

Capitolul 4: Despre eficiența psihoterapiei

Mersul la psihoterapie reprezintă o experiență atipică, neobisnuită, neanticipată și adesea semnificativ emoțională din viața unei persoane. Cu toate acestea, astăzi, milioane de oameni de toate categoriile socio-economice sunt gata să lase deoparte scepticismul generațiilor trecute și să caute ajutor profesional pentru o varietate mare de tulburări mentale, reale sau imaginare. Deși astăzi înțelegem mai bine ca oricând mecanismele cerebrale, aceste mecanisme au încă puțin relevanță asupra felului cum tratăm tulburările mentale și terapia prin vorbă, psihoterapia, rămâne o alegere pentru cei mai mulți oameni. După Castellano (2011)¹ acest fapt se poate explica și prin faptul că psihoterapia “dezintelectualizează” în mare măsură practica terapeutică ignorând cercetările de neurobiologie, iar jargonul freudian s-a răspândit în discursul public. Iată de ce mersul la psihoterapie nu mai este privit ca un caz exceptional.

Oamenii cred că psihiatrul sau psihologul le vor furniza ajutor pentru depresie, doliu, anxietate, stress, lipsa de stima de sine, adicție și nenumărate alte tulburări care, altă dată, au fost considerate simple probleme emoționale, de temperament sau comportament care nu necesitau apelul la un profesionist. Apelul la terapia prin vorbă, sau psihoterapia, este în creștere pe măsură ce reputația tratamentului medicamentos, nu cu mult timp înainte considerat panceu pentru toate problemele mentale, a pierdut mult din reputație.

Ca și în cazul multor alte evenimente, oamenii construiesc o povestire a suferinței lor cu scopul de a da un sens acesteia și de a furniza vieții lor unitate și scop. Aceste povestiri sunt spuse la psihoterapie! Bruner (1990)² spunea că oamenii construiesc aceste narative în măsură în care evenimentele care le-au generat sunt deviate de la cursul normal al vieții lor. Foarte multe evenimente sunt povestite emoțional și sunt descrise ca având un impact semnificativ asupra sensului persoanei. Psihoterapia angajează tocmai aceste emoții și caută să dea sens celor petrecute și trăite de persoană. Din perspectivă narativă, psihoterapia reprezintă un moment rar din viață când se obține ajutor prin povestirea și repovestirea vieții.

¹ Castellano DJ (2011) Critique of humanistic psychotherapy, <http://www.arcaneknowledge.org/science/psychotherapy.htm>

² Bruner J (1990): Acts of meaning, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Oamenii caută terapie când ceva care s-a petrecut nu vrea să se încorporeze în povestea vieții sau rămâne într-un mod problematic. Experiența terapeutică provoacă persoana să încorporeze și să dea sens evenimentelor dificile ale vieții. Formând narative asupra experiențelor de viață, oamenii dau sens acestora și astfel îi ajută să înțeleagă modul în care suferă și să transcendă necazul lor. Din această perspectivă, povestirile terapeutice joacă un rol vital, ele alcătuiesc fundația pentru obținerea succesului tratamentului (Adler și McAdams, 2007)³.

Sunt o serie de întrebări care au însoțit psihoterapia în ultimii 100 ani cu obstinatie (Norcross și colab. 2011)⁴: este psihoterapia o metodă terapeutică eficientă? Se poate deosebi eficiența ei de cea a unui efect placebo? Dacă da, această eficiență se datorează contextului în care se desfășoară sau are ingrediente specifice care o determină? Se poate discerne între ajutorul pe care-l dă terapeutul prin relația pe care o are cu pacientul, de ajutorul pe care-l dă psihoterapia înșiși prin metodele specifice pe care le pune în operă? La care se mai pot adăuga întrebări de tipul: Cât durează eficiența psihoterapiei? Este un tip de psihoterapie mai eficient decât altul? Toți pacienții beneficiază de psihoterapie? Cum măsurăm eficiența psihoterapiei?

Este unanim recunoscut astăzi că la cele mai multe întrebări încă nu avem un răspuns transant pentru că psihoterapia este o practică foarte complexă. Unele probleme ale ei sunt încă nerezolvate, cum ar fi care este modul cel mai bun de a face psihoterapie, care este cea mai bună psihoterapie sau cum ar trebui formați psihoterapeuții.

Întrebările de mai sus au generat discuții aprinse, studii elaborate și cărți scrise cu patimă. Dintre acestea din urmă se desprinde o carte foarte importantă, ajunsă la a doua ediție, carte scrisă de Barry Duncan, Scott Miller, Bruce Wampold și Mark Hubble: *“The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy”* (2009)⁵, carte care a luat premiul anului al Fundației Menninger la categoria cărți științifice. Acești autori au curajul să compare schimbările din psihiatria contemporană cu schimbările ce le-a adus Revoluția Franceză, după care nimic nu a mai semănat cu ce a fost înainte. Autorii susțin că așa cum

³ Adler JM, McAdams DP (2007): The narrative reconstruction of psychotherapy, *Narrative Inquiry*, 17(2):179-202.

⁴ Norcross JC, VandenBos GR, Freedheim DK (2011): *History of Psychotherapy: Continuity and Change*, 2nd Ed. New York: American Psychological Association.

⁵ Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA (2009): *The Heart and Soul of Change Delivering What Works in Therapy*, 2nd Ed., Washington, DC; American Psychological Association.

Revolutia Franceza a adus lucruri bune si lucruri rele, tot asa si “revolutia” din psihoterapia contemporana a adus lucruri bune si lucruri rele.

Printre lucrurile “*bune*” aduse de ultimele decenii in psihoterapie se mentioneaza:

a. “*maturarea*” psihoterapiei si aducerea ei la stadiul de “*stiinta normala*” (Orlinsky, 2006)⁶,

b. cresterea interesului publicului pentru psihoterapie,

c. dezvoltarea si diversificarea profesiei de psihoterapeut si evidenta ca psihoterapia este un tratament efektiv.

Orlinsky sugera ca psihoterapia a trecut de la stadiul timpuriu, “*preparadigmatic*”, la cel de “*stiinta normala*”. La inceput psihoterapia se confrunta cu dificultati legate de multitudinea modelelor explicative, de competitia dintre orientarile teoretice, de dezbaterile violente si puerile de tipul “*psihoterapia mea este mai buna*”, ceea ce conducea la confuzie si perplexitate. Treptat, domeniul psihoterapiei “*s-a calmat*” si s-a creat climatul necesar pentru o discutie sincera, dar ambitioasa, cu scopul identificarii modelelor teoretice valide si a factorilor ce duc la efectivitatea psihoterapiei. Acest lucru a condus la un “*consens paradigmatic implicit*” (Orlinsky, 2006).

Pintre alte lucruri bune Duncan si colab. (2009) mai amintesc:

a. disparitia reticentei recunoasteri existentei problemelor psihologice si dorinta de a apela la un profesionist al sanatatii mentale; de exemplu, in anul 2004 noua din zece americani erau dispusi sa consulte un astfel de profesionist sau sa recomande membrilor lor de familie un astfel de consult;

b. odata cu cresterea acceptarii sociale a terapiei pentru probleme psihologice a crescut si numarul profesionistilor din acest domeniu, psihiatrii si psihologi clinicieni;

c. psihoterapia a continuat sa probeze eficacitatea sa si numarul studiilor consacrate acestui subiect au crescut semnificativ;

d. desprinderea psihoterapiei de medicina prin recunoasterea ca felul cum psihoterapia este livrata si actioneaza nu este similar celor ce se petrec in tratamentul medical;

⁶ Orlinsky DE (2006): Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *Psychotherapy Bulletin*, 41: 37-41.

e. definirea practicii bazate pe dovezi ca proces de integrare a celor mai relevante cercetari stiintifice cu expertiza clinica, tinand cont de contextual particular al subiectului, de preferintele lui si de cultura careia ii apartine.

Printre lucrurile “*rele*” Duncan si colab. (2009) inventariaza:

a. cresterea excesiva a numarului de psihologi clinicieni, existand mai multi profesionisti decat este nevoie, cu scaderea continua a veniturilor globale pentru acest grup profesional, concurenta neloiala, sau etica indoielnica a unor dintre acestia;

b. diversitatea excesiva a doctrinelor si a metodelor tehnice utilizate care face sa se puna sub semnul intrebarii eficacitatea acestora in bloc; raspandirea teoretica larga a psihologilor este paralela cu tendinta multora dintre ei de a combina psihoterapia cu medicina holistica sau cu alte tehnici alternative;

c. competenta terapistilor si modul de certificare/licentiere a terapistilor este uneori subiect de malversatiuni si coruptie si este inca dificil pentru clienti de a discerne expertiza unui therapist;

d. aparitia tratamentelor bazate pe evidente a facut ca dezbaterea despre eficacitatea psihoterpiei sa fie mai apriga decat inainte, totusi exista un oarecare consens ca unele tratamente bazate pe principii psihologice stiintifice sunt mai bune decat altele.

La cele de mai sus mai trebuie adaugate si lucrurile “*oribile*” care sunt legate de modul de practicare a psihoteapiei astazi, asa cum le inventaria Jeffrey Masson (1988)⁷, Romea Vitelli (2013)⁸ si altii, care amintesc de tendinta terapeutilor de a defini ceea ce este rau la pacienti si nu pacientii insisi, prioritatea pe care o dau opiniei lor in fata celei a pacientilor, si exercitarea autoritati profesionale in mod lipsit de etica. Masson (1988) spunea: “...*psihoterapia se angajeaza in acte care sunt legate de diminuarea demnitatii, autonomiei si libertatii persoanei care a venit pentru ajutor*”. Despre aceste lucruri voi vorbi pe larg in ultima parte a acestui capitol.

Este psihoterapia o practica terapeutica?

Prima intrebare care se pune este daca psihoterapia este o practica terapeutica similara cu alte practici terapeutice precum cele medicale, de exemplu. Raspunsul ar fi pozitiv avand

⁷ Masson J (1988): *Against Therapy; Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing*, Untreed Reads Publ.

⁸ Vitelli R (2013): *Does psychotherapy work?* Psychology Today, May 06, <https://www.psychologytoday.com/blog/media-spotlight/201305/does-psychotherapy-work>

in vedere istoria aparitiei si dezvoltarii psihoterapiei. Inca de la inceput, Freud spunea ca prefera analiza clinica a rezultatelor psihoterapiei in fata celei statistice, pentru ca o analiza riguroasa a rezultatelor poate fi facuta numai un observator obiectiv si impartial, adica numai un terapeut antrenat.

Frank si Frank (1991)⁹ spuneau ca psihoterapia are toate caracteristicile unei practici terapeutice pentru ca este:

- a. o relatie de incredere, incarcata de emotie cu un terapeut care va fi capabil sa trateze persoana care i s-a adresat;
- b. un context in care persoana se prezinta la terapeut pe care-l considera ca avand puterea, expertiza si abilitatea de a-l ajuta;
- c. prezentarea unei scheme conceptuale, rationale sau mitice, care explica simptomele persoanei si alte plangeri ale ei;
- d. o procedura sau un ritual care este consistent cu schema conceptuala, rationala sau mitica a persoanei care s-a prezentat la terapeut.

Wampold (2001)¹⁰ mai deceleaza unele caracteristici ale psihoterapiei care o fac sa fie considerata terapeutica si distincta fata de alte terapii. In primul rand psihoterapia este o practica terapeutica destinata problemelor psihice, separate de cele ale corpului, conform distinctiei carteziene dintre minte si corp. Se spune ca noi suntem nascuti sa fim dualisti pentru ca *“inainte de a putea vorbi au controla sfincterele, noii nascuti vad lumea continand atat lucruri fizice, care sunt guvernate de principiile soliditatii si gravitatiei, cat si lucruri imateriale, care sunt guvernate de emotii si scopuri”* (Bloom, 2004)¹¹ iar mai tarziu *“cunoasterea adultilor asupra mintii este bazata pe o distinctie ontologica de baza, distinctia dintre starile si procesele mentale interne pe de o parte, si obiectele si evenimentele fizice, pe de alta parte, lucru evidentiat de felul cum folosim limbajul si credintele de baza de fiecare zi”* (Wellman, 1990)¹².

In al doilea rand, psihoterapia a fost documentata ca avand efect asupra persoanelor care i se adreseaza. Wampold spune ca *“psihoterapia, ca si medicina fac par,te din elita*

⁹ Frank JD, FrankJB (1991): Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

¹⁰ Wampold BE (2001): Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods, Applied & Preventive Psychology, 10: 69-86.

¹¹ Bloom P (2004): Descartes' Baby: How the Science of Child Development explains what makes us Human. London: William Heinemann.

¹² Wellman HM (1990): The Child's Theory of Mind, Cambridge, Mass.: MIT Press.

practicilor terapeutice, dacă acceptăm ca empirismul este criteriul pentru a evalua eficiența". În al treilea rând, psihoterapia nu poate fi conceptualizată ca făcând parte din practica terapeutică medicală pentru că nu este destinată să aibă efect în principal asupra corpului pacientului, ținta primordială a medicinei. În al patrulea rând, psihoterapia, deși a apărut în civilizația occidentală, începe să aibă un caracter universal, ideea de a sta într-o cameră cu un terapeut, a te încrede în el, a răspunde la întrebări și a urma ritualurile implicite și explicite ale protocolului psihoterapeutic, indiferent dacă este vorba de exprimare propriilor sentimente, monitorizarea gândurilor sau numai formarea unui contract, este acceptată din ce în ce mai mult de oameni aparținând diferitelor culturi. În ultimul rând, al cincilea, este psihoterapia o știință, se bazează psihoterapia pe cercetări și evidențe științifice? Wampold (2001) spune că răspunsul la această întrebare îl putem da în funcție de cum definim știința. Dacă dăm științei o definiție îngustă atunci psihoterapia nu este o știință pentru că ea nu aplică în practică să conceptele și rezultatele psihologiei experimentale, așa cum, de exemplu, medicina o face. Dacă adoptăm o definiție mai largă a științei, care să includă antropologia, sociologia, istoria și alte științe sociale, atunci psihoterapia este științifică. Așa cum arată psihanaliza de la începuturile ei, *“oamenii nu se ameliorează în psihoterapie datorită științei. Totuși faptul că psihoterapia este eficientă s-a stabilit științific. Aceasta nu implică faptul că practicarea psihoterapiei nu cere o cunoaștere științifică. Terapistul trebuie să recunoască bolile, natura culturală a bolilor, mecanismele psihopatologice...”* (citată din Wampold, 2001).

Problema apartenenței psihoterapiei la “știință” a deschis discuția despre modelul explicativ-operational al psihoterapiei. Primul și cel mai la îndemână model a fost modelul medical. Modelul medical are în mijlocul lui doar o simplă aserțiune: unei boli specifice îi corespunde un tratament specific, ceea ce înseamnă că există o bază științifică plauzibilă care este concordantă cu mecanismele fiziopatologice ale tulburării careia i se adresează. Psihoterapia a preluat această aserțiune și a avut pretenția că unei boli să-i corespundă un anumit fel de psihoterapie sau cel puțin ingrediente specifice, de exemplu, psihoterapia de desensibilizare în forme specifice de tulburare anxioasă. Medicina s-a poziționat din totdeauna pe credința originii cerebrale a bolilor psihice și a tratamentului prin mijloace farmacologice. Ea a creat un model care cuprinde atât etiologia bolilor, cât și expresia simptomatologică a afectării lezionale organice. Simptomele generează judecata clinică,

diagnosticul și decizia terapeutică care este totdeauna specifică unei boli specifice. Tot așa, psihoterapia a dorit să existe pentru fiecare boală o psihoterapie specifică.

Psihoterapia fost făcută cam până în anii 1950 cu precădere de medici care au largit modelul medical introducând terapia prin vorbă ca un remediu cognitiv, spiritual și moral pentru tulburări emotionale și comportamentale, care erau considerate ca fiind rezultatul unor dezordni cerebrale încă neelucidate. Ei au acceptat tacit ideea că a vorbi și practica psihoterapia înseamnă finalmente a lua în considerare și dihotomia minte-corp.

Începând cu anii 1970, odată cu mișcarea de licențiere/certificare a psihologilor ca psihoterapeuți, s-a acceptat faptul că psihologii să se ocupe mai mult cu “*psyche*” și medicii mai mult cu “*soma*”.

