

C o n f . u n i v . d r . C a m e l i a S t a n c i u

**T E H N I C I S I A B I L I T A T I I N
C O N S I L I E R E**

T i r g u - M u r e s

C U P R I N S

CAPITOLUL I. PSIHOTERAPIE VERSUS CONSILIERE PSIHOLOGICĂ	6
1.1. Delimitări conceptuale	6
1.2. Caracteristicile unui consilier eficient (Corey, 2001).....	7
CAPITOLUL II. ATITUDINILE CONSILIERULUI	9
2.1. Empatia	9
2.2. Acceptarea necondiționată	9
2.3. Congruența.....	10
2.4. Respectul față de sine și de client.....	10
2.5. Responsabilitatea	10
2.6. Căldura față de client.....	10
CAPITOLUL III. ABILITĂȚILE CONSILIERULUI	11
3.1. Deprinderile fundamentale de asistare.....	11
3.2. Deprinderile fundamentale de influențare	20
PARADIGME ÎN CONSILIERE	25
CAPITOLUL IV. CARL ROGERS ȘI TERAPIA CENTRATĂ PE CLIENT	25
4.1. Câteva date biografice – context cultural și educațional.....	25
4.2. Relația terapeutică și tehnici de dialog.....	26
4.3. Personalitatea și atributele terapeutului	26
4.4. Efectele terapiei asupra personalității și comportamentului.....	27
4.5. Cazuistică	27
CAPITOLUL V. ELEMENTE DE CONSILIERE GESTALTISTĂ	30
CAPITOLUL VI. PARADIGMA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN CONSILIERE	33
6.1. Tehnici ale psihoterapiei comportamentale (după Coleman, Bucher, Carson 1984)	34
6.1.1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite.....	34
6.1.2. Tehnica desensibilizării sistematice	35
6.1.3. Psihoterapia asertivă	35
6.2. Modele de creștere a frecvenței comportamentului dorit.....	36
6.3. Metode de reducere / stingere a comportamentului	38
6.4. Tehnici specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale	40
6.4.1. Identificarea gândurilor negative	40
6.4.2. Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente	41
6.5. Modele multimodale în consiliere.....	45
CAPITOLUL VII. CONSILIEREA COPILULUI ABUZAT	46
7.1. Principii.....	46
7.2. Definiții și forme ale abuzului	46
7.3. Nivelurile (medii) și factori favorizanți ai abuzului	47
7.4. Semnele și consecințele abuzului	48
CAPITOLUL VIII. CONSILIEREA PERSOANELOR DROG-DEPENDENTE AFLATE ÎN DETENȚIE ... 54	
8.1. Ședința 1	54
8.2. Ședința 2	54
8.3. Ședința 3	55
8.4. Ședința 4	57
8.5. Ședința 5	58
8.6. Ședința 6	60
8.7. Ședința 7	60
8.8. Ședința 8	62

CAPITOLUL IX. CONSILIEREA SINDROMULUI POST-AVORT	63
9.1. Definire și caracteristici	63
9.2. Simptomele care caracterizează sindromul post - avort sunt	63
9.3. Etapele consilierii sindromului post-avort	64
BIBLIOGRAFIE.....	69

CAPITOLUL I

PSIHOTERAPIE VERSUS CONSILIERE PSIHOLICĂ

Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie prin faptul că, în vreme ce psihoterapeutul practică intervenția psihologică sanogenă în cazurile de tulburări psihice, consilierul psihologic încearcă să sprijine individualitățile în depășirea impasurilor inerente dezvoltării personale. Consilierul lucrează atât individual cât și pentru optimizarea relațiilor interpersonale (relațiile dintre copii și părinți, relațiile dintre soți, etc.)

Deși diferite sub aspectul conținutului (tipul de probleme abordate), consilierea psihologică și psihoterapia sunt similare sub aspectul procesului și al mecanismelor activate.

Consilierea psihologică este o intervenție specifică realizată:

- (a) în scopul optimizării adaptării, cunoașterii de sine și dezvoltării personale și/sau;
- (b) în scopul prevenirii apariției ori corectării tulburărilor emoționale, cognitive și de comportament.

Așa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală, medicului, etc., consilierea psihologică este apanajul psihologului (David, 2006);

Consilierea psihologică se deosebește și de consilierea educațională școlară. În timp ce consilierea educațională/școlară abordează probleme de educație, formare școlară și carieră, consilierea psihologică presupune intervenția specialistului în optimizare vieții personale, a relațiilor, **sănătatea** mintală și în ameliorarea problemelor psihologice, prin reglarea vieții emoționale și a **comportamentului** (David, 2006).

În prezent apare o apropiere substanțială între psihoterapia scurtă și consiliere. Psihoterapiile scurte au câteva principii comune cu cele ale consilierii care se referă în special la durata scurtă și obiectivele limitate, cu concentrarea asupra unei problematici bine definite. Astfel a apărut ideea de psihoterapie focală, definită de atenția selectivă acordată anumitor aspecte (Mala, 1976 & Sifneos, 1992), problematicei adaptative, conflictelor externe actuale, luarea în considerare a nevoilor (Small, 1971), rolul activ al terapeutului care utilizează procedee de intervenție, confruntare, interpretare, planificare a intervenției menită să crească eficacitatea, promovarea alianței terapeutice prin transfer pozitiv.

Ivey și Simek-Downing (1980) consideră că atât psihoterapia, cât și consilierea psihologică reprezintă procese de influențare interpersonală reciprocă. Modul în care persoana care oferă ajutor (consilier, psihoterapeut) răspunde solicitărilor clientului va influența în mare măsură evoluția evenimentelor viitoare.

Una dintre problemele majore pe care trebuie să le accentueze demersul de consiliere este dezvoltarea la subiect a unui sistem coerent de scopuri de viață sau, altfel spus, întărirea comportamentului intențional.

1.1. Delimitări conceptuale

Consilierea psihologică este o formă de intervenție psihologică care se adresează persoanelor sănătoase aflate într-o situație de impas cu privire la rezolvarea unor situații de criză, sociale, profesionale sau familiale. Consilierul îl ajută pe client să controleze o situație de criză și îl asistă în găsirea unei soluții la problema cu care se confruntă.

Consilierea psihologică presupune un număr mai redus de ședințe față de psihoterapie utilizând metode și tehnici similare acesteia, însă diferența esențială constă în faptul că în consilierea psihologică se vizează prevenția apariției tulburărilor, respectiv se adresează persoanelor sănătoase din punct de vedere psihologic.

Consilierea reprezintă un dialog în care o persoană ajută o altă persoană care are dificultăți semnificative (Wallis, 1978).

Consilierea este o cale de a relaționa și de a răspunde unei alte persoane, astfel încât aceasta este ajutată să-și exploreze gândurile, emoțiile și comportamentul ca să câștige o înțelegere de sine mai clară și apoi învață să găsească și să utilizeze propriile sale resurse, pentru a se putea confrunța cu viața cât mai eficient, luând decizii adecvate sau acționând corespunzător (Inskipp & Johns, 1984).

Consilierea reprezintă utilizarea cu abilitate și principialitate a relației pentru a favoriza cunoașterea de sine, autoacceptarea emoțională, maturizarea și dezvoltarea optimală a resurselor profesionale. Întotdeauna scopul său este de a oferi ocazia de a lucra, a trăi cât mai satisfăcător și cu utilizarea cât mai completă a propriilor resurse (Asociația Britanică de Consiliere, 1989).

Exercitarea profesiei de consilier necesită o pregătire interdisciplinară, din mai multe domenii ale științei :

1. teoriile personalității și ale învățării
2. psihologia dezvoltării, psihologie cognitivă, școlară, educațională, socială, clinică, psihologia sănătății
3. pedagogie, patologie, grupuri sociale, familie și cuplu, dezvoltarea carierei, orientare școlară și profesională
4. aplicații practice privind utilizarea unor metode și tehnici de cunoaștere a personalității, psihodiagnostic, metode formative și intervenție psihoterapeutică.

Consilierul are menirea de a-i ajuta pe alții, în sensul de a introduce creștere și schimbare în clienți (Corey, 1990). Cea mai puternică sursă de a influența clienții într-un sens pozitiv este exemplul propriu al consilierului. Pentru acesta trebuie să știm cine suntem, care sunt nevoile, motivațiile, valorile și trăsăturile de personalitate care pot influența eficacitatea în consiliere și cât de dispuși suntem pentru a ne pregăti permanent pentru a dobândi disponibilitatea de a face față diversității situațiilor problematice ale clienților.

Consilierea are un caracter formativ, se axează pe dezvoltarea unor abilități practice sau personale, în timp ce psihoterapia se concentrează pe suferința interioară (tristețe, anxietate, durere, doliu sau separare, frici, compulsii, atacuri de panică, ș.a.). Astfel, prin consiliere psihologică se urmărește:

- autocunoașterea,
- optimizarea și dezvoltarea personală, respectiv
- adaptarea cât mai eficientă a clientului la mediul extern

Consilierul **este un psiholog specializat în consiliere, care intervine cu mijloace specifice psihologice, în scopul de a optimiza, stimula autocunoașterea și dezvoltarea personală, a preveni anumite probleme emoționale, cognitive și de comportament.**

Un consilier profesionist :

1. deține un sistem calitativ de informații de specialitate;
2. are deschidere spre nou și spre schimbare;
3. simte necesitatea unei formări continue;
4. are opinii proprii cu privire la performanțe în această profesiune;
5. cunoaște și aplică normele de conduită ;

Studiile lui Coombs (1986) arată că următoarele atitudini ale consilierului sunt asociate cu succesul în consiliere :

- imagine de sine pozitivă și încredere în propriile abilități
- opinii pozitive despre oamenii pe care îi consideră demni de încredere, prietenoși.

1.2. Caracteristicile unui consilier eficient (Corey, 2001)

- Are propria sa identitate : știe cine este, ce poate să devină, poate realiza distincția între elementele esențiale și cele neesențiale.
- Se respectă și se apreciază pe sine, bazându-se în demersul de acordare a ajutorului pe forța și sentimentul valorii personale.
- Își recunoaște și își acceptă forța interioară, se simte adecvat în prezența celorlalți și le permite acestora să se manifeste ca persoane puternice.
- Este deschis și receptiv la schimbare, capabil să renunțe la drumurile cunoscute și sigure pentru un demers de tip inovator.
- Este capabil să ia decizii și să-și asume responsabilități pentru sine și pentru ceilalți.
- Este activ, dinamic, trăiește existența în mod plener, opțiunile sale fiind bazate pe un sistem de valori în favoarea vieții.
- Este o persoană autentică, sinceră și onestă, care nu se ascunde în spatele unor măști, nu joacă roluri impuse și nu declanșează mecanisme de tip defensiv.
- Are simțul umorului, privește lucrurile în perspectivă și nu se teme să se amuze chiar pe seama propriilor sale deficiențe.
- Are capacitatea de a-și recunoaște greșelile și de a-și asuma răspunderea pentru ele.
- Trăiește predominant în prezent, fără a se agăța de trecut sau de a se refugia în viitor.
- Admite, apreciază și respectă diferențele culturale, sociale, de gen sau rasă.
- Este sincer interesat de bunăstarea celorlalți, interes bazat pe respect, grijă, încredere și apreciere a acestora.
- Este profund implicat în activitatea sa, căreia îi găsește un sens profund; poate accepta recompensele derivate din aceasta, dar nu devine sclavul activității profesionale.

- Este capabil să stabilească limite adecvate specifice unor relații interpersonale sănătoase; deși participă din plin la problemele clienților săi, nu se ocupă de ele în timpul liber; este capabil să spună „nu”, fapt ce îl ajută să ducă o existență echilibrată.

Prezentăm în continuare un tabel care prezintă comparativ caracteristicile unui consilier eficient și ale unuia ineficient (Ivey & Simek-Downing, 1980).

	Atribuții	Consilier eficient	Consilier ineficient
1	Definirea comportamentului problemă	<ul style="list-style-type: none"> • elaborează definiții alternative • selectează o definiție de lucru 	<ul style="list-style-type: none"> • acceptă definiția oferită de client ca atare • este incapabil să definească singur problema
2	Focalizarea demersului de consiliere	<ul style="list-style-type: none"> • alege un anumit tip de definire a problemei și începe să lucreze asupra acestuia împreună cu clientul 	<ul style="list-style-type: none"> • este incapabil să aleagă o anumită definire a problemei și trece fără nici un fel de direcționare de la un subiect la altul
3	Activitate creatoare	<ul style="list-style-type: none"> • îi răspunde în mod flexibil clientului • se bazează pe diferite teorii pentru a elabora noi posibilități de acțiune • face apel la tehnici creative pentru a stimula clientul 	<ul style="list-style-type: none"> • posedă un model standard de a răspunde clienților • aplică același set de tehnici indiferent de problemele pe care le ridică clienții
4	Procesul decizional	<ul style="list-style-type: none"> • direcționează clientul să adopte decizii creative • focalizează demersul terapeutic conform unui model bazat pe teoria deciziei 	<ul style="list-style-type: none"> • elaborează o singură alternativă de soluție la problemă • se învârtă fără rost interogând clientul, fără a se centra pe adoptarea unei decizii
5	Factori conjuncturali	<ul style="list-style-type: none"> • definește problema ținând seama atât de factorii personali, cât și de cei conjuncturali • ține seama de prejudecățile sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • consideră că problema este doar individuală • ignoră conjunctura socio-economică și alți factori de natură psiho-socială
6	Modificări posibile	<ul style="list-style-type: none"> • lucrează asupra subiectului • lucrează pentru a modifica și unele condiții de mediu 	<ul style="list-style-type: none"> • lucrează doar asupra individului
7	Modalitatea efectivă de lucru	<ul style="list-style-type: none"> • modifică sistemul teoretic pe care se bazează, în funcție de situație • alege un set adecvat de tehnici de lucru • generează noi perspective asupra problemei • inițiază discuții deschise 	<ul style="list-style-type: none"> • se bazează pe o concepție teoretică unică • utilizează un set standardizat de tehnici • ia în considerare doar ceea ce spune clientul cu privire la problema sa • inițiază discuții rigide
8	Rezolvarea problemei	<ul style="list-style-type: none"> • elaborează multiple soluții din cadrul cărora clientul are posibilitatea să aleagă • elaborează un plan concret de acțiuni • elaborează problema înainte de a furniza soluția 	<ul style="list-style-type: none"> • elaborează doar o soluție sau nici o soluție • îl lasă pe client să se descurce singur în ceea ce privește implementarea soluției • se repede la soluții imediate fără a analiza cum trebuie problema
9	Stilul decizional	<ul style="list-style-type: none"> • vigilent 	<ul style="list-style-type: none"> • aderent non-conflictual, bazat pe schimbare nonconflictuală, defensiv- evitant sau hipervigilent

Cea mai importantă modalitate de consiliere pe care o poate aplica consilierul este să-și implice clienții în acțiuni și în dialoguri. abilitându-i să ia decizii, să planifice, să se autoevalueze, să-și clarifice sentimentele, să-și rezolve problemele. Clienții trebuie priviți ca parteneri, coparticipanți, coaliți .

Expertul în înțelegerea problemelor este consilierul. Clientul este expert în propria lui viață. Consilierul trebuie să manifeste respect pentru clienți și pentru modul în care aceștia experimentează propria viață, trecutul, prezentul și viitorul. Viitorul nu este rezultatul alegerii, ci este varianta creată prin gândire, voință și activitate.

CAPITOLUL II

ATITUDINILE CONSILIERULUI

2.1. Empatia

Se referă la capacitatea consilierului de a înțelege, din perspectiva clientului, problemele cu care acesta se confruntă. Este tentativa de a intra în lumea altuia pentru a-i putea înțelege atitudinile, gândurile, trăirile afective, dorințele, de a simți tot ce trădează sau poate ascunde comportamentul său verbal și nonverbal. Este capacitatea de a simți experiențele, nevoile, aspirațiile, frustrările, durerile, bucuriile, anxietățile, rănile altora ca și când ar fi ale tale. Este procesul simțirii a ceea ce simte o altă persoană. Este o tentativă de previziune sau anticipare; este un proces de cunoaștere tacită.

Este fenomenul psihic de retrăire a gândurilor, acțiunilor celuilalt, dobândit prin transpunerea psihologică a eului într-un model obiectiv de comportament uman, permițând înțelegerea modului în care celălalt interpretează lumea.

Empatia este o încercare, uneori identificare cu altul, dar în același timp trebuie să existe capacitatea de a ieși din „pielea” celuilalt. Este nevoie nu doar de sensibilitate și căldură afectivă, ci și de echilibru emoțional și putere rațională. În caz contrar, există pericolul depersonalizării. Este necesar în permanență un anumit grad de detașare.

Un consilier își poate experimenta această competență profesională, încercând să răspundă adecvat situațiilor la care a fost expus, privind modul cum s-a simțit când s-a aflat într-o situație similară sau reflectând asupra ceea ce ar simți și ar face dacă ar fi în locul clientului.

În relația de consiliere există două forme de empatie: una primară și alta avansată.

Prima formă se regăsește în comportamentul de asistare și observare a clientului, dedus din abilitățile de comunicare / ascultare, redat de mesajele nonverbale (gestuale, mimică, calitățile vocii).

Forma avansată a empatiei apare atunci când problema clientului a fost înțeleasă corect. Este nevoie de dobândirea unor stiluri speciale de confruntare, influențare, dezvoltarea unui suport afectiv pozitiv, a unei relații de încredere, respect și acceptare.

Din punct de vedere al empatiei se ia în considerare tipul de client și tipul de consilier. În cadrul consilierii apar următoarele clasificări ale tipologiei umane:

A = Feeling (F) = emotiv – consilierul acordă importanță proceselor afective ale clientului, deduse din felul „cum spune ceea ce spune”; stilul consilierului este matern, cald, de ajutorare.

B = Thinking (T) – gânditor, rațional – consilierul se focalizează asupra a „ceea ce spune clientul”, asupra distorsiunilor din gândire.

C = Acting (A) – comportamental – consilierul consideră că problematica clientului provine din faptul că acționează sau nu așa cum trebuie. Pentru rezolvarea problemei clientului, calea cea mai importantă este acțiunea practică, concretă.

Clientul este recunoscut ca aparținând unuia dintre aceste tipuri, în funcție de discurs, care poate fi centrat pe emoții, cogniții sau comportamente.

Fiecare consilier trebuie:

- să-și identifice tipul;
- să înțeleagă de ce este așa;
- să încerce să activeze cele două aspecte mai puțin utilizate.

2.2. Acceptarea necondiționată

Această atitudine constă în capacitatea consilierului de a nu judeca și acuza, dezaproba sau blama clientul, ci de a-l accepta așa cum este el, fără prejudecăți, chiar dacă nu aprobă acțiunile, valorile sau credințele sale.

Clientul va fi considerat o persoană valoroasă, capabilă să ia decizii responsabile asupra propriei sale vieți.

„Acceptarea este atitudinea de recunoaștere a demnității și valorii personale a clienților, cu punctele lor tari sau slabe, calități sau defecte, atitudini pozitive sau negative, interese constructive sau sterile, gânduri, trăiri sau comportamente, fără a critica, judeca, controla și, mai ales, fără a condiționa aprecierea.” (Petrovai, Băban, 2001).

Acceptarea necondiționată nu înseamnă aprobarea oricăror atitudini sau a oricărui comportament. Acceptarea unei persoane nu înseamnă aprobarea oricăror atitudini sau a oricărui

comportament. Ceea ce consilierul trebuie să accepte este modul în care clientul simte sau își percepe problema.

2.3. Congruența

„Congruence”, „autenticity” sunt concepte definite de C. Rogers ca fiind expresia corespondenței dintre opiniile, valorile, convingerile sale și comportamentul exteriorizat, între mesajele verbale și nonverbale. Această atitudine generează respect, încredere, demnitate, ceea ce favorizează relația cu clientul și, în consecință, dezvoltarea sa. Cu alte cuvinte, congruența exprimă autenticitatea consilierului. Aceasta constă în integralitatea personalității sale, manifestată prin conștiința propriei valori, cunoașterea de sine, pentru a putea fi sincer în relația cu clientul.

Autenticitatea este rezultatul filtrării propriei experiențe de viață, a înțelepciunii care derivă din relațiile adecvate, probate în situații dificile. În consecință, nesinceritatea, duplicitatea vor dezvolta clientului suspiciune și neîncredere și, în consecință, se diminuează efectele dezvoltării clientului.

2.4. Respectul față de sine și de client

Acordarea unui sprijin eficient este condiționată de respect și încredere în tine însuși. Un consilier este valoros dacă este mulțumit de sine. Persoanele care se află în conflict cu ele însele nu vor putea fi performante.

Respectul dezvoltă o relație terapeutică pozitivă, pe baza căreia se poate conlucra favorabil.

Deoarece fiecare persoană este unică, consilierul va trebui să respecte diferențele individuale. Timpul de consiliere i se acordă clientului în exclusivitate. În această perioadă nu se primesc vizite, nu se vorbește la telefon. Nu trebuie să se aștepte reciprocitate; răceala sau impertinența vor fi folosite în interpretare.

2.5. Responsabilitatea

Consilierul are sarcina de a-și asuma responsabilitatea atitudinilor și acțiunilor pe care le întreprinde, de a respecta principiile fundamentale ale consilierii, în scopul de a preveni agravarea situației clientului, dar și de a contribui la un progres al dezvoltării personale.

2.6. Căldura față de client

Este manifestată prin interesul pozitiv față de client, prin plăcerea și străduința de a fi alături și împreună cu el. Unele persoane manifestă un potențial cu o mare încărcătură afectivă. Această abilitate poate fi dezvoltată în primul rând prin însușirea de comportamente nonverbale: privire, postură, mimică, gesturi, dar și a unor tehnici de comunicare.

Alte însușiri necesare unui bun consilier sunt:

- flexibilitatea
- creativitatea
- intuiția / perspicacitatea
- fermitatea
- persuasiunea
- curajul de confruntare
- detașare / obiectivitate
- înțelepciune și refuzul bârfei
- realism în soluții
- sensibilitate la problemele și sentimentele celorlalți
- să accepte și să placă oamenii, dar mai întâi să aibă o imagine de sine pozitivă
- să aibă control asupra propriilor reacții și comportamente
- să prezinte toleranță la frustrare
- să înțeleagă nu doar ceea ce clientul spune explicit, ci și ceea ce e transmis implicit
- să aibă o anumită experiență în domeniu și să fi urmat un training formativ
- să fie analitic - ca mod special de a explora, pentru a avea o imagine mai clară asupra problemei, încercând să surprindă contradicțiile interne, distorsiunile și sensurile celor exprimate în cadrul interviului, precum și mecanismele de apărare
- să stăpânească bine tehnica întrebărilor în cadrul consilierii
- să stabilească facil relații cu instituții și agenții adiacente profilului, în scopul soluționării problemei clientului

CAPITOLUL III

ABILITĂȚILE CONSILIERULUI

3.1. Deprinderile fundamentale de asistare

Deprinderea	Definiția și funcția în interviu
Comportamentul de asistare	Un comportament verbal și nonverbal potrivit este central în procesul acordării de sprijin. Acest lucru demonstrează că ascultați și că încurajați clientul să vorbească liber.
Invitația deschisă de a vorbi	Întrebările deschise ajută clientul să exploreze problemele. Întrebările închise conduc la răspunsuri focalizate, de obicei scurte.
Clarificarea - încurajarea - parafrizarea	Încurajările sunt răspunsuri scurte (de ex., încuviințări prin mișcări ale capului, verbalizări). Ele încurajează clientul să-și analizeze mai profund problema. Parafrizarea oferă feedback clientului, cuprinzând esența a ceea ce s-a spus. Ea oferă posibilitatea de verificare a acurateței cu care ascultăm și determină clientul să treacă la o altă topică.
Reflectarea sentimentelor	Oferă un feedback clientului despre experiența sa emoțională.
Sumarizarea	Această deprindere oferă clientului un feedback, cuprinzând esența unor fraze ce descriu comportamente, gânduri și emoții.

Aceste deprinderi sunt numite *secvența fundamentală de ascultare*.

Accentuarea aspectelor pozitive

Consilierii începători au tendința de a fi fascinați de „poveștile de război”, de problemele și de necazurile unei persoane. Întrebările lor, comentariile și atenția se focalizează pe ceea ce este negativ în viața clientului.

La cealaltă extremă se situează unii consilieri începători anxioși, care încep să liniștească clienții înainte de a asculta întreaga lor poveste. Poziția salvatorului este mai periculoasă decât varianta amestecului în problemele celuilalt.

Clientul va vorbi despre subiecte pe care consilierul va dori să le asculte. Evitați amestecul în problemele celuilalt și poziția salvatorului

O anumită parte a ședinței, consilierul începător este bine să se focalizeze pe capacitățile și forțele pe care clientul le are în confruntarea cu problemele din lumea care îl înconjoară. Acest lucru înseamnă ascultarea atât a comentariilor pozitive, cât și a celor de factură negativă.

De ex.:

Clientul: Mă simt confuz, nimic nu se întâmplă cum trebuie. Societatea este în întregime întoarsă pe dos. Bogații devin din ce în ce mai bogați, săracii devin din ce în ce mai săraci. Muncesc din greu, dar tot nu progrez.

Consilierul: (accentuând negativul) Societatea este într-adevăr aspră, simți că nu mai ai nici o speranță. Ce altceva te necăjește?

Consilierul: (accentuând pozitivul) Să-ți pierzi slujba în vremurile de astăzi este dureros. Te-am auzit spunând că ți-ai făcut datoria așa cum trebuie. Mi-ai putea spune câteva lucruri specifice pe care le-ai făcut în timp ce lucreai și de care ești mândru?

Consilierul: (prea pozitiv) Nu te îngrijora, totdeauna este întuneric înaintea zorilor.

(salvatorul) Sunt îngrijorat și eu. Vom găsi noi o cale. Ce vrei să fac pentru început?

Primul răspuns evidențiază sentimentele de disperare și lipsă de speranță ale clientului și poate fi un răspuns satisfăcător într-un context mai larg, dar poate fi și un răspuns ce întărește comentariile negative ale clientului despre sine și problemele sale.

Al doilea răspuns evidențiază sentimentele, dar subliniază și aspectele negative ale situației, determinând clientul să caute resurse pozitive.

Al treilea răspuns (compătimirea) poate fi util, dar nu utilizat în exces. Acest răspuns nu evidențiază suferința clientului, iar consilierul își asumă întreaga responsabilitate pentru rezolvarea

Focalizați-vă pe aspectele pozitive ale clientului și ale situației sale!

rapidă a dificultăților.

Aspecte cheie ale unui proces de sprijin eficient: respectul față de sine și față de client

Unii dintre consilierii începători sunt îngrijorați de ce anume ar trebui să facă pentru a relaționa cât mai bine cu clientul. Sunt atât de preocupați să facă ceea ce trebuie, că devin confuzi și mai puțin eficienți.

Ca și consilier, poți fi mai eficient dacă ești sincer cu tine însuși.

Ca și consilier, poți fi mai eficient dacă respecti clientul.

Primul pas spre un procedeu de sprijin eficient este respectul și încrederea în propria persoană.

Deprinderile fundamentale de asistare, empatia și încrederea

Empatia cere să trăim lumea celorlalte persoane în mod acurat, să vedem această lume așa cum o vede celălalt, să auzim ceea ce celălalt aude, să simțim ceea ce simte celălalt.

Există multiple modalități de formare a încrederii și acestea depind de dvs. și de client. În timpul acestui proces de construire a încrederii reciproce, trebuie conștientizată importanța comportamentului de asistare și a deprinderilor de ascultare, deprinderi esențiale pentru o bună relaționare.

Deprinderile fundamentale de asistare sunt fundamentale în procesul acordării sprijinului.

Deprinderile fundamentale de influențare se focalizează pe capacitatea de a produce schimbarea.

