

## **PSIHOTERAPIA IN VIZIUNEA POPULARA SI CEA STIINTIFICA**

Ce-l face pe cineva sa doreasca sa intre intr-un cabinet de psihiatrie sau de psihoterapie si sa fie subiectul unei terapii? Aceasta depinde in mare masura de ideile si credintele sale despre problemele pe care le are, despre modul de a fi tratate/rezolvate, de asteptarile pe care le are referitor la rezultatul acestui demers si de informatiile anterioare despre profesionistii carora li se adreseaza. Toate aceste credinte, informatii, asteptari si atitudini pe care oamenii le au fata de bolile sau problemele de care sufera si fata de modul de rezolvare a lor, alcatuiesc ceea ce se numeste conceptia populara, laica, despre boli si sanatate.

Intr-un anumit moment al vietii, fiecare din noi a avut, are sau va avea categoric nevoie de altcineva care sa-l ajute. Exista oameni care au mai multa experienta, mai multe cunoastinte, mai mare renume, si la acestia vom apela atunci cand avem nevoie. In functie de cunoastere, de expertiza intr-un domeniu dat, oamenii pot fi clasificati in doua mari categorii: "profesionisti" sau "experti" si "laici", "novici" sau "nesteiutori". Diferenta intre aceste doua categorii, de profesionisti si de laici, este de cunoastere si de experienta in domeniul lor de expertiza. Si laicii posedea un grad oarecare de cunoastinte in domeniu si pe baza acestuia ei vor identifica profesionistul la care sa apeleze cand cred ca au nevoie de acesta.

Expertiza si felul cum ea se construiesc au fost mereu un subiect controversat, atat pentru publicul larg, cat si in lumea "academica". Modul in care diferite tipuri de expertiza se construiesc si ce contexte le faciliteaza este o problema inca neclara. Felul cum participantii ajung la cunoastere, obtin credite, confidenta si statut de membru in diferite retele si grupuri profesionale sau felul cum isi negociaza statutul si expertiza, sunt subiect de discutie si critica. Pe de alta parte, din perspectiva publicului larg, o anumita expertiza vine de la sine, prin simplul statut de cetatean, de participant la grupul social si cultural. Eu sunt destul de expert pentru ca traiesc aici, m-am nascut aici, etc. Aceasta dinamica si felul cum se construiesc podul sau prapastia dintre expert si laic este un domeniu mult cercetat.

Constructia sociala a expertizei este destul de bine documentata in medicina si mai putin in psihologie. Granitele dintre profesie si pacienti au fost relativ bine construite. Influenta factorilor culturali a condus insa la destabilizarea relatiei dintre expert si laic. Expertiza are mai multe calitati: este tehnica, normativa, interactionala, utilizabila de catre altii, dar este si culturala, in sensul ca apartenenta la o cultura iti da dreptul sa comentezi, sa critici, sa alegi, sa rejetezi sau sa crezi. Expertul are o pozitie proactiva, pe cand laicul este dominat de modestie, dar poate si de resentiment, este intr-o pozitie pasiv-agresiva. Alta problema este democratizarea relatiei dintre expert si laic, cand ascultarea voci fiecaruia, pozitile egale, respectul si reciprocitatea, cooperarea si altruismul au o mare importanta (Kerr si colab. 2007)<sup>1</sup>.

Daca largim aceasta dihotomie, putem spune ca exista o cunoastere stiintifica si una laica, putem spune ca exista o medicina/psihologie stiintifica si una populara sau “*folk*”, care se transmite oral intr-un spatiu geografic si cultural. Intr-un fel, este vorba aici de “*doua culturi*” asa cum le identifica Charles Snow in prelegerea sa din 1959<sup>2</sup>, o cultura a oamenilor de stiinta si cea a oamenilor de formatie umanista. Intre cele doua culturi exista o suspiciune mutuala si o neintelegere perpetua care s-au reflectat si inca se reflecta in modul cum rezolvam problemele civilizatiei actuale. Aceasta diviziune intre cele doua “culturi” isi are inceputul in secolul XIX-lea. Inainte de aceasta nimeni nu isi punea problema ca o ramura sau o disciplina a cunoasterii ar putea deveni amenintator dominanta sau inaccesibila, asa cum apar medicina si psihologia de astazi. In Evul Mediu si in timpul Renasterii cunoasterea generala despre natura a fost apanajul filozofiei, ca in sec. XVII, odata cu debutul revolutiei stiintifice, cunostintele despre natura au inceput sa se aglomereze si sa devina specifice diferitelor domenii de cunoastere. Cu toate acestea, lumea dorea sa tine toate la un loc si astfel a aparut enciclopedistii. Odata cu inceputul sec. XIX incepe sa se creeze o fisura intre cele doua tipuri de cunoastere, cea stiintifica si cea umanista, si atunci a aparut si temerea ca o astfel de diviziune ar putea afecta educatia individuala si bunastarea sociala. Acesta este fundalul pe care au aparut “laicii”, numiti de multe ori profani, nespecialisti sau diletanti. In functie de educatia noastra formala, noi ne putem plasa intr-una din aceste doua culturi: cea “stiintifica”, a expertilor si cea

---

<sup>1</sup> Kerr A, Cunningham-Burley S, Tutton R (2007): Experts and lay people in public dialogue, *Social Studies of Science*, 37(3):385-411.

<sup>2</sup> Snow CP, Collini S (1998): *The Two Cultures*, New York: Cambridge University Press.

“umanista”, generala, a laicilor. În fața unei probleme de fizică, un fizician este un expert și restul sunt laici, în fața unei probleme de medicină, medicul este un expert iar restul sunt laici. Conform Dictionarului explicativ al limbii române, o persoană laică este o persoană fără cunoaștere profesională sau specializată într-un domeniu anumit. Cu același înțeles noi folosim și cuvinte precum amator, nespecialist, diletant, novice sau profan.

După Messer și Winokur (1980)<sup>3</sup> cele două culturi persistă în psihologie, în care unii văd în principal o știință, accentuând pe raționalitate, obiectivitate și empiricism, iar alții o văd în special ca o disciplină umanistă cu accent pe ambiguitatea condiției umane, pe subiectivitate și modul intuitiv de cunoaștere.

De ce sunt importante pentru un specialist credințele și interpretările oamenilor obișnuiți, laici, despre sănătate și boala psihică? Aceste credințe nu sunt simple versiuni “diluatare” ale cunoștințelor medicale și psihologice, ci sunt formate în timp, în mediul în care oamenii trăiesc, adică într-o locație geografică, context cultural, biografie personală și identitate socială. Studiul acestora este important pentru că furnizează o privire în interiorul relației dintre profesioniști și pacienți, oferind o înțelegere a felului cum laicii conceptualizează sănătatea și boala, concepte care ar putea altfel să fie considerate de profesioniști ca “incorecte”. El mai furnizează o înțelegere a ideilor oamenilor laici despre menținerea sănătății și prevenția bolilor, ceea ce este crucial pentru succesul educației pentru sănătate și promovarea programelor de sănătate, și asupra felului cum oamenii obișnuiți gestionează sănătatea lor și cum aleg serviciile de îngrijire a sănătății.

“*Psihologia folk*”, numită și “*psihologia simțului comun*”, conține explicațiile populare largi despre dorințele, gândurile, emoțiile și comportamentul oamenilor dintr-o anumită cultură legate de felul în care înțeleg că funcționează mintea și cauzele afecțiunilor ei (Dennett, 1987)<sup>4</sup>. Teoriile care le îmbrățișează un număr mare de oameni pot fi numite “*simțul comun*”. Psihologia folk este o teorie spusă la persoană întâi, este o explicație în care “*eu vorbesc despre mine*”, pe când în psihologia științifică explicațiile sunt la persoană treia, adică “*specialistul vorbește despre mine*”. Psihologia folk este o psihologie a simțului comun, pentru că ea generează norme acceptate de toți, norme după

---

<sup>3</sup> Messer SB, Winokur M (1980): Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy, *American Psychologist*, 35: 818-827.