Wampold (2001) spunea că coexistența psihoterapiei cu tratamentele non-medical și cu medicina în general a creat un paradox, pentru că cele două modalități terapeutice sunt cel puțin epistemologic diferite. Faptul că oamenii se duc atât la psihoterapie, cât și la medic, se datorează tentației lor de a “*patologiza*” și “*medicaliza*” anormalități comportamentale, pe de o parte, și de a le “*moraliza*” sau “*psihologiza*”, pe de altă parte (Haslam, 2005)¹³.

Alt model al psihoterapiei este cel al “*înțelegerii și găsirii sensului*”, care spune că oamenii se duc la psihoterapie pentru că ea furnizează o înțelegere și explicație satisfăcătoare a problemelor, simptomelor și necazurilor lor, oferă o atmosferă de grijă, suport și considerație pentru suferința exprimată, și ajută la identificarea și gestionarea problemelor și simptomelor. Brody (1997)¹⁴ spunea că găsirea înțeleșului unei experiențe de boală, în sens constructivistic, merge chiar dincolo de simptome și că există o relație între fenomenologia experienței bolii și considerațiile generale despre înțeleșul vieții, lucru care ar explica conexiunea intimă dintre practicile terapeutice și alte înțeleșuri, precum cele metafizice, religioase, spiritualiste. Cu alte cuvinte, pacientul caută tratament care să aibă sens conform epistemologiei lui, conform modelului său explicativ. S-a constatat că de fapt există o compatibilitate între explicația abordării psihoterapice și viziunea despre lume a pacientului și rezultatul psihoterapiei. Pacienții vin la psihoterapie în încercarea de a găsi o explicație pentru problemelor lor și a sensului pe care aceste probleme îl au pentru viața lor.

¹³ Haslam N (2005): Dimensions of folk psychiatry, Review of General Psychology, 9(1): 35-47.

¹⁴ Brody N (1997): The doctor as a therapeutic agent: A placebo effect research agenda, in A Harrington (Ed.): The placebo effect: An interdisciplinary exploration, Cambridge: Harvard University Press.

Mai exista si “*modelul placebo*” care spune ca psihoterapia actioneaza in acord cu expectatiile, motivatia si dorinta celui care vine si ramane in psihoterapie. Se presupune ca psihoterapia actioneaza ca raspuns la asteptarile, la anticipatiile pacientilor, iar experienta subiectiva din psihoterapie este consecinta implinirii sau neimplinirii acestora (Kirsch, 1997)¹⁵. Alti autori au adaugat la acest model si contextul cultural, considerand ca suferintele psihologice sunt un fenomen dependent cultural. Insași dizabilitatea are o componenta culturala determinanta. Simbolurile terapiei sunt si ele inradacinate cultural. Un doctor in halat alb este un simbol al medicinei, tot asa cu canapeaua sau fotoliul pe care se aseaza clientul este un simbol al psihoterapiei.

In final mentionez “*modelul contextual*” cu implicatii mari pentru psihoterapie si care sublinia nevoia de a lua in considerare locul in care traieste pacientul, model dezvoltat de Wampold (2015)¹⁶. Modelul contextual furnizeaza o explicatie alternativa pentru beneficiile generale ale psihoterapiei in fata celor care sustinca efectele benefice ale psihoterapiei sunt legate de ingredientelor specifice pentru boli specifice, ca in modelul medical al psihoterapiei. Modelul contextual spune ca terapeutul trebuie sa asculte cu atentie pacientul pentru a discerne nu numai care este problema, cum este ea conceptualizata si care este scopul interventiei, dar si cum el vrea sa fie tratat. Dupa Wampold, beneficiul psihoterapiei izvoraste din relatia dintre terapeut si clientul lui, relatie care este fundamentala psihoterapiei. Mintea noastra este construita sa fie influenta de altii, ea are abilitatea de a gandi social si in aceasta perspectiva evolutionista trebuie privita psihoterapia, iar modelul contextual tine cont de aceasta.

Modelul contextual propune trei cai prin care psihoterapia isi exercita influenta terapeutica: a. mai intai terapeutul si clientul formeaza o legatura initiala pe baza careia unei relatii “reale”; b. apoi, prin actiunile de comentare si explicare a tratamentului, se creiaza asteptarile fata de terapia in curs; daca pacientul crede in explicatiile terapistului, atunci crede si in rezultatul terapiei drept pentru care se va angaja in actiunile terapeutice; c. in final, terapeutul va proceda la actiunile specifice terapiei pe care a propus-o si astfel se va obtine schimbarea dorita ca rezultat pozitiv al psihoterapiei.

¹⁵ Kirsch I (1997): Specifying nonspecifics: psychological mechanisms of placebo effects, in A Harrington (Ed.): The placebo effect: An interdisciplinary exploration,, Cambridge: Harvard University Press.

¹⁶ Wampold BE, Imel ZE (2015): The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work, 2nd Ed., New York and London: Routledge.

Este psihoterapia in general eficace?

Cercetarea eficacitatii psihoterpiei si modalitatile de determinare a ei a fost mereu in centrul atentiei psihoterapistilor. Ei si-au dat seama devreme ca este vital pentru profesia lor sa demonstreze fara tagada valoarea psihoterapieii pentru a-si gasi locul potrivit printre practicile terapeutice agreate social.

Cercetarile asupra eficientei psihoterapieii au intampinat greutati adesea insurmontabile de a face obiectivabila experienta subiectiva a pacientilor si de a o compara cu experienta subiectiva a celor care nu merg la psihoterapie, ca lot martor.

Prima incercare stiintifica de evaluare a eficacitatii psihoterapieii a fost facuta in anii 1950 de catre celebrul Carl Rogers care a avut ideia de a inregistra sedintele de psihoterapie ca mai apoi sa le transcribe si sa analizeze acest material pentru a vedea ce elemente au condus la o schimbare a clientului.

Metodele de cercetare globala a eficacitatii psihoterapieii au evoluat odata metodele folosite in medicina pentru determinarea valorii diferitelor tratamente si astfel, in 1956, Rosenthal si Frank recomanda folosirea studiilor comparative cu placebo pentru determinarea eficacitatii psihoterapieii. Mai apoi, in 1977, Mary Lee Smith si Gene Glass¹⁷ folosesc pentru prima oara o “*meta-analiza*” prin agregarea rezultatelor mai multor studii pentru a demonstra rezultatul psihoterapiilor. Incepand cu anii 1980 studiile despre eficacitatea psihoterapieii au utilizat “*trialurile clinice controlate si randomizate*” dupa metodologia folosita si in studiile de psihofarmacologie

In acest paragraf voi discuta despre cercetarile “*eficientei absolute*” a psihoterapieii, cercetari care au vrut sa vada daca tratamentul este mai bun decat nici un tratament. Eficacitatea absoluta se refera la efectele psihoterapieii comparativ cu nici o psihoterapie si cea mai obisnuita metoda a fost compararea pacientilor tratati cu cei netratati. De obicei, grupul celor netratati a fost constituit din pacientii de pe lista de asteptare la psihoterapie. Logica acestei metodologii a fost ca numai prin evidentierea acestei diferente se poate spune daca tratamentul este eficace.

¹⁷ Smith M, Glass GV (1977): Meta-analysis of psychotherapy outcome studies, American Psychologist, 32: 752–760.

Seligman (1995)¹⁸ distinge doua feluri de rezultate ale unui tratament: eficacitatea si efectivitatea. Eficacitatea se refera la beneficiile psihoterapiei care sunt evidentiate prin compararile cu alte tratamente sau cu nici un tratament. Efectivitatea se refera la beneficiile psihoterapiei care se evidentiaza cand tratamentul se face in mod practic, in viata reala, nu in conditii experimentale, respectiv cand se compara subiectii care au primit tratament in comunitate. Studiile despre efectivitate in conditii “naturale”, in practica curenta, au aratat ca nu exista o diferenta fata de rezultatele obtinute in trialurile clinice, in conditii experimentale.

Prima incercare de a trece in revista a literaturii despre eficacitatea psihoterapiei a fost facuta de Eysenck in 1952¹⁹. El a analizat 24 studii de psihoterapie psihodinamica si de psihoterapie eclecticica. Ratele de recuperare din cele 24 studii au fost comparate cu ratele de recuperare din doua studii separate, unde pacientii “*au primit in principal ingrijire custodiala, foarte putina psihoterapie sau deloc*”. Eysenck ajunge la urmatoarea concluzie: “*Pacientii tratati cu psihanaliza s-au imbunatatit in procent de pana la 44%, pacientii tratati cu psihoterapie eclecticica cu 64% si pacientii tratati cu ingrijire custodiala sau de un medic generalist s-au imbunatatit in proportie de 72%. Apare aici o corelatie inversa intre ameliorare si psihoterapie, cu cat exista mai multa psihoterapie cu atat mai mica este rata de ameliorare*”. Pentru Eysenck, acest studiu a aratat ca psihoterapia nu este eficace sau chiar poate fi nociva! Comentariile ulterioare au aratat ca rezultatele acestui studiu pot fi puse la indoiala de viciile metodologice ale autorului, printre care faptul ca grupul de control a fost diferit de grupul de pacienti tratati prin psihoterapie.

Eysenck a recidivat si a publicat revizuirii ulterioare care au condus la acelasi rezultat si care, de fapt au dorit sa arate superioritatea terapiei comportamentale (Eysenck, 1961²⁰ si Eysenck, 1966²¹). Pe baza acestor cercetari, Eysenck imparte psihoterapiile in doua categorii: cele bazate pe principii stiintifice, precum terapiile comportamentale si cele care nu sunt bazate pe principii stiintifice, precum psihanaliza!

¹⁸ Seligman ME (1995): The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study, *American Psychologist*, 50 (12): 965–974.

¹⁹ Eysenck HJ (1952): The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319–324.

²⁰ Eysenck HJ (1961): The effects of psychotherapy, in HJ Eysenck (Ed.): *Handbook of Abnormal Psychology*, New York: Basic Books.

²¹ Eysenck HJ (1966): *The effects of psychotherapy*, New York: International Science Press.

Lucrarile lui Eysenck nu au ramas fara replica si Hans Strupp (1963)²², un psihoterapist analitic de origine germana, face o critica aspru pe baza revizuirii metodologiei si a datelor care au stat la baza acestor concluzii. Eysenck (1964)²³ nu ramane dator si raspunde: *“In replica, doresc sa sugerez ca trecerea in revista facuta de Strupp este, in cuvinte avocatesti, irelevanta, incompetenta si imateriala”*.

Dupa Bruce Wampold (2013)²⁴, impactul dezbaterii dintre Eysenck si Strupp continua sa influenteze cercetarile din psihoterapie precum si perceptia publica asupra acesteia in general.

La putin timp dupa criticile lui Eysenck au aparut si primele lucrari ale aparatorilor psihoterapiei care au publicat propriile lor treceri in revista a literaturi existente pana la acel moment. Astfel Bergin (1971)²⁵ si Luborsky si colab. (1975)²⁶ ajung la concluzia ca psihoterapia este eficienta, ceea ce contrazicea parerea negativa a lui Eysenck. Faptul ca unii ajung la o concluzie, ca dupa putin timp alti sa ajunga la o concluzie diferita privitor la aceeaasi problema, se poate explica prin selectia arbitrara a studiilor luate in calcul, prin eliminarea studiilor care nu serveau concluzia prestabilita si prin faptul ca aparatul statistic folosit era rudimentar.

Datorita inconsistentelor metodologice a trecerii in revista si comparatiilor studiilor existente a aparut meta-analiza, o metoda care triaza si agrega in mod corespunzator mai multe studii pentru a le analiza impreuna. Astfel, in 1977, Smith and Glass²⁷ incearca sa abordeze problema eficacitatii psihoterapiei folosind pentru prima oara meta-analiza. Scopul meta-analizei lor era sa agrege rezultatele tuturor studiilor care foloseau un grup de control sau cu o terapie diferita, pentru a estima cantitativ marimea efectului psihoterapiei. Ei au colectat 375 studii publicate ca si disertatii sau prezentari orale. Rezultatele au aratat clar ca 71% clienti tratati au avut o ameliorare mai mare decat clienti netratati. Smith, Glass, and

²² Strupp HH (1963): The outcome problem in psychotherapy revisited, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1:1-13.

²³ Eysenck HJ (1964): The outcome problem in psychotherapy: A reply, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1: 97-100.

²⁴ Wampold BE (2013): The good, the bad, and the ugly: A 50-year perspective on the outcome problem, *Psychotherapy*, 50(1): 16-24.

²⁵ Bergin AE (1971): The evaluation of therapeutic outcomes in SL Garfield, A. Bergin (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: Wiley.

²⁶ Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975): Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?” *Archives of General Psychiatry*, 32 (8): 995-1008.

²⁷ Smith M, Glass GV (1977): Meta-analysis of psychotherapy outcome studies, *American Psychologist*, 32: 752-760.

Miller (1980)²⁸ fac o noua meta-analiza pe baza a 475 studii si au gasit ca “*marimea efectului*” era de 0,85, mai mare decat in studiul precedent, respectiv efectul psihoterapiei a fost pozitiv in 81% din cazuri atunci cand se compara cu clientii netratati. Pe vremea aceea, in pofida acestor rezultate incurajatoare, publicul larg era inca sceptic in privinta eficacitatii psihoterapiei in general.

Mata-analizele s-au dezvoltat si raspandit rapid si Lamberet si colab. (1986)²⁹ sugereaza ca 70-75% din pacientii tratati cu psihoterapie au rate de imbunatatire fata de numai de 35-40% la pacientii netratati, dar in aceste analize nu s-au luat in calcul diagnosticul, severitatea problemei si alti factori, deci aceste meta-analize pot folosi doar pentru evidentierea “*eficientei absolute*” a psihoterapiei, spre deosebire de “*eficienta relativa*”, atunci cand se iau in calcul felul psihoterapiei, ingredientele specifice si psihoterapiile se compara intre ele.

Wampold si Imel (2015)³⁰ inventariaza meta-analizele ce se gasesc pe portalul PubMed si gasesc ca in 2011 se publicase 51 meta-analize despre psihoterapie, iar in 2013 era déjà un numar de 619 meta-analize. Conform acestor autori, majoritatea meta-analizelor care au urmat au aratat o marime a efectului cuprinsa intre 0.75 si 0.85, suit fiind ca o marime a efectului de 0.80 semnifica ca in medie subiectii care au primit psihoterapie au avut o imbunatatire a rezultatului semnificativ mai mare decat subiectii netratati, ceea ce arata fara indoiala ca psihoterapia este eficienta. Repet inca odata ca aceste studii au luat in calcul doar eficienta psihoterapiilor luate impreuna, global.

Ca o concluzie, amintesc ce spunea Lambert (2011)³¹ ca mai mult de 5000 de studii au fost publicate individual si peste 500 de meta-analize au demonstrat prin metodologii rafinate ca psihoterapie este eficace in a ajuta pacientii sa-si atinga scopurile si sa depaseasca problemele pentru care au venit la psihoterapie dar totusi concluzia este limitata pentru ca nu toate terapiile au fost testate empiric si nu fiecare psihoterapie a fost studiata in parte.

²⁸ Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980): The benefits of psychotherapy, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

²⁹ Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE (1986): The effectiveness of psychotherapy, in SL Garfield, AE Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change, (3rd ed.), New York, NY: Wiley.

³⁰ Wampold BE, Imel ZE (2015): The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work, 2nd Ed., New York and London: Routledge.

³¹ Lambert MJ (2011): Psychotherapy research and its achievements, in JC Norcross, GR Van den Boss, DK Freedheim (Eds.): History of Psychotherapy: Continuity and Change, 2nd ed., New York: American Psychological Association.

Sunt unele psihoterapii mai eficiente ca altele?

Daca psihoterapiile in general sunt eficiente, atunci se pune intrebarea ce le face eficiente, care sunt ingredientele unei psihoterapii ca sa fie eficiente?

