

“Studiu privind distorsiunile de comunicare și implicații în percepția populației asupra psihologului și psihoterapiei în mediul multi-etnic și multicultural”

Radu Bălănean, ian. 2007

Capitol publicat în lucrarea: *Comunicarea dintr-o perspectivă multidisciplinară – Distorsiuni cognitive ale comunicării în contextul social și multicultural*, coordonatori Ardelean, M. & Suci, D. Ed. University Press Tg-Mures, 2007.

INTRODUCERE

În noul context socio-politico-economic al României aspectele privind comunicarea încep să depășească cu mult granițele domeniului psihologiei și să își găsească un loc din ce în ce mai important ca disciplină în diversele domenii ale vieții economice și sociale. Abordarea comunicării o întâlnim deopotrivă în economie, în pedagogie dar și în abordarea medicală modernă.

Paradigmele moderne ale comunicării ne dezvăluie noi zone de studiu și analiză care pot participa eficient la optimizarea comunicării în societatea modernă predominant informațională, în ascensiune continuă și accelerată.

Abordarea comunicării duce implicit și la o abordare a factorilor de distorsiune a căror înțelegere pot influența demersul de optimizare a comunicării.

Societatea modernă este abordată din punct de vedere sociologic diferit, asistând astăzi la nevoia acută de înțelegere a mecanismelor sociale și psihologice a mediilor multietnice și multiculturale. Unitatea în diversitate este abordată nu doar la mari distanțe geografice, ci și în imediata noastră vecinătate, astăzi chiar făcând noi înșine parte dintr-o mare familie multietnică și multiculturală, europeană. Noul context al societății informaționale dar și contextul noilor structuri sociale aduce în prim plan o necesitate acută de înțelegere socio-psihologică a comunicării, mult mai amplă și mai sofisticată.

Astfel comunicarea și distorsiunile de comunicare în mediul multietnic și multicultural sunt mai de actualitate ca oricând.

Psihologul și sociologul par a avea un rol, cel puțin teoretic, foarte important în multiple domenii, de la educație, la economie și medicină. Cu toate acestea necesitatea actorului numit psiholog de a fi prezent în viața cotidiană în multiplele roluri pe care i le poate oferi societatea, este influențată de percepția acestuia în rândul populației. Informarea defectuoasă, distorsiunile de comunicare, șabloanele culturale și mulți alți factori pot avea efect în persistența unei rezistențe în optimizarea percepției asupra rolului pe care îl poate avea psihologul în viața omului modern.

Rolul psihologului cât și a psihoterapiei capătă o nouă dimensiune nu doar în demersul terapeutic în direcția patologiei cât și în demersurile de adaptare și optimizare.

Percepția populației asupra rolului psihologului și psihoterapiei poate avea un rol important în rezultatele demersului psihologului în noul context.

Scopul studiului de față a fost identificarea unor distorsiuni de comunicare ce țin de mediile multietnice și multiculturale și a percepției populației pe anumite segmente de vârstă asupra rolului psihologului și a psihoterapiei în viața omului modern, respectiv identificarea barierelor perceptuale (erori de percepție, percepții incomplete).

Identificarea și definirea barierelor perceptuale pot conduce la demersuri concrete de ameliorare a situației concrete constatate.

Studiul a fost realizat pe un eșantion din populația urbană a municipiului Tg-Mureș, de ambele sexe și pe categorii de vârstă peste 15 ani.

S-a utilizat ca instrument un chestionar semistrukturat cu 20 de itemi în care au fost incluși și itemi referitori la percepția asupra hipnozei și o un instrument de evaluare a performanței în comunicare și frecvenței distorsiunilor de comunicare. Instrumentele au fost aplicate pe un număr de 240 de persoane dintre care 50% între 15-25 ani și 50% peste 25 de ani, împărțiți în mod egal pe sexe și provenind din medii sociale diferite din cadrul populației urbane a municipiului Tg-Mureș.

Rezultatele obținute în urma studiului, deși nu pot fi generalizate la întreaga populație a României, pot reprezenta o motivație pentru propunerea dezvoltării unui studiu mai elaborat, pe un segment reprezentativ de populație și a unor demersuri specifice în domeniile educative informale și de informare-comunicare.

1. ASPECTE TEORETICE

1.1. Aspecte privind comunicarea clasică și paradigma modernă

Ar fi imposibil să ne imaginăm societatea în lipsa comunicării. Mai mult putem relativ ușor să constatăm că în orice grup social fie el și în regnul animal există forme complexe de comunicare. Organizarea socială ar fi imposibil de realizat în lipsa comunicării. În studiul de față ne vom opri la comunicarea umană și mai mult asupra unor aspecte legate de distorsiunile de comunicare în general și în particular în spațiul multietnic și multicultural.

Abordând comunicarea din perspectiva gândirii și limbajului putem spune că ambele aspecte converg spre același rezultat: eficiența comunicării.

Cu certitudine tot ceea ce presupune dezvoltarea gândirii și a limbajului va avea ca efect dezvoltarea capacității de comunicare, indiferent de tipul de comunicare la care ne referim. Pornind de la modelul abstract al comunicării după W. Meyer-Eppler (Opre, 2005) schițat în figura 1, putem aborda, deși într-un mod simplist, mecanismele abstracte ale comunicării.

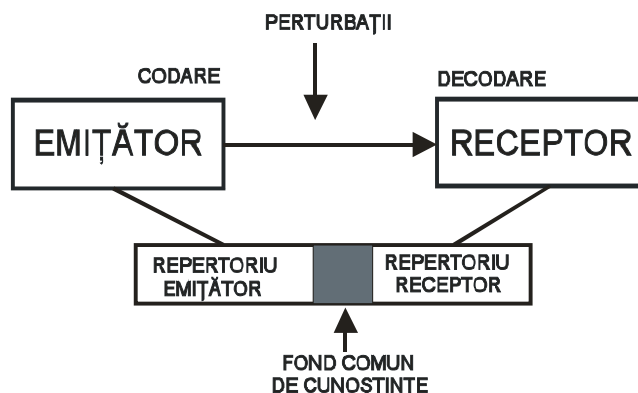


Fig.1

Chiar și prin această schemă simplistă a comunicării, putem totuși aborda o multitudine de factori care influențează comunicarea. Pornind de la factori perturbatori până la repertoriul sau fondul comun de cunoștințe, se pot nuanța o multitudine de vectori care pot influența în mod direct sau indirect comunicarea interumană. Atunci când luăm în analiză această schemă nu trebuie avută în vedere doar comunicarea verbală ci, în aceeași măsură și comunicarea nonverbală. Putem constata foarte simplu că fondul comun de cunoștințe sau repertoriul comun nu se referă doar la cunoștințele generale

care țin de comunicare, de experiențele personale anterioare care marchează atât modul de codare/decodare a informației, ci și de modelul cultural respectiv etnic.

Putem constata moduri diferite de interpretare a aceluiași mesaj între persoane din mediul urban față de persoanele din mediul rural. Fără a face o ierarhizare valorică mesajul verbal sau nonverbal este codat și decodat diferit în funcție de mediul cultural și social.

Nu vom insista pe multitudinea de detalii care pot fi abordate fie și doar prin prisma acestei scheme simple atât în comunicarea comună și cu atât mai mult în comunicarea interculturală sau între diverse grupuri sociale.

Fără a intra în detalii vom aminti doar noile abordări ca reacție la paradigmele structural funcționaliste prin prisma cărora s-a analizat multă vreme comunicarea interumană.

Potrivit noilor modele comunicarea nu se reduce la codare - transmisie (perturbată sau nu) – decodare, ea trebuie înțeleasă ca o comprehensiune reciprocă sau ca o intercomprehensiune (accesul la intențiile interlocutorului, accesul la subiectivismul său). Aceste abordări inițiază demersuri pe alte unități de analiză cum ar fi raporturile intersubiective, grupurile, persoanele în raporturile sale cu ale persoane sau grupuri etc.

Paradigmele comunicării la care facem referire, valorizează teoriile interacționismului simbolic, fenomenologia socială. Subiectivismul omului (actorul din viața cotidiană) și obiectivitatea lumii este raportată dintr-o altă perspectivă, cea a unor activități mediate simbolic și organizate în care actorii societății, participă la o construcție a limbajului și valorilor nu doar prin prisma apartenenței la grupul lingvistic sau social ci și în cadrul acțiunilor practice dinamic-sociale. Această perspectivă nu abordează doar convergența unor puncte comune (fondul comun de cunoștințe în schema prezentată anterior), ci construcția comună a limbajului, valorilor, normelor etc., la care se vor raporta atât în relația dintre ei cât și în relația cu alte grupuri sociale, cu lumea în general (Dragan, 1996).

1.2 Distorsiuni, Generalizări și Omisiuni din perspectiva NLP

Toate cele trei categorii menționate în titlu duc în final la distorsiuni de comunicare. Abordarea din perspectiva NLP este pe de o parte o abordare explicită și relativ simplă, ușurând înțelegerea fenomenelor de distorsiuni în comunicare și pe de altă parte tot mai frecvent abordată, nu doar în cadrul cursurilor NLP, ci și într-o multitudine de traininguri de scurtă și medie durată care au o componentă de comunicare.

În limbajul comun achiziționăm adesea abordări distorsionate, generalizări și omisiuni, pe care le utilizăm în viața cotidiană de cele mai multe ori inconștient și reflex.

Distorsiunile, Generalizările și Omisiunile după Dilts (2000) dar, și după alți autori de cursuri NLP (NLP Interactiv, 2004) le-am putea clasifica în mai multe moduri, dar vom alege câteva exemple simple.

Distorsiunile

- Cauză-Efect distorsionat

Definiție: A (cauza) determină B (efectul) distorsionat

Exemplu: Ziua de luni mă face să mă simt pesimist.

Analiză: Responsabilitatea fiecăruia pentru ceea ce simte și modul cum reacționează.

Prin ce anume ziua de luni te face să te simți pesimist?

Mai precis cum determină ziua de luni pesimismul tău?

Tu ai ales să fii pesimist sau altcineva în locul tău? Ai putea face altă alegere?

- Nominalizarea abstractă

Definiție: Folosirea substantivelor abstracte (dragoste, libertate, speranță etc.) în propoziții (afirmații) de acțiune, care dau un sens ambiguu scopului.

Exemplu: Doresc să fiu liber. Sper să fiu fericit. Doresc să reușesc în viață.
Analiză: Urmărim transformarea cuvintelor abstracte în scopuri precise, bine definite.
Mai precis cum "să reușești" în viață?
Ce înțelegi prin a reuși în viață?
Ce înseamnă pentru tine să fi liber?

- Supoziții imaginare

Definiție: Presupunerea că știm ce gândește sau ce simte o altă persoană fără a avea dovezi concrete și obiective.

Exemplu: Andrei nu mă suportă.

Analiză: Urmărim mecanismul supoziției enunțate.

Ce te face să crezi că Andrei nu te suportă?

Pe ce dovezi concrete și obiective îți bazezi afirmația?

- Echivalență presupusă

Definiție: afirmații legate printr-un cuvânt de legătură (prin urmare, așadar, în consecință, înseamnă că, deci) astfel încât una determină sensul celeilalte.

Exemplu: Nu m-a sunat, așadar nu reprezintă nimic pentru el.

Analiza: Urmărim disocierea sensului celor două afirmații.

Crezi că întodeauna când nu te sună înseamnă că nu reprezintă nimic pentru el?

Au existat și cazuri când nu te-a sunat din motive obiective?

Ai o dovadă concretă și obiectivă că atunci când nu te sună nu ține la tine?

Ar posibil să nu fi sunat pentru că are un motiv obiectiv?

- Presupoziția

Definiție: Ipoteze nefondate care au la bază experiențele noastre anterioare.

Exemplu: Din nou nu ai învățat. Iar nu ești serios

Analiză: Supunem analizei situația actuală disociată de experiențele anterioare.

De ce crezi că nu a învățat?

Ar fi posibil ca de această dată să fi învățat?

Au existat vreo dată situații în care a fost serios?

Generalizări

- Obligativitate abstractă

Definiție: Cuvinte abstracte care exprimă obligativitate (trebuie, nu trebuie, este necesar să..., nu este necesar să...).

Exemplu: Trebuie să alerg tot timpul.

Analiză: Supunem analizei obligativitatea, consecințele și caracterul obiectiv.

Ce te obligă să alergi tot timpul?