<sup>4</sup> Dennett DC (1987): *The Intentional Stance*, MA, Massachusetts Institute of Technology Press.

care oameni din spatial cultural dat vorbesc, cred si se comporta fata de suferintele mentale.

Cat priveste medicina folk, ea a existat din cele mai vechi timpuri, pentru ca oamenii din diferite parti ale globului au incercat sa exploreze cauzele bolilor si s-au angajat in descoperirea de remedii specifice. Toate societatile de pe glob au propria lor farmacopee populara, rafinata in timp, practici terapeutice si religioase legate de ameliorarea suferintelor cauzate de boli. Aceste proceduri sunt influentate de cunoasterea si practicile traditionale, de obiceiuri si stereotipuri, ca si de procesul permanent de incercari si erori. Medicina folk incorporeaza practicile si ideile despre sanatate care sunt confirmate intr-un grup sau cultura si care sunt transmise oral, de la o generatie la alta. Medicina folk se refera la cunoasterea, intelegerea si educatia traditionala despre boli si tratamentul lor si mai este cunoscuta si ca etno-medicina sau medicina de gospodarie. Dupa organizatia Mondiala a Sanatatii, medicina traditionala este descrisa in felul urmator: *“suma cunostiintelor, practicilor si deprinderilor bazate pe teoriile, credintele si experienta originara, indigena, din diferite culturi, indiferent daca este explicabila sau nu, utilizata in mentinerea sanatatii precum si in preventie, diagnostic si tratament”*.

Medicina folk este o mixtura de practici vindecatoare traditionale si credinte care implica tratamentul cu plante, spiritualitate si practici executate cu ajutorul mainilor cu scopul de a diagnostica, trata si a preveni suferinte si boli. Cand spunem medicina folk mai putem intelege si medicina alternativa, medicina holistica sau medicina *“estica, orientala”* asa cum sunt ele definite de mass-media si in cultura populara. In opozitie, medicina stiintifica sau bio-medicina, foloseste practici terapeutice bazate pe dovezi si cercetare empirica. Ea mai este numita astazi si medicina conventionala sau allopatica.

Ideile, credintele si atitudinile care alcatuiesc psihologia sau medicina folk prezinta mai multe caracteristici:

- i) sunt partial confirmate sau neconfirmate stiintific;
- ii) sunt robuste, rezistente in timp si nu se modifica odata cu noile date ale psihologiei si medicinei moderne;
- iii) sunt cauzale, in sensul ca ofera explicatii si atributii atitudinilor oamenilor si ofera statutul normativ al unora din ele;

- iv) deși nu sunt folosite științific, sunt utilizate în viața de toate zilele atât limbajul cotidian, cât și în orientarea relațiilor dintre indivizi.

Pentru Baker (1999)<sup>5</sup>, legitimitatea psihologiei simțului comun vine din faptul că ea s-a născut în practica de fiecare zi, indiferent de rezultatele psihologiei științifice sau a neuroștiințelor. Pentru Patricia Churchland (1986)<sup>6</sup> psihologia folk este o *“psihologie a bunului simț, o psihologie în virtutea căreia noi explicăm comportamentul ca fiind un rezultat al credințelor, dorințelor, percepțiilor, așteptărilor, scopurilor și senzațiilor și așa mai departe”*. Ea este o teorie superficială, parțială, o *“colecție de platitudini”* care nu penetrează prea profund realitatea și ea a rămas în mare parte neschimbată în ultimele decenii, în ciuda popularizării progreselor neuroștiințelor. Psihologia folk are și un caracter etic pentru că pe baza idelilor pe care le conține *“un om poate fi blamat sau laudat, poate să atragă atenția, să semnalizeze, să amenințe sau să interzică”* (Stueber, 2009)<sup>7</sup>.

Existența acestei medicini sau psihologii populare sau folk face ca mulți oameni să consulte alt gen de persoane, persoane laice, fără statutul formal de expert, precum un vecin, un preot, o persoană cu autoritate, un vindecător care practică o medicină alternativă sau o terapie alternativă. Pe cine consultă astfel de oameni depinde de o multime de factori printre care amintesc: aderența la teoriile explicative folk ale tulburărilor mentale, natura problemei, cunoașterea și notorietatea unui astfel de *“terapeut”* și critica sau scepticismul față de modul de abordare *“științifică”* comparativ cu cele alternative.

Chiar și pentru medicina sau psihologia științifică, înțelegerea, diagnosticul și tratamentul devin dificile în cazul în care există diferențe privind perspectivele culturale ale pacienților. În afara de obstacole precum limbajul sau alte bariere culturale, folosirea medicinei folk sau a medicinei alternative este justificată de credința pe care unii o au că, odată văzuți și diagnosticați de profesioniști ai sănătății, ei vor fi judecați și ridiculizați atât de profesioniști cât și de egali lor.

Atât în medicina, cât și în psihologie, teoriile folk par bine cunoscute, intuitive, nesurprinzătoare, nu aduc informații noi, sunt expuse într-un limbaj trivial sau esoteric.

---

<sup>5</sup> Baker LR (1999): What is thing called “Commonsense Psychology”, *Philosophical Exploration*, 1:3-19.

<sup>6</sup> Churchland PS (1986): *Neurophilosophy: Toward a Unified Science of the Mind-Brain*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press,

<sup>7</sup> Stueber KR (2009): Ethical dimension of folk psychology? *Inquiry*, 52(5): 532-547.

Ele tradează interesul comun al oamenilor, sentimentul de cooperare, mutualitate, consensualitate. Fletcher (1984)<sup>8</sup> prezintă trei aspecte ale simțului comun:

- i) simțul comun este un set de presupuneri fundamentale despre natura lumii sociale și fizice, ce sunt luate ca unanime, niciodată chestionate, justificate; de ex. lumea există independent de percepțiile noastre;
- ii) simțul comun este un set de maxime și credințe împărtășite despre lumea socială și fizică, sub formă de proverbe, alegorii, fabule, ce se prezintă ca invariante de-a lungul culturilor;
- iii) simțul comun este reprezentat de diferite moduri de gândire împărtășite despre lumea fizică și socială, care sunt procese mentale tacite implicate în explicarea, interpretarea și înțelegerea comportamentului propriu și al altora.

Într-o altă perspectivă, psihologia simțului comun este o rețea de concepte aparținând fenomenelor psihologice, înrădăcinate în limbajul obișnuit. Smedslund (1978)<sup>9</sup> spunea că o persoană dobândește aceste concepte prin procesul de socializare și nu prin observare sau experimentare, prin apartenență și aderarea la societate și valorile ei, la stereotipurile culturale și lingvistice. Pentru el, psihologia simțului comun înseamnă *“o rețea de concepte despre fenomenele psihologice care este incorporată în limbajul obișnuit”*. Aceste idei sunt exprimate în termeni și denumiri pe care, ca oameni obișnuiți, le folosim pentru a descrie alți oameni sau le folosim în povestirile pe care le spunem despre oameni în general sau despre cunoscuți. Această înțelegere este transportată în limbajul obișnuit, cel de toate zilele. A deveni membru al societății implică o capturare a psihologiei implicite a acestei societăți ce transcende persoana. Psihologii și medicii aparțin și ei societății în care trăiesc și de aceea ar trebui să fie sensibili și chiar să posede informații extinse asupra rețelei de concepte care alcătuiește simțul comun.