Problema aceasta porneste inca din 1936, in plina rivalitate intre diferitele orientari psihoterapice, cand Saul Rosenzweig³², prieten si coleg cu Burrhus Skinner, marele comportamentalist, afirma ca “toate metodele de terapie, atunci cand sunt competente utilizate, sunt la fel de eficiente”. El a constatat ca in ciuda diferentelor dintre diferite terapii, rezultatul final era in general acelasi, si ca in ciuda utilizari intentionate a diferitelor metode terapeutice, existau factori, inca necunoscuti, care ar putea fi mai importanti in rezultatul terapiei. El a folosit metafora din romanul lui Carrol Lewis “Alice in Tara Minunilor” numita si “verdictul pasarii Dodo” care spunea: “fiecare a castigat si toti trebuie sa fie premiati”, facand aluzie ca diferitele varietati psihoterapice au eficienta egala. De atunci beneficiul echivalent al tuturor psihoterapiilor a fost denumit “verdictul pasarii Dodo” iar factorii care contribuie la acesta au fost numiti “factori comuni” pentru ca sunt comuni tuturor psihoterapiilor precum: speranta, asteptarile, relatia cu terapeutul, credintele si experienta corectiva. Wampold (2015)³³ spunea ceva extreme de important si anume ca acceptarea actiunii factorilor comuni ca si cauza a efectului psihoterapiilor a condus la colapsarea intrgului esafodaj al bazelor teoretice ale psihoterapiei moderne si doar inlaturarea actiunii factorilor comuni ar putea explica beneficiul psihoterapiei.

Verdictul pasarii Dodo a castigat in popularitate dupa ce Lester Luborsky si colegii lui (1975)³⁴ de la Univeresitatea din Pennsylvania au publicat o trecere in revista a cercetarilor relevante pana in acel moment in care au sugerat ca toate terapiile lucreaza la fel de bine sau la fel de prost. Mai tarziu, Bruce Wampold si colab. (1997)³⁵ de la Universitatea Wisconsin-Madison pun “paie pe foc” cand au publicat o meta-analiza a mai mult de 200 studii stiintifice publicate intre 1970 si 1995, in care terapiile “bona fide”, adica cele care indeplinesc criteriile de a fi terapii stiintifice, au fost comparate cu persoane care nu au primit

³² Rosenzweig S (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: At last the Dodo said, ‘Everybody has won and all must have prizes’, American Journal of Orthopsychiatry, 6: 412–415.

³³ Wampold BE (2015); How important are the common factors in psychotherapy? An update, World Psychiatry, 14: 270-277.

³⁴ Luborsky L, Singer B, Luborsky L. (1975): Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?” Archives of General Psychiatry, 32 (8): 995–1008.

³⁵ Wampold BE, Mondin GW, Moody M, et al (1997): A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “All must have prizes.” Psychological Bulletin, 122: 203–215.

nici un fel de terapie. Prin terapii “*bona fide*” autorii inteleg acele tratamentele care au fost livrate de terapisti bine formati si terapiile care s-au bazat pe principii psihologice si descrieri in publicatii stiintifice. Dupa excluderea terapiilor care nu au indeplinit aceste conditii, terapiile ramase au fost comparate intre ele si au rezultat 277 comparatii. Autorii au gasit ca diferentele in eficacitatea tratamentelor a fost minima, respectiv persoanele care au primit terapii “*bona fide*” s-au simtit usor mai bine decat cele fara tratament. Ei au explicat aceasta prin faptul ca virtualmente toate tipurile de psihoterapii impartasesc anumite trasaturi nucleare, trasaturi care trimit referire la “factorii comuni”. De fapt, aceasta problema era déjà veche, de cand psihiatrului Jerome Frank (1961)³⁶ de la John Hopkins University spunea ca toate terapiile efective prescriu un rol clar al terapeutului si clientului. Frank se referea la faptul ca terapiile efective cer empatie din partea clinicianului, o relatie stransa intre terapeut si client si impartasirea scopurilor terapeutice. Astazi, multi autori au argumentat ca acesti factori si alte elemente comune au mai mare putere terapeutica decat factorii specifici, care deosebesc o terapie de alta. Wampold (2015) conchide ca alianta terapeutica, puterea care leaga terapeutul de clientul sau, explica aproximativ 7% din efectivitatea terapeutica iar specificitatea terapie justifica doar 1% din efect. Raman 92% sa fie explicati de alti factori de care voi vorbi in paragrafele urmatoarea.

Ca raspuns la lipsa capacitatii de a discerne eficacitatea intre diversele psihoterapii, Smith, Glass si Miller (1980)³⁷ au recomandat ca atunci cand se studiaza rezultatul unei psihoterapii, aceasta trebuie sa fie foarte strict individualizata, specificata. Astfel au aparut manualele de psihoterapie care contin o descriere bine definita a principiilor si tehnicilor unui tip specific de psihoterapie. Scopul manualului de terapie este de a crea o standardizare si astfel sa se reduca variabilitatea metodologiei de tratament, sa se ofere siguranta ca terapeutul a livrat corect ingredientele specifice ale terapiei recomandate de cei care au construit aceasta metoda, inr-un cuvant, de a “manualiza” terapia. Se pare ca primul manual de terapie este cel de psihoterapie cognitiv-comportamentala manual facut de Beck, Rush, Shaw si Emery in 1979³⁸. Aparitia manualelor de psihoterapie a fost considerata de Luborsky si DeRubeis

³⁶ Frank JD (1961): *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.

³⁷ Smith M, Glass GV, Miller TI (1980): *The benefits of psychotherapy*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

³⁸ Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979): *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford.

(1984)³⁹ ca o adevărată revoluție. În general, psihoterapia manualizată conduce la o asemănare cu practicile manualizate din terapia medicală.

Mai apoi a apărut nevoia de standardizare a metodelor de terapie care se diversificase foarte mult, ceea ce a făcut ca Asociația Americană de Psihologie să spună: *“dacă se dorește supraviețuirea în această epocă a psihiatriei biologice, psihoterapia trebuie să-și demonstreze eficacitatea”* (APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) (citată din Wampold și Imel, 2015). Standardizarea a dus la căutarea de criterii după care psihoterapiile să fie validate. Astfel a apărut în psihologie *“criteriul de validare empirică”* când un tratament prezintă o eficacitate superioară în cel puțin două studii care arată superioritatea în tratamentul unei tulburări oarecare. Asociația Americană de Psihologie a creat criteriile după care se consideră o psihoterapie validată empiric și a întocmit o listă destul de controversată de tratamente psihologice care îndeplinesc în grade diferite suportul empiric, lista care a favorizat însă terapiile comportamentale și cognitive-comportamentale. Ulterior numele acestor terapii validate empiric se schimbă în *“terapii validate științifice”*, terapiile acestea trebuind să îndeplinească criteriile de validitate, de standardizare și de evidență destul de stricte. Cu toate acestea, constatarea că succesul tratamentului este dependent în mare parte de pacienți și de terapeut, și mai puțin de felul tratamentului bazat pe empirism, a persistat peste timp.

Ultimul pas în dezvoltarea de terapii specifice care să ducă la posibilitatea studierii eficienței relative a fost apariția *“practicii bazate pe dovezi”* în psihoterapie. Această practică se definește ca o integrare a cercetării cu expertiza clinică în contextual culturii și preferințelor pacientului, fără însă a privilegia anumite forme în defavoarea altora.

Paralel cu efortul de a contura psihoterapii specifice, manualizate, standardizate și bazate pe evidente, disputa eficienței date de ceea ce este specific diferitelor tipuri de psihoterapie și ceea ce este comun acestora a continuat și continuă și până astăzi. Între anii 1970 și 1980 datele obținute de la studiile de meta-analiză au întărit speculația *“verdictului pasării Dodo”* și în următorii 30 ani, studiile întreprinse nu au reușit să producă dovezi care să demonstreze că ar fi diferențe notabile între psihoterapii.

³⁹ Luborsky L, DeRubeis RJ (1984): The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style, *Clinical Psychology Review*, 4: 5–14.

Teoria pasarii Dodo, ce a supravietuit multiplelor teste, ar poate fi considerata adevarata pana cand nu exista evidente contrarii. De altfel, Luborsky si colab. (2002)⁴⁰, trecand in revista 17 meta-analize care compara mai multe psihoterapii unele cu altele, sustin ca “*verdictul pasarii Dodo este inca in viata si o duce chiar bine*”, in timp ce Hunsley si Di Giulio (2002)⁴¹ sunt sceptici si se intreaba daca nu cumva pasarea Dodo nu este de fapt pasarea Phoenix sau doar o “*legenda urbana*”. Mai recent, Elliot si colab (2015)⁴² nu sunt de acord ca toate psihoterapiile sunt echivalente in ceea ce priveste eficacitatea si considera ca aceasta concluzie a fost generata mai mult din cauza viciilor metodologiilor care au stat la baza alcatuirii meta-analizelor.

Problema eficacitatii unei terapii fata de alta terapie conduce la teorie eficacitatii relative. Aceasta spune ca a. exista variabilitate in eficacitatea psihoterapiilor si b. psihoterapia A este mai eficace decat psihoterapia B in cazul unei tulburari particulare. Mai mult, desi se recunoaste ca psihoterapiile contin aspecte comune (de ex. alianta terapeutica) ele se deosebesc prin doctrina psihologica bazala si prin procedurile specifice. Acestea din urma nu sunt altceva decat tehnici care tintesc psihopatologia si care le confera eficacitatea clamata. Daca psihoterapiile produc acelasi rezultat atunci de vina sunt factorii comuni, iar daca psihoterapiile au eficacitate diferita, in cauza sunt ingredientele specifice.

O alta metoda de evidentiere a eficacitatii relative a fost compararea terapiilor intre ele. Astfel, studiul intreprins de Institutul National de Sanatate Mentala a Statelor Unite referitor la tratamentul depresiei (NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program - NIMH TDCRP; Elkin, 1989)⁴³ a comparat patru tratamente pentru depresie: terapia cognitive-comportamentala, psihoterapia interpersonală, medicatia antidepresiva cu imipramina impreuna cu management clinic, si placebo plus management clinic. Compararea dintre terapie cognitive-comportamentala (TCC) si cea interpersonală (TIP) a aratat doar o

⁴⁰ Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L et al (2002): The Dodo bird verdict is alive and well – mostly, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9:2-12.

⁴¹ Hunsley J, Di Giulio G (2002): Dodo bird, Phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence, *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(1); <https://www.srmhp.org/0101/psychotherapy-equivalence.html>.

⁴² Elliott K, Barker KK, Hunsley J (2015): Dodo bird verdict in psychotherapy, in RL Cautin, SO Lilienfeld (Eds.): *The Encyclopedia of Clinical psychology*, 1st ed, New York: John Wiley & Sons.

⁴³ Elkin I, Shea T, Watkins JT, et al. (1989): National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Archives of General Psychiatry*, 46: 971–982.

relatia eficacitate a TCC. In general nu a existat o diferenta semnificativa intre aceste tratamente.

Mai departe voi mentiona si alte studii comparative la sugestia lui Wampold si Imel (2015). Astfel, in 1995 Gaffan si colab.⁴⁴ publica o meta-analiza in care compara terapia cognitiva a depresiei cu alte terapii si nu gasesc diferente semnificative a marimii efectului. O meta-analiza mult mai rafinata a studiilor referitoare la tratamentul depresiei au facut-o Gloaguen si colab. (1998)⁴⁵ care au trecut in revista 48 studii controlate publicate intre 1977 si 1996, studii care au comparat terapii cognitive cu alte tipuri de tratament. Aceasta analiza a aratat ca terapia cognitiva si cea comportamentala au efecte similare in cazul depresiei, iar terapia cognitiva este superioara altor terapii. Tolin (2010)⁴⁶ conduce o meta-analiza a 26 studii in care compara TCC cu alte terapii si raporteaza ca TCC este superioara terapii psihodinamice, insa nu a decelat diferente fata de terapia suportiva si cea interpersonală. Mai recent s-au efectuat doua meta-analize de catre Braun si colab. (2013)⁴⁷ care a examinat 53 studii cu 3.965 pacienti si de catre Barth si colab. (2013)⁴⁸ care au agregat 198 studii care au inclus 15.118 pacienti. Ambele analize au aratat ca nu exista o diferenta semnificativa intre tratamente, ca rezultatele terapiilor bine definite “*bona fide*” sunt in general echivalente si concluzia generala a fost ca nici o psihoterapie nu este superioara alteia. Se remarca totusi o superioritate a terapiilor “*stiintifice*” fata de terapia “*verbala nestructurata*” sau alte terapii mai putin documentate.

O alta metoda de a evidentia eficacitatea diferitelor terapii a fost izolarea unui component specific dintr-o terapia anume si verificarea eficacitatii lui. Astfel, Ahn and Wampold (2001)⁴⁹ au intreprins o meta-analiza a componentelor terapiilor care apar in literatura intre 1970 si 1998. Ei au gasit 27 comparatii care incearca sa izoleze un component specific care sa explice eficacitatea tratamentului respectiv. Rezultatul a fost ca nu au existat

⁴⁴ Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM (1995): Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6): 966–980.

⁴⁵ Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn I (1998): A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients, *Journal of Affective Disorders*, 49: 59–72.

⁴⁶ Tolin DF (2010): Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (6): 710–720.

⁴⁷ Braun SR, Gregor B, Tran US (2013): Comparing bona fide psychotherapies of depression in adults with two meta-analytical approaches, *PLoS ONE*, 8 (6):e68135.

⁴⁸ Barth J, Munder T, Genger H, et al. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 10 (5): e1001454.

⁴⁹ Ahn H, Wampold BE (2001): Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy, *Journal of Counseling Psychology*, 48 (3): 251–257.

diferente de eficacitate atunci când componentul a fost exclus sau inclus în tratament. Bell și colab. (2013)⁵⁰ reproduc această meta-analiză adăugând și studiile publicate între 1980 și 2010 dar nici acest studiu nu reușește să evedențieze eficacitatea izolată a componentelor specifice, așa cum modelul medical al psihoterapie presupune.

Lipsa evidenției eficacității diferite între variate terapii a arătat că ipoteza rolului ingredientelor specifice ca responsabile de beneficiile unei psihoterapii nu se susține și astfel Wampold (2015)⁵¹ se pare să aibă dreptate atunci când prezintă importanța factorilor comuni în eficiența psihoterapiei, precum calitatea alianței terapeutice, empatia și crearea speranței, sau construirea noilor perspective asupra problemelor personale. La acestea se mai adaugă și încrederea pe care o are terapeutul în terapia pe care o livrează pacientului, factor care este comun tuturor terapiilor. De fapt, studiul lui Falkenström și colab. (2013)⁵² a arătat că o puternică încredere a terapeutului în tratamentul pe care-l face predictează un rezultat mai bun decât în cazul când această încredere este mai mică.

Toate cele de mai sus ne amintesc de ceea ce spunea Frank și Frank (1991), în cartea sa despre modelul persuasiunii și relației, că psihoterapia nu este o știință aplicată ci, mai curând, *“o formă a retoricii care este mai bine să fie studiată hermeneutic”*.

Dar nu toată lumea a fost fericită cu rezultatele acestor studii pe care le-am prezentat mai sus.

Deși cei mai mulți cercetători sunt de acord că factorii comuni joacă un rol cheie în psihoterapie, există totuși un dubiu că toate metodele sunt la fel de efective. Chiar Wampold a notat că concluziile sale cu tratamentele *“bona fide”* trebuie luate cu grijă, ele nu se întind față de toate cele 500 de terapii existente. Unii cercetători consideră chiar că printre terapiile acceptate ca fiind *“științifice”* tipul de tratament contează în multe circumstanțe.

Intr-o trecere în revista făcută de Dianne Chambless și Thomas Ollendick (2001)⁵³, se releva că terapia TCC este mai eficientă decât multe altele și, probabil, cea mai eficientă în cazul tulburărilor anxioase și pentru depresia la adolescenți. În plus, într-o meta-analiză din 2010,

⁵⁰ Bell EC, Marcus DK, Goodlad JK (2013): Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (4): 722–736.

⁵¹ Wampold BE (2015); How important are the common factors in psychotherapy? An update, *World Psychiatry*, 14: 270-277.

⁵² Falkenström F, Granström F, Holmqvist R (2013): Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session *Journal of Counseling Psychology*, 60 (3): 317–328.

⁵³ Chambless D, Ollendick T (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence, *Annual Review of Psychology*, 52: 685-716.

psihologul David Tolin⁵⁴ a gasit ca TCC si terapia comportamentala produc rezultate mai bune decat psihanaliza in cazul tulburarilor anxioase si depresive.

