PSIHOTERAPIA DE LA TRADIŢIONAL LA MODERN
Psychotherapy from Traditional to Modern

Dr. Gabriela BUICU, Dr. Cosmin POPA[1], Dr. Mihai ARDELEAN,
Centrul de Sănătate Mintală Târgu Mureş
Dr. Gabriela BUICU,
Universitatea de Medicină şi Farmacie Târgu Mureş.
Psih. Drd. Lucian ILE,
Universitatea de Medicină şi Farmacie Timişoara

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 învăţat să comunice verbal cu semenii săi, în diverse situaţii de suferinţă psihică, a căutat să şi-o atenueze prin faptul de a o împărtăşi altuia. Dar nu oricărei persoane, ci uneia recunoscută în comunitate cu putere de înţelegere şi investită de aceasta cu autoritate de a asculta şi de a rezolva problemele celorlalţi. Aşa au fost de-a lungul timpului cunoscuţi şi descrişi de istoria culturii: tautologii, vracii, oamenii vindecători (medicine man) şi nu în ultimă instanţă sacerdoţii.

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 poţi vindeca maladiile sufletului. Căci, cum originea acestor maladii nu e altceva decât o dorinţă 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 doreşte cu atâta ardoare este un bine aparent şi un rău real, pentru a-l aduce pe calea cea bună". Astfel, încă din timpul Renaşterii sunt încercate diferite tehnici terapeutice cum ar fi: ascultarea de către pacienţi a unor partituri muzicale preferate, folosirea unor pasiuni personale ale pacienţilor în scopuri terapeutice, toate acestea având rolul de a alina suferinţa acestor pacienţi (Foucault, 1996).

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

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

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

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

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

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

1. Confruntarea cu problema: adică, clientul intră motivat în terapie şi dornic să înveţe cum să schimbe anumite aspecte ale vieţii sale, pentru a depăşi o problemă pe care nu a putut să o rezolve singur.
2. Congruenţa: se referă la rolul autentic al terapeutului de a fi *aşa cum este,* cu alte cuvinte emoţiile şi trăirile acestuia să fie congruente cu modul său de a se comporta şi manifesta în terapie faţă de client.
3. Atitudinea pozitivă necondiţionată: 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. Înţelegerea empatică: aceasta este o condiţie esenţială în terapie şi se referă la modalitatea în care terapeutul percepe lumea personală a clientului său, încercând să înţeleagă tot ceea ce se întâmplă cu clientul său, *ca şi cum* s-ar confrunta el însuşi cu aceea problemă.
5. Comunicarea: nu este suficient ca un terapeut să îndeplinească condiţiile de mai sus, toate acestea trebuind să fie simţite 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 îşi suspendă orice judecată de valoare sau morală în legătură cu clientul său, astfel realizându-se o acordare a inconştientului, iar prin interpretarea acestor conţinuturi inconştiente, pacientul ajunge la *insight,* adică conştientizează şi începe să rezolve în sens pozitiv unele conţinuturi inconştiente care determinau unele conflicte intra-psihice. Pe de altă parte, în terapia cognitiv-comportamentală, conceptul de validare (cum ar fi atitudinea pozitivă necondiţionată) este strâns legat de empatie. Alături de validare, construirea unei alianţe terapeutice solide nu se poate realiza decât prin şi cu ajutorul empatiei, o bună alianţă terapeutică fiind necesară în momentul confruntării pacientului cu propriile credinţe disfuncţionale. Empatia este