Ce s-ar întâmpla dacă nu ai alerga tot timpul?

Toată lumea (numai tu) trebuie să alergi tot timpul?

- Cuantificatori universali

Definiție: Cuvinte și expresii care induc o suprageneralizare (tot, toată lumea, nimeni, nimic, niciodată, întodeauna, de fiecare dată)

Exemplu: Toată lumea mă disprețuiește.

Analiză: Urmărim identificarea situațiilor care diminuează suprageneralizarea.

Toată lumea te disprețuiește, chiar toată lumea? (exagerarea)

Nu a existat niciodată un moment în care cineva să te prețuiască? (contraexemplul, excepția)

Dacă înțeleg bine, întodeauna, dar absolut întodeauna, chiar toată lumea te disprețuiește? (paradoxul)

- Posibilitate abstractă

Definiție: Este indicată ca o cauză o posibilitate abstractă, fără justificare. (pot, nu pot, posibil, imposibil).

Exemplu: Îmi este imposibil să-mi recunosc vina.

Analiză: Supunem analizei obstacolele reale și consecințele.

Ce te oprește să-ți recunoști vina?

Ce s-ar petrece dacă ti-ai recunoaște vina?

- Raționament pierdut

Definiție: Aprecieri de valoare fără bază obiectivă, argumentabilă. (asta nu se face, nu este bine să...,).

Exemplu: Învățatul nu folosește la nimic bun, este pierdere de vreme.

Analiză: Supunem analizei raționamentul aprecierii și baza de comparație. Urmărim identificarea situațiilor cu alte concluzii.

Cine a facut această afirmație și pe ce se bazează ?

Nu există nici un exemplu în care să fi fost util?

Nu ai văzut nicodată pe cineva căruia să îi fi folosit?

Omisiuni

- Generalizarea prin omisiune

Definiție: Generalizarea prin omiterea în exprimare a unor situații particulare.

Exemplu: Este dificil să înveți Psihologie

Analiză: Supunem analizei și identificării situațiile în care se aplică afirmația pentru disocierea generalizării.

Pentru cine este dificil să învețe psihologie?

Cum îți dai seama că îți este greu să înveți psihologie?

Ce anume, mai precis este greu în învățarea psihologiei?

Unde anume mai precis ți s-a parut mai greu să înveți psihologie?

Când anume, în ce momente ai simțit că îți este greu să înveți psihologie?

Chiar întodeauna ai simțit că îți este la fel de greu să înveți psihologie?

- Omisiune non-comparativă

Definiție: Afirmații prin omisiunea bazei de comparație.

Exemplu: Sunt mai puțin elegant. Sunt ceva mai înalt...

Analiză: Se supune analizei afirmația și identificarea unei baze de comparație pentru a o defini.

Comparativ cu cine esti mai puțin elegant?

Față de ce anume ești mai puțin elegant?

Cum își dau seama ceilalți că ești mai puțin elegant?

- Ambiguitate prin omisiune

Definiție: Omisiunea detaliilor care definesc explicit acțiunea.

Exemplu: Mă pregătesc pentru viață.

Analiză: Identificare și definirea explicită a acțiunii.

Mai precis cum te pregătești pentru viață?

Ce faci în acest sens?

Ce modalități folosești?

Ce înțelegi prin a te pregăti pentru viață?

- Omisiune referențială

Definiție: Construcția vicioasă a afirmației și/sau definirea ambiguă a acțiunii, rezultând omisiunea referințelor.

Exemplu: Este multă nepăsare. Nu le pasă.

Analiză: Identificarea și definirea subiectului, acțiunii și scopului.

De ce?

Cine/ Cui/ Din partea cui?

Unde?

Când?

Clasificări și exemplele de mai sus sunt departe de a epuiza sau clasifica toate distorsiunile de comunicare. Ele au fost realizate doar ca simple exemple după scheme logice din diverse abordări NLP.

Utilizarea acestor exemple sau a altor exemple similare clasificate sau nu în manualele de specialitate pot fi utile pentru diminuarea efectelor acestor tipuri de distorsiuni în vorbirea curentă.

Exercițiile de identificare fie a unor noi categorii de distorsiuni, generalizări și omisiuni cât și exercițiile de căutare a diverselor exemple din vorbirea curentă își dovedesc utilitatea nu doar prin dezvoltarea materialului de studiu ci și prin conștientizarea acestor tipuri de distorsiuni utilizate frecvent în mod reflex, inconștient.

1.3 Opiniile și credințele populației legate de psihoterapie, terapeut și hipnoză, hipnoterapie

1.3.1 Introducere și importanța temei

Actualmente trăim într-o epocă în care evenimentele zilnice se desfășoară cu o viteză remarcabilă și într-un ritm trepidant. (Ogden, 2007) Fie că este vorba de activitatea profesională, sau timpul liber, hobbyuri, timpul petrecut cu familia, sau cu cei dragi, asistăm la creșterea vitezei cu care toate acestea se desfășoară, riscând uneori ca ele să devină grăbite și poate superficiale, sau „stresul zilnic” să-și pună amprenta inclusiv pe activitățile de recreere, sau pe relațiile intrafamiliale ale omului. (Lazarus & Folkman, 1984) În cazul în care la locul de muncă se pune accent mai ales pe „randament”, neglijând factorul uman, nevoile psiho-sociale ale omului, nu sunt rare situațiile în care persoana în cauză își pierde echilibrul sufletească, sau se îmbolnăvește de afecțiuni precum depresia, fobiile, sau relațiile lui interpersonale au de suferit ceea ce ar putea duce la divorțuri, certuri în familie, înrăutățirea sau răcirea relațiilor cu prietenii, etc. (Sedgeman, 2005)

De asemenea nu sunt rare situațiile în care un părinte care lucrează de regulă într-un program prelungit își vede copiii și partenerul/partenera doar de două ori pe zi, dimineața și seara, când ajunge acasă obosit de la servici. Astfel ajunge să neglijeze anumite nevoi ale copiilor, cum ar fi supravegherea educației, verificarea activității școlare, aprobarea/confirmarea/lauda în cazul unor performanțe școlare deosebite, discuția despre problemele personale de natură sufletească ale copilului, etc. (Sprenkle, Bischof, 1994) Partenerul/partenera de viață se simte de asemenea neglijat/ă, neputând să-i împărtășească partenerului/partenerii problemele sufletești, sau cele de zi cu zi, sau pur și simplu devine imposibilă comunicarea verbală și spirituală cu partenerul/partenera, care de oboseala și de stresul acumulate peste zi se tolănește în fața televizorului și adoarme acolo, sau în loc să își îndeplinească sarcinile care îi revin pe post de tată-mamă de familie și de soț/soață, se angajează pur și simplu în activități menite să îl/o odihnească, să scape de gândurile, problemele, sarcinile de peste zi. (Sholevar, Schwoeri, 2003)

Nu sunt rare nici situațiile în care datorită unui nivel crescut de stres persoana în cauză suferă de insomnii, disfuncții psiho-cognitive, scăderea capacității de memorare și a randamentului psihic sau intelectual, sau depresia, poate „ceda nervos”. (Spence, Barnett, Linden, Ramsden & Taenzer 1999). Tocmai în scopul prevenirii sau tratării acestor probleme persoana poate apela la droguri sociale, cum ar fi cafeaua și tutunul, folosindu-le uneori abuziv și în cantitate prea mare, care odată cu neglijarea factorului dietetic pot duce de la afecțiuni organice (infarct, apoplexie, arteroscleroză, etc.) la afecțiuni sufletești cum ar fi hiperexcitabilitatea nervoasă, disfuncții ale sistemului nervos autonom, paranoia, depresie, iritabilitate, sentiment de insatisfacție psihică, idei micro- sau macromanice, etc. (Hall, Munoz, Reus & Sees, 1993)

De asemenea, se întâlnesc deseori situațiile în care persoana va apela la droguri mult mai periculoase care dau dependență psihică și totodată fizică, cum ar fi amfetaminele (extasy sau cocaina), în scopul sporirii artificiale a randamentului intelectual, a rezistenței la stres și a perioadei pe care este capabil să o lucreze, sau „downers” de tipul hașișului sau al opioidelor, mai ales după servicii, deoarece oferă o senzație de calm și/sau de eliberare sufletească, plutire, fericire, euforie, etc., senzații și experiențe mult mai plăcute (pozitive) în comparație cu frustrările, stresul, tensiunile intelectuale de peste zi și prin intermediul cărora caută să le contrabalanseze pe cele din urmă. (Nutt, King, Saulsbury & Blakemore, 2007) Uneori problemele precum insomnia, sau manii, fobiile, depresia devin atât de evidente și de discomfortante încât persoana va apela la medicul de familie, care de regulă îi va prescrie în acest scop anxiolitice de tipul benzodiazepinelor, sau antidepresive, dar de fapt problemele lui de fond rămân aceleași, situația se poate ameliora o perioadă, dar după întreruperea medicației de obicei simptomatologia reapare, uneori într-o formă mult mai atroce; (Winger, 1992) de asemenea aceste medicamente nu numai că oferă rezultate temporale și artificiale pentru probleme care s-ar putea rezolva mult mai natural, mai optim și mai fiziologic prin intermediul terapiilor holistice, sau a psihoterapiei, dar ele sunt grevate și de riscul foarte mare de dependență (Petersen, Dording, Neault, Kornbluh, Alpert, Nierenberg, Rosenbaum & Fava 2002). (Marriott & Tyrer 1993)

Copiii, sau partenerii de viață care se simt neglijați de către părinți sau de către partenerii de viață vor suferi și ei asemenea tulburări ale echilibrului psihic, întorcându-se împotriva celui/cele care neglijează, uneori a întregii familii, copiii, fiind în mod special vulnerabili, angajându-se uneori, ca rezultat al neglijenței parentale în activități deviante, sau patologice, dăunătoare, atât din punct de vedere etic-moral, cât și psihic, cum ar fi furtul, absenteismul școlar, vandalismul, agresivitatea, violența verbală și fizică, consumul de droguri (mai ales în cazul unui caracter puțin format și astfel ușor influențabil, foarte maleabil care se alătură unui anumit grup, sau unei bande, „găști”) și altele de acest fel. (Mulvey, Arthur & Reppucci, 1997) Partenerii neglijați pot răspunde în mod diferit la acest fenomen: fie își activează mecansimele de auto-protecție prin revendicarea afecțiunii, comunicării neacordate, fie adoptă același comportament față de partener/parteneră și astfel pot lua naștere fie disfuncții psihice de tipul depresiei, sau al frustrărilor, fie certuri, violențe fizice sau verbale, tristețe și alte sentimente negative, mergând până la divorț. (Dutton & Nicholls, 2005) Un rol important îl poate avea și neglijarea vieții sexuale în cuplu, ceea ce îi poate îndepărta în mod cert pe parteneri unul de celălalt.

Acumularea de frustrări, tensiuni, oboseală fizică și intelectuală, sau diverse alte stări de surmenaj vor duce în timp în mod cert la debutul diverselor disfuncții sau afecțiuni psihice, uneori grave și care necesită tratamente de specialitate costisitoare și îndelungate. (Seligman, Walker & Rosenhan 2001) De aceea ar fi

foarte importantă, mai ales în contextul socio-economic al zilelor noastre profilaxia acestor afecțiuni, sub conducerea sau coordonarea atentă a unor specialiști în domeniu, psihologi, psihoterapeuți. Totuși, în general se poate afirma că oamenii preferă să își neglijeze problemele până la debutul sau instalarea tabloului clinic al afecțiunii psihice, în loc să admită că au nevoie de ajutor și să apeleze la un specialist în acest scop, chiar dacă este conștient că odată debutată, afecțiunea este mult mai greu de tratat, echilibrul psihic se restabilește mai greu și terapia necesită uneori eforturi sufletești și/sau materiale considerabile din partea pacientului, iar ședințele nu sunt întotdeauna plăcute, uneori fiind necesară discutarea unor subiecte care pot trezi emoții sau sentimente negative din partea pacientului. (Cepeda-Benito & Short, 1998) Profilaxia disfuncțiilor psihice ar putea foarte bine să fie realizată prin ședințe de psihoterapie la care subiectul să participe în mod regulat, și în cadrul cărora să învețe, sub ghidarea terapeutului, să transforme stresul sau emoțiile negative acumulate, să le recicleze într-un mod ecologic, transformându-le în entități pozitive, cu caracter creativ. Ședințele de terapie ar mai putea fi utile și în scopul reglementării și optimizării relațiilor interpersonale, familiale, sau de alt tip ale subiectului, prin discutarea și clarificarea anumitor comportamente, neînțelegeri, rezolvarea conflictelor, percepții stereotipe, sau greșite, așteptarea rezolvării problemelor „de la sine”, fără participarea activă a subiectului etc. (Dreier, 1998).

