

PSIHOTRAUMA -

Punți între teorii și aplicații practice

VERONICA JARDAN

Coordonator

Lucrările in extenso prezentate la

Conferința Națională cu participare internațională de
Psihologie Aplicată – ediția XII

PSIHOTRAUMA-

Punți între teorii și aplicații practice

6–9 aprilie 2017

Brașov – România



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2017

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2017
Editura Universitară
Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

CUPRINS

Cuvânt înainte	7
Creștere sau depreciere în urma traumei?	12
Reabilitare a consumatorilor de droguri încarcerați	33
E.M.D.R.– terapia eliberării de poverile trecutului.....	41
Vindecarea traumelor sau rescrierea sau rescrierea trecutului, prin folosirea terapiei E.M.D.R.	52
Poveștile și metaforele terapeutice – libertate în psihotrauma emoțională a copiilor instituționalizați	61
Pe mine mie redă-mă, oricine ai fi, te rog ajută-mă, să fiu din nou EU	66
Importanța socializării copiilor cu deficiență mintală.....	69
Anxietatea, cauza comportamentelor deviante la școlari. Tehnici de disciplinare pozitivă	76
Manifestarea empatiei în funcție de gen, vârstă și nivel de instrucție.....	87
Sandplay therapy – o abordare delicată și profundă a psihicului în consiliere și psihoterapie	103
Începe cu tine	118
Refugiați în Europa: traumă și asistență psihologică	122
Formarea imaginii de sine în copilăria mică	128
Gândirea critică atuu în dezvoltarea tinerei generații.....	133
Consilierea de grup a adolescenților cu părinți plecați	137
Actualitatea conceptului de <i>psihoză isterică</i>	147
Trauma ca trigger în regresia la funcționarea narcisico paranoică.....	156

De la psihoza simbiotică la schizofrenie	174
Tangențialitate și comportament bizar în Schizofrenia paranoidă cu debut tardiv.....	183
Gelozie și <i>distructivitate</i> . Stare crepusculară cu îngustarea câmpului conștienței	188
Psihoză postpartum, maternitate și comportamente bizare	193
Etica abordărilor psihosomatice în medicina primară	197
Impactul emoțional de tip tonic sau sensibil asupra stării de preparație...	207
Interferența între domeniul de studiu/ cariera aleasă și profilul de personalitate și cel vocațional la adolescenți.....	226
General Vasile MILEA – Sinucidere sau asasinat?	236

CUVÂNT ÎNAINTE

Asociația Psihologilor Atestați din România - A.P.A.R. organizează ediția a XII-a a Conferinței naționale cu participare internațională în psihologie aplicată pe tematica „**PSIHOTRAUMA- Punți între teorii și aplicații practice**” în primăvara lui 2017. Astfel continuăm a noastră ostoire de cunoaștere schimbând experiențe profesionale din praxisul cel de toate zilele și din cercetări asidue întreprinse spre binele tuturor. Avem șansa de a învăța unii de la alții, de la practicieni cu vastă experiență în domeniul prevenirii, diagnosticării și tratării/ vindecării psihotraumelor și de la cercetători, teoreticieni ai facultăților de psihologie și medicină.

Una din poeziile copilăriei noastre definește adecvat, prin simplitatea și în același timp prin profunzimea ei, percepția adecvată asupra psihotraumei:

„- Ghiocel plăpândă floare,
Nu ți-e frică de ninsoare?
- Nu mi-e frică, că mă pitulesc așa
Și-apoi ningă cât o vrea!” (autor necunoscut)

Așisderea ghiocelului care poate percepe ninsoarea ca pe ceva devastator, dar ALEGE să găsească o alternativă de supraviețuire, pitulându-se și dând un alt sens pericolului așa putem învăța și noi pământeni, de a găsi acel ceva pozitiv dintr-un negativ din ce ne-a fost dat a trăi. De altfel, însăși percepția „pericolului”, poate fi schimbată în a avea valențe bine făcătoare, după principiul că ce nu ne omoară ne-ntărește, așa cum zăpada îl poate copleși sau hrăni. Mecanismul este același ca-n validarea științifică a lui Milton Erickson care demonstrează că orice handicap poate fi transformat în calitate, important să fim treziți având toți ochii deschiși.

În cadrul conferinței ne vor onora cu prezența: psihologi, psihoterapeuți, medici, asistenți sociali, asistenți medicali, studenți, rezidenți și alte categorii profesionale interesate de propria dezvoltare personală și spirituală, din toate zonele și centrele universitare din țară și din străinătate: Anglia, Germania, Grecia, Franța, Republica Moldova, USA.

Mulțumiri membrilor **Comitetului științific** al conferinței, care este constituit din invitați și membrii de onoare A.P.A.R.:

- **la nivel internațional:**

- Prof. univ. emerit dr. **Richard Page** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, University of Georgia USA

- Prof. dr. **Martine France Delfos** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, Psychologist Therapy Practice PICOWO, **Olanda**

- **Mihaela Ampelomos** – psihoterapeut hipnoză clinică ericksoniană, Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie **New Life**, filiala **Grecia**

- **Elena Chiriac** – psiholog clinician și psihoterapeut **Franța**

- **Mihaela Jalbă** – asistent medical principal, psihodramatician, art-terapeut Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie **New Life**, filiala **New York**

- **Roxana Kroll** – psihoterapeut hipnoză clinică ericksoniană, Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie **New Life**, filiala **Germania**

- **la nivel național:**

- Prof. univ. dr. **Răzvan Lucian Andronic** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**

- Prof. univ. dr. **Doru Buzducea** – președinte Colegiul Național al Asistenților Sociali, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din **București**

- Prof. univ. dr. **Mircea Lăzărescu** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, medic primar psihiatru și psihoterapeut din **Timișoara**

- Prof. univ. dr. **Doru-Vlad Popovici** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Director al Departamentului de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**

- Prof. univ. dr. **Mihaela Rus** – Vicepreședinte al Senatului Universității „Ovidius” din **Constanța**

- Prof. univ. dr. **Florin Emil Verza** – Prodecan Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**

- Conf. univ. dr. **Anca – Olga Andronic** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**

- Prof. univ. dr. **Marilena Bratu** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**

- Conf. univ. dr. **Mihaela Bucuță** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Lucian Blaga, **Sibiu**

- Conf. univ. dr. **Cornel Lazăr** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Ioana Lepădatu** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Emilia Oprișan** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**
- Conf. univ. dr. **Cornelia Tatu** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Marilena Ticușan** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Otilia Todor** – decan Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret, **Brașov**
- Conf. univ. dr. **Simona Trifu** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, Facultatea de Medicină, Catedra de Psihiatrie, UMF Carol Davila, medic primar psihiatru, psiholog clinician principal, **București**
- Lect. univ. dr. **Edmond Constantin Cracsner** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, Președinte Filiala Teritorială București a Colegiului Psihologilor din România, decan al Facultății de Psihologie Universitatea Ecologică din **București**
- Lect. univ. dr. **Liana Viviana Don** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, medic primar psihiatru, formator și supervizor în hipnoza clinică ericksoniană și psihoterapie pozitivă, **Cluj-Napoca**
- Lect. univ. dr. **Gabriela Iorgulescu**, șef lucrări disciplina științe comportamentale U.M.F. „Carol Davila”, **București**
- Lect. univ. dr. **Jenő-László Vargha**, membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, psihoterapeut, formator și supervizor în hipnoză clinică ericksoniană și psihodramă, **Cluj-Napoca**
- Lect. univ. dr. **Valentina Vartic** – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**
- Asist. univ. dr. **Liliana Neagu** – PhD U.M.F. „Carol Davila” **București**
- **Benga Florina** – asistent medical principal, Președinte OAMGMAMR, filiala **Brașov**
- PhD **Ion Duvac** – profesor asociat al Facultatea de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității din București, fondator a Clinicii Ion Duvac și a Academiei Psychological Profiler, **București**

- **Niculina Gheorghiță** – membru de onoare a Asociației Psihologilor Atestați din România, psiholog clinician principal, formator, terapeut Bowen Expert, administrator Holisterapia Training, **Brașov**
- **Daniela Hiera** – director executiv a Colegiului Psihologilor din România, **București**
- **Gabriela Maria Ianculescu** – drd. psiholog clinician principal, psihoterapeut specialist hipnoză clinică ericksoniană, **București**
- **Diana Muntean** – psiholog clinician, psihoterapeut hipnoză clinică ericksoniană membru fondator a Asociației Psihologilor Atestați din România – APAR, **Iași**
- **Lucia Simandan** – asistent social principal, Președinte CNASR , sucursala **Brașov**
- **PhD Krisztina Gabriella Szabó** – psihoterapeut, trainer și supervizor în hipnoză clinică ericksoniană, în psihoterapie centrată pe persoană – focusing și respectiv terapeut ACT, Institutul pentru Tehnologii Psihologice Contextuale, **Cluj-Napoca**
- **Zoor Richard** – psiholog principal, supervizor, Președinte Filiala Teritorială Covasna a Colegiului Psihologilor din România, **Covasna**

De asemenea mulțumesc pentru contribuția la buna desfășurare a conferinței **partenerilor**: Centrul Internațional de Psihologie și Psihoterapie New Life, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea din **București**, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Spiru Haret **Brașov**, Centrul Elipsion, Psychologies, Holisterapia, Asociația Psiho Trafic, Intell Psy Group, Asociația Societatea de Gestalt Terapie, Spitalul Clinic de Psihiatrie Moldova, Spitalul de Psihiatrie Săpunari, Editura Trei, Test Central, RQ Plus, Tea Garden, Academia de Masaj, Graffis Com, Laboratoarele Merlin, Televiziunea Columna, Emisiunea Arta de A Fi.

Mulțumiri tuturor autorilor de lucrări ce au făcut posibilă apariția acestui volum și pentru prezentarea lor în cadrul conferinței.

Mulțumiri tuturor participanților la conferință pentru desăvârșirea noastră continuă împreună.

Un rol merituos în buna organizare și desfășurare a conferinței îl au membrii din comitetul de organizare în fața cărora mă plec cu profund respect pentru că îmi sunt alături în marea provocare de implementare a acestui proiect de suflet spre binele tuturor:

- Florin Ștefan Badea
- Mădălina Mihaela Benedek
- Ana Elena Bîrsan
- Lidia Borlean
- Lavinia Crîșmaru

- Ioana Constantinescu
- Raluca Duru
- Cristina Kulcear
- Mircea Giorgescu
- Mihaela Ghercă
- Maia Georgiana Jardan
- Maria Mihaela Jardan
- Octavian Jardan
- Veronica Jardan
- Alina Maria Moldovan
- Emilia Oprișan
- Andreea Petecilă
- Mara Florina Tătaru
- Beata Tibiki
- Zsolt Endre Veress

În final aduc infinite mulțumiri Providenței ce ne călăuzește pașii în
astă lume spre mai bine oricât de greu ne este câteodată.

Veronica Jardan

CREȘTERE SAU DEPRECIERE ÎN URMA TRAUMEI?

Jenő-László Vargha, PhD

1. Ce este traumatizant în confruntarea cu evenimentele traumatice

Conceptualizate ca acele evenimente amenințătoare, ori neplăcute, care deteriorează capacitatea de adaptare, personalitatea, sau dezvoltarea armonioasă a persoanei, traumele psihice se asociază prin definiție cu resimțirea unor consecințe psihologice negative, cele mai grave dintre acestea îmbrăcând forma unor tulburări mentale, listate începând cu anul 1980 (când a fost publicat DSM-III) în toate edițiile Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale sub denumirile Tulburare de stres posttraumatic (pe scurt PTSD), respectiv Tulburare acută de stres. În continuarea acestei lucrări, vom utiliza prescurtarea PTSD pentru a desemna la modul generic orice problemă generată de impactul unui eveniment stresant, indiferent că se încadrează sau nu în criteriile diagnostice formulate în DSM..

Varietatea formelor concrete pe care diferitele evenimente traumatizante le pot îmbrăca este practic infinită. Shakespeare-Finch și Enders (2008) au propus următoarele categorii ale evenimentelor traumatice întâlnite frecvent: (a) confruntarea persoanei cu o boală care îi periclitează viața; (b) confruntarea unei persoane apropiate cu o boală care îi periclitează viața; (c) a fi martor la un deces; (d) moartea subită a unui membru de familie, sau a unui prieten, incluzând aici și decesul cauzat de sinucidere; (e) alte forme ale doliului; (f) a fi atacat sau jefuit; (g) a fi victima unui atac sexual ori a unui viol; (h) a suferi un accident de mașină sau motocicletă; și (i) altele. Sandler și colaboratorii (1991) au introdus diferențierea între „traumele absolute” și cele „relative” (denumite și traume nevrotice); cele dintâi sunt trăite ca atare de către practic oricine (toate categoriile incluse în clasificarea de mai sus s-ar încadra aici), pe când în cazul traumelor nevrotice, aprecierea evenimentelor cu pricina ca fiind „traumatizante” se face prin raportarea intensității evenimentului la resursele personale. (după Vargha și Szabó, 2009) Chiar dacă evenimente capabile să genereze psihotraume relative ar putea fi tolerate de către unele persoane, sau chiar de către cei mai mulți cu implicarea unor costuri suportabile, în cazul altor

persoane efectul lor poate fi de a dreptul devastator. Prin urmare, ca terapeuți este foarte important să ne ghidăm nu după „valoarea” absolută a unui eveniment traumatic, ci după impactul produs asupra „victimei” sale.

