

Odette Dimitriu

# *Comunicare terapeutică*

EDITURA  HERALD  
București

# Cuprins

|                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introducere                                                                                                              | 7   |
| 1. ASPECTE GENERALE ALE COMUNICĂRII TERAPEUTICE                                                                          | 11  |
| 1. Structura temporală a psihoterapiei și<br>producerea schimbării                                                       | 17  |
| 2. Psihoterapia ca act de comunicare                                                                                     | 22  |
| 3. Dialogul terapeutic                                                                                                   | 24  |
| 2. PARTENERII COMUNICĂRII TERAPEUTICE:<br>PSIHOTERAPEUTUL ȘI PACIENTUL                                                   | 28  |
| 1. Psihoterapeutul – actor și regizor al relației cu<br>pacientul                                                        | 28  |
| 2. Caracteristicile comportamentale ale<br>psihoterapeutului – evaluările pacientului cu privire<br>la stilul terapeutic | 55  |
| 3. Pacientul – față în față cu problema sa și cu<br>terapeutul                                                           | 57  |
| 3. MODELE ALE RELAȚIEI PSIHOTERAPEUTICE                                                                                  | 82  |
| 1. Relația psihoterapeutică în perspectivă generală                                                                      | 82  |
| 2. Relația de tip transferențial                                                                                         | 84  |
| 3. Contractul sau alianța psihoterapeutică                                                                               | 89  |
| 4. Relația centrată pe realitate și obiect                                                                               | 127 |
| 5. Alianța terapeutică în psihoterapia relațională                                                                       | 136 |
| 4. COMUNICAREA EMPATICĂ ÎN PSIHOTERAPIE                                                                                  | 147 |
| 1. Conceptualizări ale empatiei                                                                                          | 147 |
| 2. Raportul empatiei cu psihoterapia                                                                                     | 153 |

|                                                                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5. COMUNICAREA HIPNOTICĂ ÎN PSIHOTERAPIE                                                                                                     | 167 |
| 1. Sugestia și sugestibilitatea                                                                                                              | 167 |
| 2. Hipnoza și hipnotizabilitatea                                                                                                             | 171 |
| 3. Școala lui Milton H. Erickson                                                                                                             | 192 |
| 4. Tehnici de consonanță terapeutică în programarea<br>neurolingvistică                                                                      | 200 |
| 6. MODALITĂȚI DE ANTRENARE A DISPONIBILITĂȚILOR<br>DE COMUNICARE ALE VIITORILOR TERAPEUȚI                                                    | 212 |
| 1. Manifestarea empatiei în psihoterapie                                                                                                     | 212 |
| 2. Manifestarea respectului, căldurii, autenticității,<br>autodezvăluirii, concreteței                                                       | 221 |
| 3. Monitorizarea procesului de interacțiune<br>terapeutică                                                                                   | 238 |
| 4. Aplicarea intervențiilor terapeutice                                                                                                      | 246 |
| 5. Dificultăți apărute în practica clinică:<br>întreruperea/ abandonarea terapiei și utilizarea<br>rezistențelor pacienților în psihoterapie | 288 |
| 6. Finalizarea psihoterapiei                                                                                                                 | 310 |
| 7. Empatia și hipnoza în psihoterapie.<br>Un studiu de caz                                                                                   | 311 |
| BIBLIOGRAFIE                                                                                                                                 | 325 |

# Introducere

Pacienții vin în cabinetele noastre cu o mare varietate de probleme și plângeri. Ar trebui să posedăm abilități, atât conceptuale, cât și tehnice, pentru a ști să traversăm cu succes terenul clinic al anxietății, singurătății, depresiei, conflictelor interpersonale, tulburărilor alimentare, consumului de substanțe, problemelor dintre părinți și copii, disputelor maritale, disfuncțiilor sexuale etc. Deși fiecare caz este unic, unele elemente care țin de o bună comunicare terapeutică ar putea să ne fie utile.

