

CALITATEA VIETII FAMILIALE. ESTIMĂRI, PREDICȚII ȘI SOLUȚII

IOLANDA MITROFAN*

I. SCURTĂ MEDITAȚIE PROSPECTIVĂ, PSIHOSOCIALĂ ASUPRA CALITĂȚII VIETII FAMILIALE

Calitatea vieții circumscrie, fără îndoială, *starea și evoluția familială*, nu numai ca model instituțional, consfințit de istoria organizării sociale, dar mai ales ca model interacțional dinamic, viu, deschis și dramatic transformativ, în perspectiva producerii, modelării și autorealizării ființei umane.

Calitatea vieții familiale este determinată atât de *exterior* – cadru social-cultural, nivel de satisfacere a nevoilor materiale (de la hrană și spațiu locuibil, la buget, confort, posibilități de consum cultural și trai civilizat) – cât și din *interior* – *calitatea relațiilor interpersonale*. Aceasta din urmă poate fi estimată prin intermediul mai multor *indicatori* așa ziși „subiectivi”, dar al căror impact este esențial în orice *predicție familială*:

- climatul socio-afectiv;
- „bunăstarea sexuală”;
- autenticitatea și completitudinea comunicării între parteneri și copiii lor;
- păstrarea unui echilibru dinamic între fuziune și autonomie psihologică;
- fluența granițelor intergeneraționale;
- coerența și consensul modelelor de rol conjugal și parental oferite copiilor în procesul de educație;
- gradul de confort și securizare psihică rezultat din sentimentul apartenenței familiale, ca antidot al singurătății și abandonului dezechilibrant;
- sănătatea psihică și somatică a membrilor familiei;
- capacitatea de păstrare și transmitere a modelelor spiritual-valorice pozitive, psihosociale (Iolanda Mitrofan, N. Mitrofan, *Elemente de psihologie a cuplului*, 1994, p. 181).

Astăzi, mai mult decât oricând, familia rămâne FAMILIE în măsura în care poate asigura o igienă psihomorală și o terapie psihosocială continuă membrilor săi, în măsura în care ea își dezvoltă resursele „de a face față” stresurilor multiple (externe și interne). Ea își păstrează integritatea și longevitatea numai în măsura în

* Cercetător științific la Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperarea Capacității de Muncă.

care le conferă membrilor săi *un sens coevolutiv*, o „scenă” de recunoaștere, valorizare și autofrânare, dar mai ales un mijloc de asigurare a *sănătății psihice și sociale*.

Din nefericire, tendințele spontane ale fenomenului familial în ultimele decenii ale sfârșitului de mileniu, pe plan mondial, par să argumenteze, cu forța impresionantă și uneori alarmantă a statisticilor, că familia se confruntă astăzi dramatic cu simptomele unei veritabile *crize psihologice* (D. Perlman, S. Duck, 1986, I. Dumas, 1985, L. Roussel, 1989, I. Coleman, 1992, O. Pocs, 1990 etc.).

Observațiile noastre, mai mult sau mai puțin sistematizate (1984, 1989, 1994) au identificat și pe familia românească unele dintre aceste tendințe.

Revenind la *tendințele specifice familiei* contemporane, menționăm:

- *pericolul iminent al dezinstituționalizării și denuclearizării*, ca urmare a creșterii semnificative a fenomenului de instabilitate, divorțialitate, corelat cu scăderea numărului recăsătoriilor și a ratei nupțialității. Consecința imediată o constituie fragilizarea și de cele mai multe ori, psihosociopatologizarea relațiilor dintre soți și, în special, dintre părinți și copii. Mai mult, dincolo de aparența instituției familiale statuate prin căsătorie, asistăm la prefaceri ale structurii rolurilor feminine și masculine, unele cu vădit risc psihopatogen, la substituiri și inversiuni forțate în raport cu „prerogativele de sex”, la distorsiuni sau amputări ale exercitării rolurilor familiale, la evaziuni sau abandon de rol, așa încât, *bilanțul dintre statut și rol se accentuează*, favorizând *tendințele entropice* ale celei maritale și prin ele, ale întregului microgrup familial.