Chiar dacă omul face parte dintr-o specie a cărei reziliență poate fi considerată uluitoare, ființa umană este vulnerabilă la efectul nociv produs de psihotraume. Impactul traumei este trăit, prin definiție, ca fiind o stare insuportabilă și intolerabilă și prin urmare, lasă urme adânci în mintea și în emoțiile noastre, în capacitatea noastră de a ne bucura și de a ne angaja în relații intime și – mai mult – în structura noastră biologică și în sistemul nostru imunitar, arată Van der Kolk. Printre modificările fiziologice produse de traume au fost documentate recalibrarea sistemului de alarmă al creierului, intensificarea producției hormonilor implicați în stres și modificările la nivelul sistemului angrenat în filtrarea informațiilor relevante și diferențierea acestora de cele lipsite de relevanță. Astfel se explică hipervigilența persoanelor traumatizate față de orice amenințare potențială, chiar în condițiile în care costurile acestei stări de alarmă susținute sunt achitate în termenii renunțării la angajarea spontană în situațiile de zi cu zi. Nu lipsa de voință, ori slăbiciunea caracterială pot fi considerate responsabile pentru comportamentul caracteristic persoanelor afectate de PTSD, ci modificările survenite în creierul lor, ca efect al suferirii traumei. (Van der Kolk, 2014). Printre cele mai răspândite consecințe ale confruntării cu evenimente traumatizante se numără și sentimentul deprecierii, ce poate fi pus în evidență în variate domenii ale existenței. (Baker și colaboratorii, 2008).

Nu este deci de mirare faptul, că victimele evenimentelor traumatiche – și mai ales aceia dintre ele, care prezintă istorii complexe ale traumelor suferite – confruntă terapeuții și consilierii cu cele mai dificile provocări și dileme. După cum arată Courtois și Ford (2013), persoanele traumatizate rămân de multe ori cantonate în moduri de funcționare specifice eforturilor de supraviețuire biologică și psihologică, iar atunci, când aceste patternuri comportamentale și de relaționare – perfect normale și adaptive în contextul anormal și traumatizant în care s-au dezvoltat – continuă să mijlocească pe termen lung adaptarea persoanei la condiții ce nu mai conțin elemente amenințătoare, ele însele se transformă în probleme. În condițiile în care strategiile de supraviețuire sunt incompatibile cu circumstanțele de viață mai puțin periculoase, sau stresante, recursul la acestea expune persoana la riscul retraumatizării prin reacțiile celor din jur la strategiile sale de apărare nejustificate și deplasate. (Courtois și Ford, op cit.)

2. Culisele creșterii posttraumatice

Oricât de devastatoare s-ar dovedi consecințele confruntării cu crize de viață și cu evenimentele cele mai traumatizante, printre victimele acestora vom găsi întotdeauna persoane, care sub o formă, sau alta, vor ieși din înfruntarea adversităților, cu beneficii la care nu ar fi avut acces, dacă nu ar fi avut de luptat cu impactul produs de traumă. Termenul „creștere (dezvoltare) posttraumatică” (PTG) a fost introdus de către Tedeschi și Calhoun (1995) pentru a desemna modificările pozitive, semnificative și durabile, raportate ocazional de către persoanele care caută să facă față unor crize majore cu care viața le confruntă (după Tedeschi și colab., 2014). Datele empirice de care dispunem, sugerează că unele dintre persoanele ce se confruntă cu traume, raportează cel puțin anumite schimbări pozitive, înregistrate ca efect al bătăliei purtate cu consecințele evenimentelor devastatoare. Chiar dacă multe dintre aceste persoane ar fi preferat evitarea întâmplărilor care au generat câștiguri, având în vedere suferințele îndurate din cauza lor, altele apreciază – în schimb – că ele au avut și darul de a adăuga plusvaloare la viața lor. (Calhoun și Tedeschi, 2004) Pentru a evita orice confuzie legată de focusarea clinicienilor asupra oportunităților de dezvoltare asociate de suferirea unor traume, Calhoun și Tedeschi (2006) sunt fermi în a susține, că acest demers nu urmărește sub nicio formă ignorarea emoțiilor negative, trăite cu ocazia confruntării cu evenimente nefaste. Însă, pe lângă luarea la cunoștință a faptului, că întâmplările dezagreabile din viața noastră generează de regulă reacții emoționale cu coloratură negativă, este util să ținem cont și de producerea – în mod oarecum paradoxal – a unor modificări psihologice favorabile, în contextul trăirii confruntării cu evenimente traumatice.

Prima încercare menită să surprindă structura PTG se leagă tot de numele lui Tedeschi și Calhoun, care au construit în 1996 Inventarul Creșterii Posttraumatice, autorii identificând cinci factori, care acoperă 62% din varianța PTG: (a) raportarea la alții, (b) posibilitățile noi, (c) forța personală, (d) schimbarea spirituală și (e) aprecierea vieții. (după Shakespeare-Finch și Enders, 2008) Pe de altă parte, Joseph și colaboratorii identifică – pe baza datelor publicate în literatura de specialitate – trei domenii cuprinzătoare, în care au fost notate schimbări pozitive ca urmare a confruntării cu evenimente traumatice. Primul dintre acestea este cel al relațiilor, care, într-un fel sau altul, se ameliorează: persoana ajunge să valorizeze mai mult relațiile cu prietenii, sau cu familia, să simtă mai multă compasiune față de alții, să se lase cuprinsă de dorul de relații mai intime etc. Al doilea domeniu este cel al viziunii asupra propriei persoane. În urma acestor schimbări, persoana poate dobândi un sentiment mai puternic al

rezilienței, al înțelepciunii și al forței personale; astfel își poate accepta în mai mare măsură vulnerabilitățile și limitările. (Joseph, Murphy, Regel, 2012) Într-o formulare succintă folosită de Calhoun și Tedeschi, înseamnă a descoperi că „*sunt mai vulnerabil, decât m-aș fi gândit, dar mai puterni, decât mi-aș fi imaginat vreodată.*”(op cit, p. 5) În sfârșit, în a treia categorie se încadrează modificările din sfera filosofiei de viață. Astfel, persoana își poate descoperi capacitatea de a contempla fiecare zi a existenței cu o apreciere proaspătă, sau cum ar putea reevalua sensurile pe care le atribuie existenței. (Joseph, Murphy, Regel, op cit)

Numeroase studii, efectuate pe persoane afectate de confruntarea cu cele mai variate forme ale traumelor au pus în evidență faptul, că fenomenului PTG este mai degrabă unul comun, supraviețuitorii evenimentelor traumatizante raportând – așa cum arată Joseph și colaboratorii (op cit.) – experiențierea unor schimbări pozitive, în proporții ce variază între 30-70%. Cu toate acestea este important de reținut, că PTG nu este un fenomen universal, că nu putem pretinde fiecărei persoane care se confruntă cu traume să experimenteze o dezvoltare personală semnificativă ca rezultat al impactului acestora. Mai mult chiar, acele persoane, care raportează câștiguri de pe urma confruntării cu psihotraumele, descriu – aproape fără excepție – și consecințe negative ale acelorași evenimente. Și așa cum subliniază Baker și colaboratorii (op. cit.) emoțiile și manifestările comportamentale contradictorii nu sunt experiențiate doar în domenii diferite ale existenței împărțite între ele, ci chiar în contextual acelorași domenii. De exemplu, victima traumei se poate apropia mai mult de anumite persoane din viața ei, în paralel cu ruperea totală a relațiilor cu altele.

Joseph și colaboratorii au elaborat ceea ce pare a fi, până la ora actuală, cel mai complex model al creșterii posttraumatice, în care au căutat să cuprindă toți factorii, care își aduc contribuția la apariția unor schimbări pozitive, în urma confruntării cu evenimentele traumatice. Dincolo de faptul, că modelul realizat surprinde multitudinea de factori cognitivi, emoționali și comportamentali implicați, precum și interacțiunea lor complexă, autorii au căutat să includă și sugestii referitoare la diferitele intervenții terapeutice care ar putea fi utilizate pentru a influența în direcția dorită, fiecare dintre componentele modelului.

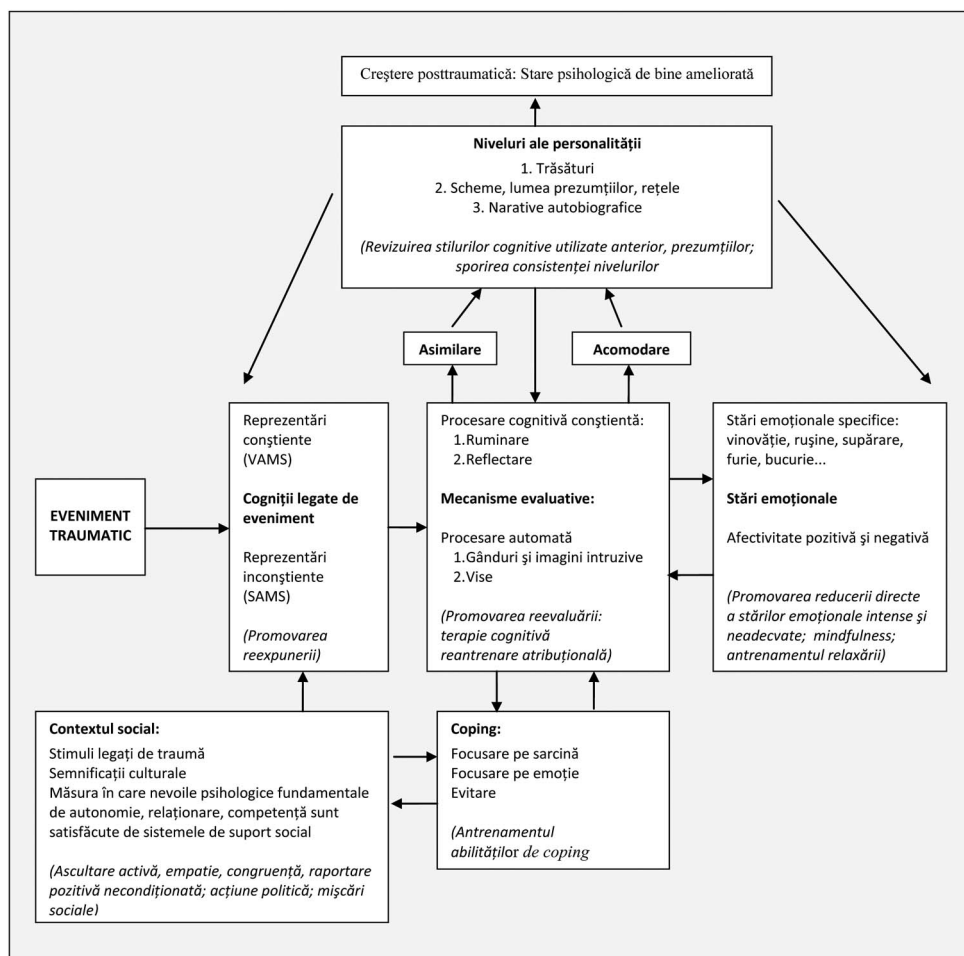


Fig 1. Modelul procesării afectiv-cognitive posttraumatice (după Joseph, Murphy și Regel, 2012, p. 321)

Nu putem încheia acest paragraf dedicat fenomenologiei creșterii posttraumatice, fără a menționa și avertismentul formulat de Joseph și colaboratorii (Joseph, Murphy, Regel, op cit), care atrag atenția asupra faptului, că – cel puțin în unele cazuri – perceperea unei creșteri posttraumatice se poate dovedi a fi iluzorie. Autorii citați au pus în evidență faptul, că în cazul persoanelor afectate puternic de traumă, corelația dintre schimbarea percepută și cea produsă în mod real este slabă. Acest lucru s-ar putea explica prin faptul, că în cazul acestui grup de persoane, perceperea unor schimbări mai mari decât cele efective este utilizată ca un mecanism de coping (sau mai degrabă de evitare), astfel încât este recomandabil să manifestăm prudență înainte de a lua drept bune aceste raportări, mai ales în perioadele imediat următoare suferirii unei traume de către persoana

investigată ori luată în tratament. În schimb, aceeași corelație poate atinge valori moderate, atunci când avem în vedere persoanele mai puțin tulburate de impactul traumei și care, prin urmare, sunt mai puțin tentate să exagereze „câștigurile” înregistrate de pe urma confruntării cu evenimentele traumatizante, doar pentru a exploata efectul analgezic al autoamăgirii. O consecință importantă a surprinderii acestui mecanism constă în recunoașterea faptului, că datele pe care le deținem cu privire la răspândirea fenomenului PTG s-ar putea să fie supraestimate. Pe de altă parte, Calhoun și Tedeschi (2006) susțin – în acord cu poziția exprimată de Taylor și Brown – că iluziile pozitive se pot înrola în slujba unor obiective adaptive și astfel, chiar în condițiile în care perceperea creșterii este lipsită de fundament obiectiv, această iluzie își poate aduce contribuția la găsirea unui sens al suferinței experiențiate de către persoană. Și pentru a evita orice confuzie, autorii citați sunt foarte fermi în a susține că acest lucru este acceptabil în condițiile în care clinicianul respectă cadrul general prin care clientul își înțelege propria lume și experiențele prin care trece și nu și în cazul în care i-ar sugera el însuși clientului, că ar fi beneficiarul unor câștiguri rezultate de pe urma luptei cu impactul evenimentului traumatic.

