

PSIHOTERAPIA DE LA TRADIȚIONAL LA MODERN *Psychotherapy from Traditional to Modern*

Dr. Gabriela BUICU, Dr. Cosmin POPA¹, Dr. Mihai ARDELEAN,
Centrul de Sănătate Mintală Târgu Mureș
Dr. Gabriela BUICU,
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș.
Psih. Drd. Lucian ILE,
Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara

Abstract: The differences of opinion among the various psychotherapeutic schools and trends represent a phenomenon that has occurred together with the birth of psychotherapy as a method of treatment for different psychopathological disorders. The present paper proposes to analyse two of the main psychotherapeutic trends, the first traditional, i.e. psychoanalysis, the second the cognitive-behaviourist therapy as a representative of the modernist current. The conclusions of this paper indicate the fact that there are a series of similarities between the two schools of psychotherapy, in other words, the differences between the traditional and the modern trends in psychotherapy are only formal, their aims and objectives being in fact similar.

Keywords: psychotherapeutic treatment, psychoanalysis, cognitive-behaviourist therapy.

1. Introducere în problematica psihoterapiei.

Natura umană are o latură confesivă. De când omul a învățat să comunice verbal cu semenii săi, în diverse situații de suferință psihică, a căutat să și-o atenueze prin faptul de a o împărtăși altuia. Dar nu oricărei persoane, ci uneia recunoscută în comunitate cu putere de înțelegere și investită de aceasta cu autoritate de a asculta și de a rezolva problemele celorlalți. Așa au fost de-a lungul timpului cunoscuți și descriși de istoria culturii: tautologii, vracii, oamenii vindecători (medicine man) și nu în ultimă instanță sacerdoții.

În studiul său asupra felului în care a fost abordată boala psihică în perioada iluminismului, Michael Foucault îl citează pe Sauvage: „Trebuie să fii filosof ca să poți vindeca maladiile sufletului. Căci, cum originea acestor maladii nu e altceva decât o dorință violentă pentru un lucru pe care bolnavul îl consideră fiind bun, e de datoria medicului să-i demonstreze prin argumente întemeiate că ceea ce el dorește cu atâta ardoare este un bine aparent și un rău real, pentru a-l aduce pe calea cea bună”. Astfel, încă din timpul Renașterii sunt încercate diferite tehnici terapeutice cum ar fi: ascultarea de către pacienți a unor partituri muzicale preferate, folosirea unor pasiuni personale ale pacienților în scopuri terapeutice, toate acestea având rolul de a alina suferința acestor pacienți (Foucault, 1996).

Ellis (2006) arată faptul că încă din cele mai vechi timpuri, formele spirituale și religioase au fost folosite ca metode de autoterapie, datorită faptului că includ idei, sensuri și

¹ Autor corespondent: Dr. Cosmin Popa, Centrul de Sănătate Mintală, Str. Mihai Viteazul, Nr. 31, Tîrgu-Mureș, România, E-mail: cosmin_popa24@yahoo.com, Tel: +40745 092686

valori. Dacă oamenii au un scop, un ideal sau un țel bine definit pe termen lung, se vor simți mult mai împliniți și fericiți decât în caz contrar. Pornind de la acest scurt istoric, putem afirma faptul că termenul de psihoterapie desemnează o multitudine de intervenții cu caracter psihologic care au ca obiectiv ameliorarea problemelor umane și implicit al determinării funcționabilității eficiente a persoanei în societate (Smith, Fredrickson, Nolen-Hoeksema, Loftus, 2005).

Psihoterapia poate fi adăugată pe lista tradițională a privilegiilor oferite în epoca noastră de domeniul *PSY*, cu scopul alinării/vindecării unor suferințe psihice și emoționale, având în același timp și un rol care contribuie la dezvoltarea personală a clienților. Indiferent de orientare, psihoterapiile nu sunt doar contribuțiile unei persoane sau unui grup de persoane, indiferent de cât ar fi aceasta/acestea de înzestrate intelectual. Psihoterapia apare și ca urmare a unui context cultural specific, de fapt chiar acest context cultural determinând bazele acelui tip de terapie precum și funcționalitatea sa (Elkaïm, 2007).