Există o tendință netă la proliferarea unor noi modele (coabitarea, căsătoria deschisă, monoparentalitatea, semicăsnicia) sau pseudo-modele familiale (grupul comunitar, „căsătoria” dintre homosexuali, „singurătatea”) ca alternative ale stilului de viață maritală. Toate acestea poartă pecetea unei *tranziențe psihosociale*, a unor prefaceri pe care le anticipa și A. Toffler în 1983, vizând aparent eforturi adaptive, dar anunțând în fond *„disfuncții cu răsunet la distanță”*. Aceste „disfuncții” pot periclita în perspectivă „echilibrul psihologic și, implicit, social, al „consorțiilor”, „fals-consorțiilor”, „ex-consorțiilor”, dar mai ales al copiilor acestora. Mulți dintre acești copii sunt viitori adulți plutind în confuzia „modelelor parentare” multiple, succesive, incomplete, absente, mereu frustrate de căldură și comunicare afectivă; de coerență și competența modelelor de rol masculin sau feminin, dar și potențial. „Programați la imaturitate socioafectivă ei vor fi tentați să *nege* valorile conviețuirii familiale, căutând noi „formule de viață”, mai puțin „frustrante, încorsetate și amenințătoare”;

- *inautenticizarea relațiilor familiale* este a doua tendință specifică multora dintre cuplurile contemporane, în cadrul instituțional care continuă totuși să dețină ponderea cea mai mare – căsătoria. Acest fenomen se evidențiază în proliferări marginale sociopatogene – semicăsnicia și pseudocăsnicia (v. Iolanda Mitrofan, 1989), ce trădează primele semne de psihosociopatologie familială.

Infidelitatea, disfuncțiile sexual-afective, alcoolismul, violența familială ca expresie a conflictualității patologice, nu sunt cauze prime ale divorțialității (deși ele apar consemnate ca atare în documentele legale), ci sunt *consecințe* ale unui frecvent proces de inadaptare și „incompetență” maritală.

Cauzele acestui proces trebuie căutate în miezul formării personalității, în dificultățile ei de maturizare psihologică (afectivă, socială și morală – spirituală), în ignoranța sa relațională, în absența unei minime culturi a relațiilor satisfăcătoare și civilizate între sexe. Adesea, precaritatea condiției socioeconomice sub nivelul satisfacerii nevoilor bazale de siguranță și sănătate biologică și psihologică; corelate cu un sistem educativ-instrucțional incomplet sau deficitar – sunt de natură să accentueze, să întrețină și să agraveze deficitele adaptive socio-familiale, de azi și de mâine.

Nu putem ignora faptul că o familie „bolnavă” din punct de vedere interpersonal generează în perspectivă o societate fragilă din punct de vedere psihosocial. Ea distorsionează profund rolurile, scopurile, aspirațiile și comportamentele membrilor săi, periclitează în consecință nu numai eficiența și stabilitatea socială a acestora, ci și eficiența, coerența și echilibrul psihomoral al societății ca întreg.

Efectul de recurență este incontestabil în dinamica existenței... Criza psihosocială a familiei reflectă, fără îndoială (și nu numai) criza morală a societății, dar ea poate deveni motor în menținerea și agravarea crizei structurilor și funcționalității sociale.

Or, nu putem răspunde la întrebarea „Care sunt factorii ce explică, asigură și potențează calitatea vieții în general?” eludând profilările psihosociopatogene ale nucleului familial actual sau ignorând mijloacele de protecție, terapie psihosocială, educație și cultură relațională ale acestuia.

Ființa umană poartă în ea vocația fericirii. În devenirea sa, de cele mai multe ori, ea își urmărește autoafirmarea, autoîmplinirea, autorealizarea (“self-actualisation” în expresia lui C. Rogers).