Iată care sunt doar unele dintre domeniile în care psihoterapia, sau hipnoterapia pot avea un rol deosebit, atât în profilaxie, cât și în tratamentul afecțiunilor manifestate, sau chiar latente, subzistente. Alte domenii de aplicabilitate ale psihoterapiei sau hipnoterapiei includ o gamă largă de boli sau afecțiuni atât de natură psihică, cât și simptome sau maladii organice, cum ar fi durerea cronică, fatigabilitatea, anxietatea, psihozele, maniile, distimiile (inclusiv depresia sub toate formele și în toate gradele de severitate), dependența de droguri sociale sau stupefiante, comportamente deviante, inclusiv agresivitatea, tendința la violență, furtul sau cleptomania, dependența de jocurile de noroc, ș.a.m.d. (Shoenberg, 2007) (Rosack, 2001)

Deoarece există o gamă largă de concepții, credințe, chiar superstiții greșite, sau de natură stereotipă legate de psiho- sau hipnoterapie, ar trebui concepute diferite programe de informare care să ofere informații pertinente, să spulbere opiniile greșite, sau stereotipiile, miturile despre aceste modalități de tratament și să-i determine pe oameni să abandoneze aceste idiosincrazii și să apeleze cu încredere la aceste terapii, deoarece ele sunt naturale, ecologice, fără efecte secundare, eficiente, spre deosebire de majoritatea tratamentelor farmacologice utilizate în psihiatrie. (Furnham, Wardley, 1990)

Din cele expuse mai sus rezultă importanța și nevoia efectuării unor chestionări ale populației în legătură cu opiniile, părerile, credințele pe care le au despre psihoterapie și terapeut în general, sau despre modalități terapeutice cum ar fi hipnoza sau hipnoterapia, pentru a ști care sunt miturile, legendele, informațiile eronate sau stereotipe care necesită informare și corectare. (Seligman, 1995)

1.3.2 Opiniile, credințele populației în legătură cu psihoterapia

Având în vedere influența pe care o are mass-media asupra marilor mase populaționale, putem afirma, că aceste influențe au dus la apariția și răspândirea unor informații, opinii, păreri și credințe eronate, superstițioase, false în legătură cu psihoterapia în general. Diferitele materiale audio-vizuale, filme, documentare, sau cărți, reviste, romane, lucrări SF, toate acestea prezintă diferite informații despre psihoterapie, mai mult sau mai puțin apropiate de adevăr, unele fiind chiar imaginare, pline de prejudecăți, sau de-a dreptul false. (Furnham, Wardley, 1990) De exemplu, un film despre viața unor bolnavi psihici instituționalizați, care

frecventează ședințe de consiliere poate da impresia spectatorilor, că psihoterapia este destinată exclusiv tratamentului bolilor psihice foarte grave, chiar ireversibile, cum ar fi psihozele, schizofrenia, maniiile, depresia severă, etc. În consecință, oricât de rău se va simți o persoană, sau oricât de bolnavă va fi, va ezita să apeleze la acest gen de ajutor de specialitate, repetându-și că „eu nu sunt așa de grav bolnavă, încât să am nevoie de psihoterapie. Dimpotrivă, în caz că nu își face impresia că acest gen de terapie este indicată numai pentru afecțiunile grave, pentru „oameni nebuni”, subiectul știe care este părerea celor din jur și nevroid să fie compătimit, sau să-și sperie rudele, familia, prietenii, sau cunoscuții, s-ar simți jenat dacă ar trebui să admită că frecventează un psihoterapeut. (Deane, 1992)

O altă credință falsă în legătură cu psihoterapia este că psihoterapia este doar o conversație fără rost, care nu schimbă mai nimic în sufletul omenesc și de fapt nu este de nici un folos. Sau dimpotrivă, poate fi considerat panaceul universal, pentru toate formele de afecțiuni, sau disfuncții psihice. Mass-media poate sugera faptul că psihoterapia este o formă de terapie prescrisă uneori de către tribunalele occidentale unor infractori, consumatori de droguri, sau persoane cu un comportament deviant. (Furnham & Wardley, 1990) Ceea ce sugerează, de asemenea unui laic faptul, că psihoterapia este ultimul resort al unor persoane viciate și să refuze să se identifice cu acestea, apelând la ajutorul unui terapeut. În schimb, ședințele de terapie de cuplu, sau terapie familială pot fi privite cu o ușoară ironie, sau dezaprobare, conduși de ideea „ce naivi și proști sunt acești oameni, dacă au nevoie de ajutorul unui străin pentru a-și rezolva problemele de familie” (Sprenkle & Bischof, 1994), sau de ideea tradițională, conform căreia problemele familiale trebuie rezolvate strict între membrii de familie, fără intervenția altor persoane. (McGoldrick, Wieling, 2000) Iată de ce s-ar simți unii oameni jenați, dacă apropiații lor ar afla că ei au solicitat ajutor de la un psihoterapeut, sau, din alt punct de vedere, au dubii cu privire la eficacitatea psihoterapiei, se îndoiesc de faptul că ar putea ajuta oameni „mai puțin bolnavi”, sau că ar putea ajuta pe unii oameni pur și simplu să-și descarce tensiunea de zi cu zi, stresul, sau să învețe cum să își rezolve conflictele, sau să reacționeze la diverse situații de viață. (Rosack, 2001) (Barrett-Lennard, 1993)

O altă categorie de oameni, mai ales cei crescuți în spiritul regimului comunist, sau al perioadei de tranziție ar putea considera psihoterapia un „americanism”, sau occidentalism fără tradiție la noi în țară, șarlatanism, „vorbă multă pe bani grei”, sau un remediu destinat oamenilor foarte bogați, sau vicioși, și al celor plictisiți de viață și în concluzie să-i considere pe cei care apelează la această formă de tratament drept persoane care vor să copieze stilul de viață occidental, unde „până și psihoterapeutul are psihoterapeut”. (Wolkon și colab., 1973) Alte păreri greșite legate de psihoterapie sunt că acestea ar fi eficiente doar la subiecții cu adevărat bolnavi, sau numai la cei cu ușoare disfuncții, că nu ar avea efect decât asupra unei singure afecțiuni, sau unui număr foarte limitat (cum ar fi de ex. depresia), că ar avea efecte „magice”, sau ar da dependență și că pacientul ar putea să nu mai fie în stare să mai funcționeze normal, decât cu ajutorul ședințelor de terapie continuate până la infinit, alții și-ar putea exprima neîncrederea cu privire la păstrearea strictă a secretului profesional, sau cred că nu ar putea să discute despre viața lor sexuală, sau despre evenimente traumatizante, fie din pudoare, fie pentru că ei consideră că tratamentul trebuie întotdeauna să fie un proces, pe parcursul căruia să se simtă întotdeauna bine. (Wong, 1994) Iarși alte persoane ar putea considera mult mai eficiente tratamentele medicamentoase, și așteaptă de la medicul lor „pilula miraculoasă” care să îi scape de problemele lor, fără nici un efort din partea lor. Pasul cel mai greu al unei persoane este până ce va admite că are probleme și își va da seama că trebuie să ceară ajutorul cuiva. Indiferent de informațiile preliminare pe care le-ar putea avea despre psihoterapie, orice persoană va recunoaște cu ușurință că aceasta este o formă mult mai fiziologică de tratament, mult mai

naturală, decât să zicem a lua sedative sau hipnotice pentru insomnie, sau anxiolitice pentru anxietate sau fobii, sau antidepresive pentru depresie, pentru că în situația din urmă problema rămâne de fapt, ceea ce se schimbă este reacția SNC, adică modalitatea reacțiilor adaptative, care sunt estompate, sau abolite prin intermediul unor droguri sintetice periculoase. Persoanele complexate, sau cu o anumită educație, sau cu un nivel intelectual mai scăzut, cu caracter coleric, sau sangvinic, sunt cei mai refractari la orice idee, sau sugestie de a apela la ajutorul oferit de psihoterapie. (Cepeda-Benito & Short, 1998) Iarși alții pot fi induși în eroare de către prejudecățile pe care omul neculturat le are față de freudism și psihanaliză, confundând psihoterapia cu psihanaliza și crezând astfel, că psihoterapia este o încercare de a explica simptomele, afecțiunile pacientului pe baza sexualității sale, sau a vieții sexuale. (Mitchell & Black, 1995). (Freedman, Hoffenberg, Vorus & Frosch, 1999)

O altă capcană o poate reprezenta convingerea religioasă a persoanei cu probleme de ordin sufletesc. În cadrul unor religii, sau al unor secte religioase, mai ales cele cu caracter radical, sau tradiționalist, se consideră că este mult mai indicat ca persoana cu probleme să apeleze în primul rând la un lider religios, fie el preot, pastor și să-i ceară acestuia ajutorul în scopul rezolvării conflictelor, a „spălării de păcate”, considerate de aceștia sursa principală a problemelor sufletești, sau chiar în scopul aplanării unor situații jenante sau neplăcute, a scăpării de frustrări, tensiune psihică, stres, etc. deoarece liderul religios în acest context este considerat cel mai calificat ca să ofere acest ajutor, fiindcă prin el lucrează „puterea zeilor, sau a Duhului Sfânt”, etc., pe când psihoterapeutul laic poate folosi pe parcursul terapiei metode considerate „păcătoase, rușinoase, îndreptate împotriva credinței, etc.” Totuși, de regulă, acești lideri religioși nu au pregătirea sau experiența în domeniu absolut necesară pentru a oferi un ajutor pertinent, cu adevărat util, dar fiindcă ei sunt considerați „unelte ale lui Dumnezeu, sau ale Binelui”, pe când psihoterapeutul poate fi etichetat drept „unealtă a demonilor, sau a Răului, a materialismului”, persoana cu probleme va accepta uneori cu mult mai multă ușurință ajutorul oferit de primul și va refuza, uneori chiar la sfatul duhovnicului, să ceară ajutor de la persoane calificate. Iată deci felul în care religia sau convingerile religioase pot veni în contradicție cu psihoterapia, sau îi pot insufla subiectului impresii, păreri, chiar convingeri negative în legătură cu aceasta, sau frică, uneori refuz categoric față de „unealta lumii materialiste, a metodelor concepute de oameni necredincioși” etc. (Dick, Robbins, Doucas & Curtis, 1977) (Kaminetzky & Stricker, 2000)

Iată deci de unde rezultă nevoia de sondare a opiniei publice în legătură cu psihoterapia și cu imaginea pe care oamenii o au despre ea, despre utilitatea ei, sau gradul disponibilității de a apela la acest tratament. Toate aceste probleme sunt multifactoriale, adică influențate de un număr mare de factori exogeni și endogeni, printre care se află prejudecățile și tendința la a prezenta prejudecăți, nivelul de cultură, mass-media (televiziunea, radioul, internetul, filmele, etc.), părerile cunoscuților, ale prietenilor, colegilor, sau ale familiei în legătură cu subiectul, credința religioasă, caracterul, structura psihică a omului etc.

În cazul în care pot fi identificate opinii sau credințe false, prejudecăți, sau stereotipii foarte răspândite în legătură cu subiectul, pot fi puse la punct programe de informare a opiniei publice, destinate să răspândească și să facă cunsocute și acceptate informații și păreri, opinii avizate, pertinente, cu caracter științific în legătură cu psihoterapia și tot ce înseamnă, sau implică aceasta. (Furnham & Wardley, 1990)

1.3.3 Opiniile și credințele populației în legătură cu persoana psihoterapeutului

La fel ca și în cazul psihoterapiei, pot exista opinii sau credințe în legătură cu persoana terapeutului, care nu corespund întotdeauna cu realitatea. De pildă, s-ar putea ca unii să-l considere pe terapeut „un vorbitor pe bani” a cărui activitate nu prea are valoare practică în ochii acestor persoane. (McCarthy & Hanson-Frieze, 1999)

De regulă, aceștia consideră că este mult mai indicat ca în aceste situații, când cineva are probleme sufletești să apeleze la o persoană apropiată, de exemplu un bun prieten, care îl cunoaște și astfel, cred ei, poate fi de un ajutor mult mai mare, decât un străin care pur și simplu „își face merseria”. (Wong, 1994)

Totuși, cei care gândesc astfel ar trebui să recunoască faptul, că uneori implicarea emoțională față de persoana care ți se adresează, sau ți se confesează poate reprezenta un impediment în calea ajutorului ce ar putea fi acordat și în plus, acești „prieteni” nu au de obicei pregătirea profesională necesară pentru a „vindeca” rănilor sufletului. Implicarea emoțională, când persoana apropiată căreia i se adresează simte compasiune, milă, simpatie, antipatie, aprobare sau dezaprobare, etc. față de cel cu probleme, este o barieră serioasă în calea oferirii de sfaturi pertinente, bazate pe o judecată rațională, realistă, nesubiectivă a persoanei și a situației de viață pentru care aceasta a apelat la ajutorul prietenesc.