3. Facilitarea creșterii posttraumatice

Din perspectiva datelor pe care le deținem asupra implicării proceselor fundamentale în experiențierea traumei, Van der Kolk (2014) consideră, că putem elabora în acest moment tehnici și metode de intervenție, bazate pe neuroplasticitatea naturală proprie creierului uman, capabile să susțină supraviețuirii evenimentelor traumatice, în eforturile lor de a trăi deplin în prezent și de a-și urma drumul ales în viață. Autorul identifică trei căi fundamentale ce pot fi urmate în cadrul acestui demers. Prima dintre ele, cea descendentă (top down) implică acțiuni concrete cum ar fi purtarea unor discuții cu ceilalți, (re)conectarea de aceștia, precum și deschiderea față de luarea la cunoștință și înțelegerea a ceea ce se întâmplă cu noi. A doua, se poate materializa prin recursul la medicamente, sau alte intervenții (de ex. meditația, exercițiile de relaxare, hipnoza și/sau autohipnoza), care vizează modificarea modului în care creierul nostru organizează informațiile. În sfârșit, ultima dintre acestea, cea ascendentă (bottom up), îi permite persoanei să se confrunte cu experiențe capabile să contrazică, la modul profund și visceral, neajutorarea, mânia, ori colapsul izvorâte din traumă. Van der Kolk apreciază că întrebarea care dintre aceste căi se poate dovedi mai eficientă în cazul unui client particular este una empirică, majoritatea dintre clienți putând profita la modul optim, probabil, de o combinație a celor trei.

Prin tradiție, asemeni celorlalte forme clinice ale anxietății, PTSD a fost abordat cu precădere prin tehnici centrate pe expunerea la stimulul anxiogen, în acest caz particular, evenimentul traumatic. După cum subliniază însă Zeifert și De Viva (2010), recursul la tehnicile bazate pe confruntarea cu PTSD pretinde din partea persoanei să posede abilități care i-ar permite să se focalizeze asupra unor emoții precum tristețea, rușinea, mânia și sentimentele de culpă (cu care trăirea traumei îl confruntă), să discrimineze între ele și să le regleze satisfăcător, în condițiile în care mulți dintre supraviețuitorii traumelor sunt deficitari pe acest plan, sarcina de a identifica, ori a gestiona stările emoționale negative, dovedindu-se dificilă de dus la bun sfârșit, mai ales în cazul acelorora dintre ei, care au suferit abuzuri în copilărie. Nu întâmplător, în astfel de cazuri este recomandabil, ca înainte de a introduce intervențiile bazate pe expunerea clientului la reexperiențierea situațiilor traumatiche, să-i dezvoltăm acestuia abilitățile de reglare a emoțiilor, prin recursul la tehnicile elaborate în cadrul ACT, sau a terapiei comportamentale dialectice.

3.1. Terapia prin acceptare și angajament

Terapia prin acceptare și angajament (pe scurt ACT, pronunțat ca un cuvânt și nu ca un șir de litere) se bazează pe o filozofie perfect compatibilă cu conceptul creșterii posttraumatice. În cadrul ACT, terapeutul recunoaște universalitatea suferinței trăită de ființa umană și egalitatea inerentă a tuturor în fața adversităților cu care viața ne confruntă. Prefațând cea dintâi carte dedicată tratării PTSD prin ACT, Steven Hayes – fondatorul acestei forme de terapie – se referă la posibilitatea ca luptându-se cu efectul devastator al traumei, persoana să descopere niveluri ale puterii și păcii interioare, la care înainte nici nu ar fi putut aspira. Fără a utiliza termenul „creștere”, este evident că atunci, când vorbește despre „calea capabilă să schimbe chiar și oroarea în ceva profund bun”, Hayes (2007), de fapt la asta se referă.

Principala justificare a recursului la ACT în tratarea clienților afectați de PTSD, îl constituie implicarea evitării experiențiale în agravarea și menținerea simptomatologiei posttraumatice. Cercetările empirice, care au vizat investigarea relației dintre evitarea experiențială și simptomele stresului posttraumatic și care au pus în evidență asocierea dintre aceste două variabile sunt numeroase. S-a putut constata, că recursul la strategii de coping bazate pe evitare, ca de exemplu reprimarea emoțiilor, negarea, detașarea, sau gândirea orientată de dorințe, generează frecvent intensificarea paradoxală a gândurilor și emoțiilor negative, pe care persoana ar fi dorit să le evite. Mai mult, evitarea experiențială s-a

demonstrat a fi un predictor al severității stresului posttraumatic, superior gravității evenimentului traumatic (Batten, Orsillo și Walser, 2005). Un studiu recent a pus în evidență relația semnificativă dintre intensitatea simptomelor PTSD și fuziunea cognitivă, precum și moderarea acestei relații de către evitarea experiențială; astfel, s-a constatat, că pe măsură ce scorurile înregistrate la scala AAQ, utilizată pentru măsurarea evitării experiențiale creșteau de la valorile scăzute la cele medii, respectiv la cele crescute, semnificația asocierii dintre PTSD și fuziunea cognitivă creștea la rândul ei. Nivelul stresului posttraumatic experiențiat de persoanele cu fuziune cognitivă crescută și înclinație accentuată spre evitarea experiențială, s-a dovedit a fi de aproape trei ori mai mare decât cel înregistrat în cazul subiecților care prezintă niveluri scăzute ale evitării experiențiale. (Bardeen și Fergus, 2016) Aceste rezultate atrag atenția clinicienilor angajați în tratarea persoanelor afectate de psihotraume, asupra nevoii de a aborda în terapie problema evitării experiențiale, terapiile prin acceptare și angajament (ACT) punându-le la dispoziție o colecție importantă de tehnici capabile să-și aducă contribuția la realizarea acestui obiectiv terapeutic. În aceeași ordine de idei, așa cum arată Helgeson și colaboratorii, experiențierea unor gânduri intrusive legate de un stresor, poate fi semnalul, că persoana se implică în prelucrarea impactului pe care stresorul îl exercită asupra vieții sale, mulți clinicieni apreciind, că o contemplare și o luare în considerare a stresorului, ar putea constitui o condiție necesară pentru ca procesul de creștere să poată să se producă (după Joseph, Murphy și Regel, op cit)

Pornind de la datele de mai sus, Batten și colaboratorii susțin, că implicarea evitării experiențiale – care nu vizează doar sentimentele de teamă, ci practic totalitatea experiențelor private cu care persoana se confruntă – ar fi în măsură să furnizeze o explicație pentru eșecurile tratamentelor focalizate exclusiv asupra anxietății, utilizate în mod curent în terapia persoanelor confruntate cu PTSD. După cum arată autorii, PTSD implică o gamă mult mai largă a reacțiilor emoționale, una care include, printre altele, sentimentele de culpă, mânia și tristețea/depresia, asociate la rândul lor cu atitudinile negative față de trăirile emoționale, dificultățile manifestate pe tărâmul controlării emoțiilor și disocierea. (Batten, Orsillo și Walser, op. cit).

Abordarea PTSD din perspectiva terapiilor bazate pe conștiința deplină (mindfulness), pe acceptare și pe angajament, care își propun cultivarea disponibilității și a acceptării experiențiale, permite eliberarea întregului spectru al trăirilor emoționale de sub influența represivă a mecanismelor de evitare. Aceste terapii pot fi utilizate cu succes și în tratamentul clienților care se dovedesc incapabili să evoce amintiri suficient

de clare ale evenimentului traumatic, respectiv care s-au confruntat de a lungul existenței lor, cu traume multiple, produse în momente dificile și în contexte diferite, adică în acele cazuri, pentru tratamentul cărora terapiile tradiționale, bazate pe expunerea la situațiile generatoare de anxietate, nu au reușit să elaboreze algoritmi de intervenție eficiente. (Batten, Orsillo și Walser, op. cit). Această poziție este în acord cu cea exprimată de Zayfert și De Viva (2010), care atrag atenția asupra faptului, că în cazul unora dintre clienți, fie expunerea, fie restructurarea cognitivă se pot dovedi neadecvate și că aceasta ar putea fi cauza proporției ușor crescute a clienților afectați de PTSD care abandonează tratamentele focusate pe traumă, în comparație cu cei tratați pentru această problemă prin abordări suportive. Autorii de mai sus citează totodată rezultatele a numeroase studii, care au demonstrat implicarea a numeroase variabile – de regulă neadresate în cadrul intervențiilor bazate pe restructurarea cognitivă și pe expunerea – atât în abandonarea timpurie a tratamentului, cât și în înregistrarea unor rezultate nesatisfăcătoare ale acestuia. Astfel, dacă abandonul a fost observat cu precădere la clienții care prezentau niveluri crescute ale simptomelor PTSD (cu precădere evitare), depresie și recurs la alcool, printre predictorii eșecului intervenției au fost identificate variabile precum suferirea de traume în copilărie, sau de traume multiple, recursul la sedative, suicidalitatea crescută, singurătatea, frecventarea inconstantă a ședințelor terapeutice, anxietatea generalizată, nivelul crescut al PTSD, durerea fizică intensă și mânia crescută. Atât abandonul, cât și rezultatele slabe s-au înregistrat cu o frecvență semnificativ superioară în cazul bărbaților.

3.2. Teoria lărgirii perspectivei și construirii prin emoțiile pozitive

O altă orientare de dată relativ recentă în psihologie, dar aflată și ea în plină expansiune, este cea a psihologiei pozitive. Apariția acesteia a avut darul de a comuta atenția psihologilor clinicieni și a psihoterapeuților dinspre obiectivele ce vizau facilitarea stărilor emoționale pozitive, înspre cele definite în termenii stării psihologice de bine, caracterizată de către Ryff și Singer (1996) prin nivelurile crescute ale autonomiei, capacitatea de a influența mediul înconjurător, relațiile pozitive cu ceilalți, atitudinea deschisă față de oportunitățile de dezvoltare personală, conturarea unor obiective în viață și acceptarea de sine. (după Joseph, Murphy, Regel, 2012) Pe parcursul ultimului deceniu și jumătate, au fost elaborate și validate în cadrul mișcării desemnată prin termenul generic de „psihologie pozitivă”, o serie de tehnici și chiar programe structurate de antrenament care vizează cultivarea emoțiilor pozitive. Acestea pot – în măsura în care reușesc să evite acea capcană, care conform observației lui Kashdan și Biswas-Diener

a transformat multe intervenții etichetate ca „psihologie pozitivă” într-un soi de „fascism zâmbitor”, să-și aducă aportul la înlesnirea creșterii posttraumatice.

