

ROLUL PSIHOTERAPEUTULUI ÎN PROGRESUL ÎNREGISTRAT ÎN INTERVENȚIILE TERAPEUTICE

GABRIELA POPESCU

The Role of the Psychotherapist in the Progress Registered in Therapeutic Interventions. Therapeutic alliance is an important factor of progress in psychotherapeutic interventions. Beside the general frame of intervention, the therapist could act in different ways in different psychotherapeutic orientations, such as nondirective therapy, rational-emotional therapy, psychoanalysis, cognitive-behavior therapy. A successful therapist is the one who can combine the professionalism given by intervention techniques with abilities such as in empathy (as a trait with high level of skill in psychotherapy), participation and listening. All the therapist's abilities could provide the way to the success in therapy, by conditioning and supporting each other.

Key words: therapeutic relationship, congruency, collaboration, empathy, participatory behavior, reformulation, reflection.

1. Cadrul general al relației terapeutice

În orice formă de psihoterapie, indiferent de orientare, o componentă importantă a progresului este alianța terapeutică, stabilită între cel ce beneficiază de psihoterapie și cel care furnizează intervențiile specifice.

Relația terapeutică poate fi descrisă ca o relație de tip profesional, de colaborare între doi parteneri, unul fiind cel care solicită ajutorul, iar celălalt îl oferă, într-un cadru foarte bine stabilit. În această relație, dacă privim din perspectiva pacientului, importante pentru comunicarea, colaborarea și progresul în terapie sunt următoarele aspecte: modul în care se structurează sistemul motivațional al subiectului, setul mental, așteptările referitoare la terapie, precum și dorința de a colabora în cadrul relației terapeutice. Perspectiva terapeutului, cea de a doua perspectivă a relației terapeutice, este una clar definită de orientarea și formarea acestuia, precum și de metodele și tehnicile subordonate intenției de a oferi ajutor psihologic celor care-l solicită. O condiție esențială a atitudinii psihoterapeutului este acceptarea necondiționată a pacientului și evitarea de a-l judeca sau eticheta pe acesta.

Irina Holdevici consideră că modul în care se desfășoară relația terapeutică variază esențial de la o școală psihoterapeutică la alta (1996). În aceeași direcție, amintim și contribuția lui T. Karasu (1980), care a identificat trei tipuri de relații terapeutice:

1. *Relația centrată pe realitate și obiect*, este o relație în care terapeutul încearcă să stabilească un cadru caracterizat de căldură și înțelegere, care va favoriza atingerea obiectivelor terapeutice, rezolvarea problemelor pacientului. Consecințele principale

ale acestei atitudini sunt: câștigarea încrederii pacientului, construirea de către terapeut a unei imagini a unui profesionist de încredere, pe care acesta se poate baza.

2. *Contractul sau alianța terapeutică* presupune că succesul terapiei este influențat major de colaborarea dintre cei doi parteneri, colaborare ce are următoarele caracteristici: este conștientă, rațională și non-regresivă. În esență, este vorba de un acord al celor doi parteneri de a lucra împreună, în situația psihoterapeutică (I. Holdevici, 1996). Deși se vorbește, în această direcție, de acordul implicit sau explicit, credem că nivelul explicit este cel de dorit pentru succesul terapiei, astfel, putându-se stabili un cadru clar, bine determinat științific de intervenție psihoterapeutică.

3. *Relația de tip transferențial* se dezvoltă în orientarea psihanalitică și presupune o confruntare a pacientului cu relația sa infantilă, prin fixația afectivă a pacientului asupra persoanei terapeutului după modelul părinte-copil (I. Holdevici, 1996). Anularea dependenței de tip transferențial este premergătoare încheierii terapiei.