Iată de ce un specialist, care pe lângă pregătirea profesională specială în acest domeniu, nu se implică emoțional, sau cel puțin nu așa de mult ca un prieten și nu își permite judecăți de valoare, nu îngăduie ca părerile pe care și-le formează despre pacient să influențeze demersul terapeutic – poate reprezenta un ajutor mult mai valoros decât simpla confesiune unui prieten sau apropiat. (Fiester, 1977)

Un alt impediment în calea succesului terapeutic, sau măcar a stabilirii unei relații de încredere reciprocă între terapeut și pacient pare a fi ostilitatea pe care o poate manifesta pacientul față de terapeut, sau viceversa. Aceasta se întâmplă mai ales în cazul în care pacientul nu a apelat la consiliere de bunăvoie și nesilit de nimeni, ci a fost trimis de către rude, părinți, familie, sau de către instituții cum ar fi școala, justiția, cabinetul medical, etc. În aceste cazuri, pacientul îl consideră pe terapeut ca fiind pur și simplu „un alt agent al sistemului” a cărui menire este să îl oprime pe el și să îi sfâșie și mai tare rănilor, care, crede el sunt pe cale de a se cicatriza. (Lorr, 1965) (Newman, 1998) Iată de unde mai poate proveni atitudinea ostilă față de terapeut și impedimentul principal în calea stabilirii unei relații pacient-terapeut bazate pe încredere reciprocă și caracterizată prin amicalitate, simpatie, sau empatie, dorința de deschidere și de confesare din partea pacientului și dorința de a nu judeca ci a asculta, a încerca să înțeleagă și să ajute din partea terapeutului. (Wong, 1994) (Furnham & Wardley, 1990)

O atitudine ostilă a terapeutului față de pacient este o eroare profesională, un caz de malpraxis, în care prejudecățile, sau deprecierea pacientului de către terapeut (de ex. din cauza sexualității sau a obiceiurilor sexuale, a neîncrederii acordate pacientului „oricum nu vrea să schimbe nimic, se preface doar că mă ascultă și că îmi urmează sfaturile”) stau în calea demersului terapeutic, iar dacă pacientul va simți ostilitatea, sau antipatia care vine din partea terapeutului, fie va abandona terapia, fie va manifesta aceleași sentimente de ostilitate sau de antipatie față de terapeutul care în loc să încerce să îl înțeleagă, sau să-l ajute, îl judecă, sau se comportă față de el cu un aer de superioritate morală, sau spirituală. Pacienții au darul de a simți foarte ușor orice situație tensionată, sau sentimentele negative care vin din partea terapeutului și pot reacționa prompt la acestea, fie prin abandonul terapiei, fie prin continuarea ei, dar fără să mai ia în serios ceea ce se întâmplă pe parcursul ședințelor. (Newman, 1998)

Iată de ce este esențial ca terapeutul să manifeste o atitudine înțelegătoare, să aibă multă răbdare, să fie foarte deschis, prezent cu mintea și cu inima la ședințe, iar pacientul să nu simtă milă, sau depreciere, sau antipatie din partea lui, ci numai dorința de a ajuta, de a înțelege și de a rezolva. (Lorr, 1965)

O altă eroare din partea pacienților este credința conform căreia, dacă un terapeut nu a trecut prin afecțiunile, tulburările, problemele sale (cum ar fi depresia, sau certurile în familie, fobiile, anxietatea, sau consumul de droguri, durerea cronică, o boală terminală, etc.), nu poate înțelege cu adevărat suferința pacientului și din acest motiv nici nu îl poate ajuta în mod corespunzător, deoarece „...el pur și simplu nu înțelege”. (Newman, 1998)

Se poate întâmpla ca pacientul să devină oarecum dependent de terapie, sau de terapeut pentru rezolvarea oricăror probleme, sau situații apărute în viață și să devină incapabil să se descurce în viața reală fără acest ajutor. În astfel de situații se poate ajunge până acolo, încât dacă pacientul nu are acces la terapie în momentul respectiv, dacă are, să zicem tendințe suicidare, să și comită actul autolitic. Uneori, pacientul sau terapeutul se pot implica emoțional unul față de celălalt (de ex. se pot îndrăgosti) ceea ce de obicei complică și mai mult problemele pacientului. În acest scop etica și deontologia profesională recomandă întreruperea ședințelor de terapie cu terapeutul actual și transferarea pacientului către un alt terapeut. Frica de a nu deveni dependent/ă de terapie (ca prejudecată a persoanelor laice), sau de a deveni obsedat/ă de persoana terapeutului pot sta la baza evitării acestui tip de tratament. Bineînțeles, că terapeutul are la îndemână mijloace speciale prin care poate preveni aceste evenimente, iar lumea ar trebui să știe acest lucru. (Fiester, 1977)

Diferențele dintre nivelul socio-financiar dintre pacient și terapeut pot și ele reprezenta un impediment în calea apelării la serviciile terapeutului. Unele persoane din categorii sociale defavorizate nu vor apela niciodată la ajutorul unui consilier, sau terapeut, din cauză că aceștia văd în terapeut doar un încrezut critic și autoritar, iscoditor într-un mod neplăcut, un „vorbitor pe bani” care își umflă buzunarele și așa dolda cu bani. (Schneider & Watkins, 1991)

Această diferență poate da naștere deci unui sentiment de frustrare din partea potențialului pacient, care va gândi ceva în genul „lui/ei îi este ușor să vorbească despre șomaj, sau certuri din cauza lipsurilor financiare, sau materiale, toate acestea îi sunt străine, știe doar din auzite de ele; îi este foarte ușor să vorbească din jilțul lui comod despre sărăcie și mizerie, fără a știi ce sunt acestea în realitate.” (Newman, 1998)

Personalitatea terapeutului este foarte importantă, el ar trebui să pară sincer, onest, integru și care știe să păstreze un secret profesional, adică să poată câștiga cu ușurință încrederea și colaborarea pacientului. De asemenea, modul în care se îmbracă (ar trebui să pară îngrijit în accepțiunea majorității oamenilor), tonalitatea și/sau inflexiunile vocii, capacitatea de a arăta empatie fără a compătimi, modul de abordare a situațiilor reale sau ipotetice apărute pe parcursul sesiunilor terapeutice, etc. sunt foarte importante în ochii oamenilor pentru succesul demersului terapeutic. (McCarthy & Hanson-Frieze, 1999)

Un alt impediment în calea apelării la psihoterapie poate fi religia, sau convingerile religioase ale pacientului, conform cărora ar fi mult mai indicat să apeleze la un lider religios în caz de probleme sufletești, sau să apeleze doar la terapeuți care împărtășesc aceeași credință religioasă, sau au aceleași valori morale, sau spirituale ca și pacientul, de teama ca acesta să nu folosească „unelte sau modalități demonice sau ale forțelor răului” pe parcursul terapiei, sau pur și simplu pentru că nu i-ar putea înțelege lumea spirituală, a cărei parte integrantă și pilon de susținere pot fi reprezentate chiar de către credințele, obiceiurile, convingerile religioase. Religiiile care au pretenția de la discipolii lor să frecventeze în scopul tratamentului exclusiv terapeuți de aceeași credință cu cea a discipolului,

sunt, de regulă cele conservatoare, sau cu tendință la extremism sau fundamentalism. (Kaminetzky & Stricker, 2000)

Este probabilă ipoteza conform căreia oamenii de rând îi subapreciază pe psihoterapeuți, nu înțeleg utilitatea activității pe care aceștia o desfășoară, nu cred în onestitatea lor în ceea ce privește voința de a ajuta, frica de a nu fi judecați din nou, în loc să fie ajutați, dubiile în legătură cu păstrarea secretului profesional și din aceste motive (și poate din cele expuse mai sus) nu apelează la ajutorul unui terapeut calificat, nici atunci când au debutat deja afecțiuni sau disfuncții psihice sau sufletești cu simptomatologie evidentă. (Lorr, 1965) (Wong, 1994)

1.3.4 Opiniile și credințele populației în legătură cu hipnoza și hipnoterapia

Începând din cele mai vechi timpuri, hipnoza și hipnoterapia au fascinat pe cei care au avut oportunitatea de a participa la o demonstrație în domeniu, trezind mirare și sentimente mistice în unii, terifiindu-i pe alții, etc. Încă de la începutul civilizației omenești oamenii au încercat să stabilească o legătură între Divinitate, sau forțele supranaturale, lumea spiritelor, etc. și acest fenomen psihic „ciudat”. (Morgan, 1993). Cele mai fascinante trebuia să fi fost stările de transă profundă, stări asemănătoare cu somnambulismul, mult mai apropiate de stările comatoase, sau epilepsia, decât de relaxarea profundă asemănătoare stării de veghe, o stare de conștiință modificată însoțită de înlesnirea accesului către subconștient, o zonă profund mistică a psihicului omenească, dominată de impulsuri și instincte terifiante și plină de simboluri care par indescifrabile. Transa profundă, această varietate a hipnozei este deci cea care a fascinat în vechime și care fascinează și azi pe orice privitor sau spectator. (Backer, 1990) Spre deosebire de această stare de transă profundă, hipnoza în adevăratul sens al cuvântului, cea care are nenumărate aplicații terapeutice nu înseamnă o pierdere a conștiinței, însoțită de o vulnerabilitate crescută la sugestiile hipnotizatorului, sau o sensibilitate crescută la acte sau acțiuni manipulative, etc. ci mai degrabă o stare caracterizată prin relaxare profundă, eliberarea de gânduri, idei, imagini recurente sau obsesive și de alte poveri psihice, sensibilitate crescută a simțurilor, ascuțimea și limpezimea ideilor, a gândurilor, a mențării în general. (Weitzenhoffer, 2000) Fără îndoială, că această „hipnoză” este mai puțin spectaculoasă decât cea cunoscută de oameni în general, din romane, cărți, reviste, filme (mai ales categoria SF), internet, mass-media în general și anume hipnoza de bâlci sau de spectacol, transa profundă. (Kroger, 1977)

În general, mass-media, filmele, televiziunea, internetul induc în oameni ideea că hipnoza este un act periculos, care poate fi folosit pentru a manipula oameni, pentru a le introduce sau sustrage informații din și în subconștient, sau din amintiri; sau că prin intermediul hipnozei un om poate fi determinat să acționeze contrar propriei voințe, să comită infracțiuni, sau ilegalități de care altfel nu ar fi în stare. De aici ideea că hipnoterapia este periculoasă, cu multe tășuri, deoarece pacientul se abandonează voinței și acțiunilor, sugestiilor terapeutului; bineînțeles, că omul de rând nu cunoaște diferența dintre hipnoză și transa profundă și nu știe că a doua metodă, popularizată de obicei prin intermediul mass-media are utilizări terapeutice foarte limitate, sau chiar deloc. (Waterfield, 2003)

Majoritatea populației care petrece ceva timp în fața televizorului a vizionat cel puțin odată un documentar, film artistic sau emisiune științifică pe tema hipnozei, astfel că oamenii știu în general de utilizările terapeutice ale hipnozei și anume că ea poate fi utilizată pentru tratamentul migrenelor, a durerii cornice din neoplazii, a fibromialgiei, a insomniilor, depresiei, anxietății, fobiilor, etc., și aceasta datorită faptului că trăim într-o epocă pasionată și fascinată de terapii alternative, holistice, care au în centru omul ca unitate morfofuncțională complexă, omul cu trup și suflet