In dorinta de a salva prestigiul psihoterapiei, Lars-Gunnar Lundh (2014)⁵⁵ propune un nou model explicativ al psihoterapiei numit “*modelul principiilor si al abilitatilor*” care spune ca: a. psihoterapia efectiva se bazeaza pe principii metodologice care pot sa se manifeste in variate forme in diferit tipuri de psihoterapie, si ca b. terapeutii de succes sunt caracterizati de abilitatile lor in aplicarea acestor principii metodologice intr-o varietate de situatii clinice. El afirma ca comparatiile dintre diferitele psihoterapii au fost gresite si ca studiile viitoare trebuie sa compare separate modelele teoretice de principiile metodologice si de tehnicile specifice. Doar asa se va putea sti care psihoterapie este mai eficienta decat alta. Dupa Goldfried, foarte putini factori comuni pot fi gasiti, fie la nivel teoretic abstract, fie la nivel pur tehnic. Tehnicile par sa fie specifice unei forme particulare de terapie, iar lucruri comune pot fi gasite doar la nivelul intermediar de abstractie, sub forma principiilor bazale care promoveaza o noua viziune despre self, precum alianta terapeutica sau facilitarea experientelor corective.

Ce spun psihologii despre toate acestea? Intr-un studiu bazat pe chestionar, psihologii Charles Boisvert de la Rhode Island College si David Faust de la University of Rhode Island (2006)⁵⁶, au intrebat psihoterapistii implicati in cercetare ce parere au de afirmatia ca “*in general, terapiile ajung la rezultate asemanatoare*” si au gasit un scor mediu de 6 pe o scara pana la 7, ceea ce indica un puternic acord. In opozitie, psihologii din practica clinica au dat un raspuns intre 4 si 5, ceea ce semnifica ca ei sunt doar moderat de acord cu aceasta afirmatie.

In finalul acestei sectiuni cu un continut atat de “zbuciumat”, vreau sa reproduc ceea ce spunea Lambert (2011)⁵⁷ referitor la impactul acestor cercetari asupra practicii psihoterapiei: “*Evidentierea unei echivalente relative a avut un impact asupra practicii*

⁵⁴ Tolin DF (2010): Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review, *Clinical Psychology Review*, 30 (6): 710-720.

⁵⁵ Lundh LG (2014): The search for common factors in psychotherapy: Two theoretical models with different empirical implications, *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(5):131-150

⁵⁶ Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(6), 708-716.

⁵⁷ Lambert MJ (2011): Psychotherapy research and its achievements, in JC Norcross, GR Van den Boss, DK Freedheim (Eds.): *History of Psychotherapy: Continuity and Change*, 2nd ed., New York: American Psychological Association.

terapiei si a afectat directia viitoare a teoriei, practicii si formari in psihoterapie printre care a. declinul practicii bazate pe o singura teorie, fie psihanalitica, comportamntala, experientiala, etc.b. cresterea ponderii terapiilor integrative ca o reflectare atat a echivaentei rezultatului, cat si a superioritati ocazionale a anumitor tehnici; c. cresterea tratamentelor scurte, limitate in timp si a celor de grup care apar de fie tot atat de eficace ca si cele de lung parcurs; si d. concentrarea focusului cercetarii pe mecanismul schimbarii pentru a gasi o explicatie a acestui fenomen”.

Ce sunt factorii comuni ai psihoterapiilor?

Se pune intrebarea daca ingredientele specifice ale unei psihoterapii nu garanteaza eficacitatea, atunci ce face ca o terapie sa fie totusi eficace? Reformuland intrebarea ea suna asa: In conditiile in care efectele unei psihoterapii nu sunt date de caracteristicile specifice ei, atunci care factori sunt care o fac sa fie totusi eficace? Asa s-a ajuns la ceea ce se numeste “factorii comuni”, respectiv acei factori care se gasesc in toate psihoterpiile si care fac ca toate terapiile sa fie in aceeasi masura eficace, conform verdictului pasarii Dodo.

Lampropoulos (2001)⁵⁸ spune ca factorii comuni ai psihoterapiei reprezinta de fapt procesele bazale ce conduce la schimbare in deferite contexte sociale incluzand “*relatiile parentale, relatiile educationale, activitatile religioase, mentoring si coaching de orice fel, tratamentul medical, marketing si politica*”.

Problema factorilor comuni a fost deschisa de Jerome Frank si fisa sa, Julia Frank (1991)⁵⁹ care spuneau ca “*scopul psihoterapiei este de a ajuta oamenii sa simta si sa functioneze mai bine, prin incurajarea modificarilor potrivit cu viziunea lor despre lume prin transformarea intelesurilor experientei intr-una mai favorabila*” si ca “*psihoterpia realizeaza efectele sale mai curand prin tratarea directa a demoralizari si numai indirect prin tratarea simptomelor psihopatologice*” ca mai apoi sa descrie componentele pe care le impartasesc toate terapiile, adica factorii comuni:

a. relatia cu persoana de ajutor numita si “*agent vindicator*”, adica o persoana atrenata intr-o metoda terapeutica presupus a fi eficienta de catre cel care sufera sau de membrii grupului social din care face parte pacientul;

⁵⁸ Lampropoulos GK (2001): Common processes of change in psychotherapy and seven other social interactions. *British Journal of Guidance and Counselling*, 29: 21-33.

⁵⁹ Frank JD, FrankJB (1991): *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

b. contextul relației în care clientul se prezintă la terapeut și credința că acesta îl va ajuta;

c. existența unei scheme conceptuale sau “*mit*” care face ca explicarea simptomelor să pară plauzibilă, cu alte cuvinte, terapeutul furnizează o schemă explicativă care trebuie să fie crezută de pacient ca fiind adevărată, rațională, indiferent dacă este științifică sau nu; ea trebuie să fie în acord cu viziunea pacientului, consistentă cu viziunea lui despre lume, cu atitudinile și valorile lui; pe scurt, clientul trebuie să creadă în tratamentul oferit;

d. ritualul sau procedura terapeutică cere o participare activă, atât a pacientului, cât și a terapeutului, procedura care este congruentă cu credințele lui.

Conform modelului lui Frank și Frank (1991) important nu este conținutul lor, ci funcția lor, similară cu un “*mit*”, care furnizează o explicație plauzibilă pentru problemele clientului și-l poate ajuta să construiască un înțeles nou. În esență nu este conținutul psihoterapiei, ci funcția ei de “*ritual*” este cea care furnizează clientului o nouă experiență de succes. Ei spuneau că psihoterapia îl ajută pe client să simtă și să funcționeze mai bine “*prin modificările ce le face transformând semnificația trăirilor lui în altele mai favorabile*”. În acest model, factorii comuni includ abilitățile prin care oamenii sunt influențați cel mai bine, abilități care sunt utilizate atât de terapeuții, cât și de oratorii din toate culturile. Talentul de a fi terapeut poate fi comparat cu talentul de a fi muzician, așa cum unii se nasc cu talent muzical, tot așa unii au talent pentru psihoterapie. Acest “*talent*” nu poate fi învățat ci doar imitat!

Printre factorii comuni care fac ca psihoterapia să fie eficientă, Frank și Frank (1991) menționează:

a. cum să influențezi clientul să creadă într-o perspectivă oferită (“*mit*”) problemelor psihologice și cum să fie rezolvate;

b. cum să motivezi clientul să treacă prin procedurile prescrise de perspectivă conceptuală (“*ritualurile*”)

c. cum să construiești o alianță terapeutică care să fie atât empatică cât și directivă.

După ei: “*terapeuții ideali ar trebui să selecteze pentru fiecare pacient terapia care se potrivește oricare poate fi pusă de acord cu caracteristicile personale și punctele de vedere ale pacientului*” și că “*terapeuții ar trebui să caute să învețe cât mai multe abordări așa încât ei să fie convingători pentru un pacient...creierea unei bune potriviri terapeutice implică atât educarea pacientului cu privire la schema conceptuală a terapiei cât și,*

daca este necesar, modificarea schemei astfel incat sa ia in considerare conceptele cu care pacientul vine in terapie”.

Wampold (2015)⁶⁰ reitereaza faptul ca *“este important sa se in considerare ca acesti factori sunt mai mult decat un set de elemente terapeutice care sunt comune tuturor sau majoritatii psihoterapiilor, pentru ca ei impreuna construiesc un model teoretic relativ la mecanismul schimbarii in psihoterapie”.* Acest model teoretic a fost numit *“modelul contextual”* care cuprinde trei cai prin care influenteaza eficacitatea terapiei:

- a. relatia reala,
- b. creierea de expectante prin explicarea bolii si a tratamentului,
- c. punerea in aplicare a actiunilor de promovare a sanatatii.

Modelul contextual are calitatea de a explica si felul cum alte procedee actioneaza si sunt considerate sau luate ca terapeutice: *“ in modelul contextual tratamentele bazate pe ocultisme, pe credintele culturale indigene despre bolile mentale si comportamentul aberant, ideile New Age (de ex. remediile herbale) sau religia, pot fi eficace prin mecanisme ipotetice, dar ele nu sunt psihoterapii”.*

Relatia reala este reprezentata de constructia unui nivel de incredere, ea este *“relatia personala dintre terapeut si pacient marcata de marimea cu care fiecare este autentic cu celalalt si il percepe pe altul in beneficiul acestuia”* (Gelso, 2009, citat de Wampold, 2015). Aceasta se formeaza inca de la primul contact cu pacientul. Contactul initial dintre terapeut si pacient este esentialmente contactul dintre doi straini si pacientul doreste sa afle daca terapeutul este de incredere, daca are expertiza necesara si daca va avea timp si disponibilitate sa inteleaga atat problema, cat si contextul in care pacientul si problema sa sunt situate. De obicei, oameni fac o evaluare rapida bazati pe vederea fetei altei persoane, incercand sa afle daca alta persoana este de incredere sau nu. Se spune ca pacientii fac o judecata mai rapida decat ceea ce terapeutii cred. Ei judeca dupa cum terapeutul este imbracat, aranjamentele si decoratiunile cabinetului, diploma de pe perete, si alte catacteristici ale locului terapiei. Relatia psihoterapeutica este o relatie nepereche in viata de toate zilele, ea este un contract ca relatia va continua pana cand tratamentul este complet. Ea mai are caracteristicile ca este confidentiala si ca se bazeaza pe empatie si pe consideratie reciproca.

⁶⁰ Wampold BE (2015); How important are the common factors in psychotherapy? An update, World Psychiatry, 14: 270-277.

A doua cale a modelului contextual a lui Wampold o reprezintă așteptările. Pacienții nu sunt o “*tabula rasa*” înainte de a intra la psihoterapie, ei au așteptări față de terapeutul care afirmă că este expert (Bordin, 1979)⁶¹. Pacienții vin la terapie cu așteptări legate de natura terapiei în funcție de experiențele lor anterioare, de recomandările de la alții, de credințele culturale, etc. Întâlnirea inițială dintre terapeut și pacient este astfel o problemă critică și mai trebuie adăugat că mulți pacienți termină terapia după prima sesiune mai mult decât în oricare alt punct al terapiei.

Se spune că ce o persoană așteaptă într-o anumită situație are o mare influență asupra a ceea ce persoana experimentează. Așteptările în medicină sunt puternic legate de efectul placebo și s-a pus problema dacă aceasta nu este valabilă și pentru psihoterapie. Așteptările se bazează pe credințele psihologice ale pacientului așa cum sunt descrise formulate în psihologia “folk” și teoria simulării. Aceste credințe sunt influențate de conceptualizarea culturală a bolilor mentale. Ceea ce este important pentru formarea așteptărilor nu este validitatea științifică a teoriei, ci acceptarea explicației referitor la problema pacientului și la acțiunile terapeutice propuse. Dacă pacientul crede în explicațiile respective atunci rezultatul va fi pozitiv. După Wampold (2001)⁶² “*procedurile tratamentului sunt benefice clientului din cauza semnificației atribuite acestor proceduri mai curând decât efectelor psihologice specifice ale acestora*”.

A treia cale este data de tehnicile și metodele folosite în terapie. Aceste metode au ca scop creșterea aderenței pacientului la terapie, motivația și speranța lui într-un deznodământ pozitiv. Pentru ca aceste tehnici și metode să fie benefice, nu este neapărat necesar ca ele să fie și eficiente, ci doar să fie în acord cu credințele pacientului.

Alături de aceste “trei cai”, care vorbesc despre factorii comuni, vreau să mai amintesc de alte două concepte care se subsumează la acest capitol, efectul terapeutului și alianța terapeutică sau alianța de lucru.

Luborsky și colab. (1986)⁶³ au arătat clar că există un efect important asupra rezultatului terapiei dat de felul cum terapeutul livrează terapia și explicația ei și că acest efect

⁶¹ Bordin ES (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3): 252–260.

⁶² Wampold BE (2001): *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Mahwah, N.J.; Lawrence Erlbaum Associates.

⁶³ Luborsky L, Crits-Christoph P, McLellan AT, et al. (1986): Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (4): 501–512.

este mai mare decat efectul terapiei insisi. McKay si colab. (2006)⁶⁴ gasesc ca a fi terapeut bun sau rau nu tine de respectarea metodologiilor, a protocoalelor, ci mai mult de calitatea interactiunii cu pacientul. Baldwin si Imel (2013)⁶⁵ fac o meta-analiza a 46 studii cu 1.281 terapeuti si 14.519 pacienti si gasesc ca 5% din variabilitatea rezultatului tratamentului tine de caracteristicile terapeutilor. Dupa modelul lui Wampold (2007)⁶⁶ *“adevarul explicatiei nu este important pentru rezultatul psihoterapiei. Puterea tratamentului rezida in faptul ca pacientul accepta explicatia mai curand decat in faptul ca explicatia este stiintific corecta”*. Principala abilitate a terapeutului in acest model este capacitatea lui de a ghida pacientul sa accepte modelul explicativ propus si aici se vad aceleasi principii care se aplica si in cazul conversiei la alta religie: *“Devine evident ca conceptele, ca si cele religioase, sunt mai bine dobandite cand ele sunt departe de credintele curente dar nu violeaza in mod excesiv presupunerile persoanei in cauza. Eu cred ca explicatiile efective in psihoterapie trebuie sa fie diferite de explicatiile curente ale pacientului pentru tulburarile pe care le prezinta, dar nu suficient de discrepante de notiunile intuitive ale pacientului asupra functionarii mentale incat sa fie rejetate”* (Wampold 2007). Concluzia este ca esenta terapiei este intrupata de terapeutul insusi si nu de metoda pe care o practica!

Conceptul de alianta intre terapeut si client isi are originea in traditia psihanalitica si a fost conceptualizata ca sentiment de afectiune si incredere fata de terapeut. Bordin (1979) crede ca alianta dintre terapeut si client este un *“construct pan-teoretic”* constand in trei elemente:

- a. intelegere/conventia fata de scopul terapiei;
- b. intelegerea fata de sarcinile terapiei;
- c. legatura dintre terapeut si client care depinde de gradul de implicare personala.

Aceasta alianta este cruciala pentru toate tipurile de terapie, dar exista diferente in functie de tipul terapiei. Autorul vorbeste de doua feluri de legaturi: una implicand atasament afectiv ca inseamna incredere, respect, placere si care este numita legatura afectiva, si alta care inseamna legatura de a face fata la sarcinilor dificile ale psihoterapiei, numit si legatura

⁶⁴ McKay KM, Imel ZE, Wampold BE (2006): Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression, *Journal of Affective Disorders*, 92 (2): 287–290.

⁶⁵ Baldwin SA, Imel ZE (2013): Therapist effects: Findings and methods, in MJ Lambert (Ed.): *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: Wiley.

⁶⁶ Wampold BE (2007): Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment, *American Psychologist*, 62: 857-873.

de lucru. Multi autori pun accentual mai curand pe relatia de lucru, decat pe o simpla relatie afectiva intre doi participanti. Gradul in care terapeutul si pacientul sunt angajati in munca colaborativa pe care au convenit-o, furnizeaza motivele pentru care aceasta alianta este numita “de lucru”.

Referitor la problema cine detine ponderea mai mare in formare aliantei terapeutice, sunt autori care spun ca multi pacienti vin la terapie gata motivati si gata de schimbare si acestora le va veni usor sa formeze o alianta cu terapeutul. O viziune alternativa este cea care afirma ca terapeutul este cel care faciliteaza formarea aliantei. Conform acestei viziuni, terapeutii eficienti ar fi cei care ar fi capabili de a forma aliante mai puternice decat altii.