Deprinderea nr. 1 : Comportamentul de asistare

Dimensiunile cheie ale comportamentului de asistare

1. Contactul vizual

- Dacă vorbiți cu cineva, uitați-vă la ea/el;
- Observați pauzele contactului vizual;

2. Limbajul corporal atențional

- 85% din comunicare este nonverbală;
- postura de bază care exprimă ascultarea atentă este postura relaxată, ușor aplecată în față;
- descoperiți propriul stil de ascultare;

3. Vocea

- Schimbările volumului și tonului vorbirii indică interes / dezinteres
- Ezitățile în vorbire / bâlbâielile se manifestă ca puncte de tensiune
- Vocea trădează emoțiile și sentimentele

4. Urmărirea mesajului verbal

- „Ce să spun?” → reveniți la ceea ce a comunicat înainte clientul
- rareori este necesară introducerea unui nou subiect
-

Focalizarea atenției

Exemplu

„Am rezultate slabe la școală în această lună. Sunt supărat. Lucrurile merg rău acasă – mami și tati vorbesc despre divorț.”

Răspunsuri.....

Comparați răspunsurile cu variantele de mai jos:

- „La ce materie ai cele mai multe probleme?” → **focalizare pe sentimentele activitatea școlară**
- „Ești tensionat acum.” → **focalizare pe sentimentele clientului**
- „Ești îngrijorat de ceea ce ar putea însemna pentru tine neînțelegerea dintre părinții tăi?” → **focalizare pe sentimentele clientului**
- „Ce se întâmplă de fapt acasă?” } **focalizare asupra contextului familial**
- „Cu ce se ocupă tatăl tău?” }

FIȘĂ DE EVALUARE ȘI ÎNREGISTRARE A COMPORTAMENTULUI DE ASISTARE

1. Înregistrările comportamentului de asistare

	Înregistrarea modelului ineficient	Înregistrarea modelului eficient	Alte înregistrări
Nr. pauzelor nepotrivite ale contactului vizual			
Nr. mișcărilor lipsite de naturalețe			
Nr. manifestărilor negative ale tonului vocii			
Nr. schimbărilor de subiect			
Totalul manifestărilor de non-asistare			

2. Pattern-urile comportamentului de participare

- au existat unele subiecte față de care consilierul a manifestat comportament de asistare în proporție mai mare?
- au existat cazuri în care consilierul a evitat subiectul?

.....
.....
3. Observațiile comportamentului clientului

- ce ai observat în termeni de reacții verbale și nonverbale ale clientului?
 - estimezi timpul în care a vorbit consilierul și cel în care a vorbit consiliatul
 - a avut clientul timp de respiro?
-
.....

4. Descrieți un aspect care s-a realizat cel mai bine în interviu

.....
.....

5. Scrieți un lucru specific pe care consilierul ar fi trebuit să-l adauge pentru a face interviul mai eficient

.....
.....
.....

Deprinderea nr. 2: INVITAȚIA DESCHISĂ DE A VORBI

Sarcina inițială a consilierului este să afle **cum vede** clientul problema și **cum o definește**.

Întrebările deschise sau invitația deschisă de a vorbi sunt utile în situații diverse:

- Ele ajută să începi interviul
- „Îmi poți spune despre ce ți-ar place să vorbim azi?”
- „Cum au decurs lucrurile de la ultima noastră întâlnire?”

Ele ajută la elaborarea unui punct în cadrul interviului

- „Mi-ai putea spune mai multe despre asta?”
- „Cum te-ai simțit când s-a întâmplat asta?”

Ele ajută la exemplificarea unui comportament specific, astfel încât consilierul să poată înțelege mai bine ceea ce descrie clientul.

- „Poți să-mi dai un exemplu concret?”
- „Ce faci când devii depresiv?”
- „Ce vrei să spui când afirmi că este greu să te înțelegi cu tatăl tău?”

Ele ajută focalizarea atenției clientului asupra sentimentelor.

- „Cum te simți spunând toate acestea?”
- „Cum te-ai simțit după aceea?”

Întrebările ajută la identificarea pattern-urilor de gândire ale clientului, care nu sunt evidente.

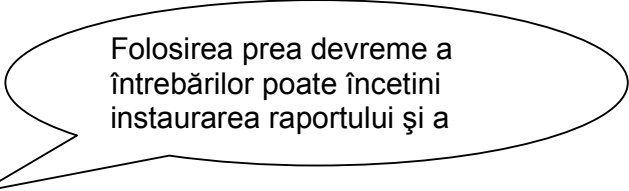
- „La ce te gândești când spui că tu ești șeful?”
- „Ce gânduri erau în mintea ta în timp ce făceai asta?”
- „Ce-ți spui când șeful vorbește cu tine și tu taci?”

Clienți care verbalizează mai puțin

În general, întrebările deschise sunt preferate în cadrul interviului comparativ cu întrebările închise.

Sugestii pentru a ajuta clientul să vorbească liber

Construiți o relație de încredere



Folosirea prea devreme a întrebărilor poate încetini instaurarea raportului și a

Problema centrală în consilierea clienților ezitanți este încrederea.

Acceptați unele randomizări

Clienții care verbalizează mai puțin probabil nu vor oferi o poveste lineară și clară despre problemă. Folosiți echilibrat întrebările închise și deschise pentru a contura povestea.

Folosiți un limbaj simplu, cât mai concret posibil.

Căutați răspunsuri concrete

→ „scara abstractului”

Căutați răspunsuri concrete, scurte

→ _ Focalizați-vă pe evenimente concrete și evitați evaluarea și opinia (nu judecați clientul!)

- „Ce s-a întâmplat prima dată?” } ajută în construirea unei
- „Care au fost rezultatele?” } secvențe lineare

- „Ce a spus cealaltă persoană?” } focalizare pe acțiunile
- „Ce a făcut ea?” } observabile, concrete

- „Ce ai simțit chiar înainte de a se întâmpla?” } focalizare pe
- „Ce crezi că a simțit cealaltă persoană?” } emoții

Recunoașterea întrebărilor deschise și închise

Clasificați răspunsurile din fragmentul următor:

1. *Consilierul:* „Maria, spui că ești singurul părinte, că de multe ori ți-a fost greu și că ți-ar place să analizăm unele probleme legate de anumite dificultăți pe care le întâmpini cu copiii.”
2. *Clientul:* „ Da, este adevărat. De șase ani sunt singurul părinte.”
3. *Consilierul:* „Îmi poți spune puțin mai mult despre această experiență? Poate despre unele frustrări pe care le-ai simțit fiind singurul părinte.”
4. *Clientul:* „Oh, da, au fost multe. Am o carieră, am două fiice, o casă și toate lucrurile care îmi sunt necesare. Este într-adevăr destul de greu de echilibrat, să încerci să faci totul, să încerc să fiu totul pentru fiicele mele, să le ajut la teme, să le disciplinez și să fac tot ceea ce se presupune să fac în rest. Este greu să reușești în toate.”
5. *Consilierul:* „Maria, pot să văd că ai o sarcină mare. Mi-ai putea da un exemplu specific privind una din aceste probleme?”

6. *Clientul*: „Bine, cred că lucrul care mă supără cel mai mult este că vin acasă la sfârșitul zilei și observ că fetelor mele le este greu să stea singure acasă. Se lovesc una pe cealaltă, se ceartă pentru orice – haine, prieteni, telefon, orice. Iar eu par să nu fiu capabilă să le ajut cu nimic și asta este frustrant pentru mine.

7. *Consilierul*: „Mi-ai putea spune o situație specifică unde să te fi confruntat cu aceste dificultăți?”

Comentariu: Consilierul a folosit de trei ori la rând întrebarea „ai putea...?”. Clienta este astfel rugată să fie mai specifică.

8. *Clientul*: „Cel mai recent, am fost invitate la o masă organizată de niște prieteni. Fetele au stat la masă una lângă cealaltă și în loc să aibă bune maniere, așa cum două fete ar trebui să aibă, au început să se lovească, să se înghiontească și să se tachineze, iar eu am fost complet stânjenită.

9. *Consilierul*: „Comportamentul lor te-a luat prin surprindere. Ce vârstă au fetele?”

10. *Clientul*: „Unsprezece și treisprezece ani. Ai fi crezut că la vârsta asta mai sunt capabile să se îmbrâncească în public?”

11. *Consilierul*: „Se bat tot timpul, Maria?”

12. *Clientul*: „Destul de frecvent, da.”

13. *Consilierul*: „Tu le bați?”

Comentariu: Copiii care manifestă violență provin deseori dintr-o familie violentă. O întrebare mai utilă ar fi fost: „Cum reacționezi când se bat? Ce crezi despre bătaie ca modalitate de disciplină?”.

14. *Clientul*: „Nu, nu le bat și de asta nu înțeleg de ce se lovesc una pe alta.”

15. *Consilierul*: „Crezi că au învățat asta de la prieteni?”

16. *Clientul*: „Nu cred, sunt confuză?”

17. *Consilierul*: „Hai să ne întoarcem puțin, Maria. Mai devreme spuneai că ești stânjenită de comportamentul lor. Mi-ai putea spune mai multe despre asta?”

18. *Clientul*: „Da, am fost stânjenită. Știu că modul în care copiii se comportă deseori reflectă ceea ce se întâmplă în familie. Mă îngrijorează interpretarea pe care alții ar putea să o facă. Nu-mi bat copiii, dar sunt îngrijorată că alții s-ar putea gândi la așa ceva.”

19. *Consilierul*: „De ce crezi că fetele se lovesc una pe cealaltă?”

20. *Clientul*: „Cred că încă mai reacționează la divorț. Fac tot ce pot și cred că e mai bine, dar nu reușesc pe deplin. Soțul meu obișnuia să ne lovească pe toate.”

Întrebările închise aduc la suprafață aspecte specifice, iar întrebările deschise ajută clientul să exploreze problema mai mult din punctul său de vedere.

Răspunsuri: Întrebarea nr. 3 – deschisă, 5 – deschisă, 7 – deschisă, 9 – închisă, 11 – închisă, 13 – închisă, 15 – închisă, 17 – deschisă, 19 – deschisă.

Deprinderea nr. 3: ÎNCURAJAREA MINIMALĂ

Încurajările minimale reprezintă indicatori prin care îi comunicăm celeilalte persoane că suntem cu ea.

Încurajările minimale nonverbale trebuie luate în considerare prima dată. De ex., clientul va vorbi mult mai ușor dacă vom menține un contact vizual potrivit, corpul nostru fiind înclinat ușor înainte, folosind o gestică deschisă. Încuviințările (mișcări ale capului), folosite inconștient de consilieri, par să faciliteze comunicarea.

Încurajările minimale verbale sunt evocări scurte cu ajutorul cărora clienții sunt ajutați să meargă mai departe sau să-și analizeze mai profund problema. Exemple:

1. „deci?”, „apoi?”, „și?”
2. „îh!”
3. „spune-mi mai mult”
4. repetarea a unu-două cuvinte cheie
5. reformulări simple ale ultimei propoziții enunțate de client, exact cu cuvintele sale

Tăcerea – ca încurajare minimală

Consilierii profesioniști vorbesc despre „timpul de latență al răspunsului”, care înseamnă câteva secunde în care consilierul așteaptă un răspuns din partea clientului.

Importanța reformulării cuvintelor cheie

Când un singur cuvânt sau câteva fraze scurte sunt repetate și transmise clientului, acesta va răspunde de cele mai multe ori prin elaborarea detaliată a aceluși concept. Una dintre cele mai bune modalități de a obține informații și opinii de la clienți este de a repeta unul, două cuvinte cheie sau o frază scurtă spusă de aceștia, folosind exact cuvintele lor. Cercetările arată că acest tip de încurajare minimală este frecvent utilizată atât de profesioniștii eficienți, cât și de non-profesioniști.

Deprinderea nr. 4: PARAFRAZAREA

Parafrazarea este strâns legată de încurajarea minimală, utilizând și ea cuvintele cheie, dar este focalizată pe ceea ce clientul a spus mai înainte și acoperă o perioadă mai largă de timp.

Parafrazarea este un tip special de a acorda atenție, care ne cere să demonstrăm că suntem capabili de a-i recomunica persoanei ceea ce ea ne-a relatat anterior.

Redăm mai jos mesajul unui client:

„Duc o viață groaznică cu Joan. A fost promovată doar de curând, dar se crede mare șefă. Insistă mereu să-mi spună ce să fac. De fapt, ieri mi-a spus că nu mi-am făcut treaba bine și că dacă nu mi revin, mă va concedia.”

Încurajare minimală: *„Să te concedieze?”*

Parafrazare: *„Bob, spui că noua ta șefă îți face viața groaznică și ești îngrijorat că te poate concedia.”*

Se observă că încurajarea minimală tinde să conducă relatarea lui Bob înspre elaborarea detaliată a unui eveniment. În contrast, parafrazarea îi oferă lui Bob un feedback despre ceea ce el a afirmat înainte și îi indică faptul că a fost într-adevăr ascultat.

Cea mai eficientă parafrazare constă în:

1. Numele sau prenumele clientului
 2. Cuvintele cele mai importante ale clientului
 3. O propoziție simplă, scurtă și clară ce cuprinde esența celor comunicate de client
- ✦ Ocazional verificați corectitudinea parafrazării.

Parafrazare versus interpretare

Cele 3 dimensiuni (încurajarea minimală, parafrazarea și interpretarea) reprezintă puncte ale unui continuum. Primele se focalizează asupra modului în care clientul percepe situația, iar interpretarea vizează punctul de vedere al consilierului.

Clientul: *„Mă simt pierdut. Tatăl meu bea foarte mult și uneori o bate pe mama. Este greu acasă. Îmi este greu să învăț acasă sau să fac orice altceva.”*

Consilierul: *„Te simți pierdut.”* (încurajare minimală)

„Te simți pierdut deoarece este foarte greu acasă și nu poți face nimic.” (parafrazare)

„Se pare că tatăl tău este alcoolic. Acest lucru este greu de acceptat de orice tânăr.” (interpretare)

Deprinderea nr. 5: REFLECTAREA SENTIMENTELOR

Prin reflectarea sentimentelor puteți facilita procesul de autoacceptare și înțelegere al clientului. Îi veți comunica astfel că puteți înțelege în mod acurat lumea pe care el o simte și o trăiește.

Cel mai important aspect legat de această abilitate este să fim atenți și să răspundem sentimentelor exprimate, mai degrabă decât conținutului comunicat. Ceea ce spune clientul constituie partea de conținut a mesajului. Trebuie să ascultați și modul în care clientul transmite mesajul; este vorba de partea sentimentală a comunicării, căreia trebuie să-i acordați o atenție specială.

În reflectarea sentimentelor sunt esențiali următorii pași:

- **Denumirea sentimentelor.** Acest lucru se poate realiza prin cuvintele utilizate de client, prin metafore sau în urma observării comunicării nonverbale.

- **Folosiți o structură frazală** ca: „Se pare că simți...”, **la care se adaugă eticheta emoției.**

- **Contextul poate fi parafrazat pentru o clarificare adițională:** „Te simți...deoarece...”.

- Dacă nu sunteți siguri în legătură cu emoția observată, **verificați:** „Acesta este felul în care te simți?”

De cele mai multe ori reflectarea sentimentelor este mult mai utilă dacă în cadrul interviului sunt etichetate sentimentele și se lucrează asupra lor **aici și acum**. Încercați să reflectați sentimentele la timpul prezent: „Chiar acum te simți...”, mai degrabă decât la trecut „Te-ai simțit.....”.

Exerciții pentru reflectarea sentimentelor

Care dintre răspunsuri este întrebare, parafrazare, încurajare minimală sau reflectarea sentimentelor?

1. Clientul: *„Mă întreb dacă mă poți ajuta să găsesc o nouă persoană. Presupun că dacă aș găsi una, aș greși din nou.”*

Consilierul:

a. *„Vrei într-adevăr să găsești o altă persoană, dar nu ești sigur că o să meargă.”*

b. *„Te simți foarte descurajat acum, dar încă mai speră s-o scoți la capăt.”*

c. *„Ai greși din nou.”*

d. *„Ce persoană ai în vedere?”*

e. *„De ce simți asta?”*

Răspunsuri:

a – parafrazare

b – reflectarea sentimentelor

c – încurajare minimală

d – întrebare

e – întrebare

2. Clientul: *„Ce crezi că ar trebui să fac: să fug, să divorțez sau doar să accept acest lucru? Mă simt așa trist și pierdut”.*

Consilierul:

a. *„Se pare că nu există nici un drum de ieșire.”*

b. *„Te simți foarte trist acum.”*

c. *„Te-ai gândit serios să fugi?”*

d. *(Tăcere)*

e. *„Ești foarte îngrijorat și necăjit.”*

Răspunsuri:

a – parafrazare

b – reflectarea sentimentelor

c – întrebare

d – încurajare minimală

e – reflectarea sentimentelor

Deprinderea nr. 6: SUMARIZAREA

Scopul sumarizării este de a ajuta un alt individ să-și integreze comportamentele, gândurile și sentimentele. Un scop secundar este să verificați dacă, în calitate de consilier, nu ați comis distorsiuni.

Când o sumarizare este corectă și fără distorsiuni, ajută interviul să treacă de la explorare la acțiune și rezolvare de probleme.

Exemplu de sumarizare

Unui client care se confruntă cu o angajare dificilă și căruia i s-a spus că este posibil să fie concediat.

„Din ceea ce mi-ai spus, am înțeles trei lucruri: ești foarte supărat de ceea ce ți s-a întâmplat; cu toate acestea, simți că ai nevoie și dorești să vezi cum ai putea să-ți îmbunătățești performanța la locul de muncă. Ai dori să ne întâlnim din nou săptămâna viitoare și să vorbim despre acest lucru. Am înțeles bine?”

Când sumarizați, gândiți-vă la următoarele comportamente sau idei specifice:

1. Folosiți întrebările, încurajările, parafrazarea și reflectarea sentimentelor pentru a indica clientului faptul că-i acordați atenție.

2. Observați comportamentele, gândurile și sentimentele clientului de-a lungul ședinței. Căutați pattern-urile care se repetă. Căutați inconsistențele din sentimente sau fapte. Cei mai mulți oameni au sentimente mixte legate de persoane sau situații importante și reflectarea acestora poate avea o valoare deosebită.

3. Când clientul ia o decizie, acordați o atenție specială înșiruirilor centrale de informații, realizate de-a lungul sesiunii.

4. În diferite puncte ale interviului, programați-vă potrivit comentariile și sumarizați pentru client ceea ce ați auzit până atunci.

5. Includeți frecvent modificări, pentru a vă asigura că ați auzit corect.

Deprinderea de sumarizare poate fi folosită pentru:

1. Începerea unei ședințe de consiliere.

„Spuneai că vrei să mă vezi în legătură cu...”

„În ultima noastră sesiune am vorbit despre...”

2. Clarificarea a ceea ce se întâmplă, în special când interviul este complex.

„Ne-am putea opri pentru un moment și să vedem unde ne aflăm în acest punct?”

3. Pentru a trece ușor de la un subiect la altul în timpul interviului.

„Cândva spuneai că.....acum ce ai în minte?”

4. Pentru a pune împreună tot ceea ce s-a întâmplat de-a lungul unei perioade.

„Azi am vorbit despre...”

5. Adunați șiruri de date de-a lungul mai multor interviuri.

„Săptămâna trecută spuneai..... și azi spui....”

Deprinderea nr. 7: SECVENȚA FUNDAMENTALĂ DE ASCULTARE (SFA)

Efectul miriapodului

„Într-o zi însorită, un miriapod se plimba foarte fericit folosindu-și toate cele o mie de picioare ale sale. O muscă zbură pe deasupra și începu să comenteze: „Fără îndoială, ești un miriapod iscusit. Cum îți poți coordona toate aceste picioare?”

Miriapodul răspunse: „Muscă, niciodată nu mă gândesc la asta înainte să mă mișc, o fac pur și simplu” și musca zbură mai departe.

Miriapodul începu să se gândească. „Musca mi-a pus o întrebare bună. Îmi mișc picioarele alternându-le? Sau îmi mișc prima dată picioarele stângi și apoi pe cele drepte? Chiar, ce fac?”

Tot gândindu-se, miriapodul se împiedică și căzu în șanț. În această scurtă perioadă de gândire, mișcarea naturală a miriapodului a fost perturbată.

Morala: *Dacă te gândești prea mult la ce faci, poți greși.*

Definirea stadiului	Scopurile stadiului	Deprinderile și aspectele stadiului
1. Raport și structurare <i>„Permite-mi să-ți comunic ce vom face în această ședință.”</i>	Dezvoltarea relației de lucru cu clientul. Împărtășiți clientului modul în care va fi structurată sesiunea și scopul ei general.	Generarea unei atmosfere de încredere.
2. Obținerea de informații, definirea problemei, identificarea părților pozitive <i>„Cu ce te pot ajuta?”</i> <i>„Care sunt competențele tale?”</i>	Obținerea unui sumar clar asupra problemei clientului. Veți urmări faptele, sentimentele și modul clientului de a organiza problema. Focalizați-vă pe competențele și forțele clientului.	SFA va fi utilă în descoperirea datelor relevante.

3. Determinarea rezultatelor dorite „Ce dorești să se întâmple?”	Identificați scopul clientului.	SFA va fi utilă în conturarea scopurilor clientului și a sentimentelor acestuia.
4. Explorarea alternativelor și generarea soluțiilor „Care sunt posibilitățile de a obține ceea ce doriți?” „Ce intenționezi să faci?”	Având clarificate scopul și problema, puteți realiza un brainstorming al soluțiilor, făcând listele cu posibilitățile de rezolvare și stabilind priorități ale acțiunilor posibile. Această fază este de obicei cea mai lungă.	Veți descoperi că subiecții vor genera propriile idei dacă veți folosi în mod eficient tehnica întrebărilor și încurajarea.
5. Generalizarea și transferul învățării „Vrei într-adevăr să faci ceva în legătură cu asta?”	Este importantă stabilirea unui contract cu clientul pentru a fi sigur că acesta va acționa pe baza a ceea ce a învățat în cadrul ședințelor de consiliere.	SFA va fi utilă în determinarea acțiunilor viitoare. Veți stabili apoi ședințe de control periodic pentru a urmări evoluția clientului.

3.2. Deprinderile fundamentale de influențare

Deprinderea	Definiția	Funcția în interviu
SFA și căutarea aspectelor pozitive	O amplă trecere în revistă a deprinderilor fundamentale de asistare.	Demonstrați clientului faptul că-l ascultați. Ajuțați clientul să-și organizeze faptele și sentimentele relatate. Căutarea părților pozitive este esențială pentru găsirea soluțiilor la problemele și preocupările clientului.
Focalizarea	Atenția selectivă la complexitatea problemei clientului.	Vă face capabil pe dvs. și pe client să priviți problema din mai multe perspective.
Confruntarea	Observați incongruențele din prezentarea și relatarea clientului.	Facilitează autoexplorarea clientului și rezolvarea de probleme. Când se realizează o confruntare eficientă, cei mai mulți clienți își rezolvă problemele.
Directivarea	Cerem clientului să realizeze o acțiune concretă.	Ajută clientul să se gândească într-un mod nou la situație, să genereze noi modalități de a acționa.
Destăinuirea și feedback-ul	Împărtășirea propriei dvs. experiențe; clientul poate afla modul în care îl percep ceilalți.	Aceste două deprinderi oferă clientului posibilitatea de a vedea cum povestea și problemele sunt văzute de ceilalți. Aceste deprinderi sunt deseori utile în autoexaminarea și evaluarea clientului.
Reformularea / interpretarea	Oferă un cadru de referință alternativ pentru a vedea problema sau situația.	Stimulează rezolvarea creativă de probleme. Un mod nou de a vedea situația poate schimba gândurile, sentimentele și comportamentul. Povestea capătă o nouă semnificație.
Integrarea deprinderilor I. Structura interviului în 5 pași	Oferă indicații specifice integrării deprinderilor în structurarea unui interviu în 5 pași.	Cei 5 pași ai interviului: 1. raport/structurare 2. obținerea de informații și căutarea aspectelor pozitive 3. definirea scopurilor 4. explorarea alternativelor 5. generalizarea
Integrarea deprinderilor II. Antrenamentul asertiv	Modelul microdeprinderilor în 5 pași adaptat pentru antrenamentul asertiv.	Oferă clientului o modalitate concretă de a-și examina și modifica comportamentul.
Formarea deprinderilor	Folosirea strategiilor ca metodă de predare.	Un rol major al consilierului este acela de a conduce seminarii despre deprinderile necesare procesului de acordare de sprijin.

Ierarhia microdeprinderilor (Ivey, A.E.)

COMPORTAMENTUL DE ASISTARE – contact vizual corespunzător din punct de vedere cultural, urmărirea comunicării, limbajul nonverbal și calitățile vocii

DEPRINDERILE DE OBSERVARE A CLIENTULUI

ÎNTREBĂRI DESCHISE ȘI ÎNCHISE

ÎNCURAJAREA, PARAFRAZAREA ȘI SUMARIZAREA

REFLECTAREA SENTIMENTELOR

REFLECTAREA SEMNIFICAȚIEI

FOCALIZAREA - client, problemă, alții, familie, consilier, context cultural

CONFRUNTAREA - discrepanțe, incongruențe

DEPRINDERI DE INFLUENȚARE – direcționarea, reformularea / interpretarea, destăinuirea, sfătuirea / informarea / explicarea / instrucția, feedback

SECVENȚAREA DEPRINDERILOR ȘI STRUCTURAREA INTERVIULUI

INTEGRAREA DEPRINDERILOR

Strategia nr. 1: SECVENȚA FUNDAMENTALĂ DE ASCULTARE (SFA)

Sarcina majoră a ascultării este aceea de a ajuta clientul să-și separe faptele și sentimentele și să organizeze aceste fapte și sentimente într-un pattern semnificativ.

- **Întrebări deschise pentru a obține imaginea de ansamblu asupra situației**

„Mi-ai putea spune cum vezi tu problema?”

„Ce se întâmplă?”

„Ce simți în legătură cu această situație?”

„Îmi poți da un exemplu specific despre una din disputele pe care le-ai avut?”

- **Întrebările închise**

„Câți ani ai?”

„Cât de des vă certați?”

- **Încurajările minimale**

„Bea întotdeauna înainte de prânz?”

„Nervos?”

- **Parafrazarea**

„Îmi spui că bea constant, dar de cele mai multe ori se întâmplă după ce v-ați certat.”

„Faci parte dintr-o familie în care se consuma alcool și ai decis ca tu să nu bei niciodată.”

- **Reflectarea sentimentelor**

„Te simți nervoasă și întristată cea mai mare perioadă a timpului, dar încă mai ai sentimente de grijă profundă.”

„În acest moment te simți descurajată, dar am văzut că ai curajul și tăria de a înfrunta situația direct.”

- **Sumarizarea**

„Am auzit că provii dintr-o familie de alcoolici și că ai profunde sentimente de furie și frică legate de alcool. Copiii tăi sunt supărați și au probleme la școală. Soțul tău bea devreme dimineața, dar se pare că bea mai mult după ce vă certați. Am auzit corect?”

Strategia nr. 2: IDENTIFICAREA ASPECTELOR POZITIVE ȘI A FORȚELOR CLIENTULUI

Identificarea aspectelor pozitive ale expunerilor clienților reprezintă un mod mai concret de a-i aborda cu respect și într-o manieră pozitivă. Pe măsură ce ascultați clientul, căutați treptat propriile lui forțe și ceea ce are el bun. Apoi exprimați liber observațiile dvs. Dacă vă veți axa numai pe părțile triste și negative, progresul și schimbarea se vor realiza lent și dureros.

Ca regulă generală, sugerăm să utilizați secvența fundamentală de ascultare pentru a contura rapid povestea clientului. Apoi, oferiți feedback și sumarizați relatarea, pentru a vă asigura că ați înțeles-o corect. Este recomandabil să obțineți cel puțin un exemplu specific, concret, pentru a realiza o mai bună înțelegere a situației cu care se confruntă clientul.

Căutați aspectele pozitive, forțele și competențele clientului. Dacă veți realiza împreună o listă a acestor calități, veți descoperi că acest lucru vă va ajuta să treceți mai departe la rezolvarea problemei.

Clientul va tinde să vorbească despre ceea ce el nu poate face, iar acest lucru îl dezechilibrează.

Exemple:

„Mi-ai putea vorbi despre o situație în care ai avut succes?”

„Cu ce lucruri din trecut te mândrești?”

„Ce poți face bine sau ce consideră ceilalți că faci bine?”