și nu câte un organ afectat, sau câte o boală, sau un simptom; în general oamenii caută terapii care nu au atâtea efecte secundare precum remediile medicinei alopate și de aceea alegă spre metodele terapeutice complementare, sau alternative, de tipul hipnoterapiei. (Spiegel & Moore, 1997) Spre exemplu, în scopul calmării durerilor neoplazice, sau tabetice, hipnoterapia, sau terapia energetică Reiki dau rezultate foarte bune fără a avea nici un efect secundar, în comparație cu tratamentul alopatic recomandat în aceste cazuri și anume administrarea de opiacee, ale căror efecte secundare sunt foarte greu tolerate de către pacienți, uneori fiind necesară întreruperea medicației (grețuri, vărsături, constipație cronică, fatigabilitate, somnolență, senzoriu alterat, etc.) (Nash, 2001) (Kwekkeboom & Gretarsdottir, 2006)

Iată de ce, cu toate că oamenii știu în general de utilizările în scopuri terapeutice ale hipnozei și de paleta foarte largă de afecțiuni în care dă rezultate, le este frică să apeleze la un atare tratament, din cauza stereotipiilor de mai sus asociate în mintea oamenilor cu toate formele de hipnoză. (Green, Page, Rasekhy, Johnson, Bernhardt, 2006)

În acest sens pare foarte importantă experiența directă: odată ce o persoană a trecut prin experiența de a fi hipnotizat, el își va schimba radical părerile, idiosincraziile bazate pe stereotipii, sau pe informații false, asemănătoare miturilor sau legendelor și va realiza că nu este deloc vorba de ceea ce și-a imaginat, că mintea lui nu poate fi controlată, sau manipulată în timpul hipnozei, sau nu îi pot fi induse comportamente la care nu ar consimți de bunăvoie. (Green, Page, Rasekhy, Johnson, Bernhardt, 2006)

Alte temeri legate de hipnoză și inspirate tot de miturile și legendele vehiculate de mass-media sunt: teama că hipnotizatorul poate pătrunde în orice colțișor din mintea celui hipnotizat și îi poate afla chiar și cele mai ascunse sau mai „rușinoase” secrete, teama că terapeutul îi va putea citi gândurile în viitor, sau că în timpul ședinței va deveni inconștient, ca după încheiere să fie amnezic pentru evenimentele din timpul hipnozei, teama de diferite efecte secundare, pe care i-le poate atribui, impropriu, hipnozei; (Green, 2003) teama că hipnoza îi va perturba echilibrul spiritual, că este ceva asemănător unei crize epileptice, sau îi va schimba caracterul, comportamentul, sau gândirea. (McConkey, 1986) (Weitzenhoffer, 2000)

Din punct de vedere al religiei, unii pot considera hipnoza ca o modalitate terapeutică inacceptabilă, deoarece, după cum se știe din mass-media poate fi utilizată în scopul regresiei într-o viață anterioară (o altă reîncarnare), iar pentru religiile care nu cred în acest proces, hipnoza, din acest punct de vedere va fi considerată un instrument al răului, sau al diavolului, destinat înșelării, inducerii în eroare a omului. Această concluzie poate fi generalizată pentru toate formele de hipnoză, inclusiv hipnoza folosită în scopuri terapeutice și de aceea anumite religii le recomandă discipolilor să se ferească de hipnoză. (Waterfield, 2003) (Green, 2003)

Un alt motiv pentru care ar putea fi proscrisă utilizarea hipnozei de către religie provine tot din confuzia dintre transa profundă și hipnoza terapeutică și anume, ea poate fi considerată o metodă foarte apropiată de cea folosită de către persoanele mediumnice în scopul conectării cu lumea spiritelor, sau a celor decedați (spiritism), când uneori mediumul intră în transă, sau de anumite ritualuri păgâne, folosite de către șamani, sau vrăjitori pentru a intra în legătură cu zeii, sau cu spiritele strămoșilor. (Green, 2003) Toate aceste acțiuni, condamnate, în general de către marile religii monoteiste, transformă hipnoza într-un tratament suspicios, care poartă stigmatele demonilor, ale forțelor malefice, sau ale răului. (Kaminetzky & Stricker, 2000) Aceste stigmate atribuite de obicei din neștiință și în mod gratuit, alături de temerile legate de pericolozitatea metodei (de ex. teama că subiectul hipnotizat nu se va mai „trezi” din hipnoză) o pot transforma în activitate complet

interzisă în orice scop anumitor credincioși, sau enoriași, uneori chiar de către liderii lor religioși. (Green, Page, Rasekhy, Johnson, Bernhardt, 2006)

Având în vedere multitudinea informațiilor eronate, a miturilor, legendelor, ideilor stereotipe, credințelor false vehiculate în legătură cu hipnoza și hipnoterapia ar fi foarte utilă sondarea opiniei publice a populației (prin intermediul unor chestionare special concepute în acest scop) în legătură cu aceste subiecte, în scopul aflării celor mai frecvente concepții greșite și a dezvoltării unor programe de informare care să permită corectarea acestora și să-i determine pe cei care ar avea nevoie de asemenea terapii să apeleze la ele fără frică și fără prejudecăți. (Green, 2003) (McConkey, 1986)

1.3.5 Nevoia de sondare a opiniei publice și de informare a populației în legătură cu psihoterapia, psihoterapeutul, hipnoza și hipnoterapia.

Având în vedere problematica expusă mai sus, putem presupune că există o sumedenie de opinii, păreri, credințe sau convingeri greșite, sau atitudini eronate în legătură cu, sau față de psihoterapie, terapeut, sau hipnoză și hipnoterapie. (Furnham & Wardley, 1990) Acest fapt se datorează mai ales ideilor, miturilor sau legendelor vehiculate de către persoane semidocte, sau care nu cunosc prea multe despre subiect din surse de informație autorizate (studii de specialitate, discuții, conferințe organizate de către specialiști, experiența directă a unei ședințe de psihoterapie, sau hipnoză) și nici nu au cultură generală în domeniu suficient de vastă, ci se inspiră mai degrabă din cele auzite de la alții, sau din filme de televiziune, cărți, romane, materiale scrise care caută să prezinte misticul, supranaturalul, fantasticul pentru a capta atenția cititorului sau a spectatorului (care se presupune că nu poate fi captată de lucruri, sau fapte comune, fără nimic spectaculos, din viața de zi cu zi); în afară de acestea, alte surse de informații eronate mai pot fi reprezentate de internet, care pe lângă informațiile autorizate, publicate de oameni de știință reputați mai pot fi pline și de pagini web cu informații tip „New Age”, sau ale fanilor extraterestriilor, păgânismului, ocultismului, misticismului, etc. care pot servi o multitudine de informații false, sau eronate în legătură cu psihoterapia sau hipnoza. (Guilfoyle, 2005)

O altă sursă de informații false poate fi reprezentată de religie și diversele ei manifestări, mai ales de către sectele sau religiile conservatoare, sau fundamentaliste, tradiționaliste, care caută să vadă în psihoterapie un resort al „lumii materialiste și a necredinței”, iar în hipnoză o modalitate de a intra în legătură cu „lumea demonilor”, interzicându-le astfel credincioșilor să apeleze la astfel de metode de tratament. (Wong, 1994)

Totuși, pentru a obține o imagine cât de cât coerentă a opiniilor și atitudinilor populației în legătură cu aceste subiecte ar trebui efectuată o sondare a acestor opinii, credințe sau atitudini, utilizând instrumente pertinente și adecvate, asemănătoare cu cele utilizate de către Joseph P. Green, Roger A. Page și colaboratorii¹ (2006), sau de către K.M. McConkey și colab.² (chestionarul „Opinions About Hypnosis – OAH” 1986), sau chestionarul „Atitudini către și credințe despre psihoterapie” al lui Furnham și Wardley³ (1990).

Aceste chestionare ar trebui să țină cont de specificul zonal și/sau geografic (urbană versus rurală) al persoanelor chestionate precum și de răspândirea globală (în general) a diferitelor opinii și credințe legate de aceste subiecte, de nivelul cultural al populației chestionate, sexul (există ipoteza conform căreia ar exista o disponibilitate mai mare din partea femeilor de a frecventa ședințe de psihoterapie în comparație cu bărbații), sau orientarea sexuală (ipoteza conform căreia homosexualii și lesbienele sunt mai dispuse de a solicita sau accepta psihoterapia și/sau hipnoza în scop terapeutic, decât heterosexuali), vârsta celor

chestionați (opinii diferite, conform vârstei, deoarece diferă sursele de informare pe vârste: la vârste mai tinere pot predomina internetul, televiziunea, la vârste mai înaintate poate fi vorba de cărți, romane, discuții cu prieteni, colegi, etc.), sursele de informație, etc. (Green, Page, Rasekhy, Johnson, Bernhardt, 2006) (Green, 2003) (Deane, 1992)

Un astfel de studiu ar putea să scoată la iveală gradul de răspândire a diferitelor idei, opinii și credințe, sau gradul de vehiculare a diferitelor mituri sau legende în domeniu și astfel pe baza informațiilor obținute ar fi posibilă conceperea unor programe speciale de informare și educare pentru sănătate a populației, programe care ar ști astfel pe ce anume să pună accentul, care sunt cele mai frecvente concepții care trebuie corectate, ce anume are nevoie să afle populația în legătură cu psihoterapia și hipnoza, pentru a le lua în considerare ca și tratamente eficiente și de care nimănui nu trebuie să-i fie frică, la care se poate apela cu încredere în caz de nevoie. (Rosack, 2001) (Wong, 1994)(Watters & Ofshe, 1999).

2. OBIECTIVELE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1 Obiectivul Cercetării

Obiectivul cercetării este studiul distorsiunilor de comunicare în mediul multiethnic și multicultural și percepția populației urbane asupra psihologului, psihoterapiei și hipnozei.

- Evaluarea performanței în comunicare și frecvența distorsiunilor.
- Scopul studiului a fost identificarea percepției populației pe anumite segmente de vârstă asupra rolului psihologului și al psihoterapiei în viața omului modern, respectiv identificarea barierelor perceptuale (erori de percepție, percepții incomplete).
- Identificarea și definirea barierelor perceptuale pot conduce la demersuri concrete de ameliorare a situației concrete constatate.

2.2 Metodologia Cercetării

2.2.1 Participanți:

Subiecții testați cu instrumentele utilizate în lucrarea de față, reprezintă eșantioane, subiecții voluntari fiind selecționați aleator din populația urbană din municipiul Tg-Mureș după cum urmează:

| 15-25 ani | | Total 240 | Peste 25 ani | |
|--------------|--------------|------------------|--------------|--------------|
| 120 persoane | | | 120 persoane | |
| Sex F | Sex M | | Sex F | Sex M |
| 60 | 60 | | 60 | 60 |
| | | | | |

2.2.2 Instrumente utilizate

- Scala de evaluare a comunicării și distorsiunilor - SECD 2 - 20 itemi
- Chestionar semistructurat de evaluare a percepției PAPHP 1 – 20 itemi

3 REZULTATELE CERCETĂRII

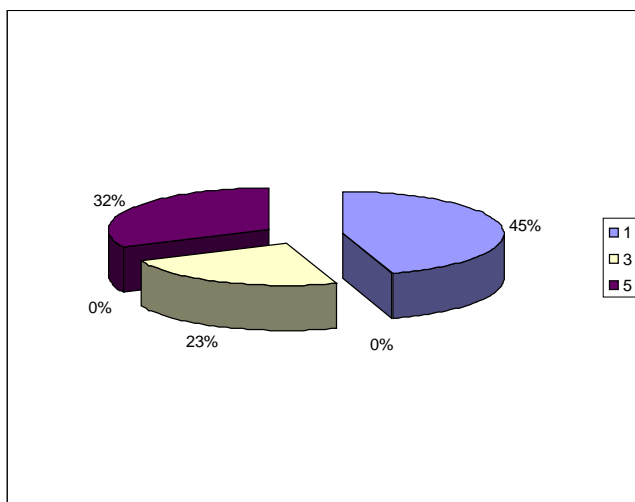
Rezultate 1

În urma aplicării scalei de evaluare a a comunicării și distorsiunilor s-au obținut următoarele rezultate

1 - 45% au capacitati bune de comunicare, dar au tendinta de a neglija uneori interlocutorul;