Deși există o mare diferențiere de tehnici și metode terapeutice, I. Holdevici amintește de contribuția lui Frankl, care a identificat o serie de elemente comune ale orientărilor terapeutice: manifestarea unor descărcări de tip emoțional; formularea unor raționalizări în relația pacient-terapeut; folosirea unor informații noi care sunt transmise pacientului; satisfacerea unor nevoi, așteptări ale pacientului legate de obținerea susținerii și ajutorului din partea terapeutului; întărirea experiențelor în care pacientul a avut succes; favorizarea deblocărilor emoționale (I. Holdevici, 1996).

2. Rolul terapeutului în diferite orientări

Deși există un cadru general de intervenție în psihoterapie, precum și un ansamblu de norme generale de conduită, activitatea concretă a terapeutului poate prezenta unele diferențe, în cadrul diferitelor abordări psihoterapeutice. În continuare, vom prezenta câteva aspecte specifice intervențiilor psihoterapeutice, din perspectiva psihologului format în diferite școli terapeutice.

În *psihoterapia non-directivă* terapeutul acceptă ceea ce spune pacientul, reformulează, recunoaște sentimentele acestuia și îl ajută să le identifice. Pornind de la această atitudine generală, există câteva principii esențiale respectate în cadrul ședințelor: clientul poartă responsabilitatea propriilor acte; fiecare pacient are dorința de a deveni matur, adaptat social, independent, productiv; terapeutul asigură o atmosferă caldă și permisivă; singurele limitări stabilite de terapeut pentru pacient nu se referă la atitudini, ci doar la comportament (mai ales pentru copii); sunt utilizate tehnici și procedee prin care pacientul să ajungă la înțelegerea propriilor atitudini, stări emoționale și autoacceptarea acestora (I. Holdevici, 1996).

Terapia rogersiană stabilește principalele caracteristici ale relației terapeutice astfel: congruență, atenție necondiționată, precum și empatie, acestea stabilind, de fapt, cadrul unei relații active.

În *terapia centrată pe grup* terapeutul este solicitat să se raporteze la nevoile mai multor persoane, pornind de la premisa că grupul însuși devine un agent terapeutic, iar membrii grupului pot servi drept modele pentru ceilalți. Cadrul terapiei de grup este caracterizat de o atmosferă de siguranță, acceptare și înțelegere (I. Holdevici, 1996).

În *terapia rațional-emoțională* terapeutul este activ, directiv, dar flexibil în același timp, atent la nevoile clientului și înțelegător.

Realizând o comparație cu alte orientări, unde se vorbește de un caracter nondirectiv al relației terapeutice, I. Dafinoiu și J. L. Vargha au evidențiat faptul că în *terapia cognitiv-comportamentală* se conturează o relație directivă, de ghidare a pacientului. Astfel, dacă în psihanaliză terapeutul recurge la oglindire, iar în terapia rogersiană la formarea unei imagini pozitive necondiționate, în terapia cognitiv-comportamentală rolul terapeutului este mai activ, datorită unor procese cum ar fi: orientarea, ghidarea, colaborarea, parteneriatul (I. Dafinoiu, J. L. Vargha, 2005).

Un rol esențial în terapia cognitiv-comportamentală îl deține explicația, pe care terapeutul o prezintă pacientului cu privire la formarea unor răspunsuri și comportamente inadaptate, menținerea acestora, precum și cu privire la tehnicile terapeutice prin care acestea pot fi schimbate. Aceste explicații sunt o pârgie pentru stabilirea unei alianțe active între terapeut și pacient, ajutându-l pe acesta din urmă să găsească un sens al manifestărilor pentru care a solicitat ajutor de specialitate. Pentru mulți pacienți, primirea unei explicații acceptate poate reprezenta un pas important în progresul terapeutic, prin acceptarea unei comunicări și colaborări autentice în interesul binelui personal. Astfel, pacientului i se va contura ideea că simptomele, situațiile problematice cu care se confruntă pot fi controlate și rezolvate prin tehnici specifice. De exemplu, în tulburarea anxioasă cu atacuri de panică explicația referitoare la declanșarea atacului de panică este foarte utilă pacientului pentru a înțelege înlănțuirea simptomelor fiziologice și cognitive, pornind de la un stimul declanșator.

Relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică, iar în terapia cognitiv-comportamentală terapeutul adoptă o atitudine colaborativă, caracterizată prin: empatie; acceptare necondiționată a pacientului; congruență; colaborare (Lambert, 2002, 2003).

Empatia, ca dimensiune de personalitate presupune, în acest context, abilitatea terapeutului de a reflecta cele comunicate de pacient ca și cum ar fi în locul acestuia, dar fără a se ajunge la identificare cu acesta. Informațiile comunicate de pacient, vor fi reformulate și transmise acestuia într-o formă empatică. Prin reflectarea empatică, terapeutul va reformula experiența de viață sau experiențele interne într-o formă structurată, pornind de la modelul ABC cognitiv. Printr-o comunicare empatică cu pacientul se stabilește un cadru interpersonal cald, tolerant, înțelegător, care are următoarele efecte, utile progresului în terapie: generează încredere reciprocă; facilitează demersul terapeutic; elimină reținerile pacientului.

Acceptarea necondiționată a pacientului presupune că pacientul este acceptat cu toate problemele sale, ca persoană care are nevoie de ajutor, aceasta nefiind echivalent cu a fi de acord cu el. Această atitudine este de fapt, o cogniție rațională, opusă evaluării globale, care prin modelare, îi oferă pacientului posibilitatea de a se accepta pe sine însuși necondiționat, de a nu se mai simți vinovat, acestea având efecte benefice asupra demersului terapeutic.

Congruența relevă gradul de suprapunere între comportamentul manifest al terapeutului și comportamentul interior, prin care terapeutul conștientizează trăirile emoționale față de pacient și comunicarea acestora. Discrepanța între aceste două

dimensiuni, una exterioară și alta interioară, va genera neîncredere din partea pacientului, cu efecte negative asupra succesului terapiei. Momentul în care se face această comunicare trebuie ales cu grijă, pentru a nu afecta demersul terapeutic, iar dacă au un conținut negativ trebuie comunicate, astfel încât, pacientul să fie protejat, accentul fiind pus pe comportament și nu pe persoană.

Colaborarea este legată de specificul terapiei cognitiv-comportamentale, întrucât intervențiile sunt bine structurate, stabilindu-se o ordine de lucru, împreună cu pacientul, sistematic realizându-se evaluări prin care se obțin feed-back-uri pentru pacient și terapeut, toate acestea constituindu-se în dimensiuni ale colaborării. Pacientului i se transmite mesajul că el și terapeutul au obiective comune legate de rezolvarea problemelor pe care acesta le prezintă în terapie. În cazul în care apar disfuncționalități în relația terapeutică, datorate colaborării, acestea se pot consitui în ocazii de învățare ce pot fi transferate asupra altor probleme ale pacientului.

Numeroși autori pun accentul pe rolul terapeutului în dezvoltarea și menținerea relației de colaborare pe tot parcursul psihoterapiei, la început, pentru stabilirea unei alianțe terapeutice, dar și pe parcurs, pentru o cât mai mare eficiență a intervențiilor specifice. C. Cungi prezintă sintetic acest raport de colaborare, specific psihoterapiei, punând accent pe rolul terapeutului: „Un raport de colaborare este o relație dintre unul sau mai mulți psihoterapeuți și unul sau mai mulți pacienți în care un pacient/mai mulți pacienți și un terapeut/mai mulți terapeuți lucrează împreună, într-o manieră activă, pentru a rezolva problemele în cadrul psihoterapiei” (C. Cungi, 2008, p. 103).