Strategia nr. 3: FOCALIZAREA

1. Focalizarea pe client

Amintiți-vă că cele mai importante cuvinte – cuvintele cheie sunt numele clientului și pronumele „al tău, a ta, a dvs.” Deseori ajută să personalizați interviul dacă folosiți numele clientului.

Când vă focalizați pe client, veți auzi povestea din perspectiva sa.

2. Focalizarea pe consilier

Este numită deseori destăinuire, autodezvăluire și constă în a împărtăși clientului ceva din propria dvs. viață.

Teoriile consilierii sugerează că o modestă destăinuire și focalizare pe consilier poate fi benefică, dar fiți pregătiți să vă întoarceți din nou la problema clientului.

Exemplu:

„Povestea ta seamănă cu ceea ce mi s-a întâmplat și mie?”

3. Focalizarea pe alte persoane

O problemă comună tuturor consilierilor începători este de a se focaliza pe alte persoane, care actualmente nu sunt prezente în interviu.

4. Focalizarea pe problemă

Acest tip de focalizare este central; clienții vin să ne povestească propriile lor probleme.

5. Focalizarea pe familie

Familia poate fi definită în multiple feluri: familia tradițională, extinsă, etc. Este important să încurajăm clientul să-și prezinte propriile idei despre familie.

6. Focalizarea pe context

Situația contextuală deschide o largă arie de posibilități. Consilierea caută deseori soluția în individ, deși răspunsul la problemă poate veni din mediu.

Strategia nr. 4: CONFRUNTAREA

Confruntarea este definită de obicei ca provocare și deseori este discutată ca și conflict. Din perspectiva consilierii, confruntarea reprezintă punctarea discrepanțelor dintre atitudini, gânduri și comportamente. În confruntare, indivizii sunt puși direct în fața faptului că spun cu totul altceva decât gândesc, sau fac cu totul altceva decât spun.

Definiția confruntării subliniază faptul că oamenii nu sunt întotdeauna congruenți și consistenți.

Confruntarea clientului („tu”) poate include:

„Spui în mod constant că te vei trezi devreme dimineața să mergi la serviciu, dar niciodată nu o faci.”

„Continui să spui că îți iubești soția, dar vă certați în mod constant.”

„Spui că te simți confortabil să vorbești despre sex, dar niciodată nu te uiți în ochii mei când discutăm despre acest lucru.”

Confruntările focalizate pe „noi” pot include:

„Spun și eu că doresc să mă las de fumat, dar continui să fumez.”

„Cred că intenționez să studiez, dar niciodată nu o fac.”

Confruntarea dual focalizată („tu” și „eu”) poate include:

„Pari să spui că relația noastră a fost bună, dar ceea ce simt în acest moment este că nu comunicăm.”

„Pe de o parte spui că te înțeleg, dar pe cealaltă parte mă simt încurcat și nu sunt așa de sigur că o fac.”

Definiția confruntării – prezentată mai sus – implică următorii factori:

- O confruntare subliniază discrepanțele dintre sau din cadrul atitudinilor, gândurilor, comportamentelor: *„Pe de o parte..., dar pe cealaltă...”*
- O confruntare conține date obiective. Cu cât este mai factuală și mai observabilă, cu atât este mai utilă. Confruntarea este mai eficientă atunci când nu este evaluativă sau moralizatoare.
- Confruntările pot fi focalizate pe sine, pe client sau pe celelalte dimensiuni.
- Orice afirmație poate fi evaluată ca și conținând sau neconținând o confruntare.
- Confruntarea nu este afirmarea unei opinii sau emoții care să dezaprobe sau să contrazică pe cineva.

Natura obiectivă a confruntării – folosită la timpul potrivit – este cea care determină clientul să se analizeze sau indivizii cu opinii diferite să examineze diferențele dintre punctele lor de vedere.

Strategia nr. 5: DIRECTIVAREA (IMPUNEREA PROPRIILOR IDEI)

Dimensiunile unei direcționări eficiente sunt:

1. comportamentul nonverbal și verbal care să susțină direcționarea;

„Așează-te confortabil în scaun, închide ochii, relaxează-te.”

„Mâna ta dreaptă vorbește cu mâna stângă.”

2. directive concrete, clare;

Comparați următoarele exemple:

„Încearcă din nou.” Versus „Prima dată te-ai uitat la mâini. Spune din nou și uită-te la mine de data aceasta.”

„Spune-mi mai mult.” versus „Tocmai mi-ai spus că ai avut un vis groaznic, apoi ai început să discuți despre vise în general. Spune-mi câteva lucruri care s-au întâmplat în vis și care te-au speriat.”

3. verificați dacă clientul a înțeles indicația.

Exemple:

„Mi-ai putea repeta ceea ce tocmai am spus?”

„Sunt clare instrucțiunile? E nevoie să le repet?”

„Cum vi se par sugestiile?”

1. Folosiți deprinderile de exprimare eficientă pentru a vă face credibil
2. Fiți concret și specific. Este suficient să trasați o directivă o dată.
3. Verificați dacă instrucțiunile dvs. au fost auzite.

Strategia nr. 6: FEEDBACK-UL

Scopurile unui feedback eficient sunt:

- A ne vedea așa cum ceilalți ne văd
- A ne auzi așa cum ceilalți ne aud
- A ne atinge așa cum ceilalți ne ating...

Feedback-ul este definit prin oferirea de date corecte privind modul în care consilierul sau alte persoane văd clientul. Acest lucru facilitează autoexplorarea și autoexaminarea și poate modifica comportamentul.

Dacă este utilizat în exces, într-o modalitate distructivă, poate afecta negativ conceptul de sine și sentimentul de valoare al clientului.

Principii pentru oferirea unui feedback eficient:

1. Fiți concret și specific, nu vag și general.

„Te comporti urâcios.” (vag și general)

„Ești furios pentru că văd că ai sprâncenele încruntate și corpul tensionat.” (concret și specific)

2. Nu judecați clientul.

„Nu este bine să fii așa nervos.” (de obicei feedback-ul ce judecă include dimensiunea bun / rău)

„Fața ta tensionată îmi spune că ești furios. E adevărat?” (Judecata nu este prezentă; i se oferă clientului posibilitatea de expresie)

3. Focalizare pe competențe, nu pe slăbiciuni.

„Trebuie să te simți mizerabil arătând așa.” (slăbiciune)

„Tensiunea și impresia de furie pe care o lași să se vadă indică faptul că încerci din greu să faci acest lucru.” (Este importantă căutarea evaluărilor pozitive)

4. Subliniați faptele, nu impresiile, evitați etichetele. Impresiile pot fi folositoare, dar oferiți timp reacției clientului.

„Raportul tău este mizerabil.” (impresie)

„Raportul tău a întârziat două zile și conține și multe greșeli de editare.” (fapte)

„Raportul tău este greșit. Mi-ai putea spune ce s-a întâmplat și punctul tău de vedere despre raport?” (impresie cu timp de răspuns pentru client)

5. Verificați modul în care feedback-ul a fost recepționat.

„Pari tensionat și furios. Așa te simți?”

„Dai impresia că muncești foarte mult. Este corect?”

„Raportul a întârziat, conține unele erori și dă impresia unui lucru făcut în grabă. Ce ai de spus în legătură cu asta? Mi-ar place să aud punctul tău de vedere.”

Strategia nr. 7: DESTĂINUIREA

Implică:

- Sinceritate

Destănuirea trebuie să fie naturală, să vă simțiți confortabil realizând-o.

- Relevanță și relaționare

Dacă clientul vorbește despre dificultatea de a se înțelege cu partenerul, este bine să împărtășiți o problemă asemănătoare pe care ați avut-o.

- Prezent sau trecut

Dacă doriți un tempo mai rapid al interviului și doriți să dezvoltați o relație mai puternică între dvs și client, recomandăm o destănuire la timpul prezent; în alte situații, poate ajuta și modificarea timpului.

- Verificare

Este util să aflăm răspunsul clientului față de destănuirea noastră: „Seamănă situația mea cu situația dvs.?”

Strategia nr. 8: INTERPRETAREA / REFORMULAREA

Interpretarea este definită ca act de restructurare a „realității” (sentimente, atitudini, comportamente, situații) dintr-o nouă perspectivă.

A reformula problema înseamnă a schimba natura acesteia. A redenumi sau a restructura o poveste de viață poate fi suficient pentru a reuși să schimbăm o viață.

Ajutând clienții să vorbească despre viața lor altfel, într-o nouă modalitate, putem realiza o schimbare imensă. Acest lucru implică:

- Abilitatea de a defini și evalua interpretările.

- Abilitatea de a genera o varietate de interpretări ale unei experiențe de viață.

- Abilitatea de a ajuta clientul să interpreteze propria-i lume printr-o varietate de expresii.

• Abilitatea de a folosi interpretarea pentru a ajuta clientul să reformuleze experiența negativă într-o manieră mai pozitivă.

• Abilitatea de a-i ajuta pe ceilalți să-și spună poveștile de viață și să se gândească la ele într-un nou mod.

Interpretările variază în funcție de punctele de vedere, teoria și cadrul de referință împărtășite de persoană. Profunzimea interpretării depinde de constructele teoretice pe care persoana le deține.

PARADIGME ÎN CONSILIERE

CAPITOLUL IV

CARL ROGERS ȘI TERAPIA CENTRATĂ PE CLIENT

4.1. Câteva date biografice – context cultural și educațional

O teorie este cu atât mai bine înțeleasă, cu cât se cunosc mai multe despre autorul ei.

Carl Rogers s-a născut pe 8 ianuarie 1902, într-o familie numeroasă, (a fost al 4-lea copil din cei 6 născuți) în Oak Park Illinois, o suburbie a Chicago-ului – și a decedat pe 4 februarie 1987 (la vârsta de 86 de ani). În copilărie este atras de metodele experimentale ale agriculturii și creșterea animalelor, ceea ce-i va determina un respect crescut pentru maniera științifică de a aborda unele probleme și de a promova cunoașterea. A studiat fizica, biologia, chiar și istoria, s-a înscris la un institut de studii filosofice și religioase la New-York (Union Theological Seminary) – instituție care promova libertatea gândirii și respecta toate eforturile de speculație sinceră, chiar dacă acest efort ducea la deturnarea individului de la realitate – constatare ce-l șochează și care îl determină să părăsească institutul. Se specializează la “Teachers College”, unde sub îndrumarea Letei Hollingworth descoperă psihologia clinică. A fost inițiat în concepțiile sale de discipolul său W.H. Kilpatrick, în plin curent al influențelor lui John Dewey. Un an de zile este stagiar la “Institut for Children Guidance” – clinica psihopedagogică din New York, unde se familiarizează cu gândirea psihanalitică – deoarece personalul era de orientare profund freudiană, și unde se inițiază ca terapeut sub îndrumarea lui David Levy și Lawson Lowrey. Perioada este destul de agitată/ controversată atât din pricina pregătirii doctoratului, dar și din cauză că își dă seama de incompatibilitatea care exista între gândirea lui Freud (spiritul speculativ întâlnit la “Institute for Children Guidance” din New-York) și concepțiile riguroase experimentale și statistice – gândirea lui Thorndike – întâlnită la “Teachers College de Columbia University”.

A fost timp de 20 de ani director la o clinică psihopedagogică din Rochester – perioada în care se pune mare accent pe aspectul practic al muncii, adică pe rezultatele obținute de specialist în munca cu copii, adolescenții și adulții – problemă, și în care se introduce – de către unii membri ai clinicii vederile psihanaliste ale lui Otto Rank și ale grupului de psihiatri și asistenți sociali cunoscuți în SUA sub numele de “Școala de la Philadelphia ». Cele 3 zile de studiu organizat, realizate la clinică, au dus la cristalizarea anumitor concepții teoretice care existau la Rogers într-un studiu în care întrevedea o *“anumită ordine în procesul terapeutic”*.

La scurt timp i se oferă o catedră de psihologie clinică la Ohio State University, unde spre surprinderea lui constată că principiile terapeutice pe care le elaborase și care îl ghidaseră la Rochester erau departe de a fi evidente pentru clinicieni – pentru colegii și studenții săi. Își dă seama de faptul că concepțiile sale sunt prea independente și personale, și că gândirea sa de clinician avea o tentă ce contrazicea considerabil gândirea (principiile) din acea perioadă.

Petrece 10 ani la Universitatea din Chicago, timp în care pune bazele unor programe de cercetare largite (de învățare, de training, de administrare) prin participarea studenților de la pedagogie, sociologie, psihologie industrială, alături de cei de la psihologie clinică.

De remarcat este faptul că, începând cu anul 1928 (mai ales în timpul vacanțelor, câte 15-20 de ore pe săptămână), asistă numeroase persoane în încercările lor de asanare și de dezvoltare (creștere) psihică, persoane care mai mult decât oricare altă sursă, au stimulat eforturile sale teoretice și practice și care au condus la înțelegerea fenomenului terapeutic, structurii personalității și a fenomenelor conexe.

Una din atitudinile și concepțiile fundamentale de care Rogers a ținut seama, în evaluarea teoriilor sale – *credința fermă (neclintită) în întâietatea de ordin subiectiv* – citez :**“Omul trăiește esențialmente într-o lume subiectivă și personală. Activitățile sale, chiar și cele mai înalte obiective – eforturile sale științifice, cantitative, matematice etc. – reprezintă expresia scopurilor subiective și lucrurilor subiective (...) Este vorba de ceea ce se consideră în general drept “Cunoașterea științifică”. Nu există decât percepții individuale a ceea ce se manifestă la fiecare dintre noi, ca reprezentând acest domeniu de cunoaștere”** (Carl Rogers).

4.2. Relația terapeutică și tehnici de dialog

Condițiile de muncă sunt concepute în termeni de atitudini (tendința constantă în a percepe și a acționa într-un sens determinat). Atitudinea principală este aceea de considerare pozitivă necondiționată – autentică, reprezentând o expresie a personalității sale. Astfel se elimină tehnicile directive, se elimină tehnicile manipulative, se evită limbajul metaforic, nuanțat.

“Terapeutul trebuie să aibă o continuă dorință de a înțelege lumea, lumea privată a clientului”(C. Rogers).

Tehnicile propuse de Rogers sunt:

1. Clarificarea sentimentelor clientului – se face prin reflecție, meditație și afirmație, punându-se accentul pe sentimentele prezente.
2. Reformularea conținutului afirmațiilor clientului
3. Acceptarea necondiționată – comunicare empatică, autentică, acceptare pozitivă verbală și nonverbală (mimică și pantomimică de tip comprehensiv).

Alte tehnici utilizate (Mitrofan, I., 1993) 4. Ascultarea activă

5. Reflectarea

- repetiția ecou,
- repetiția pe alt ton,
- repetiția pe alt ton cu o nuanță de umor,
- amplificarea

6. Reformularea – prin inversiunea raportului figură-fond – pozitivarea imaginii de sine ;

- reformularea prin sinteză
- reformulare clarificatoare

7. Tehnici de deschidere – comunicarea aici și acum etc.

4.3. Personalitatea și atributele terapeutului

- Capacitatea empatică
- Autenticitatea sau acordul intern
- Concepția pozitivă și liberală despre om și relațiile umane
- Maturitatea emoțională
- Înțelegerea de sine

Această consiliere centrată pe client este o *abordare de tipul “dacă...atunci”*. Dacă sunt îndeplinite anumite condiții, atunci este determinat un proces de schimbare a comportamentului sau personalității clientului.

Condițiile în care se poate opera/iniția schimbarea:

Contactul psihologic – relația este privită ca o interacțiune bilaterală și nu ca o situație în care consilierul face ceva pentru client.

Anxietatea minimă necesară – clientul trebuie să resimtă anxietate, vulnerabilitate, neliniște; cu cât această stare este mai amplă, cu atât șansele de reușită ale consilierii cresc. *Starea de anxietate reprezintă motivația schimbării.*

Congruența în relație și autenticitatea consilierului – în sensul că, cel care consiliază trebuie să fie real și autentic în relație, iar trăirile lui în raport cu clientul trebuie (într-o anumită formă) comunicate acestuia.

Atitudine pozitivă necondiționată – în raport cu trăirile și experiențele clientului. Consilierul, fără să evalueze, respectă valorile și personalitatea clientului așa cum îi sunt prezentate, asigurând în

acest mod condițiile de schimbare și dezvoltare pentru acesta.

Înțelegerea empatică – din interiorul câmpului de referință al clientului, ținând cont că înțelegerea totală este imposibilă; consilierul rămâne el însuși, ca și cum ar fi în situația clientului.

Percepția clientului – acesta trebuie să perceapă atitudinea pozitivă, necondiționată a consilierului; acceptarea și înțelegerea (situației) sunt eficiente doar din momentul în care clientul le poate percepe.

Scopul sau scopurile consilierii sunt *stabilite de client*, care este motivat în dezvoltare și își cunoaște direcția de evoluție. Fixarea din exterior, de către consilier, a scopurilor, va interfera cu nevoile de dezvoltare reale ale clientului.

Scopul consilierului este de a *asigura cadrul necesar clientului* pentru a-și continua procesul de dezvoltare, de a elimina obstacolele survenite.

Consilierea reprezintă așadar procesul de eliberare a forțelor existente și necesare dezvoltării individuale.

Odată ce au fost întrunite condițiile necesare cadrului, clientul devine mai puțin defensiv și deschis experiențelor sale, el devine mai obiectiv în aprecierea experiențelor sale – distanța dintre eul său ideal și cel real se micșorează. Eul ideal devine realizabil și, în consecință, autopercepția se ameliorează.

4.4. Efectele terapiei asupra personalității și comportamentului

1. Clientul evoluează spre un stadiu de acord intern mai complet, este mai deschis vizavi de experiența sa și mai puțin defensiv.

2. Percepțiile sunt mai realiste, diferențiale și mai obiective.

3. Devine din ce în ce mai capabil de a-și rezolva problemele.

4. Ameliorarea și dezvoltarea în sens optim a funcționării psihice a clientului.

5. Vulnerabilitatea la pericol se diminuează, datorită creșterii acordului între sine și experiență.

6. Percepția mai realistă și mai realizabilă a sinelui ideal.

7. Acordul între sine și sinele ideal crește.

8. Scăderea generală a nivelului de tensiune (psihologică și fiziologică), precum și a angoasei.

9. Crește considerația pozitivă față de sine.

10. Subiectul se percepe tot mai mult ca fiind centrul evaluării, astfel el resimte o încredere crescută în el însuși, se simte capabil să-și modifice conduita de viață.

11. Percepe lumea exterioară mai realist și mai corect.

12. Toleranță și acceptare crescută față de experiențele sale relative la alte persoane.

13. Modificarea comportamentului datorită:

a) creșterii varietății și numărului experiențelor comparabile cu stima de sine, precum și creșterii numărului comportamentelor acceptabile de către sine ;

b) diminuarea comportamentelor care înainte nu erau compatibile cu imaginea de sine sau erau denigrate ;

c) subiectul se percepe ca fiind mai apt să-și controleze și să-și dirijeze propriul comportament;

14. Evaluarea comportamentului clientului de către ceilalți este mai favorabilă în sensul că este mai adaptat social, mai matur.

15. Subiectul apare (este, devine) mai creator, mai capabil de a se adapta noilor condiții, noilor probleme.

4.5. Cazuistică

Într-o manieră nondirectivă se întreabă clientul care este scopul venirii sale la terapeut și ce crede el despre problemele lui.

Terapeutul aplică tehnica de bază a acestei terapii: clarificarea sentimentelor în mod direct (această tehnică se folosește în primul interviu). Începând cu al treilea, tehnicile vor fi adaptate în funcție

de afirmațiile clientului – dinamica dialogului. În primul interviu, terapeutul/consilierul explică scopurile tratamentului și metodele de bază utilizate.

Cu a treia întâlnire, atitudinea consilierului devine mai activă și mai pozitivă, iar clientul începe să intre în relații cu oamenii din afară. Consilierul trebuie să demonstreze contactul empatic cu clientul.

Cazul D-rei M.J. Tilden – strategia de lucru

D-șoara T. – 20 de ani, necăsătorită, doarme tot timpul; când e trează se retrage în sine și meditează, urăște opiniile oamenilor despre ea, îi este frică de nebulie.

Primul interviu – abordare directă din partea terapeutului/consilierului și evidențierea sentimentelor semnificative:

“Totul e rău cu mine. Mă simt anormal. Simt studiile mele ca o evadare pentru mine. Am pierdut credința în orice, în special în mine....Sunt inferioară. Nu pot acționa natural pentru că nu mă plac pe minesunt anormală. Succesul mă ocolește. Nu-mi pot găsi locul în societate.....mi-am pierdut curajul.....Sunt rea și toți știu asta.”

Sumarul celui de- al doilea interviu

D-ra T. începe interviul explorând relația sa cu oamenii. Se teme, simte că nu poate relaționa. Terapeutul structurează interviul la fel ca și pe primul, iar în final, întâlnirea se sfârșește cu opțiunea clienței de a reveni săptămâna următoare.

Al treilea interviu – clienta povestește despre cartea pe care o citește.

Următoarea întâlnire nu are loc din cauză că clienta e nehotărâtă să vină la ședință, iar din afirmațiile mamei reiese că fata se simte mai bine după interviu, “dar că acum a căzut într-o depresie, stă numai în pat», fapt ce-l determină pe C. Rogers să-i trimită o scrisoare, sugerând căldură și interes, dar într-o manieră nondirectivă.

Se stabilesc și au loc următoarele 9 întâlniri.

Sentimente exprimate după al 11-lea interviu:

« Sunt gata să dau curs nou alegerii mele. Sunt schimbată. Am idei frumoase despre mine însămi. Nu mă mai simt vinovată de sentimentele mele. Nu mă mai gândesc atât de mult la mine....mă simt mai bine în mijlocul oamenilor.”

Așadar, d-ra T s-a angajat mai activ în viața socială (a plecat cu familia într-o excursie unde a manifestat interes pentru contacte sociale noi). În final s-a obținut satisfacție personală, urmată de angajare.

• **Exteriorizarea sentimentelor și trăirilor pe o bază reală în relațiile de familie** Aceasta se referă la comportamentul clienților în familie – aceștia ajungând treptat să-și exteriorizeze sentimentele față de membrii familiei și față de alții, ajung să-și exteriorizeze **adevăratele** lor sentimente, ajung la o mai mare expresivitate a trăirii și simțirii. Aici ne putem referi atât la sentimentele negative – gelozie, rușine, furie, plictiseală – cât și la sentimente pozitive ca dragostea, tandrețea, admirația. Este ca și cum clientul descoperă în timpul ședințelor că este posibil să renunțe la această mască și să devină el însuși. (Cazul Doamnei M.)

•Relațiile pot fi trăite pe baza sentimentelor reale

A descoperi că sentimentele negative pot fi exprimate și cu toate acestea relația poate supraviețui, dau încredere individului, iar faptul că nu este trădat de cel căruia i se destăinuie, dă de asemenea încredere în sine și în celălalt.

Individul învață să recunoască și să-și exprime propriile sentimente ca fiind ale lui, nu ca pe un fapt ce ține de o alta persoană. O persoană care își acceptă propriile sentimente, descoperă că o relație poate fi trăită pe baza unor sentimente reale. (Cazul D-nei S. și cazul D-lui K.)

•Ameliorarea comunicării în dublu sens

A înțelege sentimentele și gândurile altei persoane sau a fi înțeles de o altă persoană sunt experiențe umane extraordinare, dar și foarte rare. A găsi în relația terapeutică pe cineva care poate

Înțelege cele mai teribile gânduri, cele mai bizare sentimente, speranțe și vise ridicole este o experiență de neuitat, iar acel cineva, care descoperă cu terapeutul o astfel de relație, poate crea la rândul lui, astfel de relații cu cei din jur. În urma acestei descoperiri, clientul poate înțelege comportamentul membrilor familiei din care face parte, îi poate asculta, poate să simtă modul în care trăiesc.

- **Starea de bine este să fii autonom**

Persoanele care au trecut prin acest tip de proces terapeutic, permit fiecărui membru al familiei să fie o entitate separată. Noi nu ne dăm seama, suntem probabil inconștienți de **presiunea** pe care o exercităm asupra celor din jurul nostru, cerându-le să aibă aceleași sentimente ca și noi, dar cel care a urmat o astfel de terapie are o tendință opusă, fiind conștient de faptul că celălalt are sentimente, valori, scopuri, dorințe diferite.

Această tendință se regăsește la persoanele care au încredere în propriile acțiuni, sentimente, descoperă că impulsurile lor nu sunt distructive și nu au nevoie să stea în poziție defensivă- de apărare - putând înfrunța viața așa cum este ea.

Terapia rogersiană mai este denumită și terapia **centrată dominant pe maturizarea emoțională sau “terapie centrată pe creșterea afectivă”** așa cum se poate vedea din cele prezentate mai sus. Acțiunea este principiul de bază al dezvoltării, atât la nivel mental, cât și comportamental. Noi experimentăm – adică acționăm în plan intern – ori de câte ori gândim, concepem strategii, operăm, analizăm, comparăm, abstragem și generalizăm, elaborăm soluții și rezolvăm, imaginăm, ne reprezentăm, visăm și creem. Apoi punem sau transpunem “proiectul nostru mental” în realitate, verificăm, modificăm, restructurăm ceea ce am proiectat în funcție sau în contact direct cu obiectul, relațiile sau strategiile rezultate sau puse în aplicare. Proiectul nostru mental se referă și la propria noastră imagine, la Eul sau Sinele nostru autoperceput real sau ideal, la ceea ce știm sau nu știm că suntem, la ceea ce dorim sau respingem la noi înșine. Devenim persoane și ne actualizăm Sinele, după expresia lui Maslow, restructurând continuu realitatea externă și în același timp pe noi înșine, precum și raporturile dintre ființa noastră lăuntrică și realitatea externă.

Principiul de bază al acestei teorii fiind experiența “aici și acum” – aceasta permite subiectului conștientizarea propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propriului eu, persoana va fi capabilă să se pună în acord cu semnificațiile lumii sale interne și externe și să se perfecționeze prin autorestructurare.

CAPITOLUL V

ELEMENTE DE CONSILIERE GESTALTISTĂ

Gestalt este o „filozofie de viață” ce insistă pe „aici și acum”, matrice în care se reproduce corporal și emoțional trecutul și terenul experienței unde se construiește viitorul. Cuvântul „Gestalt” provine din limba germană, unde primul sens corespunde a ceea ce este aparent, perceput, conștient, iar ceea ce provine din adânc, din mediul înconjurător, din inconștient, ține de planul secund.

Gestalt terapia răspunde unor scopuri variate și se practică în contexte diferite: în psihoterapie individuală, pentru problemele de cuplu, în familie, în grup, în companii.

Ea se folosește deseori de tehnici precum jocul sau punerea în scenă a dificultăților cu care ne confruntăm. Această componentă ludică ne ajută să ne înțelegem punctele sensibile și să găsim soluții noi pentru problemele noastre.

Gestaltterapia dezvoltată de **F. Perls** și de soția sa Laura, încă din 1940 este o abordare existențial – fenomenologică, bazată pe premisa că oamenii trebuie să-și găsească propriul mod de a fi și să accepte responsabilitatea personală, dacă vor să atingă maturitatea.

Obiectivul inițial pentru orice pacient este să câștige conștiența a ceea ce este, trăiește, simte și face în prezent, acum și aici. Pacienții trebuie să învețe că sunt responsabili pentru ceea ce gândesc, simt și fac.

Frederick Perls (1893-1970) a fost principalul inițiator și cel care a dezvoltat terapia gestaltistă. Născut în Berlin, într-o familie de evrei aparținând clasei de mijloc, afirmă că a fost o sursă de nenumerate necazuri pentru părinți. Deși nu a reușit să termine clasa a șaptea și a fost exmatriculat de două ori din școală datorită tulburărilor și răzvrătirilor față de autoritate, a reușit până la urmă să-și completeze studiile și a obținut licența în psihiatrie.

În 1916 s-a înrolat ca medic militar în primul război mondial, după ce a lucrat cu Kurt Golstein la Institutul Golstein din Frankfurt, pentru soldații cu leziuni cerebrale.