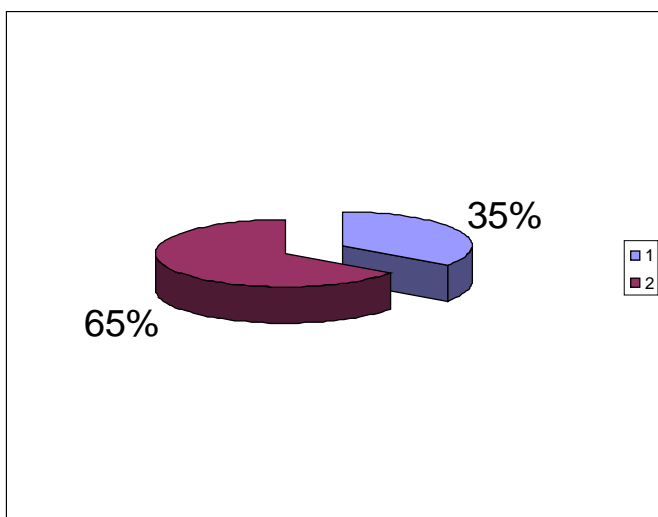
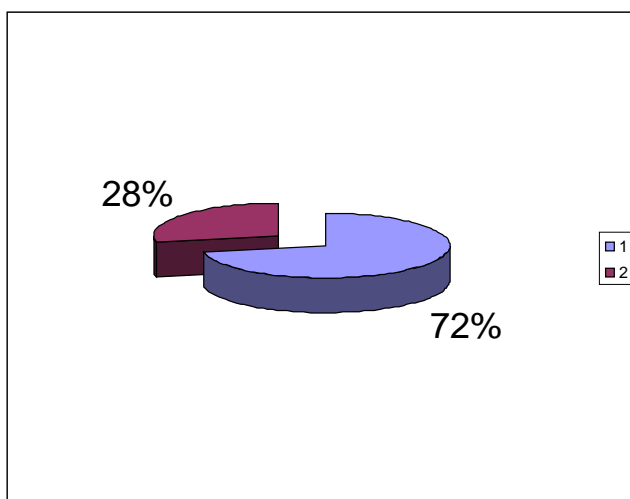
3 - 23 % din cei chestionati au unele deficiente de comunicare;

5 - 32% au un nivel al comunicarii foarte bun.



1 – 72 % Consideră că pot comunica mai bine în mediul cultural și etnic propriu;

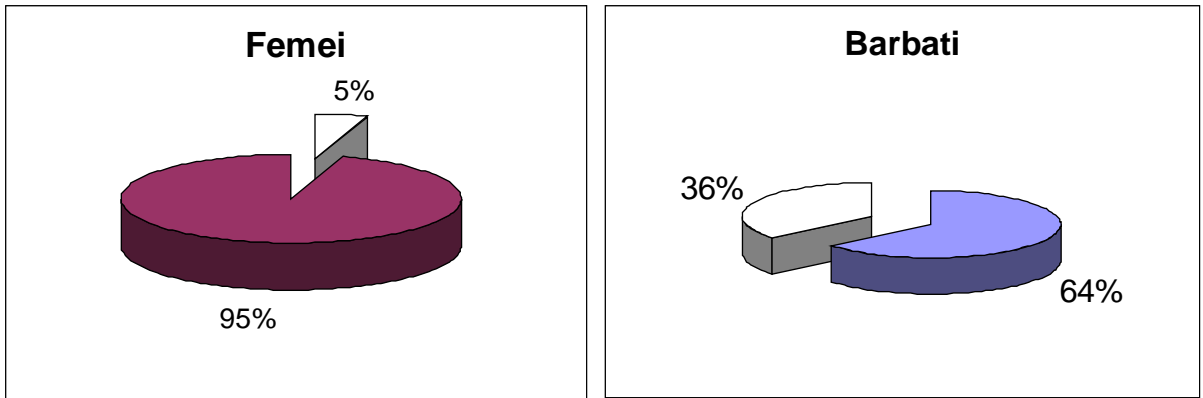
2 – 28 % consideră că pot cumunica la fel de bine în orice mediu.



- 1 – 35% utilizează frecvent distorsiuni, generalizari și omisiuni în comunicare;
- 2 – 65% utilizează rar distorsiuni, generalizari și omisiuni în comunicare.

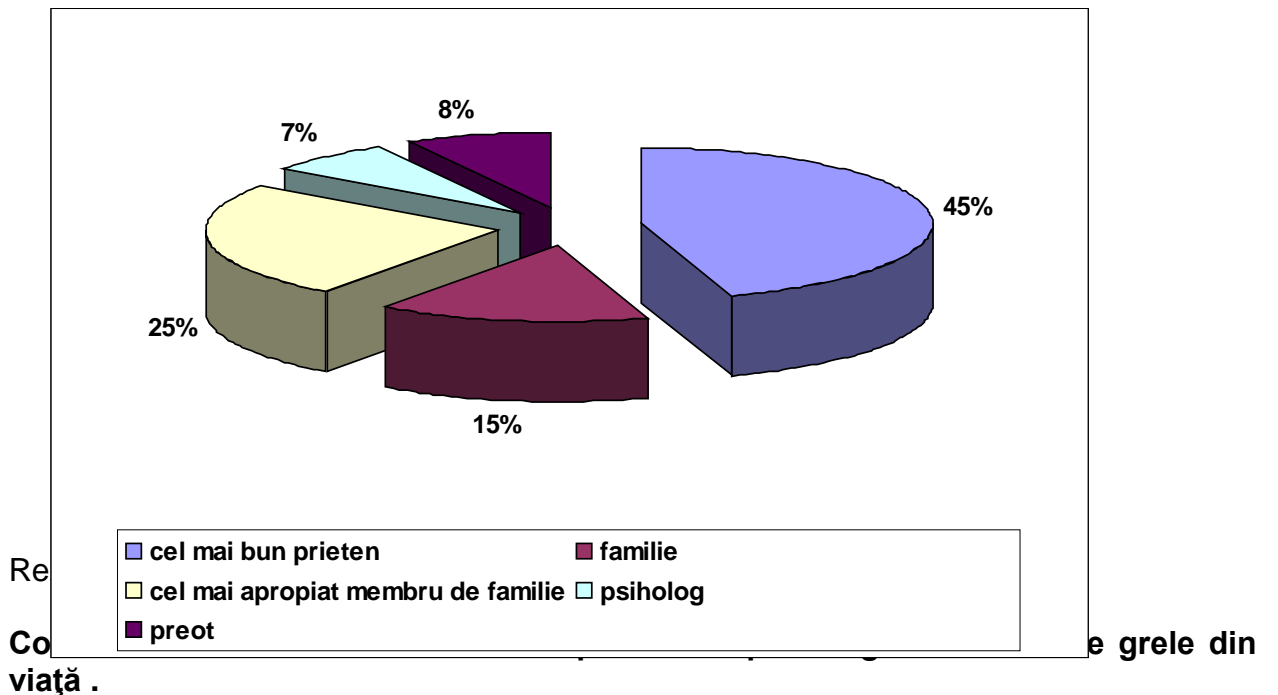
Rezultate 2

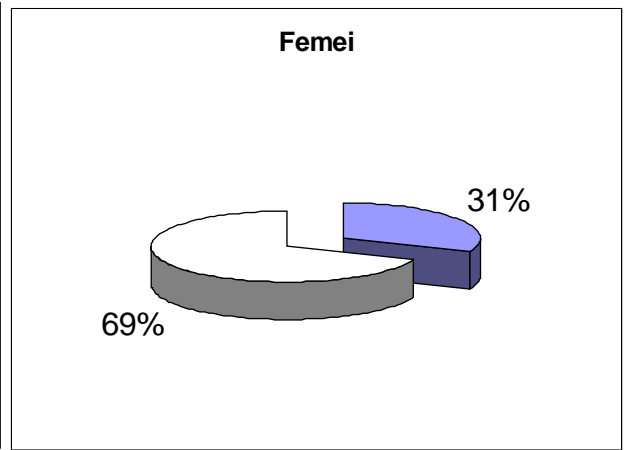
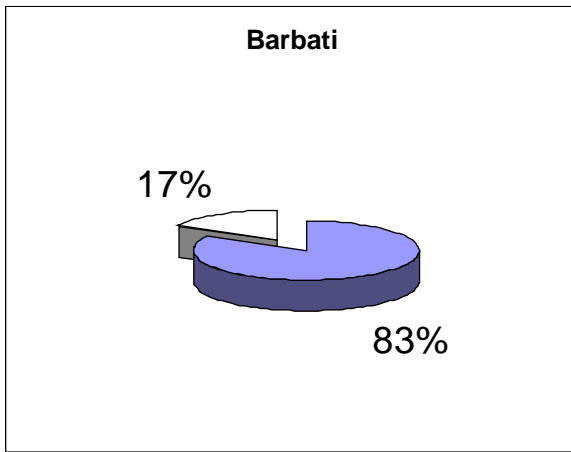
Din persoane chestionate, răspund că au simțit uneori nevoia să se consulte cu cineva apropiat care să îi înțeleagă, atunci când au avut momente grele în viață.



Rezultate 3

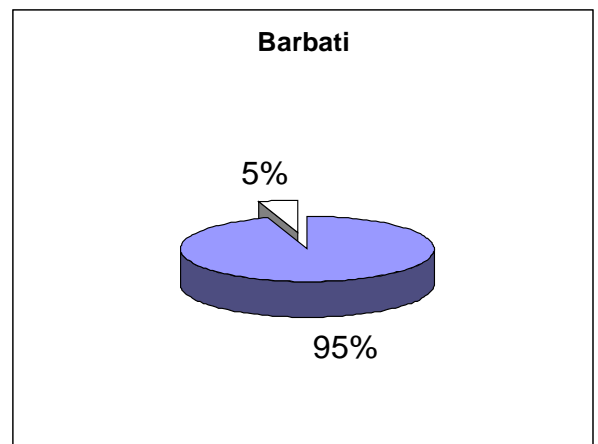
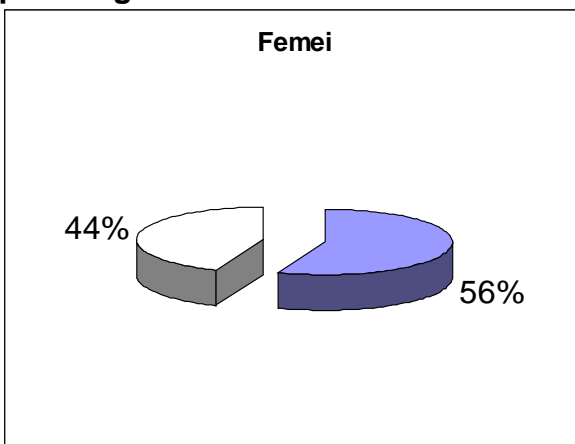
Din persoane chestionate, răspund că în momente critice din viata, când ar avea greutăți, ar fi triști sau dezorientați ar apela la:





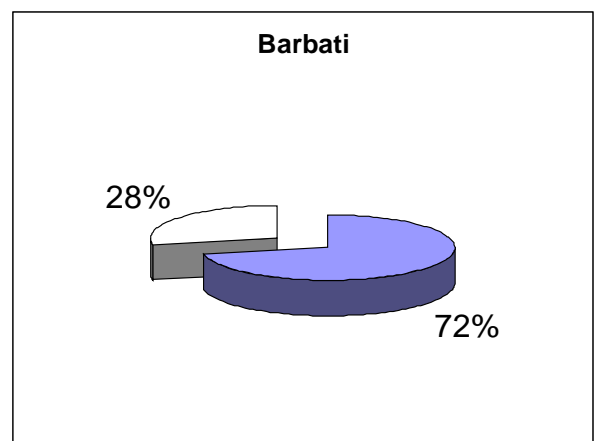
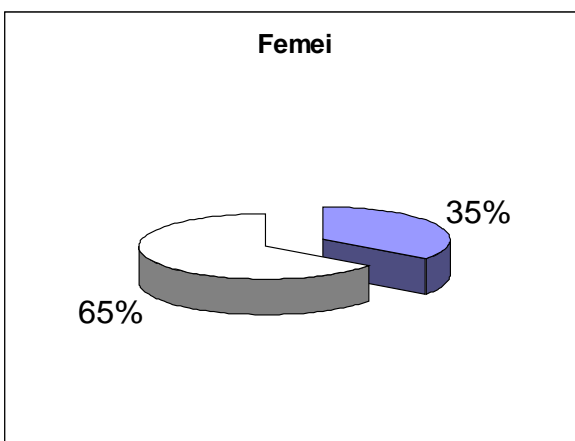
Rezultate 5

Consideră că imaginea lor ar avea de suferit dacă cei din jur ar ști că apelează la psiholog .