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

importantă deoarece atunci când se simt înţeleşi şi acceptaţi, clienţii se supun intervenţiei 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 îşi are rădăcinile în sfârşitul de secol XIX şi 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 poziţie tradiţională, iar terapia cognitiv-comportamentală căpătând valenţe 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 formaţie neurolog cu rezultate notabile în această specialitate medicală. Cu timpul, preocupările sale s-au îndreptat înspre studiul psihismului pacienţilor săi, Freud observând din practica sa clinică faptul că în spatele simptomelor nevrotice se află conţinuturi inconştiente, susţinând astfel că inconştientul poate deveni în anumite circumstanţe patogen. La începuturile psihanalizei, Freud era preocupat de remisiunea simptomelor, acesta încercând tratarea nevrozelor şi a conflictelor interioare prin intermediul hipnozei. Ulterior tehnica psihanalizei se dezvoltă, obiectivul principal al acesteia fiind acela de conştientizare a traumelor din copilărie, iar prin rezolvarea conştientă a acestora se instalează procesul de vindecare. Acest proces de conştientizare şi 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-psihanalişti, în cadrul acestui tip de interviu clinic urmărindu-se obţinerea informaţiilor clinice prin intermediul întrebărilor semi-structurate. Această tehnică are ca obiectiv reliefarea unei imagini complete legată de simptomele diagnostice trecute şi prezente ale unui pacient. Răspunzând la întrebările psihanalistului, pacientul descrie motivele pentru care a venit, analistul investigând structura personalităţii, dar şi viaţa pulsională a acestuia (de exemplu: natura intenţională, orală, anală, uretrală, agresivă şi sexuală). În cadrul primului interviu psihanalitic, terapeutul îi permite pacientului să vorbească liber, fiind extrem de puţin directiv. O perioadă de timp importantă va fi acordată perceperii vieţii relaţionale conştiente şi inconştiente, iar conducerea primului interviu reprezintă o activitate terapeutică şi una diagnostică, analistul comportându-se ca un actor care reflectă stările psihice şi comportamentul pacientului. Psihanaliştii pornesc de la postulatul că evenimentele nu au o semnificaţie unică şi constantă, ci fiecare persoană îşi defineşte propriile sale interpretări (Mertens, 2003).

Zoila (1996), citând lucrarea lui S. Freud (1909) ,,Cinci lecţii de psihanaliză", arată faptul că acesta afirmă: ,,Interpretarea visului este, în realitate, calea privilegiată a cunoaşterii inconştientului, baza cea mai sigură a cercetărilor noastre, şi studiul visului este cel care vă va convinge mai mult decât orice altceva de valoarea psihanalizei şi vă va obişnui cu practica psihanalitică". Se remarcă faptul că un conţinut manifest al visului ,,maschează" de fapt un alt conţinut, acesta fiind mai profund, ascuns, inconştient. Visul poate reprezenta o formă ,,deghizată" de satisfacere a unei dorinţe care apare sub o formă inconştientă. Travaliul acestor procese descrise mai sus reprezintă baza psihanalizei, iar în acest mod, cel analizat

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

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

Freud (1900) dezbătând conţinutul latent al visului, afirma: „între conţinutul viselor şi rezultatele abordării noastre se interpune un nou material psihic: conţinutul latent obţinut prin procedeele noastre sau gândurile visului". În cadrul aceleiaşi lucrări, Freud susţine că din conţinutul latent se poate interpreta semnificaţia unui vis, cele din urmă (latente) oferind informaţii 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 reuşeşte să identifice rezistenţele psihice ale pacientului. Nu rezistenţele psihice reprezintă scopul terapiei în sine, ci identificarea în raport cu acestea a tendinţelor conflictuale inconştiente. Unui pacient i se poate explica faptul că anxietatea sa socială, care l-a determinat în timp să se distanţeze din ce în ce mai mult de anturajul său, se datorează relaţiei sale cu o mamă dominatoare şi restrictivă, care încă din copilărie nu i-a acordat gradul de autonomie necesar. Această conceptualizate cu bază biografică ajută, dar nu este suficientă pentru a schimba simptomele şi comportamentul nevrotic, fiind nevoie de alte metode şi tehnici specifice psihanalizei, pentru a vorbi de o vindecare completă (Mertz, 2004, 2005).