În activitatea profesională, **a ajuns la concluzia că ființa umană trebuie văzută ca un întreg și nu ca o sumă de părți care funcționează separat.** Mai târziu s-a mutat la Viena și s-a inițiat în psihanaliză. Perls a fost analizat de Wilhelm Reich, un psihanalist care a pus bazele metodei de autoînțelegere și schimbare a personalității, lucrând asupra organismului. De asemenea, a fost supervizat de câteva figuri emblematice în mișcarea psihanalitică, inclusiv Karen Horney.

Ulterior, Perls s-a îndepărtat de tradiția psihanalitică și a emigrat în Statele Unite ale Americii, unde a înființat Institutul de Gestalttherapie, în 1952.

Apoi s-a stabilit în Big Sur, California și a organizat numeroase workshopuri și seminarii la Institutul Esalen, dobândind renumele de inovator în psihoterapie.

Călătoria sa în Japonia îl determină să îmbogățească noua psihoterapie cu filozofia și practicile zen. Sfârșește ca mare guru al coastei californiene.

În 1961 publică lucrarea "Gestalt Terapia", un eșec total. Cu toate acestea, el nu își pierde speranța și predă metoda de-a lungul țării. Ea rămâne totuși aproape necunoscută până în momentul în care, în anul 1968, revista "Life" publica pe copertă fotografia lui Perls însoțită de următorul comentariu: "Iată un om care trăiește în autenticitate absolută și este dovada vie a ceea ce predică." Într-o epocă cu avidă căutare de noi valori, acest lucru este suficient de ciudat pentru a atrage atenția. Gestalt terapia iese, în sfârșit, din umbră, însă Perls moare doi ani mai târziu.

Abordarea gestaltistă consideră absolut inutilă luminarea greșelilor trecute pentru a arăta diferit, angajându-se în presupuneri nesfârșite și proiecte de viitor niciodată finalizate. Pe măsură ce pacienții își direcționează forțele și energiile spre ceea ce ar fi putut fi sau deveni, puterea pentru prezent este diminuată. Un alt concept al gestaltterapiei este cel al "**unfinished business**", relații nefinalizate, simțăminte neexprimate, cum ar fi: resentimente, ură, anxietate, vinovăție, abandon. Chiar dacă sentimentele rămân neexprimate, ele sunt asociate cu simțiri distincte și fantezii care parazitează viața prezentă și interferează relațiile eficiente, atât cu noi înșine, cât și cu semenii. Ele conduc la comportament compulsiv, fatigabilitate și funcționează ca niște blocaje ale psihismului, generatoare de simptome psihosomatice. Perls considera că resentimentele sunt cele mai dăunătoare

unfinished business. Persoanele grevate de resentimente nu sunt capabile să intre în relații autentice cu ceilalți, până când nu și le exprimă. Se simt inadecvați, se cred incapabili de a se autosuține și caută suport extern. O metodă folosită pentru a face față acestor situații este manipularea, dar suportul altora nu este o sursă autentică de susținere. Când sunt confruntate cu dificultăți, manipulează mediul în care se găsesc, jucând rolul de neputință, neajutorare, prostie, nebunie, etc. Sarcina terapeutului este să le ajute să depășească impasul, arătându-le calea prin care e posibilă dezvoltarea:

- Să facă față propriilor frustrări
- Să accepte ceea ce sunt cu adevărat
- Să accepte schimbarea

Perls aseamănă personalitatea adultă cu foile de ceapă, care trebuie date la o parte pentru a dezvălui maturizarea. Fiecare din aceste foi reprezintă nivele de nevroză:

- Primul nivel cu care ne confruntăm constă în reacția față de ceilalți într-un mod stereotip și neautentic (prefăcătorie). Încercăm să trăim fantezia pe care alții ne-au creat-o, iar când devenim conștienți de acest lucru devenim onești și experimentăm neplăcere și durere.

- Următorul nivel cu care ne confruntăm este nivelul fobic. La acest nivel încercăm să evităm durerea emoțională asociată confruntării aspectelor noastre reale pe care preferăm să le negăm. Rezistențele noastre de a ne accepta așa cum suntem sunt activate, încercăm temeri catastrofice când trebuie să recunoaștem cine suntem cu adevărat.

- Nivelul impasului sau punctul în care suntem blocați în maturizare. Suntem siguri că nu putem trece dincolo de acest blocaj fără suportul medicului. În acest moment încercăm să manipulăm mediul pentru a suplini trăirile, punctul de vedere, gândirea și decizia. În acest punct există două opinii: prima - de a deveni din non viabil prin despățirea impasului, iar cea de-a doua - evitarea realității.

- Momentul imploziei este necesar pentru a dobândi eul autentic, personalitatea proprie.

- Depășind nivelul imploziei, se realizează o stare explozivă. La acest nivel se abandonează valorile neautentice și se degajă o forță care a fost reținută pentru efortul de a pretinde că suntem ceea ce nu eram cu adevărat. Explozia se realizează în domeniul durerii și al bucuriei.

Pentru realizarea schimbării este necesar contactul, adică interacțiunea cu natura celorlalți oameni, fără să se piardă sentimentul individualității. Gestaltterapia utilizează o sumă variată de tehnici care să intensifice experimentarea și să integreze simțămintele conflictuale cum ar fi: confruntarea, dialogul, lucrul asupra viselor, atingerea unui impas, jocul de rol, rezolvarea și reexperimentarea relațiilor nefinalizate care persistă sub forma resentimentelor și vinovăției.

"Ce se întâmplă, practic, pe parcursul ședințelor? Începem să funcționăm treptat în cadrul unei relații de tip « eu-tu ». Simultan, abordăm în contextul ei diferitele probleme concrete, folosind o serie întreagă de tehnici. De la dialogul existențial la strategii de comunicare și tehnici de art-terapie (desen, modelaj, basm, jocul cu nisip ș.a.); de la imaginație activă la punerea în acțiune și mobilizare corporală, iar o componentă esențială a procesului e reprezentată de lucrul asupra viselor. Este acea tehnică prin care ceea ce este implicit și inconștient devine explicit. Cu ajutorul ei se ajunge la conștientizarea felului în care cineva funcționează în prezent, "aici și acum". Cum? Prin proiectarea în exterior a ceea ce se petrece în interiorul minții și al corpului. Terapeutul observă gesturile inconștiente, acele "lapsusuri ale corpului" și îi cere pacientului să le exagereze pentru că ele dezvăluie anumite aspecte ale modului în care el funcționează.

Psihologul gestaltist ne invită să exprimăm diferitele "personaje" din interiorul nostru. Jucarea acestor roluri permite scoaterea la suprafață a aspectelor contradictorii ale personalității, acele aspecte pe care le ascundem de noi înșine, pe care nu vrem să le recunoaștem sau pe care le proiectăm asupra celorlalți. În egală măsură, putem interpreta rolurile persoanelor din jurul nostru (mamă, copil, partener, șef) prin utilizarea **tehnicii "scaunului gol"**, obiect simbolic care înseamnă că se dă cuvântul celor absenți. Ne permite să jucăm un episod din viață, real sau imaginar, trecut, prezent sau viitor. Terapeutul observă ceea ce este cunoscut sub numele de "situații neîncheiate": sunt urmele unor evenimente traumatice din trecut care ne sabotează viața prezentă. Prin retrăire, pacientul nu șterge din memorie aceste urme, ci le integrează în structura psihică, dându-le un sens.

Evenimente de tip viol , accident, agresiune, atentat, sinucidere a unei persoane apropiate permit exprimarea profundă a emoțiilor în climatul securizant al unei ședințe de terapie.

Această metodă pare să permită atenuarea traumatismelor, deoarece exprimarea imediată evită imprimarea durabilă în structurile profunde ale creierului.

Studiu de caz

O femeie tânără derapează pe un drum de munte, mașina face mai multe tumburi și se strivește la 20 m pe fundul unei râpe. Autoturismul este complet distrus, dar, din fericire, ea a fost proiectată și s-a agățat de niște tufișuri, este neatinsă, dar grav zguduită de șoc. Se crezuse moartă.

În cursul ședinței de terapie, care se desfășoară la câteva ore după accident, ea mimează, își joacă fantasmile legate de moarte, urlându-și spaima și furia. Apoi își imaginează și încarnează diferite roluri active: să fie mașina, să sară în mod deliberat în râpă, apoi să-și ia zborul ca un avion etc. Aceste jocuri dedramatizează situația și îi permit să iasă din rolul de victimă prizonieră a vehiculului. După o oră de `mestecare' a situației, ea își regăsește suflul, într-un amestec calm de râs și lacrimi. În ziua următoare, în timp ce se afla împreună cu poliția la locul accidentului și relatează povestea anchetatorilor cu liniște și precizie, acestora nu le vine să creadă că ea a fost cea de la volan!

CAPITOLUL VI

PARADIGMA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN CONSILIERE

Termenul de psihoterapie cognitiv-comportamentală are mai multe sensuri. În sens restrâns, acoperă terapia cognitivă și comportamentală clasică, iar în cel larg se referă la o perspectivă cognitivă asupra întregii psihoterapii, în măsura în care vizează modificarea comportamentului, modului de prelucrarea a informației și manierei în care este trăită o situație traumatică. Unele tehnici dinamice de orientare psihanalitică și experientială sunt reevaluate dintr-o perspectivă cognitiv-comportamentală.

Terapia cognitivă la copiii este o extensie a fundamentelor terapiei comportamentaliste bazată pe teoria învățării clasice, operante și prin modelare în tratamentul tulburărilor psihiatrice (Eysenck, 1959).

Multe dintre tehnicile cognitive utilizate la copiii și adulți se aseamănă cu cele utilizate în terapia comportamentalistă. De exemplu, trainingul abilităților sociale este considerat actualmente o strategie cognitivistă, dar își are rădăcinile adânci în terapia behavioristă, prin utilizarea modelelor, jocului de roluri, repetiției. La fel, relaxarea este o importantă tehnică în terapia cognitivă, deși inițial a fost structurată de către Jacobson (1938) și apoi dezvoltată de către Wolpe (1982), fiind utilizată ca o parte a desensibilizării clasice din terapia comportamentalistă. Terapia expunerii a fost dezvoltată de Marks ca o parte a condiționării operante, care în terapia cognitivă a fost integrată ca focalizare pe propria expunere, ca o condiție necesară în imageria dificultăților (în special în învățarea de a-și accepta emoțiile). Terapeuții comportamentaliști n-au creat tehnici specifice pentru copiii, ci doar le-au adaptat acestora.

Cea mai populară tehnică utilizată la copiii este derivată din învățarea operantă și prin modelare, fiind aplicabilă tulburărilor externalizate, cum ar fi agresivitatea. Aplicarea metodelor operante a inclus: utilizarea întăririlor pozitive și negative, supracorecția, contractele terapeutice, extincția și pedepsele.

Această tehnică, aplicată și la adult, când este utilizată la copiii trebuie să fie clară, concretă și ușor de înțeles de către copil.

Copiii sunt expuși și în mod natural unor tehnici bazate pe modelare ca parte a procesului de maturizare (de exemplu în rolurile sexului, abilitățile sociale, interacțiunile sociale). Utilizarea "modellinguului" în terapie este însoțită și de alte tehnici ca "self-talk"-ul sau întăririle, care s-au dovedit utile în cazul anxietății și a stresului și în învățarea de se opri și gândi înainte de a acționa.

Au fost obținute rezultate promițătoare prin aplicarea acestor tehnici în ceea ce privește tratamentul tulburărilor de internalizare: fobiei școlare, fobiei de zgomot, fobiei de WC, anxietății de separare.

Teoreticienii și practicienii cognitiv-comportamentaliști se ghidează după câteva **principii**:

1. Procesele mediate cognitiv sunt cuprinse în învățarea umană.
2. Gândurile, sentimentele (trăirile) și comportamentele sunt intercorelate.
3. Activitățile cognitive, ca și expectațiile, propriul bilanț sunt importante în înțelegerea și predicția psihopatologiei și a schimbărilor psihoterapeutice.
4. Cognițiile și comportamentele sunt compatibile: procesele cognitive pot fi interpretate sub forma unor paradigme comportamentale și tehnicile cognitive pot fi combinate cu proceduri comportamentaliste.
5. Sarcina terapeutului cognitiv-comportamentalist este de a colabora cu clientul în scopul de a-i evalua și a-i depista procesele cognitive și comportamentele deficiente sau distorsionate și să desemneze noi experiențe de învățare care să-i remedieze aceste cogniții.

Terapia cognitivă a copilului își extrage o mare parte din ascendență de la teoria lui Bandura referitoare la rolul expectațiilor în orice învățare și a capacității expectațiilor de a facilita succesul terapiei. De asemenea, și alți teoreticieni au influențat această formă de terapie la copiii, cum ar fi Ellis (terapia rațional - emotivă), Beck, Meichenbaum, D'Zurilla (trainingul rezolvării problemelor). Considerațiile teoretice au dus la ipoteza că cel mai important moderator în eficacitatea implementării teoriei cognitive la copiii este nivelul lor de dezvoltare cognitivă. Cele mai bune rezultate se obțin la adolescenți (între 13 -18 ani) și la preadolescenți (11 - 13 ani).

Copiii cu un înalt nivel cognitiv pot adopta strategii generale și abstracte în timp ce cei cu un nivel modest au nevoie de strategii mai concrete.

Terapia cognitivă se adresează atât copilului cu tulburări externalizate (hiperactivitate, agresivitate, comportamente disruptive), cât și cu tulburări internalizate (depresie, anxietate).

Copiii cu tulburări externalizate și cu lipsă de autocontrol dovedesc dificultăți în toleranță la frustrări, în întârzierea gratificațiilor, menținerea atenției asupra obiectului sau utilizarea abilităților de rezolvare a problemelor directe.

Terapeuții de orientare comportamentală citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson și Rayner (1920), în cursul căruia un copil de 11 luni a fost condiționat să dezvolte o reacție de frică în prezența unui șobolan alb, prin *asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic*. Treptat, teama s-a generalizat, ea apărând și la alte animale sau obiecte fabricate din blană sau pluș.

Watson și Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale afirmând că, dacă stimulul generator de teamă ar fi asociat cu un stimul agreabil, teama ar fi eliminată. Astfel, dacă pacientul este instruit să-și imagineze o experiență anxiogenă într-o situație terapeutică relaxantă și securizată, el va constata curând că experiența respectivă nu este urmată de consecințele negative așteptate. Reacția de evitare are astfel un caracter nevrotic. Prin intermediul unor procedee de acest tip, pacientul învață să discrimineze între pericolele reale și **fricile iraționale**. Această interpretare pune accentul pe înțelegerea semnificației stimulilor de către pacient, ea depășind limitele stricte ale conceptului de condiționare.

Din acest motiv, multi psihoterapeuți contemporani tind să interpreteze în felul acesta condiționarea, ei generând orientarea denumită **psihoterapie cognitiv-comportamentală**. Această abordare reduce discrepanța dintre psihoterapiile dinamice și cele comportamentale. Diferența esențială între cele două orientări terapeutice constă în modalitatea lor diferită de abordare a simptomelor.

Orientarea dinamică este de părere că *simptomul* nu este important prin el însuși, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie scos la lumină și, numai în felul acesta, pacientul va deveni mai adaptat la existență.

Pentru **terapeuții comportamentaliști**, această orientare este un nonsens. *Simptomul* nu simbolizează nicio problemă mai profundă, ci *reprezintă el însuși o problemă* care trebuie eliminată, fără pretenția de a modifica altceva din structura personalității pacientului. Dacă simptomul a fost achiziționat prin învățare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcția *dezvățării*, procesul de învățare fiind inversat. Scopul terapiei comportamentale constă, astfel, în *decon condiționarea* subiectului de comportamentele nedorite și înlocuirea lor cu *comportamente dezirabile*.

6.1. Tehnici ale psihoterapiei comportamentale (după Coleman, Bucher, Carson 1984)

6.1.1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite

Modelele de comportament învățate au tendința de a slăbi și de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situațiile în care comportamentul nedorit a fost *întărit fără voie de alte persoane*. Există două tehnici psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite:

a) terapia implozivă

b) tehnica expunerii (flooding)

Ambele tehnici utilizează principiul *stingerii reacțiilor condiționate de evitare* a stimulilor anxiogeni și din acest motiv sunt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase.

a) Terapia implozivă - pacientul se confruntă cu situația anxiogenă în plan *imaginar*;

b) Tehnica expunerii - stimulul anxiogen are loc chiar în *realitate*.

În **terapia implozivă**, pacientului i se cere să-și imagineze situații care îi produc anxietate. Terapeutul, în loc să-l liniștească, manevrează astfel situația încât să se producă o creștere masivă a anxietății. Prin expuneri repetate la situații anxiogene, în condiții de securitate afectivă, stimulii anxiogeni își pierd forța și comportamentul de evitare a respectivelor situații are tendința să se stingă. Hipnoza și medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru a crește sugestibilitatea subiectului și a facilita demersul psihoterapeutic.

Confruntarea reală cu situațiile anxiogene (flooding) se utilizează cu succes mai ales la subiecții cu capacități imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut în astfel de locuri (pe acoperișul unor blocuri, pe poduri etc.). Într-un studiu pe pacienți cu agorafobie (teamă de spații deschise), Emmelkamp și Wesels (1975) au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimuli „in vivo” s-a dovedit superioară celei imaginative. Cu toate acestea, există și subiecți pentru care expunerea reală la stimuli anxiogeni este prea dură.

6.1.2. Tehnica desensibilizării sistematice

Prin această tehnică, *subiectul este învățat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este compatibil cu apariția anxietății în prezența unor stimuli anxiogeni reali sau imaginari*. Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiționate, autorul a elaborat o metodă prin care pacientul este învățat să rămână calm și relaxat în situații anxiogene. Metoda cuprinde următoarele etape:

a) învățarea relaxării

Aceasta se realizează în primele șase ședințe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a lui Jacobson(1938). În unele situații, se poate apela și la alte tehnici de relaxare, hipnoză, meditație și chiar la medicamente, pentru a facilita desensibilizarea subiectului.

b) stabilirea ierarhiilor

Tot în cursul primelor ședințe de psihoterapie se stabilește o ierarhie a situațiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare, de la situația cea mai anxiogenă până la cea mai puțin anxiogenă.

c) procedeul desensibilizării

După ce subiectul stăpânește bine tehnica de relaxare, i se cere să se relaxeze cu ochii închiși, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începând cu unele neutre și înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, aflat în relaxare, este solicitat să-și imagineze fiecare situație descrisă de terapeut. În momentul în care pacientul afirmă că simte anxietate, ședința se încheie. Tratatamentul continuă până când pacientul devine capabil să rămână relaxat în timp ce își reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacție anxioasă de amploare. Durata medie a unei ședințe de desensibilizare este de 30 de minute, ședințele având loc de 2-3 ori pe săptămână. Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni. Există și variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc in vivo, pacientul fiind instruit să se confrunte și cu situații reale pe care și le-a imaginat în timpul ședințelor de psihoterapie.

6.1.3. Psihoterapia asertivă

A fost utilizată atât ca metodă de desensibilizare, cât și de formare a unor abilități de a face față diverselor situații de viață.

Metoda s-a dovedit eficientă, mai ales în cazul persoanelor care au dificultăți în stabilirea unor contacte interpersonale, datorită anxietății accentuate care îi împiedică să se exprime liber și chiar să-și manifeste sentimentele de afecțiune. Psihoterapia asertivă este indicată și în cazul subiecților care, în mod constant, îi lasă pe ceilalți să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor. Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăța pe subiect să-și exprime deschis și adecvat gândurile și sentimentele.

Acest antrenament se desfășoară în etape, comportamentul asertiv fiind inițial în cabinetul de psihoterapie și abia ulterior în viața reală. Se acordă o atenție sporită dezvoltării unor deprinderi și abilități de relaționare interpersonală.

Pacienții timizi sunt învățați să adreseze altor persoane remarci directe și mai puțin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate (de pildă, se pot adresa partenerului remarci de tipul: nu-mi place cum te-ai pieptănat, sau această rochie nu-ți stă bine etc.)

Copiii cu tulburări internalizate sau supracontrol care au abilitățile necesare, dar sunt rău folosite și care percep greșit situațiile sociale, pot beneficia cel mai bine de modalitățile terapeutice non-verbale, în special cele de expunere și experiențiale.

Kendall (1993) sugerează că în timp ce copiii introvertiți sunt limitați de gândirea distorsionată, cei extrovertiți acționează fără să gândească sau să-și planifice acțiunile și nu procesează informațiile în situațiile în care gândirea le-ar putea fi benefică.

Scopul terapiei constă în modificarea distorsiunilor și deficiențelor cognitive care influențează comportamentul.

Toate tehnicile cognitive intervin cu scopul de a influența gândirea. Aceste tehnici identifică, testează realitatea și corectează concepțiile distorsionate și schemele (credințele disfuncționale) care însoțesc aceste cogniții.

Prin reevaluarea și corectarea gândirii, clienții învață să-și stăpânească problemele și situațiile. Copiii sunt învățați: să-și monitorizeze gândurile negative automate (cognițiile); să recunoască legătura

dintre cogniție, trăire și comportament; să examineze evidența pro și contra gândurilor automate; să substituie interpretările bazate pe realitate în locul celor bazate pe negativitate; să învețe să-și identifice credințele disfuncționale care-l predispun la astfel de experiențe (Beck, 1979).

Un program de intervenție poate include variate combinații de proceduri și metode. Nu există o formulă generalizată, cum ar fi metoda X pentru problema Y. Planificarea intervenției terapeutice se bazează pe considerații individuale.

Un criteriu de decizie în ceea ce privește procedura de intervenție este dacă problema reprezintă un deficit sau un exces comportamental. General vorbind, sarcina terapeutului în condițiile unei probleme de deficit comportamental este:

(1) de a crește puterea comportamentului particular (proceduri de creștere a răspunsului) sau de a adăuga achiziții sau noi patternuri de comportament (proceduri de achiziție a răspunsului); dacă este vorba de un exces în comportament, sarcina terapeutului este

(2) de a elimina sau reduce puterea comportamentului (proceduri de descreștere a răspunsului). Părinții adeseori se întreabă: *“Cum pot să-l determin să facă X?”* *“Cum pot să-l fac să continue comportamentul?”* *“Cum pot să-l opresc?”*

Un copil care nu doarme suficient poate fi iritabil, nepoliticos. Un somn timpuriu poate rezolva problema. Cererile directe pentru schimbare pot uneori să fie suficiente. Schimbările în mediul fizic, schimbările în rutină sau responsabilitățile pot funcționa în anumite circumstanțe. Metoda terapeutică va fi determinată de ținta problemei. Nu se va folosi tehnica desensibilizării la o persoană care chiulește de la școală, motivând plictiseala de la cursuri.

Există două sarcini de bază în învățare, des întâlnite în terapia copilului:

1. achiziția, învățarea comportamentului dorit, dezirabil (autocontrol, fluentă verbală, abilități sociale, academice), acel comportament care este în deficit;

2. reducerea răspunsului nedorit în repertoriul comportamental al copilului (agresiune, furt, ticuri faciale, anxietate, fobie, bulimie etc.) sau înlocuirea unui răspuns cu altul (asertivitate în locul timidității). Toate aceste sarcini pot fi realizate prin combinarea a patru tipuri majore de învățare:

- a. condiționare clasică
- b. condiționare operantă
- c. învățare prin observare
- d. învățare cognitivă

Alegerea abordării terapeutice nu depinde numai de natura comportamentului țintă sau stimulii care îl mențin, dar și de vârsta, maturitatea copilului, circumstanțele în care comportamentul problematic se manifestă și aspecte ale mediului.

6.2. Modele de creștere a frecvenței comportamentului dorit

Întărirea pozitivă

Aplicații:

Alegeți întărirea pozitivă ca metodă de schimbare când:

- a. un nou comportament urmează să fie încorporat în repertoriul copilului
- b. când puterea unui comportament achiziționat descrește
- c. când scăderea puterii unui comportament particular are ca efect apariția unui răspuns indezirabil

Metoda:

Întărirea pozitivă implică prezentarea stimulilor imediat după apariția comportamentului. Astfel, se va genera principiul conform căruia comportamentul depinde de consecințele sale.

Întăriri:

Există 2 clase de întăriri:

- a. tangibile - întăriri materiale (dulciuri, bani, privilegii etc.)
- b. intangibile/întăriri sociale (îmbrățișări, zâmbete, încurajări)

Atenția adultului este o întărire secundară puternică.

Contingențe:

Este de preferat a se stabili un contract cu copilul, verbal sau scris, iar expectanțele trebuie explicate copilului, la fel ca și obligațiile reciproce.

Probabilitatea este o regulă care stipulează că o consecință particulară (recompensa, pedeapsa) urmează după performarea unui anumit tip de comportament specific.

Întrebări de control:

- a. Regulile sunt clare?
- b. Regulile sunt simple?
- c. Copilul a înțeles regulile?
- d. Părintele implementează regulile corect și consistent?

Copilul trebuie încurajat să reflecteze asupra motivelor regulilor, astfel ca el să posede standarde în funcție de care își judecă propriul comportament.

Proceduri:

a. Oferiți copilului o varietate de stimuli de întărire pentru a evita sașietatea. Unii terapeuți folosesc o listă de evenimente de întărire, care permite copilului să aleagă întărirea.

b. Deprivarea. Exemplu: un copil însetat mai degrabă va performa o sarcină pentru un pahar de limonadă, decât unul care tocmai a băut.

c. Profesorul îi poate spune mamei în fața celorlalți copii cât de bine se descurcă copilul (laudă în prezența altora).

Întărirea negativă

Procedura cunoscută ca întărire negativă constă în a-l face pe copil să se comporte într-un anumit fel și invers, în a-l opri să se comporte într-o manieră indezirabilă. Exemplu: *“dacă nu spui ‘te rog’ când ceri, soliciți ceva, vei fi palmuit”*. Pălmuirea funcționează ca o întărire negativă. Deși întăririle pozitive și negative sunt proceduri distincte, ele servesc pentru a menține, a crește un comportament dezirabil. Procedurile de întărire negativă și pozitivă generează patru metode de abordare, instruire:

a. *instruirea prin recompensă: “dacă te vei comporta astfel, vei primi o recompensă”*

b. *instruirea prin privare: “dacă nu te vei comporta astfel, îți voi retrage recompensa”*

c. *instruirea prin evadare: “dacă te vei comporta astfel, îți voi retrage pedeapsa”*

d. *instruirea prin evitare: “dacă nu te vei comporta astfel, te voi pedepsi”*

Întărirea diferențială

Proceduri:

a. instruire discriminativă: când dorim să învățăm un copil să se comporte într-un anumit mod în anumite condiții, dar nu în altele, îl ajutăm să identifice, să diferențieze circumstanțele

b. aproximări succesive: întărirea aproximărilor spre un act corect. Stadiile succesive, până la comportamentul final sunt întărite, respectând anumite criterii riguroase. Numai cele mai bune aproximări sunt întărite, până în eventualitatea în care acțiunea corectă este recompensată. Se începe cu o definiție clară a ceea ce copilul trebuie să învețe să facă; apoi se întărește comportamentul dezirabil. Pentru a încuraja copilul să se comporte într-un anumit fel, în care foarte rar sau niciodată nu s-a comportat, terapeutul lucrează în pași succesivi, astfel încât copilul se apropie tot mai mult de rezultatul final. Terapeutul începe prin a recompensa schimbări abia vizibile în comportament.

Expunerea la modele potrivite

Proceduri:

Modelarea - se oferă copilului oportunitatea de a observa o persoană care este semnificativă sau interesantă pentru copil pentru a performa un nou sau dorit pattern de comportament.

Aplicații:

Modelarea poate fi folosită pentru a schimba o largă varietate de comportamente, în cel puțin trei astfel de situații:

a. dobândirea unor noi pattern-uri de comportament

b. întărirea sau slăbirea răspunsurilor deja prezente în repertoriul comportamental al copilului prin observarea unor modele, care demonstrează comportamente potrivite

c. inhibarea fricii de învățare, prin observarea absenței fricii modelului în prezența stimulului fobogen

Unele modele exercită o mai mare influență decât altele. Este absolut necesar să se identifice persoane semnificative ca model. Comportamentul lor va fi imitat mai degrabă din cauza prestigiului. Sinceritatea este un alt factor important. Terapeutul poate facilita imitarea prin evidențierea ariilor comune cu modelul. Un comportament este mai probabil a fi modelat dacă complexitatea nu este prea mare, sau dacă nu este prea rapid prezentat pentru a fi asimilat.

