

- cred că mă pot perfecționa.
- îmi apreciez efortul și am același drept de a încerca precum oricine altcineva.
- încă „lucrez” la asta.
- mă simt bine.
- mă dezvolt în alte moduri.
- sunt perseverent / vreau să-mi iasă bine.
- sunt mai mult astăzi decât eram ieri etc.

Lucrând în perechi, la început unul dintre voi face celuilalt 5 aprecieri negative oferindu-i posibilitatea să răspundă la fiecare dintre ele, apoi inversați rolurile.

Analiză: Cum a fost? Cât de ușor a fost să găsiți răspunsul? Au fost aprecieri negative pe care nu ați putut să le acceptați reformulându-le?

Sugestii: Puteți propune adolescenților să-și antreneze zilnic capacitatea de a reacționa cu calm la critici, identificând 3 situații produse pe parcursul zilei în care au primit sau și-au făcut evaluări negative, ulterior să reformuleze după modelul „Chiar dacă, cu toate acestea”.

Aceste activități pot fi utilizate atât în ședințele psihologice dezvoltative, cât și în cadrul disciplinei *Dezvoltare personală*. Astfel, școala ar putea oferi o șansă în a-și redobândi stima de sine și adolescenților care au fost lipsiți de această oportunitate în mediul familial.

Bibliografie:

1. RAS, P. *Stima de sine: iubeste-te pe tine pentru a trăi mai bine. Cum să progresezi și să ai mai multă încredere în propria persoană*. București: Editura Niculescu, 2016. 166 p.
2. SCHIRALDI, G.R. *Manualul stimei de sine*. București: Curetea Veche Publishing, 2017. 255 p.
3. ЕМЕЛЬЯНОВА, Е.В. *Психологические проблемы современных подростков и их решение в тренинге*. Москва: Генезис, 2015. 376 с.

OBSTACOLUL CA REZISTENȚĂ ÎN PARCURSUL PSIHOTERAPIEI ȘI AL SCHIMBĂRII PERSONALE

*ROȘCA Tatiana, drd, asistent universitar,
Universitatea de Studii Europene din Moldova*

Abstract: *The paper focuses on barriers and resistances in the psychotherapeutic process, which block the process of changing the client, resulting in the denial of what he really is, in*

relation to his individuality, values and needs. It outlines several patterns of change, trying to answer the questions: How and why do people change ?, as well as Why do people not change?

Keywords: obstacle, resistance to change, therapist, stalemate, crisis, model, awareness.

Indiferent de abordare, obstacolul în calea schimbării și a dezvoltării personale, prezintă un interes deosebit în mediul psihoterapeuților, care fac obiectul unor dezbateri deschise, asociat rezistenței clienților. Conceptul dat se referă la un fenomen extrem de complex prin multitudinea de fațete, pe care diferiți autori le-au descris în diferiți termeni, cum ar fi: *rezistentă la tratament* (mai frecvent în abordările psihodinamice), *non-complianță* (predominant în abordările cognitiv-comportamentale), *neaderență* (utilizată în mod obișnuit în medicină), *impas* (utilizat pe scară largă în modelele care preferă o abordare interpersonală al fenomenului).

Astfel, relevanța rezistenței la schimbare în relația terapeutică, a preocupat mai mulți autori. F. Hanna [10, p. 312-324] afirmă că înfruntarea rezistenței este esențială pentru a înțelege mai bine schimbarea terapeutică și pentru a reduce abandonul sau eșecul acesteia. Conform lui H. Gardner [6, p.53] aceasta reprezintă unul dintre cei șapte factori de care depinde succesul schimbării și este rezultatul „paradoxului grav cu care se ciocnește posibilitatea schimbării: în timp ce în primii ani de viață să faci o schimbare este ușor și natural, odată cu trecerea anilor schimbarea ideilor devine din ce în ce mai dificilă, deoarece în timp omul dezvoltă concepții robuste și opinii înrădăcinate care se opun schimbării”.

Mai mult decât atât, unii cercetători au evidențiat omniprezența fenomenului. J. Gold [7, pp. 1-2] remarcă în acest sens faptul că „psihoterapeuții, oricare nu ar fi orientările acestora, sunt foarte familiarizați cu redundanța gândurilor, sentimentelor, dorințelor și comportamentelor problematice. Toate eforturile lor vizează spargerea cercurilor dureroase și tulburătoare pe care le cunosc mai mult formal ca psihopatologie. Cu toate acestea, în eforturile lor, mai des decât ar putea spera ei sau clienții lor, acestea sunt nule. Oamenii nu se schimbă ușor și după cum știm cu toții, ei luptă frecvent sau rezistă eforturilor, inclusiv ale lor, inclusiv ale terapeuților în a se schimba”.