Procesul de învățare și de schimbare al clientului în psihoterapie se bazează după C. Rogers pe următoarele etape:

1. Confruntarea cu problema: adică, clientul intră motivat în terapie și dornic să învețe cum să schimbe anumite aspecte ale vieții sale, pentru a depăși o problemă pe care nu a putut să o rezolve singur.
2. Congruența: se referă la rolul autentic al terapeutului de a fi *așa cum este*, cu alte cuvinte emoțiile și trăirile acestuia să fie congruente cu modul său de a se comporta și manifesta în terapie față de client.
3. Atitudinea pozitivă necondiționată: este caracterizată de grija pe care terapeutul i-o arată pacientului, fără a fi însă posesiv, ci din această atitudine binevoitoare să reiasă că este interesat de problema clientului.
4. Înțelegerea empatică: aceasta este o condiție esențială în terapie și se referă la modalitatea în care terapeutul percepe lumea personală a clientului său, încercând să înțeleagă tot ceea ce se întâmplă cu clientul său, *ca și cum* s-ar confrunta el însuși cu aceea problemă.
5. Comunicarea: nu este suficient ca un terapeut să îndeplinească condițiile de mai sus, toate acestea trebuind să fie simțite de către client ca parte a procesului terapeutic (Rogers, 2008).

Toate aceste procese sunt importante în ceea ce reprezintă procesul terapeutic, acest lucru fiind diferit de la o orientare terapeutică la alta. Numitorul comun al tuturor psihoterapiilor este însă reprezentat de către empatie. În psihanaliză empatia este o stare care permite analistului accesul la psihismul pacientului. Analistul își suspendă orice judecată de valoare sau morală în legătură cu clientul său, astfel realizându-se o acordare a inconștientului, iar prin interpretarea acestor conținuturi inconștiente, pacientul ajunge la *insight*, adică conștientizează și începe să rezolve în sens pozitiv unele conținuturi inconștiente care determinau unele conflicte intra-psihice. Pe de altă parte, în terapia cognitiv-comportamentală, conceptul de validare (cum ar fi atitudinea pozitivă necondiționată) este strâns legat de empatie. Alături de validare, construirea unei alianțe terapeutice solide nu se poate realiza decât prin și cu ajutorul empatiei, o bună alianță terapeutică fiind necesară în momentul confruntării pacientului cu propriile credințe disfuncționale. Empatia este

importantă deoarece atunci când se simt înțeleși și acceptați, clienții se supun intervenției psihoterapeutice (Bohart, Greenberg, 2011).

Pornind de la aceste concepte generale, vom analiza în continuare aspectele metodologice principale a două dintre cele mai cunoscute abordări psihoterapeutice. Prima este psihanaliza, care își are rădăcinile în sfârșitul de secol XIX și psihoterapia cognitiv-comportamentală, care a început să se dezvolte la jumătatea secolului XX. Cu alte cuvinte, vom aborda două orientări psihoterapeutice, care din punct de vedere cronologic se află la extreme, psihanaliza aflându-se pe o poziție tradițională, iar terapia cognitiv-comportamentală căpătând valențe teoretico-practice conforme modernismului.

2. Psihanaliza – definire, conceptualizare, descriere.

Prima orientare psihoterapeutică cunoscută de către cultura europeană este reprezentată de psihanaliză, al cărei *părintele fondator*, Sigmund Freud, a fost de formație neurolog cu rezultate notabile în această specialitate medicală. Cu timpul, preocupările sale s-au îndreptat înspre studiul psihismului pacienților săi, Freud observând din practica sa clinică faptul că în spatele simptomelor nevrotice se află conținuturi inconștiente, susținând astfel că inconștientul poate deveni în anumite circumstanțe patogen. La începuturile psihanalizei, Freud era preocupat de remisiunea simptomelor, acesta încercând tratarea nevrozelor și a conflictelor interioare prin intermediul hipnozei. Ulterior tehnica psihanalizei se dezvoltă, obiectivul principal al acesteia fiind acela de conștientizare a traumelor din copilărie, iar prin rezolvarea conștientă a acestora se instalează procesul de vindecare. Acest proces de conștientizare și de rezolvare a *conflictelor infantile* se realizează prin aportul non-directiv al psihanalistului (Zamfirescu, 2003).