Knowles (2002)<sup>10</sup> descrie psihologia folk ca o schemă de explicații folosită de toți oamenii obișnuiți pentru a da sens și a prezice comportamentul altora prin atribuirea de stări mentale precum credințe, dorințe, dureri, emoții, etc. El oferă o definiție mai îngustă prin care psihologia folk ar implica în particular explicarea atitudinilor oamenilor care

---

<sup>8</sup> Fletcher G (1984): Psychology and common sense, American Psychologist, 39: 203-213.

<sup>9</sup> Smedslund J (1978): Some psychological theories are not empirical: Reply to Bandura, Scandinavian Journal of Psychology, 19: 101-102.

<sup>10</sup> Knowles J (2002): Is folk psychology different? Erkenntnis, 57: 199-230.

sunt generate de credintele, dorintele si intentiile acestora. Aceste explicatii si intelesuri pe care psihologia folk le ofera, au au caracter normativ pentru ca ofera o schema explicativa pentru a intelege pe altii in viata de zi cu zi, intelegere care sta la baza interpretarii celorlalti, coabitarii cu ceilalti, clasificarii si normarii comportamentului celorlalti.

As putea spune ca medicina si psihologia stiintifica stau fata in fata cu medicina si psihologia populara, ca expertul sta fata in fata cu laicul. Ce crede un specialist, un medic sau psiholog, despre psihoterapie si ce crede un profan sau laic despre psihoterapie este foarte important de discutat pentru ca din intalnirea acestor intelesuri decurge viabilitatea si statutul psihoterapiei in lumea in care traim. Faptul ca eu sunt specialist in psihoterapie nu inseamna nimic daca nu intalnesc un om pentru care stiinta mea sa aiba un sens.

Jorm si colab (1997)<sup>11</sup> introduc termenul de “*cunoscator*” in ale sanatatii mentale (“*mental health literacy*”), termen definit ca “*cunoastere si credinte care ajuta la recunoasterea, managementul si preventia tulburarilor mentale*”. El este o prelungire a termenului de cunoscator in ale sanatatii in general (“*health literacy*”) definit ca o capacitate functionala legata de abilitatea de cunoastere elementara care influenteaza abilitatea oamenilor de a avea acces si utiliza informatii despre sanatate. Dupa Jorm si colab. termenul de “cunoscator” in ale sanatatii mentale are mai multe componente:

- i) abilitatea de a recunoaste boli specifice sau diferite tipuri de tulburari psihologice;
- ii) cunoastere si credinte despre factorii de risc si despre cauze;
- iii) cunoastere si credinte despre interventii de auto-ajutor;
- iv) cunoastere si credinte despre ajutorul profesional disponibil;
- v) atitudini care sa faciliteze recunoasterea nevoii de ajutor;
- vi) cunoasterea felului cum se cauta sau se obtin informatii despre sanatatea mintala.

Multe studii sugereaza ca oameni obisnuiti au in general o proasta intelegere a bolilor mintale, de exemplu, ei nu sunt capabili sa identifice corect bolile mentale, nu inteleg cauzele, sunt tematori cu cei care sunt perceputi a avea boli mentale, au credinte

---

<sup>11</sup> Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al (1997): “Mental Health literacy”: a survey of the public ability to recognize mental disorders and their belief about the effectiveness of treatment, Medical Journal of Australia, 166:182-186

incorecte despre eficiența tratamentelor, sunt adesea reticenti în a solicita ajutorul pentru boli mentale și nu sunt siguri cum să-i ajute pe cei cu boli psihice.

Jorm și colab. (1997) au făcut o anchetă pe un lot larg din populația australiană și au găsit că oameni obișnuiți au recunoscut depresia, după o descriere clinică, doar în 39% din cazuri și doar 27% în cazul schizofreniei. Tot acest studiu releva că majoritatea oamenilor cred că cea mai importantă cauză a tulburărilor psihice este stresul, iar factorii biologici sunt mai puțin importanți. Când privește ajutorul necesar, familia și propriul ajutor sunt considerate cele mai importante, iar dintre profesioniști, medicul de familie este primul menționat ca fiind de apelat și doar mai apoi vin psihiatrii și psihologii. Medicatia este de utilizat doar în cazuri grave, precum schizofrenia, în rest consilierea și psihoterapia sunt formele de tratament agreate de cei mai mulți oameni din cei chestionați în acest studiu.

Un studiu canadian (2007)<sup>12</sup> arată că majoritatea “laicilor” rezistă la explicațiile medicale și persistă în concepția lor tradițională despre tulburările mentale. Atitudinile față de bolile mintale sunt adesea negative și stigmatizante. Stigma poate influența comportamentul de căutare a ajutorului sau conduce la eșecul aderenței la tratamentul corect. În ultimele decenii, oameni obișnuiți au devenit oarecum mai toleranți față de bolile psihice mai puțin severe, precum depresia și anxietatea, și mai reticenti în a-i denumi pe cei afectați ca fiind persoane cu boli psihice. Studiul a mai reliefat existența unei variații culturale semnificative în felul cum oamenii recunosc, explică, trăiesc și vorbesc despre bolile mintale și tratamentul lor. Această variație este strâns legată de condițiile sociale și de mediul cultural precum sărăcia, proasta educație și lipsa suportului social.

Mai recent, Reavley și Jorm (2011)<sup>13</sup> raportează rezultatele unei anchete naționale australiene cu privire la cunoașterea pe care oameni obișnuiți o au despre tulburările mintale și tratamentul lor. Studiul a cuprins 6019 respondenți adulți din populația generală și 3025 tineri. Această anchetă națională a scos la iveală o proastă recunoaștere a bolilor, credințe negative despre standardul tratamentelor psihiatrice inclusiv medicația.

---

<sup>12</sup> Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (2007): Mental Health Literacy in Canada: Phase One Draft Report Mental Health Literacy Project, Toronto, ON.

<sup>13</sup> Reavley NJ, Jorm AF (2011): National Survey of Mental Health Literacy and Stigma, Department of Health and Ageing, Canberra.



In contrast, exista o viziune pozitiva asupra strategiilor de auto-ajutor, despre ajutorul familiei si prietenilor si despre tratamentul psihologic, incluzand aici consilierea si psihoterapia. Medicul de familie a fost considerat ca cea mai buna sursa de ajutor pentru depresie si schizofrenie, in timp ce consilierea a fost in general considerata ca cea mai de ajutor in cazul anxietati.

Haslam (2005)<sup>14</sup> formuleaza un model cu patru dimensiuni, model care arata felul cum oameni obisnuiti concept o tulburare mentala:

- i) “patologizarea” dupa care exista un parg de marime dincolo de care un comportament este considerat anormal;
- ii) “moralizarea” anormalitatii care implica judecarea acesteia ca atribuabila perversitatii sau unei slabiciuni ale vointei;
- iii) “medicalizarea” anormalitatii este a treia dimensiune si implica atribuirea ei unor aberati corporale, conceptualizate ca rezultat direct al unei conditii medicale;
- iv) “psihologizarea” anormalitatii implica explicarea ei cu referinta cauzala spre tulburarile psihologice-mentalistice, care nu pot fi intentionale pe de-antregul, manifestate in disfunctii psihologice, distres emotional si conflict intrapsihic.

Este important pentru un profesionist sa ia in considerare teoriile populare, pentru ca deciziile oamenilor de a cauta ajutorul, atitudinile privind suferinta, sunt generate de credintele asupra naturii bolilor iar discrepantele dintre conceptiile profesionistilor si ale publicului larg interfera cu aderenza acestora din urma la tratament, cu alegerea formei de tratament si cu renuntarea timpurie la tratament. Un profesionist, mai ales cei care furnizeaza un tratament psihologic, trebuie sa fie foarte sensibili la aceste aspecte, sa exploreze cu intelegere credintele si conceptiile pacientului din fata sa si, in final, sa caute o adaptare “*soft*” a conceptiilor stiintifice pe care el le furnizeaza, cu cele laice ale pacientului, lucru care se realizeaza printr-o “*democratizare*” a relatiei intre expert si profan.