Investigând acest fenomen în grupuri, R. Billow [3, pp. 259-284] a distins *trei constelații* diferite:

- *rezistența*, când întregul grup sau un participant este opus gândirii conștiente, dar nu și inconștientului care se manifestă într-un mod indirect, de exemplu cu formațiuni simptomatice sau simbolice, reacții transferențiale și contra-transferențiale;
- *rebeliunea*, care se activează la nivelul gândirii conștiente și se manifestă prin ipostaze de sfidare, provocare și posibile acțiuni socio-politice;

- *refuzul*, ce stabilește o limită mentală între ceea ce este considerat adecvat și ceea ce este considerat inadecvat, datorită căruia este obstacolat accesul și dezvoltarea tuturor proceselor de atribuire cognitivă și emoțională atât conștiente cât și inconștiente.

Și deși schimbarea are un caracter omniprezent, caracter general al naturii umane, se întâmplă frecvent ca, în pofida eforturilor depuse de pacienți, aceștia să nu obțină îmbunătățirile dorite. Această afirmație, confirmată de experiența clinică a oricărui terapeut, a fost susținută și de numeroase studii. În acest context, J. Bugental [4, pp. 543-549] raportează că 70% dintre clienți renunță la terapie la a treia sesiune, pe când în cadrul terapiilor comportamentale s-a remarcat faptul că, deși acestea au o rată mare de succes, aproximativ 25% dintre clienți refuză să înceapă tratamentul sau să-l lase prematur. Tot în acest sens, într-o revizuire a 34 de cercetări, privind rezultatele terapeutice în depresie, tulburare de panică și tulburare de anxietate generalizată, D. Westen și K. Morrison [17, pp. 875-899] au constatat că valorile abandonului terapiei sunt de 26%.

În elucidarea acestei cauze, J. Prochaska [15, p.71], prin modelul său, a propus o abordare transteoretică al posibilelor motive care împiedică schimbarea oamenilor și a obstacolelor care pot determina un impas în trecerea de la o fază la alta în procesul de schimbare. Potrivit autorului, lipsa de cunoaștere a diferitor etape și al mecanismelor care le caracterizează, ar sta la baza „falimentelor” terapeutice și ar explica numărul scăzut al celor ce apelează la un terapeut (mai puțin de 5% din fumători, 10% dintre alcoolici, 25% dintre persoanele cu tulburări psihice), precum și rata ridicată a abandonului școlar (aproximativ 45% dintre clienți). Totodată, modelul propus sugerează faptul că 93% din cazurile de abandon al terapiei ar fi din motivul evaluării acelor terapeuți, care etichetează clienții drept „nemotivați”, „rezistenți” sau că „nu sunt pregătiți pentru terapie” [14, p. 443-448].

Totuși, chiar dacă acest model reprezintă piatra de bază al comprehensiunii mecanismelor legate de procesul schimbării, prezintă și numeroase limite legate de: contextul cultural al clientului, starea lui funcțională, situația sa contextuală, etc.

Prin urmare, F. Hanna [10, pp. 312-324], subliniază faptul că: “dacă nu ar exista clienți dificili, terapia ar putea deveni aproape automatizată și toți clienții ar beneficia de orice teorie aplicată în mod competent”, în mod similar, putând fi utilizate instrumente precum programele de calculator sau biblioterapia, care ar putea fi foarte eficiente, pe când doar clientul dificil, manipulator, necooperant, reprezentând principala provocare pentru terapeut, îi crește valoarea acestuia”.

În mod similar, J. Kottler [9, p.199-215], remarcă faptul că, deși clienții dificili sunt cei care pun mai multă presiune pe abilitățile și răbdarea terapeutului, conducându-l deseori la exasperare, anume ei îi cresc abilitatea de acceptare și acordul de a continua mai departe: „te obligă să fii mai flexibil, mai creativ și mai inovator decât ai crezut vreodată. Te impun să privești în profunzime, în

adâncul a noi înșine, pentru a ne examina problemele noastre nerezolvate care ne împiedică să fim plini de compasiune și eficiență, atât ca profesioniști, cât și ca ființe umane".