Se spune că psihoterapia este atât o *știință*, cât și o *artă*! A înțelege contribuția celor două dimensiuni și a dobândi un echilibru adecvat al acestora de-a lungul derulării psihoterapiei, devine esențial în accelerarea schimbării pacientului.

Parafrazându-l pe M. Hoyt, considerat un om al Renașterii în câmpul psihoterapiilor scurte, suntem interesați de patru factori E în terapie: unul care ține de estetică (este terapia atractivă și interesantă?); altul care ține de etică (degață respect reciproc, încurajează autonomia pacientului?); altul care ține de eficiență (este terapia folositoare și funcționează?); și nu în ultimul rând, altul care ține de empatie. De-a lungul activității mele terapeutice, am fost interesată de capacitatea și de conduita empatică a practicianului, considerate drept factori predictivi importanți ai succesului în psihoterapie.

Au trecut 10 ani de la publicarea celor două cărți ale mele, „*Tehnici psihoterapeutice*” și „*Empatia în psihoterapie*”. Pe de o parte, am abordat această tematică a tehnicilor psihoterapeutice având ca determinare faptul de a fi lucrat o perioadă relativ lungă de timp în cercetarea psihologică, ocupându-mă îndeosebi de problematica psihoterapiei, atât ca cercetare fundamentală, cât și ca activitate practică propriu-zisă. Pe de altă parte, studiul dedicat empatiei în psihoterapie a scos în relief existența unei aptitudini specifice a competenței psihoterapeutului – *predictivitatea empatică*. În câteva cuvinte, esența acestei disponibilități particulare rezidă în competența cu care psihoterapeutul ajunge să cunoască nevoile unice și specifice ale pacientului, să proiecteze direcțiile programului terapeutic (așa-numita „*terapie făcută la comandă*” care să se muleze pe cerințele fiecărui pacient) și să anticipeze rezultatele benefice cele mai probabile ale tratamentului. În plus, prin intermediul predictivității empatică, terapeutul poate să evalueze punctele tari și resursele pacienților săi, favorizând activarea și stimularea disponibilităților acestora. Avem convingerea că experiența de a se simți înțeleși în profunzime și în mod susținut de terapeutul lor, le va conferi pacienților un mai mare sens de coeziune, stabilitate și vitalitate.

În această carte vom discuta despre contextul și cadrul terapeutic, natura dialogului terapeutic și psihoterapia – ca act de comunicare. Vom vorbi despre partenerii de comunicare: pe de o parte, psihoterapeutul – actor și regizor al relației cu pacientul, pe de altă parte, pacientul – aflat față în față cu problema sa și cu terapeutul. Vom prezenta și analiza principalele modele ale relației psihoterapeutice (relația de tip transferențial, contractul sau alianța terapeutică, relația centrată pe realitate și obiect, alianța terapeutică în perspectiva psihoterapiei relaționale). Dată fiind formarea mea în domeniul psihoterapiilor comportamentale, vom analiza mai în de-

taliu alianța terapeutică din cadrul acestor abordări, cu accent îndeosebi pe terapiile comportamentale (Skinner, Wolpe, Bandura), cognitiv-comportamentale (Beck, Meichenbaum, Mahoney, Seligman), multimodale (Lazarus), rațional-emotive și comportamentale (Ellis).

Vom intra apoi în intimitatea procesului terapeutic și vom oferi câteva informații relevante despre natura intervențiilor terapeutice: clarificarea, confruntarea, interpretarea, recadrarea/resemnificarea, evitarea formulărilor negative, prescrierea temelor pentru acasă, utilizarea tehnicilor paradoxale, utilizarea prescripției simptomului, a simbolurilor și ritualurilor, a metaforelor, anecdotelor și poveștilor, utilizarea autosurprinderii, a notării gândurilor adaptative și a segmentării problemei pacientului.

