: „Simțindu-se apreciată de mine, e foarte posibil ca ea [clienta] să ajungă să se aprecieze pe sine. Simțind faptul că unele dintre sensurile ei sunt înțelese de către mine, se va putea asculta mai ușor pe ea însăși, va putea asculta ceea ce se petrece în propria ei experiență, va putea asculta unele dintre sensurile pe care nu a fost capabilă să le prindă înainte. Și poate că, dacă ea simte autenticitatea mea, va putea să fie puțin mai reală cu sine” (Rogers, Perls & Ellis, 1965).

În dorința de a privi pozitiv – în loc de a privi negativ – problematica psihologică, terapia umanistă discută despre dezvoltare, refuzând să pună problema în termenii patologiei – prin urmare, aceasta vede sursa problemelor în faptul că clientul este insuficient dezvoltat, nu în el ca persoană și nici în calitățile sale intrinseci. Teza sa principală este aceea că orice ființă umană are capacitatea intrinsecă de a-și valorifica potențialul la maxim: „trebuințele de autorealizare” sunt totodată „tendințe de autoactualizare” sau de împlinire de sine. Ele se pot dezvolta într-un mediu relațional pozitiv și securizant, pe care terapia umanistă susține că îl oferă clienților săi. Carl Rogers, proponentul principal, vorbea despre necesitatea ca psihoterapeutul să ofere clientului o „privire pozitivă necondiționată” asupra conținuturilor pe care acesta le aduce în terapie, o stare de acceptare și deschidere pe care o numește și „iubire ne-posesivă” – tocmai pentru că se adresează persoanei, nu vreuneia dintre calitățile sau experiențele sale.

Ca reprezentant al **Gestalt terapiei**, Frederick (Fritz) S. Perls arată că, „fără celălalt nu există niciun sine”, comentând: „Războiul civil al conflictelor interioare slăbește eficiența și confortul pacientului, dar orice fărâmă de integrare va începe să îndrepte acest lucru” (Rogers, Perls & Ellis, 1965). Este evident de aici că problemele psihice sunt aceste conflicte interioare, dar natura firească a individului stă tocmai în integrarea care rezolvă aceste conflicte.

**Psihoterapia existențială**, bazată pe fenomenologie și existențialism, își învață clienții să își depășească izolarea fundamentală în care se află orice ființă umană și care determină sentimentul lipsei de sens. Antidotul propus este crearea de valori și sensuri proprii. Cu alte cuvinte, problema se află în condiția vieții limitate a persoanei, nu în natura sa; în schimb, soluția tocmai în aceasta din urmă este de găsit.

**Logoterapia**, ca formă de analiză existențială, avertizează că: „sensul vieții diferă de la om la om, de la zi la zi și de la oră la oră. Ce contează prin urmare nu este sensul vieții în general, ci mai degrabă înțelesul specific al vieții persoanei la un moment dat” (Frankl, Viktor E., 2006). În logoterapie, persoana este responsabilă pentru sensul vieții sale și pentru ceea ce îi apar ca probleme ale sale – o responsabilitate care nu o împovărează, ci o întărește.

**Psihoterapia transpersonală**, prin natura sa, propune o înțelegere spirituală a conștiinței, dar și a biografiei personale: problemele clientului sunt reformulate după ce este

accesat un nivel de înțelegere diferit, astfel încât natura conștiinței să fie sesizată în absoluta ei simplitate, adică în lipsa oricăror conflicte sau probleme. Asemănătoare cu aceasta, abordarea **psihoterapiei ortodoxe** se bazează pe premisa că sursa problemelor persoanei se află în pierderea contactului cu transcendentul, cu divinitatea.

**Terapia prin acceptare și angajament** (*Acceptance and commitment therapy – ACT*), utilizată cu succes demonstrat în: diabet și tulburări de alimentație, epuizare și stres, depresie și anxietate, manifestări psihotice și auto-vătămare, epilepsie, dureri, adicții etc. – funcționează pe baza a două tehnici: acceptarea (ca gândurile să treacă prin mintea noastră fără să încercăm să le manipulăm) și observarea de sine (de fapt, observarea continuității neschimbate de conștiință sau sentimentului transcendent de sine). Este evident că premisa comună a celor două tehnici este că gândurile sunt diferite de mintea care le întreține și îi pot produce tensiuni și conflicte, în vreme ce sentimentul transcendent de sine centrează și echilibrează persoana.