Mai mult decât atât, pe lângă modalitățile schimbării celor mai dificili clienți, J. Kottler s-a concentrat și asupra modului de a face ca acestea să dureze, afirmând că o schimbare va dura doar dacă sunt îndeplinite anumite *condiții*:

- schimbarea trebuie să fie internalizată, să fie personalizată și personală;
- este necesar să se garanteze o formă de sprijin, adică ajutorul altor persoane care susțin eforturile depuse de client;
- schimbarea trebuie să aibă o încărcătură emoțională, deoarece aceasta întărește memoria experienței trăite și face ca noua învățare să fie mai intensă și mai profundă;
- schimbarea trebuie să fie multimodală, adică menținută prin stimuli multipli, care activează mai multe canale senzoriale, ce mobilizează clientul și îi permite să trăiască o experiență directă și activă;
- oricât de dificil și solicitant ar fi, este esențial ca atenția, interesul și angajamentul față de schimbare să fie susținute în timp.

În aceeași ordine de idei, L. Hall și M. Duval [8, pp. 84-89] susțin că modul de schimbare poate fi atât de ușor cât și dificil, dificultatea schimbării depinzând de mai mulți factori "și orice schimbare, chiar și cea mai simplă, poate deveni dificilă, dacă nu imposibilă, când lipsesc cunoștințele și instrumentele necesare pentru ca aceasta să se întâmple". Dar pe lângă aceste elemente, nivelul de dificultate al schimbării ar fi puternic influențat în special, de atitudinea persoanei. Așadar, „se poate întâmpla ca atunci când schimbarea este percepută de către client ca simplă, să existe posibilitatea ca aceasta să nu fie luată în considerare, și invers, când clientul se trezește în fața unei schimbări pe care n-o vrea, să aibă frică și să se gândească la ceea ce pierde prin schimbare”. Mai mult, schimbarea poate fi experimentată la fel de dificilă atunci când persoana nu o înțelege, nu are motivația de a face acest lucru, atunci când este contrară sistemului său de valori, atunci când întregul sistem: minte-corp-emoție, nu este abordat ca sistem integrat și congruent cu schimbarea, împreună cu alți factori individuali cum ar fi: deschiderea spre schimbare și măsura în care clientul o acceptă.

O contribuție importantă legată de problematica obstacolelor în calea schimbării în terapie, o reprezintă cea a lui J. Gold [7, pp. 1-2], conform căruia dificultățile pe care le poate prezenta clientul să nu fie controlabile de către terapeut, cu mar fi: problemele economice care-i împiedică să frecventeze sesiunile de terapie, un mediu extern ce nu-i susțin eforturile, cât și altele ce pot să fie gestionate de către acesta, cum ar fi de exemplu greșelile comise de el însuși, prezența credințelor distorsionate ale pacientului sau limitele inerente tipului și intensității terapiei propuse.

În acest context, autorul enumeră următoarele dificultăți principale care pot fi întâmpinate în terapie:

- *dificultăți în stabilirea obiectivelor*: clientul poate fi incapabil să-și lanseze vreun obiectiv și să stabilească obiective prea vagi sau care implică schimbarea altora decât a lui, având gânduri disfuncționale automate cu privire la obiectivele care trebuie atinse;
- *dificultăți în definirea structurii sesiunii*: erorile comise de terapeut pot consta în neexplicarea clientului, al tipului de terapie propusă, indisponibilitatea de a negocia acolo unde este necesar, neputința respectării timpului stabilit și al standardelor de terapie sau întreruperea clientului atunci când acesta face mici abateri de la structura convenită;
- *dificultăți în identificarea opiniilor centrale, al gândurilor, al imaginilor*: obstacolele pot rezulta din dificultatea clientului de a înțelege modelul cognitiv, sau rezistența care se poate manifesta prin reacții negative, schimbând subiectul discuției, intelectualizarea sau refuzul de a vorbi;
- *rezistențele pe care le poate manifesta clientul în modificarea gândurilor și imaginilor, a presupunerilor și a credințelor centrale*: pot depinde de faptul că nu experimentează o diminuare a emoțiilor negative după ce le-a exteriorizat sau de așteptările excesiv de mari cu privire la propria performanță, prin gânduri automate asociate acestora. Aceste rezistențe sunt cu atât mai dificil de gestionat cu cât sunt mai conectate la gândurile automate profunde centrale și la sentimentul identității personale.