Calea afectivă – iubirea și armonia între sexe și între generații, cunoașterea, valorizarea și stimularea interpersonală întru bunăstarea comună, ca indicatori ai relațiilor intergeneraționale și intersexe, și implicit, ai calității vieții – este la fel de importantă ca și calea prosperității materiale, aflându-se cu aceasta în strânsă interdependență. Dar calea afectivă cu toate implicațiile ei în planul evoluției spirituale este prioritară și transformativă. Ea este expresia libertății autentice a omului și sursa de netăgăduit a ființării sale, a destinului său individual și colectiv.

Meditând asupra evenimentelor sale psihologice, dar și asupra resurselor ei afective, normale, biologice, culturale întru autoregenerare, în a face față prezentului și viitorului, FAMILIA rămâne pentru fiecare dintre noi o întrebare, la care nu se poate răspunde decât cu iubire.

II. TERAPIA FAMILIEI PATOGENE ÎNTRE REALISM ȘI UTOPIE

Începând cu anii '60, în câmpul preocupărilor psihoterapiei americane s-a conturat ceea ce avea să fie a treia mare forță a domeniului – **terapia de familie**. (TF)

Tributar în cea mai mare parte teoriei comunicaționale și comportamentale și apoi celei sistemice, aplicate la funcționalitatea microgrupului familial, curentul terapiilor de familie s-a diversificat nebănuit în ultimele decenii; astfel, de la

abordarea psihanalitică a lui N. Ackerman și I. Boszormenyi-Nagy, la terapia structurală a lui S. Minuchin, de la terapia conjugală comunicațională a Virginiei Satir la recenta terapie netradițională de cuplu a lui While, de la abordările sexoterapeutice comportamentale ale lui W. Masters, I. Jonson și H.S. Kaplan, la terapiile de grup de cupluri și de grup familial ale lui M. Bowen și J. Framo – terapia de familie rămâne și actualmente un domeniu de emanație a gândrii psihologice americane.

În Europa, experimentul terapiilor de familie a fost în mică măsură îmbrățișat, optându-se predilect pentru *consilierea familială*, axată dominant pe negocierea conflictelor maritale sau parental-filiale. În mod special, psihoterapia de familie europeană se completează, suprapune și uneori se confundă cu metode mai largi de asistență socială a familiei în impas .

Așa de pildă, *medierea familială* în Franța a căpătat o conotație mai largă, cu impact juridic, în cazul special al asistenței *violentei* familiale, care se încearcă a fi moderată și cu aportul unor centre de terapie a soților și părinților agresivi.

Plecând de la intențiile și obiectivele terapiei familiale în sens larg – ameliorarea relațiilor familiale disfuncționale cu impact psihopatogen, nu putem să nu remarcăm *diferențele* privind șansele de reușită ale acestor intervenții, posibilitățile, ca și limitele lor, în funcție de mai mulți factori.

– variabila *terapeut*;

– variabila *terapie* cu specificul său conceptual, strategic și creativ.

Una din cele mai importante variabile (*client*) se referă la *receptivitate* ca reflex al motivațiilor și atitudinii *pacienților* potențiali față de acest tip de terapie (T.F.). Intervin aici o serie de subvariabile legate de nivelul de cultură, normalitate socială și opțiune valorică, criterii etice și în ultimă instanță – nivel de conștientizare familia asumându-și ipostaza de a fi responsabilă de propria ei evoluție, de crizele și resursele sale de a face față.

Luând în atenție, factorul receptivitate la T.F., observațiile noastre se întemeiază pe o cazuistică diversă urmărită pe parcursul a 4 ani:

– familii aflate în impas existențial: conflicte, adulter, divorț, șomaj, pierderea sau absența unei locuințe, decesul unui membru al familiei;

– familii cu un membru bolnav psihic, cu și fără invaliditate;

– familii cu un membru bolnav somatic cu pronostic funest;

– familii cu dezorganizări interpersonale profunde generate de alcoolism, psihopatii, comportamente violente, abuzuri fizice și sexuale etc.

Experiența noastră a condus cu claritate la relevarea unor modalități specifice de răspuns, rezistență și neimplicare în programe terapeutice de tip familial (evident modelate ca obiectiv și desfășurare, de la caz la caz).