Prima meta-analiza a corelatiei dintre alianta si rezultatul terapiei a fost facuta in de Horvath & Symonds (1991)⁶⁷ analiza care a vizat 26 studii si care a gasit un efect moderat ca marime al aliantei in punerea rezultatului terapiei. Celelalte meta-analize care au urmat au aratat si ele un efect moderat al aliantei asupra rezultatului terapiei (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011b; Martin, Garske, & Davis, 2000, citati de Wampold si Imel, 2013)⁶⁸. Ele au aratat un efect moderat al aliantei de lucru asupra rezultatului terapiei. Acest efect moderat s-a gasit si atunci cand s-a evaluat punerea tehnici terapeutice fata de cea a aliantei terapeutice; distinctia dintre alianta si tehnica a fost destul de stearsa. Cea mai recenta meta-analiza include aproape 200 studii cu peste 14.000 pacienti si gaseste ca corelatia agregata dintre alianta si rezultat este 0,27 care este echivalent cu un indice Cohen de 0,57, ceea ce depaseste pragul de efect mediu (Del Re si colab., 2012)⁶⁹.

Sunt mai multe critici asupra concluziei ca alianta este un factor important in psihoterapie. Prima critica spune ca ameliorarea rapida a simptomelor din primele 2-4 sedinte genereaza o alianta puternica si un rezultat bun. A doua se refera la faptul ca corelatia dintre alianta si rezultat este datorita contributiei pacientului, unii pacienti venind la psihoterapie bine pregatiti de a forma o alianta stransa si astfel asocierea rezultatului pozitiv la alianta este mai curand data de pacient decat de terapeut. A treia critica afirma ca poate exista un efect de halou atunci cand pacientul evalueaza atat alianta cat si rezultatul. Modelul contextual a lui

⁶⁷ Horvath A O, Symonds BD (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38: 139–149.

⁶⁸ Wampold BE, Imel ZE (2015): *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*, 2nd Ed., New York and London: Routledge.

⁶⁹ Del Re AC, Fluckiger C, Horvath AO et al. (2012): Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 32: 642-649.

Wampolar spune că tehnicile psihoterapiei sunt constituenți necesari ai formelor eficiente de psihoterapie nu din cauza că ele au vreun efect ca tehnici, ci din cauza că ele fac tratamentele credibile prin aceste ritualuri.

În finalul acestei secțiuni vreau să menționez ce spunea Lars-Gunar Lundh (2014)⁷⁰ că modelul persuasiunii și relației a lui Frank și Frank și modelul contextual al lui Wampold sunt viziuni “pesimiste” asupra psihoterapiei pentru că nu lasă loc pentru o îmbunătățire sau un progres al psihoterapiei, pe când modelul propus de el, modelul “*principiilor și abilităților metodologice*” deosebeste tehnicile care sunt benefice de cele care sunt daunătoare pacientului, promovează eficiența și o viziune “optimistă” asupra psihoterapiei care oferă terapeutului șansa progresului, a dezvoltării armonice în legătură cu dezideratul ei, respectiv ajutorarea celui care are nevoie de ea.

Eficiența psihoterapiei poate fi explicită prin efectul placebo?

Cuvântul “*placebo*” vine din limba latină și înseamnă “a face pe plac”. În medicina “*placebo*” este denumirea generică pe care o poartă o substanță sau un tratament care nu are vreun efect terapeutic, dar care imită un tratament și care este administrat unei persoane care crede că această substanță sau procedura reprezintă un tratament real. În acest fel “*placebo*” reprezintă un fenomen psihologic generat persoanei recipiente prin care se măsoară așteptările și credințele acesteia față de un anumit tratament, astfel putându-se discerne ceea ce ține de eficacitatea tratamentului propriu-zis și ce ține de psihologia persoanei.

Studiile inițiale asupra modului de acțiune al placebo-ului s-au desfășurat în condiții experimentale, când a fost provocată o durere iar mai apoi indivizii ce au luat parte la acest experiment au fost împărțiți în două grupe, unii care au primit un medicament contra durerii și alții care au primit un placebo care era prezentat asemănător cu medicamentul activ. Acest tip de studii a arătat că efectul placebo este relativ egal cu al analgicelor non-opioide și că mecanismul principal este eliberarea opioizilor endogeni din creier, eliberare care s-a făcut pe baza credinței că substanța respectivă va combate durerea. Al doilea mecanism incriminat în explicarea efectului placebo este așteptarea unui răspuns dezirabil, iar al treilea mecanism este explicat cultural: o pastilă, o injecție, de către un medic îmbrăcat în halat alb, sunt simboluri culturale care au un efect puternic terapeutic pe baza credinței că acesta este

⁷⁰ Lundh LG (2014): The search for common factors in psychotherapy: Two theoretical models with different empirical implications, *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(5):131-150

persoana care poate aduce un deznodamant pozitiv. Al patrulea mecanism este interactiunea verbala dintre pacient si terapeut.

Price si colab. (2008)⁷¹ au conceput un model care sa explice efectul placebo, model care are la baza trei caracteristici:

- a. dorinta de ameliorare si de a obtine placere;
- b. o asteptare puternica de a obtine scopul dorit (ameliorare sau placere);
- c. prezenta unui arousal emotional.

Efectul placebo are o lunga istorie in medicina, uneori a starnit controverse aprinse, dar el este intens folosit in studiile farmacologice controlate, randomizate dublu-orb pentru a testa specificitatea unui tratament. Existenta acestor efecte specifice poate fi stabilita prin compararea tratamentului cu anume medicament versus administrarea unui placebo. Pentru a fi valid, placebo trebuie sa fie identic cu agentul care este testat, de ex. medicamentul si placebo trebuie sa fie identice in marime, forma, culoare, gust, textura. In consecinta, in trialul clinic, nici experimentatorii, adica cei care administreaza, nici evaluatorii, si nici pacientii nu pot distinge intre medicamentul activ si placebo pentru a inlatura orice efect subiectiv, psihologic, care ar putea influenta rezultatul, precum asteptarile, pornind de la presupunerea ca fiecare din cele doua grupuri ar avea asteptari egale.

Lambert (2011)⁷² descrie problema utilizarii efectului placebo in psihoterapie aratand ca unii critici ai psihoterapiei, si chiar cercetatori ai efectului psihoterapiilor in conditii clinice au fost interesati de posibilitatea ca psihoterapia sa nu fie mai mult decat un pseudo-tratament care ofera doar speranta pacientului. Cercetari care s-au ocupat cu evaluarea rezultatului in psihoterapie au imprumutat de la studiile de psihofarmacologie din medicina metodologia studiilor cu placebo. Aceasta comparatie permite cercetatorilor sa elimine efectele datorate credintelor pacientului in tehnica si in terapeut.

Istoriceste, a fost o dezbatere considerabila asupra importantei conceptului de placebo in cercetarea tratamentelor psihologice. Aceste dispute se bazau pe diferenta intre a prescrie un medicament si a oferi psihoterapie. In cazul administrarii medicamentelor, se presupune ca exista un rezultat direct al actiunii chimice care trebuie separate de cel psihologic. In cazul

⁷¹ Price DP, Finniss DG, Benedetti F (2008): A comprehensive review of the placebo effect: Recent advances and current thought, *Annual Review of Psychology*, 59: 565–590.

⁷² Lambert MJ (2011): Psychotherapy research and its achievements, in JC Norcross, GR Van den Boss, DK Freedheim (Eds.): *History of Psychotherapy: Continuity and Change*, 2nd ed., New York: American Psychological Association.

psihoterapiei nu poate exista o astfel de separare, pentru ca nu exista decat un singur fel de efect, cel psihologic (Wampold și colab., 2005)⁷³. Totuși, dacă se vrea să se utilizeze placebo în psihoterapie, acesta trebuie să conțină ingredientele necesare pentru livrarea tratamentului care să semene cu psihoterapia reală, deci relația dintre terapeut și pacient trebuie să fie egală între cele două eventualități. Dar relația terapeutică nu este singurul ingredient care trebuie egalizat între placebo și terapie, ci și credibilitatea în terapie, preferința clientului pentru terapie, credința terapeutului, experiența terapeutului, etc. Pare imposibil de a crea placebo care să conțină, în termeni de calitate și cantitate, aceleași ingrediente non-specifice ale tratamentului psihoterapeutic pentru a putea evidenția efectul ingredientelor specifice.

Din punctul de vedere a modelului contextual al psihoterapiei pare imposibil de a utiliza efectul placebo în psihoterapie pentru că acest model consideră că efectele psihoterapiilor s-ar datora în mare măsură factorilor comuni, adică factorilor care ar fi conținuți în psihoterapia placebo. Comparatia dintre tratamentul care se vrea testat și un pseudo-placebo, indiferent cum ar fi constituit, nu va produce un efect care să reflecte importanța unui efect specific, particular, pentru că este imposibil să se extragă efectul pe care îl are, în ambele eventualități, factorii care contribuie la efectivitatea psihoterapiei conform modelului contextual (de ex. numărul de ședințe, lungimea ședințelor, formatul, intervențiile individualizate clientului, întrebările clientului, experiența terapeutului, etc.) (Kirsch, 2005⁷⁴, Wampold și Imel, 2015⁷⁵). Terapia suportivă, cea care reprezintă subiectul cărții de față, ar părea că seamănă cu ceea ce ar fi pseudo-placebo în psihoterapie.

Conform acestor considerente, răspunsul la întrebarea dacă eficacitatea psihoterapiei poate fi determinată prin studii comparate cu placebo este negativ. Cu toate acestea, este important de a demonstra că psihoterapia face mai mult decât să crească speranța, pentru că un tratament psihoterapeutic înseamnă mai mult decât un suport nespecific, non-tehnic. Ea reprezintă un tratament profesional. A doua sarcină a cercetării în psihoterapie este de a demonstra că psihoterapiile care conțin ingrediente specifice, active, sunt mai eficiente decât efectul placebo. Cercetările de până acum au demonstrat destul de clar că unele tehnici

⁷³ Wampold BE, Minami T, Tierney SC, et al. (2005): The placebo is powerful: Estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from clinical trials, *Journal of Clinical Psychology*, 61: 835–854.

⁷⁴ Kirsch I (2005): Placebo Psychotherapy: Synonym or Oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 61 (7): 791–803.

⁷⁵ Wampold BE, Imel ZE (2015): *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*, 2nd Ed., New York and London: Routledge.

specifice, de exemplu, tehnicile comportamentale, sunt superioare efectului placebo si ca aceste tratamente specifice sunt superioare atunci cand sunt adresate unor probleme specifice, de exemplu terapiile comportamentala in cazul tulburarile fobice. La fel, cercetarile au demonstrat superioritatea terapiei cognitive-comportamentale si a terapiei interpersonale in cazul tulburarilor depresive unipolare si anxioase, eficacitate care este egala cu cea a tratamentului medicamentos si care duce la mai putine recaderi comparative cu terapia medicamentoasa (DeRubeis si colab, 2008⁷⁶, Cuijpers si colab. 2013⁷⁷). La fel, si terapia suportiva a aratat in meta-analize ca este eficienta in cazul tulburarilor depresive (Cuijpers si colab. 2012)⁷⁸.

Problema doza-efect in cazul psihoterapiei

Psihanaliza a fost prima psihoterapie adusa in practica curenta si cateva decenii ea a fost prima alegere in cazul unei terapii psihologice. Una dintre criticile care i-au fost aduse inca de la inceput a fost lungimea ei, de multe ori ea se putea intinde pe mai multi ani. Problema aceasta, a relatiei dintre “doza”, respectiv numarul de sedinte de psihoterapie si efectul pozitiv a stat mereu in focusul cercetarii in psihoterapiei, mai ales dupa diversificarea tipurilor de psihoterapie oferite in practica curenta. Desigur ca fiecare tip de psihoterapie, ancorat intr-o anumita doctrina psihologica, mai ales daca este standardizata sau manualizata, prevede recomandari specifice privind numarul de sedinte si ce tehnici sau metode sunt recomandate a fi utilizate in fiecare sedinta.

Lambert (2011)⁷⁹ abordeaza acesta problema atunci cand inventariaza dezideratele cercetarii in psihoterapie si aminteste de prima meta-analiza care a studiat relatia dintre numarul de sedinte de psihoterapie si efectul ei. El aminteste de studiul lui Howard si colab. (1986)⁸⁰ care a facut o analiza a 2.431 de cazuri de-a lungul a 30 ani si conchid ca dupa 8 sedinte de psihoterapie 50% din pacienti se amelioreaza, iar 75% se amelioreaza dupa 6 luni

⁷⁶ DeRubeis RJ, Siegle GL, Hollon SD (2008): Cognitive therapy vs medication for depression: Treatment outcome and neuroal mechanisms, *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10): 788-796.

⁷⁷ Cuijpers P, Sijbrandji M, Koole SL et al. (2013): The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons, *World Psychiatry*, 12(2): 137-148.

⁷⁸ Cuijpers P, Driessen E, Hollon SD, et al. (2012): The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 32: 280–291

⁷⁹ Lambert MJ (2011): Psychotherapy research and its achievements, in JC Norcross, GR Van den Boss, DK Freedheim (Eds.): *History of Psychotherapy: Continuity and Change*, 2nd ed., New York: American Psychological Association.

⁸⁰ Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *The American Psychologist*, 41: 159–164.

de sedinte saptamanale. Lambert (2011) inventariaza mai multe studii facute intre 1996 si 2003, studii care aduna impreuna peste 6.000 pacienti aflati in psihoterapie si gaseste ca 4 sedinte de psihoterapie sunt insuficiente pentru un rezultat bun si ca la peste jumatate din pacientii studiati, o “doza” de 10 sedinte ar fi cea mai potrivita pentru a se obtine o ameliorare evidenta.

Problema competentei si aderenței terapeutului la terapia pe care o livreaza

Problema competentei profesionale a psihoterapeutului a fost si a ramas o problema foarte disputata. Mai multe meta-analize au aratat ca nu exista o diferenta notabila intre rezultatele obtinute intre terapistii de diferite grade de experienta sau formare profesionala. Mai mult, o zicala spune ca un prieten este un “terapist ieftin”, iar un terapeut nu este altceva decat un “prieten scump”, cu alte cuvinte, cea mai buna si ieftina terapie o poate face un prieten bun, iar terapistul nu este altceva decat ceva scump. Aceasta zicala vrea sa spuna ca nu exista diferente notabile in rezultatul terapiei livrate de un nespecialist sau de un terapeut in conditiile in care amandoi se apleaca cu empatie si consideratie fata de subiect.

Superioritatea conversatiei cu un prieten fata de psihoterapia livrata de un profesionist este ilustrata de remarcă unei femei intervievate de Barbara Gordon intr-o carte publicata in 1988: *"Pentru Francesca, psihoterapia a fost de ajutor intr-un mod neclar: a ajutat-o dar nu asa de mult cat ar fi ajutat-o un bun prieten. Ea spune ca a platit terapeutul sa o asculte 50 minute, dupa care el i-a spus ca are tot timpul sa continue si saptamana viitoare, dar pe de alta parte, pe un prieten il poti chema oricand ai nevoie si pot vorbi cu el cat de mult"* (Gordon, 1988)⁸¹.

In numarul din iunie 1986 din magazinul „*Science 86*“ Bernie Zilbergeld, psiholog, publica un articol in care citeaza experienta de la Vanderbilt University, experienta care a comparat psihoterapia livrata de profesionisti cu o consersatie suportiva livrata de un alt tip de profesionisti. El spune: *"un grup de tineri cu variate forme de nevroza au fost referiti la psihoterapisti cu experients de peste 20 ani, iar un alt grup a fost referit la profesori de liceu care aveau reputatia de a fi buni comunicatori dar fara formare in psihoterapie. At psihoterapistii cat si profesorii au stat de vorba cu clientii lor timp de 25 ore. Pacientii care au vorbit cu profesorii au prezentat o imbunatatire semnificativ mai mare decat cei tratati de*

⁸¹ Gordon B (1988): Jennifer Fever, New York:Harper & Row

psihoterapeuti“ (citată din Lawrence Stevens: “The Case Against Psychotherapy”, <http://www.antipsychiatry.org/psychoth.htm>).