Relația terapeutică este caracterizată de o alternanță între simetrie și complementaritate, în viziunea lui C. Cungi (2008). O relație simetrică descrie un comportament “în oglindă”, manifestat atât de terapeut cât și de pacient. În relația complementară comportamentul fiecărui participant îl completează pe al celuilalt. Aceste tipuri de relații nu fac decât să stabilească un cadru general de aplicare a metodelor și tehnicilor specifice terapiei cognitiv-comportamentale, iar raportul dintre simetrie și complementaritate se schimbă în funcție de natura problematicii discutate și de evoluția procesului terapeutic.

C. Cungi a identificat și potențiale capcane care pot apărea în cadrul relației terapeutice, capcane care ar putea împiedica progresul și atingerea obiectivelor terapeutice: persuadarea pacientului (încercarea insistentă de a-l convinge pe pacient într-o anumită direcție, care poate genera o rezistență din partea pacientului); dezbateră exagerată în contradictoriu (împiedică atingerea obiectivelor terapeutice); interogarea într-o manieră administrativă (întrebările formulate sub forma unui ghid de interviu administrativ riscă să afecteze colaborarea cu pacientul și să ducă la rezistențe din partea acestuia); determinarea pacientului să spună ceea ce se așteaptă de la el (dorința de a obține răspunsuri conform așteptărilor terapeutului); minimalizarea unei probleme reale (neacordarea de importanță unor trăiri sau gânduri ale pacientului); lucrul în locul pacientului (nu este încurajată inițiativa și independența în rezolvarea problemelor); avansarea prea rapidă (aplicarea prematură a tehnicilor, fără verificarea etapelor procesului terapeutic); avansarea prea lentă (ca o consecință a unui sentiment de insecuritate din partea terapeutului) (C. Cungi, 2008).

Cunoașterea acestor posibile erori de relaționare, precum și a consecințelor acestora, pot servi drept exemple pentru autoevaluarea atitudinii terapeutului, în vederea îmbunătățirii tehnicilor terapeutice, în scopul evitării unor rezistențe din partea pacientului.

3. Trăsături de personalitate specifice psihoterapeutului

Când se vorbește de abilitățile terapeutului, de profilul optim al acestuia, este amintită frecvent contribuția lui C. Rogers, conform căruia un bun terapeut trebuie să fie empatic, autentic și cordial (2003). Dar, în acord cu C. Cungi, apreciem că aceste trăsături importante, cu siguranță, nu pot fi considerate și suficiente, întrucât tabloul unui terapeut de succes ar trebui să fie completat și de profesionalism, existența unor competențe de conceptualizare a problemei, de folosire a unor metode și tehnici adecvate precum și de autoevaluarea rezultatelor (C. Cungi, 2008). Autoevaluarea stilului relațional îi permite terapeutului să ajusteze metodele și tehnicile în terapie în sensul unei autentice colaborări, care să înlăture eventuale rezistențe din partea pacientului.

Una din cele mai importante trăsături de personalitate ale terapeutului este empatia, recunoscută ca fiind esențială în profesii care presupun frecvente relații interpersonale. Considerăm că este reprezentativă definiția prin care putem să ne raportăm foarte ușor la activitatea terapeutului, fiind și una din cele mai complexe, și anume cea care aparține cercetătorului român Stroe Marcus, căruia îi datorăm numeroase studii referitoare la acest fenomen complex: “empatia este acel fenomen psihic de retrăire a stărilor, gândurilor și acțiunilor celuilalt, dobândit prin transpunere psihologică a eului într-un model obiectiv de comportament uman, permițând înțelegerea modului în care celălalt interpretează lumea.” (S. Marcus, 1997, p. 38).

Pornind de la mecanismul psihologic al empatiei psihoterapeutului, Odette Gîrlaşu-Dimitriu, amintește cele trei condiții esențiale pentru declanșarea conduitei empatice, cu nuanțare directă asupra profesiei de psiholog (O. Gîrlaşu-Dimitriu, 2004):

1. Modelul de empatizat are rol de condiție externă. Terapeutul îl percepe pe pacient în mod nemijlocit, păstrând o anumită distanță, într-un cadru cunoscut, reprezentat de metodele și tehnicile de intervenție psihologică.