Anamneza abisală a fost dezvoltată în Germania de către neo-psihanaliziști, în cadrul acestui tip de interviu clinic urmărindu-se obținerea informațiilor clinice prin intermediul întrebărilor semi-structurate. Această tehnică are ca obiectiv reliefa unei imagini complete legată de simptomele diagnostice trecute și prezente ale unui pacient. Răspunzând la întrebările psihanalistului, pacientul descrie motivele pentru care a venit, analistul investigând structura personalității, dar și viața pulsionară a acestuia (de exemplu: natura intențională, orală, anală, uretrală, agresivă și sexuală). În cadrul primului interviu psihanalitic, terapeutul îi permite pacientului să vorbească liber, fiind extrem de puțin directiv. O perioadă de timp importantă va fi acordată percepției vieții relaționale conștiente și inconștiente, iar conducerea primului interviu reprezintă o activitate terapeutică și una diagnostică, analistul comportându-se ca un actor care reflectă stările psihice și comportamentul pacientului. Psihanaliștii pornesc de la postulatul că evenimentele nu au o semnificație unică și constantă, ci fiecare persoană își definește propriile sale interpretări (Mertens, 2003).

Zoila (1996), citând lucrarea lui S. Freud (1909) „Cinci lecții de psihanaliză”, arată faptul că acesta afirmă: „Interpretarea visului este, în realitate, calea privilegiată a cunoașterii inconștientului, baza cea mai sigură a cercetărilor noastre, și studiul visului este cel care vă va convinge mai mult decât orice altceva de valoarea psihanalizei și vă va obișnui cu practica psihanalitică”. Se remarcă faptul că un conținut manifest al visului „maschează” de fapt un alt conținut, acesta fiind mai profund, ascuns, inconștient. Visul poate reprezenta o formă „deghizată” de satisfacere a unei dorințe care apare sub o formă inconștientă. Trăvialul acestor procese descrise mai sus reprezintă baza psihanalizei, iar în acest mod, cel analizat

poate efectua interiorizări abisale, care-i vor permite să meargă mai departe în el însuși (Zolia, 1996).

Freud (1900) dezbătând conținutul latent al visului, afirma: „între conținutul viselor și rezultatele abordării noastre se interpune un nou material psihic: conținutul latent obținut prin procedeele noastre sau gândurile visului”. În cadrul aceleiași lucrări, Freud susține că din conținutul latent se poate interpreta semnificația unui vis, cele din urmă (latente) oferind informații asupra celor dintâi (manifeste), interpretarea simplistă a simbolurilor neavând nicio valoare (Freud, 2003).

În altă ordine de idei, în cadrul psihanalizei, conflictul ocupă locul central. Este cunoscută teoria conform căreia un conflict nevrotic este rezolvat atunci când psihanalistul reușește să identifice rezistențele psihice ale pacientului. Nu rezistențele psihice reprezintă scopul terapiei în sine, ci identificarea în raport cu acestea a tendințelor conflictuale inconștiente. Unui pacient i se poate explica faptul că anxietatea sa socială, care l-a determinat în timp să se distanțeze din ce în ce mai mult de anturajul său, se datorează relației sale cu o mamă dominatoare și restrictivă, care încă din copilărie nu i-a acordat gradul de autonomie necesar. Această conceptualizare cu bază biografică ajută, dar nu este suficientă pentru a schimba simptomele și comportamentul nevrotic, fiind nevoie de alte metode și tehnici specifice psihanalizei, pentru a vorbi de o vindecare completă (Mertz, 2004, 2005).

Freud ierarhizează afecțiunile psihiatrice în funcție de gravitatea lor. Astfel, tulburările psihice minore le regăsim sub denumirea de nevroze. În raport cu teoria freudiană, nevrozele sunt din punct de vedere etio-patogenic determinate de probleme sexuale din viața prezentă a pacientului și nu de conflicte infantile uitate. După Freud, nevrozele se împart în:

- Psihonevroze – acestea sunt manifestări ale unor simptome psihopatologice de natură nevrotică, care au la bază conflicte inconștiente infantile;
- Nevroza de angoasă – poate fi caracterizată prin anxietatea anticipatoare, atacul de panică sau psihosomatizările de natură anxioasă;
- Nevroza isterică și Nevroza obsesională – reprezintă tipuri de nevroze în cadrul cărora conflictele infantile se află în faza de fixație-regresie, corespunzătoare stadiilor oral în ceea ce privește isteria, și în stadiul anal pentru obsesionalitate;
- Fobiile/organizările nevrotice fobice sunt diferențiate de nevroza obsesională, deoarece organizarea lor afectiv-sexuală se situează în stadiul falic;
- Nevroza obsesională – este caracterizată prin simptome obsesiv-compulsive cum ar fi: obsesiile, compulsiile, impulsuri de comitere a unor acte indezirabile, precum și de lupta permanentă a pacientului împotriva acestor gânduri și impulsuri cu conținut obsesiv (Zolia, 1996).