„Teoria lărgirii perspectivei și construirii prin emoțiile pozitive” (pe scurt BBTPE) postulează implicarea – în egală măsură – a emoțiilor negative și a celor pozitive, în supraviețuirea omului, chiar dacă operând în contexte mult diferite (Fredrickson, 2013). Astfel, emoțiile negative sunt chemate la rampă atunci, când este nevoie de o mobilizare rapidă, instantanee chiar uneori, pentru a gestiona cât mai eficient amenințările cu care persoana se confruntă. Pe parcursul dezvoltării speciei umane, manevrele de operare care îmbrăcau formele atât de diversificate ale atacului, ale pitirii, sau ale părăsirii unui spațiu al cărui potențial de amenințare se înfățișa omului ca unul căruia i-ar fi practic imposibil să-i facă față, puteau salva în repetate rânduri însăși existența acestuia. La baza eficienței emoțiilor negative în îndeplinirea funcției de conservare a vieții stă extraordinara capacitate a acestora de a evoca reacțiile comportamentale cele mai potrivite cu o rețezire ce nu le stă la îndemână proceselor responsabile de evaluarea cognitivă a raportului dintre solicitările situației și resursele aflate la dispoziția persoanei. Emoțiile pozitive, pe de altă parte, funcționează cu totul altfel. Mult mai puțin potrivite pentru a produce reacții imediate sau foarte precis ținute, acestea nu își găsesc menirea în a se angaja în slujba unor strategii de supraviețuire potrivite pentru situații extreme. Dimpotrivă, ele se dovedesc eficiente mai degrabă în favorizarea unei deschideri a perspectivei, ale cărei beneficii adaptive urmează să se facă simțite doar după trecerea unui timp mai îndelungat. Lărgirea câmpului conștiinței îi permite persoanei scanarea plajei posibilităților aflate la îndemână, descoperirea unor noi resurse, oportunități, ori cunoștințe; emoțiile pozitive ne asigură șansa de a profita de pe urma numeroaselor oportunități pe care ni le oferă viața, dovedindu-se critice din punctul de vedere al construirii unei vieți în egală măsură sănătoase și fructuoase (Fredrickson și Cohn, 2008). Formulată pentru întâia oară în 1998, „teoria lărgirii perspectivei și construirii prin emoțiile pozitive” surprinde în esență acest dublu proces prin intermediul căruia persoanele care experimentează emoții pozitive își *lărgesc* pentru moment repertoriul de gânduri și acțiuni, fapt care le permite să se angajeze în răspunsuri comportamentale și acțiuni capabile să *construiască* resurse personale durabile. Concret, trăirea unor emoții pozitive, cum sunt bucuria, satisfacția, iubirea sau mândria, sporesc pe durata lor flexibilitatea și deschiderea spre noi experiențe a persoanei, determină o atitudine mai puțin defensivă îndreptată în direcția explorării unor lucruri și unor tărâmurile ale experienței deocamdată necunoscute, stimulează atenția, imaginația, creativitatea și chiar încrederea investită în

persoane pe care încă nu a apucat să le cunoască prea bine. Cercetări din domeniul neuropsihologiei, precum cele raportate de Ashby și colaboratorii (1999) au pus aceste modificări cognitive și atitudinale pe seama creșterii nivelului dopaminei cerebrale (după Fredrickson, 2001). Experiențierea, de exemplu, a sentimentului mulțumirii, favorizează contemplarea atentă și savurarea acelor condiții, care au generat satisfacții. Se creează astfel premisele identificării unor detalii, a unor elemente ale situației, care – deși s-au dovedit a fi în măsură să producă încântare – în multe alte dăți au rămas nevăzute în seamă. Aceste veritabile descoperiri vor putea fi integrate astfel în viziunea asupra propriei persoane („Constat că mă las impresionat de eforturile pe care cei apropiați mie le fac pentru ca timpul petrecut împreună să fie cât mai plăcut”), sau a lumii în ansamblul ei („Merită să îmi îndrept atenția înspre ce se întâmplă în jurul meu, pentru că întotdeauna se ivește șansa de a descoperi ceva, ce îmi poate evoca foarte plăcutul sentiment al satisfacției”). Implicând orientarea deplin conștientă în direcția prezentului, sentimentul mulțumirii contribuie la ameliorarea autoreglării, prin mai multă atenție acordată propriilor nevoi și sporirea receptivității față de posibilele acțiuni capabile să satisfacă respectivele nevoi (Tugade și colab., 2004).

Alte cercetări, invocate de Tugade și colab. (2004) au demonstrat influența reciprocă a emoțiilor pozitive și a lărgirii perspectivei gândirii, în urma acestei interacțiuni rezultând ameliorarea apreciabilă a funcționării și a stării de bine. Această a doua secvență din cadrul procesului descris de BBTPE, cea a *construirii* unor resurse personale durabile, contribuie la o veritabilă transformare a persoanei, oferindu-i acesteia posibilitatea de a deveni mai creativă, posesoare a unui bagaj de cunoștințe și a unui repertoriu de abilități mai bogat, mai rezistentă, mai integrată social și mai sănătoasă (Fredrickson și Cohn, 2008). Acest proces de transformare este conceput de autoarea care a elaborat BBTPE ca o spirală ascendentă produsă de emoțiile pozitive a căror experiențiere inițială a declanșat întregul proces. Astfel se explică cum stări emoționale efemere pot antrena modificări capabile să reziste ca achiziții stabile, cu valențe adaptive, ale persoanei. Cercetările de dată recentă din domeniul neuroplasticității, au demonstrat că aceste achiziții – interpretabile în ultimă instanță ca rezultate ale unor procese de învățare – antrenează modificări în însăși arhitectura cerebrală (Davidson și colaboratorii, 2012; Clausen și colab., 2014). Eric Kandel (2013), singurul psihiatru laureat al premiului Nobel, notează de asemenea, că schimbările substanțiale ale comportamentului au la bază modificări la nivelul exprimării genelor, care la rândul lor antrenează modificări structurale ale creierului.

Un număr impresionant de cercetări empirice, efectuate mai ales în ultimii ani, au pus în evidență influențele semnificative exercitate de stările

emoționale cu coloratură pozitivă asupra stării de bine și a sănătății, precum și asupra succesului pe plan emoțional. Johnson și colaboratorii (2013), care recapitulează o parte dintre rezultatele acestor cercetări, remarcă faptul că acest efect binefăcător este exercitat nu doar pe moment, ci poate fi evidențiat și longitudinal, adică în cadrul unor cercetări care urmăresc evoluția participanților pe parcursul mai multor ani. Din acest punct de vedere, efectul pare a fi asemănător cu cel al vaccinărilor, sau mai degrabă cu cel al vitaminizării continue, rezultatele durabile fiind asigurate de expunerea repetată la influența stărilor emoționale pozitive. În cazul satisfacerii acestui deziderat, efectul pare a fi asigurat, chiar și în condițiile în care trăirile pozitive alternează cu stările a căror coloratură emoțională este negativă.

Într-un studiu prospectiv, în care au investigat evoluția persoanelor expuse la trauma produsă de atacurile teroriste din 11 septembrie 2001, Tugade și Fredrickson au evidențiat asocierea valorilor crescute ale rezilienței-trăsătură cu intercalarea trăirii unor emoții pozitive (recunoștință, interes, iubire) printre stările negative (mânie, tristețe, teamă) trăite în timpul atacurilor. Este important de subliniat, că autorii au demonstrat, în cazul persoanelor caracterizate în mod stabil prin trăsătura rezilienței, nu experiențierea unor stări emoționale unilateral pozitive, ci capacitatea de a putea comuta – în ciuda confruntării cu emoții negative intense – pe emoții a căror coloratură este pozitivă. Explicația ar putea consta în faptul, că emoțiile pozitive îndeplinesc, în contextul celor negative, nu doar funcția unor momente de respiro, pe durata cărora persoana se poate elibera temporar de sub apăsarea trăirilor dezagreabile, dar și una restauratorie, contribuind la reîncărcarea rezervoarelor de energie psihică, secătuite de confruntarea cu stresul. Paleta trăirilor emoționale s-a arătat a fi monocoloră – cu tență negativă – mai degrabă la persoanele în cazul cărora nivelul de dezvoltare a trăsăturii rezilienței a fost modestă. O altă constatare importantă a fost aceea, că experiențierea după criză a emoțiilor pozitive, s-a dovedit a media deplin influența exercitată de reziliența psihologică asupra dezvoltării psihologice ulterioare – exprimată sub forma unor indicatori precum sporirea optimismului, a stării subiective de bine, ori a momentelor de liniște – ceea ce a permis autorilor, să conchidă, că putem concepe cultivarea din timp a emoțiilor pozitive ca reprezentând o strategie inteligentă pusă în slujba rezilienței. (Tugade și Fredrickson, 2007)

3.3. Rolul compasiunii și autocompasiunii

Atâta timp cât este impregnată de reproșurile adresate propriei persoane și fuzionată cu acestea, persoana își poate trăi viața exclusiv prin

filtrul acestora, ele determinându-i atât comportamentul, cât și direcțiile pe care le va adopta. Cramponarea de blamarea propriei tale persoane poate fi identificată frecvent ca o tentativă de a exercita controlul asupra unor situații cu impact emoțional negativ puternic, sau a unor experiențe dureroase, care nu pot fi influențate, în mod obiectiv, de către tine. În astfel de condiții, a-ți imagina, că ai putea preîntâmpina, sau înlătura astfel de întâmplări, dacă nu ai fi atât de rău, lipsit de valoare, sau inept, îți poate conferi un sentiment iluzoriu al controlului. Oricât ar părea de contraintuitiv, dar copleșindu-ne de ocară și înfășurându-ne în pătura falsei securități oferite de agenda controlului și a evitării, întărite social, nu facem decât să rămânem fixați chiar în stări caracterizate prin evitare anxioasă internă, zbucium nejustificat și o îngustare continuă a posibilităților. (Tirch, Schoendorff și Silberstein, 2014)

Această strategie se dovedește în cazul persoanelor confruntate cu psihotraume falimentară cel puțin din două motive. Pe de o parte, după cum am arătat mai înainte, recursul la evitarea experiențială agravează simptomele PTSD. Pe de altă parte, impactul negativ al autocriticismului și al blamării propriei persoane a fost deasemenea amplu documentat.

Nivelurile crescute ale dispoziției autocritice și ale sentimentului de jenă, respectiv nivelurile scăzute ale compasiunii de sine, arată Tirch și Gilbert (2015), se asociază cu simptomele anxietății și depresiei, în contextul unor entități diagnostice variate. Dominarea experiențelor persoanei de gândurile și emoțiile focalizate pe amenințări generează îngustarea atenției și a repertoriului comportamental, reducând totodată capacitatea empatică a persoanei. Acestea pot, la rândul lor, diminua volumul surselor de recompense și îngreuna accesul persoanei la o viață impregnată cu sens, această limitare fiind trăită cu atât mai dramatic, cu cât persoana în cauză depune eforturi pentru a trece peste o traumă cu impact puternic.

În cazul confruntării cu criticismul și autocriticismul – atât de frecvent întâlnite în cazul victimelor psihotraumelor – remediul cel mai eficient îl constituie autocompasiunea și compasiunea, definite ca o sensibilitate față de suferința proprie, respectiv cea trăită de alte persoane, însoțită de motivația și angajamentul de a încerca prevenirea și înlăturarea suferinței. (Catarino, Gilbert, McEwan și Baião, 2014). Compasiunea deplin conștientă implică recunoașterea beneficiilor care apar în urma luării în stăpânire a motivației noastre de a purta de grijă, ca o formă de organizare a funcționării noastre mentale. Plasând motivele compasiunii chiar în centrul existenței noastre, impactul acestora asupra modului în care ne raportăm la noi înșine, la ceilalți și la lumea în care trăim va fi unul deosebit de puternic. (Tirch și colab. 2014)

Atunci, când persoana simte că beneficiază de încredere și compasiune, arată Lux (2013), nivelul oxitocinei crește, iar oxitocina reduce stresul, probabil prin dezactivarea amigdalei, o regiune cerebrală implicată în procesarea experiențelor aversive, sporește tendința spre dezvăluirea de sine și contribuie la întărirea sentimentului de securitate a atașamentului, în cazul persoanelor înclinate spre atașare nesigură. Cultivarea compasiunii de sine a avut ca rezultat, în cazul unor clienți cu înclinație pronunțată spre trăirea sentimentelor de jenă și raportarea critică la propria persoană, diminuarea semnificativă a depresiei, anxietății, a atacurilor la adresa propriei persoane, a sentimentelor de inferioritate, a comportamentului submisiv și a rușinii. (Gilbert și Procter, 2006) iar în cazul subiecților afectați de bulimie și a altor forme ale tulburărilor comportamentului alimentar, a contribuit semnificativ la reducerea simptomatologiei. (Gale, Gilbert, Read și Goss, 2014) S-a demonstrat, totodată, că prin limitarea tendinței evenimentelor negative de a activa sistemul de amenințare, compasiunea de sine contribuie la consolidarea sănătății mentale. (Johnson și O'Brien, 2013).

3.4. Recomandări generale pentru psihoterapeuți

Într-un ghid destinat uzului clinicienilor angrenați în asistența psihologică a persoanelor afectate de confruntarea cu evenimente traumatice, Calhoun și Tedeschi (2006) le recomandă acestora adoptarea unui rol de *însoțitor expert*, adică cel al unui tovarăș, care pe de o parte se află în posesia unor cunoștințe acurate, ce-i permit să-i furnizeze clientului un sprijin competent, dar care, pe de altă parte, este deschis să învețe de la acesta din urmă, tot ceea ce este important să afle în legătură cu modul în care clientul experimentează consecințele cu care trauma suferită îl confruntă.