Bandura (1973) oferă anumiți pași de achiziție prin modelare:

1. stabilește condițiile care mențin comportamentul deviant;
2. învață agenții schimbării (ex. părinții), natura schimbării pentru a produce rezultatul dorit în termeni de comportament al copilului;
3. învață agenții schimbării să modeleze comportamente aprobate social
4. este necesară supervizarea copilului în performarea acestor comportamente;
5. lărgeste gama de comportamente relevante;
6. oferă copilului feedback legat de performanța lui;
7. generalizează noua achiziție, prin recompense în contexte diferite.

6.3. Metode de reducere / stingere a comportamentului

Când un comportament particular apare cu o rată mare (frecvență excesivă), cu surplus de intensitate sau când un răspuns este emis în condiții inadecvate, sarcina terapeutului este de a aduce comportamentul în limitele acceptate social. Spre deosebire de copilul cu un deficit comportamental care trebuie să învețe un răspuns care nu este în repertoriul său, un copil cu un exces comportamental trebuie să învețe să modifice răspunsul existent. Pentru a facilita acest lucru, terapeutul are la dispoziție o varietate de tehnici pe care le poate folosi singure sau în combinație.

Metode:

Stingerea: copilul nu primește nici o recompensă pentru comportamentul indezirabil, cu alte cuvinte se oprește întărirea de genul aprobării, atenției. Succesul stingerii constă în eliminarea comportamentului din repertoriul copilului. Este procedura prin care întărirea care urma comportamentului operant este discontinuă.

Copilul poate încerca să recâștige întărirea pierdută și astfel poate să se facă mai rău, înainte de a se face mai bine. Părinții trebuie avertizați de această posibilitate, de aceea ei trebuie să persevereze cu programul suficient de mult pentru a obține rezultate.

Sățietatea: copilul este lăsat să performeze un comportament indezirabil până se plictisește.

Schimbarea stimulilor. Unele răspunsuri par să apară numai când anumite condiții specifice sunt prezente. Dacă copilul, de exemplu, vorbește cu colegul de bancă, profesorul poate schimba contextul fizic în care are loc convorbirea, mutând banca din proximitatea spațială.

Pedeapsa. Pedeapsa poate fi eficientă în controlul comportamentului. Depinde de interpretarea termenului "pedeapsă". Atât retragerea întăririi pozitive, cât și aplicarea unor stimuli aversivi tind să descrească apariția comportamentului problemă.

Stimulii aversivi trebuie să aibă intensitate moderată, fiind administrați imediat după comportamentul inadecvat. Problema este că pedeapsa pare să fie înțeleasă în termeni de lovire, rănire. Pedeapsa severă tinde să refuleze comportamentul mai degrabă decât să-l stingă. Predicția este că acel comportament va reapărea.

Pedeapsa nu trebuie să fie intensă sau fizică. Părinții pot retrage aprobarea sau privilegiile copiilor. Cercetările atenționează asupra pedepsei fizice la copiii. Comportamentul agresiv al adultului (ca parte a pedepsei) poate oferi un model indezirabil pentru copil. Comportamentul agresiv poate genera răspunsuri emoțional maladaptative, cum ar fi frică, tensiune, retragere, frustrare. Pedeapsa în mod direct nu determină formarea unui răspuns dezirabil, nici nu elimină comportamentul inadecvat. O persoană care folosește frecvent pedeapsa poate stimula activități evitative (cum ar fi fobia socială). Becher (1971) considera că pedeapsa folosită uman și adecvat poate fi eficientă în modificarea comportamentului. Pentru ca pedeapsa să fie eficientă, ea trebuie:

- să aibă intensitate moderată
- să i se explice copilului pedeapsa
- să urmeze imediat după comportamentul indezirabil

- să fie aplicată de o singură persoană
- să fie consistentă
- în timp ce copilul este pedepsit pentru un comportament negativ, trebuie întărit un comportament pozitiv
- să se bazeze pe retragerea întăririi
- copilul nu trebuie amenințat cu pedeapsa
- să fie în acord cu gravitatea pedepsei

Time-out la întărirea pozitivă

Această procedură permite sancționarea comportamentului nedorit prin retragerea întăririi. Time-out este o perioadă de timp în care copilul este împiedicat să performeze comportamentul problematic, în situația în care a fost întărit pozitiv în trecut.

Este cunoscut faptul că, indiferent de situație, tehnica dată time-out, copilul o integrează ca pedeapsă. T.O determină noi comportamente rebele: plâns, țipăt.

Pentru copiii mici, perioada de time-out poate fi cuprinsă între 3-5 minute, pentru cei de 8 ani perioada este mai lungă. 10-15 minute reprezintă maximum de durată dezirabilă. 10 minute de time-out este tipic pentru situații de clasă.

Costul răspunsului

O altă tehnică întâlnită este costul răspunsului. Adesea părinții își rețin dragostea, aprobarea, privilegiile oferite copiilor când aceștia sunt "neastâmpărați". Aceasta este o utilizare informală a RC. Retragera întăririi reprezintă "costul" răspunsului dezadaptativ. Costul răspunsului poate fi folosit doar în situații în care se folosea întărirea în cantități măsurabile. Metoda este folosită în termeni de pierdere a punctelor și privilegiilor.

Costul răspunsului este o modalitate de încurajare a self-managementului; copilul devine conștient de recompense și pierderea acestora. Această metodă va fi folosită moderat pentru a evita efectele secundare, cum ar fi mânia sau evitarea comportamentului și trebuie suplimentată cu alte tehnici menite să întărească răspunsul adecvat.

Supracorecția

Este o formă mai îndepărtată a costului răspunsului și penalizării. Supracorecția permite combinarea întăririi pozitive și controlului aversiv, fiind folosită pentru a descuraja comportamentul neadecvat. Exemplu: un copil care a furat și a stricat jucăria altui copil este obligat să economisească bani pentru a o înlocui, dar de asemenea pentru a cumpăra un dar în semn de regret.

Întărirea pozitivă: promovarea unui comportament alternativ

Proceduri:

a. Întărirea unui comportament incompatibil (RIB- reinforcement of incompatible behaviour): întărirea unui comportament care este inconsistent cu actul indezirabil. Cu alte cuvinte, RIB presupune oprirea copilului în performarea unui anumit comportament, întărind deliberat un comportament competitiv. Întărirea, care este crucială pentru achiziția comportamentului, este de asemenea folosită pentru eliminarea răspunsului nedorit.

b. Întărirea diferențială a altor comportamente (DOR - differential reinforcement of other behaviour) este o procedură simplă, implicând întărirea oricărui comportament, în afara comportamentului țintă - comportamente agresive, hiperactive, injurioase.

Antrenarea abilităților

Procedura:

Repetarea comportamentului

Mulți copiii, datorită experiențelor de viață tragice sau deprivare, lipsiți de experiențele necesare, trebuie să-și dezvolte mecanisme de adaptare.

Metoda de lucru:

1. demonstrează abilitatea
2. solicită copilului să practice abilitatea (se folosește jocul de rol, poate chiar să fie necesar un model)
3. asigură feedback atât pentru o performanță acurată, cât și inacurată (mijloace video - pentru a evalua eficacitatea propriei performanțe)
4. tema de casă (repetarea comportamentului într-un mediu securizant). Se întărește astfel automonitorizarea abilităților. Evaluarea trece treptat de la terapeut la client.

- Antrenarea abilităților sociale: antrenarea copilului într-un repertoriu al abilităților acceptate social.
- Temele includ îmbunătățirea observației, judecata acurată, abilități de comunicare verbală, nonverbală, tehnici asertive de comportament.
- Metoda de lucru: jocul de rol. Astfel, un copil timid poate acoperi acest deficit prin training asertiv. O altă aplicație poate fi învățarea relaționării cu persoane de celălalt sex, cu profesori, părinți, autorități.

Eliminarea emoțiilor disfuncționale

Comportamentul emoțional poate fi controlat de diferiți stimuli. Pentru a elimina răspunsul emoțional dezadaptativ este necesară expunerea repetată la stimuli amenințători.

Proceduri:

Expunerea graduală la stimuli aversivi: presupune expunerea graduală a copilului la situații aversive, folosind:

1. Graduarea stimulilor imaginari (o ierarhie a situațiilor de frică, prezentată într-o formă imaginară)

2. Graduarea stimulilor din viața reală (o ierarhie a fricii, bazată pe situații actuale). Copilul va fi expus când:

- Este antrenat în obținerea unui răspuns opus anxietății: relaxare (în prezența unei persoane de încredere)

- se simte confortabil, dar nu neapărat după training de relaxare. Copilul poate fi întărit pentru fiecare încercare soldată cu succes.

Aceste metode sunt folosite în cazul comportamentelor evitante (cum ar fi frica).

Metoda de lucru:

Metodele activ-participative presupun o abordare graduală la indici care provoacă anxietatea.

Procedurile asociativ-pasive includ tehnici de desensibilizare, evidențiind răspunsurile opuse anxietății la stimuli semnificativi (relaxare).

6.4. Tehnici specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale

6.4.1. Identificarea gândurilor negative

Se realizează prin intermediul următoarelor strategii:

Discutarea unei experiențe emoționale recente

Pacienților li se cere să-și reamintească un eveniment sau o situație care a fost asociată cu o anxietate puternică. Evenimentul este descris în detaliu și terapeutul intervine cu întrebări de tipul: "Ce gânduri ți-au venit în minte atunci?", "Când ți-a fost cel mai tare teamă?", "Care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar putea întâmpla?"

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să sesizeze legătura dintre senzațiile corporale (de ex.: dificultățile în respirație) și interpretările pe care le acordă acestora ("*respirația mea se va opri, mă voi sufoca și voi muri*").

Utilizarea tehnicii imageriei dirijate sau a jocului dramatic pentru a retrăi o experiență emoțională

Când întrebările directe nu reușesc să-l determine pe pacient să evoce gândurile negative ce se declanșează spontan, este util să i se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv pe plan imaginativ sau prin intermediul unui joc dramatic, când este vorba de o situație interacțională (relaționarea cu o persoană).

Utilizarea modificărilor de dispoziție în cursul unei ședințe de psihoterapie

Fluctuațiile de dispoziție din cursul unei ședințe de psihoterapie pot fi surse utile pentru declanșarea automată a gândurilor. Terapeutul, observând modificarea de dispoziție, poate întreba pacientul: "Ce ți-a trecut prin minte acum?"

Determinarea semnificației unui eveniment

Uneori declanșarea automată a patternurilor de gândire negativă nu se realizează.

În astfel de situații, terapeutul trebuie să caute să discearnă, prin intermediul unor întrebări specifice, care este semnificația evenimentului respectiv pentru pacient.

De exemplu: "*Nu ești foarte sigur în legătură cu ce anume ți-a trecut prin cap când te-ai simțit*

speriat în situația X". "Încercând să privești în urmă, ce crezi că a însemnat situația respectivă pentru tine?"

6.4.2. Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente

Raționalizarea

Pacientul trebuie ajutat să înțeleagă relația dintre gândire, sentiment și comportament. Astfel, de pildă, Beck (1979) oferea următorul exemplu: dacă un subiect aude în toiu noapții un zgomot în camera alăturată, el își poate spune în minte că a intrat un hoț.

Atunci apare o stare de teamă și comportamentul se desfășoară în consecință: subiectul se va ascunde sau va telefona la poliție.

Dacă, dimpotrivă, subiectul își spune că a lăsat geamul deschis, sentimentele de teamă nu vor apărea, ci el se va ridica și va închide geamul.

Furnizarea unor informații cu privire la mecanismele anxietății

Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluția lor probabilă, cât și faptul că trezirea anxietății nu înseamnă că subiectul are o boală psihică gravă. De asemenea, trebuie explicat că simptomele produse de anxietate nu sunt periculoase (de exemplu, accelerarea bătăilor inimii nu reprezintă un semn că se va produce un atac de cord). Insomnia, dificultatea de a lua decizii, fatigabilitatea și chiar vederea ca prin ceață sunt manifestări ale anxietății.

Distragerea

Are ca scop exercitarea unui control direct asupra simptomului. **Metode de distragere:**

- concentrarea asupra conținutului unei conversații și nu asupra stării proprii;
- dacă subiectul manifestă anxietate în timpul ședinței de psihoterapie, terapeutul îi poate cere să descrie mobilierul din cabinet.

Programarea activităților

Se cere pacienților să noteze, oră de oră, activitățile pe care le desfășoară, evaluându-le după o scală de la 0 la 100, sub aspectul unor stări afective cum ar fi: *anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control* asupra situației.

Pentru indivizii care se simt presați de timp, este indicată o planificare riguroasă a activităților, astfel încât aceștia să nu aibă tentația să facă mai multe lucruri deodată, fapt ce le-ar spori tensiunea și încordarea.

Verificarea veridicității gândurilor negative automate

Terapeutul utilizează o serie de întrebări pentru a-l ajuta pe pacient să evalueze gândurile negative și să le substituie cu gânduri mai realiste.

Li se recomandă pacienților notarea zilnică a gândurilor negative producătoare de disfuncții, pentru a putea fi corectate.

Model de intervenție cognitiv-comportamentală prin autocontrol la copii și adolescenți (Ronen, 1997)

Aplicație clinică în terapia enurezisului nocturn (Ronen, 1997)

Ben este un copil de 10 ani, cu diagnosticul "enurezis primar nocturn cu o frecvență de 6-7 nopți „umede"/săptămână". Nici părinții, nici cei trei frați ai săi mai mici nu au suferit de enurezis, cu toate acestea unchiul său patern a avut enurezis până la 13 ani.

Pentru Ben era a treia încercare de intervenție terapeutică pentru controlul sfincierian uretral. Precedente s-au desfășurat la 7 ani (când s-a încercat metoda "bell and pad", la care s-a renunțat datorită faptului că părinții au afirmat că el nu auzea soneria și la 9 ani, când s-a administrat Tofranil cu rezultate favorabile doar pe perioada administrării medicamentului și cu recădere după întreruperea medicației.

Evaluare

Aplicarea celor 5 stadii ale evaluării cazului

Stadiul 1. Care este sursa informației?

S-au folosit datele luate atât de la părinți, cât și de la copil. După părerea părinților și a profesorilor, Ben era considerat ca un foarte bun elev, care avea mulți prieteni și care se înțelegea bine cu membri familiei sale.

Stadiul 2. Este problema o componentă a comportamentului normal?

Deși enurezisul este la copiii mici un comportament normal, având în vedere vârsta lui Ben este considerat ca fiind deviant față de normele sociale, de vârsta și de stadiul de dezvoltare, deci apare necesitatea învățării copilului să-și elimine problema.

Stadiul 3. Are copilul într-adevăr nevoie de tratament?

Răspunsul este pozitiv deoarece, după cum s-a arătat, din toate punctele de vedere comportamentul său este deviant. În plus, enurezisul prezintă riscuri și pentru viitorul său și pentru socializarea sa, fiind necesară prevenția unor situații neplăcute care s-ar putea produce când va fi invitat de prieteni în excursie, care implică dormitul în altă parte. De asemenea, este necesară prevenția dezvoltării neîncrederii în forțele proprii, care-i vor putea influența și alte domenii ale vieții. Modificându-i controlul vezical se poate schimba funcționalitatea sa socială și emoțională. Prognosticul este foarte bun pentru enurezis, fiind raportate în literatură numeroase cazuri de vindecare, iar Ben dovedea o puternică motivație de schimbare.

Faptul că n-au apărut ameliorări ale eurezei până la 10 ani indică faptul că probabilitatea vindecării spontane fără nici o intervenție este foarte scăzută. Această etapă a evaluării indică nevoia inițierii terapiei.

Stadiul 4. Alegerea cadrului terapeutic. Întrebarea referitoare la cine va trebui tratat este simplu de rezolvat din analiza datelor problemei. Se pare că părinții se înțelegeau bine cu copilul, ei erau capabili să-l susțină în încercarea lui de a prelua responsabilitatea propriei schimbări. Deci evaluarea indica necesitatea intervenției asupra copilului printr-un tratament individual, care va include și întâlniri (ședințe) ocazionale și cu părinții, cu scopul de a-i discuta progresele în deprinderea unor noi abilități.

Stadiul 5. Evaluarea tipului de autocontrol necesar.

Analiza abilităților copilului de autocontrol a arătat deficiențe în două privințe: redresarea și reformarea. Cea mai semnificativă deficiență era însă auto-controlul redresiv. Ben nu știa cum să se controleze sau cum să schimbe deznădejdea și neajutorarea sa în sursă de energie pentru schimbare. El avea nevoie să învețe cum să utilizeze vorbirea cu sine, autoevaluarea pentru a-și controla auto-eficacitatea și pentru a-și dezvolta abilitatea de a folosi gândirea mediată cu scopul controlului vezical. Autocontrolul reformativ putea să funcționeze prin stabilirea expectanțelor și planificarea pe termen lung a schimbării.

Intervenția terapeutică

S-a intervenit asupra eurezei lui Ben prin modelul de auto-control. Terapia s-a desfășurat într-o clinică particulară, urmând următoarele faze: primul contact, intervenția, finalul și urmărirea în timp. Copilul și părinții au venit la clinică o dată pe săptămâna pentru ședințe de câte 45 de minute în faza de intervenție și o dată pe lună în faza de urmărire. Faza de intervenție a constat în 11 ședințe săptămânale de câte 45 minute, aplicându-se de fiecare dată următoarele patru proceduri:

1. Raportul copilului. Ședințele începeau cu raportul lui Ben asupra săptămânii precedente. Își prezenta "hărțile" (calendarul) zilnice și notițele legate de îndeplinirea temelor de casă și aveau loc discuții asupra dificultăților întâmpinate. Se pune accent pe exprimarea sentimentelor și ideilor sale legate de progresul său.

2. Întocmirea graficului. Terapeutul, împreună cu copilul, completau graficul în raport cu rapoartele zilnice. Pe baza graficului se discutau și temele săptămânii viitoare.

3. Prezentarea unei noi teme. După ce graficul era întocmit, terapeutul prezenta copilului o nouă bază de discuție (ex. noul stadiu al modelului sau un alt aspect al stadiului trecut). Terapeutul îi explica lui Ben semnificația fiecărui aspect, dându-i exemple din viața de zi cu zi.

4. Teme de casă. La fiecare ședință, Ben primea câte o nouă temă de casă, care cuprindea completarea unei evidențe zilnice și aplicarea unei noi teme acasă sau la școală. Terapeutul discuta cu Ben posibilele dificultăți cu care se putea confrunța și soluțiile de ieșire din acestea.

Intervenția

Stadiul 1: Modificarea concepțiilor dezadaptative legate de enurezis.

Obiectivul acestui stadiu a fost de a-l învăța pe copil:

- a. că enureza este un comportament care poate fi modificat ca orice alt lucru sau comportament;
- b. că schimbarea depinde de copil. Auto-evaluările lui Ben în care era propusă rata progresului era comparată cu actuala rată a enurezei, reflectând auto-percepția și auto-eficacitatea.

El percepea enureza ca pe ceva în afara controlului său, ceva care apărea pentru că “îi scăpa” sau că “nu simțea când făcea pipi” sau că “era bolnav”. Ben se percepea ca pe o victimă neajutorată a unor forțe superioare.

Schimbarea concepțiilor dezadaptative a fost făcută prin redefinirea procesului enuretic ca pe un comportament care poate fi controlat și prin restructurarea cognitivă a gândurilor și concepțiilor legate de credințele personale. În acest stadiu, s-au utilizat întrebările socratice și exemplele paradoxale cu scopul de a-l ajuta pe Ben să înțeleagă că “udarea patului” nu este dată de neșansă sau de boală, ci că este în funcție de motivația sa și de puterea voinței.

Scopul următoarei conversații a fost de a-i schimba lui Ben concepțiile greșite legate de interpretarea lui că în timpul somnului nu poți să simți nimic și că nici un comportament din timpul nopții nu poate fi controlat.

T: De ce crezi că ai udat patul noaptea?

B: Pentru că n-am simțit nimic în timpul somnului.

T: Hai să scăpăm de asta. De câte ori ai căzut din pat?

B: Niciodată.

T: Cum așa? Nu-i așa că te miști în pat în timp ce dormi?

B: Când închid ochii și ajung la marginea patului, uneori mă întorc pe partea cealaltă.

T: Aha! Hai să vedem și altceva. Ți se întâmplă câteodată în timpul iernii să-ți cadă plapuma de pe tine?

B: Sigur!

T: Și ce faci atunci?

B: Mă trezesc puțin și mă acopăr.

T: Vezi, chiar dacă ești adormit există unele lucruri pe care le simți: marginea patului, simți frig.

Deși dormi, poți simți unele lucruri.

B: Așa este.

Intervenția

Stadiul 2: Înțelegerea procesului enuretic

Obiectivul stadiului 2 a fost de a-l învăța pe copil despre procesul enuretic și despre conexiunea dintre vezica urinară, creier și comportamentul final (golirea vezicii).

Copiii pot să-și schimbe comportamentul cu mai multă ușurință dacă ei înțeleg cum să o facă și cum sunt afectați de diferitele acțiuni.

În acest stadiu, Ben a învățat despre procesul care culminează cu micțiunea: cum lichidele umplu vezica urinară, cauzând o presiune neplăcută care se transmite la creier și felul în care creierul dă comanda “valvei” vezicii să se deschidă și să lase urina să curgă, făcând astfel să dispară presiunea neplăcută. Informațiile sunt prelucrate de creier care este responsabil pentru fiecare din comportamentele noastre și pentru legătura cu corpul. Ben a învățat și diferența dintre comenzile automate nemediate și cele mediate.

În acest stadiu s-a aplicat analiza rațională a problemei, utilizând materiale scrise, imagini cu corpul omenesc și s-a dat ajutor copilului să-și accepte responsabilitatea procesului de învățare a schimbării comenzii creierului.

Ben a fost învățat să practice identificarea gândurilor automate și să-și utilizeze vorbirea cu sine, auto-înregistrarea, cu scopul schimbării gândirii nemediate cu cea mediată.

Au fost utilizate unele obiecte cum ar fi o pungă de plastic care a fost umplută cu apă, care să arate cum se umple vezica. De asemenea, a fost desenată vezica și creierul. Au fost date și alte exemple de răspunsuri automate care pot fi modificate, prin învățarea de către Ben a dialogului interior cu scopul de a se autocunoaște.

El a fost susținut să identifice și alte gânduri automate pe care le avea (ex. legate de comportamentul disruptiv din clasă sau de a nu-și face temele acasă) și de a le transforma în gânduri mediate. El a fost îndemnat să încerce să-și modifice răspunsul automat sub forma enurezei cu autocontrolul sau cu trezirea.

Stadiul 3: Creșterea autocontrolului vezical

Obiectivul stadiului 3 a fost de a crește receptivitatea copilului la variațiile presiunii vezicale și de a crește capacitatea funcțională a vezicii urinare.

Stimulii interni, deși sunt dificil de identificat, au un mare impact asupra comportamentului, la fel ca și stimulii externi.

Creșterea senzitivității la stimulii interni este un pas important în controlul propriului comportament, datorită faptului că este utilă în identificarea precoce a senzațiilor, emoțiilor și comportamentelor. Totodată, creșterea senzitivității pentru stimulii interni ajută și la schimbarea procesării nemediate a informației cu cea mediată.

Există o corelație funcțională între capacitatea (volumul) vezicală și enureza. O vezică mica se umple repede și semnalele emise sunt mai puțin clare decât cele emise de o vezică mai mare. În acest stadiu, se crește senzitivitatea la stimulii în general (ex. sesizarea senzației de foame, sete, oboseala etc.) și senzațiile vezicale în special.

Ben a fost solicitat să descrie senzațiile în general (ex. bătăile inimii, palpitațiile din stomac, recepția zgomotelor) și presiunea din vezica urinară. Au fost efectuate exerciții de control a retenției, cu scopul de a crește capacitatea funcțională a vezicii și de a crește senzitivitatea la stimulii interni. El a fost îndrumat să practice micțiunea mai rară în timpul zilei și să se concentreze asupra senzațiilor concomitente. Părinții au fost instruiți să-l întrebe pe Ben: *“Te-ai dus la WC?” “Ce ai simțit?” și “Ce ai simțit în corpul tău atunci?”* Ben a învățat să identifice senzațiile fizice specifice apărute când nu mai poate reține urina și trebuie să urineze.

Stadiul 4: Dezvoltarea auto-controlului

Obiectivul stadiului 4 a fost învățarea de copil a tehnicii autocontrolului pentru eliminarea enurezisului. Ben a fost instruit să-și controleze emoțiile, gândurile și comportamentul prin utilizarea auto-monitorizării și evaluarea auto-instrucției și autoîntărirea, imageria și tehnicile de rezolvare a problemei. S-au exersat metode de autocontrol a activităților cotidiene (ex. să se oprească din vorbit când vrea să spună ceva, să se oprească din joc, din strigăt sau din băut când îi este sete, sau din mâncat când îi este foame). Ben a fost instruit să continue exercițiile și când se simte obosit sau când experimentează alte dificultăți. El a învățat că pe măsură ce crește încrederea, cresc și șansele de succes.

Următorul dialog este preluat de la a V-a ședință terapeutică cu Ben. În primele patru ședințe, Ben a învățat să-și identifice concepțiile eronate, să-și înțeleagă comportamentul, să-și crească senzitivitatea la stimulii interni.

În acest punct a apărut o ameliorare a enureziei, a cărei frecvență a scăzut de la 7 nopți la 2-3 nopți/săptămână, și a mers chiar și într-o excursie cu colegii de clasă, dormind la un motel. Scopul ședinței a fost de a-i prezenta lui Ben tehnica de autocontrol.

T: Ai avut succese în scăderea nopților umede. Cu toate acestea, au mai fost și nopți umede. Cum îți explici asta?

B: N-am putut să mă opresc să nu ud patul.

T: Ai spus că nu te poți controla. Este oare așa în toate cazurile din perioada parcursă?

B: Da.

T: Acum trei săptămâni ai fost în excursie cu clasa, ai udat patul acolo?

B: Ce, ești nebun? Aceasta m-ar fi făcut să mă simt penibil.

T: Deci cum ai reușit?

B: Am încercat din greu și am reușit!

T: Exact! Vezi, atunci când gândești că este foarte important pentru tine, tu te poți controla. Acum imaginează-ți că-ți promit că părinții tăi îți vor cumpăra câinele pe care ți-l dorești așa de mult, dacă nu mai uzi patul. Ai vrea să reușești?

B: Sigur că da!

T: Vezi, atunci când ceva este important pentru tine sau dacă ceva te sperie (ex. prietenii tăi vor afla că uzi patul noaptea) sau dacă dorești să câștigi ceva (un câine), depui mai mare efort, cu scopul de a rămâne uscat patul. Nu crezi că asta înseamnă că ai putea să-ți controlezi enureza dacă situația este atât de importantă?

B: Poate. Nu știu.

T: Imaginează-ți că fiecare noapte din următoarea săptămână în care-ți vei dori să primești câinele va fi uscată și că vei depune un și mai mare efort atât cât poți tu?

B: Voi încerca.

Stadiul 5: Eliminarea enureziei: menținerea și generalizarea rezultatului

Stadiul 5 nu este independent, dar este atins prin utilizarea auto-înregistrării, auto-evaluării și auto-întării, cu creșterea treptată a încrederii în sine. Regresiile pot apărea uneori datorită faptului că în cazul unei recidive există tendința de a-și pierde încrederea în capacitatea de control a situației. În acest stadiu, Ben a fost sfătuit să considere fiecare caz de udare a patului ca pe ceva accidental, nu ca pe ceva disperat și grav, care poate apărea din cauza scăderii eforturilor sale. Pentru menținerea

rezultatelor, el a continuat să monitorizeze și să raporteze terapeutului când va opri gradual antrenamentul controlului retenției, dar cu menținerea orei devreme de culcare și a interdicției consumului de lichide înainte de a se pune la culcare.