Semnalam ca o *particularitate de reacție generală* a familiei românești aflate în impas (de la cel mai puțin sever la cel mai sever) – *rezistența* semnificativ crescută a întregii familii – pacient la intervenția de tip familial-holist – majoritatea membrilor refuzând să se implice în terapie și preferând sau solicitând în mod presant psihoterapia sau farmacoterapia exclusiv a unuia dintre membrii-simptom, considerat ca fiind singurul „bolnav”, „răspunzător” sau „țap ispășitor” al tuturor problemelor familiei.

Chiar și atunci când alți membrii acceptă sau solicită să se implice în terapie ei o fac într-o manieră individuală sau paralelă cu membrul primar, impunând repetat terapeutului o postură improprie de „arbitraj moral sau psihologic”, raportându-se la el ca la un „pedagog social” (*învață-mă să mă comport...*), fie ca la un garant și ofertant de recompense emoționale (*aș vrea să mă înțelegi și să fii alături de mine, eventual să-mi prescrieți o soluție...*).

Ei bine, cheia T.F. este neoferirea de soluții și angrenarea sistemului familial într-o autorestructurare a pozițiilor, rolurilor, percepțiilor și comportamentelor interpersonale, astfel încât „criza”, „impasul” sau „problema” să fie depășite prin *resurse proprii*, prin *activarea și dezvoltarea* terapeutică a acestora (vezi în acest sens valențele jocului de rol și psihodramei familiale).

Aceasta implică însă un *efect colectiv de negociere și experimentare a fiecăruia cu sine și cu ceilalți*, de cooperare responsabilă și creativă. Dar, din păcate, acest efort este blocat de concepții și motivații cu suport substructural, de stereotipii de adresare și așteptare a „ajutorului” pe model clasic medical, pasiv.

În privința concepțiilor – scăzuta adresabilitate din proprie inițiativă, ca și dificila cooperare – acceptare a terapiei familiale – se explică prin pattern-uri ideative de tipul: *rufele murdare se spală în familie; dacă am probleme familiale solicit ajutorul părinților, rudelor, nașilor, prietenilor; problemele dureroase ale familiei trebuie ascunse cu grijă pentru că ne stigmatizează sau ne vulnerabilizează față de cei din afara familiei; ce vor zice alții despre noi; noi știm mai bine de unde vin toate relele, dar nu avem încotro* etc. Așa se explică faptul că în mediile subculturale, în special alcoolismul și violențele conjugale și parentale sunt suportate prin minimalizare și resemnare pe parcursul multor ani, patologia familială fiind în mare măsură întreținută și agravată de chiar teama, concepțiile limitative și inerția sau ignoranța membrilor familiei sau de condiția lor morală precară. Într-o familie în care apare antimotivația pentru schimbare, deci și pentru terapie, șansele unei intervenții benefice sunt realmente limitate.

Pendulând între realism și utopie în chiar demersul său, terapeutul de familie, dacă nu-și selectează cazurile atent, încearcă cel mai frecvent gustul amar al neputinței.

Și dacă totuși terapia maritală a comunicării psihosexuale, cel puțin la cuplurile tinere în dificultate, conduce frecvent la maturizarea relației de cuplu și în consecință la rezolvarea problemelor-țintă, în terapia familiei patogene cu evoluție îndelungată, blocată la schimbare și antrenată într-o cursă fără sfârșit a „regresiei comportamentale”, care destructurează treptat toate mecanismele sistemului familial (comunicări, decizii, comportamente, legături afective și modele educaționale), posibilitatea ameliorării este extrem de scăzută. Demersul terapeutic devine o sisifică încercare, cu deosebirea că *cu cât bolnavul alunecă de mai multe ori, cu atât se mărește în gravitate*.

Ne referim la cazurile limită ale patologiei familiale, din păcate atât de neglijate, dar în continuă creștere, ale familiei cu un membru sau un cuplu de alcoolici, cu psihopați cu comportamente antisociale, cu frecvente molestări și abuzuri, ale familiilor cu indice avansat de pauperizare și comportament sub sau asocial.