Prin folosirea termenului german *Übertragung* (1912), Freud conceptualizează principala metodă a psihanalizei, și anume transferul psihanalitic. Vindecarea apare ca urmare a modificărilor produse prin transfer la nivelul gândirii, afectului și al comportamentului. Această vindecare apare ca urmare a depășirii unor blocaje de dezvoltare și a înlocuirii acestora cu modele noi și mature de relaționare prin intermediul transferurilor din cadrul curei psihanalitice. În mod particular, transferul reprezintă un fenomen care apare în toate situațiile de viață, iar cadrul psihanalitic urmărește doar să-l favorizeze (Zamfirescu, 2003).

2. Terapia cognitiv-comportamentală

La un pol conceptual opus psihanalizei apare în anii '60 psihoterapia rațională, respectiv terapia cognitiv-comportamentală. Printre cei mai influenți pionieri ai terapiei cognitiv-comportamentale se numără Aaron T. Beck și Albert Ellis, aceștia susținând teoria conform căreia majoritatea tulburărilor psihice și psihologice au la bază modele cognitive eronate (Holdevici, 2005).

Psihoterapiile cognitiv-comportamentale reprezintă intervenții psihologice validate științific, aplicabile într-o arie largă de tulburări psihice și emoționale. Sub denumirea de psihoterapie cognitiv-comportamentale se află mai multe școli, cele mai importante fiind psihoterapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT; inițiată de Albert Ellis), psihoterapia cognitivă (CT, inițiată de Aaron Beck), modificările cognitiv-comportamentale (inițiate de Donald Meichenbaum). Indiferent de originea școlii, psihoterapiile cognitiv-comportamentale au un fundament teoretico-experimental comun, care le particularizează, diferențindu-le în același timp de alte psihoterapii (Dryden și DiGiuseppe, 2003).

Dezvoltarea în ultimii zece de ani a medicinei bazate pe dovezi științifice, și apariția conceptului de *evidence based*, a contribuit la asimilarea rapidă a acestor modele de către psihoterapia cognitiv-comportamentală. Începând cu anii 1990, în SUA a avut loc o mișcare orientată înspre identificarea tratamentelor validate și acceptate empiric. Așa s-a ajuns la conceperea unor programe de formare în cadrul Asociației Americane de Psihiatrie și a Asociațiilor Americane și Canadiene de Psihologie, în care medicii rezidenți sau psihologii clinicieni stagiați efectuează stagii de pregătire în psihoterapie cognitiv-comportamentală, pentru a deprinde tehnici și metode terapeutice validate empiric (Dobson și Dobson, 2009).

Teoriile de bază ale psihoterapiilor cognitiv-comportamentale se referă la două modele, și anume un modelul cognitiv și unul comportamental. Modelul cognitiv pleacă de la premisa că emoțiile și comportamentele oamenilor sunt influențate de modul în care aceștia percep evenimentele. Nu situația în sine determină ceea ce simt oamenii, ci mai degrabă modul în care aceștia construiesc o situație. Modul în care simt oamenii este asociat cu modul în care în care aceștia interpretează și gândesc despre o situație. Situația în sine nu determină în mod direct modul în care se simt; răspunsul lor emoțional este mediat de percepția lor asupra situației. Terapeutul este interesat în mod special de nivelul gândirii care operează simultan cu nivelul mai evident și de suprafață al gândirii (Beck J. S., 2010). În acest context, Holdevici, citându-l pe Albert Ellis, arată că acesta consideră că „oamenii se perturbă pe ei înșiși într-o măsură mai mare decât sânt perturbați de forțe nefavorabile din mediul lor timpuriu sau din mediul social de mai târziu și de aceea ei au unica și remarcabila putere de a înțelege ceea ce au de făcut pentru a fi mai puțin nevrotici, a-și schimba gândurile iraționale, simțămintele inadecvate și comportamentul disfuncțional, pentru a deveni sănătoși sub aspect mintal și a putea să se dezvolte conform propriilor obiective” (Holdevici, 2000). În cadrul TCC o alternativă la combaterea credințelor iraționale este așa numita gândire rațională. Astfel, gândirea rațională poate fi definită după Maxie C. Maultsby ca fiind un tip de gândire care aduce o stabilitate și un echilibru în conservarea vieții unei persoane, producând un minimum de îngrijorare și conflict intern. Dacă principiile gândirii raționale vor fi aplicate de către o persoană în viața cotidiană, acest lucru va împiedica apariția unor conflicte cu sine ori cu semenii. Ellis include în categoria preocupărilor raționale emoția, sensibilitatea,

creativitatea și arta, toate acestea fiind benefice atâta timp cât nu sunt duse la extrem (Ellis, 2006).