Este bine știut că în prima jumătate a sec. XX, majoritatea covârșitoare a psihoterpiei în Statele Unite era livrată de medici. Apoi, de prin anii 1950, psihologii au început să se străduiască să preia terapia psihologică încercând să creeze o delimitare a competențelor între medicină și psihologie conform dihotomiei carteziene minte-corp. În anii 1970 practicarea psihoterpiei de către psihologi a devenit o problemă de “certificare”, ceea ce înseamnă validarea formală a unui formator profesional specific dobândită într-un mod instituțional. Aceasta formare de tip instituțional, era făcută în diferite centre universitare sau institute de cercetare psihologică care au capatat această legitimare de la Asociația Psihologilor Americani. Acest model de formare a psihoterapiștilor a fost ulterior preluat și de europeni.

Modelul actual de formare a unui psihoterapeut presupune că el să dobândească competența de a livra un tratament psihoterapeutic respectând integritatea și fidelitatea tratamentului în care s-a specializat. În măsura în care astăzi majoritatea psihoterapiilor sunt standardizate și manualizate, expertiza unui psihoterapeut presupune “*aderență*” la doctrina și protocolul terapiei respective, terapie care trebuie livrată pacientului în mod competent. Waltz și colab. (1993)⁸² spun că “*aderență*” se referă la “*amplitudinea cu care un terapist folosește intervențiile și abordările prescrise de manualul de terapie și evitarea utilizării procedurilor interzise de manual*”. Datorită multitudinii de doctrine și modele terapeutice, gradul actual al aderenței terapiștilor față de “manual” este mai puțin dogmatic și există chiar tendința unui fel de eclecticism al terapiei livrate pacientului. Clinicianul eclectic tinde să folosească teorii și metode care sunt potrivite cu problemele pacientului pe care îl are în terapie. Aceasta abordare este în mod clar opusă emfazei de utilizare a manualului de psihoterapie care cere o aderență strictă la o formă specifică de terapie cu scopul de a fi siguri de integritatea tipului de psihoterapie.

Prin “*competență*” Waltz și colab. (1993) se referă la nivelul abilităților și experienței arătate de terapist în livrarea tratamentului. Prin abilitate autorii înțeleg exigența și tăria cu care terapistul conduce intervențiile terapeutice, aplică cu acuratețe tehnica respectivă și

⁸² Waltz J, Addis ME, Koerner K, Jacobson NS (1993): Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 620–630.

raspunde la cerintele contextului terapiei. Aceasta definitie pune accentual pe abilitatea de a livra ingredientele specifice, mai curand decat pe o competenta generala. Dupa aceasta definitie, competenta presupune aderenta, in schimb aderenta nu presupune competenta. Aceste doua perspective ale expertizei unui terapeut se suprapun in unele privinte.

Wampold (2001)⁸³ releva ca meta-analizele efectuate nu au arata o puternica corelatie intre competenta si aderenta pe de o parte, si rezultatul terapiei pe de alta parte, lucru care este realmente dezarmant. In schimb, atunci cand terapeutul reuseste cu pacientul lui, el apare in ochii acestuia ca fiind competent, ceea ce spune ca cei care pot certifica cu adevarat competenta unui terapeut sunt numai pacientii acestuia. Aceasta constatare creiaza o presiune asupra terapeutului si a modului lui de livrare a terapiei, presiune care il face ca de multe ori sa faca compromisuri cu tehnica si metodele “manualizate” doar pentru a face pe plac pacientului lui. In acest sens, Imel si colab. (2011)⁸⁴ au aratat ca competenta si aderenta sunt influentate foarte mult de cine este pacientul in terapie. Ei arata ca pacientii dificili fac ca terapeutul sa apare mai putin competent si sa duca la un rezultat prost al terapiei sau la pierderea pacientului pe parcursul terapiei.

Modelul medical al psihoterapiei presupune ca aderenta si competenta la tipul de psihoterapie livrate garanteaza un rezultat bun al terapiei, lucru care nu s-a dovedit in realitate. In schimb, modelul contextual promovat de Wampold ofera mai mult flexibilitate si arata ca alianta trapeutica este mai importanta dect aderenta si competenta terapeutului si ca un teapeut bun este acel care este capabil de a forma o alianta trapeutica buna cu pacientul, este cel care poate sa “utilize” cu competenta factorii comuni ai terapiei (de ex. empatie, suport, consideratie, optimism, atitudine pozitiva, acceptare neconditionata, etc), numai ca utilizarea acestor factori comuni nu tine de formarea profesionala, ci de abilitatile naturale ale unui terapeut. Acestea nu se castiga in formarea profesionala, ci pshoterapeutul le poseda dntr-o perspective developmentala genetica-culturala.

Toate acestea nu l-au impiedicat pe Jeffrey Masson (1988)⁸⁵, psihoterapeut psihanaliic si custodele bibliotecii Freud din Londra, sa vorbeasca despre “*mitul formarii*”

⁸³ Wampold BE (2001): *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings.* Mahwah, N.J.; Lawrence Erlbaum Associates.

⁸⁴ Imel ZE, Baer JS, Martino S, et al. (2011): Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy, *Drug and Alcohol Dependence*, 115 (3): 229–236.

⁸⁵ Masson JM (1988): *Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing*, London: Untreed Reads.

aratand ca atunci cand practici psihoterapia, a avea gradul academic de doctor sau de PhD sugereaza o competenta crescuta in acest domeniu, dar realitatea este contrara. El continua: *“terapistii adesea prezinta cu ostentatie expertiza lor si formarea lor profesionala, dar pe de alta parte nu le prea place sa se intre in detalii”*. O critica mai aspra a problemei formarii si certificarii psihoterapeutilor o face Robin Dawes (1994)⁸⁶ cand afirma ca certificarea nu protejeaza clientii de posibilele efecte nocive ale tratamentelor livrate, ci de fapt ii protejeaza pe terapeutii insisi. El mai adauga ca cercetarile efectuate au aratat ca formarea si experienta terapeutului nu s-au putut lega de eficacitatea psihoterapiei pe care o livreaza, ele nu garanteaza ameliorarea pacientului aflat in terapie.

Mai mult, sunt voci chiar din interiorul psihoterapiei care au spus ca ea nu este altceva decat o problema de educare a clientului. Psihoterapeutul Many Aftel si psihologul Robin Lakoff (1985)⁸⁷ spuneau ca *“terapia este o forma de educatie”*, iar, mai tarziu psihologul si psihoterapeutul Harvey L. Saxon (1993)⁸⁸ scria: *“Ce este psihoterapia? Psihoterapia este in mod simplu o problema de reeducare. Ea implica sa lasi de-o parte vechiul model si sa invati unul nou si eficient. Pacientii, in anume sens, sunt ca si studentii, ei au nevoie de capacitate si dorinta de a se angaja in procesul de reinvatatare”*. Aceasta viziune face ca formarea terapeutului sa trebuiasca sa se indrepte si spre alte domenii, precum cel al pedagogiei.

Problema efectelor nocive ale psihoterapiei, efectul nocebo si simptomele iatrogene

Efectul placebo are un frate geaman care s-ar numi „nocebo“, unul geaman fiind bun si altul rau! Placebo se refera la beneficiile psihologice ale cuiva care se asteapta ca tratamentul la care este supus sa fie bun, iar nocebo se refera la efectele negative psihologice pe care cineva, aflat in tratament, le sufera atunci cand terapistul le sugereaza prin practicile si atitudinile sale.

Sunt multi autori care considera ca in timpul psihoterapiei, dezvaluirile pe care le face pacientul sunt translate intr-un limbaj tehnic de terapeut care, conceptualizand cazul si formuland un model explicativ, furnizeaza etichete, interpretari, explicatii si modele prin care

⁸⁶ Dawes RM (1994); House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth, New York;Th free Press.

⁸⁷ Aftel M, Lakoff R (1985): When Talk Is Not Cheap, Or How To Find the Right Therapist When You Don't Know Where To Begin, Grand Central Publishing.

⁸⁸ Saxon HL (1993): Get Ready, Get Set...Prepare to Make Psychotherapy A Successful Experience For You, New York: University Press of America.

experiențele de viață ale pacientului sunt psihologizate și patologizate și astfel i se instilă acestuia credința că suferința lui este de fapt o boală care trebuie tratată. Faptul că cineva, mai ales un profesionist, îi induce pacientului astfel de așteptări, face ca efectul nocebo să se declanșeze prin putere sugestivă, tot așa cum așteptările pozitive face să se declanșeze efectul placebo.

Apariția simptomelor iatrogene este unul dintre efectele cele mai evidente ale efectului “nocebo”. Asociația Psihiatrică Americană definește simptomele iatrogene ca “*o tulburare precipitată, agravată sau indusă de atitudinea, examinarea, comentariile sau tratamentul profesionistului*”. În mod obișnuit simptomele iatrogene au fost efectul secundar al medicamentelor sau altor forme de tratament medical, însă cercetările ulterioare ale lui Lambert și Bergin (1994)⁸⁹ au arătat că simptomele iatrogene pot apărea și după alte moduri de tratament, precum psihoterapiile. Acești autori spuneau că aceste efecte negative pot apărea și din cauza că terapia psihologică poate afecta mecanismele obișnuite de coping ale pacientului în încercarea ei de a forma altele conforme cu concepției terapeutului. Mai mult, ei credeau că eliminarea completă a efectelor negative ale unui tratament psihologic este un scop nerealist și este mult mai bine să se caute o balanță între efectele pozitive și cele negative ale lui.

Boisvert și Faust (2002)⁹⁰ fac o analiză detaliată a simptomelor iatrogene apărute în cursul psihoterapiei și vorbesc de un mecanism subtil care le generează. Aceștia susțin că simptomele iatrogene ar putea să apară datorită sistemului credințelor terapeutului orientate pe patologii prin care el interpretează, reinterpretează sau denumeste plângerile clientului. Terapeutul angajează clientul în comunicare printr-un limbaj care pune accent pe etichetarea peiorativă a trăirilor acestuia, ceea ce face prin explicarea, diagnosticul și formularea tratamentului presupus necesar. Datorită seducției pe care o exercită limbajul terapeutului, clientul renunță la rezistențele față de tratament, împrumută limbajul acestuia, formularile lui, etichetele lui, mecanismele explicative și procesele care vor duce la rezultatul pozitiv și în mintea subiectului ia naștere un nou sistem de credințe împreună cu limbajul aferent. Se încorporează variate presupuneri despre natura și cauza suferinței lui și a suferinței umane în

⁸⁹ Lambert MJ, Bergin AE (1994): The effectiveness of psychotherapy, in AE Bergin, SL Garfield (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, (4th ed.), New York, John Wiley & Sons, Inc.

⁹⁰ Boisvert CM, Faust D (2002): Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems, American Journal Of Psychotherapy, 56(2): 244-259.

general. Acest sistem propus de terapeut este orientat spre patologii și astfel pacientul se simte deteriorat, inferior, suferind, ceea ce duce în final la așteptări negative, la efectul *nocebo* și la apariția simptomelor iatrogene.

La toate acestea se mai adaugă popularitatea mereu în creștere a etichetelor medicale și psihologice atasate de diferite experiențe cotidiene de viață. Acesta conduce la capturarea în sistemul de credințe a oamenilor obișnuiți de noi concepte, mecanisme, terminologii care se hibridează cu cele vechi, ale psihologiei folk. Pe acest drum acești oameni dezvoltă un nou jargon prin care explică suferința psihologică, jargon care este plin de metafore, analogii care îi ajută să înțeleagă și explice suferința psihologică. Boisvert și Faust (2002) spun că: *“utilizând acest jargon oamenii se vulnerabilizează, cheama în subiectivitatea și chiar în realitatea vieții lor noi simptome, iar limbajul metaforic lucrează ca un vehicul transitional între înțelegerea suferinței și experiența vieții de zi cu zi, aducându-i o povară în plus”*. Acest limbaj alterează percepția evenimentelor de viață, la psihologizează, iar limbajul psihologic devine limbajul explicativ, descriptiv al vieții lui. Acest limbaj rescrie credințele lui despre sănătate și boală, așteptările lui, și astfel creează premisele apariției simptomelor iatrogene.

O altă analiză detaliată a apariției simptomelor iatrogene din timpul terapiei psihologice a făcut Hook (2001)⁹¹. Autorul emite ipoteza că psihoterapia nu numai că detectează psihopatologia pacientului dar și o produce ceea ce ridică o dilemă etică serioasă pentru practica clinică. Derek Hook vorbește de legătura care există între denumirea unei probleme psihologice de către terapeut și generarea ei în mintea pacientului, legătura pe care o studiază prin analiză a 250 pagini de transcripție de ședințe de psihoterapie.

Terapistul exercită o anumită putere în spațiul terapeutic și își utilizează puterea să pentru a redirecționa și structura narativele pacientului. Deși terapeutul încearcă să cultive un dialog reflexiv cu pacienții, el niciodată nu pierde funcția de direcționare a interacțiunilor terapeutice ce o face prin interpelarea pacientului, interpelare care are rolul de a invita și provoca narativele auto-reflexive ale pacientului. Aceasta nu înseamnă numai de a pune *“cuvinte în gura cuiva”* ci și generarea unei presiuni și a unei anumite ambiguități a problemelor reconstruite retrospectiv, a modului în care pacientul continuă să dobândească

⁹¹ Hook D (2001): Therapeutic discourse, co-construction, interpellation, role-induction: Psychotherapy as iatrogenic treatment modality? *International Journal of Psychotherapy*, 6(1): 47-66.

intelegerea problemelor sale, a istoriei sale. Alaturi de toate acestea, terapeutul isi exercita capacitatea de a determina subiectul sa adopte rolul de pacient si toate responsabilitatile ce decurg de aici, printre care cea mai mare ar fi acceptarea rolului de a fi subiectul terapiei. Acest rol se realizeaza prin co-constructia suferintei, terapeutul oferindu-i pacientului un cadru de referinta, considerati psihologice, explicatii, notiuni, metafore, exemple, cu ajutorul caruia pacientul isi poate consolida narativele suferintei lui. In final, contribuita terapeutului in psihoterapie este incarcata de autoritate, de expertiza, de modele explicative si, in virtutea acestora, el ofera interpretari, ipoteze, sugestii si chiar confruntari care conduc la un control sever al pacientului, la deturnarea intelesurilor suferintei pacientului, la inghetarea suferintei in forme preformate, livresti, inautentice, hranind mai mult narcisismul terapeutului decat usurarea suferintei pacientului. Derek Hook conchide ca prin tehnicile si strategiile folosite, prin puterea autoritatii lor, psihoterapistii cheama psihiopatologie, induce psihiopatologie, forteaza clientul sa formuleze problemele lui in termeni psihopatologici, oferindu-i un cadru conceptual, ii intinde de fapt o capcana de a-si pune existenta in termeni psihopatologici, pentru ca finalmente ratiunea de a exista a psihoterapiei este de a aborda o psihiopatologie, fie ea existanta, fie ea indusa ad-hoc!

Intrebarea daca psihoterapiile ar putea avea efecte nocive a fost pusa cu multe decenii in urma si tratata cu destula opozitie. Daca tratamentul farmacologic a fost totdeauna legat si de efectele secundare negative, psihoterapiei nu i s-au atasat efecte negative decat foarte tarziu. Nutt si Sharpe (2008)⁹² observa ca ar parea bizar ca psihoterapiile sa fie luate ca ceva care pot produce daune cand de fapt psihoterapia inseamna doar vorbe... vorbele nu pot produce daune. Cu toate acestea Bergin (1967)⁹³ inventeaza termenul de “*efect deteriorativ*” pentru a descrie cum psihoterapia poate cauza efecte negative comparativ cu oamenii care nu primesc asemenea tratament. Foa si Emmelkamp (1983)⁹⁴ examineaza nereusitele tratamentului psihoterapic examinand factorii care au contribuit la aceasta, precum refuzul de a aplica anumite practici, parasirea terapiei, lipsa de raspuns sau recaderrea, diagnosticul gresit, personalitatea pacientului, motivatia si dificultati de relationare. Deteriorarea in psihoterapie a fost vazuta “*nu numai ca inrautatirea simptomelor dar si ca lipsa de*

⁹² Nutt DJ, Sharpe M (2008): Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy, *Journal of Psychopharmacology*, 22: 3-6.