O altă contribuție cu rădăcină cognitivă o reprezintă cea a lui B. Bara [1, p.204], care, spre deosebire de alți autori [15, p.71], nu consideră schimbarea ca pe un proces determinist, ci este convins că obstacolele în calea schimbării nu ar fi previzibile, deoarece pot apărea dintr-o multitudine de motive. Cu toate acestea, identificând un posibil proces standard de schimbare, autorul propune o listă cu posibile *întreruperi și fracturi în proces care împiedică fluxul terapiei*, provocând o schimbare imperfectă:

- *atitudinea de închidere din partea clientului*, care nu-și permite sau nu recunoaște dreptul la schimbare. Este cazul tipic al clienților ce suferă de sindromul supraviețuitorului care, în ciuda faptului că sunt motivați pentru terapie, se autoboicotează fără a crede că se mai pot bucura de viață;
- *deficitul de metacogniție al clientului*, reprezentat de o lipsă a conștientizării schimbărilor realizate și a valorii relației co-empatice, astfel încât să nu poată conta pe funcția de stabilizare a schimbării dobândită prin metacogniție;
- *dificultatea în gestionare a spațiului de partajare în afirmarea limitelor Sinelui și în modularea relației co-empatice*, mai ales ca în cazul clientului psihosomatic care nu simte posibilitatea de afirmare, retrăgându-se din relația terapeutică;

- *probleme relaționale, cu privire la elementul de relație co-empatică*, necesară pentru schimbare, pe care clientul nu reușește să o construiască sau să o mențină, mai ales în cazul clientului anxios, care poate deveni extrem de solicitant din cauza nemulțumirilor profunde pe care le trăiește într-o relație;
- *schimbarea cognitivă imperfectă*, ce poate apărea în aplicarea terapiilor care se concentrează exclusiv și predominant pe elementul cognitiv al schimbării. În aceste cazuri, clientul, în ciuda faptului că a conștientizat schimbarea pe care trebuie să o facă și comportamentul care trebuie implementat, continuă să adopte în continuare vechile comportamente disfuncționale;
- *schimbarea comportamentală imperfectă*, când clientul adoptă o conduită fără să facă o analiză detaliată a contextului. Mai mult decât atât, se mișcă condus de dorința de a fi liber de suferință, realizând “o fugă care-i permite clientului să iasă din disconfortul cauzat de analiza stării lui mintale, care îi creează chin, legată de Sinele personal și nu de evenimentele externe” [16, p. 32].
- *recidive simptomatologice*, fiind aproape inevitabile, întrucât starea inițială nu este complet anulată sau înlocuită cu cea nouă. În acest caz clientul care nu a fost suficient și adecvat instruit pentru a scoate la suprafață mecanismele vechi, poate fi nepregătit și să perceapă aceste situații ca pe un faliment;
- *abandonul imprevizibil al terapiei*, în cazul când clientul se ferește de trecutul său și nu mai dorește să urmeze terapia.

Pe lângă evidențierea inevitabilelor obstacole în calea schimbării, unii autori evidențiază posibila valoare pozitivă a acestora.

În acest context, E. Dowd [5, pp. 119-131] în timp ce ne invită să nu uităm că mintea umană este rezistentă la asimilarea de idei noi și că schimbarea nu poate avea loc prea repede, că subiecții reactivi și, prin urmare, temperamentalii, foarte rezistenți, tind să fie reticenți la schimbările mai radicale, sugerează că schimbarea poate fi favorizată de prezența unor crize care, provoacă o rupere a filtrelor cognitive, făcând mintea mai deschisă la schimbare, concluzionând că : „o terapie de succes necesită un echilibru delicat între furnizarea suficientă și adecvată a crizelor, astfel încât clientul să-și revizuiască conceptualizările cognitive actuale, dar nu prea mult, pentru a determina clientul să fie traumatizat și să părăsească terapia”.