În vederea reliefării specificului comunicării terapeutice, ne-am propus să analizăm comunicarea de tip empatic și cea de tip hipnotic, precum și beneficiile acestor tipuri de comunicare în psihoterapiile actuale. Partea finală a cărții va fi dedicată prezentării unor posibile modalități de antrenare a deprinderilor de comunicare ale specialiștilor din domeniul clinic (prin manifestarea empatiei, respectului, căldurii, autenticității, autodezvăluirii și prin monitorizarea procesului de interacțiune). De asemenea, vom lua în discuție principalele dificultăți apărute în practica clinică (întreruperea/abandonarea terapiei), precum și diverse modalități de utilizare a rezistențelor pacienților în psihoterapie. În această perspectivă, rezistențele vor fi considerate drept *posibili aliați* și nicidecum *inamici* de care ar trebui să ne ferim în desfășurarea terapiei.

Această carte se adresează psihologilor, medicilor, asistenților sociali, pedagogilor și tuturor celor interesați de stabilirea relațiilor de ajutor.

Le mulțumesc *profesorilor* mei care mi-au acordat un sprijin valoros și constant pe tot parcursul formării mele ca

psihoterapeut. De asemenea, le mulțumesc *studentilor, masteranzilor și psihoterapeuților aflați în supervizare* cu care deslușim împreună tainele unei bune comunicări terapeutice. Le mulțumesc *pacienților* mei pentru „darul” pe care mi-l oferă de fiecare dată, acela de a-și dezvălui sufletul.

Nu în ultimul rând, le mulțumesc colaboratorilor mei, formatorilor, cursanților și membrilor Asociației de Hipnoterapie și Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală (AHPCC), ale căror întrebări vii și incitante m-au ajutat să-mi structurez gândurile și să finalizez această carte.



# CAPITOLUL

## Aspecte generale ale comunicării terapeutice

Psihoterapia presupune în mod esențial un tip special de comunicare între terapeut și unul sau mai mulți pacienți, propunându-și drept obiectiv producerea unor schimbări dezirabile în cazul pacientului. Deși psihoterapia este o interacțiune verbală, ea diferă de conversațiile sociale obișnuite, în termeni de obiective propuse, scopuri stabilite, emoții vehiculate, teme de discuție abordate, cadru de desfășurare și roluri asumate de cei implicați în comunicare. Comunicarea terapeutică poate fi eficientă sau ineficientă, corectă sau incorectă, adecvată sau inadecvată. Cea ineficientă implică blamarea, desconsiderarea sau criticarea pacientului, accentuează deficiențele sale și îi sporește anxietatea. Cea eficientă îi reduce pacientului anxietatea de bază (ca urmare a perspectivei temporale îndelungate a afecțiunii sale) și îi generează speranță și încredere, sentimente care vor dăinui după ce terapia va lua sfârșit. Într-o comunicare eficientă se subliniază responsabilitatea pacientului de a se schimba. Vor fi întărite punctele forte și abilitățile pacientului, nu slăbiciunile și lipsurile sale. În aceasta constă apelul recent la o *psihologie pozitivă*:



„Mesajul nostru este de a reaminti celor din domeniu că psihologia nu este doar studiul patologiei, slăbiciunii și prejudiciilor; este și studiul forței și virtuții. Tratament nu înseamnă doar repararea a ceea ce s-a stricat, ci și îngrijirea a ceea ce este mai bun” (Seligman și Csikszentmihalyi, 2000, cit. din Hoyt, 2006).

În general, orice comunicare este legată și dependentă de contextul în care se desfășoară. Cu alte cuvinte, comunicarea capătă sens în raport cu contextul său. Contextul psihoterapeutic oferă o anumită semnificație evenimentelor din cursul psihoterapiei. Elementele care țin de context ar trebui să fie considerate în calitate de factori organizatori ai câmpului psihoterapeutic, în aceeași măsură în care, în societățile organizate, activități variate au loc în limite definite cultural: școala este locul unde studiezi, familia este locul unde crești, cabinetul de psihoterapie este locul unde se solicită și se acordă ajutor psihologic (E. Gilliéron, 1992).