Terapia cognitiv-comportamentală reprezintă așadar o terapie interactivă în care pacientul are un rol de implicare crescut. Temele și jurnalele de expunere sau monitorizare specifice TCC nu pot fi efectuate fără implicarea activă a pacientului. Atitudinea terapeutului este importantă în acest caz, acesta având rolul de a stabili obiective corecte din punct de vedere terapeutic, precum și de a prezenta limita unor cerințe nerealiste venite din partea pacientului în legătură cu rezultatul terapeutic așteptat (Dafinoiu, 2002).

În cadrul psihoterapiei cognitiv comportamentale, interviul este axat pe trei elemente esențiale:

- Identificarea problemei;
- Conceptualizarea de caz;
- Identificarea factorilor declanșatori și de menținere a tulburării ;
- Elaborarea planului de tratament și intervenția psihoterapeutică.

În mare parte, interviul preliminar TCC urmărește identificarea și descrierea în detaliu a principalelor simptome afective, fiziologice, comportamentale și cognitive (Lăzărescu, Ile, 2007). Pasul următor se referă la recomandarea unui plan de tratament pacientului. Planul de tratament trebuie să fie clar formulat și în acord cu toate evaluările și investigațiile efectuate până în acel moment. O modalitate bună de a formula planul de tratament constă în a începe prin a descrie scopurile și modul de aplicare al tehnicilor, iar nu în ultimul rând obiectivele care se urmăresc prin aplicarea acestui tratament. Terapeutul descrie de asemenea și beneficiile și riscurile intervenției, luând în permanență în considerare expectanțele pacientului, având în permanență grijă ca acestea să fie realiste și în raport cu obiectivele terapeutice. Inclusiv planul de tratament poate fi negociat împreună cu pacientul, pentru a ajunge la un punct de vedere comun (Persons, 2008).

Interviului preliminar în TCC constă în expunerea liberă a problemelor pacientului care timp de 15-20 de minute poate vorbi liber, terapeutul fiind empatic față de problema-simptom, întrebările de tip socratic fiind deosebit de utile în acest caz: „Dacă am înțeles bine, problema ta este că încerci să faci prea mult pe plac celor din jur și pui interesele celorlalți deasupra propriilor tale interese și asta îi face pe ceilalți să profite de tine. Am dreptate?”

Este extrem de important ca pacientul să înțeleagă faptul că tehnicile și metodele învățate în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale îl vor ajuta „să devină propriul terapeut”, iar abilități dobândite în cadrul terapiei îi vor fi de folos în a gestiona atât problema prezentă cât și alte probleme identice care pot apărea în viitor. Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să înțeleagă rolul temelor de acasă, explicându-i faptul că este nevoie de aplicarea conceptelor terapeutice teoretice în viața reală, de asemenea, perioada dintre ședințe fiind la fel de importantă ca și ora de terapie (Holdevici, 2000).

Comparativ cu psihanaliza în terapia cognitiv-comportamentală, tehnica de interpretare a visului se aplică doar în cazul în care pacientul se confruntă cu un vis repetitiv care îi produce o stare de anxietate/îngrijorare. Astfel, terapeutul va urmări să obțină informații relevante despre conținutul aceluși vis, concomitent evaluând și cognițiile pacientul. După David D (2006) tehnica interpretării viselor cuprinde următoarele etape:

1. Pacientul începe să-și povestească visul (conținutul manifest). Terapeutul notează conținutul visului și semnificația acestuia, fiind respectată ordinea narativă prezentată

de pacient. Observațiile comportamentale cum ar fi emoțiile trăite de către pacient în cursul narațiunii sunt deosebit de importante, acestea trebuind surprinse de către terapeut. Conceptualizarea conținutului manifest se face în baza modelului A-B-C cognitiv.