Astfel, tema crizei în contextul schimbării a fost elaborată în continuare de R. Leiper [40, pp.70-83], afirmând că proliferarea abordărilor terapeutice ar putea ascunde iluzia că există o tehnică care, dacă este aplicată corect, poate rezolva orice problemă, pe când practica clinică ne sugerează cu totul altceva. De fapt, autorul evidențiază că, de multe ori, clienții vin în terapie, împinși de sentimentul că sunt blocați și că aceleași dificultăți reapar în mod frecvent pe parcursul tratamentului, făcând terapia dificilă, dureroasă și chiar neproductivă uneori. Potrivit autorului,

însuși scopul terapiei rezidă în a ieși dintr-o stare de impas, de blocaj, care apare atunci când există o întrerupere a procesului evolutiv normal și se pare imposibil de a atinge propriile obiective. Totodată, întrucât persoana se adresează terapeutului atunci când este într-o stare blocată, nu este surprinzător faptul că apar impasuri suplimentare în cursul tratamentului.

Bineînțeles că autorul afirmă că nu toate întreruperile procesului terapeutic sunt un impas și că alternarea momentelor în care apar schimbările rapide și cele de impas aparent, sunt considerate normale, deoarece schimbările necesită timp și un efort semnificativ. Potrivit lui R. Leiper, se poate vorbi despre un impas atunci când apare „o situație în care ai investit mai multă energie în susținerea opoziției schimbării, decât să-l rezolvi, această condiție fiind susținută pentru o perioadă de timp, ceea ce este semnificativ în raport cu durata așteptată a terapiei” [11, p.83].

Acest lucru se întâmplă, de exemplu, atunci când clientul îl critică în mod constant pe terapeut, evită sau refuză să exploreze teme centrale, prezintă scuze frecvente pentru a nu îndeplini sarcinile convenite, ori atunci când se dezvoltă un climat de neîncredere, apar dezacorduri frecvente și semnificative între terapeut și client și, în cele mai grave cazuri, când are loc un abandon al terapiei.

R. Leiper [11, p. 78] distinge trei *tipuri de crize* care pot apărea în timpul terapiei:

- *crizele externe*, care reprezintă un răspuns la evenimentele din viața clientului, cum ar fi schimbările din viața personală, familială sau profesională, sau evenimente cum ar fi accidente sau răni, care solicită să evalueze cu exactitate consecințele psihologice pe care le implică, rolul pe care l-a avut clientul în declanșarea acestora, modul în care acestea influențează relația și obiectivele terapeutice, pentru că atunci când terapeutul ia în considerare aceste aspecte, crizele din afara terapiei reprezintă aproape întotdeauna o oportunitate de creștere;
- *crizele intrinseci*, care apar ca o consecință a muncii terapeutice în sine și a presiunii emoționale exercitate de acesta. În general, acestea sunt rezultatul unei schimbări care determină o discontinuitate ce este experimentată ca o amenințare profundă pentru identitatea clientului. Astfel, consecințele pot fi: de la anxietate semnificativă și nemulțumire profundă, la o stare de agitație îndelungată, depresie, pasivitate, până la simptome mai complexe de depresie majoră, disociere, episoade psihotice. În asemenea cazuri poate fi necesară schimbarea abordării terapeutice, fiind recomandabilă îndepărtarea de zonele dificil de explorat, ajutând clientul să dea sens experienței trăite, să contextualizeze și să propună interpretări alternative;
- *crizele repetitive*, ce sunt un model recurent de a face față dificultăților care acoperă frecvent experiențele de depravare sau de abuz. Criza în aceste cazuri, devine focusul pe care se concentrează terapia. Cu acești clienți, R. Leiper sugerează posibilele linii de intervenție: dacă condițiile de viață sunt foarte instabile, poate fi adecvat de oferit sau de raportat alte forme practice de ajutor (de exemplu, mutarea casei, solicitarea asistenței de la serviciile sociale),

astfel încât, după rezolvarea întrebărilor practice să fie posibilă înfruntarea dificultăților psihologice.

Oricare ar fi tipologia și cauza crizelor, potrivit lui R. Leiper [11, p. 80] acestea reprezintă o provocare normală și previzibilă, ce urmează a fi acceptate și tratate nu ca elemente anormale sau patologice. Comparând dificultățile întâmpinate în procesul de terapeutic cu cele care apar în timpul existenței umane, autorul susține că procesul evoluției în viață, ca și în terapie, se caracterizează prin dialectica dintre schimbare și continuitate, între păstrarea și modificarea structurilor psihologice existente. Conform acestei perspective, ambele momente ale acestei dialectici evolutive au o funcție foarte importantă pentru client și, prin urmare, trebuie respectate, chiar și atunci când reprezintă un obstacol în calea eforturilor terapeutice:

„Rezistența la schimbare, inclusiv formele sale cronice, cum ar fi impasul terapeutic, trebuie să fie înțelese în termenii lor funcționali în a menține integritatea și coerența structurilor noastre psihologice. [...] În mod similar, perioadele de dezechilibru și dezorganizare personală, chiar și atunci când iau forma unor crize majore sau episoade de tulburări semnificative, pot fi apreciate pentru rolul lor în originea noilor obiective evolutive" [11, p. 83]. Impasul, consideră R. Leiper, reprezintă o revenire la siguranța trecutului datorită eșecului de a recunoaște procesul de tranziție între cele două faze: de stabilitate și de lipsa integrării în experiența noului statut, cu o întoarcere consecventă la cea anterioară. Rolul terapeutului, deci, este de a-i oferi o bază sigură care să-i permită clientului să gestioneze noua sa condiție, înțelegând rădăcinile, actuale și istorice, ale încercărilor de autoprotecție, care conțin experiența dezintegrării și a nesiguranței. Oferind echilibrul corect între oferirea de siguranță și încurajarea clientului, terapeutul poate facilita o atitudine de deschidere, flexibilitate și asumare de riscuri în provocarea schimbării.

În acest scop, este esențial ca terapeutul să nu perceapă impasul ca un eșec, cu sentimente de vinovăție, rușine și incompetență, perpetuând blocajele sale, ci dimpotrivă, este necesar să fie capabil să înțeleagă că un impas este în curs de dezvoltare și să reușească să-și conțină disconfortul până când nu va elucida și evalua în mod clar cauzele. Așadar, autorul propune unele indicii care pot ajuta terapeutul să recunoască, indiferent de orientarea sa, *originea unui impas*, care poate avea rădăcinile în:

- modul în care au fost definite contractul și obiectivele terapeutice;
- gradul în care ecosistemul social al clientului și background-ul profesional al terapeutului susțin activitatea terapeutică;
- acuratețea cu care este evaluată imaginea clinică a clientului;
- modul în care este gestionat procesul și relația terapeutică.

Totuși, cu toate că, în conformitate cu această perspectivă, obstacolele în procesul terapeutic sunt considerate absolut normale, autorul subliniază necesitatea de a „evita scufundarea în cinism sau

disconfort și încurajarea experimentării reflexive, a libertății de creație, decât răspunsurile prefabricate” [11, pp.74-75].

În această optică de idei, dificultățile pe care le poate întâmpina terapeutul în timpul tratamentului pot deveni un stimul care îi permite să crească ca profesionist și să-și lărgescă propriul model de referință pentru a adopta o viziune mai integrată.

R. Leiper [11, p. 83] de fapt, sugerează că terapeuții ar trebui să aibă o atitudine optimistă față de posibilitatea schimbării și, în același timp, un anumit grad de pesimism, recunoscând limitele și dificultățile schimbării, acceptând frustrările și provocările, pe care le comportă acest proces, împreună cu dificultățile pe care clienții le pot întâlni, distingând momentele în care-i pot încuraja și cele în care impasul este admisibil, respectând ritmurile și timpul fiecărui individ în acest proces.

Această poziție persistă și la alți autori, cum ar fi E. Erikson, care s-a opus vehement celor care credeau că oamenii nu se pot schimba și care, în introducerea cărții *Change* [13, p. 80], a subliniat importanța sprijinirii forțelor opuse ale clienților, care îi canalizează în direcții pozitive. B. O'Hanlon [13, p.80] subliniază importanța unei astfel de atitudini pentru cei care doresc să găsească o modalitate de a se elibera de suferința lor. Autorul afirmă că comunicarea clientului, chiar și tacit, precum că schimbarea este imposibilă, înseamnă distrugerea speranțelor sale. În același timp, este necesar de avut în vedere faptul că terapeutul trebuie să răspundă în mod adecvat, evitând riscul de a crea așteptări iluzorii.

O contribuție care diferă de toate cele menționate până acum, nu pentru perspectiva propusă, ci pentru modul în care este explorat subiectul, o reprezintă cea a psihoterapeutei Y. Bates [2, p.12], care subliniază că, deși există multe cazuri de terapii de succes, nu este cazul de ignorat situațiile unde clienții au avut o experiență terapeutică percepută ca neproductivă sau chiar dăunătoare. Autoarea, de abordare umanistă, invită terapeuții să asculte vocea clienților, pentru a evita greșeala utilizării „propriei lor teorie, analiză și intelectualizare a istoriei clientului și / sau interpretarea emotivității neînțelese ca pe un comportament irațional sau isteric „evitând astfel să se angajeze într-o muncă de introspecție, care deși e de natură profesională, reprezintă un angajament la un nivel personal. În acest scop, propune o reflecție asupra principalelor dificultăți pe care clienții le pot întâlni în terapie, colectând poveștile spuse de aceștia, acestea oferind indicii importante, care nu ar trebui să descurajeze terapeuții și clienții care se angajează în tratament, dar să-i ajute să fie pregătiți în a gestiona unele recăderi.