Cunosterea pe care oamenii obinuiti o au asupra tulburarilor psihologice, a suferintei psihice, nu este numai un fenomen inductiv, care se petrece prin contactul cu cunoasterea expertilor, ci este si o cunoastere care se obtine printr-o constructia activa a

---

<sup>14</sup> Haslam N (2005): Dimensions of folk psychiatry, Review of General Psychology, 9(1): 35-47.

intelegerii bolilor, ghidata de o cunoastere mai larga a naturii umane care este specifica culturii respective, asa cum a aratat Haslam (2005)<sup>15</sup>. Acesta sustine ca conceptia laica nu este numai o cunoastere declarativa, ci se bazeaza pe un proces cognitiv, pe scheme, credinte si asteptari si ea este utilizata in viata de zi cu zi orientand opiniile, narativele, atitudinile si cautarea ajutorului. Daca vrem sa avem pacienti, daca vrem ca ei sa ramana cu noi in terapie, trebuie sa tinem cont de aceasta!

Llewelyn (1988)<sup>16</sup> arata ca in timp ce pacientii nostri sunt mai interesati in a gasi solutii la problemele lor si de a se simti bine, terapeutii par mai interesati de etiologia problemei, de inducerea rolului de pacient si de cat de mult pacientul are constiinta problemelor lui. Cand un profesionist interpreteaza cunostintele in sanatate mintala ale pacientului din fata sa, el evalueaza distanta la care acestea se afla fata de cele pe care el, expertul, le poseda; expertul le priveste din punctul lui de vedere pe care-l considera de la sine inteles ca valid.

Ce cred oamenii obisnuiti despre psihoterapie? Furnham si Wardley (1990)<sup>17</sup> au constatat ca oameni obisnuiti cred ca cei care merg la psihoterapie au un beneficiu mai mare decat cei care folosesc un tratament medical. Mai departe, Furnham and Wardley (1991)<sup>18</sup> investigheaza teoriile laice asupra efeciacitatii terapiilor si asupra prognosticului si constata ca cu cat oameni au mai multe cunostinte despre psihologie, cu atat sunt mai sceptici fata de rezultatul terapiei psihologice in cazul bolilor mintale. Se poate spune ca cunoasterea psihologica ii face pa oameni sa descopere limitele terapiilor psihologice. Furnham si colab. (1992)<sup>19</sup> compara evaluarea pe care o fac oamenii obisnuiti, studentii si psihologii clinicieni cu privire la beneficiul psihoterapiei si gasesc ca acestia din urma tind sa fie mai cinici cu privire la eficacitatea terapiei si asupra prognosticului in cazul multor boli mintale. Wong (1994)<sup>20</sup> reia cercetarile lui Furnham si

---

<sup>15</sup> Haslam N (2005): Dimensions of folk psychiatry, *Review of General Psychology*, 9(1): 35-47.

<sup>16</sup> Llewelyn S (1988): Psychological therapy as viewed by clients and therapists, *British Journal of Clinical Psychology*, 27:223-237.

<sup>17</sup> Furnham A, Wardley Z (1990): Lay theories of psychotherapy, I: Attitudes to and beliefs about psychotherapy and psychotherapists. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 878-890.

<sup>18</sup> Furnham A, Wardley Z (1991): Lay theories of psychotherapy, II: The efficacy of different therapies and prognosis for different problems. *Human Relations*, 44, 1197-1201.

<sup>19</sup> Furnham A, Wardley Z, Lillie F (1992): Lay theories of psychotherapy, III: Comparing the ratings of lay persons and clinical psychologists. *Human Relations*, 45, 839-858.

<sup>20</sup> Wong JL (1994): Lay theories of psychotherapy and perceptions of therapists: A replication and extension of Furnham and Wardley, *Journal of Clinical Psychology*(4): 624-632

găsește ca terapistii, medicii sau psihologii cu renume sunt mai credibili și exercită o mai mare influență asupra clienților lor decât profesioniștii mai puțin cunoscuți. Dintre factorii care influențează percepția terapistului și terapia pe care o livrează, acestea enumera: i) atractivitatea fizică a profesionistului, ii) confortul clientului cu situația terapeutică, iii) așteptările clientului, iv) prețul sesiunii de psihoterapie și v) felul psihoterapiei. Subiecții intervievați de Wong par să aibă concepții realiste despre ce se petrece în psihoterapie și sunt mai optimiști față de rezultatul acesteia. Cu toate acestea, există unele concepții eronate despre psihoterapie, precum că în timpul acesteia ești întrebat mai mult despre vise, ți se spune că problemele tale încep din copilărie și se folosesc foarte multe chestionare de personalitate. Altă constatare a fost că bărbații și bătrânii sunt mai puțin optimiști cu privire la efectele psihoterapiei, și numai 50% din participanți au putut să stabilească corect diferența dintre un psiholog, psihiatru și psihanalist. În continuare, Furnham și colab. (2001)<sup>21</sup> au explorat teoriile laicilor despre psihoterapie și găsesc că oamenii care au fost la psihoterapie au o atitudine mai realistă despre aceasta decât restul oamenilor. Cei care au avut contact cu psihoterapia cred că stabilirea raportului este de mare importanță în timpul fazei de început a psihoterapiei, că psihoterapia conduce la înțelegerea propriei persoane, că ea încurajează exprimarea liberă a emoțiilor și că ea constă mai mult în ascultarea pacientului decât în furnizarea de directive. După câțiva ani, Furnham (2009)<sup>22</sup> își continuă investigațiile și folosește un eșantion de 185 persoane din populația generală pentru a explora cunoștințele și atitudinea lor față de psihoterapie. El găsește că oamenii cred că tratamentele psihiatrice sunt în multe cazuri nefolositoare, cu excepția cazurilor de boli psihice cu cauze organice, precum schizofrenia și tulburarea bipolară, în schimb psihoterapia și consilierea au rezultate foarte bune în cazul depresiei și anxietății.

Moses (2012) arată că așteptările clienților privind beneficiul psihoterapiei este unul din cei mai importanți factori ce contribuie la un rezultat pozitiv în psihoterapie. La fel, așteptările cu privire la rolul terapistului și clientului, precum cine vorbește, cine pune întrebările, cine ascultă, etc. Concluzia generală asupra așteptărilor arată o corelație

---

<sup>21</sup> Furnham A, Pereira E, Rawles R (2001): Lay theories of psychotherapy: Perceptions of the efficacy of different 'cures' for specific disorders, *Psychology, Health & Medicine*, 6 (1): 77-84.

<sup>22</sup> Furnham A (2009): Psychiatric and psychotherapeutic literacy: Attitudes to, and knowledge of, psychotherapy, *International Journal of Social Psychiatry*, 55(6): 525-537.

stransa intre asteptarile clientului si rezultatul terapiei si poate explica o mare parte din progresele obtinute in cadrul terapiei. De gradul in care laicii au cunostinta de psihoterapie, depinde cat de mult trebuie sa lucreze psihoterapeutul in primele sedinte pentru stabilirea unei relatii terapeutice.

In general, rezultatele studiilor au aratat ca populatia generala este relativ aiva asupra serviciilor de sanatate mentala care sunt disponibile si referitor la metodele pe care profesionistii le utilizeaza. S-ar parea ca exista un clivaj intre credintele laice si cele profesionale privind bolile mentale. Astfel exista diferente intre continutul teoriilor laice si a celor academice asupra bolilor mentale, teoriile laice punand accentul pe factorii cauzali familiali, sociali si psihologici, pe cand cele academice punand accentul pe factori biologici si genetici. In ceea ce priveste tratamentul, teoriile academice subliniaza importanta agentilor psihofarmacologici si a unor psihoterapii structurate (de ex. psihoterapia cognitiv-comportamentala), pe cand teoriile laice prefera tratamentele psihologice de tipul consiliere sau psihoterapie suportiva, in fata de cele biologice.