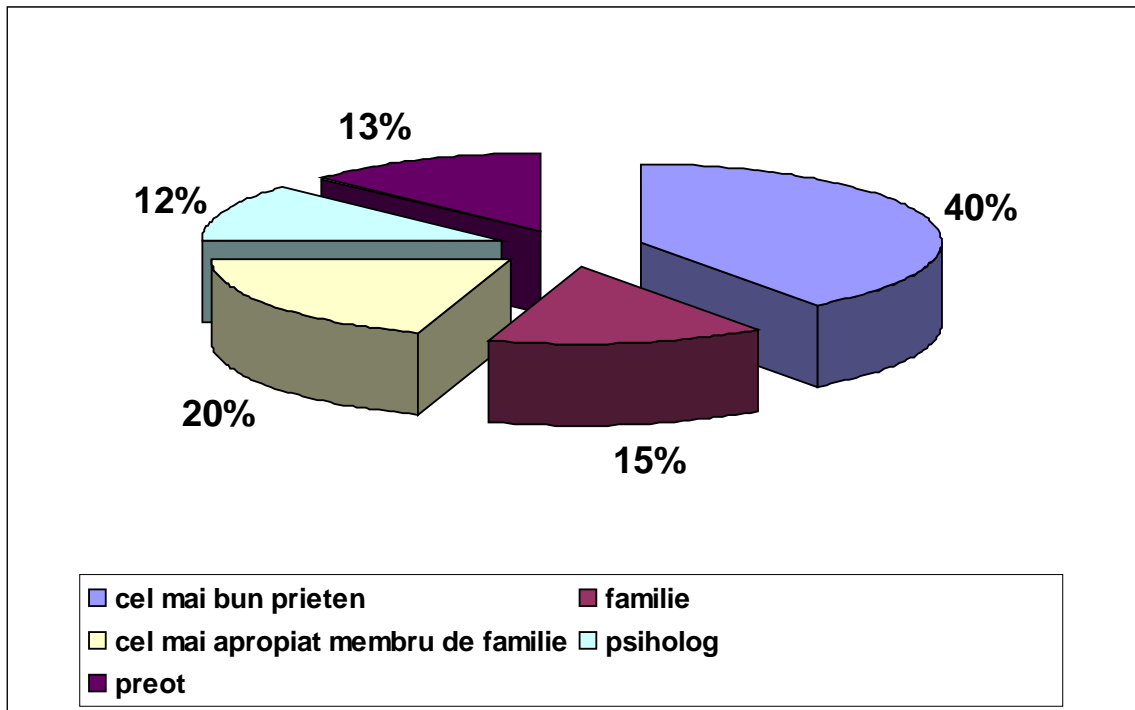
Rezultate 6

Se tem că apelând la psiholog, acesta ar putea afla aspecte intime despre ei fără voia lor:



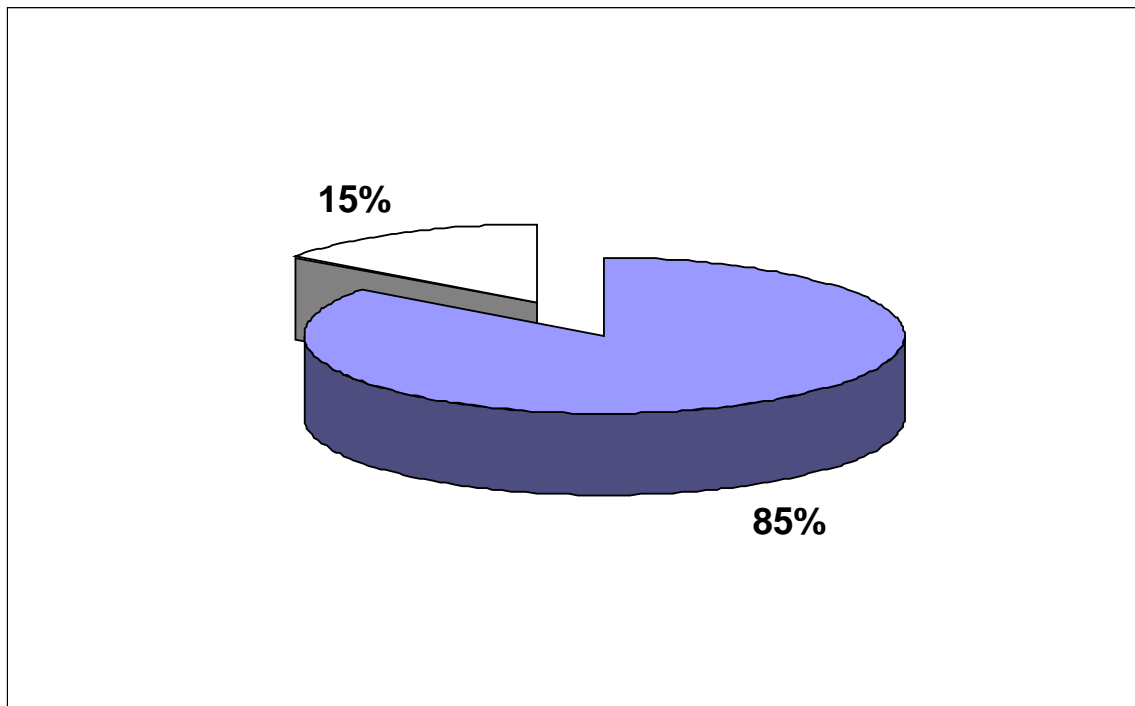
Rezultate 7

Consideră că în problemele delicate din viață, se pot baza pe discreție și confidențialitate în raport cu:



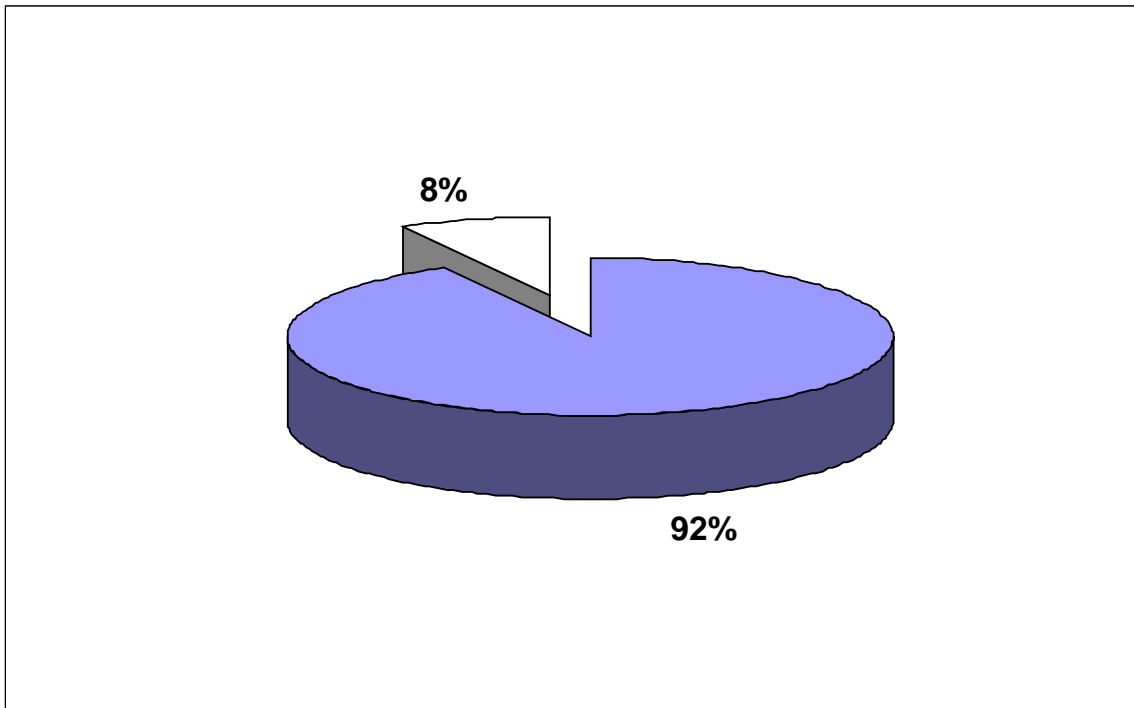
Rezultate 8

Consideră că psihoterapia prin hipnoză poate fi periculoasă chiar dacă este realizată de un psiholog specialist în hipnoterapie.



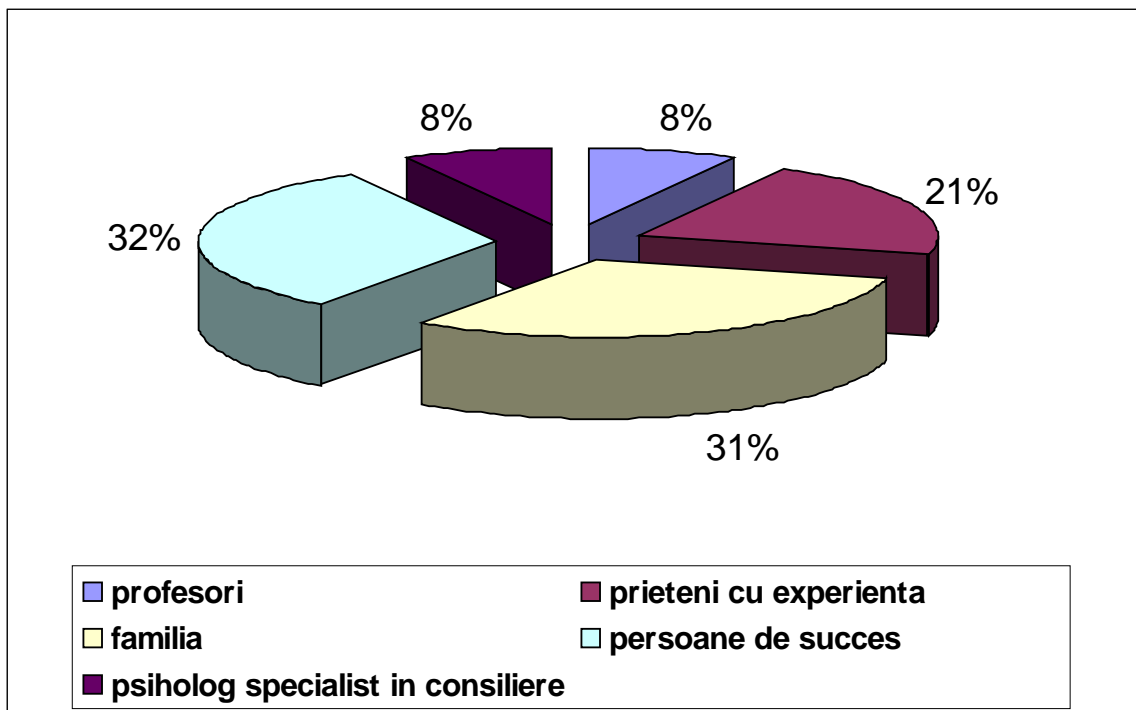
Rezultate 9

Consideră că prin hipnoterapie există posibilitatea de a manipula oamenii .



Rezultate 10

Consideră că ar fi potrivit pentru consilierea în carieră .