Generalizarea rezultatului care a fost favorabil s-a făcut prin aplicarea metodei autocontrolului de către Ben și în acele sfere cum ar fi: conduita sa la școală, față de prieteni sau în familie.

Ședințele de urmărire la 1, 2 și 4 luni după terminarea terapiei au indicat un succes deplin în managementul programului de auto-schimbare a enurezei și în generalizarea lui. Neapariția recăderilor după 4 luni a indicat posibilitatea ca acest copil să-și fi achiziționat abilitățile de autocontrol pe care le aplica și pe care era capabil să le mențină.

6.5. Modele multimodale în consiliere

MODELUL BASIC ID (Lazarus) este un model eclectic care investighează următoarele arii:

B = behaviour – se analizează comportamentul care este deficitar

A = afect – se analizează emoția (anxietate, furie, depresie)

S = senzații (dureri de cap, de stomac, tulburări perceptiv – motrice)

I = imaginație – fantezii și reverii excesive, coșmaruri

C = cogniție – dificultăți în rezolvarea problemelor, în fixarea scopurilor, în luarea deciziilor

I = relații interpersonale – inexistente sau conflictuale, izolarea de ceilalți, probleme în familie

D = droguri, alimentație – dificultăți în controlul greutateii corporale, abuz sau consum excesiv de droguri, tutun sau alcool

MODELUL HELPING (Keat) investighează următoarele arii:

H = health – durere și boală

E = emoții (anxietate, furie și căderi)

L = probleme de învățare (deficiențe, greșeli)

P = relații personale

I = imagerie (abilități scăzute de coping, cotă scăzută de autoevaluare)

N = necesitatea de a ști (lipsa informațiilor corecte)

G = poziția pentru acțiune, comportamentul și consecințele care rezultă (probleme de motivație și comportament)

CAPITOLUL VII CONSILIEREA COPILULUI ABUZAT

7.1. Principii

Copilul este o ființă umană care are nevoie de protecție specială.

Copilul este vulnerabil și are nevoie de protecție specială datorită caracteristicilor specifice vârstei.

Copilul are drepturi ce trebuie respectate.

Copilul trebuie protejat împotriva oricărei forme de abuz sau neglijare.

Ignorarea abuzului este un abuz în sine.

Familia și persoanele care lucrează cu copiii au obligația de a cunoaște caracteristicile etapelor de dezvoltare, semnele abuzului și semnalarea acestora.

Efectele abuzului asupra copilului sunt devastatoare.

Abuzul produce modificări importante în structura personalității copilului, cu repercursiuni grave în timp.

Abuzul se poate produce oriunde.

Abuzul poate fi întâlnit în toate mediile - familial, școlar, social.

Tratarea victimelor abuzului trebuie să se constituie într-o activitate obligatorie.

Tratamentul și recuperarea copiilor victime ale abuzului reprezintă o garanție pentru un viitor adult echilibrat și adaptat și previne perpetuarea comportamentului abuziv.

Tratamentul și recuperarea victimelor abuzului trebuie făcute cu ajutorul specialiștilor.

Abuzul necesită intervenție și recuperare psihologică, medicală și socială specializată, realizată de o echipă multidisciplinară formată din profesioniști care utilizează tehnici specifice.

Abuzatorul trebuie să înțeleagă gravitatea faptelor sale și să răspundă pentru ele, pentru a preveni perpetuarea comportamentului abuziv.

Abuzatorul trebuie să beneficieze de tratament și recuperare psihosocială.

Abuzatorul trebuie pregătit să dezvolte capacitatea de empatie cu victima și să înțeleagă consecințele actelor sale, pentru a evita perpetuarea abuzului.

Sistemul de protecție al copilului împotriva abuzului trebuie să se realizeze printr-o strategie coerentă de cunoaștere, prevenire și intervenție.

Adulții care lucrează cu copiii trebuie să posede calități specifice și să fie instruiți corespunzător pentru a preveni abuzul în acțiunile lor curente cu copiii.

7.2. Definiții și forme ale abuzului

Definiția abuzului acceptată de OMS: "**Abuzul copilului** sau maltratarea lui reprezintă toate formele de rele tratamente fizice și /sau emoționale, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatare comercială sau de alt tip, ale căror consecințe sunt daune actuale sau potențiale aduse sănătății copilului, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității lui, în contextul unei relații de răspundere, încredere sau putere".

În DSM-IV (American Psychiatric Association 1996), conceptul de maltratare grupează trei componente principale: abuzul fizic (violență), abuzul sexual și neglijarea.

„Abuz asupra copilului” - „orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau autoritate față de acesta, prin care este periclitată viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului”- „Profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil prin desconsiderarea personalității celui de-al doilea”.

Violența și abuzul sexual se referă la comportamente neadecvate ale unor persoane care se află în mod obișnuit într-un raport de autoritate și putere cu copilul. Este vorba de obicei de adulți, dar pot fi implicați și adolescenți.

Prin chiar natura lor, copiii sunt deosebit de vulnerabili; ca victime ale infracțiunilor, ei sunt mai mici și mai slabi fizic, mai puțin dezvoltați intelectual și emoțional, mai naivi. Dacă sunt victimizați, ei sunt mai puțin capabili să-și articuleze experiențele și sentimentele în „limbajul puterii”, mai puțin capabili să se apere singuri și, în general, depind de adulții care constituie cercul lor de familie și prieteni. Din

păcate, această realitate este contrazisă de faptul că uneori chiar persoanele care îi agrează fizic, sexual sau emoțional sunt acelea care în mod natural ar trebui să-i protejeze și să-i îngrijească: familie, prieteni și cei care au autoritate asupra lor.

Copilul victimizat, în general, ascunde (de frică sau de rușine), distorsionează sau, din dorința de răzbunare, agravează și amplifică faptele spre a primi ocrotire într-un mediu mai prielnic decât cel de proveniență.

La o anumită pătură socială, marginalizată, cea care formează un mediu în care valorile sociale sunt diminuate, iar carențele educaționale sunt maxime, frica de autorități, de polițiști, de magistrați, de asistenți sociali, de medici, de persoane adulte care nu fac parte, în general, din mediul lor, este adânc implantată în copii, iar faptele rămân ascunse, doar urmările evidente (echimoze, răni, nevroze) putând fi identificate și interpretate, în felul acesta reușindu-se, și din păcate doar în puține cazuri, tragerea la răspundere penală a abuzatorilor.

Oricare ar fi faptele comise împotriva unui copil (abuz fizic, emoțional, educațional, sexual, neglijență) ele au nu numai efecte fizice previzibile, ci și traume psihice, acestea fiind de foarte lungă durată și, în general, imprezvizibile.

Forme de abuz

Clasificarea abuzurilor în: abuz fizic, psihic, economic și sexual este artificială pentru că, de fapt, există o împletire a diferitelor forme de abuz.

Abuzul fizic are și consecințe psihice, abuzul sexual este însoțit de efecte fizice și psihice asupra copilului, abuzul economic poate deveni abuz fizic (dacă munca depășește capacitatea fizică a copilului), emoțional (mai ales dacă munca este umiltoare) sau sexual (prostituția, pornografia).

Abuzul sexual asupra copilului presupune antrenarea copilului într-o activitate realizată cu intenția de a produce plăcere sau de a satisface nevoile unui adult sau unui alt copil, care, prin vârstă și dezvoltare, se află față de el într-o relație de răspundere, încredere sau putere.

Abuzul economic este atragerea, convingerea sau obligarea copilului să desfășoare activități aducătoare de venit (cel puțin parțial sau indirect), de aceste venituri beneficiind și unii adulți, apropiați ai copilului.

Neglijarea este incapacitatea sau refuzul adultului de a comunica adecvat cu copilul, de a-i asigura nevoile biologice, emoționale, de dezvoltare fizică și psihică precum și limitarea accesului la educație.

Neglijarea pune în pericol dezvoltarea normală a copilului - dezvoltarea bio-psiho-socioculturală și prin efectele grave pe care le produce, necesită intervenție promptă și adecvată.

Forme grave de neglijare:

- neasigurarea unei alimentații adecvate nevoilor de dezvoltare a copilului;
- neasigurarea unei îmbrăcăminti adecvate;
- dezinteres față de starea de sănătate a copilului;
- locuință cu spațiu și igienă necorespunzătoare;
- insuficientă supraveghere;
- lipsa de preocupare pentru educația copilului;
- privarea copilului de afecțiune;
- abandonul copilului.

7.3. Nivelurile (medii) și factori favorizanți ai abuzului

a. Familia

Cu toate că familia trebuie să constituie un mediu securizant pentru copil, aici se întâlnesc frecvent diferite forme de abuz.

Factori favorizanți:

- nivelul redus de trai al majorității familiilor și șomajul;
- familii monoparentale maternel/paterne ce apar în urma divorțului /decesului /detenției unuia dintre părinți;
- nivelul redus de școlarizare și educație al părinților;
- promiscuitatea din unele medii familiale;
- modelul parental abuziv;
- ignorarea abuzului și lipsa de informații cu privire la consecințele acestuia asupra dezvoltării copilului;
- probleme de sănătate și comportamentale ale părinților (personalități rigide lipsite de căldură și empatie, imature afectiv sau cu tulburări de personalitate);

- condiții improprii de viață (spațiu de locuit inadecvat, număr mare de copii);
- orientarea și aderarea la o grupare filosofică sau religioasă care impune anumite interdicții (asistență medicală, împiedicarea accesului la informare etc.).

b. Instituții de ocrotire

În aceste instituții au fost semnalate, atât din partea personalului cât și din partea copiilor, toate formele de abuz.

Abuzul între copiii din aceeași instituție de îngrijire. Abuzul exercitat de un copil asupra altuia de vârstă sau dezvoltare inferioară se poate ivi ca urmare a două fenomene caracteristice copilăriei:

- din nevoia de ierarhizare în mediul micro-social din acea instituție.
- pentru exercitarea unei agresiuni pe care, la rândul lui, copilul abuzator a suferit-o cândva.

Factori favorizanți:

- lipsa unei metodologii de selecție și testare a aptitudinilor necesare unei persoane care lucrează în sistemul de protecție al copilului;
- numărul redus al personalului de specialitate în raport cu numărul mare de copii;
- condiții improprii de locuit (dormitoare supradimensionate, grupuri sanitare deficitare ca spațiu, dotare, igienă);

7.4. Semnele și consecințele abuzului

a) Semnele după care recunoaștem un copil care a suferit o formă de abuz sau neglijare

Putem să ne dăm seama că un copil a fost supus unei forme de abuz sau neglijare observând și analizând modificările produse în comportamentul său în comparație cu cel cunoscut până în acel moment.

Principalele manifestări pe care le prezintă un copil abuzat sunt:

- **Tulburări de somn**

- insomnii;
- somn agitat;
- vise urâte, coșmaruri;

- **Tulburări alimentare:** anorexie, vomă, scaune modificate;

- **Prezența unor ticuri:**

- ticul clipitului;
- rosul unghiilor;
- alte mișcări cu caracter repetitiv;

- **Persistența unor senzații olfactive sau cutanate obsedante;**

- **Modificarea rapidă a dispoziției afective;**

- **Impulsivitate, agresivitate, nejustificate de situație; autostigmatizare, culpabilizare;**

- **Neglijență în îndeplinirea sarcinilor și incapacitatea de a respecta un program impus;**

- **Dificultăți în relaționare și comunicare;**

- **Scăderea randamentului școlar;**

- **Tulburări de comportament:**

- minciuna;
- fuga de acasă / școală (evaziune familială / absenteism școlar, abandon școlar);
- furt;
- consum de alcool, droguri;
- comportament sexual necorespunzător vârstei.

Consecințele abuzului

Abuzul nedepistat și netratat produce modificări grave în structurarea personalității copilului, cu repercusiuni majore în timp.

Pe termen scurt, efectele abuzului sunt mai ușor de identificat, analizat și de ameliorat, dar de cele mai multe ori, efectele lui nefaste însoțesc individul de-a lungul întregii vieți. Cu cât intervenția și recuperarea se fac mai târziu față de momentul producerii abuzului, cu atât sunt mai dificile și cu șanse mai reduse de succes.

Reacțiile copiilor la situația de abuz sunt funcție de următoarele variabile:

- Tipul de abuz;
- Vârsta copilului în momentul comiterii abuzului;
- Nivelul de comprehensiune al victimei;

- Suportul post abuz pe care îl primește de la rețeaua socială (familie, prieteni, rude);
- Caracteristicile personale ale victimei (vulnerabilitate sau reziliență);
- Caracteristicile abuzului.

Imediat după comiterea abuzului, simptomatologia dezvoltată de victimă este preponderent de tip somatic și emoțional.

Somatic, în funcție de tipul abuzului, se constată: hematoame, arsuri, echimoze, plăgi, leziuni interne, fracturi, suprafețe de piele înroșite, asociate cu tulburări neurovegetative (cefalee, vertij, greață, vomă, transpirații etc.).

Emoțional sunt evidențiate: teamă, fobii, amintiri obsesive, un puternic sentiment de insecuritate, sentimente de vinovăție, jenă.

În timp, efectele abuzului se regăsesc la adult într-un comportament cu dificultăți de adaptare și integrare socială.

Aceste modificări sunt:

- disfuncții în sfera sexuală (hipersexualitate, respingerea actului sexual sau tulburări în alegerea partenerului sexual, de tipul pedofiliei sau homosexualității);
- perpetuarea comportamentului abuzator;
- comportament autoagresiv (tentative suicidare, comportament autodistructiv, consum exagerat de alcool sau substanțe psihoactive);
- comportament agresiv față de alte persoane (agresivitate verbală sau acte violente propriuzise);
- tulburări în sfera afectivă (impulsivitate și violență; izolare socială; neîncredere în sine și în ceilalți; labilitate emoțională; autculpabilizare; anxietate conjuncturală legată de persoane, situații și fapte care au caracterizat situația de abuz);
- tulburări de relaționare, adaptare și integrare socială (dificultăți de adaptare profesională, incapacitate de constituire a unui cuplu stabil, neconflictual).

5. Rolul psihologului

Psihologul poate fi implicat atât în procesul de evaluare a abuzului cât și în procesul terapeutic de recuperare a copilului care a suferit o formă de abuz. De asemenea, psihologul are un rol important în echipa multidisciplinară implicată în investigarea, evaluarea și intervenția cazurilor de abuz asupra copilului.

Intervenția acestuia este cerută în general de către asistentul social, medic, profesor, avocat sau alți profesioniști implicați în asistarea unui caz de abuz sau neglijare.

Psihologul, în cadrul echipei, deține un rol important în procesul de evaluare a abuzului. În cadrul acestui proces, el realizează o evaluare psihologică a copilului care poate fi utilă în înțelegerea:

- mecanismelor care stau la baza comportamentului și atitudinii copilului;
- efectele abuzului asupra dezvoltării psiho-sociale a copilului;
- factorilor care determină apariția comportamentelor abuzive asupra copilului.

De asemenea, psihologul este perceput ca un specialist în dezvoltarea copilului.

Dacă este necesară implicarea lui din punct de vedere legal, este considerat un expert ce poate depune mărturie în privința dezvoltării psihologice a copilului, a consecințelor comportamentelor abuzive ce s-au petrecut asupra copilului, precum și prognosticul în ceea ce privește recuperarea acestuia.

A. Evaluarea

Evaluarea psihologică a copilului în privința dezvoltării include trei *domenii*:

- Nivelul de dezvoltare cognitiv;
- Caracteristicile personale ale copilului, inclusiv dezvoltarea socială și emoțională;
- Calitatea interacțiunilor cu părinții.

Nevoi ale copiilor abuzați fizic

- Copilul trebuie abordat într-o manieră caldă, deschisă și de suport.
- Uneori, copilul va vorbi cu ușurință despre abuz, alteori s-ar putea să se teamă de eventuale repercusiuni sau nu va dori să cauzeze neplăceri părinților.

• Este bine ca în cazul în care nu dorește să dea informații în mod voluntar despre abuz, să nu fie presat în acest sens.

Nevoi ale copiilor abuzați sexual după agresare sau dezvăluire sunt:

- Continuă să crezi copilul și nu-l acuza pentru cele întâmplate;

- Consultă medicul cu privire la nevoia examenului medical și / sau a tratamentului;
- Instruiește copilul să-ți spună imediat dacă agresorul încearcă din nou contactul sexual sau îl deranjează în vreun fel;
 - Asigură copilul în mod repetat că este în siguranță;
 - Răspunde calm și firesc întrebărilor și sentimentelor pe care copilul le exprimă în legătură cu molestarea, dar nu insista să vorbească despre aceasta;
 - Respectă dreptul copilului la viața privată, confidențialitatea și interzicând chestionarea copilului de către alte persoane care nu sunt implicate direct în instrumentarea cazului;
 - Părinții sau alte persoane care îngrijesc copilul trebuie să-l încurajeze și să respecte regulile casei (îndatoriri obișnuite, ore de culcare, reguli et.);
 - Părinții trebuie să-i informeze pe frații / surorile copilului că acestuia i s-a întâmplat ceva, dar că este în siguranță și că totul va fi bine. Nu discutați detaliile agresiunii cu frații și surorile. Asigurați-vă că toți copiii din familie au primit suficientă informație pentru a se feri de agresor.
 - Părinții trebuie să-și facă timp să discute situația cu o persoană de încredere membru de familie, preot, consilier (dar nu de față cu copilul / copiii).
 - Discutați și exprimați ceea ce simțiți.

Evaluarea abuzului sexual asupra copilului are două faze:

1. stabilirea aspectelor reale ale abuzului.
2. dezvoltarea strategiei aplicate în tratament.

Procesul evaluării psihologice variază în funcție de stilul individual și orientarea teoretică a psihologului.

În mod ideal, o evaluare trebuie să includă:

- interviu cu părinții;
- test de dezvoltare cognitivă, de personalitate;
- observații ale interacțiunii părinte-copil.

Interviul cu părintele

Scopul acestei etape este de a obține date despre copil și de a iniția formularea unor ipoteze care pot fi confirmate sau nu pe parcursul întregii evaluări. Aceste date includ:

- Istoricul dezvoltării copilului;
- Evaluarea cunoștințelor părintelui în ceea ce privește copilul;

Întrebările specifice din care psihologul poate afla cât de bine își cunosc părinții copiii sunt:

- cât anume știu părinții despre temerile, constrângerile, îngrijorările copilului, problemele de dezvoltare; cum se comportă atunci când este trist sau când e fericit?
- cum este descris copilul de către părinți: negativ, pozitiv, îl laudă, îi oferă suport?
- așteptările părinților privind copilul și dezvoltarea sa sunt realiste?

Observarea relațiilor părinte-copil

Evaluarea relațiilor părinte-copil include:

- atașamentul copilului față de părinți;
- gradul de acceptare a separării de părinți;
- nivelul de încredere;
- calitatea relației părinte-copil;
- natura identificării cu părinții;
- modalități de coping;
- gestionarea anxietății.

Pentru a obține aceste informații, psihologul trebuie să se focalizeze atât pe părinți, cât și pe copii și interacțiunile dintre aceștia. Aceste interpretări sunt strict legate de experiența psihologului cu copiii și de training-urile de pregătire ale acestuia. Întrebările specifice pe care și le pune psihologul sunt:

- Cum și ce determină diferența de comportament a copilului în prezent sau în absența părinților?
- Cum răspund părinții la nevoile și întrebările copilului?

Evaluarea psihologică formală a părinților - în afara observării relațiilor cu copiii și răspunsurilor din timpul interviului - se face numai în cazul în care sunt indicii ale unui comportament bizar și extrem. În aceste cazuri, psihodiagnosticul formal poate include teste de personalitate proiective care pot fi folosite în clarificarea naturii dificultăților de personalitate ale părinților.

Informațiile calitative și cantitative obținute din interviurile cu părinții, testele formale și

observațiile realizate pot determina o înțelegere generală a dezvoltării copilului și nevoilor acestuia.

Datele din evaluarea psihologică sunt integrate în datele obținute din evaluările celorlalți profesioniști implicați.

B. Reacțiile copiilor la traume

Literatura de specialitate descrie o serie de factori care influențează gradul de traumatizare:

1. **Expunerea la traumă.** Cu cât persoana este mai implicată în evenimentul traumatic și expusă o perioadă mai lungă de timp, cu atât este mai mare riscul dezvoltării unei psihopatologii.

2. **Relația cu victima.** În afară de expunerea la un eveniment traumatic, relația cu victima este unul dintre factorii cei mai importanți asociați traumei psihice. Cu cât mai apropiată este relația, cu atât mai mare este riscul de traumatizare.

3. **Severitatea stresului.** Nu numai răspunsul imediat la un eveniment stresant influențează capacitatea de răspuns adaptativ. Studiile au arătat că aceia care manifestă reacții severe (de ex. atacuri de panică sau disociere) prezintă un risc mai mare de traumatizare.

4. **Perceperea amenințării.** Impresia subiectivă a individului despre evenimentul traumatic poate fi mai importantă decât evenimentul în sine. Astfel, persoanele care percep evenimentul ca extrem de amenințător vor dezvolta reacții traumatice.

Persoanele expuse unor evenimente traumatice stresante pot dezvolta reacții psihologice de victimă. Două dintre cele mai frecvente manifestări sunt tulburarea de stres acut și tulburarea de stres posttraumatic.

DSM IV menționează că starea acută de stres intervine în cazul în care:

„1. Subiectul a trăit, a fost martor sau s-a confruntat cu evenimente în timpul cărora integritatea fizică a sa sau a altuia a fost amenințată;

2. Reacția subiectului în fața acestui eveniment se poate traduce printr-o frică intensă, un sentiment de slăbiciune sau de oroare. La copii, acestor manifestări li se poate substitui un comportament dezorganizat sau agitat.”

Simptomele cheie ale Sindromului de Stres Posttraumatic

Retrăirea traumei	<ul style="list-style-type: none"> • Intrusiv, studierea repetată a evenimentelor stresante • Amintiri flash (sentimente sau evenimente care apar în stare de veghe) • Coșmaruri (sentimente sau imagini cutremurătoare în timpul visului) • Reacții fizice și emoționale exagerate la stimuli care-i aduc aminte persoanei respective de evenimentul traumatizant
Evitarea	<ul style="list-style-type: none"> • Locurilor, activităților, gândurilor, emoțiilor sau discuțiilor referitoare la traumă
Amorțire emoțională	<ul style="list-style-type: none"> • Pierderea interesului • Se simte detașat de ceilalți • Emoțiile sunt restricționate
Creșterea alertei interioare	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnii • Iritabilitate și mânie • Dificultăți de concentrare • Hipervigilență • Răspunsuri exagerate de la început

Durata simptomelor

Dacă simptomele durează	Diagnosticul este	Observații
Mai puțin de o lună	Sindrom acut de stres (nu este Sindrom de stres posttraumatic)	Acestea sunt simptome care apar în imediata apropiere a stresorului și pot fi tranzitorii și autolimitate. Prezența anumitor simptome severe în această perioadă poate declanșa SSPT
1-3 luni	SSPT acut	Un tratament activ în această perioadă a fazei acute a SSPT ului poate contribui la reducerea considerabilă a riscului apariției unui SSPT cronic
> 3 luni	SSPT cronic	Simptomele pe termen lung au nevoie de un tratament mai complex și de durată și poate fi asociat cu incidența comorbidității

Cele mai recomandate tehnici de psihoterapie:

Managementul anxietății: învățarea unor serii de abilități care ajută pacienții să gestioneze stresul.

Training de relaxare: pacienții învață cum să dețină controlul furiei sau anxietății.

Exerciții respiratorii: se învață încet respirația abdominală care ajută pacientul să se relaxeze și / sau evitarea hiperventilației cu senzații fizice neplăcute.

Training de asertivitate: pacienții învață cum să-și exprime dorințele, opiniile în mod normal.

Gândirea pozitivă: se învață înlocuirea gândurilor negative cu gânduri pozitive la anticiparea sau confruntarea cu stresorul.

Oprirea gândurilor: tehnici de distragere a persoanei de la gândul traumei.

Terapia cognitivă: modificarea unor asumări nerealiste, credințe și gânduri automate care conduc la emoții negative și perturbarea activității. De exemplu, victimele traumei se simt în mod nejustificat vinovate. Scopul terapiei cognitive este să învețe pacienții să identifice propriile cogniții disfuncționale, să le scoată în evidență și să adopte o gândire realistă care să echilibreze emoțiile.

Terapia de expunere: ajută persoana să se confrunte cu situații specifice, oameni, obiecte, memorii sau emoții care s-au asociat cu stresorul și acum acestea evocă o frică intensă.

Expunerea imaginativă: retrairi emoționale repetate a traumei până ce acestea nu mai evocă stresul.

Expunerea reală: confruntarea cu situații care acum nu prezintă pericol, dar pe care persoana le evită pentru că le asociază cu trauma. Expunerile repetate ajută persoana să realizeze faptul că situațiile care generează frică nu mai sunt periculoase, iar teama va dispărea dacă persoanele rămân în situație până scapă de ea.

Ludoterapia: este pentru copii și implică jocuri care permit introducerea unor situații care altfel nu pot fi introduse în mod direct și care ajută copilul să se expună și să reproceseze memoria traumatică.

Psihoeducația: educarea pacienților și familiilor lor privind simptomele SSPT și tratamentele necesare. Se dă asigurarea că SSPT este normal și este de așteptat apariția sa după o traumă și că va trece cu timpul și prin urmarea tratamentului.

C. Abilități în consilierea copilului care a suferit o formă de abuz

Rolurile consilierului psihologic în recuperarea copilului abuzat includ:

- suport acordat copilului abuzat / neglijat;
- oferirea unui model de relație normală adult / copil;
- îmbunătățirea relațiilor, a funcționării familiei;
- suport pentru reintegrarea copilului în familie, școală și societate.

Premisele unei consilieri eficiente a copilului care a suferit o formă de abuz („Ghid de bune practici pentru prevenirea abuzului asupra copilului”, Org. „Salvați Copiii”, Timișoara: Brumar, 2005):

a) Scopurile fundamentale ale consilierii psihologice a copilului

- să-l faci capabil pe copil să se vindece de problemele emoționale;
- să-l faci capabil pe copil să dobândească un anumit nivel de congruență cu privire la gânduri, emoții și comportamente;
- să-l faci capabil pe copil să se simtă bine cu el însuși;
- să-l faci capabil pe copil să-și accepte limitele și rezistențele lui și să se simtă bine cu el; - să-l faci capabil pe copil să-și schimbe comportamentele ce au consecințe negative;
- să-l faci capabil pe copil să funcționeze confortabil și adaptativ în mediu extern (de ex. acasă și la școală);
- a crea condiții pentru copil astfel încât acesta să urmeze stadiile de dezvoltare.

b) Calitățile relației copil-consilier (și influența acestor calități asupra relației părinte - consilier)

Relația trebuie să fie :

- sigură;
- autentică;
- confidențială;
- non-intrusivă;
- desfășurată cu un scop.

c) Consilierul trebuie să fie:

- congruent, adică copilul să perceapă relația sa cu terapeutul ca o relație bazată pe încredere și siguranță;
- să ajungă la universul interior al copilului, adică la înțelegerea sentimentelor și percepțiilor copilului;
- să accepte - să nu judece copilul pentru ceea ce face sau spune;
- detașare emoțională.

d) Abilități de a consilia copilul:

- a fi împreună (alături) cu copilul;
- ascultarea activă;
- ridicarea nivelului de conștientizare și soluționarea problemelor pentru a facilita schimbarea;
- a răspunde nevoilor copilului;

Măsuri de prevenire

Abuzul sexual determină o serie de reacții și emoții. Probabil una dintre cele mai devastatoare este tăcerea: societatea evită să discute despre această problemă, care de fapt este problema tuturor... În acest sens, pentru a putea preveni apariția unor forme de abuz sexual împotriva minorilor se recomandă luarea câtorva măsuri de precauție, cum sunt:

- Comunicarea optimă între părinți și propriul copil este modalitatea cea mai eficientă de a preveni abuzul sexual; prin crearea unui climat de siguranță, copiii pot fi încurajați să își împărtășească îngrijorările.
- Explicarea copiilor că au tot dreptul de a spune „NU” oricărei persoane care încearcă să îi atingă în anumite părți mai intime ale corpului.
- Atrageți atenția copiilor cu privire la faptul că, mulți dintre adulții pe care îi cunosc, în care au încredere (prieteni, dădacă, rude) pot încerca să îi abuzeze sexual. Aceste aspecte expuse trebuie aduse la cunoștința minorilor fără a crea o stare de panică, de teamă.
- Învățarea atingerilor adecvate și inadecvate. Este necesar purtarea unor discuții cu privire la faptul că la un moment dat aceste atingeri pot fi confuze.
- Asigurarea unui climat sigur, confortabil, în care se pot purta discuții cu privire la problema unui posibil abuz.
- Încercarea înțelegerii de către victime că nu au făcut nimic greșit prin faptul că au sesizat abuzul sexual.
- Persoanele care cunosc sau au un motiv pentru a suspecta faptul că un copil a fost abuzat sexual trebuie să facă aceste sesizări organelor competente: organele de poliție, Direcția Județeană de Asistență Socială și Protecția Copilului, etc.
- Nu doar fetele, ci și băieții pot fi agresați sexual!
- Observarea atentă a cercului de prieteni adulți ai copilului, chiar în cercul propriilor cunoștințe, comportamentul prudent cu persoanele care manifestă prea mult interes față de copilul dvs. Există persoane care se comportă frumos cu copiii, apoi abuzează de aceștia datorită încrederii pe care au obținut-o.
- Învățarea copiilor să cunoască, să denumească părțile corpului și acele părți care țin de intimitatea trupului.
- Încercarea cunoașterii persoanelor cu care își petrece timpul liber copilul.
- Asigurarea copiilor, victime ale unui abuz sexual, cu privire la curajul de care au dat dovadă în a expune tot ceea ce li s-a întâmplat și înțelegerea stării de teamă pe care au experiențiat-o și că momentele grele pot fi depășite împreună.
- Supravegherea modului în care copilul accesează diverse site-uri și cunoașterea persoanelor cu care aceștia comunică on-line.
- Acordarea încrederii copilului; aceștia rareori mint cu privire la abuzul sexual.
- Evitarea comportamentului pasiv. A nu acționa este un moment critic, întrucât se amplifică riscul apariției formelor de abuz sexual în cazul mai multor copii.