Furnham si Telford (2011)<sup>23</sup> formuleaza cateva concluzii asupra diferentelor dintre credintele laicilor si cele ale expertilor in ceea ce priveste bolile psihice:

- i) Cunoasterea bolilor mentale este parcelara si variata, laicii sunt oarecum bine informati despre unele boli ca depresia sau anxietatea, si ignoranti fata de altele precum schizofrenia. Aceasta poate tine si de prevalenta acestor boli in populatia generala, ca si de influenta mass-mediei;
- ii) Cat priveste cauzele, se pot distinge mai multe explicatii precum psihologice, sociologice, biologice/genetice si moral/comportamentale. Astfel sunt oameni care pun bolile psihice pe seama slabiciunii de caracter, de morala, pe seama copilariei si relatiilor cu parintii, pe vicisitudinile mediului social sau a lipsei de educatie;
- iii) Laicii sunt mai vagi in ceea ce priveste tratamentul, totusi majoritatea din ei sunt de acord cu importanta tratamentului psihologic, prin vorba;
- iv) Nu exista o corelatie evidenta intre cauzele bolilor in viziunea laicilor si terapiile pe care ei le propun;

---

<sup>23</sup> Furnham A, Telford K (2011): Public attitudes, lay theories and mental health literacy, in L, L'Abate (ed.): Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control, London: InTech.

- v) Nu există o corelație evidentă cu variabilele demografice, vârsta, sex sau statut marital.

Există însă și critici! Miller (1992)<sup>24</sup> spunea: *“conform criticilor săi, psihologia folk este o teorie dezordonată a comportamentului uman, dominată de termeni precum credințe și dorințe, dar niciodată nu este și nici nu va fi o teorie. Limbajul natural al credințelor și dorințelor este o expresie a unor persoane care cred că și alții împărtășesc experiențele de viață în același fel”*. După Miller există două feluri de obiecțiuni:

- i) Psihologia folk explică comportamentul prin referire la scopuri mai degrabă decât cauzele anterioare. O persoană este văzută ca acționează în anumite feluri din cauza că ea crede sau dorește ca unele stări să se împlinească. Explicațiile psihologiei folk sunt din această cauză teleologice. Teoriile științifice explică fenomenele în termeni de cauze și nu de scopuri, pe când psihologia folk nu oferă explicații;
- ii) Limbajul psihologiei folk nu este reductibil la limbajul neurofiziologiei, prin limbajul psihologiei folk nu se pot explica cauzele și mecanismele prin care o tulburare se produce din punct de vedere al neuroștiințelor.

Ca replică la toate acestea, Holdsworth (1995)<sup>25</sup> spune că *“psihologia folk nu oferă o bună explicație științifică dar oferă o bună explicație populară, pentru oamenii obișnuiți care nu au conștiințele necesare pentru a captura o explicație științifică. La a doua critică se poate răspunde că psihologia folk nu numai că explică comportamentul uman dar și este o expresie verbală de înțeles fenomenelor psihologice umane.*

*Descoperirile științifice au condus la crearea unui vocabular tehnic greu de înțeles de laici, iar laici vorbesc în limbaj obișnuit despre cum ei înțeleg fenomenele psihice”*.

Holdsworth (1995) spune că psihologia ia ca subiect fenomene care sunt de mult familiare oamenilor care au dezvoltat deja un limbaj subtil de a descrie aceste fenomene ale comportamentului și trăirilor lor. Astfel, psihologia științifică străduiește să re-decrie ceea ce era deja familiar și caută să descopere ceva ce este nefamiliar și să testeze empiric ceea ce descoperă sau concepte teoretice și astfel se creează o distanță între psihologia științifică și cea folk, cu limbaje și expresii diferite. Teoriile științifice oferă un set de cunoștințe clinice adecvate pentru a explica fenomenele psihologice, dar nu

<sup>24</sup> Miller J (1992): Trouble in mind, Scientific American, 267:132-134.

<sup>25</sup> Holdsworth N (1995): From psychiatric science to folk psychology: an ordinary-language model of the mind from mental health nurses, Journal of Advances Nursing, 21: 476-486.

ofera cunoștințe adecvate pentru îngrijirea oamenilor suferinzi. Alternativa la teoriile științifice ale fenomenelor psihologice este psihologia folk pentru că ea oferă descriții bogate și extinse, dar nesistematice, ale stărilor subiective care sunt comune limbajului de fiecare zi. De aici rezidă necesitatea imperioasă de demistificare a limbajului tehnic, profesionist iar expertul să încerce să pună în opera conceptele pe care dorește să le vehiculeze în timpul psihoterapiei, într-un limbaj accesibil, popular. Nimic din prestigiul unui profesionist nu stă în utilizarea de neologisme, de termeni pompoși, în expresii greu accesibile care să intimideze pacientul și să creeze un fals și daunător sentiment de superioritate.

Ce se întâmplă la polul opus? Ce fac “specialiștii”? Bergin și Garfield (1994)<sup>26</sup> spuneau că “*decat să comentăm dacă sau nu terapia ‘lucrează’, mai bine să ne întrebăm pe noi dacă clientul ‘lucrează’ sau nu*”, iar aceasta depinde în mare măsură de așteptările pacientului care sunt definite ca fiind credințele lui despre ce se va petrece în terapie, preferințele lui cu privire la ce vrea să primească sau să facă psihoterapeutul. O meta-analiză recentă, pe 26 studii, arată că clienții care și-au împlinit preferințele în timpul terapiei au 58% mai multe șanse pentru un rezultat favorabil, iar aproape jumătate din clienți părăsesc psihoterapia dacă consideră că nu este potrivită pentru ei (Swift și Callahan, 2009)<sup>27</sup>. Pentru aceste motive se recomandă cu tărie ca terapeuștii să evalueze preferințele clienților și să încerce să se acomodeze cu ele pornind de la constatarea că atunci când se împlinesc preferințele clienților se asistă și la un rezultat mai bun în terapie. Se mai notează că în cazurile în care orientarea terapeuștului diferă de cea a clientului, este mai bine ca terapeuștul să refere clientul la un terapeușt care să îndeplinească aceste așteptări. Se sugerează să existe un proces de negociere din startul terapiei, în care terapeuștul să informeze clientul despre opțiunile disponibile de tratament, să asculte preferințele clientului și să ajute clientul să facă decizia despre tipul tratamentului pe care îl crede cel mai benefic, iar dacă nu se poate ajunge la un acord, să refere clientul la alt terapeușt.

---

<sup>26</sup> Bergin AE, Garfield SL (1994): Handbook of psychotherapy and behavior change. (4th ed.) New York: Wiley.

<sup>27</sup> Swift JK, Callahan JL (2009): The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 65(4): 368-381.

Un alt factor extrem de important este “*responsivitatea terapeutică*” care înseamnă felul în care terapeutul, “expertul”, își adaptează acțiunile sale ca răspuns față de ideile și credințele pe care pacientul sau le expune. Conceptul de responsivitate terapeutică ia în considerare atât activitatea terapeutului cât și a clientului, clientul fiind văzut ca o parte activă, egală, în procesul terapeutic (Bohart & Tallman, 1999)<sup>28</sup>. Aceasta poate fi unul din motivele pentru care terapeuții aleg un eclecticism sau o practică integrativă, care este o combinație de abordări, ce poate fi necesară pentru a răspunde la variațiile conceptuale din prezentarea clientului. Dacă terapeutul este reponsiv la feedbackul clientului, atunci el devine capabil să monitorizeze alianța terapeutică, să o repare și să facă deciziile terapeutice care să ducă la maximizarea rezultatului. Terapeuții vor avea o responsivitate mai bună cu atât mai bună cu cât vor cunoaște mai bine teoriile laice ale pacienților lor.