De altfel, cu cât problemele de natură material-economică ale familiei sunt mai serioase, cu atât fracturarea legăturilor emoționale, morale și degradarea comportamentelor familiale sunt mai favorizate.

Perioada de tranziție la economia de piață cu costurile ei sociale ridicate a adus în fața multor familii probleme insolubile sau a agravat relații interpersonale deja fragilizate.

Șomajul, pierderea sau absența locuințelor, costul ridicat, uneori inaccesibil al medicamentelor sau absența acestora, insecuritatea socială crescută sunt realități la care familia încearcă să se adapteze, dar nu fără „seisme psihologice” și „crize interpersonale” ce răbufnesc în:

– tulburările psihogene ale unuia sau mai multor membri cu grevarea capacității de muncă ;

– crize de inadaptare și anxietate socială;

– comportamente delinvențiale, în special, la tineri;

– agravarea alcoolismului și violenței familiale.

În aceste condiții suportul terapeutic familial considerăm că trebuie să se extindă deocamdată în sfera asistenței și protecției sociale a familiei, așa încât să se poată, într-o oarecare măsură, stopa degringolada prăbușirii ei socio-economice, morale și psihologice și limita prin acțiuni de prevenție instalarea și proliferarea patologiilor familiale – greu responsive terapeutic.

De altfel, să nu uităm că practica terapiilor familiale a apărut într-o societate cu un nivel economic crescut, în care nevoile emoționale, relaționale și de comunicare devin importante, cele bazale nefiind periclitare.

„Autodezvoltarea și autorealizarea” – această marotă a întregii psihologii umaniste, rămâne un obiectiv primordial al oricărei psihoterapii actuale, fie ea individuală, de grup, sau de tip familial, dar fundamentul pe care se operează acest tip de intervenție (psihologic, etic și spiritual totodată) trebuie să fie asigurat de o minimă condiție civilizată din punct de vedere material. pauperizarea, modificările de status profesional și inabilitatea adaptării la mersul rapid al transformărilor social-economice, mentalitățile osificate și insecuritatea socială devin frâne serioase în terapia instituționalizată și specializată a familiei, cel puțin deocamdată. Aceasta nu înseamnă că, în perspectivă, nevoia de terapie a familiei nu se va impune, dar realismul ne obligă să pregătim, la nivel mai larg social, satisfacerea acestei nevoi, ulterioare, întrucât consecințele actualei familii patogene nu vor întârzia să apară într-un viitor pe care ni-l dorim cât mai puțin cenușiu.

III. COMUNICARE SENZITIVĂ ȘI ANALIZĂ BIOENERGETICĂ ÎN TERAPIA CUPLURILOR CU DISFUNCTII SEXUALE PSIHOGENE

Experiența noastră se referă la 30 de cupluri disfuncționale cu pattern-ul dominant „ejaculare precoce – frigiditate parțială”, având durate de parteneriat între 1 și 10 ani, cu și fără copii.

La toate cuplurile asistate, disfuncția sexuală s-a instalat în contextul unor disfuncții de intercomunicare, intercunoaștere și interrelaționare apărute ca rezultat al mai multor factori:

1. *nivel scăzut de autocunoaștere și autoacceptare la ambii parteneri;*
2. *concepții, atitudini și pattern-uri de rol-sex rigide, imature sau inautentice* preluate din familiile de origine, modelate socio-cultural și educațional, cu accent pe reprimarea și inhibiția expresivității corporale de tip erotic, asociată unor sentimente de pudoare și culpabilitate, motivate normativ pseudo-moral (de ex. în rolul sexual feminin tradițional se cultivă pattern-ul reticenței gestuale și inițiativei erotice ca semn al unei decențe și purități psihologice, în vreme ce pattern-ul de rol-sex masculin tradițional încurajază dominanța și intempestivitatea comportamentului și a inițiativei sexuale ca simbol al forței virile);