Freud ierarhizează afecţiunile psihiatrice în funcţie 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 viaţa prezentă a pacientului şi 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 inconştiente infantile;
- Nevroza de angoasă – poate fi caracterizată prin anxietatea anticipatore, atacul de panică sau psihosomatizările de natură anxioasă;
- Nevroza isterică şi Nevroza obsesională – reprezintă tipuri de nevroze în cadrul cărora conflictele infantile se află în faza de fixaţie-regresie, corespunzătoare stadiilor oral în ceea ce priveşte isteria, şi în stadiul anal pentru obsesionalitate;
- Fobiile/organizările nevrotice fobice sunt diferenţiate 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 şi de lupta permanentă a pacientului împotriva acestor gânduri şi impulsuri cu conţinut obsesiv (Zoila,1996).

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

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

2. Terapia cognitiv-comportamentală

La un pol conceptual opus psihanalizei apare în anii `60 psihoterapia raţională, respectiv terapia cognitiv-comportamentală. Printre cei mai influenţi pionieri ai terapiei cognitiv-comportamentale se numără Aaron T. Beck si Albert Ellis, aceştia susţinând teoria conform căreia majoritatea tulburărilor psihice şi psihologice au la bază modele cognitive eronate (Holdevici, 2005).

Psihoterapiile cognitiv-comportamentale reprezintă intervenţii psihologice validate ştiinţific, aplicabile într-o arie largă de tulburări psihice şi emoţionale. Sub denumirea de psihoterapii cognitiv-comportamentale se află mai multe şcoli, cele mai importante fiind psihoterapia raţional-emotivă şi comportamentală (REBT; iniţiată de Albert Ellis), psihoterapia cognitivă (CT, iniţiată de Aaron Beck), modificările cognitiv-comportamentale (iniţiate de Donald Meichenbaum). Indiferent de originea şcolii, psihoterapiile cognitiv-comportamentale au un fundament teoretico-experimental comun, care le particularizează, diferenţiindu-le în acelaşi timp de alte psihoterapii (Dryden şi DiGgiuseppe, 2003).

Dezvoltarea în ultimii zeci de ani a medicinii bazate pe dovezi ştiinţifice, şi apariţia 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 mişcare orientată înspre identificarea tratamentelor validate şi acceptate empiric. Aşa s-a ajuns la conceperea unor programe de formare în cadrul Asociaţiei Americane de Psihiatrie şi a Asociaţilor Americane şi Canadiene de Psihologie, în care medicii rezidenţi sau psihologii clinicieni stagiari efectuează stagii de pregătire în psihoterapie cognitiv-comportamentală, pentru a deprinde tehnici şi metode terapeutice validate empiric (Dobson şi Dobson, 2009).

Teoriile de bază ale psihoterapiilor cognitiv-comportamentale se referă la două modele, şi anume un modelul cognitiv şi unul comportamental. Modelul cognitiv pleacă de la premisa că emoţiile şi comportamentele oamenilor sunt influenţate de modul în care aceştia percep evenimentele. Nu situaţia în sine determină ceea ce simt oamenii, ci mai degrabă modul în care aceştia construiesc o situaţie. Modul în care simt oamenii este asociat cu modul în care în care aceştia interpretează şi gândesc despre o situaţie. Situaţia în sine nu determină în mod direct modul în care se simt; răspunsul lor emoţional este mediat de percepţia lor asupra situaţiei. Terapeutul este interesat în mod special de nivelul gândirii care operează simultan cu nivelul mai evident şi de suprafaţă 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 înşişi intr-o măsură mai mare decât sânt perturbaţi de forţe nefavorabile din mediul lor timpuriu sau din mediul social de mai târziu şi de aceea ei au unica si remarcabila putere de a înţelege ceea ce au de făcut pentru a fi mai puţini nevrotici, a-şi schimba gândurile iraţionale, simţămintele inadecvate şi comportamentul disfuncţional, pentru a deveni sănătoşi sub aspect mintal şi a putea să se dezvolte conform propriilor obiective" (Holdevici, 2000). În cadrul TCC o alternativă la combaterea credinţelor iraţionale este aşa numita gândire raţională. Astfel, gândirea raţională poate fi definită după Maxie C. Maultsby ca fiind un tip de gândire care aduce o stabilitate şi un echilibru în conservarea vieţii unei persoane, producând un minimum de îngrijorare şi conflict intern. Dacă principiile gândirii raţionale vor fi aplicate de către o persoană în viaţa cotidiană, acest lucru va împiedica apariţia unor conflicte cu sine ori cu semenii. Ellis include în categoria preocupărilor raţionale emoţia, sensibilitatea,