Până acum am vorbit despre expert și despre pacient, dar această relație poate fi privită și “răsturnată”. Astfel Willis și colab. (2016)<sup>29</sup> discută de “*pacientul expert*” adică pacientul care știe să aleagă expertul de care are nevoie, să aleagă dintre mai mulți experți. Pacientul expert este cel care își ia reponsabilitatea propriei sănătăți. Pentru aceasta pacientul expert trebuie să aibă cunoștințe despre păstrarea sănătății, despre felul cum funcționează sistemul de îngrijire a sănătății, despre resursele existente, ierarhizări ale serviciilor în funcție de calitate, satisfacția așteptată, deznodământul așteptat. El trebuie să fie la curent cu limbajul tehnic pentru a captura aceste informații. Privit în acest fel, expertul devine un “laic” pentru că de cele mai multe ori lui îi scapă modul în care pacientul expert îl alege pe el și nu pe altul. De multe ori alegerile pacienților sunt influențate de “*zgomotul în sistem*” precum popularitatea sau notorietatea profesionistului, care nu totdeauna este egală cu gradul de expertiză tehnică. Astfel, se poate întâmpla ca profesionistul să fie mai mult expert în comunicare, în popularizare și reclama și mai puțin expert tehnic.

---

<sup>28</sup> Bohart AC, Tallman K (1999): How clients make therapy work: The process of active self-healing, Washington, D.C.: American Psychological Association.

<sup>29</sup> Willis K, Collyer F, Lewis S, et al (2016): Knowledge matters: producing and using knowledge to navigate healthcare systems, Health Sociology Review, 25 (2): 202-216.

Jorm (2000)<sup>30</sup> crede ca de fapt credintele laicilor si cele ale expertilor se plaseaza pe un continuum, la un capat, cele laice si la celalalt, cele profesionale. Profesioniștii isi bazeaza expertiza pe datele stiintifice si pe consensul expertilor, in timp ce laicii isi bazeaza credintele pe experienta personala, anecdote, rapoarte media, informatii prin rețeau de transmitere a cunoasterii in public. Un argument pentru aceasta teorie ar fi ca cunoastrea intuitiva, de bun simt, si cunoastrea psihologica, respectiv cunoastrea stiintifica, merg paralel. Cunoastrea stiintifica psihologica se bazeaza si ea pe cunoastrea intuitiva. Cand expertii aplica un test, raspunsurile subiectului la test sunt intuitive, dar rezultatele testului pe un esantion sunt considerate stiintifice! Nici McClean si Shaw (2005)<sup>31</sup> nu cred in schisma dintre un expert si un laic si sugereaza ca de fapt exista un spectru de cunostinte care umple aceasta presupusa polarizare.

Ce se intampla in psihoterapie este de fapt o intalnire si o interactiune intre doi oameni. Aici se pun in opera abilitatile noastre practice, conceptele, modelele de gandire, experientele, sentimentele care sunt specifice modului nostru de a intelege si a interactiona cu cel din fata noastra. Aceasta intalnire este bine sa asigure “*cadrul conceptual prestiintific, de bun sim, pe care toate fiintele umane socializate il folosesc cu scopul de a intelege, prevedea, explica si manipula comportamentul uman*”. (Churchland, 1998)<sup>32</sup>. In viata de zi cu zi noi ne intelegem pe baza teoriei psihologiei folk. Psihologia folk este in general inteleasa in principal ca abilitatea de a atribui stari mintale interne pe baza observatiei comportamentului. Una din modalitatile principale pe care le folosim in interactiune are la baza presupunerea ca procesele mele cognitive sunt suficient de similare cu ale altora, eu pot, in cazul unei informatii suficiente, sa folosesc experienta mea pentru a prezice ce vor face altii in aceeasi situatie. Eu pot face aceasta predictie fara sa recurg la cunoastrea teoretica despre cum procesele cognitive relevante functioneaza. Eu pot stapani toata cunoastrea teoretica complexa despre lume si abilitatea de a imagina datorita privirii in interiorul altor persoane, fara vreo elaborare teoretica despre

<sup>30</sup> Jorm AF (2000) Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders, *British Journal of Psychiatry*, 177:396-401

<sup>31</sup> McClean S, Shaw A (2005): From Schism to Continuum? The Problematic Relationship Between Expert and Lay Knowledge—An Exploratory Conceptual Synthesis of Two Qualitative Studies, *Qualitative Health Research*, 15(6): 729-749.

<sup>32</sup> Churchland PM (1998). ‘Folk Psychology’, in PM Churchland, PS Churchland (1998): *On the Contrary: Critical Essays 1987-1997*, Cambridge, Mass.: Massachusetts Institute of Technology Press. Churchland, P.S.: 3–16.



aceștia. Numai o simplă presupunere este de ajuns, pentru că ei sunt la fel ca mine, ființe gânditoare, ei posedă aceleași capacități cognitive fundamentale și propensități de a face ceva. Această procedură o folosesc când vreau să prezic comportamentul altora. Această teorie se numește *“teoria simulării”* și este parte componentă a psihologiei folk fiind oarecum sinonimă cu *“teoria minții”*, adică cu capacitatea noastră de a citi mințile cuiva (Ratcliffe, 2007)<sup>33</sup>. Teoria simulării (Gordon, 1995)<sup>34</sup> îmi permite să apreciez, să prezic ceea ce altul va face parând de la ce ar face eu în acel caz, dar îmi permite și să mă pun în locul celuilalt, să adopt punctul lui de vedere și să încerc să predictez ce va face în continuare. Voi adopta punctul de vedere al altcuiva. Transferul magic în problemele psihologice ale altei persoane cere o serie de adaptări față de propria psihologie, o modificare a propriului meu punct de vedere. Pe această bază eu devin capabil de a prezice comportamentul altuia. Teoria simulării presupune utilizarea de către oameni a izomorfismului dintre self și altul pentru a înțelege și prezice comportamentul celorlalți. Aceasta este de fapt *“magia”* întâlnirii psihoterapice. Fără a avea capacitatea de a simula poziția persoanei din față sa, terapeutul este doar un actor fără text.

Ideea de bază a teoriei simulării este că în prezicerea stării mintale a persoanei țintă, noi încercăm să simulăm sau să reproducem, în mintea noastră, aceiași stare sau secvențe de stări pe care credem că persoana în cauză le are. Noi ne punem pe noi înșine în poziția celorlalți și vedem ce noi am crede, simți sau face. Simularea poate fi considerată un fel de empatie, dacă empatia este considerată ca o simțire a mea în poziția altuia prin identificare cu ea, sau proiectarea imaginativă a mea în poziția altcuiva. În mod alternativ, simularea trebuie să fie înțeleasă ca potrivirea în mod automat sau replicarea stării mintale a altcuiva fără o imagine sau proiectare deliberată. Teoria simulării este în mod principal un răspuns la felul cum noi citim mințile altora. În citirea minții noi utilizăm aceste generalizări și datele noastre personale în explicarea circumstanțelor și comportamentului persoanei țintă. Odată ce am făcut aceasta, noi putem face predicții mai departe, în viitor sau în trecut, despre stările mintale ale acestei persoane (Ratcliffe, 2007). Este evident că dacă terapeutul vine în sesiunea de terapie cu

---

<sup>33</sup> Ratcliffe M (2007): *Rethinking Commonsense Psychology; A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation*, New York: Palgrave Macmillan,

<sup>34</sup> Gordon R (1995) *Folk psychology as simulation*, in M Davies, T Stone (Eds.): *Mental Simulation: Evaluations and Applications*, Oxford: Blackwell.

prejudecati, indoctrinat de concepte profesionale rigide, el va fi incapabil de a “simula” pozitia umana a pacientului sau, va fi incapabil de a-l “intalni” si va ramane sa debiteze o naratiune care nu are nici o legatura cu persoana din fata lui.