Angajamentul autorilor citați mai sus în slujba cultivării creșterii posttraumatice este dincolo de orice dubiu. Cu toate acestea – sau mai degrabă tocmai din acest motiv – ei se arată extrem de circumspecți față de modul în care mesajul acestei perspective este livrat către client. Primul avertisment, în această direcție, se referă la evitarea cu orice preț a oricărei tentative de a induce, sub o formă sau alta „creșterea”. Rolul terapeutului care vizează facilitarea creșterii posttraumatice este acela de a se arăta cât se poate de receptiv la orice relatare spontană a clientului, care ar putea fi pusă în legătură cu tema creșterii, știind că în mod practic inevitabil vreun semn palpabil al acesteia își va face simțită prezența prin ceea ce clientul face sau spune.

Ori de câte ori terapeutul va detecta în relatarea clientului prezența vreunui element al creșterii posttraumatice, sarcina care-i revine este aceea

de a lua la cunoștință și de a-i reflecta interlocutorului său ceea ce a înțeles din cele relatate. Tehnicile verbalizărilor empatice se pot dovedi deosebit de utile în cadrul acestui demers. Calhoun și Tedeschi (op.cit.) se arată și de această dată prudenți, susținând – în deplin acord cu principiile comunicării empatice – utilitatea respectării terminologiei clientului, chiar dacă elementele relatării ar justifica folosirea termenului „creștere”. Ideea este, că ceea ce dorim să promovăm este procesul în sine și nu însușirea de către client a unui nou vocabular. Prudența în acest context este cu atât mai justificată, cu cât uitând de ea, am risca să activăm rezistențe inconștiente ale clientului. Oricum, din moment ce am întărit schimbările produse prin comunicarea luării lor la cunoștință, dotarea acestora cu eticheta de „creștere” nu mai este necesară, afirmă autorii.

Un aspect accentuat cu foarte multă tărie de către Calhoun și Tedeschi este cel referitor la atribuirea „meritelor” pentru câștigurile încasate. În viziunea autorilor, clinicienii trebuie să fie extreme de atenți să prezinte schimbările pozitive ca fiind un rezultat al luptei persoanei cu consecințele evenimentului traumatic și cu circumstanțele dificile, și nicidecum ca un „dar” venit din partea traumei. Persoana se poate alege cu anumite beneficii de pe urma unui accident suferit, sau al unei boli grave, dar acestea nu îi sunt livrate printr-o generozitate a accidentului, sau a bolii, ci sunt rodul eforturilor mobilizate pentru a gestiona dificultățile cu care se confruntă.

După cum remarcă și Briere (2012), una dintre cele mai importante descoperiri ale cercetărilor din domeniul psihoterapiei, este legată de identificarea relației terapeutice pozitive și a rolului jucat de un terapeut conectat la nevoile clientului – așa cum acestea au fost descrise de către Rogers în urmă cu jumătate de secol – ca unul dintre cele mai importante ingrediente curative ale intervenției, își demonstrează în mod deosebit utilitatea în abordarea persoanelor expuse unor traume.

Joseph și colaboratorii formulează următoarele recomandări terapeutice menite să favorizeze creșterea posttraumatică, pentru uzul clinicienilor angrenați în asistența psihologică a persoanele confruntate cu traume:

1. Identificarea, împreună cu clientul, a acelor procese de furnizare a suportului social, care pot împiedica procesarea: ascultarea activă empatică se poate dovedi suficientă pentru a promova procesarea afectivă-cognitivă; pot fi deasemenea utile din punctul de vedere al stimulării procesării afectivă-cognitivă, sugestiile referitoare la obținerea altor forme ale suportului în afara ședințelor. Identificarea acelor surse ale suportului, care pot îngreuna procesarea, poate fi de asemenea importantă.

2. Trăvialiul terapeuic, care în mod regulat și consistent angajează clientul în activități legate de expunere, ce vizează reevaluarea experienței traumatice și a semnificațiilor asociate de aceasta: prin expunere nu înțelegem neapărat anumite tehnici psihoterapeutice anume, ci practic orice demers terapeuic, care îi permite clientului să se confrunte cu informații legate de trauma suferită, în cadrul unui context controlat, dăător de siguranță. Acestea pot include discuții și audierea unor exerciții structurate care vizează confruntarea, sau pot implica angajamentul activ în actul fizic al însoțirii clientului în situația temută și sprijinirea acestuia, pe durata expunerii, ori antrenarea clientului în modalități de reinterpretare a stimulilor din situația respectivă, pe care a învățat să-i interpreteze ca fiind amenințăatori și, implicit, generatori de teamă.

3. Facilitarea reevaluării: a ajuta clientul să normalizeze stările emoționale generatoare de neliniște și să reevalueze semnificația evenimentului, respectiv a rolului pe care acesta îl joacă în viața lui.

4. Promovarea strategiilor de coping eficiente (utile): sprijinirea clientului în eforturile mobilizate pentru a dezvolta noi abilități de coping și strategii pentru căutarea suportului social, respectiv pentru a acumula un capital superior de speranță; antrenarea clientului în recursul la imageria unui loc sigur.

5. Reducerea stărilor emoționale negative și promovarea stărilor emoționale pozitive: recursul la exerciții de relaxare, respectiv de cultivare a recunoștinței. (După Joseph, Murphy, Regel, op cit., p. 323)

Autorii citați mai sus, atrag atenția asupra faptului, că în cazul acelor clienți, ale căror nevoi psihologice fundamentale au rămas în mod constant nesatisfăcute și a căror stare de bine psihologică nu a ajuns până în perioada care a precedat confruntarea cu evenimentul traumatic la un nivel satisfăcător de dezvoltare, față de cele creionate mai sus, ar putea fi nevoie de intervenții suplimentare din partea terapeutului, pentru a-i permite acestuia să faciliteze procesul, în condițiile în care persoana este lipsită de resursele psihologice dobândite în procesul dezvoltării personale.

Vom încheia prin prezentarea unui alt set de recomandări, pe care le-am găsit utile în practica noastră cu persoanele afectate de PTSD, identificate de Scott și Stradling (1992), sunt prezentate în cele de mai jos:

- Terapeutul trebuie să accentueze faptul că evitarea confruntării cu situația traumatică (sau anxiogenă) generează pe termen lung mai mult disconfort, decât eforturile depuse în vederea soluționării problemei. De fapt, în terapie este vorba de asumarea neplăcerilor de moment de dragul promisiunii avantajelor pe termen lung.

- Clientul poate avea sentimentul că, prin faptul că i se solicită să vorbească despre traumele suferite sau despre anxietățile sale, este forțat

oarecum să-și asume din nou rolul de victimă. În aceste condiții, este recomandabil ca terapeutul să accepte în mod explicit această interpretare subiectivă, în caz contrar riscând să se confrunte cu rezistența deschisă a clientului.

- Trezirea speranței are o semnificație decisivă din punctul de vedere al implicării clientului în procesul terapeutic.

- Putem pregăti clientul pentru recăderile inevitabile care apar pe parcursul terapiei, prezentând de la bun început programul terapeutic ca pe o intervenție care funcționează pe baza principiului „doi pași înainte, unul înapoi” și în cadrul căruia recăderile ocazionale sunt evaluate ca experiențe de învățare cu valențe terapeutice.

- Este de așteptat ca terapeutul să dea dovadă de flexibilitatea necesară pentru a putea recurge la strategii variate, impuse de obiectivul înlăturării diferitelor simptome ale anxietății, precum și pentru a se dovedi capabil de examinarea semnificațiilor personale ale trăirilor traumatice și ale anxietății.

- Exercițiile care vizează desensibilizarea pot fi introduse, doar după ce, în prealabil, s-a reușit clădirea unei relații terapeutice satisfăcătoare și după ce recursul la tehnicile de liniștire și de distragere a atenției s-a dovedit a fi inefficient. Utilizarea casetei audio este indicată doar în condițiile unui context în care există sprijin adecvat.

- Tratamentul medicamentos (recursul la anxiolitice) poate fi un aliat al psihoterapiei, în condițiile în care terapeutul încurajează complianța cu tratamentul prescris.

Bibliografie

1. Baker, J.M., Kelly, C., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., et al. (2008). An Examination Of Posttraumatic Growth And Posttraumatic Depreciation: Two Exploratory Studies. *Journal of Loss and Trauma*. 13:450–465.

2. Bardeen, J.R., Fergus, T.A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 5. 1–6.

3. Batten, S.V., Orsillo, S.M., Walser, R.D. (2005). Acceptance And Mindfulness-Based Approaches to the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In S.M. Orsillo, L. Roemer (eds.) *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety Conceptualization and Treatment*. New York, NY. Springer Science+Business Media, LLC.

4. Briere, J. (2012). Working with Trauma: Mindfulness and Compassion. In C.K. Germer & R.D. Siegel (Eds.). *Compassion and wisdom in psychotherapy*. New York: Guilford.
5. Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2004). The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*. 15.1. 93-102.
6. Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi (eds.). *Handbook of Posttraumatic Growth Research And Practice*. Mahwah, N.J. Lawrence Erlbaum Associates. Publishers.
7. Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2006). The Paradox of Struggling with Trauma: Guidelines for Practice and Directions for Research. In S. Joseph, P.A. Linley (Eds), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Hoboken, NJ. John Wiley & Sons, Inc.
8. Catarino, F., Gilbert, P., McEwan, K., Baião, R. (2014). Compassion motivations: distinguishing submissive compassion from genuine compassion and its association with shame, submissive behavior, depression, anxiety and stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 33. 5. 399-412.
9. Clausen, S.S., Crawford, C.C., Ives, J.A. (2014). Does Neuroimaging Provide Evidence of Meditation-Mediated Neuroplasticity? In S. Schmidt, H. Walach (eds.). *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications*, Studies in Neuroscience. Cham. Springer International Publishing Switzerland.
10. Davidson, R.J., Dunne, J., Eccles, J.S., Engle, A., et al (2012). Contemplative Practices and Mental Training: Prospects for American Education. *Child Development Perspectives*. 6. 2. 146–153.
11. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
12. Fredrickson, B. L. (2013). Positive Emotions Broaden and Build. In E. Ashby Plant & P.G. Devine (Eds.), *Advances on Experimental Social Psychology*, 47, 1-53. Burlington: Academic Press.
13. Fredrickson, B. L., Cohn, M.A. (2008). Positive Emotions. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds). *Handbook of Emotions* (pp. 777-796), 3rd Ed. New York, NY: Guilford Press.
14. Gale, C., Gilbert, P., Read, N., Goss, K. (2014). An Evaluation of the Impact of Introducing Compassion Focused Therapy to a Standard Treatment Programme for People with Eating Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 21. 1–12.

15. Gilbert, P., Choden. (2014). *Mindful compassion: how the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others*. Oakland, CA. New Harbinger Publications, Inc.
16. Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 13. 353–379
17. Hayes, S. (2007). Foreword. ACT and the Disorderly Process of Trauma. In. Walser, R.D., Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: a practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland, CA. New Harbinger Publications, Inc.
18. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson. K.W. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*, Second Edition. New York. Guilford Publications.
19. Johnson, E.A., O'Brien, K.A. (2013). Self-compassion soothes the savage ego-threat system: effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 32. 9. 939-963.
20. Johnson, J., Gooding, P.A. Wood, A. M., Fair, K.L., Tarrier, N. (2013). A Therapeutic Tool for Boosting Mood: The Broad-Minded Affective Coping Procedure (BMAC). *Cognitive Therapy and Research*. 37:61–70.
21. Joseph, S., Murphy, D., Regel, S. (2012). An Affective–Cognitive Processing Model of Post-Traumatic Growth. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 19. 316–325.
22. Kandel, E. (2013). Psihiatrie, psihanaliză și noua biologie a minții. București. Editura Trei.K
23. Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P., Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 44. 1301–1320.
24. Kashdan, T.B., Biswas-Diener, R. (2014). *The upside of your dark side: why being your whole self – not just your „good” self – drives success and fulfillment*. New York, NY. Hudson Street Press.
25. Kolski, T.D., Avriette, M., Jongsma, Jr., A.E. (2001). *The Traumatic Events Treatment Planner*. New York, NY. John Wiley & Sons, Inc.