3. *imaturitate, blocaje și fixitate în conduitele de rol-sex ca urmare a fricii primare de intimitate corporală;* aceasta s-a instalat pe fondul unor relații deficitare și psihotraumatizante în cadrul raporturilor primare afective mamă-copil, și copil-cuplu parental, în secundar. la toți pacienții bărbați configurația familiei de origine conține tiparul „mamă rece-punitivă-autoritară” conjugat cu tiparul fie „tată sever” fie „absent sau minimalizat de autoritatea maternă”. În cazul partenerelor am identificat tiparul „mamă rece-pedepsitoare-culpabilizatoare” asociat fie cu tiparul „tată cald, hiperprotectiv, afectuos cu eventuală conduită seductivă”, fie „tată sever, hiper critic, agresiv”.

Atât femeile cu frigiditate, cât și partenerii lor cu ejaculare precoce au în comun un trecut psihotraumatizant, axat pe curențe de comunicare emoțională, teamă de erecție asociată cu autodevalorizare și neacceptarea propriului corp. Toate aceste elemente generează și întrețin *atitudini și așteptări confuze cu privire la intimitate* și, în consecință, alimentează un nivel crescut de anxietate de relație. Aceasta transpare în / și blochează comportamentul erotic spontan, în exprimarea lui *nonverbală*, cu substrat mental (idei și imagini despre *tipare permise și nepermise, acceptabile și neacceptabile*).

Din analiza cazurilor a rezultat că inabilitățile, stângăciile și crisparea sau graba gestual-comportamentală și nu mai puțin lipsa de concentrare asupra partenerului și asupra propriului corp, *crează blocaje mutuale*. Aceste blocaje, pe de o parte, inhibă desfășurarea și repetarea actelor sexuale în mod satisfăcător, subminând vertiginos *dorința* (libidoul). Pe de o parte, ele *ratează* actul sexual, fie prin eludarea sau anularea fazei preludiului, atât de important în comunicarea senzitivă – fie prin imposibilitatea prelungirii corespunzătoare a fazei copulatorii și, evident, a împlinirii orgasmice mutuale, ceea ce conduce cu necesitate și la suprimarea confortului psihologic, destinsiv al postludiului. Frustrarea adâncește în timp distanța psihologică, subminează *intimitatea*, și așa *fragilă*, stimulează conduitele reciproc sau unilateral evitante, ca și cele de ostilitate, mai mult sau mai puțin conștiente.

Astfel, cercul vicios al blocajelor comunicării senzitive, ca principală formă de exprimare a mesajului erotic – atât de important în comunicarea complexă senzual-afectiv-spirituală, se repetă până la sărăcirea, devitalizarea și suprimarea în ultimă instanță a raporturilor intime. Trupul – acest vehicol cu „limbaj transpa-

rent”, incapabil să mistifice simbolurile și subtilele mesaje afective și cognitive, conștiente și inconștiente, acest traducător perfect al informațiilor din mental, poate deveni în egală măsură *cale* și *mijloc* de apropiere și de îndepărtare psihosexuală, de autorealizare sau de neîmplinire prin iubire. Este cunoscut faptul că orice cuplu încetează să mai existe când partenerii încetează să se mai atingă și nu atunci când încetează să-și mai vorbească. Abia atunci asistăm la *criza afectiv-sexuală a cuplului*, declarată, recunoscută, de cel puțin una din cele două părți (mai frecvent de bărbați) și abia atunci se solicită eventual ajutor specializat. Aceasta, din nefericire, se întâmplă doar în cazul persoanelor cu IQ cel puțin mediu și cu nevoi de autorealizare mai bine conștientizate. Altfel, majoritatea cuplurilor nefericite se complac în renunțare și frustrații, uneori slab conștientizate, cufundându-se în platitudinea „vieților paralele” sau a structurilor formale de conviețuire.

Analiza psihologică a cuplurilor disfuncționale erotico-sexual ne-a determinat să abordăm terapeuțica acestor cupluri printr-o încercare de depășire (mai curând de adaptare și regândire) a clasicului model comportamental al lui W. Masters și I. Jonson – recunoscut de altfel ca eficiență și rapiditate în obținerea efectelor pozitive la americani, dar care, din păcate, prin caracterul său evasimecanicist – de învățare și exersare a controlului fiziologic, ignoră variabile mai subtile, psihologice care generează și întrețin recidivele disfuncționale sexuale ale cuplului aflat în dificultate.