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

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

Terapia cognitiv-comportamentală reprezintă aşadar o terapie interactivă în care pacientul are un rol de implicare crescut. Temele şi 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 şi de a prezenta limita unor cerinţe nerealiste venite din partea pacientului în legătură cu rezultatul terapeutic aşteptat (Dafinoiu, 2002).

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

- Identificarea problemei;
- Conceptualizarea de caz;
- Identificarea factorilor declanşatori şi de menţinere a tulburării ;
- Elaborarea planului de tratament şi intervenţia psihoterapeutică.

În mare parte, interviul preliminar TCC urmăreşte identificarea şi descrierea în detaliu a principalelor simptome afective, fiziologice, comportamentale şi cognitive (Lăzărescu, Ile, 2007). Pasul următor se referă la recomandarea unui plan de tratament pacientului. Planul de tratament trebuie să fie clar formulat şi în acord cu toate evaluările şi investigaţiile efectuate până în acel moment. O modalitate bună de a formula planul de tratament constă în a începe prin a descrie scopurile şi modul de aplicare al tehnicilor, iar nu în ultimul rând obiectivele care se urmăresc prin aplicarea acestui tratament. Terapeutul descrie de asemenea şi beneficiile şi riscurile intervenţiei, luând în permanenţă în considerare expectanţele pacientului, având în permanenţă grijă ca acestea să fie realiste şi 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 faţă de problema-simptom, întrebările de tip socratic fiind deosebit de utile în acest caz: ,,Dacă am înţeles bine, problema ta este că încerci să faci prea mult pe plac celor din jur şi pui interesele celorlalţi deasupra propriilor tale interese şi asta îi face pe ceilalţi să profite de tine. Am dreptate?”

Este extrem de important ca pacientul să înţeleagă faptul că tehnicile şi metodele învăţate în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale îl vor ajuta ,,să devină propriul terapeut”, iar abilităţi dobândite în cadrul terapiei îi vor fi de folos în a gestiona atât problema prezentă cât şi alte probleme identice care pot apărea în viitor. Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să înţeleagă rolul temelor de acasă, explicându-i faptul că este nevoie de aplicarea conceptelor terapeutice teoretice în viaţa reală, de asemenea, perioada dintre şedinţe fiind la fel de importantă ca şi 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 obţină informaţii relevante despre conţinutul acelui vis, concomitent evaluând şi cogniţiile pacientul. După David D (2006) tehnica interpretării viselor cuprinde următoarele etape:

1. Pacientul începe să-şi povestească visul (conţinutul manifest). Terapeutul notează conţinutul visului şi semnificaţia acestuia, fiind respectată ordinea narativă prezentată

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

de pacient. Observaţiile comportamentale cum ar fi emoţiile trăite de către pacient în cursul naraţiunii sunt deosebit de importante, acestea trebuind surprinse de către terapeut. Conceptualizarea conţinutului manifest se face în baza modelului A-B-C cognitiv.

2. În etapa numărul doi, pornind de la evenimentele relatate cu privire la conţinutul visului (conţinutul manifest), pacientul este rugat să facă asociaţii libere, în acest fel acumulându-se treptat un volum bogat de informaţii (conţinutul latent), care de asemenea, va fi mai apoi conceptualizat în baza modelului A-B-C cognitiv.
3. Pe baza informaţiilor obţinute în urma evaluării şi a metodei asociaţilor libere, terapeutul oferă o interpretare a visului, punând în legătură conţinutul manifest cu conţinutul latent. Terapeutul se va concentra mai ales asupra conţinuturilor cognitive, explicându-i pacientului în ce mod aceste cogniţii determină stările emoţionale cu care acesta se confruntă.