26. Lux, M. (2013). The Circle of Contact: A Neuroscience View on the Formation of Relationships. In J. H. D. Cornelius-White et al. (eds.). *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach*. New York. Springer Science+Business Media.
27. Neff, K.D., McGehee, P. (2010). Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults. *Self and Identity*. 9: 3. 225 — 240.
28. Scott, M.J., Stradling, S.G. (1992). Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder. London. Sage Publisher.
29. Shakespeare-Finch, J., Enders, T. (2008). Corroborating Evidence of Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress*. 21. 4. 421–424.
30. Tarrier, N. (2010). Broad minded affective coping (BMAC): A “positive” CBT approach to facilitating positive emotions. *International Journal of Cognitive Therapy*. 3. 64–76.
31. Tedeschi, R.G., Addington, E., Cann, A., Calhoun, L.G. (2014). Posttraumatic Growth: Some Needed Corrections and Reminders. *European Journal of Personality*. 28. 332-361.
32. Tirsch, D., Schoendorff, B., Silberstein, L. (2014). The ACT Practitioner's Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility. Oakland, CA., New Harbinger Publications, Inc.
33. Triplett, K.N., Tedeschi, R.G., Cann, A., Calhoun, L.G., et al. (2012). Posttraumatic Growth, Meaning in Life, and Life Satisfaction in Response to Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 4., 4. 400–410.
34. Tugade, M.M., Fredrickson, B.L. (2007). Regulation Of Positive Emotions: Emotion Regulation Strategies That Promote Resilience. *Journal of Happiness Studies*. 8:311—333.
35. Vargha J.L., Szabó K.G. (2011): Klinikai pszichológia. II. rész. Egyetemi jegyzet. Kolozsvár. Kolozsvári Egyetemi Kiadó (Psihologie clinică. Partea a II-a. Curs universitar. Cluj. Editura Presa Universitară.
36. Walser, R.D., Westrup, D. (2007). Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: a practitioner’s guide to using mindfulness and acceptance strategies. Oakland, CA. New Harbinger Publications, Inc.
37. Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, NY. The Guilford Press
38. Westphal, M., Bonanno, G.A. (2007). Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins? *Applied Psychology: An International Review*. 56(3). 417–427.

40. Zayfert, C., DeViva, J.C. (2010). Avoiding Treatment Failures in PTSD. In M.W. Otto, S.G. Hofmann (eds.). *Avoiding Treatment Failures in the Anxiety Disorders*. Series in Anxiety and Related Disorders. New York, NY. Springer Science+Business Media, LLC.

REABILITAREA CONSUMATORILOR DE DROGURI ÎNCARCERAȚI

Richard. C. Page, Mae Smith, Patricia Beamish

S-a scris foarte puțin despre reabilitarea consumatorilor de substanțe încarcerați. Eforturile pentru reabilitarea acestora depuse până acum au fost dur criticate de numeroși autori (Brecher 1972; Task Force on Federal Heroin Addiction Program 1974). Grupul de lucru federal centrat pe dependenții de heroină, a evaluat programele desfășurate în penitenciare ca fiind ineficiente. Un efort aparte pentru a reabilita consumatoarele de droguri a fost depus de Divizia Penitenciarelor din Florida, la penitenciarul din Lowel, Florida.

Această instituție, are un program dedicat tratamentului dependenței de droguri adresat femeilor încarcerate dependente de droguri. Modul în care acest program a fost dezvoltat și problemele legate de implementarea sa, pot fi de interes pentru consilieri, într-o gamă largă de situații. Programul realizat în cadrul Penitenciarul din Florida poate fi folosit atât pentru reabilitarea dependenților de droguri cât și a acelor persoane care au nevoie să-și asume mai multă responsabilitate și să-și dezvolte relații interpersonale centrate pe cooperare și grijă reciprocă. Acest articol va prezenta modul în care sa realizat implementarea unui program pentru tratamentul dependenței de droguri, și va vorbi despre gradul de succes al programului.

Inițierea programului.

În 1973 Divizia Penitenciarelor din Florida (DPF), a asigurat fondurile necesare implementării unui program adresat tratării dependenței de droguri în cadrul penitenciarului de femei din Florida. Clădirea dedicată programului a fost plasată departe de corpul principal al penitenciarului, deținutele **admisene** intrând în contact cu celelalte persoane încarcerate în instituție. DPF a asigurat atât fonduri necesare îmbunătățirii spațiului alocat cât pentru salarizarea unui consilier principal specializat pe dependența de droguri, patru consilieri de nivel master și 6 gardieni.

Clădirea alocată a fost adecvată scopului și era plasată într-un loc relativ de plăcut. Fiind destul de spațioasă, a fost posibil ca fiecare deținută

să aibă o cameră proprie, dar să și rămână spațiu suficient pentru a desfășura concomitent mai multe tipuri de activități. Cel mai mare dezavantaj al clădirii era, că înaintea realocării, a fost folosită pe post de carceră, astfel camerele alocate deținuților aveau uși metalice.

Poziția de consilier principal specializat pe dependența de droguri a fost prima care a fost ocupată. Era responsabilitatea celui care a fost angajat în această funcție să formuleze o filozofie de tratament, de a angaja personalul necesar și de a ajuta personalul nou angajat să se pregătească pentru primirea și selecționare persoanelor încarcerate. Una dintre primele măsuri luate de consilierul principal a fost să întocmească o descriere a filozofiei și a activităților cuprinse în program. Înaintea angajării necesarului de personal rămas, descrierea programului a fost aprobată și de administratorul DPF.

Un element cheie al programului a fost că filosofia și obiectivele programului au fost dezvoltate direct de consilierul principal, aceasta ne fiind impuse de administrația închisorii sau a personalului de securitate, cum se proceda de obicei în alte programe similare.

Obiectivele majore ale programului au fost ajutarea deținuților în aș-i rezolva acele problemele de natură personală care ar fi putut contribui la abuzul de substanțe, de a le învăța cum să fie mai atente față de cei din jur, și să abordeze modul de interacționare cu ceilalți într-un mod mutual benefic. Personalul centrului și administratorul DPF au discutat aceste obiective și au ajuns la un acord în ceea ce privește obiectivele generale ale programului, înainte ca participantele să fie selectate.

Selectarea Rezidentelor.

Primele rezidente au sosit la centrul de reabilitare în 1974, aproximativ la 2 luni după angajarea personalului. Aproximativ 50 din cele 200 de femei cu istoric de abuz de droguri au depus cereri de admitere. Fiecare dintre cele 50 de aplicante au fost intervievate de consilierul principal sau de ceilalți patru consilieri. Cei care au fost admiși în program au fost selectați de întregul personal al centrului, pe baza motivației exprimate și severitatea problemelor legate de consumul de droguri. 11 deținute au fost selectate pentru a participa la program.

Acceptarea unei deținute în cadrul programului trebuia aprobată nu numai de personalul centrului, ci și de Comitetul de Clasificare cât și de Comitetul de Transfer. Ambele comitete erau alcătuite din angajați ai instituției care lucrau în clădirea principală DPF. Toate cele 11 persoane

selectate de angajații centrului au fost aprobate și de cele două comitete menționate.

Fiecare deținută admisă, înaintea încarcerării sale, consuma în mod regulat droguri, consum care era un factor principal pentru situația în care se aflau. Majoritatea au fost condamnate pentru vânzare de droguri, jaf armat sau furt calificat. 6 dintre rezidente au fost dependente de heroină, iar cinici au avut istoric de abuz de alte droguri (barbiturice, psihedelice, sau amfetamine) înainte să fie încarcerate. 5 dintre acestea erau albe iar 6 erau negre. Majoritatea celor admise erau catalogate de către angajații DPF, ca și consumatoare severe de droguri.

Activități.

În momentul aditerii în program, modul de viață al deținuților a fost schimbat dramatic. Una dintre funcțiile majore ale programului a fost de a le ajuta să învețe metode eficiente de relaționare, non manipulative. Deținutele au fost încurajate să renunțe la modurile de conduită instituționale. Yablonsky (1965) a descris un deținut tipic ca și cineva care este manipulator, se conformează „valorilor” de deținut și aderă la grupuri de deținuți. Programul centrului a fost creat tocmai pentru a facilita schimbarea acestor tipuri de comportamente cu altele centrate pe cooperare, responsabilitate, și de relaționare cu ceilalți.

Rezidente au învățat comportamente de cooperare prin interacționarea cu celelalte deținute și cu personalul instituției. Rezidente centrului trăiau împreună 24 de ore din 24 și participau împreună la toate activitățile. Când deținutele se comportau recalcitrant și iresponsabil, izbucneau numeroase conflicte interpersonale. Dacă aceste conflicte erau de durată, posibilitatea de a participa la diversele activități oferite de centru deținuților, suferea considerabil. Datorită acestor consecințe, pentru a face perioada petrecută în cadrul instituției mai plăcută, s-a creat o presiune de grup centrată pe conformare, care încuraja rezidente să coopereze.

Jones (1968) a descris foarte bine dinamica internă a grupurilor de terapie nestructurate de tipul celor care funcționau și în instituție. Jones a scris despre procesul de învățare socială care are loc în cadrul participanților din grupurile de terapie, prin care aceștia însușesc comportamente de cooperare sau alte tipuri de abilități sociale, prin rezolvarea efectivă situațiilor conflictuale apărute între ei și restul participanților în program. În timp ce participanții rezolvă conflictele apărute cu ceilalți membrii, ei de fapt învață cum anume să evite conflictele similare pe viitor, cât și metode de relaționare cu ceilalți mutual benefice. Modul prin care rezidente din

Jones Cottage au fost capabile să își îmbunătățească calitatea stilurilor de relaționare a fost similară cu teoria învățării sociale descrisă de Jones.

Una dintre responsabilitățile majore a personalului (gardieni și consilieri) a fost de a ajuta rezidente în a interacționa mai eficient și în a rezolva eventualele neînțelegeri care apăreau între ele și celelalte rezidente și/sau personal. Angajații centrului au încercat să ajute rezidente să își examineze tiparele comportamentale manipulative, pentru ași însuși căi mai eficiente de a relaționa cu alții. Consilierii au ținut formări pe comportamentul asertiv și empatic pentru a facilita însușirea comportamentului social eficient.

Gradul de cooperare între personalul centrului, în cea ce privește predarea abilităților sociale, a fost crucial pentru succesul eforturilor depuse. Pentru avea șanse în ceea ce privește reabilitarea deținuților, era imperativ ca personalul, atunci când lucrau cu acestea, să coopereze între ei. Atunci când personalul angajat nu reușea să își susțină reciproc eforturile depuse, clientele îi manipula, subminând astfel eforturile de reabilitare. Rezidente nu reușeau să comunice deschis despre dezacordurile pe care le aveau cu celelalte deținute atâta timp cât observau că nici personalul angajat nu reușea să își rezolve le propriile conflicte interpersonale.

Astfel a fost foarte important pentru consilierul principal să promoveze comunicarea deschisă între angajați. Acesta arbitra în mod activ situațiile conflictuale dintre personalul angajat referitor la programul de activități sau interpretarea comportamentului rezidentelor. Se țineau ședințe săptămânale în cadrul cărora personalul analiza progresul rezidentelor și discutau conflictele apărute între acestea, săptămâna precedentă. Ședințe cu durată de o zi erau ținute aproximativ din două în două luni. Consilieri externi ajutau personalul în a-și examina modul de interacționare din cadrul centrului. Complementar se ținea un jurnal zilnic al activităților proprii, evenimentelor, și activitățile rezidentelor. Acest jurnal era citit zilnic de fiecare angajat ajutând într-o foarte mare măsură procesul de comunicare.

Activități programate.

Pentru a facilita însușirea de către rezidente a abilităților sociale, academice și vocaționale necesare pentru a face față problemelor (incluzând dependența de droguri), personalul întreprindea o serie de activități structurate. Rezidente participau la activități care începeau la ora 8 dimineața și țineau până la 9 seara cu timp liber alocat de obicei în weekenduri. Voluntari, personalul centrului, personalul DPF, și însăși

rezidentele au ținut o serie de activități printre care: grupuri de consiliere, terapie prin artă, formări pe dezvoltarea asertivității, terapie recreațională, sau cursuri despre dependența de droguri, explorare vocațională, meditație, yoga, pregătire pentru examenul de bacalaureat, cusut etc. Rezidentele de obicei puteau face, odată pe lună, mici excursii în afara instituției.

Ședințele de consiliere în grup erau una dintre metodele principale prin care rezidenții își explorau prolele personale și prin care primeau feedback despre modul în care relaționau cu ceilalți. De obicei rezidentele participau în fiecare săptămână la grupuri de terapie gestaltistă, reală, și mai rar la grupuri maraton de 16 ore. Deoarece aceste grupuri ofereau posibilitatea ca acestea să experimenteze o serie de abordări terapeutice, au constituit o parte integrală a programului.

O altă componentă semnificativă a programului era întâlnirea zilnică de la 8 dimineața. Pe durata acestor întâlniri rezidentele discutau măsura în care fiecare dintre ele avea, în cadrul programului, un comportament responsabil. Topici tipice includeau, cât de conștiincios își îndeplineau sarcinile legate de curățenie, cât de mult efort depuneau în a încerca să relaționeze într-un mod pozitiv și cât de frecvent se gândeau sau discutau despre consumul de droguri. Când se comportau într-un mod manipulator, rezidentele trebuiau să răspundă în fața celorlalte colege. Când astfel de comportamente erau observate, cele care ofereau feedback erau încurajate de către personal să empatizeze cu persoana cu care se confruntau. Cea care primea feedback era încurajată să accepte sau să refuze cele spuse într-un mod non-defensiv.