În ceea ce ne privește am preferat să experimentăm o terapie de cuplu bazată pe dialogul gestaltist (inițial 4-5 ședințe individual, apoi circa 10-15 ședințe cu soții reuniți, în regim săptămânal, pe parcursul a circa 6 luni). Am asociat flexibil în interiorul modelului hollist-gestaltist (F. Perls) elemente de analiză bioenergetică (W. Reich, A. Lowen), reeducarea controlului respirator-postural-senzitiv și jocul de rol psihodramatic (propriu și inversat).

Mecanismul psihologic implicat în restructurarea terapeuțică a fost *calitatea intimității nonverbale și verbale*, prin creșterea expresivității de comunicare senzitivă (emitere și receptare conștientă de mesaje erotice, tactile, olfactive, kinestezic-posturale și vizuale). S-a încercat deblocarea spontaneității expresive erotice, în condițiile descoperirii autoacceptării și autoevaluării identității corporale și senzitive. S-a încurajat creativitatea interrelațională și concentrarea pe celălalt, după etapa decentrării de la imaginea sefl-ului negativ. Aceasta din urmă a beneficiat de tehnica gestaltistă a dezvoltării încrederii în sine prin securizare emoțională (acceptare necondiționată). S-a dezvoltat prin dialogul gestaltist o adevărată „cultură a generozității mutuale”, apoi a valorizării mutuale și prin aceasta s-a întărit recent efectul de autoacceptare și autovalorizare. Resentimentele, reproșurile, frustrațiile și evitățile reciproce, fie prin tăcere, fie prin motivare verbală, s-au diminuat simțitor în această etapă. S-a creat treptat o deschidere pentru experiența schimbării „aici și acum”.

Tehnica analizei bioenergetice s-a cuplat fericit cu principiile de acțiune gestaltiste în „lucrul cu corpul”. Aceasta se bazează, în viziunea lui A. Lowen, pe ideea că mobilizând corpul prin tehnici active de spontaneizare și conștientizare a simbolisticii posturale și gestuale sunt modificate astfel procesele energetice (prin

creșterea mișcării spontane) și, ca urmare, se creează condiții pentru deblocarea și dezvoltarea sentimentelor, apărând și un câștig corespunzător în conștientizare și înțelegere. Tehnicile active de stimulare energetică au inclus cultivarea progresivă a autocontrolului respirator și a flexibilității mișcărilor, în directă corelație cu conștientizarea „aici și acum” a trăirilor pozitive și a siguranței interioare experimentate .

Am asociat variabil, pe acest fundal, tehnica jocului de rol, ca și a fantazării ghidate a momentelor trecute, considerate de pacienți ca eșec (blocaj), ceea ce a permis un benefic „insight” asupra autoprogramărilor negative, ca urmare a friciei de celălalt și de sine. Pacienții și-au autodeblocați prin conștientizare de sine și de celălalt resursele creative, spontane în a găsi noi modalități de relaționare erotico-senzitivă și în a le exprima din ce în ce mai direct, mai imaginativ, mai rafinat.

Lucrul cu corpul în analiza bioenergetică urmărește conștientizarea și eliminarea conflictelor cognitiv-afective exprimate corporal, dat fiind faptul că există întotdeauna un acord între ce gândește și spune pacientul și ce manifestă expresiv corpul. Astfel pacienții a căror respirație este superficială, incompletă, sunt persoane care nu își permit sau cărora nu li se permite să-și exprime sentimentele. Anxietatea la femeia frigidă este simptomatică, ceea ce e perfect valabil și pentru bărbatul cu ejaculare precoce. Pacientul care se plânge de probleme sexuale poate fi observat ca având o tensiune severă în pelvis, ce reduce la rândul-i potența sexuală, și în special autocontrolul ejaculării. Cei mai mulți pacienți nu sunt conștienți de faptul că problemele lor sunt exprimate prin intermediul corpurilor lor, până când acestea nu sunt conștientizate.