2. În etapa numărul doi, pornind de la evenimentele relatate cu privire la conținutul visului (conținutul manifest), pacientul este rugat să facă asociații libere, în acest fel acumulându-se treptat un volum bogat de informații (conținutul latent), care de asemenea, va fi mai apoi conceptualizat în baza modelului A-B-C cognitiv.
3. Pe baza informațiilor obținute în urma evaluării și a metodei asociațiilor libere, terapeutul oferă o interpretare a visului, punând în legătură conținutul manifest cu conținutul latent. Terapeutul se va concentra mai ales asupra conținuturilor cognitive, explicându-i pacientului în ce mod aceste cogniții determină stările emoționale cu care acesta se confruntă.

Discutarea și punerea în acord cu conținuturile cognitive îl fac pe pacient să înțeleagă modul în care visul se repetă sau determină stări de anxietate, acest lucru contribuind apoi la schimbarea în terapie a unor gânduri negative care au rol în apariția acestor vise (David, 2006).

Din punct de vedere al practicii clinice, cele două tipuri de interviu preliminar (adică cel psihanalitic și cognitiv-comportamental) pot fi utilizate mai ales atunci când sunt încorporate într-o abordare secvențială. Dacă clinicianul identifică în cazul pacientului tulburări psihiatrice majore/tulburări de personalitate, precum și prezența unor conflicte inconștiente, atunci se recomandă diagnosticarea acestora în conformitate cu criteriile DSM-IV, și conceptualizare cognitiv-comportamentală. În cazul în care se constată că în urma tratamentului aplicat conflictele interpersonale persistă, clinicianul poate trece la realizarea unui interviu psihodinamic centrat pe *insight* și clarificare, completând prima fază cu a doua (Dafinoiu, 2002).

O caracteristică importantă care are aspect de noutate, în același timp făcând diferența dintre generația anterioară și cea actuală de intervenții comportamentale, se referă la axarea pe contextul în care apare un comportament (Biglan și Hayes, 1996, Martell, Addis, Jacobson, 2001). Accentul este pus mai mult pe modificarea comportamentului persoanei, prin modificarea gândurilor, emoțiilor, și mai puțin pe modificarea mediului fizic. Mai degrabă, în aceste noi terapii comportamentale un mai mare accent este pus pe modificare unor contexte și generarea unor noi experiențe. Combinarea tehnicilor cognitive și comportamentale în acest context se poate observa în contextul metodei *mindfulness*. În această metodă se urmărește încurajarea clienților în a trăi gândurile negative, sau cu caracter anxiogen, într-un context în care gândurile sunt considerate pur și simplu doar gânduri, și nu adevăruri absolute sau reprezentări indubitabile ale realității, și testarea permanentă a mediului fizic prin experimente comportamentale. (Farmer, Chapman, 2008).

În plan concret, aparținând tehnicilor comportamentale, tehnicile de *mindfulness* au rolul de a preveni și de a întârzia în mod semnificativ recăderile la pacienții care suferă de episoade depresive în remisiune (Bandolfi, 2010). De asemenea, *mindfulness*-ul este eficient și în scăderea emoțiilor negative, reducerea distresului emoțional, a simptomelor clinice din depresie și anxietate socială, având de asemenea eficiență și în scăderea comportamentelor de evitare socială (Godlin , Gross, 2010).

În ceea ce privește interacțiunea terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) cu medicația psihotropă, concluziile rezultate din numeroase studii arată faptul că ambele intervenții sunt eficiente într-o gamă largă de tulburări. Combinarea acestora ar fi de un real folos pentru pacient. Avantajele combinării dintre TCC și medicație sunt următoarele:

- a) Medicamentele îmbunătățesc capacitatea de concentrare a pacientului, facilitând astfel intervenția TCC.
- b) Medicația scade intensitatea și ritmul gândurilor negative, sau a credințelor distorsionate, astfel că crește eficiența intervenției TCC.
- c) TCC îmbunătățește complianța pacientului la tratament.
- d) TCC ajută pacientul să înțeleagă și să facă față bolii.
- e) TCC poate ajuta pacientul să facă față reducerii dozei de medicație și renunțării la tratament, atunci când medicul curant consideră necesar acest lucru.

TCC are efecte biochimice și, alături de medicamente, poate lucra concertat pentru a influența anomaliile biochimice (Robert, 2006).