**Analiza tranzacțională** (AT) – tratează „scenariul de viață” al clientului, concept pe care l-a împrumutat și altor orientări psihoterapeutice (psihodramă etc.). Potrivit lui Eric Berne, proponentul canadian al AT-ului, scenariul de viață este „un program în derulare, dezvoltat în copilăria timpurie sub influența părinților, care direcționează comportamentul individului în cele mai importante aspecte ale vieții sale” (Berne, Eric, 2006). Prin urmare, nu persoana în sine este cea problematică, ci scenariul pe care aceasta l-a ales în copilărie și pe care îl poate rescrie, ținând cont de faptul că „decizia pe care o ia copilul mic până la patru ani reprezintă cea mai bună strategie de supraviețuire într-o lume deseori ostilă” (Vasile, Aurelia, 2013) și că orice individ își poate reorganiza strategiile de viață, având acces la nenumărate și variate resurse pe care le poate descoperi succesiv.

**Psihoterapia narativă** utilizează un limbaj în care se formulează cel mai clar mesajul în jurul căruia a fost construită prezenta lucrare: identitatea umană nu are o „esență” compusă din calități și defecte; de aceea, practicile sale separă persoanele de atributele lor. Acest proces, numit „externalizare” sau deconstrucție, poate determina reconsiderarea relației cu problemele și poate conferi sens, de aici sloganul narativ: „Nu persoana este problema, ci problema este problema.”

Potrivit **psihoterapiei corporale** (numită și somatoanaliză), problemele psihice sunt strâns legate de fenomenele corporale (funcționarea fiziologică, felul în care persoana obișnuiește să respire, tensiunea și tonusul de la nivel muscular etc.), iar în cazul disocierii dintre psihic și fizic apar afecțiunile. Persoana nu se mai poate simți mulțumită, împlinită și în siguranță din cauză că își suprimă necesitățile fizice – a învățat în copilărie cum să își suprimă, de exemplu, plânsul și țipatul –, împiedicând comunicarea dintre minte și corp. Felul în care persoana își percepe problema identificându-se cu ea este chiar felul în care problema a apărut și s-a dezvoltat: cautarea stării de bine dincolo de noi înșine apare din cauza credinței ca nu suntem suficient de buni.

Și în **terapia de cuplu centrată pe emoții**, propusă pentru prima dată de către Susan Johnson și Leslie S. Greenberg în anii ‘80, se urmărește o nouă experimentare de sine, dar și de alții. Aceasta arată că nu sinele este considerat defectuos, ci perspectiva persoanei asupra sa înseși este limitată și poate fi extinsă. Acest lucru se obține prin noi evenimente de relație și, la rândul său, determină noi evenimente de relație. Împreună, toate acestea generează

schimbarea – adică schimbarea depinde de și reprezintă diferența dintre noile evenimente de relație și cele vechi: „schimbarea apare în momentul în care partenerii se experimentează diferit și interacționează într-o manieră diferită” (Johnson, 2004).

Se consideră că fiecare partener se adaptează la situația sa curentă în modul cel mai potrivit de care este capabil – iar aceasta este printre cele mai puțin patologizatoare perspective asupra dificultăților de relație: partenerii nu sunt priviți ca fiind nici bolnavi, nici nepricepuți, nici incapabili, ci doar blocați în niște moduri defectuoase de a-și gestiona emoțiile, care au devenit în timp *pattern*-urile lor emoționale obișnuite, dar pe care le pot schimba: „Partenerii sunt considerați mai degrabă blocați în cicluri dezadaptative decât ca fiind disfuncționali în mod individual. Experiența lor personală este validată și terapeutul trebuie să descopere și să confrunte <raționalitatea> ascunsă în spatele răspunsurilor emoționale distructive și iraționale” (Johnson, 2004).

Și **psihoterapia sistemică** se raportează la persoane ca aflate în relații (consilierea de cuplu) și în interacțiuni de grup (terapia de familie), considerând că problemele persoanei sunt funcție de tiparele relațiilor interpersonale și de dinamica acestora.

**Psihoterapia adleriană** a fost dezvoltată de întemeietorul școlii de psihologie individuală Alfred Adler, care a arătat că „Nicio experiență nu determină în sine succesul sau eșecul. Noi nu suferim din cauza șocului experiențelor așa-zisa traumă, ci facem din ele ceea ce se potrivește scopurilor noastre. Noi nu suntem determinați de experiențele noastre, ci ne autodeterminăm prin sensul pe care îl atribuim lor; iar atunci când ne sprijinim pe experiențele particulare ca bază pentru viața noastră viitoare, e aproape sigur că ne vom înșela într-o anumită măsură. Sensurile nu sunt determinate de situații. Noi ne determinăm pe noi înșine prin sensurile pe care le atribuim situațiilor” (Adler, 1937, p. 14). Vedem aici că persoana este responsabilă atât pentru apariția în trecut a problemei sale, cât și pentru de-identificarea de aceasta și rezolvarea sa în prezent: „Orice individ acționează și suferă conform cu teleologia sa proprie, care e la fel de inevitabilă precum destinul, câtă vreme el nu o înțelege” (Adler, în Ansbacher & Ansbacher, 1967).