Cazul medicinei este un pic diferit de cel al psihologiei. Astfel, de mai mult timp s-a evidentiat necesitatea de a lua in considerare interpretarile subiective ale sanatatii ale oamenilor obisnuiti si ca exista categoric nevoia unei balante corecte intre interpretarile profesionistilor si ale laicilor. Medicina, ca si alte forme de activitate, a fost confruntata cu o criza de legitimitate in timpul sec.XX prin aparitia unor modele alternative. Raspunsul la aceasta criza de legitimitate a fost incurajarea participarii pacientilor in luarea deciziei terapeutice si o democratizare a relatiei medic-pacient. In sociologia medicala aceasta democratizare s-a exprimat in doua feluri: i) cresterea interesului fata de ceea ce oameni simpli au de oferit cunoasterii, si ii) acceptarea ideii ca cunoasterea laicilor este tot atat de valoroasa ca si cunoasterea expertilor. Astfel a aparut si conceptul de “*expert laic*” adica persoana care poate fi considerata “*purtatorul de cuvânt*” al oamenilor care traiesc intr-un anumit grup social sau aria culturala. Bury (1986)<sup>35</sup>, in siajul lui Foucault, a fost impotriva privilegierii cunoasterii stiintifice fata de oricare alta cunoastere, inclusiv cea laica. El spunea ca “*nici un mod de a cunoaste realitatea nu este mai bun ca altul*”.

Se pune intrebarea cine foloseste corect limbajul suferintei, cel care sufera sau cel care pune diagnosticul suferintei? Felul cum oamenii simt, cum gandesc, ce cred, ideile si limbajul lor au devenit foarte importante. Astfel, se considera ca exista o granita fluida intre cunoasterea stiintifica si cea non-stiintifica medicala si prin extensie intre cunoasterea expertului si cunoasterea laicului. Se accepta ca pacientii poseda o cunoastere extensiva a vietii lor si a conditiilor in care traiesc, insa ei pot fi socotiti experiti doar pentru a provoca hegemonia medicala, dar, in fapt, oamenii obisnuiti nu pot fi considerati experti. Pentru Collins si Evans (2002)<sup>36</sup> conceptul de expert laic este un “*oxymoron*”. Oamenii obisnuiti au informatii si cunoastere de impartasit, dar nu au expertiza de a diagnostica si trata. A poseda experienta, a trai suferinta nu inseamna

---

<sup>35</sup> Bury M (1986): Social constructionism and the development of medical sociology, *Sociology of Health and Illness*, 8(2): 137–169.

<sup>36</sup> Collins H, Evans R (2002): The third wave of science studies: studies of expertise and experience, *Social Studies of Science*, 32(2): 235–296.

neaparut si a o putea pune in termeni diagnostici, dar oricum ar fi, vocea pacientului are prioritate in fata celei a medicului pentru ca fara pacient existenta medicului ar fi un “oximoron”.

In finalul acestui capitol vreau sa mai comentez despre pericolul la care pacientul este expus in psihoterapie, si anume “iatrogenizarea” lui. Hook (2001)<sup>37</sup> emite suspiciunea ca psihoterapia nu numai ca poate detecta psihopatologia pacientului dar o poate si produce! Aceasta parere ridica o dilema etica foarte serioasa: Face psihoterapia mai mult bine decat rau? Faptul ca psihoterapia ar putea contribui la generarea psihopatologiei nu inseamna ca cel care vine la psihoterapie nu avea vreo psihopatologie preexistenta sau ca psihoterapia nu are vreo efect terapeutic, deci aceasta nu inseamna ca psihoterapia ar aveaun efect toxic asupra pacientilor. Hook vorbeste despre felul cum psihoterapia organizeaza cunoasterea pacientului si abilitatea sa discursiva astfel incat induce psihopatologia. El analizeaza sute de pagini de transcriere a dialogului din sedinte de psihoterapie si formuleaza mai multe argumente pentru teza sa despre felul cum psihoterapia organizeaza cunoasterea pacientului, cum il face sa nareze si despre ce, si cum il „psihologizeaza“. In cele ce urmeaza o sa reproduc pe larg din ideile interesante ale lui Derek Hook de la Departamentul de psihologie a Universitatii Witwatersand din Africa de Sud.

Autorul spune ca una din cele mai importante functii ale psihoterapeutului este sa asculte. Desi “*actul ascultari*” pare destul de neutru, el in fond este puternic directionat si focusat. Prin aceasta ascultare terapistul face de fapt o sugestie directionata spre o dezvaluire specifica, pentru o povestire psihopatologica, pentru o suferinta, nu pentru o poveste anodina...ca doar pacientul nu a venit pentru povesti anodine si in plus mai si plateste! Asa ca, vrand-nevrand, clientul trebuie sa scoata o suferinta, ceva trist, ceva dureros. Prin aceasta ascultare terapistul invita pacientul spre o “confesiune”, “*forta ascultarii genereaza necesitatea confesiunii sentimentelor si emotiilor personale, despre felul cum acestea au semnificatie pentru pacient*”. Exista un automatism al confesiunii in psihoterapie bazat pe tendinta pacientilor de a povesti problemele si atitudinile lor si de a le lega de normele sau standardele curente, precum de drept sau gresit, normal sau

---

<sup>37</sup> Hook D (2001): Therapeutic discourse, co-construction, interpellation, role-induction: Psychotherapy as iatrogenic treatment modality? International Journal of Psychotherapy, 6(1): 47-66.

anormal, placut sau dureros. Aceasta confesiune este atat o auto-evaluare normativa cat si o dezvaluire secreta, o prezentare intima. Aceasta dezvaluire poate fi facuta la initiativa pacientului sau incurajata sau chiar solicitata, mai mult sau mai putin explicit, de terapeut. Dezvaluirea descarca pacientul de problemele lui si de povara tainuirii lor.

Un alt argument al lui Hook este legat de “*naratiunea*” pacientului. El spune: “*daca ascultarea este una din functiile terapeutice de baza efectuate de terapeut, atunci vorbitul este in mod cert functia terapeutica de baza efectuata de pacient*”. Vorbirea pacientului este puternic egocentrica, focusate pe propria persoana, o naratiune personala, iar participarea este la fel de egoista, orientata pe propria persoana si interesele ei, ca si cum terapeutul a fost anagajat sa asculte neconditionat problemele ridicate de pacient si nicidecum altele. Terapeutul incurajeaza clientul sa tina focusul pe plangerile expuse la inceput si sa le adanceasca mereu, sa ajunga astfel sa poata explora subiectivitatea pacientului. Subiectul conversatiei este pacientul si problemele lui. Sedinta de psihoterapie este o dezvaluire a subiectivitatii pacientului, iar psihoterapia este o permanenta incurajare a pacientului de a practica o reflexivitate personala.

Terapeutul incurajeaza permanent subiectul sa “*subiectivizeze*” povestirea si sa devina atat autor, cat si evaluator al ei. Terapeutul ajuta subiectul sa dezvaluie detalii sau evenimente contigente prin intrebari puse in mod deschis sau doar prin sugestii verbale sau meta-verbale. Intrebarile trebuie sa sublinieze interesul si intelegerea terapeutului, participarea lui, ascultarea atenta si activa. In felul acesta se instaleaza o relatie terapeut-pacient, dar si o instalare a subiectului in pozitia terapeutica prin problematizarea continutului povestirii. Rolul subiectului este sa povesteasca si cel al terapeutului sa decopere psihopatologia pe care sa o intoarca spre pacient sub forma constatarilor, descifrarilor, analizei si a mesajelor terapeutice.