TCC este o metodă eficientă de tratament în cazul multor tulburări psihopatologice. Modificările pozitive rezultate în urma terapiei în cazul tratării prin TCC a unor tulburări de anxietate comorbide cu tulburări de personalitate din spectrul anxios se regăsesc la nivel unor dimensiuni de personalitate, ca extraversia, agreabilitatea și stabilitatea emoțională în ceea ce-l privește pe client. Acestea se modifică în sens pozitiv, rezultând o serie de comportamente adaptative, care-i conferă pacientului strategii mai bune de abordare a unor evenimente de viață (Popa, Nireștean, Buicu, Ardelean, Ile, 2012_a, 2012_b, 2013).

3. Concluzii:

În timp ce psihanaliza pune accent pe teorii și mecanisme cum ar fi actele ratate, complexul lui Oedip, invidia de penis, complexul de castrare, sublimarea, relația obiectuală, etc, psihoterapia cognitiv comportamentală urmărește să schimbe sistemul de gândire al individului, prin înlocuirea gândurilor automate negative/iraționale cu cele alternative/raționale, principalul postulat fiind acela al flexibilizării unor credințe disfuncționale ale clientului. În cazul terapiei psihanalitice, pacientul încearcă să identifice cu ajutorul psihoterapeutului cauza problemei sale, relatându-i acestuia „tot ceea ce-i trece prin cap”, fără a se cenzura, iar în urma unor asociații verbale, psihoterapeutul intervine, relevând anumite aspecte pe care pacientul le-a evidențiat, spunându-i să insiste pe unele dintre acestea. În terapia cognitiv comportamentală, terapeutul poartă un dialog împreună cu pacientul, încercând împreună să identifice problema pacientului, terapeutul oferind contraargumente pentru corectarea unor credințe iraționale, de asemenea pacientul având și un jurnal în care va nota toate gândurile iraționale care survin între ședințele de psihoterapie, acestea fiind discutate și analizate apoi, împreună cu psihoterapeutul.

În opinia noastră există diferențe între cele două tipuri de terapie, dar în schimb există și foarte multe similarități. Chiar dacă forma este diferită, fondul este același, trecând peste toate diferențele teoretice, metodologice și tehnice. Dacă privim cu atenție observăm că psihanaliza numește anumite procese psihice conținut inconștient/conflicte inconștiente, acestea fiind o rezultată a inconștientului pulsionar descris de către Freud (2010). TCC nu exclude gândurile cu conținut inconștient; dimpotrivă, le numește gânduri automate negative, de al căror conținut pacientul nu este conștient, iar identificarea acestora împreună cu

pacientul duce la analizarea, disputarea și înlocuirea lor cu gânduri alternative (Clark, Beck, 2010, Beck, 2010). De asemenea, în privința transferului, a interpretării visului, se pot observa unele similarități, cu alte cuvinte modul de intervenție diferă, dar în cazul procesului psihic putem vorbi de un consens în cazul celor două terapii. Indiferent de orientarea psihoterapeutică, obiectivul principal al procesului terapeutic este acela de a ajuta persoana să depășească stările psihopatologice/existențiale negative și de a o ajuta „să meargă mai departe” prin îndeplinirea rolurilor sale familiale, sociale, profesionale și culturale.

Scopul acestei lucrări a fost acela de a prezenta ambele orientări psihoterapeutice într-un cadru cât mai obiectiv. În opinia noastră, finalitatea pozitivă a unui caz rezolvat printr-o metodă psihoterapeutică aparținând uneia sau alteia dintre orientări este mai importantă și contează mai mult decât polemicile existente, care în prezent rămân undeva în umbră.

Indiferent de orientarea psihoterapeutică pe care o avem ca profesioniști, sau pe care o vom avea la un moment dat, nu trebuie să uităm că ceea ce numim noi astăzi psihoterapie nu ar fi fost posibil fără psihoterapeuți ca Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Carl Rogers, Viktor Frankl, Albert Ellis, Aaron T. Beck, și mulți alții. Ar fi de dorit să recunoaștem genialitatea și munca plină de sacrificiu a acestor oameni, care nu au lăsat posterității doar o pleiadă de teorii, ci și lucruri practice, „palpabile”, cunoscute sub denumirea de psihoterapie. Divergențele dialectice cu privire la eficiența uneia sau alteia dintre orientări nu-și au locul în cadrul cabinetelor de praxis, acestea netrebuind să interfereze sub nicio formă cu procesul psihoterapeutic.