CAPITOLUL VIII

CONSILIEREA PERSOANELOR DROG-DEPENDENTE AFLATE ÎN DETENȚIE

8.1. Ședința 1

„Interrelaționarea membrilor grupului”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- cunoașterea deținuților între ei;
- însușirea obiectivelor cursului;
- captarea atenției și interesului pentru program;
- dezvoltarea motivației de a participa la curs.

a) **Stimularea motivației intrinseci:** convorbirea se va purta pe marginea efectelor pozitive și negative pe care le-au produs traficul sau consumul de droguri, alcool și tutun, consecințele directe asupra propriilor lor vieți, ceea ce câștigă și ceea ce pierde ei înșiși dacă nu reușesc să renunțe la acest comportament de risc, **consumul de substanțe psihoactive și alcool.**

b) **Stimularea motivației extrinseci:** prezentarea regulilor de desfășurarea activităților în cadrul grupului, consemnarea angajamentelor de confidențialitate individuală și de grup, precum și limitele obligatorii, obligațiile, drepturile și constrângerile impuse de R.O.I. pe parcursul desfășurării programului.

- **cunoașterea condițiile de participare la program;**
- **prezentarea și însușirea regulilor în cadrul grupului: nonviolență, respect, confidențialitate, toleranță.**

1. **Prezentarea personală a fiecărui membru participant la program;**

2. **Prezentarea scopului fundamental și a obiectivelor operaționale ale programului:**

3. **Reguli privind participarea la program:**

- Ședința are o durată de 50 minute;
- Grupul stă sub formă de cerc;
- Pe parcursul ședinței membrii grupului au o poziție și un comportament decent;
- Fiecare membru al grupului are dreptul la cuvânt, dar se vorbește pe rând;
- Nu se va părăsi sala în timpul ședinței;
- Nu se fumează în timpul ședinței;
- Nu se acceptă adresarea jignitoare față de ceilalți;
- Nu sunt acceptate manifestările și actele de violență.

8.2. Ședința 2

„Vizionarea unui film documentar”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- însușirea efectelor dependenței asupra consumatorilor și a celor din jurul lor, prin vizionarea unui film documentar cu această tematică;
- conștientizarea faptului că a consuma o substanță psihoactivă, alcool și tutun în exces, este o problemă de sănătate care trebuie rezolvată și se poate rezolva;
- evaluarea tendințelor deținuților selecționați către consumul de droguri;
- evaluarea interesului față de problematica consumului de drog și a prevenirii;
- autoevaluarea propriului comportament de către fiecare participant.

Discutarea la finalul filmului a:

- consecințelor directe asupra consumatorului de droguri, alcool și tutun, precum și asupra celor din jur;
- comportamentului membrilor societății față de cineva care este dependent de alcool sau droguri;
- comportamentului și modul de acțiune pe care ar trebui să-l aibă societatea față de alcoolici și drogați (răspunsul societății);
- nevoile reale și utile ale consumatorilor de alcool și droguri.

8.3. Ședința 3

„Dependența de tutun, alcool și droguri”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- discutarea și prezentarea consecințelor dependenței de alcool și droguri în plan fizic, psihic și social;
- însușirea dimensiunilor dependenței de alcool și droguri și impactul acesteia asupra lui, asupra comunității și societății.

În cadrul grupului fiecare membru va prezenta punctul de vedere propriu cu privire la:

Secvența nr. 1 – Drogo-dependența – aspecte medicale – 20 min.

Ce este dependența de alcool și droguri?

Cauze ale dependenței;

Semne și simptome ale dependenței.

a. Ce este dependența de alcool și droguri?

După un consum îndelungat, absența drogurilor produce o stare de rău în organism. Astfel, apare nevoia fizică și mentală de a consuma alcool sau droguri, denumită **stare de dependență**.

Dependența fizică nu se întâlnește la toate tipurile de droguri, dar există droguri care dau dependență după primul consum.

Dependența de alcool se manifestă după perioade relativ mari de consum, de regulă a alcoolului cu concentrație ridicată.

Dependența de tutun se manifestă după o perioadă mai mare de consum, atunci când cantitatea de consum depășește unul-două pachete de țigări pe zi și se verifică atunci când dependentul nu are țigări, când se află în pragul un episod de sevraj.

Dependența este rezultatul administrării îndelungate a tutunului, alcoolului sau a drogului.

Se spune despre o persoană că este dependentă:

- atunci când nu se poate abține să nu consume;
- când starea de rău dată de absența drogurilor este atât de puternică încât persoana continuă să consume droguri pentru a înlătura această stare;
- când organismul o cere.

b. Cauze ale drogo-dependenței:

- scade cantitatea de drog consumat;
- se amână administrarea drogului peste limitele suportabile ale organismului;
- se întrerupe administrarea drogului.

Dependența se instalează diferit de la o persoană la persoană în funcție de:

- organismul fiecăruia;
- frecvența (cât de des) și perioada de consum a drogului;
- tipul de drog consumat;

c. Semne și simptome ale dependenței:

În funcție de substanța utilizată, pot apărea următoarele semne caracteristice:

- consumul de droguri este precedat de consumul de tutun și ulterior de alcool;

- schimbări bruște de dispoziție psihică/atitudine;
- somnolență și apatie;
- oboseală fără o cauză anume;
- lipsa apetitului;
- tulburări de atenție și lipsa concentrării;
- tulburări de memorie;
- lipsa interesului pentru școală, prieteni, familie;
- apariția unor noi prieteni mai în vârstă;
- irascibilitate, agresivitate;
- miros specific;
- lipsa interesului pentru aspectul fizic și scăderea imaginii de sine;
- lipsa de coordonare motorie;
- accese de tuse, strănut;
- urme de înțepături pe corp;
- prezența unor substanțe sau obiecte: capsule, tablete, prafuri, fiole, seringi, cutiuțe;
- împrumuturi și cheltuieli de sume mari.

Toate semnele enumerate mai sus indică faptul că o persoană consumă droguri.

Prezența unui singur semn nu este o dovadă concludivă a faptului că o persoană consumă droguri, dar prezența câtorva semne în același timp impune mai multă vigilență.

Când însă administrarea unei cantități constante de drog nu mai produce efectele așteptate se instalează dependența.

De aceea persoana:

- simte nevoia să mărească doza;
- micșorează intervalul de consum;
- folosește orice metodă pentru a-și produce doza, de la furt, tâlhărie și până la omor;

Secvența nr. 2 – Drog - dependența – aspecte în plan individual și social – 20 min.

a. Aspecte în plan individual

Toate drogurile ilegale sunt periculoase pentru că dăunează grav sănătății.

Consumate din când în când, drogurile oferă iluzia unei stări de bine. În realitate, organismul suferă de fiecare dată când persoana consumă droguri.

Ce se întâmplă cu corpul și mintea atunci când se consumă droguri?

- Apariția tulburărilor de atenție, de memorie, de percepție și reprezentare, de gândire, a imaginii și încrederii de sine, a afectivității;
- Somnolență, comă, convulsii, inconștiență;
- Tremurături, tulburări digestive, năucire, stupoare;
- Apariția halucinațiilor auditive, vizuale, kinestezice;
- Cariii dentare, căderea părului, astenie, impotență și frigiditate, sindrom de sevraj la nou-născut, slăbirea memoriei;
- Amețeli, dureri de cap, slăbiciuni musculare, tulburări de vedere, hipotensiune, depresie, agresivitate;
- Dificultăți de vorbire, de mers, diminuarea autocontrolului, paloare, vărsături, diaree, sângerări ale mucoasei nazale;
- Apariția riscului de accident vascular, infarct miocardic etc.;
- Creșterea riscului de contaminare HIV, TBC, hepatită.
- Depersonalizarea.

Sub influența drogului personalitatea toxicomanului suferă modificări:

- Dilatarea imaginii de sine cu supravalorizarea „Eu”-lui;
- Se consideră privilegiat prin posibilitatea evadării din real și a trăirilor inedite;
- Scade afectivitatea asupra celor din jur;
- Reduce valoarea relațiilor interpersonale;
- Slab ancorat în realitate

Toate aceste duc la deformarea sistemului pulsional și a structurii personalității determinând creșterea **VULNERABILITĂȚII**.

b. Aspecte în plan social

Consumul de alcool, tutun și droguri îi afectează și pe cei de lângă noi.

Se spune că folosirea drogurilor este o crimă „ crimă fără victime” deoarece îl vatămă doar pe cel care le consumă, dar în realitate persoana care consumă droguri nu este singura care suferă, ci și cei din jurul nostru. După droguri, urmează alcoolul și tutunul, în funcție de pericolul ce-l reprezintă pentru cei de lângă noi.

a. Familia:

Cum credeți că influențează consumul de alcool și droguri relațiile de familie?

- Se schimbă relațiile cu membrii familiei (părinți, frați, alte rude): persoana care consumă alcool și droguri devine distantă, retrasă, nu se mai implică în rezolvarea problemelor de familie, apar certuri, conflicte.

- Este afectată imaginea familiei în comunitate (în rândul vecinilor, cunoscuților, rudelor) și astfel apare sentimentul de rușine.

- Afectează venitul familiei: nevoia permanentă a consumatorului de a-și cumpăra alcool și droguri îl determină pe acesta să utilizeze resursele materiale ale familiei, indiferent dacă familia este de acord sau nu cu acest lucru (tentația de a fura).

b. Școala:

Dar școala?

- Consumatorul începe să lipsească din ce în ce mai des la școală.

- În final renunță la școală.

c. Grupul de prieteni:

Dar grupul de prieteni?

- O persoană poate să înceapă să consume alcool și droguri fiind influențat de prietenii lui.

- Pentru obținerea alcoolului sau dozei de droguri necesare, ajung împreună să comită diferite fapte penale (furturi, tâlhării, trafic de droguri).

- Consumul de alcool și droguri te îndepărtează de prietenii pe care i-ai avut, dar, totodată, și ei te resping datorită comportamentului pe care îl ai (provocat de consumul de alcool și droguri).

d. Locul de muncă:

Ce se întâmplă la locul de muncă?

- Sunt afectate relațiile cu colegii de muncă și șefii;
- Neîndeplinirea activităților cerute la locul de muncă;
- Absențe repetate;
- Renunțarea la locul de muncă.

Cine riscă să devină alcoolic sau drog-dependent?

Exercițiul dă deținuților ocazia să înțeleagă dimensiunile fenomenului. În plus, ei au posibilitatea să înțeleagă în ce fel i-ar putea afecta dependența de alcool și droguri în plan fizic și psihic. Ea afectează și relațiile de cuplu și alte relații sociale. Deținuții sunt direct implicați și au ocazia să își corecteze informațiile, dacă este cazul, sau să-și revizuiască opiniile și atitudinile atunci când sesizează că acestea sunt prejudiciate de idei preconcepute. Se colectează toate părerile membrilor grupului, se discută mai întâi în grup și se consemnează punctele de vedere.

8.4. Ședința 4

„Motivația consumatorilor”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- însușirea corelațiilor între vârstă, motivație și drogul consumat;
- decelarea între fapte reale și false informații despre consumul de alcool sau droguri;

Motivația consumului de tutun, alcool și droguri

Utilizatorii de droguri sunt în mare măsură copii și tineri. În funcție de vârstă, se folosesc cu predilecție un drog sau altul.

Solvenții sunt folosiți de cei foarte tineri – 8-18 ani. În jurul vârstei de 14 ani se încearcă tutunul, la 16 ani alcoolul, iar la 18 ani canabisul, heroina și halucinogenele.

Aproximativ 75% dintre utilizatori sunt băieți.

De regulă începutul constă în consumul de tutun, ulterior alcool și în final urmează drogul, statistic sunt foarte puțini cei care încep direct cu doza de drog.

Din ce motive credeți că ajung să consume droguri tinerii?

Putem aminti și următoarele motive:

- Dificultăți de comunicare(cu părinții, profesorii, colegii);
- Lipsa modelelor credibile de identificare;
- Teribilism (spargerea barierelor, normelor sociale);
- Pentru a fi acceptați într-un grup (anturajul și influența lui);
- Aprecierea nerealistă a realizărilor personale;
- Lipsa de încredere în sine, în propriile forțe și capacități, lipsa de respect față de sine, sentimentul de inferioritate și inutilitate;
 - Apartenența la familii dezorganizate, în care există tensiuni, conflicte, violență, agresivitate, consum de alcool, **droguri**;
 - Lipsa flexibilității și a capacității de adaptare la schimbări, toleranță redusă la frustrare, imaturitate, capacitate slabă de a face față stresului într-un mod adecvat, altul decât recurgerea la paleativul de genul alcool (droguri);
 - din curiozitate – „s-a ivit ocazia”, iar ei nu au făcut decât să încerce, să vadă cum este, deoarece este **la modă**;
 - din plictiseală;
 - din dorința de a face ceva nou, periculos, misterios; utilizarea lor este o dovadă de „curaj”; sunt ilegale, deci consumul lor pare incitant;
 - pentru a uita de greutățile cotidiene, pentru a „fugi” de problemele de acasă și de la școală, din incapacitatea de a găsi acestora soluții adecvate și din comoditatea dată de utilizarea alcoolului sau drogurilor care îi face să vadă altfel aceste probleme sau să scape pentru o perioadă de ele;
 - lipsa unor scopuri, țeluri, idealuri în viață.

Ce putem face împotriva consumului de alcool sau droguri?

Putem adăuga următoarele:

- să ne informăm despre droguri, să cunoaștem adevărurile și miturile despre ele;
- să oferim o informare corectă asupra problemei alcoolului sau drogurilor, să împărtășim celorlalți ceea ce știm despre cauzele, urmările și prevenirea consumului acestora;
- să ne cunoaștem mai bine și să avem mai multă încredere în noi;
- să ne dezvoltăm spiritul critic și comportamentul de adaptare;
- să învățăm cum să comunicăm mai bine cu cei din jur;
- să stabilim o relație de încredere cu ceilalți;
- să cerem sprijin și ajutor atunci când avem nevoie, când suntem în dificultate;
- să știm cui să ne adresăm pentru un ajutor calificat;
- să îi îndrumăm și să îi ajutăm pe cei care au nevoie;
- să ne asumăm responsabilități, să ne implicăm în prevenirea consumului de droguri.

8.5. Ședința 5

„Drumul vieții”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- conștientizarea efectelor dramatice pe care le poate produce drog-dependența în viața consumatorilor;

- evidențierea efectelor pe care le poate avea dependența de alcool și droguri asupra vieții oamenilor;
- însușirea aspectului pe care îl are tutunul, alcoolul sau drogul din punctul de vedere al învățăturii moral creștine.

Secvența nr. 1 - „Linia vieții” – 20 min.

Se dă deținuților o coală de hârtie pentru a desena o „linie a vieții”(de ex.: naștere – școală – slujbă – șomaj - relație sexuală –căsătorie - nașterea copiilor – boală – slujbă – pensie – bătrânețe - moarte). Deținuții sunt rugați să schițeze această linie în conformitate cu dorințele și visurile lor. Sunt invitați să se gândească în ce momente ale vieții lor ar putea surveni, ipotetic, drog-dependența și cum ar modifica acest eveniment linia vieții în continuare.

Deținuții trebuie să se grupeze în perechi, să discute aceste schițe și să comunice apoi grupului reunit cele mai importante concluzii ale discuției lor.

Consumul de alcool și droguri îi afectează și pe cei de lângă noi

Se spune că folosirea drogurilor este o crimă „ crimă fără victime” deoarece îl vatamă doar pe cel care le consumă, dar în realitate persoana care consumă droguri, cât și cel de alcool nu este singura care suferă, ci și cei din jurul nostru.

Tot așa și tutunul creează victime, iar metoda pe care o folosește este metoda mută, fără zgomot și din nefericire aproape acceptată de societate. Astăzi cei care iau atitudine împotriva consumului de tutun sunt din ce în ce mai puțini.

e. Familia:

Cum credeți că influențează consumul de alcool și droguri relațiile de familie?

- Se schimbă relațiile cu membrii familiei (părinți, frați, alte rude): persoana care consumă alcool sau droguri devine distantă, retrasă, nu se mai implică în rezolvarea problemelor de familie, apar certuri, conflicte și diferite forme de agresivitate.
- Este afectată imaginea familiei în comunitate (în rândul vecinilor, cunoscuților, rudelor) și astfel apare sentimentul de rușine.
- Afectează venitul familiei: nevoia permanentă a consumatorului de a-și cumpăra alcool sau droguri îl determină pe acesta să utilizeze resursele materiale ale familiei, indiferent dacă familia este de acord sau nu cu acest lucru (tentația de a fura).

f. Școala:

Dar școala?

- Consumatorul începe să lipsească din ce în ce mai des la școală.
- În final renunță la școală.

g. Grupul de prieteni:

Dar grupul de prieteni?

- O persoană poate să înceapă să consume fiind influențat de prietenii lui, sau încercând la rândul său să-i corupă pe alții.
- Pentru obținerea drogurilor necesare ajung împreună să comită diferite fapte penale (furturi, tâlhării, trafic de droguri).
- Consumul de droguri te îndepărtează de prietenii pe care i-ai avut, dar, totodată, și ei te resping datorită comportamentului pe care îl ai (provocat de consumul de alcool sau droguri).

h. Locul de muncă:

Ce se întâmplă la locul de muncă?

- Sunt afectate relațiile cu colegii de muncă și șefii;
- Neîndeplinirea activităților cerute la locul de muncă;
- Absențe repetate;
- Renunțarea la locul de muncă.

Secvența nr. 2 - „Cum ar fi fost fără tutun, alcool sau droguri?” – 15 min.

Se dă câte o foaie de hârtie și un creion fiecărui membru al grupului.

Se cere ca fiecare să scrie câte zece schimbări ce s-au produs în viața lui datorită dependenței de alcool și droguri sau dacă nu ar fi fost dependent de ele.

Ce anume s-a schimbat astăzi, după 10-15 ani de consum zilnic a 30-40 de țigarete.
Apoi li se cere membrilor grupului să discute în perechi despre ceea ce au simțit și gândit scriind aceste lucruri.

Se reconstituie grupul și se cere feed-back de la fiecare asupra modului în care le-a afectat exercițiul percepția despre dependența de tutun, alcool și droguri, despre viața în general fără ele.

Secvența nr. 3 – Dependența de tutun, alcool și drog în cadrul învățării moral creștine – 10 min.

Prezentarea acestui viciu ca fiind o formă a păcatului și discutarea aspectului pe care îl prezintă acest punct de vedere asupra deținuților.

Modalitățile de acțiune din punctul de vedere al învățării creștin ortodoxe: mărturisirea (spovedania), arătarea gândurilor, îndelunga ascultare, rugăciunea, ajutorarea celui aflat în nevoi, smerenia, grija față de sine, dezvoltarea toleranței și dragostei de oameni.

8.6. Ședința 6

„Studiu de caz – Alina și Andrei”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- sensibilizarea deținuților cu privire la avantajele prevenirii consumului de droguri prin analiza de caz.

Se dă deținuților următorul scenariu:

„Andrei i-a invitat pe Cornel și pe Mircea în această după-amiază pentru că are nevoie de ajutorul și de sfaturile lor și, mai ales, pentru că își dorește o după-amiază liniștită între **băieți**.

După ce au ascultat un CD preferat, acesta începe: *O cunosc pe Alina de vreo 6 luni și o iubesc. Săptămâna trecută am început să avem o relație adevărată, dar totul a eșuat pentru că voiam să mă droghez. De atunci mă evită. Simt că am dezamăgit-o. Mi-a spus că probabil țin prea puțin la ea sau la mine dacă îmi asum riscuri. Este adevărat că am mai avut și alte relații înainte de Alina, dar era altceva. Pe ea o iubesc! Am impresia că nu mai vrea să mă vadă. Ce aș putea să fac?”*

FAZA 1

Care este reacția voastră după această lectură de scenariu? Ce părere aveți despre felul în care comunică Alina și Andrei?

Cum credeți că ar trebui să procedeze ei?

FAZA 2

Sunt invitați deținuții să facă o listă a avantajelor prevenirii consumului de droguri în cazul unui cuplu tânăr, cum este cel descris din perspectivă personală, din cea a relației de cuplu.

FAZA 3

Deținuții trebuie să modifice scenariul: Alina și Andrei abordează sub un unghi pozitiv problema prevenirii. Cum se comportă în această situație, cum discută despre aceasta?

Este posibil ca deținuții să-și exprime neîncrederea în posibilitatea ca negocierea comportamentului de risc (consumul de droguri) să conducă la consolidarea relației de cuplu; de aceea, deținuții trebuie provocați ca inconvenientele să fie transformate în avantaje (tehnica inversării pozitive).

Ex.: Deținutul: „Abordarea prevenirii este riscantă într-o relație”

Psihologul: „Cum putem face ca prevenirea să contribuie la consolidarea unei relații?”

În acest exercițiu se folosește deliberat termenul „prevenire” pentru a permite deținuților să folosească propriile reprezentări legate de prevenire.

8.7. Ședința 7

„Cum să spui nu...!”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- Stimularea deținuților să reflecteze asupra motivației schimbării comportamentului și factorilor care pot contribui la aceasta;
- Însușirea de către deținuți a tehnicilor de a spune **NU** la presiunea exercitată de anturaj pentru a fuma sau a consuma alcool sau droguri.

Secvența nr. 1 – Motivarea schimbării – 20 min.

FAZA 1:

Deținuții sunt invitați să discute despre experiențele lor în materie de schimbare a comportamentului.

Au fost vreodată în situația de a fi obligați să-și schimbe obiceiurile din cauza unor motive de sănătate, credință religioasă sau alte motive?

Ce s-a întâmplat?

A fost dificilă schimbarea în plan practic?

Dar din punct de vedere psihologic?(Ce au simțit?)

Cine sau ce i-a ajutat pe deținuți în respectivele împrejurări?

Psihologul va nota sentimentele, dificultățile psihologice și ajutorul primit.

FAZA 2:

Deținuții sunt încurajați să identifice consecințele dependenței de tutun, alcool și drog asupra relațiilor dintre oameni.

Ex.

• Consumul de droguri te îndepărtează de prietenii pe care i-ai avut, dar, totodată, și ei te resping datorită comportamentului pe care îl ai (provocat de consumul de droguri).

- Sunt afectate relațiile cu colegii de muncă și șefii;
- Neîndeplinirea activităților cerute la locul de muncă;
- Absențe repetate;
- Renunțarea la locul de muncă;
- Ai pierdut o relație, pe cineva drag din cauza alcoolului?
- Ai fost rugat să fumezi afară? – ce atitudine ai avut?.

Psihologul evidențiază dificultățile presupuse de schimbarea de comportament, modificările relațiilor dintre oameni(afective, sociale) determinate de necesitatea prevenirii.

El va insista asupra faptului că prevenirea necesită o formare individuală și, uneori, suport psihologic din partea anturajului.

Secvența nr. 2 - „Cum să spui NU” – 30 min.

Se explică grupului că exercițiul constituie o practică pentru viața reală – pentru a învăța să refuzi atunci când nu vrei să recurgi la un comportament de risc(consumul de drog sau de alcool) sau să spui **NU** la presiunea din partea prietenilor.

„Este important să fii capabil să răspunzi repede și cu argumente bune înainte ca partenerul să încerce să te convingă”.

Se cer doi voluntari (deținuți) și se organizează un fel de concurs.

Se fac două grupuri și ele trebuie așezate în colțuri opuse ale camerei în așa fel încât să nu se audă șoaptele și răspunsurile celorlalți.

Psihologul va citi câteva fraze cu voce tare, fraze care să conțină expresii/cuvinte care exprimă presiunea exercitată de o persoană sau grup asupra cuiva.

EXPRESII DE PRESIUNE	EXEMPLE DE RĂSPUNSURI
la o țigară, hai ia, așa vei fi la modă	Sunt și fără țigară actual, doar sunt în viață.
Gustă și tu, ia numai o gură, două, toți bem vrei să credem c-o să ne spui, hai ia o sticlă ca noi!	Am spus nu și nu rămâne!
Dacă vrei să fii popular, trebuie să te droghezi.	Nu depind de drog pentru a avea prieteni.
O dorești la fel de mult ca și mine.	Nu, sincer nu. De când poți să-mi citești gândurile?
Încearcă-! Este cel mai bun.	Cel mai bun lucru pentru mine este să mai aștept
Bea ceva! Te face să-ți dorești și tu să te droghezi.	Nu, mulțumesc. Nu vreau să mă îmbăt și să nu mai știu ce fac.
Dacă nu vrei, găsesc 10 care să vrea.	Foarte bine.
Mulți dintre prietenii tăi o fac. Numai tu nu vrei.	Ceea ce fac prietenii mei este treaba lor. Am hotărât să mai aștept. Așa este decizia mea.
Toată lumea o face.	Bine, dar eu nu sunt oricine. Eu sunt eu. De altfel, nici nu cred că toată lumea o face.
Dacă mă iubești, ar trebui să te droghezi alături de mine.	Dacă m-ai iubi, mi-ai respecta sentimentele și nu m-ai obliga să fac ceva pentru care nu sunt pregătit.
Dacă nu te droghezi cu mine, nu ne vom mai vedea niciodată.	Bine, dacă asta dorești să faci, am să mă lipsesc.
Știu că vrei să o faci, dar te temi de ceea ce va spune lumea.	Dacă aș vrea să mă droghez, nu mi-ar păsa de ce spun ceilalți.
Trebuie să mai crești, nu vei rămâne întotdeauna un băiețel.	A nu te droga nu înseamnă a fi imatur. Pentru mine a fi matur înseamnă a decide și a face ceea ce doresc.
Te-ai mai drogat și înainte. Care este problema acum?	Am dreptul să-mi schimb părerea. Am decis să mai aștept.

După ce se citește fiecare frază, echipele se reunesc și formulează un răspuns. Echipa care a găsit prima un răspuns anunță „juriul”, care îl evaluează. Dacă răspunsul este bun (și cei doi voluntari trebuie să decidă), echipa va primi un punct.