O perspectivă similară a fost propusă de H. Levitt, M. Butler și T. Hill [12, pp. 314-324] care au realizat un studiu ce vizează identificarea a *ceea ce clienții găsesc util în psihoterapie*. În acest scop, echipa de cercetare a realizat interviuri cu 26 de psihoterapeuți, examinând experiența acestora cu clienții lor, în urma sondajului proiectându-se șase clustere, fiecare dintre aceste permițând să fie formulate *principii utile pentru facilitarea schimbării în terapie*:

- *implicarea în terapie*: clienții pot începe terapia cu așteptări sau temeri care împiedică și frânează participarea la tratament, prin urmare, este necesar să se promoveze angajamentul și colaborarea, explorând îndoielile sau preocupările persistente ale acestora;
- *mediul terapeutic ca o reflecție a interesului terapeutului*: clienții intervievați au pus accent deosebit pe decor, considerându-l o proiecție a terapeutului, evaluându-l pozitiv dacă favorizează sentimente de siguranță, confort și relaxare;
- *tranziția între cele două lumi*: interviurile au evidențiat importanța dedicării suficiente pentru a realiza tranziția de la lumea terapiei la cea exterioară (la sfârșitul sesiunilor) și invers, pentru a facilita integrarea între cele două realități și facilitarea începerii sesiunilor, înglobând totodată și înșirurile apărute în afara terapiei, ce stabilesc o conexiune între sesiunile de terapie și vindecarea clientului;
- *relația terapeutică*: din interviurile realizate au apărut direcții diferite, utile, legate de un anumite subtilități, inclusiv: o creștere a dependenței inițiale față de terapeut poate facilita procesul de identificare a problemelor acestuia și separarea de alte nuanțe semnificative; calitatea relației a fost asociată cu un climat de încredere și credibilitatea profesională a terapeutului; încălcările regulilor și limitelor terapeutice pot fi utile dacă sunt comunicate cu interes și înțelegere, dar sunt contraproductive dacă generează disconfort; implicarea excesivă a terapeutului face ca clientul să se simtă manipulat; obiectivele pot fi urmărite dacă sunt convenite împreună cu clientul și dacă rezultatele sunt verificate în același mod;
- *caracteristicile terapeutului*: clienții nu au făcut referiri la rasa sau genul terapeutului. Caracteristicile care s-au dovedit a fi semnificative au fost: nivelul de interes, implicarea, insistența și auto dezvoltarea; a fost evidențiată nevoia de a nu se prezenta într-un mod excesiv sau extrem de limitat, modulându-se intensitatea în funcție de nevoile și circumstanțele specifice care au apărut în timpul terapiei;
- *terapia de intervenție*: în meritul acestui cluster s-a observat că clienții acceptă sarcini structurate, recunoscând importanța și utilitatea acestora; tema pentru acasă este eficientă doar în cazul în care terapeutul verifică dacă clientul este gata să o facă; clientul poate să nu fie deranjat de faptul că terapeutul își face notițe dacă utilitatea acestui lucru este explicat; este util să se încurajeze reflecția și propunerea de noi perspective, dacă acestea nu sunt făcute într-o manieră presantă, excesivă și conflictuală; experiențele emoționale pot speria clienții, dar, în același timp, îi pot ajuta să se înțeleagă, să-și tolereze și să-și modifice emoțiile; expresia experienței emoționale poate reduce mecanismele defensive, poate crește sentimentul de ușurare și întărirea alianței terapeutice.

În concluzie, prin revizuirea principalelor modele de schimbare, încercând să conturăm un răspuns la întrebarea: Cum și de ce se schimbă oamenii?, explorând răspunsul și la întrebarea: Cum

și de ce nu se schimbă oamenii? s-a conturat incidența mare a fenomenului, detectată de studii care au raportat rate ridicate de eșecuri terapeutice și abandon, indiferent de tipul terapiei aplicate. Aceste rezultate au determinat mulți autori să sublinieze importanța abordării obstacolelor care apar în timpul terapiei, pentru a spori eficacitatea intervențiilor terapeutice.