⁹³ Bergin AE (1967): Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice, *International Journal of Psychiatry*, 3: 136-150.

⁹⁴ Foa EB, Emmelkamp PMG (1983): *Failures in behavioural therapy.*, New York: John Wiley and Sons.

imbunatatire semnificativ cand aceasta era de asteptat”. La acestea s-ar mai adauga problema “omisiunii”, cand pacienti sunt tinuti in mod gresit in psihoterapie si astfel se omite trimiterea lor la alti specialisti pentru afectiuni concomitente mult mai grave, de exemplu, tinerea unui pacient in psihoterapie cand de fapt el are o boala somatica grava.

Studii cantitative cu privire la efectele nocive ale psihoterapiilor sunt putine, cu un scop limitat si avand ca tinta in majoritate psihoterapiile marginale. Totusi studiile care au fost totusi intreprinse au estimate ca la aproximativ 3-10% din pacienti starea anterioara se inrautateste, cu un procent mai mare, de 7-15% la cei cu abuz de substante (Mohr, 1995)⁹⁵. Un articol mai recent sugereaza ca starea clinica se inrautateste in aproximativ 10% din cazurile aflate in general la psihoterapie (Jarrett, 2007)⁹⁶.

Berk si Parker (2009)⁹⁷ impart efectele negative ale psihoterapiilor in:

a. efecte daunatoare datorita interventiilor specifice (tehnici si metode specifice avand ca tinta anume afectiuni sau grup de afectiuni, de ex. agravarea rememorarii traumei in timpul exercitiilor de deconditionare);

b. efecte daunatoare datorit interventiilor nespecifice psihoterapiilor (de exemplu, dependenta de terapeut sau aparitia simptomelor iatrogene).

Mai de curand, Parry si colab. (2016)⁹⁸ spun ca o cauza importanta a esecului in tratamentele psihologice, comparativ cu cele farmacologice, este marimea cu care efectul terapiei depinde de abilitatile terapeutului de a crea impreuna cu pacientul “*ingredientele active*” ale tratamentului. Sub acest aspect psihoterapiile sunt mai asemanatoare cu practicile chirurgicale decat cu cele farmacologice. Relatia dintre pacient si terapeut este unul din factori importanti legat de deznodamantul pozitiv, factor ce depaseste in importanta abilitatea tehnica sau competenta tehnica a terapeutului. Ei inventariaza mai multi factori de risc pentru un rezultat negativ precum si mecanisme posibile pentru o terapie daunatoare:

a. deteriorarea relatiei dintre terapeut si pacient;

⁹⁵ Mohr DC (1995): Negative outcome in psychotherapy: a critical review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2: 1-27.

⁹⁶ Jarrett C (2007): When therapy causes harm, *Psychologist*, 21: 10-12.

⁹⁷ Berk M, Parker G (2009): The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43:787-794.

⁹⁸ Parry GD, Crawford MJ, Duggan C (2016): Iatrogenic harm from psychological therapies – time to move on, *The British Journal of Psychiatry*, 208: 210–212.

- b. factori ce depend de terapeut: metoda terapeutica neadecvata, erori in livrarea terapiei recomandate, lipsa de abilitati in detectia si repararea rupturilor in alianta terapeutica;
- c. factori ce depind de pacient si care cresc riscul de iatrogenizare: de exemplu, activarea atasamentului, a credintelor inclinate spre patologizarea experientelor de viata;
- d. proasta potrivire dintre pacient si terapeut din punct de vedere psihologic, spiritual, al credintelor generale despre viata;
- e. riscuri atasate unor interventii specifice: de exemplu, cazul terapiilor de deconditionare, de expunere, de recuperare a amintirilor reprimite, etc.

Critica generala a psihoterapiei

Psihoterapia este o institutie care are o multime de adepti dar si de detractori. Cu toate acestea nu se poate astazi inchipui un program de sanatate mentala care sa nu aiba incluse si servicii de psihoterapie si consiliere.

In 1988 apare o critica vituperanta a psihoterapiei cartea scrisa de Jeffrey Masson⁹⁹, *“Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing”* (Impotriva terapiei: Tirania emotionala si mitul vindecarii prin psihoterapie). Masson si-a obtinut doctoratul in limba sanskrita la Harvard si apoi in 1970 a inceput un stagiul de 8 ani la Institutul de psihanaliza de la Toronto. Dupa o perioada de entuziasm fata de psihanaliza, el s-a transformat intr-un critic aspru al psihanalizei, mai ales in perioada cand a fost custodele bibliotecii Freud de la Londra.

Intr-un interviu pe care l-a dat lui Tim Benekein pentru Chicago Reader in 1988, el afirma: *“Daca eu nu pun pret pe ceea ce oameni ma pun sa interpretez si o fac asa cum vreau, atunci eu cad in capcana abuzivului...Exista terapeuti care sunt calzi si umani, compasionati si buni ascultatori si care incearca sa ajute pacientii insa obiectia pe care o am este ca ei au “profesionalizat” aceste calitati umane...Cand eu investesc timp, energie si bani, nu vreau sa fiu luat de nebun. Adesea oameni au tendinta sa creada in terapeutii lor fara sa aibe certitudinea ca acestia au calitatile in care pacientii cred”*.

Apoi Tim Benekein comenteaza: *“Exista o aroganta a terapeutilor de a afisa un fel de cunoastere sau autoritate asupra suferintei umane pe care in realitate nu o au...”* la care Masson raspunde: *“Intr-adevar, nu o au! Daca ai o problema cardiaca te duci la un bun*

⁹⁹ Masson JM (1988): *Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing*, London: Untreed Reads.

cardiolog, corpul uman este totdeauna mai mult sau mai puțin același. Experiența umană este însă extrem de diferită. Terapistii vrea să discute despre experiențe care nu sunt identice la toți oamenii...noi nu avem aceleași emoții și experiențe...iar a avea o cunoaștere abstractă asupra acestora nu este suficient pentru a fi terapeut”.

În ceea ce privește, Jeffrey Masson vorbește de cum și-a irosit atât de mulți ani în ceea ce el crede acum că ar fi o profesie coruptă și lipsită de moralitate. El cere pur și simplu desființarea terapiei spunând: *“Structura psihoterapiei este în așa fel făcută încât nu contează cât de bună este o persoană când devine terapeut, ea se angajează în acte care sunt legate de diminuarea demnității, autonomiei și libertății persoanei care a venit pentru ajutor”.* Masson susține că profesia de psihoterapeut este inerent dăunătoare pentru că presupune exercitarea unei puteri față de pacient, putere care *“are propensiunea pentru corupție”.* El vede terapeutul ca cineva care ignoră grijile și interesele pacientului și, în schimb, își impune viziunea și interpretările lui asupra celor trăite de pacient. Caracteristica psihoterapiei este să blameze *“victima”*, adică experiențele pacientului, punându-le în termeni moralizatori exprimați atât în clar, cât și subliminal.

Pretentia de autoritate profesională, de expertiză, reprezintă puterea exercitată în terapie și aceasta este principala premiză a abuzului făcut de psihanalisti și behavioriști, sau pretentia de *“lipsă de putere”* din terapia Rogeriană, numită de Masson ca *“problema de bunovionță”.* Critica teoriei umaniste a lui Rogers se bazează pe cele trei condiții esențiale ale succesului terapiei umaniste: congruență și autenticitate, privire pozitivă necondiționată și înțelegere empatică, care în esență sunt condiții de neatins din cauza artificialității circumstanțelor psihoterapiei și a naturii omului, numit terapeut. Terapia centrată pe persoană este în mod intrinsec criticabilă pentru că terapeutul este de fapt *“un actor”*, joacă o piesă”, *“nici o persoană reală nu face în viața reală vreun lucru pe care Rogers le recomandă în terapie”*...Acesta critică este susținută de o analogie cu viața politică: *“un despotism binevoitor face, bine înțeles, mai mult bine decât unul malign, dar rămâne totuși un despotism, construit, în mod necesar, pe baza aceluiași principiu”*, tot așa și psihoterapie, fie ea cât de bună, tot despre puterea și artificiositatea terapeutului este vorba.

Masson critică la fel și terapia familială, gestalt therapy, terapia feminista, hipnoterapia Eriksoniană, etc. terapii în care recunoaște același mecanism care face psihoterapie dăunătoare. Premisa lui se bazează pe conceptual că relația terapeutică totdeauna

implica un dezechilibru între puterea terapeutului și a pacientului și ca fiecare terapie este caracterizată de lipsa de interes față de lumea reală a subiectului, înlocuită de presupuneri, prejudecăți și norme ale terapeutului ceea ce duce la o injustiție socială. Mai mult, fiecare terapeut servește propriile interese și problemele pacientului sunt văzute prin lentila orientării terapeuțice al terapeutului. El caută să-și impună propria structură clienților lui. În final, Masson spune că din aceste considerente psihoterapia este lipsită de onestitate, este dăunătoare și lipsită de etică, fiind un rezultat al puterii inerente a modului de practicare a ei.

De fapt astfel de luări de poziție nu erau noi, avuseseră loc și înainte de cartea lui Masson. Ele îi atingeau deopotrivă pe psihiatri și pe psihologi în pretenția lor de a fi terapeuți ai experiențelor negative din viața oamenilor. Astfel, Eysenck (1983)¹⁰⁰ spunea: *“Eficacitatea psihoterapiei a fost totdeauna ‘fantoma de la nunta’, unde zeci de psihiatrii, psihanalisti, psihologi, asistenți sociali și alții, celebrează evenimentul fericit dar nu dau atenție necesității de evidentiere a falsei lor ortodoxii”*, p. 290). Tot în 1985, William Kirk Kilpatrick¹⁰¹, profesor de psihologie la Boston, spunea că noi atribuim psihologilor o expertiză pe care ei nu o posedă, iar în 1986 Garth Wood¹⁰², psihiatru englez, spunea în cartea sa *“Casa din cărți de joc”* ca: *“popular există credința că psihiatrii au abilitatea de a vedea în mintea noastră, a înțelege cum funcționează psihicul nostru și să prediceze comportamentele noastre viitoare... în realitate există puține boli în psihiatrie, puține succese terapeutice, puține cunoștințe despre ipoteticele cauze biochimice ale bolilor și lor le este greu să recunoască că au probleme în recunoașterea și tratarea majorității tulburărilor psihice”*. În 1994, în cartea sa *“House of Cards: Psychology and Psychotherapy built on Mith”* (Casa din cărți de joc: Psihologia și psihoterapia construite pe un mit), Robyn Dawes¹⁰³ se întreabă dacă terapeutul folosește metode științifice în tratamentul pacienților sau dacă poate emite o opinie de expert și răspunde că nu există nici o dovadă că profesioniștii sănătății mentale au o bază științifică a recomandărilor lor despre ceea ce înseamnă o viață bună, ce tip de comportament este dezirabil și, cel mai important, ce emoții ar trebui oamenii să aibă. În schimb, ei ne oferă false și grandioase opinii despre cum ar

¹⁰⁰ Eysenck HJ (1983): The Effectiveness of psychotherapy: The Specter at the Feast, The Behavioral and Brain Sciences, 6: 290-292.

¹⁰¹ Kilpatrick WK (1985): The Emperor's New Clothes: The Naked Truth About the New Psychology, Boston: Crossway Books.

¹⁰² Wood G (1986): The Myth of Neurosis, New York: Harper & Row.

¹⁰³ Dawes RM (1994): House of Cards: Psychology and Psychotherapy built on Mith, New York, The Free Press.

trebuie trait, gandit sau simtit. Toate acestea spun ca, in esenta, terapeutii nu au o cunoastere exacta a limitarilor lor si nici un simt al responsabilitatii sau al eticii.

Bruce Davidson (2014)¹⁰⁴ spunea intr-un numar din magazinul “*American Thinker*” ca in ultimele decenii s-a acumulat un munte de carti despre acest subiect, multe din ele scrise de psihiatrii sau psihologi: *Beware the Talking Cure; Manufacturing Victims: What the Psychology Industry Is Doing to People; The Myth of Psychotherapy; The Shrinking of America; The Road to Malpsychia; Psychotherapy as Religion; Fool’s Paradise: The Unreal World of Pop Psychology; and House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth, Making Monsters*, unde autorii conchid ca este timpul de a atrage atentia asupra fenomenului psihoterapiei ca “*sursa a multor probleme morale si sociale*”. De altfel Satel si Hoff-Sommers (2006)¹⁰⁵ vorbesc de un fenomen de masa, de o terapie facuta la scara nationala si inventeaza termenul de “*psihoterapism*” ca fiind “*psihologizarea emotiei normale umane, promovarea iluziei ca noi suntem fiinte fragile si indemnul la evidentierea emotiilor ca o recomandare pentru coping*” la care adauga credinta ca “*psihologia poate si ar trebui sa ia loc eticii si religiei*”.

O sa-mi permit sa citez excesiv din articolul lui Bruce Davidson pentru ca el sintetizeaza exceptional de concis critica actuala asupra psihoterapiei, asupra fenomenului de psihoterapism care a patruns indisios in credinta oamenilor de astazi, cel mai la indemana si cel mai la moda remediu pentru problemele lor fiind mersul la terapie. Dupa el critica asupra psihoterapismului ar putea fi rezumata astfel:

- a. Pschoterapismul este fraudulos! Cercetari intinse pe mai multe decenii privind eficacitatea psihoterapiei nu a reusit sa dezvaluie fara tagada eficacitatea psihoterapiei inasa nu se poate spune ca cei care o prectica sunt niste oameni rau intentionati;
- b. Rejetand ideia de gresala si responsabilitate, psihoterapismul a impurificat discutia morala prin clamarea fluida si inconsistenta despre cauzele comportamentului aberant. Desi se declara impotriva cenzuri morale, psihoterapismul este departe de a fi lipsit de critica asupra comportamentului oamenilor. Astfel psihoterapia a inventat un nou vocabular pentru a

¹⁰⁴ Davidson BW (2014): The sin of psychotherapism, http://www.americanthinker.com/articles/2014/07/the_sins_of_psychotherapism.html

¹⁰⁵ Hoff-Sommers C, Satel S (2006): One Nation Under Therapy: How the Helping Culture is Eroding Self-Reliance, New York: St.Martin’s Griffin.

critica oamenii utilizând termenii de “disfuncțional”, “vulnerabil”, “rezilientă”, “coping” sau “reprimare” care au devenit termenii noi ai dezaprobarii;

c. Aplicarea acestei viziuni morale noi asupra vieții de zi cu zi a avut efecte teribile asupra relațiilor familiale în special. Concepția lui Freud asupra abuzurilor sexuale din copilărie îndreptate împotriva familiei a devenit prima lovitură într-o campanie care a otrăvit relațiile dintre părinți și copii. De pe vremea lui Freud obsesia psihoterapismului cu problema rănilor emoționale din copilărie au condus la hrănirea resentimentului față de propriii părinți de a nu fi fost perfect suportivi și a rupt ireparabil relațiile dintre membrii de familie;

d. Psihoterapismul a uzurpat adesea locul religiei tradiționale devenind noua religie a selfului. Aceasta a fost scopul deliberat al psihologilor umanisti precum Carl Rogers și Abraham Maslow care au disprețuit tradițiile iudeo-creștine. Ei și-au închipuit că psihologia va înlocui religia monoteistă într-o utopie viitoare, pe care Maslow o numea “*Eupsychia*”. În mod surprinzător, multe religii au cooperat în mod entuziast cu colonizarea lor de către psihoterapism.

Davidson conchide că “*in mod clar, psihoterapismul a ajutat la plonjarea societății moderne într-o confuzie și dezordine morală și socială pe care o experimentăm astăzi. La fel ca și comunismul, nici psihoterapismul nu este subiect de critică în mediul academic, și nici daunele produse nu sunt condamnate*”.