Câștigă echipa care are cele mai multe puncte.

Când se termină frazele, se va comenta urmărind ca puncte distincte:

- ❖ Care este presiunea din exterior?
- ❖ Dacă cineva te pune în încurcătură, te umilește sau te irită, se poate folosi expresia „a face presiune”, „a forța”?
- ❖ Este dificil să găsești replici la „exerciții de presiune”?
- ❖ Odată ce ai găsit un răspuns este greu să-l spunei?
- ❖ Ce faci dacă partenerul tău continuă să te preseze?
 - Spui **NU și repeți.**
 - Nu oferi un motiv de scuză.
 - Treci la ofensivă.
 - Refuzi să continui discuția.

8.8. Ședința 8

„Evaluare și feedback”

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

- evaluarea maturizării și a responsabilității în rândul participanților;
- evaluarea propriului comportament de către fiecare participant;
- prezentarea părerilor vis –a- vis de program și realizarea feed-back-ului de către coordonatorul programului.

Se aplică un chestionar de evaluare a percepțiilor.

Solicitarea din partea fiecărui membru al grupului; prezentarea a trei motive pentru care oamenii ar dori să păstreze controlul asupra consumului de drog.

Deținuții vor fi invitați să răspundă la următoarele întrebări:

- Ce am învățat în timpul acestui program?
- La ce cred eu că mai trebuie să lucrez?
- Ce notă acord programului?
- Ce lipsește programului?

CAPITOLUL IX

CONSILIEREA SINDROMULUI POST-AVORT

9.1. Definiere și caracteristici

Stresul Post Avort (SPA) este o formă particulară a unui diagnostic mai amplu, cunoscut în literatura de specialitate drept Tulburări de Stres Post-traumatic(TSPT). Stresul post-traumatic este o reacție de stres pe care o au unele femei după avort. Manifestarea acestei reacții poate avea loc oricând, imediat sau la ani de zile după efectuarea avortului. În mare parte, stresul post-avort este provocat de "incapacitatea femeii de a-și exprima sentimentele în legătură cu sarcina ei și avortul suferit. În plus, femeia nu este în stare să treacă peste sarcina suferită și să ajungă la pace lăuntrică.

Incapacitatea victimei SPA de a deveni stăpână pe sentimentele ei este amplificată de mulți factori: criza determinată de sarcină, urgența cu care femeia a fost nevoită să ia o decizie, absența unui sistem de sprijin viabil, secretul pe care a trebuit să îl păstreze și negarea recunoașterii pierderii suferite. Cei care o vor sfătui pe femeie să nu vorbească despre asta și că nimic nu s-a întâmplat susțin sau că decizia luată a fost cea mai bună, ori că a comis o crimă. Negarea problemei nu rezolvă situația decât în plan imediat, dar mai devreme sau mai târziu problema va reapare.

Se ajunge la Sindromul Post Avort pentru că femeia nu și-a exprimat sentimentele și nu și-a rezolvat pierderea. Ea își blochează emoțiile și apelează la mecanisme prin care să facă față situației pentru a putea supraviețui.

Femeile care riscă să sufere de Sindromul Post-avort sunt:

- adolescentele: nu au ajuns încă să-și dea seama de felul în care deciziile din prezent ar putea să le afecteze viitorul;
- femeile care au deja copii, când aleg să facă un avort: aceste femei își iubesc copiii, le poartă de grijă, îi ocrotesc și fac sacrificii pentru ei. Acest instinct natural de a-și proteja copiii devine, de fapt, un ghimpe pentru mamele care aleg soluția avortului. Nu este greu de observat nevoia pe care o au aceste mame de a-și plânge copilul pierdut.
- femeile care și amână avortul până în semestrul II sau chiar III de sarcină (aici se includ și avorturile în scop terapeutic sau din cauza unor anomalii fetale). Factorii care fac avortul foarte dificil pentru aceste femei sunt stadiul avansat al dezvoltării fetale, riscul crescut de complicații medicale pentru mamă, probabilitatea mai mare ca mama să intre în contact cu copilul avortat, dacă acesta a "supraviețuit" și trăiește chiar pentru o perioadă scurtă de timp.
- femeile care s-au simțit presate să ia decizia avortului: un avort făcut sub tensiune adaugă zbateri în plus la pierderea suferită, lupte lăuntrice în jurul ideii de alegere și control asupra propriei vieți și a capacității de a lua decizii pozitive în propria viață.
- femeile care au un conflict de valori: sistemul de valori este învățat din diferite surse: familie, cultură și credință. Decizia de a face un avort este adesea în opoziție totală cu etica severă de viață a unor femei. Zbuciumul de a soluționa problema sentimentelor și a pierderii suferite devine mai intensă când femeile au deja un conflict în ce privește sistemul lor de valori.

Maria Simon, doctor în filozofie, psiholog la Clinica Universitară de Obstetrică - Ginecologie din Wurzburg a efectuat un sondaj de opinie socio - psihologic, chestionând 63 de femei care în urmă cu unul până la șapte ani au avut un avort. Studiul a demonstrat că nu există avorturi fără riscuri. În două cazuri din trei apar sentimente de regret, vinovăție și teamă. Uneori depresile pot fi atât de grave, încât se manifestă pe plan fizic prin tulburări de ritm cardiac, hipertensiune arterială, migrene și tulburări gastro - intestinale.

9.2. Simptomele care caracterizează sindromul post - avort sunt

- simptome similare unui șoc psihic după accident;
- tulburări de somn - insomnii, coșmaruri, vise obsesive;
- ocalizarea atenției asupra femeilor gravide sau a copiilor mici, sau dimpotrivă, teamă sau panică la vederea lor;
- dorință necontrolată de a repara greșeala printr-o nouă sarcină (care în mod paradoxal se termină de obicei printr-un alt avort);
- scăderea capacității de concentrare, hiperactivitate, plâns necontrolat;

- retrăirea dureroasă a avortului, urmată de agresivitate la adresa tatălui copilului;
- reacții emotionale foarte puternice la auzul zgomotelor unui aspirator, la privirea unui nou născut, manifestate prin crize nervoase, țipete, convulsii, transpirații abundente;
- inhibarea vieții emoționale (comportament stereotip), amorțeală psihică;
- încercarea de a se dezvinovăți manifestată prin lupta împotriva avortului, prin convingerea altor femei să renunțe la avort;
- avorturi numeroase în continuare;
- întreruperea comunicării în cuplu, distrugerea relației cu partenerul, incapacitatea de a avea relații stabile cu alte persoane;
- diverse tulburări sexuale - frigiditate, promiscuitate, distrugerea relației cu partenerul, schimbarea frecventă a partenerului;
- sentimentul unei pierderi irecuperabile sau goliciune sufletească de lungă durată;
- depresii, tristețe, durere interioară;
- sentimentul de vinovăție, de a se simți murdară;
- tulburări grave ale aprecierii de sine, neîncredere în sine și în cei din jur, dispreț față de sine mergând până la masochism;
- teama de a fi pedepsită prin accidente ale celorlalți copii;
- abuz de medicamente, droguri, alcool;
- tendință de suicid;

După avort femeia se confruntă cu moartea a două persoane: cea care ar fi putut deveni ea însăși dacă ar fi continuat să păstreze sarcina, și persoana copilului din pântecul ei. În majoritatea cazurilor, ea nu și-ar fi omorât copilul dacă ar fi avut alături un partener care să o încurajeze și să o protejeze. Alegerea avortului este expresia disperării din sufletul ei, disperare ce poate avea următoarele manifestări: cinism, speranțe nerealiste, stări depresive, labilitate emoțională.

Aceste simptome apar pentru că:

- Pierderea suferită are o importanță majoră. Datorită transformărilor hormonale fiziologice din organism apare o deschidere interioară pentru viață. Organismul și-a adaptat funcțiile pentru susținerea a două vieți: a mamei și a fătului. Odată cu întreruperea sarcinii este inhibată funcționalitatea numeroaselor transformări hormonale apărute pentru a fi în ajutorul armonizării vieții mamei și a fătului. Aceste noi funcții hormonale, nemaiaivând un obiect destinat, vor crea un dezechilibru al funcționalității întregului organism.

- Părinții au păreri contrare privind copilul și alegerea metodei care-i va curma viața. Teama legată de apariția sarcinii nedorite, tensiunea psihică care influențează decizia privind viața copilului, agresivitatea care duce la distrugerea vieții viitorului sugar, precum și durerea sufletească ce se naște în urma pierderii suferite - toate acestea conduc la apariția unor conflicte psihologice profunde, foarte greu de înlăturat.

- Mai devreme sau mai târziu, părinții vor fi nevoiți să-și jelească copilul. Dacă nu o fac, conflictele sufletești, expresie a sindromului, nu vor întârzia să apară.

- Conflictele nerezolvate au un efect paralizant asupra personalității.

- Durerea înăbușită duce întotdeauna la frică și mânie, de aceea acest sindrom este întotdeauna caracterizat de o stare de neliniște și depresie.

9.3. Etapele consilierii sindromului post-avort

Lucrarea de vindecare în cazul stresului post-avort implică "plângerea pierderilor de mult îngropate sau negate care au în centrul lor avortul".

În cazul unui avort, mult persoane nu recunosc faptul că este vorba despre o pierdere și de aceea nu înțeleg nevoia ca acea durere sufletească să fie plânsă. Această atitudine din partea oamenilor crează un climat care face foarte dificilă plângerea corespunzătoare a durerii. În plus, avortul determină o stare psihică ambivalentă în ce privește natura pierderilor. Capacitatea individuală de tolerare a unor nivele diferite de durere emoțională poate întrerupe sau încetini procesul de plângere a durerii. Un alt obstacol ce poate interfera cu plângerea durerii este faptul de a nu ști cu adevărat ce ai pierdut.

"Plângerea durerii nu are o formulă magică, pentru că nu există un mod anume de a-ți plânge durerea. Fiecare trebuie să-și recunoască pierderea suferită și să plângă în felul său, corespunzător timpului în care trăiește."

Pașii procesului de vindecare sunt:

1. Ieșirea din întuneric

Majoritatea femeilor în urma unui avort încearcă un sentiment de ușurare "*gata, nu mai trebuie să iau nici o altă decizie. S-a terminat. Pot să-mi continui viața*". Ele cred că sentimentul de teamă nu mai are putere asupra lor, la fel cum avortul întruchipase pentru ele promisiunea că vor scăpa de povara unei sarcini nedorite. O mare parte a femeilor trec însă în mod conștient sau inconștient de la sentimentul de ușurare direct la negare (credeau că avortul nu i-a afectat viața și chiar că nu a avut loc niciodată). În schimb, negarea ajută la construirea unei imagini distorsionate a realității și afectează capacitatea de a fi sincer cu tine însuși și cu cei din jur. Negarea ajută femeia să-și suprime sentimentele cu privire la evenimentul ce a rănit-o, însă nu trebuie să dureze decât o vreme - până când sistemul personal se pregătește să facă față durerii. Multe femei care folosesc negarea ca mijloc de tratare a avortului suferit, persistă prea mult în negarea efectelor avortului și își construiesc o "carapace" protectoare mult prea groasă în jurul lor.

Chiar dacă negarea este un mecanism legitim de supraviețuire, un mod eficace de a face față situației pe moment, femeia nu trebuie să persiste în această stare de negare. Procesul de ieșire din starea de negare este la rândul său dureros și greu. Dar, vindecare post-avort poate începe numai din momentul în care femeia acceptă realitatea: că avortul pe care l-a făcut i-a afectat viața.

În această primă etapă este important răspunsul la următoarele întrebări:

Ce alte posibilități ai mai avut?

Cine și ce le-a influențat?

Care au fost împrejurările în care te-ai aflat când ai luat decizia avortului? Cum te-ai simțit atunci?

Ce mesaje verbale și non-verbale te-au ajutat la formarea și luarea deciziei (familie, prieteni, biserică, mesaje interne)?

2. Recunoașterea sentimentelor și a pierderii

Această etapă se referă la recunoașterea sentimentelor pe care le are o femeie în legătură cu avortul suferit. Ea va începe să-și plângă durerea, numind pierderile pe care le-a suferit ca rezultat al avortului. Prin aceasta va începe procesul de îngropare a trecutului și de deschidere deplină a vieții față de prezent. Femeia trebuie să-și specifice sentimentele pe care le-a avut sau le are: astăzi, în ziua avortului, față de tatăl copilului, față de cei care i-au întrerupt efectiv sarcina, față de ea însăși. Femeia își poate face un inventar al pierderilor suferite în urma avortului:

- **pierderi principale:** pe tine însăși, pe copilășul tău, sănătatea fizică, o schimbare în relația cu tatăl copilășului, părinții tăi, Dumnezeu;
- **pierderi secundare:** imaginea de sine, inocența, pacea minții, bucuria, siguranța, convingerile, capacitatea de a avea încredere în ceilalți;
- **pierderi suferite ca urmare a comportamentului față de probleme:** băutura, medicamente, tulburări de alimentație, mânia, depresia.

3. Anulează "tranzacțiile fără acoperire"

Femeile cu antecedente de avort fac deseori "tranzacții" pentru a depăși stresul post-avort. Majoritatea dintre ele negociază prin "mecanisme de apărare" dificultatea de a primi responsabilitatea avortului și urmărilor lui. Aceste mecanisme sunt:

- *negarea* - este un mecanism de apărare care încearcă prin nerecunoașterea gravității problemei sau neacceptării realității lucrului îndeplinit ca fiind o problemă, încearcă să depășească problema;
- *compensarea* - majoritatea femeilor negociază făcând fapte bune, aderând la o cauză sau devenind mame, asistente, învățătoare, îngrijitoare sau persoane "perfecte". Multe mame vor să aibă un copil, imediat ce au pierdut unul. O mamă îndurerată face aceasta în efortul de a compensa pierderea sau în încercarea de restituire;
- *explicația logică* - este tot o încercare de justificare a deciziei sau de remediere cu ajutorul rațiunii, în speranța că durerea va dispărea. Femeia se poate înconjura de mesaje care să-i spună că decizia ei a fost corectă sau să o convingă de faptul că nu avea altă posibilitate;
- *represiunea* - este un mod de a face față situației prin completa înlăturare a evenimentului din conștiință, mergând mult mai profund decât negarea;
- *proiectarea* - unele femei nu-și asumă nici o responsabilitate pentru acțiunile lor, învinuind pe

altcineva pentru decizia avortului;

- **formarea unei reacții** - este o încercare de a justifica alegerea făcută și de a îngropa sentimentele printr-o implicare activă într-o cauză ce sprijină acele acțiuni. O femeie poate să facă din susținerea acelei cauze scopul vieții ei.

- o altă formă de negociere se manifestă prin *cuvintele pe care femeia și le repetă mereu*: "Nu voi mai face niciodată așa ceva ", "îmi pare nespuse de rău pentru ceea ce am făcut";

Aceste negocieri dau greș din mai multe motive: în primul rând, trebuie să ne uităm la temelia pe care se bazează negocierile sus amintite: această temelie se aseamănă cu un scaun cu trei picioare: **teama, șansa și imaginația**.

Teama este bazată pe dorința de a nu simți nici durere, nici mânie, nici vină, nici neajutorare; însă teama nu poate fi stabilă, ea poate dezerta în orice moment, lăsându-l pe cel care se tânguiește singur, lipsit de orice putere și prăbușit la pământ.

Șansa nu se bazează pe o relație cauză-efect, ci este ca într-un joc cu zaruri. Femeia și-ar dori să se întâmple ceva pentru a nu mai suferi, ar face orice pentru a avea șansa de a nu se mai simți frustrată.

Imaginația sau convingerea că sentimentele vor dispărea odată cu timpul, le determină de cele mai multe ori pe femei să creadă că nu au suferit nici o pierdere sau că pierderea suferită va dispărea dacă o va îngropa suficient de adânc. Imaginația este un mod de a fugi de realitate, însă dacă o femeie își analizează viața după ani de ascundere de realitate și trăire în imaginar, va descoperi că are aceleași probleme care probabil s-au acutizat cu timpul și acum ies la suprafață cu mai multă durere și intensitate.

Există însă unele negocieri care merită făcute. Aceste negocieri trebuie să aibă următoarea temelie: **realitatea**. Realitatea privește adevărul în față, fără a-l schimba și nefolosind o mască pentru a trăi mai bine. Adevărul spune: "Am avut un avort. Am suferit o pierdere și mă doare. Trebuie să-mi plâng durerea. "Pentru o bună negociere trebuie analizată cu atenție și exactitate situația, analizând toate variantele care există și care este cea mai avantajoasă în situația dată și are mai puține riscuri.

4. Eliberează-te de vină și de rușine

Vina și rușinea motivează puternic comportamentul oamenilor; între vină și rușine este o mare diferență. Vina este un sentiment ce-l simte o persoană când conștiința îi este chinuită de o acțiune pe care a făcut-o și care se află în afara sistemului său de valori. Reacția este *"Am făcut o greșală"*. Rușinea este mai mult o stare ca urmare a faptului că o viață întreagă o persoană a auzit de la alții că nu e bună de nimic.

Vina autentică și sănătoasă vine dinăuntru. Ea spune unei persoane că a pășit dincolo de limitele sale etice. Vina autentică determină ca acea persoană să vrea singură să repare stricăciunea și să se împace cu sine și cu ceilalți.

Rușinea este un sentiment puternic ce determină pe o persoană să creadă că este lipsită de valoare. Mesajul pe care-l va transmite nu va fi *"Am făcut o greșală"* ci *"Sunt o greșală"*.

Spre deosebire de vină, care își are originea în interiorul ființei și care are o funcție sănătoasă, rușinea își are sursa în exterior. Există două surse majore ale rușinii.

În primul rând, rușinea este învățată prin mesaje de dragoste condiționată din partea părinților, profesorilor, fraților și prietenilor. Orice mesaj pe care-l primește o persoană de la cineva care te lasă să înțelegi că dragostea și grija lui pentru ea depind de comportamentul acelei persoane, de realizările ei, este un mesaj de dragoste condiționată. Când comportamentul respectivei persoane nu mai corespunde cu așteptările celorlalți, aceștia din urma își retrag dragostea și persoana este cuprinsă de rușine.

În al doilea rând, abuzul de orice natură creează, de asemenea, rușine. Abuzul poate fi fizic, emoțional, sexual sau verbal. Un prim mesaj din partea celui care face abuzul este acela că victima merită ceea ce i se întâmplă.

Rușinea este alimentată de **genul de mesaje pe care persoana și le spune singură**: sunt lucrurile pe care le crede despre sine ca urmare a dragostei condiționate sau abuzului suferit. Multe spune spun: " *Sunt o proastă, nu sunt bună de nimic, sunt absolut răspunzătoare că am rămas gravidă*", " *Dacă află cineva, voi fi judecată și condamnată. Trebuie să trăiesc cu acest secret tot restul vieții*", " *Trebuie să caut o cale de a abuza de mine sau să-i las pe alții să abuzeze de mine pentru că asta merit*".

În al doilea rând, ceea ce stă la baza rușinii femeii este **comportamentul**. Uneori femeile care au avut un avort aleg din nou la nivelul conștientului sau subconștientului un anumit comportament și un anumit mod de viață ce aduc și mai multă rușine în viața lor (dependența de alcool sau medicamente, relații abuzive, tulburări de alimentație, izolare și păstrarea secretului). Aceste mesaje și atitudini comportamentale întăresc ceea ce femeia crede deja - că nu este bună de nimic, că este o persoană

lipsită de valoare.

Pentru a întrerupe ciclul rușinii sau pentru a reacționa la vină într-un mod sănătos, trebuie mai întâi ca femeia ce a suferit avortul să facă distincție între cele două. Dacă recunoaște vina în legătură cu ceea ce a spus sau a făcut, ea trebuie să repare greșeala într-un fel sau altul: să ceară scuze, să caute iertare, să-și schimbe comportamentul, să se ierte pe sine însăși pentru greșeala făcută.

După ce femeia face deosebirea dintre rușinea și vina ei, următorul pas este acela de a se elibera din strânsoarea rușinii și să înlocuiască minciunile pe care le-a crezut. În loc să reacționeze emoțional la un mesaj, femeia trebuie să discearnă ce este adevărat și ce nu este adevărat în fiecare situație ce-i trezește un sentiment de rușine sau vină. Ea trebuie să noteze ce-i activează sentimentele de rușine și cum reacționează.

5. Eliberează "supapa de presiune"

Rușinea nerezolvată duce întotdeauna la mânie. Această mânie din stresul post-avort este exprimată de femeie ca mânie împotriva și / sau ca furie îndreptată împotriva altora.

Mânia funcționează ca un fel de oală sub presiune, care este umplută cu emoții dureroase: pierdere, rușine, durere, tristețe și teamă. Pentru a nu simți toate acestea sau pentru a nu deveni vulnerabil față de o persoană care a rănit-o, femeia își exprimă sentimentele numai în interiorul oalei și împiedică funcționarea supapei de presiune. Această supapă este mânia; însă mânia este o parte validă a procesului de vindecare. Este normal ca femeia să se simtă supărată, mai mult, să se simtă cuprinsă de mânie ca răspuns la sentimentele dureroase pe care i le-a provocat avortul. Dacă persoana acceptă să fie cuprinsă de mânie și să-i facă față, este deja un pas mai aproape de vindecare. Ea nu trebuie să fugă de mânie, ci să-i facă față într-un mod adecvat. De aceea este important ca femeia ce a suferit avortul să-și exprime aceste emoții sau sentimente. Alte moduri de **exprimare a mâniei** sunt: consemnarea gândurilor în jurnal, scrierea unor scrisori sau chiar a unor poeme, poezii. Scopul este acela de a se ajunge până la cele mai adânci sentimente de teamă, durere, respingere care stau la baza mâniei. Ori de câte ori i se pare unei persoane că este din nou încercată de mânie în legătură cu avortul suferit, ea trebuie să repete metoda de exprimare care a dat cele mai bune rezultate în cazul ei. Aceasta nu înseamnă că nu a depus toate eforturile pentru a-și înlătura mânia, ci pur și simplu arată că mai poate exista mânie în străfundurile sufletului ei, pe care trebuie să o înlătore.

6. Nu ceda în fața depresiei

Depresia este un hoț de energie și speranță. Pe măsură ce depresia epuizează energia unei persoane, aceasta își pierde și dorința, și capacitatea de a duce o viață sănătoasă și productivă. Cel puțin o parte a depresiei unei femei ce a făcut un avort este un simptom al pierderii rezultate în urma avortului și pe care nu a plâns-o. Femeile se luptă cu depresia mai ales în jurul datelor aniversare - data la care s-ar fi născut copilul, data avortului - cât și în preajma sărbătorilor și a schimbării anotimpurilor.

Femeile care au avut un avort în viața lor rămân adesea depresive pentru mult timp din cauza mesajelor de vină și rușine pe care și le repetă mereu. **Împărtășirea gândurilor**, a necazurilor și sentimentelor este cel mai eficient mod de a împiedica o femeie să cedeze depresiei. Și asta, ori vorbind cu cineva, ori scriind în jurnal.

7. Găsește libertate în iertare

Iertarea înseamnă atunci când o femeie care a făcut un avort nu mai consideră vinovată de avort nici pe sine, nici pe alții. Actul iertării determină o întoarcere a cărării dinspre trecut înspre o relație înnoită cu sine, ceilalți și cu Dumnezeu.

Iertarea este ușa prin care femeia iese și se depărtează de sclavia trecutului, începe să trăiască în prezent. Iertarea este o lucrare a inimii - a vedea și a simți durerea. Dacă ea este intelectuală, se face pentru amăgirea și aparenta pace.

8. Împacă-te!

În *împăcare* este vorba despre încheiere, integrare și despre îmbrățișarea vieții în cel mai deplin sens al ei.

Prima etapă în încheierea acestei experiențe în ce privește avortul pe care l-a făcut o femeie este **împăcarea cu copilul ei**. Această etapă se referă la restabilirea unei "legături" cu copilul avortat prin imaginarea înfățișării lui, felului de a fi, vorbi, zâmbi. Este indicat ca mama să-i pună un nume, să vorbească cu el și chiar să-i scrie ceea ce este mai dureros în legătură cu el. Ultimul pas în împăcarea cu el este găsirea unui obiect, zi sau eveniment care să-i amintească de el. Amintirile o împiedică pe mamă să uite persoana pe care a pierdut-o. Aceste amintiri dau în același timp prilejul ca femeile care

au făcut avortul să recunoască deschis, în fața lumii, realitatea durerii prin care trece.

A doua etapă în încheierea acestei împăcări se referă la împăcarea cu alții. Indiferent dacă persoana (femeia) a vorbit sau nu în mod direct cu cineva, prin faptul că a iertat acea persoană sau și-a cerut iertare rugându-se lui Dumnezeu, se poate ca ea să fi primit vindecarea de care avea nevoie acea relație.

BIBLIOGRAFIE

- Băban, A. (coord.) (2001) – *Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*, Cluj-Napoca
- Coașan, A. (2002) – *Consiliere școlară. Metode și tehnici*, Editura „Dimitrie Cantemir”, Târgu Mureș
- Coașan, A. (2007) – *Tehnici terapeutice și abilități ale consilierului*, Editura „Dimitrie Cantemir”, Târgu Mureș
- Coașan, A., Podar, T. (2002) – *Consiliere școlară*, Editura „Dimitrie Cantemir”, Tg. Mureș
- Cottreau, J. (2003) – *Terapiile cognitive*, Editura Polirom, Iași
- David, D. (2006) – *Psihologie clinică și psihoterapie*, Editura Polirom, București
- Dublea, A. (coord.) (2005) – *Ghid de practici instituționale în instrumentarea cauzelor cu minori*, Asociația Alternative Sociale, Iași
- Enăchescu, C. (2007) – *Tratat de psihanaliză și consiliere*, Editura Polirom, București
- Florian, Gh. (1996) – *Psihologie penitenciară*, Editura Oscar Print, București
- Fontaine, O. (2008) – *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Editura Polirom, Iași
- Georgescu, M. (2006) – *Introducere în consilierea psihologică*, Editura Fundației România de Măine, București
- Holdevici, I. (1996) – *Elemente de psihoterapie*, Editura All, București
- Holdevici, I. (2005) – *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Științelor Medicale, București
- Holdevici, I. (2005) – *Psihoterapia cognitiv - comportamentală*, Editura Științelor Medicale, București
- Holdevici, I., Neacșu, V. (2006) – *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*, Editura Dual Tech, București
- Lisievic, P. (1998) - *Teoria și practica consilierii*, Editura Universității din București
- Lucci, F., Salazar, P.Z. (1999) – *Anotimpul vindecării*, Editura Cartea Creștină, Oradea
- Maghiu, C. (2003) – *Rolul psihologului în lucrul cu copilul abuzat sau neglijat*, Organizația „Salvați Copiii”
- Minulescu, M. (2006) – *Relația psihologică cu copilul tău*, Editura Psyche
- Mitrofan, I. (2001) – *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*, Editura SPER, București
- Muntean, A. (2005) – *Identificarea și semnalarea cazurilor de maltratare a copilului – Ghid pentru profesioniști*, FONPC
- Perls, F. (2008) – *Eul, foamea și agresivitatea*, Editura Trei
- Petermann, F., Petermann, U. (2001) – *Program terapeutic pentru copiii agresivi*, Editura RTS, Cluj-Napoca
- Porot, A., Porot, M. (1999) – *Toxicomaniile*, Editura Științifică, București
- Rickley, G., Therese, C. (1990) – *Counseling, theory and practice*, Prentice Hall, New Jersey
- Săndulache, S. (2006) – *Consiliere și psihoterapie pastorală*, Editura ITA
- Serge, G. (2002) – *Gestalt terapia*, Editura Herald, București
- Stancu, I. (2005) - *Mic tratat de consiliere psihologică și școlară*, Editura SPER, București
- Yvey, A.E., Gluckstern, N., Bradford Ivey, M. (1999) – *Abilitățile consilierului. Abordare din perspectiva microconsilierii*, Editura RisoPrint, Cluj-Napoca
- *** *Ghid de bune practici pentru prevenirea abuzului asupra copilului* (2005), Organizația „Salvați Copiii”, Editura Brumar, Timișoara