Majoritatea problemelor disciplinare erau tratate în timpul sesiunilor de dimineață. Membrele grupului aveau responsabilitatea de a genera soluții pentru diferite probleme, cum ar fi refuzul de a face curat sau de a participa la activitățile programate. Consilierul fiecărei rezidente era în schimb responsabil în impunerea a trei reguli principale cu privire la interzicerea consumului de droguri, încercările de evadare și violență fizică. Când una dintre aceste reguli era încălcată, consilierul pacientei împreună cu supervizorul, decideau asupra măsurilor care trebuiau luate.

Personalul centrului a administrat programul într-un mod cât mai democratic posibil. Personalul de custodie și de consiliere aveau funcții similare. Toate persoanele participau la ședințele de consilie și executau sarcini cum ar fi escortarea prizonierelor la spital, distribuirea medicamentelor pentru eventualele boli. Atât personalul cât și rezidentele trebuiau să participe la ședințele de grup și să primească feedback în cadrul acestora. Acest element era important deoarece personalul putea oferi modele de urmat în ceea ce privește capacitatea de a primi critică constructivă. În

numeroase ocazii rezidentele și-au exprimat nemulțumirea față de acei membrii de staff care în opinia lor acționau în detrimentul programului.

Rezidentele, pentru a le ajuta în rezolvarea problemelor personale, și în înțelegerea modului în care influențau persoanele cu care interacționau, beneficiau odată pe săptămână de consiliere individuală și de grup. Toate activitățile din cadrul programului au fost create în așa fel încât să contribuie la dezvoltarea personală și profesională a rezidentelor. Activitățile erau foarte solicitante, ținând cont de faptul că aceste persoane, în perioada în care consumau droguri, au avut un mod de viață foarte nestructurat.

Probleme în primele faze ale programului.

Anumite probleme sunt aproape inevitabile atunci când se dezvoltă un asemenea program. Nu de puține ori modul de abordare a personalului recrutat din cadrul penitenciarului, al cărui responsabilități primare erau cele legate de menținerea securității, era diametral opus cu cel al consilierilor. În general personalul DPF a colaborat bine cu cel al centrului. Cu toate acestea, din cauza naturii programului, probleme care își aveau originea în concepțiile contradictorii, au fost prezente.

Relația dintre paznicii din cadrul centrului și supervizorii lor din cadrul DPF a fost destul de tensionată. A existat o lipsă de comunicare între gardienii de la centru și cei din cadrul DPF. Grijă principală a supervizorilor DPF era legată de menținerea ordinii și supravegherea deținuților. Din această cauză supervizorii aveau o atitudine destul de suspicioasă față de un program al cărui obiectiv principal era crearea unei atmosfere terapeutice. În ciuda conflictelor, gardienilor din cadrul centrului, li s-a permis să funcționeze fără restricții în cadrul limitelor stabilite de către filosofia de baza a programului.

Au fost ocazii în care relațiile cu restul personalului DPF au fost de asemenea tensionate. Nu de puține ori personalul centrului și cel din cadrul DPF, au eșuat în a comunica într-un mod deschis și liber. Personalul din ambele instituții fiind foarte implicat în rutinele specifice mediului în care activau, uitau să se informeze reciproc despre modul în care decurgeau lucrurile. Bineînțeles din cauza acestei lipse de comunicări au apărut unele neînțelegeri.

Relațiile din cadrul centrului erau de importanță primară pentru buna funcționare a programului. Nu de puține ori personalul din Jones Cottage a avut dispute legate de modul în care unii dintre ei relaționau cu rezidenții. Când se apăreau asemenea situații rezidentele încercau să le manipuleze în favoarea lor. În anumite ocazii aceste dispute au îngreunat funcționarea

eficientă a programului, cu toate că în general membrii personalului au reușit să rezolve conflictele personale.

Jones Cottage a fost un program ambițios ținând cont de cardul în care a fost conceput. Este meritul personalului din cadrul centrului și din cadrul DPF, că el continue să funcționeze într-un mod eficient.

Evaluarea programului

Evaluarea eficienței unui program pentru prevenția consumului de droguri este complex și dificil. Una dintre metode ar fi evaluarea ratei de recidivism a persoanelor participante. În timpul primelor șapte luni, aproximativ 17 rezidente au participat la program, perioada petrecută aici fiind între trei și șapte luni. Toate deținutele admise au și absolvit programul. În august 1976, adică la doi ani jumate de la primirea primelor rezidente, 3 dintre primele 17, au reintrat în sistem. Conform datelor oferite de Oficiul de Statistică pentru Recidivă, Divizia Florida, aceste rate sunt cu mult mai mici decât media de recidivism al deținuților diagnosticați cu dependență de droguri la nivelul închisorilor din Florida.

Un mod mai subiectiv de a evalua eficiența programului este prin determinarea progresului făcut de către rezidente în ceea ce privește însușirea unor comportamente de relaționare optime și de rezolvarea problemelor. Când rezidente au fost admise pentru prima dată în centru, acestea erau în mod constant implicate în conflicte interpersonale. Numeroase ședințe de grup au fost alocate pentru a ajuta participantele să rezolve aceste conflicte. Acestea de multe ori durau mai multe ore, existând și ocazii în care participantele părăseau ședințele. În cea de a șasea lună a programului, majoritatea ședințelor erau centrate mai degrabă pe rezolvarea problemelor personale decât pe rezolvarea unor situații de criză. În opinia consilierilor din centru, rezidente au învățat cum anume să relaționeze între ele într-un mod mai eficient.

Întregul program al centrului are nevoie să fie evaluat mult mai în detaliu. Nu a fost realizat o evaluare comprehensivă a diferitelor elemente ale programului nici de către personalul centrului, nici de către orice alt departament al Diviziei de Reabilitare a Infractorilor.

Aplicație.

Centrul de tratament al dependenței de droguri a avut succes în reabilitarea unor rezidente. Aceste deținute aparent au dezvoltat un nivel mai înalt de asumare a responsabilității, de însușire de comportamente de

cooperare, de învăța cum anume să aprecieze relațiile constructive și să își reducă dependența față de droguri. Comunitățile terapeutice pot să folosească metode similare cu multe mai multe tipuri de clienți într-o varietate de circumstanțe.

Este foarte important pentru consilieri, să ia în considerare o serie de elemente când un asemenea centru este fondat în cadrul unei agenții sau comunități. O filozofie cadru dezvoltată de personalul viitorului centru este obligatorie. De asemenea este recomandată crearea unei relații de bună cooperare cu agenția care sponsorizează programul și dezvoltarea unor metode care să faciliteze comunicarea între personalul instituției. Un plan care să ajute realizarea unui PR benefic poate preveni o serie de probleme. Un alt element important este elaborarea unei metode de evaluare a întregului program.

Succesul programului desfășurat în cadrul Jones Cottage indică potențialul unui asemenea abordări. Problemele întâmpinate, în fondarea, întreținerea și evaluarea acestui program poate constitui un ghid pentru întemeierea unor astfel de comunități într-o varietate de circumstanțe.

Bibliografie

1. Brecher, E.M. (și editorii Consumer Reports). Licit and illicit drugs. Boston: Little Brown, 1972
2. Jones, M. Beyond the therapeutic community: Social learning and social psychiatry. New Haven and London: Yale University Press, 1968.
3. Task Force in Federal Heroin Addiction Programs. Introduction to treatment and rehabilitation. Grassroots, May 1974 Supplement, Treatment and Rehabilitation (5/74) 1-21.
4. Yablonsky, L. Synanon: The tunnel back. Baltimore: Penguin, 1965.

E.M.D.R.– TERAPIA ELIBERĂRII DE POVERILE TRECUTULUI

Niculina Gheorghită

Introducere

Am pornit această lucrare de cercetare ca urmare a parcurgerii unei formări în terapia **EMDR (Desensibilizarea și Reprocesarea prin Mișcări Oculare)**. În urma lucrului cu clienții, am observat rezultate remarcabile chiar după prima ședință de terapie EMDR.

Din punctul meu de vedere, după zeci de cazuri care s-au eliberat de traume majore din trecut, prin această minunată abordare terapeutică, aș numi EMDR ca fiind terapia eliberării de poverile trecutului. Aceste poveri de cele mai multe ori țin clientul în dezechilibru și dezorganizare mentală și emoțională.

În Capitolul 1 al acestei lucrări am redat teoriile și explicațiile legate de psihotraumă, ce se întâmplă în creierul uman când apare o astfel de traumă și cum se pot procesa traumele cu ajutorul terapiei EMDR.

Cercetările pe care m-am bazat în această lucrare sunt cele ale lui PhD. Francine Shapiro, Dr. Daniel Siegel și Richard J. Davidson.

Prin aceste cercetări am înțeles cum funcționează creierul uman, cum se imprimă o traumă, care sunt mecanismele de negare și ascundere a ei și cum o putem descoperi, scoate la suprafață și reintegra trauma prin abordarea EMDR.

În Capitolul 2 am surprins și expus trei studii de caz, ca modalitate de lucru, modalitate de reprocesare și integrare a trecutului traumatic și dureros și în final eliberarea de psihotrauma care i-a ținut captivi 10, 20 și chiar 30 de ani.

Am expus trei cazuri pornind de la o complexitate mai mică către cea mai mare și cu rezultate remarcabile. Persoanele la care fac referire în aceste cazuri sunt de vârste diferite tocmai pentru a surprinde ipoteza cum că indiferent de perioada traumei ea se poate reprocesa și integra pentru un echilibru mental și emoțional optim în vederea trăirii unei vieți împlinite și minunate.

În Capitolul 3 am surprins observațiile personale legate de procesarea amintirilor traumatice din trecut și integrarea lor pentru eliberarea de poverile resimțite de-a lungul vieții.

S-a constatat că mintea noastră subconștientă poate fi deschisă cu ajutorul mișcărilor oculare. Prin metoda practică din EMDR mișcările oculare stânga-dreapta, sus-jos, jos-sus și oblic deschid subconștientul și digeră conștient acea informație traumatică.

Din experiența mea unii clienți erau destul de blocați și nu mergea procesarea doar stânga dreapta. Atunci când apare o stagnare în dezvăluirea traumei, ca terapeut schimb mișcarea și imediat apar noi imagini, gânduri, emoții și senzații fizice.

În această terapie am văzut miracolul și anume clientul intră în cabinet cu o anumită atitudine corporală, începem ușor și după 60-90 minute iese altă persoană. Li se schimbă mimica, poziția corpului, vocea, privirea.

După trei săptămâni au revenit la cabinet pentru o ședință de evaluare a ce s-a întâmplat cu ei în acest timp, și surpriza a fost foarte mare să constat că aveau aceeași mimică relaxată ca atunci când au ieșit din terapie, iar viața lor o luase pe un făgaș de bucurie, nesperat înainte de terapia EMDR.

În finalul lucrării am expus un set de concluzii.

Capitolul 1. Cadrul teoretic

PhD. Francine Shapiro a creat și fondat această terapie la începutul anilor 1987.

După cum spune Francine în studiile elaborare, terapia EMDR vizează amintirile neprocesate asociate cu diferite emoții, senzații și convingeri negative. Cu ajutorul EMDR activăm în creierul clienților sistemul de procesare a informațiilor din creier iar amintirile din trecut pot fi „digerate”.

Astfel după Francine „psihotrauma se datorează faptului că sistemul de procesare a informațiilor a fost perturbat și a stocat amintirea traumatică izolând-o, adică neintegrând-o cu alte rețele mai generale ale memoriei.” (Francine Shapiro, Vindecarea traumelor din trecut, 2015, p.25)

Cercetările din neuroștiință a Dr. Daniel Siegel și a Dr. Richard J. Davidson referitoare la funcționarea creierului în cazul traumelor m-au ajutat să pot realiza studiile de caz foarte amănunțit.

„În condiții normale, unitățile de bază ale memoriei implicite se integrează printr-o regiune limbică, hipocampusul, în cele două forme ale memoriei: memoria acțiunilor și memoria autobiografică.” (Daniel Siegel, Vâltoarea minții, 2014, p. 200).

Din literatura de specialitate memoria acțiunilor este memoria explicit cea unde înregistrăm iar memoria autobiografică este cea în care înregistrăm toate senzațiile, stările interne.

„...unul din efectele traumelor este blocarea tranziției de la memoria implicită la cea explicită. Atunci când intervine blocajul, memoria implicită în stare pură, neintegrată, nu mai este etichetată ca aparținând trecutului.” (Daniel Siegel, Vâltoarea minții, 2014, p. 200).