2. Predispozițiile psihice ale terapeutului reprezintă rolul de condiție internă. Această condiție se referă la nevoia terapeutului de a empatiza pentru o bună evaluare a sistemului psihic al pacientului, dar cu păstrarea unei obiectivități necesare bunului mers al terapiei.

3. Credința în convenție sau păstrarea propriei identități a celui care empatizează se referă la acea condiție de “ca și cum ai fi celalaltă persoană”, de care vorbea C. Rogers (1959), nefiind de dorit o identificare cu pacientul.

Toate condițiile necesare declanșării fenomenului empatic asigură cadrul general de manifestare a acestui fenomen complex care se declanșează în cadrul procesului terapeutic. Dacă ne referim la activitatea de comunicare cu pacientul, O. Gîrlaşu-Dimitriu a identificat următoarele funcții ale empatiei terapeutului (2004): 1) Funcția de înțelegere și interpretare a stărilor psihice ale pacientului, ca demers important de evaluare a psihicului uman, demers caracterizat de obiectivitate; 2) Funcția de *transpu-*

neră în psihologia pacientului, care este realizată printr-o atitudine de toleranță față de realitatea internă a acestuia; 3) Funcția de *comunicare implicită între parteneri* presupune că empatia se poate desfășura ca fenomen psihic complex în condițiile în care există o simetrie a comunicativității, în sensul existenței unei deschideri, atât din partea terapeutului, cât și din partea pacientului. Funcția performanțială a empatiei terapeutului este subliniată de numeroase cercetări românești care au relevat această funcție în anumite profesii cum ar fi: teatrul, literatura, învățământul, medicina. În această listă poate fi înscrisă și activitatea de psihoterapie, ca domeniu conexe al celui medical. 4) Funcția de *mediere* în declanșarea comportamentului „helping”, ca o condiție esențială în manifestarea unei atitudini altruiste, de oferire a ajutorului de specialitate.

Raportându-se la principalele teme legate de manifestarea fenomenului empatic în psihoterapie, O. Gîrlaşu-Dimitriu (2004) a sintetizat principalele teme și concluzii ale numeroaselor studii și cercetări referitoare la fenomenul complex al empatiei, ca fenomen important în derularea procesului terapeutic: - empatia este considerată o modalitate de cunoaștere a pacientului; - este recunoscută importanța empatiei în activitățile de psihoterapie și consiliere; - empatia se poate dezvolta ca o deprindere a terapeutului; - în empatie sunt două componente importante: una cognitivă și una afectivă; - empatia este exprimată de către terapeut la nivel comportamental; - în terapie, empatia joacă un rol important în stabilirea alianței terapeutice, pentru evaluarea problemelor pacientului, precum și în cadrul intervențiilor psihologice.

Într-o cercetare complexă, O. Gîrlaşu-Dimitriu a inclus 20 de terapeuți de orientare cognitiv-comportamentală (cu eficacitate dovedită în tulburări anxioase și depresive) și 100 de pacienți (cu tulburări, anxioase, depresive și somatoforme) urmărind importanța empatiei în succesul demersurilor terapeutice. Autoarea a constatat că psihoterapeutului îi este specifică predictivitatea empatică, descrisă ca aptitudine specială, iar pacientul prezintă un potențial relațional specific relației terapeutice concrete, scopul principal fiind rezolvarea propriilor probleme (O. Gîrlaşu-Dimitriu, 2004).