Rezultate 11

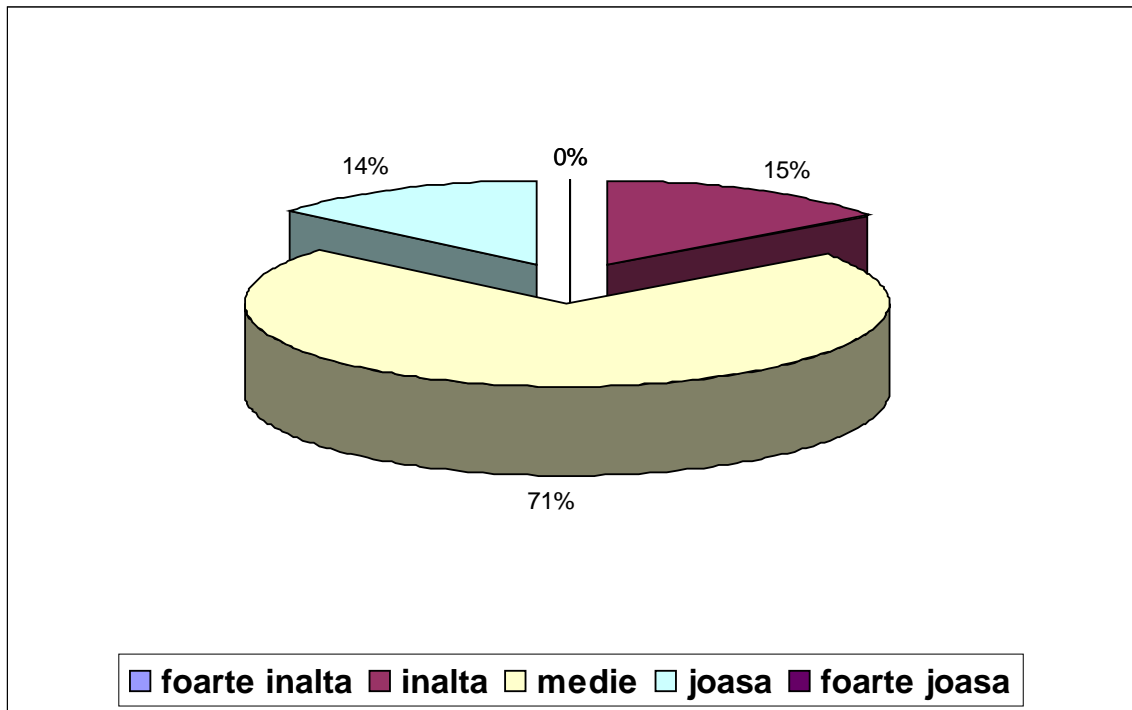
La întrebarea: Care credeți că sunt domeniile de competență (de activitate) ale psihologilor?

Au fost cele mai confuze răspunsuri.

30% au răspuns: "NU ȘTIU"

Rezultate 12

Poziția socială pe care sunt percepuți psihologii .



4. LIMITE ALE STUDIULUI

- Nu putem extinde rezultatele cercetării prin generalizare la toată populația din municipiul Tg.-Mureș și cu atât mai puțin la populația din județ, regiune etc.
- Studiul de față nu și-a propus să epuizeze subiectul studiat, ci să creeze o imagine asupra percepției grupurilor menționate.

5. CONCLUZII

- Rezultatele obținute în urma studiului, deși nu pot fi generalizate la întreaga populație a României și sunt departe de a crea o imagine completă, pot reprezenta o motivație serioasă pentru
 - A. Extinderea și dezvoltarea cercetării
 - B. Propunerea unor demersuri specifice în domeniile educative informale și de informare-comunicare pentru o înțelegere cât mai corectă asupra comunicării, distorsiunilor în comunicare, abordării comunicării în medii multiculturale, rolului unui psiholog, a demersului și utilității consilierii și psihoterapiei.

6. DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE

- Studiul poate fi extins la o populație țintă mai mare
- Utilizarea instrumente cu grad de complexitate mai ridicat care pot oferi date mai complexe și mai complete.
- Elaborarea unor programe de informare la nivel experimental pe grupuri de populație locală.

Bibliografie selectivă:

1. Dilts, R. & DeLozier, J. (2000), *Encyclopedia of Systemic NLP and NLP New Coding*, NLP University Press, U.S.A.
2. Dragan Ioan. (1996). Notiunea de comunicare de masa. În I. Dragan. *Paradigme ale comunicării de masa* (pp. 7-53). Bucuresti: Editura Sansa
3. Opre, A. (2004). *Psihologie Generală. Curs*. Cluj- Napoca: Univ. Babeş-Bolyai.
4. Sprenkle, D.H. & Bischof, G.P.: *Contemporary family therapy in the United States*. *Journal of Family Therapy* 16(1): 5-23(19) – 1994;
5. Ogden, J. (2007) *Health Psychology: a textbook*. 4th edition. McGraw Hill / Open University Press: Buckingham
6. Ogden, J. (2002) *Health and the construction of the individual*. Routledge: London
7. Ogden J (2007). *Essential readings in health psychology*. McGraw Hill / Open University Press: Buckingham.
8. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
9. Bălănean, R.(2007). Studiul privind percepția populației asupra psihologului și psihoterapiei. Conferința Internațională “ABORDAREA ERICKSONIANĂ – DESCHIDERI INTEGRATIVE”, Sinaia, România.
10. Sedgeman JA: Health realization/innate health: can a quiet mind and a positive feeling state be accessible over the lifespan without stress-re-lief techniques? *Med Sci Monit*, 2005; 11(12): HY47–52
11. Sholevar GP, Schworer LD, eds. *Textbook of Family and Couples Therapy: Clinical Applications*. Arlington, VA: American Psychiatric Press, 2003
12. Spence, J.D., Barnett, P.A., Linden, W., Ramsden, V., Taenzer, P. (1999). Recommendations on stress management. *The Journal of the Canadian Medical Association*, 160(Suppl 9):S46-50.12365525N
13. Hall S.M., Munoz R.F., Reus V.I., Sees KL., *J Consult Clin Psychol*, 1993 Oct;61(5):761-7 „Nicotine, negative affect and depression”.
14. Department of Psychiatry, University of California, San Francisco,
15. Nutt, David; King, Leslie A.; Saulsbury, William; Blakemore, Colin (March 24, 2007). "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse". *The Lancet* 369: 1047-1053.
16. Winger, Gail. (1992). *A Handbook on Drug and Alcohol Abuse: The Biomedical Aspects*. Oxford University Press. ISBN 0-19-506397-X
17. Petersen T, Dording C, Neault NB, Kornbluh R, Alpert JE, Nierenberg AA, Rosenbaum JF, Fava M. (2002) “A survey of prescribing practices in the treatment of depression” *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. Jan;26(1):177-87.
18. Marriott S, Tyrer P. (Aug 1993). "Benzodiazepine dependence. Avoidance and withdrawal." *Drug safety : an international journal of medical toxicology and drug experience*. 9 (2): 93-103. PMID 8104417.
19. Edward P. Mulvey, Michael W. Arthur & N. Dickon Reppucci, „Prevention of Juvenile Delinquency: A Review of The Research” , *The Prevention Researcher*, Volume 4, Number 2, 1997, Pages 1-4.
20. Dutton, D.G. & T.L. Nicholls, *The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1—The conflict of theory and data [Review article]*. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 2005. 10(6): p. 680-714.
21. Seligman, M.E.P., Walker, E.F. & Rosenhan, D.L. (2001). *Abnormal psychology*, (4th ed.) New York: W.W. Norton & Company, Inc.

22. "Self-Concealment, Avoidance of Psychological Services and Perceived Likelihood of Seeking Professional Help" Journal article by Antonio Cepeda-Benito, Paul Short; *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 45, 1998.
23. Ole Dreier (1998) Client Perspectives and Uses of Psychotherapy. *The European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health*, 1, 2, 295-310.
24. *Psychosomatics : The Uses of Psychotherapy*, Shoenberg, Peter, 2007.
25. „Lay theories of psychotherapy. I: Attitudes toward, and beliefs about, psychotherapy and therapists." Furnham A., Wardley Z., Department of Psychology, University College, London, Great Britain.; *J Clin Psychol*; 1990 Nov;46(6):878-90
26. Martin E. P. Seligman, University of Pennsylvania; *The Consumer Reports Study: The Effectiveness of Psychotherapy*; *American Psychologist*, December 1995 Vol. 50, No. 12.
27. "Pretreatment Expectations of New Zealand Clients Receiving Cognitive-Behavioural Psychotherapy: Comparison With a North American Sample"; Frank P. Deane Department of Psychology, Massey University, Palmerston North, New Z *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 38, No. 2, 138-149 (1992)
28. *Re-Visioning Family Therapy* by M. McGoldrick ; Author(s) of Review: Elizabeth Wieling; *Family Relations*, Vol. 49, No. 2 (Apr., 2000), pp. 230-231
29. „More Data Demonstrate Efficacy of Psychotherapy" by Jim Rosack *Psychiatric News* February 2, 2001, Volume 36 Number 3;
30. *Understanding the Person-Centered Approach to Therapy: A Reply to Questions and Misconceptions*; Godfrey T Barrett-Lennard, PhD. Published in *The Person-Centered Approach and Cross-Cultural Communication: An International Review*, Vol 2, 1993.
31. Wolkon, George; and Others: Race and Social Class As Factors In the Orientation Toward Psychotherapy; *Journal of Counseling Psychology*, 20, 4, 312-316, Jul 73.
32. Mitchell, S. & Black, M. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*, ISBN 0-465-01405-4
33. *Effectiveness Of Psychoanalytic Psychotherapy: The Role Of Treatment Duration, Frequency Of Sessions, And The Therapeutic Relationship*; Norbert Freedman , Joan D. Hoffenberg , Neal Vorus and Allan Frosch; *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47:741-772, 1999.
34. Lay theories of psychotherapy and perceptions of therapists: a replication and extension of Furnham and Wardley. Wong, J.L., in *J. Clin Psychol*, 1994 Jul ; 50 (4): 624-32.
35. *Patients and Pilgrims: Changing Attitudes Toward Psychotherapy of Converts to Eastern Mysticism* *American Behavioral Scientist*, Vol. 20, No. 6, 861-886 (1977); Dick Anthony , Thomas Robbins, Madeline Doucas, Thomas E. Curtis.
36. Does Religiosity Predict Attitudes Toward Psychotherapy? Gabrielle Kaminetzky and George Stricker; *Journal of Psychology and Judaism*; Volume 24, Number 4, December 2000.
37. *Negative Aspects of Therapy: Client Perceptions of Therapists' Social Influence, Burnout, and Quality of Care*; McCarthy, Wanda C.; Frieze, Irene Hanson. *Journal of Social Issues*, Volume 55, Number 1, Spring 1999 , pp. 33-50(18)
38. *Clients' Perceptions of Therapists with High Attrition Rates*; Fiester, Alan R., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 5, 954-955, Oct 77
39. "Client perceptions of therapists: a study of the therapeutic relation. Author: Lorr, M., *J Consult Psychol.*, 1965 Apr; 29:146-9.
40. *Establishing and Maintaining a Therapeutic Alliance With Substance Abuse Patients: A Cognitive Therapy Approach*, NIDA Monograph 165, pp. 181-206, 1998, Cory F. Newman.

41. Perceptions of therapists as a function of professional fees and treatment modalities. Lawrence J. Schneider*, C. Watkins Edward Jr. University of North Texas Press, 1991.
42. Morgan J.D. (1993). The Principles of Hypnotherapy. Eildon Press.
43. Baker, Robert A. (1990) They Call It Hypnosis Prometheus Books, Buffalo, NY, ISBN 0879755768.
44. André M. Weitzenhoffer. The Practice of Hypnotism 2nd ed, Toronto, John Wiley & Son Inc, Chapter 16, p583-587, 2000 ISBN 0-471-29790-9.
45. Kroger, William S. (1977) Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology Lippincott, Philadelphia, ISBN 0-397-50377-6.
46. Waterfield, Robin A. (2003) Hidden Depths: The Story of Hypnosis Brunner-Routledge, New York, ISBN 0415947928 pp. 361-390.
47. Spiegel, D. and Moore, R. (1997) "Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients" Oncology 11(8): pp. 1179-1195.
48. Michael R. "The Truth and the Hype of Hypnosis". Scientific American: July 2001.
49. Kwekkeboom, K.L. and Gretarsdottir, E. (2006) "Systematic review of relaxation interventions for pain" Journal of Nursing Scholarship 38(3): pp.269-277.
50. Cultural Views and Attitudes about Hypnosis: A Survey of College Students Across Four Countries. Joseph P. Green^a; Roger A. Page^a; Rouhangiz Rasekhy^a; Lissa K. Johnson^b; Sarah E. Bernhardt^a; International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Volume 54, Issue 3 September 2006, pages 263 – 280.
51. Beliefs About Hypnosis: Popular Beliefs, Misconceptions, and the Importance of Experience. Author: Joseph P. Green; : International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Volume 51, Issue 4 October 2003, pages 369 – 381.
52. McConkey KM; „Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing.” Int J Clin Exp Hypn. 1986 Oct; 34(4): 311-9.
53. Guilfoyle, M. (2005). From therapeutic power to resistance: Therapy and cultural hegemony. Theory & Psychology, 15(1), 101-124:
54. Therapy's Delusions, The Myth of the Unconscious and the Exploitation of Today's Walking Worried by Ethan Watters & Richard Ofshe published by Scribner, New York, 1999.