Dacă un context este determinat de circumstanțele externe, cadrul este creat sau definit de interlocutori. De altfel, cadrul psihoterapeutic definește psihoterapia și îi delimitează frontierele. În plus, noțiunea de cadru determină o înțelegere mai aprofundată a următorilor doi factori:

1. tehnica psihoterapeutică utilizată;
2. „*dispozitivul terapeutic*” – datele prestabilite ale unei ședințe de psihoterapie (frecvența și durata ședințelor, dispoziția locurilor etc).

Tehnica psihoterapeutică implică faptul că, de-a lungul desfășurării ședințelor de psihoterapie, terapeutul și pacientul respectă un anumit număr de reguli specifice. În orice formă de psihoterapie se emit reguli care permit distingerea comportamentelor pacientului și terapeutului din timpul ședințelor, de cele care au loc în viața curentă. În fapt, este vorba de „*cadrul socio-cultural*” al tratamentului.

Funcția primordială a cadrului este de a stabili un *câmp psihoterapeutic* în interiorul unei culturi date. Această funcție este dublă și complementară:

a. conferă o anumită semnificație actelor psihoterapeutului și pacientului: ceea ce se întâmplă în cabinet, de-a lungul unei perioade de timp, este de natură terapeutică;

b. cadrul îi influențează pe ambii protagoniști ai relației în așa fel încât să devină posibilă activitatea terapeutică îndreptată în direcția schimbării.

Pentru a preciza mai bine noțiunea de cadru, menționăm că terapeutul nu dirijează și ghidează pacientul, ci procesul psihoterapeutic în ansamblul său. Regulile care regizează relația psihoterapeutică îl privează pe pacient de referințele sale culturale obișnuite, plasându-l, într-o anumită măsură, în centrul lumii, cu toate neliniștile, frustrările și anxietățile pe care existența i le provoacă. A admite că terapeutul dirijează și ghidează psihoterapia implică faptul că acesta devine garant al bunei desfășurări a procesului, pentru care pacientul își dă acordul.

„*Dispozitivul terapeutic*” se referă la datele concrete și fixe oferite de dimensiunea spațială și temporală. Putem distinge următoarele elemente:

- a. numărul de persoane prezente
- b. dispoziția locurilor
- c. planificarea timpului

a. În funcție de numărul de persoane, se disting două forme de psihoterapie: individuală și de grup. De pildă, se cunoaște faptul că situația de grup provoacă mișcări regresive masive. În acest mod, grupul terapeutic devine sediul fenomenelor regresive, în cadrul căruia sentimentele comunității de scopuri și de alianță predomină, favorizând descărcări emoționale și acțiuni de *identificare* ale participanților. În

terapia de grup, coeziunea este analogul relației terapeut-pacient din terapia individuală. Grupul de psihoterapie devine un microcosmos social, o reprezentare în miniatură a universului fiecărui membru (Y.D. Yalom, M. Leszcz, 2008). În lucrarea de față se va realiza o analiză mai aprofundată a caracteristicilor relației terapeutice din cadrul psihoterapiei individuale.

b. Toate procesele psihoterapeutice comportă un joc interactiv între cei doi protagoniști ai relației. De aceea, în domeniul dinamicii interactive, modificarea dispozitivului terapeutic va căpăta o mare importanță.

Dispozitivul curei analitice (*canapea-fotoliu*) întărește neutralitatea psihoterapeutului care *evită* privirea pacientului său. Dinamica interactivă este micșorată, iar schimburile se realizează, în mod esențial, prin cuvânt. Pacientul se supune vocii analistului său, nu-i răspunde decât cu o anumită întârziere. Acest dispozitiv face ca așteptările pacientului să fie canalizate spre cuvântul (*bun sau rău*) al analistului său.

În situația de *față în față*, punctele de interacțiune vor crește, iar schimburile sunt imediate datorită importanței privirii. Privirea și, în general, întregul comportament nonverbal pot susține sau contrazice cuvântul. Congruența terapeutului („*acordul deplin între experiență, conștiință și comunicare*”, C. Rogers, 1968) capătă o valoare importantă în psihoterapiile actuale.

c. Temporalitatea vizează doi factori: frecvența ședințelor și durata psihoterapiei. Se consideră că o creștere a frecvenței ședințelor unei psihoterapii favorizează dependența de psihoterapeut. Pacientul amână ceea ce poate face în ziua respectivă în vederea însănătoșirii sale, știind că viitoarea ședință este foarte apropiată. Se impune o nuanțare, în sensul că acest aspect nu este valabil decât în cazul structurilor nevrotice de personalitate.