În general, în relația terapeutică se pune accentul pe comunicarea dintre cei doi parteneri, de aceea, competențele interpersonale ale terapeutului sunt esențiale. Din perspectiva terapiei rogersiene, pentru succesul terapeutic, aceste competențe sunt: comportamentul participativ, reflectarea sentimentelor, reformularea (I. Dafinoiu, J.L. Vargha, 2005). *Comportamentul participativ* în relația terapeutică poate fi asigurat de relații amiabile, armonioase, de un nivel superior al empatiei, prin care se asigură o atmosferă de încredere și participare. Un bun terapeut sau consilier este cel care deține două deprinderi esențiale în procesul terapeutic, și anume: participarea (orientarea prin postură către client) și ascultarea (receptarea și înțelegerea mesajelor din partea clientului) (I. Dafinoiu, J.L. Vargha, 2005). În continuarea acestei idei, I. Dafinoiu și J.L. Vargha au făcut o trecere în revistă a elementelor care definesc comportamentul participativ și care se referă la spațiu: utilizarea spațiului personal, contactul corporal, postura, gesturile, fața și mimica, privirea, vocea, timbrul vocal, înălțimea, intensitatea sunetelor, ritmul vorbirii.

Reformularea este utilă în evoluția pacientului în terapie, fiind un factor stimulator, deoarece acesta conștientizează, astfel, ceea ce se întâmplă cu sine. Ceea ce este foarte important, este o condiție de bază a reformulării, și anume aceea că reformularea este

eficientă atunci când pacientul este de acord cu aceasta. Dacă în cazul reformulării este vorba de conținutul intelectual din mesajul clientului, *reflectarea sentimentelor* presupune oferirea unui feed-back referitor la conținutul afectiv, explicit sau implicit, al mesajului (I. Dafinoiu, J. L. Vargha, 2005). Atât reflectarea sentimentelor, cât și reformularea sunt, de fapt, componente ale influenței pe care terapeutul o exercită în cadrul terapiei centrate pe client, în care nondirectivitatea este principiul fundamental al psihoterapiei. Aceasta înseamnă că personalitatea psihoterapeutului, în orientarea rogersiană, trebuie să includă abilitățile de mai sus, precum și abilități de organizare și conducere a unui interviu nondirectiv.

În terapiile dinamice de scurtă durată, alianța terapeutică este descrisă, în mod concis, ca fiind componenta conștientă și realistă a relației dintre pacient și terapeut (Hafkenscheid, 2003). Luborsky s-a concentrat, în descrierea alianței terapeutice, pe efectele pe care această legătură le are asupra clientului, identificând șapte manifestări caracteristice: existența unei convingeri a clientului că terapia îi este de folos; clientul resimte o ameliorare a stării sau problemelor sale; clientul simte că este înțeles și acceptat de terapeut; există o încredere a clientului în succesul terapiei; relația terapeutică este percepută de client ca o formă de colaborare; clientul și terapeutul împărtășesc explicații legate de etiologia problemelor sale, în urma argumentelor științifice oferite de terapeut; clientul și terapeutul dețin calități similare referitoare la posesia instrumentelor care permit înțelegerea (Luborsky, 2000). În fond, toate aceste componente se referă la două direcții principale ale alianței terapeutice: convingerea clientului că este ajutat și perceperea unei relații de colaborare în direcția rezolvării problemelor.

Evident că vorbind de o diadă, succesul terapiei depinde nu doar de competențele și implicarea terapeutului, ci și de disponibilitatea de colaborare și comunicare a pacientului. Punând accentul pe poziția centrală a terapeutului, orientările dinamice suportive stabilesc următoarele direcții de acțiune pentru dezvoltarea unei alianțe terapeutice eficiente: asumarea rolului de „părinte bun” (susținerea clientului în atingerea obiectivelor propuse) și promovarea și protejarea alianței terapeutice (acordarea unei atenții constante, fără de care terapia nu ar putea avea succes) (Misch, 2000).