Bibliografie

- Bandolfi G. et. al., (2010) *Journal of Affective Disorders*, vol. 122 p. 231.
- Beck, J.S., (2010), *Psihoterapie Cognitivă*, Cluj-Napoca: Editura RTS, p. 5,14.
- Bohart, A.C., Greenberg, L.S., (2011), *Empatia în psihoterapie*, București: Editura Trei, p. 25,29.
- Biglan, A., Hayes, S.C., (1996), Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology*, 5, p. 47-57.
- Clark, D.A., Beck, A.T., (2010), *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. New York: The Guilford Press, p. 32-33.
- David, D., (2006), *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Iași: Editura Polirom, p. 153;
- Dafinoiu, I., (2002), *Personalitatea - Metode calitative de abordare*, Iași: Editura Polirom.
- Dobson, D., Dobson, K.S., (2009), *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: The Guilford Press. p. 5-6.
- Elkaïm, M., (coord), (2007), *Ce psihoterapie să alegem?: psihanalize, psihoterapii: cele mai importante abordări*, București: Editura Trei, p. 15,17.
- Ellis, A., Harper, A. R., (2007), *Ghid pentru o viață rațională*, Cluj-Napoca: Editura RTS, p. 102.
- Ellis A., (2006), *Terapia comportamentului emotiv-rațional*, București: Editura Antet.

- Farmer, R.F., Chapman, A.L., (2008), Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: practical guidance for putting theory into action , Washington DC: American Psychological Association, p. 18, 205.
- Foucault, M., (1996), Istoria nebuniei în epoca clasică, București: Editura Humanitas, p. 320-322.
- Freud, S., (2010) Psihologia inconștientului, Opere Esențiale, vol. 3, București: Editura Trei.
- Freud, S., (2003), Interpretarea viselor, București: Editura Trei.
- Godlin, P.R., Gross, J.J, (2010), *Emoțion*, vol. 10, (1), p. 83.
- Holdevici, I., (2005), Psihoterapia cognitiv-comportamentală, București: Editura Științelor Medicale, p. 132.
- Holdevici I., (2000), Gândirea pozitivă, București: Editura Dual Tech.
- Martell, C.R., Addis, M.E., Jacobson, N.S., (2001), Depression in context: Strategies for guided action. New York: Norton.
- Mertens, W., (2003), Introducere in psihoterapia psihanalitică, vol. 1, București: Editura Trei.
- Mertens, W., (2004), Introducere in psihoterapia psihanalitică, vol. 2, București: Editura Trei.
- Mertens, W., (2005), Introducere în psihoterapia psihanalitică, vol. 3, București: Editura Trei.
- Lăzărescu, M., Ile, L., (2009), Tulburarea obsesiv-compulsivă: circumscriere, modele și intervenții. Iași: Editura Polirom. p. 46-47.
- Persons, J.B., (2008), The case formulation approach to cognitive-behavior therapy, New York: The Guilford Press, p. 146-147.
- Popa, O.C., Ardelean, M., Buicu, G., (2012), Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, abordată prin psihoterapie cognitiv-comportamentală, Acta Medica Transilvanica 2(1), p. 112-113.
- Popa, O.C., Nireștean A., Ardelean, M., Buicu, G., Combined therapies in generalised anxiety disorders comorbid with obsesive-compulsive personality disorders, Revista Română de Psihiatrie, 2012; 2:47-49.
- Popa, O.C., Nireștean A., Ardelean, M., Buicu, G., Ile, L., (2013), Modificarea dimensională a personalității, după intervenția terapeutică combinată, în cadrul tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă. Acta Medica Transilvanica, 2(1):130-132.
- Rogers, C.R., (2008), A deveni o persoană, București: Editura Trei, p. 391-393.
- Robert L. Leahy. (2006), Contemporary cognitive therapy : theory, research, and practice, New York: The Guilford Press, p. 125.
- Smith, E.E., Fredrickson, B.L., Nolen-Hoeksema, S., Loftus, G.R., (2005), Introducere în psihologie, Bucuresti: Editura Tehnica, p. 838.
- Zamfirescu, V.D., (2003), Introducere in psihanaliza freudiană și postfreudiană, București: Editura Trei, p. 17-19.
- Zoila, A.F., (1996), Freud și psihanalizele, București: Editura Humanitas.