În privința duratei psihoterapiei, în terapiile scurte se fixează cu pacientul un termen al terapiei. Psihoterapia scurtă poate

implica o singură ședință (Bloom, 1981) sau poate merge până la 40-50 de ședințe (în medie 20 de ședințe). În psihanaliză, cura poate dura 8 ani sau poate chiar mai mult. Cele două proceduri privind durata psihoterapiei au, în mod evident, un impact diferit asupra dinamicii relației. Astfel, fixarea unui termen îi poate trezi pacientului o teamă de imperfecțiune și îi poate favoriza dezvoltarea unui comportament excesiv de dinamic. Absența termenului, dimpotrivă, îi trezește o atitudine autocontemplativă și se așteaptă de cele mai multe ori ca psihoterapia să decurgă *perfect* în cazul său.

Terapiile de lungă durată se concentrează pe interpretare, unealta emiterii ipotezelor. Fiind o terapie de profunzime, ea își propune să producă modificări de durată la nivelul personalității pacienților.

În terapiile scurte se pleacă de la premisa că toți pacienții trebuie să-și rezolve anumite probleme (nu toate) în câteva ședințe de psihoterapie. Terapeutul specializat în demersuri scurte se concentrează pe intervenția terapeutică și pe rezolvarea propriu-zisă a problemei pacientului. Prin urmare, el poate să refuze un pacient pentru că nu are nevoie de terapie, spre deosebire de adepții terapiilor de lungă durată care afirmă că terapia este valoroasă pentru oricine.

Ce le-ar putea reproșa terapeutii de lungă durată celor de scurtă durată? Faptul că nu sunt capabili să-și mențină pacienții pe o perioadă mai lungă de timp (J. Haley, 1990). În plus, terapiile de scurtă durată sunt considerate de aceștia ca fiind mai degrabă superficiale. Ca replică, terapeutii de scurtă durată spun că nu a fost găsită o corelație între durata terapiei și succesul acesteia. Dată fiind formarea mea în domeniul terapiilor scurte, vom expune în continuare câțiva factori comuni pe care îi regăsim în majoritatea terapiilor care sunt proiectate în mod deliberat să fie succinte și de scurtă durată (Budman, 1992):

- O alianță terapeutică rapidă și în general pozitivă între terapeut și pacient.

- Focalizare, specificarea clară a scopurilor realizabile ale tratamentului.

- Definirea clară a responsabilităților pacientului și terapeutului.

- Așteptările cu privire la schimbare, convingerea că schimbarea se află în mâna pacientului.

- Orientare *aici-și-acum* (și *apoi*), o focalizare terapeutică asupra prezentului și viitorului apropiat, mai degrabă decât asupra trecutului îndepărtat.

- Convingerea pacientului de a trăi experiențe noi.

- Sensibilitatea la durată, o conștientizare a faptului că „*prezentul este un dar*”, înțelegerea că viața este limitată și că nu pot fi rezolvate toate problemele, dar că *acum* se pot face unele schimbări importante.

Din perspectiva constructivismului strategic se pleacă de la „*politica pașilor mărunți*”, enunțată de Karl Popper. În natură, întotdeauna marile schimbări au fost catastrofice sau cataclismice. În schimb, negentropia lucrează încet, în liniște și în pași mici. Ca terapeut, vom funcționa mai bine dacă „începem să ne vedem mai degrabă ca slujitori ai negentropiei decât ca mari vindecători sau presupuși guru” (G. Nardone și P. Watzlawick, 2005). Acum multe secole în urmă, această perspectivă a fost exprimată într-o povestire minunată:

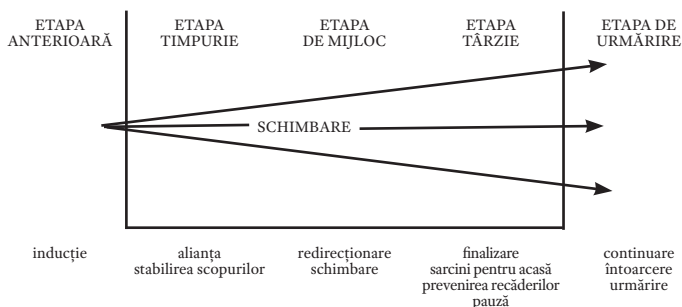
*După moartea sa, Sufi Abu Bakr Shibli a apărut în visul unuia dintre prietenii săi. „Cum te-a tratat Dumnezeu?”, l-a întrebat prietenul. Sufi a răspuns: „Cum stăteam eu în fața tronului său, m-a întrebat: Știi de ce te iert? Eu i-am răspuns: Datorită*

*faptelor mele bune? Iar Dumnezeu a spus: Nu, nu din cauza acelor fapte. L-am întrebat: Deoarece am fost sincer în adorația mea față de tine?, iar Dumnezeu mi-a spus: Nu. Apoi L-am întrebat: Datorită pelerinajelor și călătoriilor mele făcute în scopul de a dobândi cunoaștere și de a-i lumina pe ceilalți?, iar Dumnezeu a spus din nou: Nu, nu datorită acestor fapte. Așa că L-am întrebat: O, Doamne, atunci de ce m-ai iertat?, iar El a răspuns: Îți amintești cum într-o zi rece de iarnă te plimbai pe una din străzile Bagdadului și ai văzut o pisică înfometată care căuta disperată un adăpost pe un vânt geros, iar tu ai avut milă față de ea, ai pus-o în haina ta călduroasă și ai dus-o la tine acasă? I-am răspuns: Da, Dumnezeule, îmi amintesc. Iar Dumnezeu a spus: Deoarece ai fost bun cu acea pisică, Abu Bakr, de aceea te-am iertat” (A. Schimmel, 1983, cit. din G. Nardone și P. Watzlawick, 2005).*

## 1. Structura temporală a psihoterapiei și producerea schimbării

Desfășurarea fiecărei ședințe de terapie poate fi conceptualizată ca având cinci etape sau stadii (M. Hoyt). Aceste etape tind să apară în succesiune și fiecare decurge din cea anterioară, astfel încât următoarea este o precondiție a parcurgerii cu succes a celei anterioare. Pacientul alege terapia înainte de a forma o alianță; alianța terapeutică stabilește baza pentru definirea scopurilor; stabilirea scopurilor duce la concentrarea asupra unor strategii specifice de schimbare; atingerea scopurilor antrenează discuții cu privire la sarcinile pentru acasă, prevenirea recăderilor și perioada de pauză; finalul se îndreaptă către dezvoltarea continuă a pacientului și posibilă sa întoarcere la tratament.

**Figura 1. Structura temporală a terapiei  
(M. Hoyt, 2006, p. 115)**



În plus, structura fiecărei ședințe de terapie tinde să reflecte sau să fie paralelă cu mersul în ansamblu al tratamentului. Problemele apărute în mod tipic în primele etape ale tratamentului sunt similare cu cele din primele etape ale fiecărei ședințe; etapa de mijloc a tratamentului se aseamănă cu etapa de mijloc a fiecărei ședințe; problemele ce caracterizează etapele de mai târziu din cursul terapiei tind să caracterizeze și etapele de mai târziu ale fiecărei ședințe. Recunoașterea respectivelor stadii/etape de tratament și a sarcinilor specifice în cadrul acestora, atât pentru fiecare ședință, cât și pe durata întregului tratament, poate ajuta la eficientizarea terapiei.

Așadar, putem spune că există o structură sau un model de bază care ne ajută să ne organizăm gândirea și răspunsurile terapeutice atunci când avem nevoie să ne dăm seama unde ne aflăm și cum trebuie să comunicăm terapeutic în vederea promovării schimbării.