În al doilea rând, s-a constatat că barierele în calea terapiei și nivelul de dificultate al schimbării sunt atribuite mai multor cauze și factori, inclusiv:

- nepotrivirea dintre procesele utilizate și faza de schimbare în care se află clientul;
- atitudinea persoanei care poate percepe schimbarea ca fiind dificilă dacă nu are cunoștințe și instrumente adecvate, nu are motivație suficientă, se teme de el însuși, se gândește la ceea ce pierde prin schimbare și o consideră contrar sistemului său de valori, având o *deschidere mică la schimbare*;
- dificultăți în definirea obiectivelor terapeutice și a structurii ședinței, în identificarea opiniilor și gândurilor centrale, în experimentarea reducerii emoțiilor negative, în definirea așteptărilor adecvate, în înfruntarea gândurilor automate asociate acestora;
- limitarea autopermisiunii de a se schimba, al deficitului de metacogniție, dificultăți de partajare, probleme relaționale, concentrarea excesivă sau exclusivă asupra schimbării cognitive sau comportamentale, gestionarea necorespunzătoare a managementului recidivelor simptomatologice, întreruperea prematură a terapiei;
- caracterul inadecvat al definirii contractului și al obiectivelor terapeutice, a funcționării rețelei sociale a clientului și contextul profesional al terapeutului, evaluarea imaginii clinice de ansamblu, al managementului procesului sau/și a relației terapeutice.

Bibliografie:

1. BARA, B. G. *Dinamica del cambiamento e del non cambiamento*. Torino: Boringhieri, 2007, p. 204.
2. BATES, Y. *Shouldn't I Be Feeling Better By Now? Client Views of Therapy*. Basingstoke: Palgrave, 2006, p. 12.
3. BILLOW, R. M. The Three R's of Group: Resistance, Rebellion, and Refusal. In: *International Journal of Group Psychotherapy*, 56 (3), 2006, pp. 259-284.
4. BUGENTAL, J .F.T., BUGENTAL, E. K. A fate worse than death: The fear of change. In: *Psychotherapy*, nr. 21, 1984, pp. 543-549.
5. DOWD, E. T. Why Don't People Change? What Stops Them From Changing? An Integrative Commentary on the Special Issue on Resistance. In: *Journal of Psychotherapy Integration*, nr. 9 (1), 1999, pp. 119-131.
6. GARDNER, H. *Cambiare idee. L'arte e la scienza della persuasione*. Milano: Feltrinelli, 2008. p. 53.

7. GOLD, J. The "Circle Game": Introduction to the Special Issue. In: *Journal of Psychotherapy Integration*, 9 (1), 1999, pp. 1-2.
8. HALL, L. M., DUVAL, M. *Meta-Coaching. Coaching Change. For Higher Levels of Success and Transformation*. Clifton, USA: Neuro-Semantic Publications, 2004, p. 84-89
9. HALUNKA, M. How Clients Change their Therapists. In: KOTTLER, J. A., CARLSON, J. *The Client Who Changed Me: Stories of Therapist Personal Transformation*, New York: Brunner/Routledge, 2005, pp. 199-215
10. HANNA, F. J. *Therapy With Difficult Clients: Using the Precursors Model to Awaken Change*. Washington, DC, APA, 2002, pp. 312-324.
11. LEIPER, R. *Working Through Setbacks in Psychotherapy: Crisis, Impasse and Relapse*. London: Sage, 2001, p. 70-83.
12. LEVITT, H., BUTLER, M., HILL, T. What clients find helpful in psychotherapy: Developing principles for facilitating moment-to-moment change. In: *Journal of Counselling Psychotherapy*, nr. 53 (3), 2006, pp. 314-324.
13. O'HANLON, B. *Change: A practical guide to creating change in life or therapy*. New York: Norton, 2006, p. 80.
14. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. Stages of change. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, nr. 38, 2001, pp. 443-448.
15. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C., DICLEMENTE, C. C. *Changing for Good. A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Avon Books, 1994, p. 71.
16. WATZLAWICK R, WEAKLAND, J. *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton, 1973, p. 32.
17. WESTEN, D., MORRISON, K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nr. 69, 2001, pp. 875-899.