Foarte interesante pentru importanța rolului jucat de psihoterapeut sunt și cercetările asupra eficienței psihoterapiei, efectuate pe parcursul mai multor ani, acestea fiind sintetizate și prezentate de Lambert (2002, 2003). Astfel, această analiză a relevat faptul că eficiența în psihoterapie se datorează următoarelor componente: relația psihoterapeutică (unde se vorbește de o pondere de 30% a importanței), tehnicile de intervenție (cu o pondere de 15%), efectul placebo (cu 15 % importanță, efect apreciat, în acest caz, ca speranță că tratamentul urmat va duce la ameliorarea tabloului clinic, ca efect al unei conceptualizări clinice eficiente), factorul personal al pacientului (stabilit prin psihodiagnostic și evaluare clinică și reprezentat de un procent de 40% ca relevanță pentru succesul terapiei) (D. David, 2006).

Când se vorbește de factorul personal, din perspectiva pacientului, referirea este la următoarele categorii: factori psihologici și de educație, factori economici și suportul social de care beneficiază pacientul. Prezentând o perspectivă cognitivă, D. David apreciază că un terapeut eficient este considerat cel care poate folosi toți

acești factori în favoarea rezolvării problemelor pacientului, rolul major revenind factorilor cognitivi (D. David, 2006). În mod cert, toate aceste componente identificate în analiză au locul lor în succesul terapiei, iar relația dintre ele este una de intercondiționare și interinfluențare reciprocă.

4. Concluzii

Relația terapeutică, prezentată ca o relație profesională de colaborare între pacient și terapeut, este o relație complexă, cu importante implicații în rezolvarea problemelor pacientului, relație în care terapeutul are un rol esențial, prin intermediul abilităților personale și profesionale. Chiar dacă vorbim de orientări terapeutice diferite, rolul alianței terapeutice pentru progresul în terapie este subliniat de fiecare din aceste orientări.

Bibliografie

- Cungi, Ch., *Alianța terapeutică* în Fontaine, O., Fontaine, Ph. (coord), *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Iași, Editura Polirom, 2008.
- Dafinoiu, I, Vargha, J.L., *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*, Iași, Edit. Polirom, 2005.
- David, D., *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Iași, Editura Polirom, 2006.
- Gîrlaşu-Dimitriu, O., *Empatia în psihoterapie*, București, Editura Victor 2004.
- Hafkenscheid, A., *Objective Countertransference: Do Patients Interpersonal Impacts Generalize across Therapists?*, „Clinical Psychology and Psychotherapy”, 10, pp. 31-40, 2003 (cf. I. Dafinoiu, J.L. Vargha, 2005).
- Holdevici, I., *Elemente de psihoterapie*, București, Editura All, 1996.
- Karasu, T., *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*, New York, Ed. Brunner-Routledge, 1980 (cf. I. Holdevici, 1996).
- Lambert, M. J., Barley, D.E., *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*, în John J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, 17-32, New York , Oxford University Press, 2002 (cf. D. David, 2006).
- Lambert, M.J., Ogles, B.M., *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*, în M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Willey, 2003 (cf. D. David, 2006).
- Luborsky, L., *A Pattern-Setting Therapeutic Alliance Study Revised*, *Psychotherapy Research*, 2000, 10 (1), pp.17-29 (cf. I. Dafinoiu, J.L. Vargha, 2005).
- Marcus, S., *Empatie și personalitate*, București, Editura Atos, 1997.
- Misch, D.A., *Basic Strategies of dynamic supportive therapy*, *The journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2000, vol. 9, ISS 4, pp. 173-189 (cf. I. Dafinoiu, J.L. Vargha, 2005).
- Rogers, C., *Client Centred Therapy*, reed., London, Constable & Robinson, 2003 (cf. O. Fontaine, Ph. Fontaine, 2008).
- Rogers, C., *Client centered method and theory*, în Koch, S., *Psychology: a study of a science, vol III, Formulations of the Person and the Social Context*, New York, Toronto, London, Mc Graw Hill Group Company, Inc., 1959.