In continuare prietenul nostru Derek Hook ne spune ca terapeutul exercita o anume “*putere*” in spatiul terapeutic. El stie ca narativele pacientului sunt esentiale si de aceea utilizeaza puterea sa pentru a redirectiona si structura vorbele pacientului.

Desi terapeutul incearca sa cultive un dialog autonom, reflexiv cu pacientii, el niciodata nu pierde functia de directionare a interactiunii terapeutice. Pentru aceasta el foloseste diferite stratageme lingvistice si conversationale precum folosirea de conjunctii, repetarea ultimelor cuvinte ale pacientului, utilizarea de jumatati de propozitii, interpelari, etc.

Multi dintre psihologi utilizeaza expresia, foarte nociva dupa prerea mea, “*am lucrat cu pacientul*” ca si cum el ar fi o materie amorfa care trebuie prelucrata, modificata, transformata...

Este important sa se faca distinctia dintre notiunea de “*constructie*” si cea de “*interpelare*”. In timp ce constructia se refera la generarea discursiva a intelesului, presupunerea fiind de “*co-constructie*” a naratiunii, interpelarea se refera la positionarea tactica a terapeutului in virtutea puterii pe care o detine asupra pacientului. Astfel, notiunea de constructie prioritizeaza producerea de inteles discursiv, in timp ce interpelarea prioritizeaza o anume pozitie a subiectului, anumit rol si un anume comportament ca rezultat al influentei si sugestiei pe care o exercita terapeutul. Aceasta nu inseamna numai a pune “*cuvinte in gura cuiva*”, pentru ca pacientul poate sa refuze aceasta stratagama, ci felul cum terapeutul ignora, inlocuieste, reface sau refrazeaza sau chiar evita ceea ce pacientul ar vrea sa spuna.

Felul cum terapeutul isi exercita “*privilegiul autoritatii*” in construirea narativelor pacientului este o problema foarte critica. Este important de spus ca aceste interpelari pot avea un impact asupra subiectivitatii pacientului, asupra modului in care pacientul continua sa dobandeasca auto-intelegerea problemelor sale, a istoriei sale.

Se vede cum terapeutul este atat participant atat in productia discursive, cat si in positionarea pacientului in relatia terapeutica si astfel participa in mod activ la constructia intelesurilor, valorilor emotionale si experientelor pacientului.

Terapeutul mai are si capacitatea de a determina pacientul sa “*adopte rolul de pacient*” si sa accepte responsabilitatile care decurg de aici. Abilitatea de inducere a rolului de pacient se realizeaza tot prin interpelarea pe care o face terapeutul, pentru ca rolul de pacient este o premiza pentru desfasurarea in continuare a procesului psihoterapic.

Odata asumat rolul de pacient, subiectul incepe sa construiasca narativ suferinta sa, solidifica problemele sale psihologice, care pana atunci pareau fragmentate, fluctuante sau chiar ascunse. Pentru a intra in rolul de pacient, terapeutul ii ofera un cadru de referinta, un model explicativ cu ajutorul caruia pacientul poate da sens narativelor suferintei lui.

Nu de putine ori terapeutul își declară autoritatea profesională prin încercarea de a genera explicații, direcții și sugestii și prin felul cum validează sau invalidează ceea ce pacientul spune. În general, *“contribuția terapeutului în psihoterapie este autoritară, încărcată de expertiză, modelele explicative și limbajul tehnic”*. În virtutea expertizei, calificării și experienței, terapeutul oferă interpretări, ipoteze, sugestii tacite sau confruntări și se poate spune că *“contribuția sa este mai mult prescriptivă și definitivă, decât descriptivă și ipotetică”*.

Toate aceste roluri și funcții pe care terapeutul le are în psihoterapie, puterea autoritativă, inducerea rolului, interpelarea, puterea declarativă, îl pot duce la un control sever la narativul pacientului, la deturnarea înțeleșurilor suferinței sale, la înghețarea ei în forme preformate, livrestice, inautentice, hrănind mai mult narcisismul terapeutului decât usurarea suferinței pacientului. Privită în felul acesta psihoterapia poate fi înțeleasă ca producând psihopatologie. Tehnologia psihoterapeutică devine patogenă, generând o patologie iatrogenă, pentru că căutarea, descoperirea și formularea psihopatologiei devine un scop în sine. Prin tehnicile și strategiile folosite, prin puterea autorității lor, psihoterapeuții cheamă psihopatologie, induc psihopatologie, forțează clientul să își formuleze problemele lui în termeni psihopatologici; oferind un cadru conceptual, îi întinde de fapt o capcană de a-și pune existența în termeni psihopatologici. Ratiunea de a exista a psihoterapiei este de a aborda o psihopatologie și nu de a o căuta cu abnegație!

Din cele spuse de Derek Hook se poate vedea că dacă terapeutul, în poziție de expert, nu ține cont de apartenența clientului sau la o psihologie folk, dialogul este fals, pacientul este obligat să abandoneze propriile narative în favoarea a ceea ce terapeutul ar vrea să auză. În felul acesta, patologia subiectului este fabricată, indusă în procesul psihoterapeutic. Ce am vrut să demonstrez în acest lung excurs a fost că atunci când stăm de vorbă cu o persoană venită la psihoterapie, este bine să lasăm de-o parte “știința”, aerul de superioritate și toate preconceptiile noastre dobândite în lecturi și formări profesionale, și să încercăm să împărtășim cu pacientul experiența și credințele noastre comune despre lumea în care trăim. Cum spunea filozoful danez Kierkegaard: *“dacă vrei să ajuti pe cineva atunci trebuie să adopti o poziție inferioară celui pe care vrei să-l ajuti”*.

Se pune intrebarea: este necesar sa fi expert ca sa faci psihoterapie? Exista astazi o adevarata industrie de fabricat psihoterapeutii. Unii au comparat aceasta industrie cu un *“joc piramidal”* in care castiga foarte multi bani primii si pierd continuu cei care se ataseaza ultimii la acest joc. Un formator cauta cativa indivizi pentru a-i face la randul lor formatori, care la randul lor sunt in cautarea altor doritori de a fi formatori, pentru ca fiecare individ care devine formator plateste in speranta ca isi va recupera banii de pe urma clientilor pe care ii va racola. Sunt formatori care nu au paracticat niciodata ce profereaza, dar in schimb si-au facut *“fundatii”* profesionale care sunt in fapt fabrici de certificate profesionale. Pe langa aceasta armata, in crestere exponentiala, de formatori, exista si contingentele de psihoterapeuti in cautare de clienti, profesionisti care practica sub imperiul economiei de piata, pentru ca psihoterapia a devenit o marfa, un obiect concurential, se poate spune ca s-a marketizat, s-a *“comodificat”*, si astfel profesionistii se concureaza unii pe altii ambaland ceea ce vand in forme atragatoare, promitatoare si pierzand din vedere continutul. Teoretic, concurenta ar trebui sa duca la cresterea calitati, dar consumatori acestei marfi nu au, in majoritatea lor, abilitatea de a distinge intre ceva de calitate si ceva de mai proasta calitate, asa ca se profita de aceasta ignoranta. In final, profesionistii ajung sa vanda ceva ceea ce este departe de ceea ce psesupunea profesia lor.

Cartea pe care o scriu este despre psihoterapia suportiva pentru medici si alte persoane aflate in pozitia de a ingriji oameni cu suferinte psihologice sau cu suferinte somatice care au rasunet psihologic. Eu doresc sa incurajez medicii de orice specialitate sa practice in cabinetele lor de consultatie psihoterapia suportiva. Ea nu cere formari speciale, ci doar o anume pozitie sufleteasca, o deschidere fata de lumea subiectiva a pacientului, la care se adauga practica si iar practica. Acest fel de psihoterapie nu iatrogenizeaza! Aici veti gasi incurajari si cateva linii directoare. Succes!