În **Sandplay** – terapia prin jocul în lădița cu nisip – se consideră că resursele inconștientului, adică resursele naturale ale persoanei, lucrează permanent pentru vindecare, dezvoltare și individuare.

**Constelațiile familiale și psihanaliza legăturilor de familie** fac să pară și mai aproape de paradox apariția unei probleme sau tulburări la un pacient – în asemenea măsură, încât e nevoie să se explice pe îndelete cum a ajuns acelasă dezvoltă acea problemă. Răspunsul este unul elaborat, în care se arată că persoana era „cel mai vulnerabil și în același timp cel mai puternic membru al familiei” și așa mai departe.

## Concluzie

Putem conchide că marile orientări psihoterapeutice resimt nevoia de a explica producerea unui astfel de eveniment (apariția unei probleme psihice), din moment ce postulatul tuturor este că

- starea naturală a persoanei este fără probleme psihice (*physis*), în vreme ce
- natura problemei psihice este să pară că e indisolubil legată de subiect, că e despre el.

Putem spune, metaforic, că tulburarea psihică e afectarea centrului de definire-de-sine, iar terapia e re-capacitarea auto-definirii. Vorbim despre o redefinire prin definiție pozitivă sau despre una negativă? Răspunsul depinde de orientarea psihoterapeutică, dar în general clientul poate învăța să se descurce singur după o vreme – capătă autonomie. Aici vedem dimensiunea terapiei ca invitație la auto-re-definire sau, mai clar (pentru că definirea înseamnă delimitare de ceea ce se află în jur, de context), o invitație la auto-de-limitare.

Cu toate că discuția de până acum s-a desfășurat pe tărâmul psihoterapiei, una dintre concluziile pe care le putem desprinde de aici are o încărcătură spirituală puternică: problemele psihice de orice fel, fiind ale persoanei, nu sunt persoana. Cu alte cuvinte, atunci când stăm față în față cu un conflict psihic, la noi înșine sau la cei din jur, putem fi siguri că noi nu suntem acel conflict, ci doar terenul pe care se manifestă acela: ceea ce conflictul este, noi nu suntem; ceea ce noi suntem, conflictul nu este.

Dacă se reîntoarce la sine, persoana poate ieși din conflict. Iată o concluzie care este foarte asemănătoare cu celebrul adagiul al lui Epicur: „Când eu sunt, moartea nu este. Când moartea este, eu nu sunt. De ce m-aș teme de ceva ce poate exista doar atunci când eu nu exist?”

## REFERENCES:

- Adler, Alfred (1979). *Wozu leben wir?* Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main
- Ansbacher, Heinz L., & Ansbacher, Rowena R. (1967). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A Systematic Presentation in Selections from His Writings*. New York: Harper & Row
- Berne, Eric (2006). *Ce spui după Bună ziua? Psihologia destinului uman*. București: Trei
- Ellis, Albert (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Citadel
- Epstein, Robert. *Interview with Albert Ellis*. Psychology Today: [btrecovery.org/interviewalbertellis.htm](http://btrecovery.org/interviewalbertellis.htm)
- Erikson, Erik H. (1994). *Identity: Youth and Crisis* (Austen Riggs Monograph). New York - London: W. W. Norton & Company
- Erikson, Erik H. (1950). *Childhood and Society*. W. W. Norton and Company, Inc.
- Frankl, Viktor E. (2006). *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.
- Johnson, Susan M. (2004). *Practica terapiei de cuplu centrată pe emoții. Crearea legăturii*, Brunner-Routledge
- Rogers, Carl R.; & Perls, Frederick S.; & Ellis, Albert; & Shostrom, Everett L. (1965). *Three approaches to psychotherapy*. On VHS tape. Corona Del Mar, CA: Psychological & Educational Films.
- Salvador, Mario C. (2013). *The Wisdom of the Subcortical Brain*. International Journal of Integrative Psychotherapy, Vol. 4, No. 2, pp. 40-53.
- Snyder, C. R., & Ingram, Rick E. (ed., 2000). *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes and Practices for the 21st Century*. New York: John Wiley & Sons
- Vasile, Aurelia (2013). *Characterul inconștient al Scenariului de viață. O abordare psihanalitică*. Newsletter-ul Asociației Române de Analiză Tranzacțională, nr. 12