Discutarea şi punerea în acord cu conţinuturile cognitive îl fac pe pacient să înţeleagă 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 apariţia acestor vise (David, 2006).

Din punct de vedere al practicii clinice, cele două tipuri de interviu preliminar (adică cel psihanalitic şi cognitiv-comportamental) pot fi utilizate mai ales atunci când sunt încorporate într-o abordare secvenţială. Dacă clinicianul identifică în cazul pacientului tulburări psihiatrice majore/tulburări de personalitate, precum şi prezenţa unor conflicte inconştiente, atunci se recomandă diagnosticarea acestora în conformitate cu criteriile DSM-IV, şi 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* şi clarificare, completând prima fază cu a doua (Dafinoiu, 2002).

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

În plan concret, aparţinând tehnicilor comportamentale, tehnicile de mindfulness au rolul de a preveni şi de a întârzia în mod semnificativ recăderile la pacienţii care suferă de episoade depresive în remisiune (Bandolfi, 2010). De asemenea, mindfulness-ul este eficient şi în scăderea emoţiilor negative, reducerea distresului emoţional, a simptomelor clinice din depresie şi anxietate socială, având de asemenea eficienţă şi în scăderea comportamentelor de evitare socială (Godlin , Gross, 2010).

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

În ceea ce priveşte interacţiunea terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) cu medicaţia psihotropă, concluziile rezultate din numeroase studii arată faptul că ambele intervenţii sunt eficiente într-o gamă largă de tulburări. Combinarea acestora ar fi de un real folos pentru pacient. Avantajele combinării dintre TCC şi medicaţie sunt următoarele:

a) Medicamentele îmbunătăţesc capacitatea de concentrare a pacientului, facilitând astfel intervenţia TCC.
b) Medicaţia scade intensitatea şi ritmul gândurilor negative, sau a credinţelor distorsionate, astfel că creşte eficienţa intervenţiei TCC.
c) TCC îmbunătăţeşte complianţa pacientului la tratament.
d) TCC ajută pacientul să înţeleagă şi să facă faţă bolii.
e) TCC poate ajuta pacientul să facă faţă reducerii dozei de medicaţie şi renunţării la tratament, atunci când medicul curant consideră necesar acest lucru.

TCC are efecte biochimice şi, alături de medicamente, poate lucra concertat pentru a influenţa 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 şi stabilitatea emoţională în ceea ce-l priveşte 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 viaţă (Popa, Nireştean, Buicu, Ardelean, Ile, 2012$_{a,}$ 2012$_{b,}$ 2013).

3. Concluzii:

În timp ce psihanaliza pune accent pe teorii şi mecanisme cum ar fi actele ratate, complexul lui Oedip, invidia de penis, complexul de castrare, sublimarea, relaţia obiectuală, etc, psihoterapia cognitiv comportamentală urmăreşte să schimbe sistemul de gândire al individului, prin înlocuirea gândurilor automate negative/iraţionale cu cele alternative/raţionale, principalul postulat fiind acela al flexibilizării unor credinţe disfuncţionale 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 asociaţii verbale, psihoterapeutul intervine, relevând anumite aspecte pe care pacientul le-a evidenţiat, 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 credinţe iraţionale, de asemenea pacientul având şi un jurnal în care va nota toate gândurile iraţionale care survin între şedinţele de psihoterapie, acestea fiind discutate şi analizate apoi, împreună cu psihoterapeutul.