Analiza bioenergetică se desfășoară pe o paradigmă cvadrimensională, incluzând:

- înțelegerea și lucrul cu tensiunea musculară;
- analiza asociațiilor, comportamentului transferului și exprimarea senzațiilor și sentimentelor;
- înțelegerea dinamicii energetice prin intermediul respirației și mișcării, eliminarea contracturilor;
- concentrarea asupra rolului sexualității și modalităților ei de trăire senzitivă; deculpabilizare prin autodescoperire și autovalorizare.

Tehnica include „lucrul simultan cu corpul și cu mentalul” având ca efect spontaneitatea emoțiilor, sentimentelor și conduitelor de comunicare erotică, cu efecte benefice în optimizarea desfășurării actului sexual pe întreg parcursul său.

Pârghiile de acțiune care au fost utilizate în restructurarea comportamentului disfuncțional au fost:

- imaginea corporală;
- imaginea de sine;
- nivelul de autoacceptare;
- nivelul de interacceptare.

Obiectivul terapeutic principal a fost depășirea și disiparea *friciei de intimitate* mental-corporală (anxietatea de relație), reeducarea progresivă a expresivității erotice (stilul personal al cuplului) și a autoreglajului în timpul comuniunii sexuale.

În acest mod, partenerii au fost angrenați într-o terapie *de creștere* de tip gestaltist-holist, de autocreație și autodezvoltare având doi piloni de bază:

- procesul de autodescoperire și autoconștientizare;
- procesul de maturizare mutuală prin *experiența sexuală* integrată ca *experiență fundamentală de dezvoltare a personalității*.

Din acest motiv, terapia nu s-a preocupat obsesiv de simptom (ca în modelul comportamental), ci de restructurarea condițiilor care să producă armonizarea (un bun gestalt existențial dual, mental-afectiv-corporal).

Efectual a constat în experiența de „creștere” a întregii personalități și învățarea strategiei de autodeblocare a „creșterii”, simptomele disfuncționale eliminându-se progresiv, pe măsura restructurării interacțiunii cu sine și cu celălalt.

Acest experiment a avut rezultate mai rapide și mai încurajatoare la cuplurile tinere, deschise la experiența schimbării, puternic motivate pentru auto și intercunoaștere și s-a soldat nu numai cu depășirea incidentelor funcționale sexuale, dar și cu redimensionarea sentimentelor și comunicării spirituale. Iubirea s-a redescoperit, reexperimentat și, nu de puține ori, s-a transformat într-o iubire de tip matur.

BIBLIOGRAFIE

1. N. Ackerman, *Treating the troubled family*, New York, Basic Books, 1996.
2. I. Boszormenyi-Nagy, *The concept of change in conjoint family therapy* în A. Friedman (Ed), *Psychotherapy for the whole family*, New York, Springer, 1965.
3. M. Bowen, *Family therapy in clinical practice*, New York, Jason Aronson, 1978.
4. I. Froma, *Family interaction: A dialogue between family therapists and family researchers*, New York, Springer, 1982.
5. S. Minuchin, *Families and family therapy*, Cambridge, M.A. Harvard University Press, 1974.
6. V. Satir, *Conjoint family therapy*, Palo Alto, Science and behavior Books, 1967.
7. D.B. Wile, *Couples therapy*, Canada, I. Wiley, Inc. 1993.
8. R.J. Corsini, D. Wedding, *Current Psychotherapy*, F.E. Pearch Publishes, Inc, 1989.
9. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbaton*, Moas U.T. Real People Press, 1969.
10. G. Yontez, *Gestalt therapie ales dialogische Methode*, Interogative Therapie, 9, p. 98-130, 1983.
11. W. Reich, *The Function of the orgasm*, New York, Farror, Strauss, 1970.
12. A. Lowen, *Bioenergetics*, New York, Penguin Books, 1975.