O analiză a locului psihoterapiei în Statele Unite o face Elizabeth Throop (2009)¹⁰⁶, profesor de sociologie și decanul departamentului de educație a University of Wisconsin-Platteville. De la început Prof. Throop spune că multe din problemele vieții contemporane ale Americii pot fi atribuite încrederii pe care oamenii o au în “*metafora psihoterapiei*”, metafora goală de moralitate și care a generat un hiperindividualism și dorința de dobândire a sentimentului de fericire ca ceva la care ești îndreptat. Spre deosebire de alte culturi, care văd selful contextual, cultura Americană este dominată de selful individual ca loc al motivației, percepțiilor, gândurilor, emoțiilor și comportamentului. În consecință, problemele care apar sunt rezultatul eșecului individual și astfel, americanii tind să-și “patologizeze” comportamentul iar problemele să le explice printr-un mecanism intern. Ea spune că “*societatea americană se bazează pe psihoterapie și limbajul ei pentru a discuta și rezolva*”

¹⁰⁶ Throop E (2009): *Psychotherapy, American Culture, and Social Policy: Immoral Individualism*, New York: Palgrave Macmillan.

problemele sociale...ceea ce este profund imoral...este responsabilitatea ta sa asculti ceea ce simt si sa raspunzi cu empatie si apoi tu sa spui ce simti fata de ce ti-am spus despre sentimentele mele si asa mai departe...aceasta fiind conversatia inceputului de secol XXI...si astfel se evita sa se faca alegeri morale bazate, poate, pe valorile justitiei sociale care ar putea sa-l faca pe individ sa vada ca emotiile sale nu sunt tocmai bune...psihoterapistii clameaza mereu ca ei sunt neutrii si lipsiti de critica si astfel fac ca psihoterapia sa evite orice evaluare morala". Throop localizeaza originea "hiperindividualismului imoral" american in acceptarea culturala a limbajului psihoterapiei. Acest limbaj a inlocuit celelalte limbaje, precum cel moral, existential sau politic, cu limbajul emotiilor si cognitiilor interne si a experientelor din copilărie. Conform acesui limbaj ne simtim responsabili numai pentru noi insine si astfel am pierdut sensul istoriei, continuitatii, al apartenentei si moralitatii, am devenit o societate suprasensitiva de "ingingatori" care cred ca fericirea nu numai ca poate fi dobandita, dar si ca este un drept al omului. Ea contina raspicat: "trebuie sa afirmam conexiunea dintre noi, atat in societate, cat si in afara ei...trebuie sa intelegem ca nu suntem in centrul universului...trebuie sa intelegem ca traim intr-o economie globala si a ecologie globala, noi avem responsabilitati unul fata de celalalt si este timpul sa incepem sa traim astfel". In final Throop ne spune de ce a scris aceasta carte: "De decenii ma uit la cultura Americana si am ramas perplexa la inabilitatea noastra de a intelege ca comportamntul nostru este daunator si egoist...aceast carte este scrisa din manie si vrea sa te socheze, sa te provoace si sa dea nastere la o confruntare. Eu sper ca dupa aceasta confruntare vom avea o conversatie".

O alta tema pe care vreau sa aduc aici la lumina este problema credibilitatii rememorarii istoriei de viata a pacientului, a rememorilor evenimentelor negative din cursul sedintelor de psihoterapie. Aceasta problema este legata de una din cele mai aprigi critici ce i se aduc psihoterapiei, aceea de a incerca recuperarea de diverse amintiri din epoca copilăriei, cele mai multe din ele legate de abuzul sexual sau de diferite alte traume din copilărie.

In 1996, Richard Ofshe, profesor de psihologie sociala la UC Berkeley si laureat al premiului Pulitzer pentru reportaj si scriitorul Ethan Watters publica o carte tulburatoare numita "*Making Monsters: False Memories, Psychotherapy, and Sexual Hysteria*" (Facerea de monstria: memoriile false, psihoterapia si isteria sexuala) in care fac o analiza amanuntata a felului cum persuasiunea si sugestia la care unele persoane au fost supuse in timpul unor

sedinte de psihoterapie au condus la rememorarea de presupuse abuzuri sau trauma si daune pe care le-au suferit in copilarie¹⁰⁷. Ei pornesc de la analiza a multor cazuri de persoane care au clamat au fost abuzate sau torturate de membrii ai unor secte satanice. In aceste cazuri ei au decelat cum multe din rememorarile acestor persoane s-au produs la sugestiile sau chiar presiunile suferite in cadrul terapiei de recuperare dupa trauma. Apoi acesti autori gasesc ca si in cazul altor psihoterapii multe persoane sufera procedee asemanatoare de recuperare a amintirilor reprimite. Acestea utilizeaza diferite tehnici precum hipnoza sau imageria ghidata, prin care se cauta identificarea abuzurilor sexuale sau a altor trauma suferite in copilarie. Cei care propavaduiesc acest tip de “terapie de memorie” utilizeaza pamflete, conferinte, articole de ziar, emisiuni TV pentru a populariza valoarea terapeutica a reamintirii memoriilor reprimite si implicit cheama presupusi clienti la acest tip de terapie. Ei au introdus si denumirea de “*supravietuitori*” a acelor indivizi carora li s-a indus ideea ca au fost tinta unor astfel de abuzuri, termen luat atat de cultura populara de astazi, cat si de discursul terapeutic. Autori subliniaza daunele pe care aceasta terapie le aduc familiilor lor si care au determinat chiar actiuni in justitie fata de presupusi faptuitori ai acestor de abuzuri. Cartea aceasta este o critica aspra a terapeutilor care in mod agresiv urmaresc aceste memorii ascunse ale abuzurilor sexuale cu scopul de a-si pune in lumina sociala profesia lor si a obtine beneficii de statut si materiale. Ei au reusit in felul acesta sa faca daune ireparabile atat vietii pacientilor lor, cat si familiilor acestora. Ofshe si Watters descrie cum copii au devenit “plini de ura” fata de parinti ca rezultat al terapiei care chipurile releva comportamentul parintilor. Unii parinti chiar au ajuns la inchisoare pe baza falselor memorii de abuzuri sexuale facute copiilor sau au suferit pagube ireparabile ale relatiilor cu copii lor.

Daniel Schacter (1996)¹⁰⁸, o autoritate in domeniul memoriei, arata ca noi luam memoriile noastre ca atare fara sa ne indoim de autenticitatea lor, adica daca sunt adevarate sau false. In cartea sa “Searching for memory: The Brain, the Mind, and the Past” (In cautarea memoriei: Creierul, mintea si trecutul) Schacter se refera la batalia de a recupera memoriile reprimite, precum cele ale abuzurilor din copilarie sau a crimelor. El comenteaza ca inca nu se stie exact felul cum functioneaza memoria, felul cum se stocheaza informatiile si cum se extrag ele, dar sublinieaza componenta subiectiva din rememorare si capacitatea de

¹⁰⁷ Ofshe R, Watters E (1996): Making Monsters: False Memories, Psychotherapy, and Sexual Hysteria, Los Angeles: University of California Press.

¹⁰⁸ Schacter D (1996): Searching for memory: The Brain, the Mind, and the Past, New York: Basic Books.

a forma “*false memorii*” atunci când există sugestibilitate, persuasiune sau beneficiu secundar. El afirmă clar că rememorările sunt constituite în acord cu nevoile, dorințele și influențele prezente și cum ele se formează pe baza fragmentelor de memorie, printr-un procedeu de colaj. Reflectarea ideativă sau punerea în cuvinte a unei experiențe duce la consolidarea ei și îmbogățirea ei prin procesul de asociație. Când privește emoțiile așa-zise “reprimăte”, Schacter spune că nu sunt evidente științifice în favoarea acestei teorii. În schimb, există distorsiuni de memorie, distorsiuni care pot fi legate de atitudinea persoanei, când dispoziția psihică de moment sau emoțiile invadează memorarea și o colorează în anume fel. Poate fi vorba și de distorsiuni legate de presupuneri sau de reinterpretarea la timpul prezent a datelor mnestice. Oricum, copiii au o memorie proastă datorită imaturității lobilor frontali. Autorul mai amintește și că studiile actuale arată că hipnoza nu crește acurătatea memoriei. Persoanele foarte hipnotizabile sunt vulnerabile să creieze memorii iluzorii datorită sugestibilității lor. Schacter spune că “*hipnoza creiază o ambianță de recuperare ce crește dorința și disponibilitatea persoanei de a numi orice experiență mentală ca ‘memorie’...*”

De fapt problema aceasta, a memoriilor reprimăte, vine de la Freud și de la teoria lui asupra “*seducției*” care spunea că fetitele sunt seduse de tatăl lor în copilărie. Freud credea că simptomele somatice, considerate de el ca histerice, au fost cauzate de memoriile reprimăte ale experiențelor traumatice din copilărie și că sarcina terapiei este de a face pacientul de aduce aceste memorii în câmpul conștiinței. El punea mâinile pe capul bolnavei și o încuraja să raporteze orice imagini sau idei care îi veneau în minte. În cazul că nimic nu se petrece cu pacienta, Freud credea că aceasta este un semn la rezistenței și repeta procedura aplicând o presiune mai mare asupra capului și frunții în timp ce insistă ca o imagine sau idee să apară. În această manieră, Freud provoacă apariția unui set de asociații care credea că ar conduce la evidențierea unui moment patogenic. Ideile și imaginile obținute de la pacient prin procedura generală a anamnezei sau prin persuasiune apar trunchiate, lipsind elementele esențiale. Freud spunea că sarcina terapeutului este “*de a pune aceste fragmente împreună într-o organizare care se presupune că ar fi existat*” într-o imagine mai coerentă și narativă. Când un pacient a fost convins de coerența logică a soluției propuse, el sau ea adesea nu mai recunoaște ideile care au format “*nucleul organizării patogenice*”, și chiar nici nu mai recunoaște ce a spus. Avem aici modul cum Freud construia “falsele rememorări” de pretinse

seductii si abuzuri sexuale petrecute in copilarie. Ulterior Freud in *“Introductory Lectures on Psychoanalysis”* din 1933 spune: *“In perioada in care principala mea preocupare a fost directionata inspre descoperirea traumei sexuale infantile, aproape toate femeile paciente mi-au spus ca ele au fost seduse de tatal lor. In final a trebuie sa recunosc ca aceste raportari au fost neadevarate si sa inteleg ca simptomele isterice sunt derivate din fantezii si nu din intamplari reale”* (citata din Esterson, 1998)¹⁰⁹. Intr-o scrisoare din 1913 catre discipoli, Freud se recunoaste ca informatia despre trauma din copilarie nu a fost obtinuta din amintirile persoanei respective ci mai mult construita de el insusi! El mai spunea ca ulterior a invatat sa discearna intre fanteziile pacientilor si memoriile lor autentice. Astfel Freud a renuntat la teoria seductiei, lucru care miscarea feminista de astazi sustine ca a fost facuta de Freud doar la presiunea colegilor lui medici.

Nu pot fi trecute cu vederea, acum la sfarsitul acestei sectiuni, vorbele lui Socrate despre ce inseamna a profesa ceva adevarat sau a profesa ceva fals. O sa redau mai departe comentatiile lui Stewart Justman (2015)¹¹⁰ care se pot constitui ca o analogie cu cele ce sa petrec in zilele noastre cu unii din psihoterapeuti. In Republica lui Platon, Socrate distinge intre doua feluri de a practica medicina, una ca o arta, fondata pe principiile lui Asclepios, si alta, ca o perversiune. Adevaratul doctor, urmas a lui Asclepios, trateaza o boala bine definita intr-un mod foarte definit. Doctorul sarlatan, cel care se pretinde doctor, trateaza boli mai mult sau mai putin imaginare, cultivate de oameni care nu au altceva mai bun de facut. Astfel de doctor inventeaza nume de boli cu care vrea sa umple vietii goale. Socrate spune ca intr-o societate sanatoasa fiecare om joaca unul si acelasi rol, cismarul este cismar, soldatul este numai soldat...Dupa Socrate, o mixtura de roluri pare sa exista cand este vorba de sanatate, cand se sterge diferenta dintre cine este bolnav si cine este sanatos. Fantezistii care consulta un doctor pentru diferite lucruri imaginare fac din boala in sine un mod de viata. Dupa Socrate, Asclepios s-a concentrat numai pe persoanele care au o boala definita. O multime de boli care ne perturba sunt nedefinite chiar daca pot dobandi un nume si multe simptome pot fi accentuate de interpretarile pe care doctorii le impun pacientilor lor. In cele de mai sus, titlul de doctor poate fi inlocuit de cel de terapeut.

¹⁰⁹ Esterson A (1998): Jeffrey Masson and Freud's seduction theory: a new fable based on old myths, *History of the Human Sciences*, 11(1): 1-21.

¹¹⁰ Justman S (2015): *The Nocebo Effect: Overdiagnosis and Its Costs*, Palgrave Macmillan.

Si nu exista nici incheiere mai buna a acestui capitol decat comentariile prof. Robert Woolfolk, profesor de psihologie clinica la State University of New Jersey/Rutgers, Statele Unite, din cartea sa foarte recenta: “*The Values of Psychotherapy: The Talking Cure in an Age of Clinical Science*” in care face o analiza foarte amanuntata a starii psihoterapiei de astazi, a criticilor si rezultatelor ei, a teoriilor si metodologiilor utilizate, incercand sa rotunjeasca atat partil pozitive, cat si partile negative ale ei (Woolfork, 2015)¹¹¹. Aceasta carte ar trebui sa stea neaparat la temelia oricarui curs de formare in psihoterapie.

Robert Woolfolk spunea ca “*psihoterapia reflecta atat normele culturale cat si felul in care le construiește prin contactul direct cu pacientii si clientii si, indirect, prin influentarea artei, literaturii, mass-mediei, practicilor educationale si a altor institutii sociale*”. Ea nu este nici buna, nici rea, ea este psihoterapia zilelor noastre! “*In ciuda imensului impact cultural al psihoterapiei si a ‘perspectivei psihologice’ dominante asupra lumii de astazi, viitorul psihoterapiei si a profesiunilor care o practica, psihologi, asistenti sociali, psihiatrii sau consilieri, ea este in reflux...rolul psihoterapiei in ingrijirea sanatatii mentale este incert... Dupa o crestere meteorica, psihoterapia a suferit o schimbare a traiectoriei, ea a fost afectata de schimbarile in felul cum tulburarile mentale sunt astazi conceptualizate si tratate... Pentru prima oara in istoria sa, psihoterapia descreste in popularitate*”. El continua sa prezinte studii si anchete nationale din Statele Unite care arata fara dubi cum a scazut numarul de sedinte de psihoterapie utilizate in tratarea persoanelor cu tulburari psihice. Totusi procentajul din populatia generala care a utilizat psihoterapia a ramas constant, mai ales din cauza persoanelor care s-au adresat acestei terapii pentru alte probleme decat cele de sanatate mentala.

In alt loc in carte, Robert Woolfork spune ca “*profesia de psihoterapeut a intrat clar intr-o faza tranzitionala*”. Dupa acaliza lui, aceasta situatie s-ar datora succesului campaniei de “*medicalizare*” dusa de companiile farmaceutice si de medicii in definirea unor problemele de viata ca tulburari ale creierului, tulburari care astazi sunt considerate ca fiind asemanatoare tulburarilor somatice. Utilizarea excesiva a diagnosticelor si tratamentelor medicale pentru aceste tulburari a rasturnat balanta dintre “*psyche*” si “*bio*” in favoarea celei din urma. In felul acesta, dimensiunea culturala, sociala si psihologica a suferintei umane a

¹¹¹ Woolfolk RL (2015): *The Values of Psychotherapy: The Talking Cure in an Age of Clinical Science*, New York: The Guilford Press.

fost minimalizata si s-a adoptat in mod tacit faptul ca privirea stiintifica a acestor probleme este modelul cel mai eficient de a le privi si gestiona. Robert arata cat de “toxica” pentru psihoterapia a fost incercarea de a gasi potrivirea ei cu modelul medicinei bazate pe dovezi ceea ce a pus psihoterapie intr-o pozitie defensiva. El recunoaste ca este greu de a gasi legitimitate stiintifica psihoterapiei, dar beneficiile ei nu constau numai in tratarea bolilor, ci in promovarea unei intelepciuni umane superioare asupra suferintei ca parte inerenta a existentei umane.

Ce cred eu? Psihoterapie va dainui cat va dainui si specia umana pentru ca nararea suferintei, cat si a bucuriei, impartasirea cu ceilalti si cu cel mai potrivit sa auda si sa raspunda, sunt parti constitutive ale constructiei individualui. Noi traim si ne evaluam prin ochii celorlalti, avem nevoie de celalalt pentru a sti cine suntem. Problemele care izvorasc din acest dialog sunt de natura morala, etica, deontological si pe acestea am cautat sa le relievez in tot ce am ales sa scriu in acest capitol.