În opinia noastră există diferenţe între cele două tipuri de terapie, dar în schimb există şi foarte multe similarităţi. Chiar dacă forma este diferită, fondul este acelaşi, trecând peste toate diferenţele teoretice, metodologice şi tehnice. Dacă privim cu atenţie observăm că psihanaliza numeşte anumite procese psihice conţinut inconştient/conflicte inconştiente, acestea fiind o rezultată a inconştientului pulsionar descris de către Freud (2010). TCC nu exclude gândurile cu conţinut inconştient; dimpotrivă, le numeşte gânduri automate negative, de al căror conţinut pacientul nu este conştient, iar identificarea acestora împreună cu

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

pacientul duce la analizarea, disputarea şi înlocuirea lor cu gânduri alternative (Clark, Beck, 2010, Beck, 2010). De asemenea, în privinţa transferului, a interpretării visului, se pot observa unele similarităţi, cu alte cuvinte modul de intervenţie 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 depăşească stările psihopatologice/existenţiale negative şi de a o ajuta „să meargă mai departe" prin îndeplinirea rolurilor sale familiale, sociale, profesionale şi 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 aparţinând uneia sau alteia dintre orientări este mai importantă şi contează mai mult decât polemicile existente, care în prezent rămân undeva în umbră.

Indiferent de orientarea psihoterapeutică pe care o avem ca profesionişti, 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 psihoterapeuţi ca Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Carl Rogers, Viktor Frankl, Albert Ellis, Aaron T. Beck, şi mulţi alţii. Ar fi de dorit să recunoaştem genialitatea şi munca plină de sacrificiu a acestor oameni, care nu au lăsat posterităţii doar o pleiadă de teorii, ci şi lucruri practice, „palpabile", cunoscute sub denumirea de psihoterapie. Divergenţele dialectice cu privire la eficienţa uneia sau alteia dintre orientări nu-şi 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, Bucureşti: 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 şi comportamentale, Iaşi: Editura Polirom, p. 153;

Dafinoiu, I., (2002), Personalitatea - Metode calitative de abordare, Iaşi: 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, Bucureşti: Editura Trei, p. 15,17.

Ellis, A., Harper, A. R., (2007), Ghid pentru o viaţă raţională, Cluj-Napoca: Editura RTS, p. 102.

Ellis A., (2006), Terapia comportamentului emotiv-raţional, Bucureşti: Editura Antet.

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)

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, Bucureşti: Editura Humanitas, p. 320-322.
Freud, S., (2010) Psihologia inconştientului, Opere Esenţiale, vol. 3, Bucureşti: Editura Trei.
Freud, S., (2003), Interpretarea viselor, Bucureşti: Editura Trei.

Godlin, P.R., Gross, J.J, (2010), *Emoţion*, vol. 10, (1), p. 83.
Holdevici, I., (2005), Psihoterapia cognitiv-comportamentală, Bucureşti: Editura Ştiinţelor Medicale, p. 132.
Holdevici I., (2000), Gândirea pozitivă, Bucureşti: 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, Bucureşti: Editura Trei.
Mertens, W., (2004), Introducere in psihoterapia psihanalitică, vol. 2, Bucureşti: Editura Trei.
Mertens, W., (2005), Introducere in psihoterapia psihanalitică, vol. 3, Bucureşti: Editura Trei.
Lăzărescu, M., Ile, L., (2009), Tulburarea obsesiv-compulsivă: circumscriere, modele şi intervenţii. Iaşi: 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., Nireştean A., Ardelean, M., Buicu, G., Combined therapies in generalised anxiety disorders comorbid with obssesive-compulsive personality disorders, Revista Română de Psihiatrie, 2012; 2:47-49.
Popa, O.C., Nireştean A., Ardelean, M., Buicu, G., Ile, L., (2013), Modificarea dimensională a personalităţii, după intervenţia terapeutică combinată, în cadrul tulburării de personalitate obsesiv-compulsivă. Acta Medica Transilvanica, 2(1):130-132.
Rogers, C.R., (2008), A deveni o persoană, Bucureşti: 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 şi postfreudiană, Bucureşti: Editura Trei, p. 17-19.
Zoila, A.F., (1996), Freud şi psihanalizele, Bucureşti: Editura Humanitas.

BDD-A23446 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 18:00:45 UTC)