Atunci când se creează o traumă lipsește sentimentul de prezență.

„Când cel care a suferit o traumă vrea să răspundă la întrebări legate de eveniment, amintirile implicite brute sunt reactualizate, iar persoana este inundată de senzații, emoții, imagini care par să aibă loc în acel moment. Lipsește sentimentul că imaginile, emoțiile vin din trecut.” (Daniel Siegel, Vâltoarea minții, 2014, p.200).

La rândul său Francine spune că: „... amintirile stocate la nivel fiziologic reprezintă fundamentul percepțiilor tale curente. Amintirile neprocesate pot intensifica senzațiile și reacțiile emoționale, dar pot genera și un efect opus: evitarea emoțiilor.” (Francine Shapiro, Vindecarea traumelor din trecut, 2015, p. 54)

Se pare că evenimentele neprocesate și neintegrate ne afectează viața emoțională și reacțiile comportamentale chiar dacă nu mai suntem în contact conștient cu ele. Toate gândurile, convingerile, emoțiile și reacțiile fizice negative inadecvate sunt cauzate de regulă de amintiri neprocesate care stau la baza lor.

Teoriile spun că atunci când ne reamintim o experiență perturbatoare, ea declanșează întotdeauna senzații fizice asociate cu ea.

Teoria EMDR spune că o traumă se fixează prin trei elemente: o emoție puternică (șoc), o convingere pe care imediat o asociem sau o creăm și niște senzații fizice care se implementează în corp ca răspuns la emoție.

Această modalitate terapeutică are câțiva pași distincți și anume:

- Clientul își găsește o amintire pozitivă unde se simte în siguranță;
- Apoi împreună cu terapeutul, prin întrebări, se găsește amintirea traumatică;
- După un ghid cu convingeri iraționale, clientul alege acea convingere care susține trauma;
- După un ghid cu convingeri raționale pozitive își alege convingerea pozitivă cu care va înlocui convingerea ce stă la baza amintirii dureroase (cea găsită la punctul de mai sus);
- Procesarea propriu-zisă;

- Verificarea valorii de adevăr a credinței iraționale și a celei raționale;
- Încheiem procesarea atunci când credința irațională este la limita minimă iar credința rațională este la limita maximă;
- Verificăm starea de bine interioară a clientului și finalizăm trecând prin locul de siguranță mental (amintirea pozitivă) unde am fost inițial.

1.1. Desensibilizarea prin mișcări oculare

Forma terapeutică de procesare prin desensibilizarea prin mișcări oculare scoate din subconștient amintirile neprocesate stocate sub formă de imagini, senzații corporale și emoționale, le stochează într-o formă mai adaptativă și generează simultan o desensibilizare a anxietății și a fricii.

1.2. Reprocesarea prin mișcări oculare

După desensibilizare urmează automat reprocesarea deoarece creierul uman are tendința de a crea un nou cadru în minte pentru a înlocui acea informație cu una nouă mai adaptativă. Această nouă informație reasezată nu are o conexiune neuronală în creier și îl scoate pe client în poziția de observator a experienței.

1.3. Atingerea stării de bine interior

Spre finalul terapiei creierul clientului care a reprocesat o traumă este pur și simplu invitat să creeze o nouă conexiune neuronală, de data aceasta conștient, cu o gândire echilibrată iar, timp de douăzeci și una de zile rămâne ancorat în noua atitudine. Corpul fizic se simte ușor, relaxat, iar clientul declară o stare de bine generală foarte bună.

Capitolul 2. Studii de caz

În această lucrare expun trei cazuri reale, dintre clienții mei și cum am descoperit mecanismul prin care se echilibrează mintea, emoțiile, corpul în așa fel încât să poată integra psihotrauma. Cazurile sunt reale în schimb numele au fost modificate pentru protecția clientului.

În toate cazurile am observat că efectiv li s-a schimbat percepția despre viață, despre evenimentul traumatic, au activat voința, discernământul și dorința de autodepășire.

Procesul de începere este la fel pentru toți clienții.

Începem cu întrebarea: „Îți aduci aminte de un eveniment care are legătură cu suferința sau disfuncționalitatea ta?”

După ce și-a adus aminte evenimentul dorit, stabilim acea situație ca pe o imagine statică.

Ei caută niște convingeri iraționale negative legate de acea situație.

După ce au găsit convingerile iraționale negative îi ajutăm să-și stabilească niște convingeri raționale pozitive cu care vor înlocui la un moment dat convingerile negative.

Începem procesarea arătându-le mereu acea imagine iar ei repetă în gând acea credință falsă.

După două procesări specifice EMDR se verifică valoarea de adevăr a imaginii și a credinței false, adică cât de mult îi mai afectează emoțional sau senzorial acea imagine și convingere.

Scala de verificare este între 10 și 1. Începem de la o cifră peste 7 și ajungem la finalul ședinței la cifra 0.

Apoi se implementează tot prin mișcări oculare una sau două convingeri raționale pozitive legate de starea de bine interior, de stima de sine și de fericire. După două procesări se verifică valoarea de adevăr a credinței pozitive adică cât simți și crezi că e adevărată convingerea implementată.

Aici scala de măsurare este de la 1 la 7. De obicei se începe de la o cifră mică și se ajunge la 6 sau 7 spre finalul procesării.

Se încheie procesarea atunci când convingerea pozitivă este la limita superioară.

După procesare ducem clientul în locul de siguranță sau amintirea pozitivă de la începutul ședinței.

Verificăm starea de bine interior prin senzațiile fizice pe care le simte în acel moment.

Se încheie ședința printr-o temă, de obicei să-și repete conștient convingerea rațională pozitivă un anumit timp.

2.1. Femeie peste 35 ani, căsătorită de 13 ani, are 2 copii - băieți.

O relație de cuplu armonioasă dar cu o dificultate din partea ei în sfera sexualității. A venit în terapie cu intenția clară să afle „ce este sub preș” și cum să-și îmbunătățească această dimensiune a vieții.

Inițial nu avea nici o amintire iar la un moment dat a realizat ce amintire avea și ce o marcase atât de mult pe dimensiunea sexualității.

Voi reda mai jos câteva frânturi din procesul verbal al terapiei cu această clientă pentru a sublinia cum apar amintirile traumatice ca și cum

s-ar desface un fir dintr-un ghem cu ață. Semnele de punctuație -----, indică faptul că atunci se face desensibilizarea prin metoda EMDR.

„Situția traumatică găsită de clientă este: un accident de mașină (un alt șofer a intrat în mașina ei), atunci când ea era însărcinată în luna a 9-a cu primul băiat.

CN: ***Sunt incapabilă. Sunt proastă.***

CP: ***Sunt capabilă să învăț. Sunt inteligentă.***

Când își aduce aminte de eveniment, simte în corpul fizic din gât, pe esofag și până în stomac o senzație puternică de disconfort și emoția este teama.

Începem procesarea -----, după un set de mișcări de procesare spune că : *Celălalt șofer a greșit, nu este vina mea. El a greșit nu a fost atent.* {Chiar dacă rațional era evidentă cogniția că, celălalt șofer a greșit, această clientă a crezut 10 ani că vina a fost a ei, deoarece avea acele cogniții iraționale cu care opera}.

Am simțit în corpul fizic în pelvis o senzație care îmi indică să sunt femeie și nu sunt proastă.

Apoi s-a dus ca o energie plăcută, de prospețime în tot corpul.

Verific valoarea de adevăr a celor 2 tipuri de cogniții (negativă și pozitivă) și cea negativă este pe 0 iar cea pozitivă încă nu este la limita maximă.

O întreb: *Ce te face să crezi că încă nu ești deșteaptă?*

Răspunsul clientei: că în relația de cuplu sunt o naivă, o proastă, mă las folosită și nu mă simt iubită.

Începem procesarea-----, după setul de mișcări specifice de desensibilizare și reprocesare se deschide un alt filon cu amintiri și anume o experiență de când avea 22 de ani era bolnavă iar tatăl ei a dus-o la un terapeut care făcea masaj. Acesta i-a spus să se dezbrace să se întindă pe o masă să o maseze ca să o vindece. I-a făcut niște mișcări pe spate după care i-a zis să se întoarcă cu fața în sus, moment în care s-a urcat pe ea și a început să-și frece organul sexual de ea.

Ea s-a blocat și atunci și acum, trăiește în procesare acel moment de sufocare și de blocaj că nu putea să facă nimic fizic, nu putea să se apere.

Îi curg lacrimi, continuăm procesarea și imediat își aduce aminte de medicul ginecolog care o consulta când ea era însărcinată cu băiatul, și care din luna a treia i-a zis că să vină la control spre finalul programului ca să mai stea cu el. Ea nu a înțeles intenția lui și a mers așa, doar că era cu soțul care o aștepta pe hol. După consultul medical, ginecologul i-a zis să mai rămână că el s-a îndrăgostit de ea și că vrea să se culce cu ea acolo în cabinet.

Simte iarăși furie și dezgust nu poate zice nimic, se îmbracă în grabă și iese afară ca să plece acasă. Plânge și spune că: „*toți bărbații sunt niște nenorociți, care vor să profite de mine și să mă folosească pentru plăcerea lor sexuală.*”

După procesarea imediat i s-a deschis un alt filon în care avea 6 ani, iar la ei acasă într-o seară tatăl său juca cărți și bea cu un coleg. Era ora 23 și ea nu putea adormi și îi era frică să stea singură la etaj mai ales că auzea gălăgie la parter.

A coborât și stătea pe scara de jos așteptând ca tatăl ei să meargă cu ea sus la culcare. După un timp colegul tatălui s-a dus la toaletă, a trecut pe lângă ea era beat și a atins-o pe sâni, iar ea s-a blocat și îl auzea pe tatăl ei care râdea în bucătărie din alt motiv, pentru că a nu a văzut scena de pe hol. Bărbatul acela s-a dus la baie și a ieșit râzând, fără să se mai uite la ea. Ea era blocată efectiv pe acea scară.

Simte furie, dezgust, și tot blocajul de atunci.

Procesăm prin mișcările specifice EMDR această traumă și ea se relaxează, simte prin corp o vibrație din piept până în tălpi.

Se liniștește se simte ușoară, verificăm valoarea de adevăr a cogniției pozitive (sunt femeie, sunt inteligentă și sunt puternică), ajunge la cifra maximă iar ea simte bucurie și eliberare.

OBS: În acest caz plecăm de la un accident de mașină banal și prin terapia EMDR, se deschid de fapt încă 3 filoane și ajunge să-și vindece percepția legată de bărbați și de dimensiunea sexualității, unde ea era blocată încă de la vârsta de 6 ani.

2.2. Femeie peste 60 ani, văduvă fără copii deoarece a avut doi băieți care au decedat (unul când era în uter la 8 luni și cel de-al doilea băiat la 3 ani după o simplă răceală, care i-a fost fatală printr-o eroare medicală în care asistenta i-a administrat doza de penicilină pentru un adult)

Vine pentru EMDR ca să accepte și să se elibereze de trauma trăită când i-a decedat copilul la 3 ani (eveniment care a avut loc în urmă cu 30 de ani).

Deschide conștient o altă traumă în care era însărcinată în 7 luni și jumătate și soțul ei face infarct în fața ei, cade și moare.

Emoția: groază și corpul fizic îi tremură real chiar dacă au trecut 37 de ani de atunci.

CN: *Ar fi trebuit să fac ceva. Sunt disperată. Nu pot avea încredere în nimeni.*

CP: *Am făcut tot ce am putut. Sunt puternică. Pot alege în cine să am încredere.*

Începem procesarea -----, după primul set de mișcări începe să simtă în corp o căldură mare, o durere în tâmpile.

Continuăm procesarea -----, se vede cum gravidă fiind se chinuie să-și ridice soțul care era mort în fața ei.

Plânge, suspină și își aduce aminte cum soacra ei după înmormântare ia spus doar că: „ea este vinovată că i-a omorât băiatul”. Apoi a scos-o afară din casă și ea cu copilul mort în burtă umbla pe străzi era aproape leșinată a văzut-o cineva a dus-o la spital și acolo au descoperit că fătul era deja în putrefacție și ea era pe punctul să facă septicemie.

Procesăm și această traumă -----, apoi simte acceptare și împăcare.

După ce s-a liniștit și este în starea de împăcare, îi apare în minte amintirea în care se vede pe ea în spital alergând în brațe cu băiatul de 3 ani care este răcit și cu febră.

În corpul fizic apare imediat o durere mare de cap și apoi această durere coboară în corp ca niște înțepături.

“Am intrat în salon l-a preluat medical – un prieten de familie foarte apropiat - eu eram pe hol am stat vreo 30 minute și deodată văd multă agitație ușa de la salon s-a închis și nimeni nu îmi zicea nimic. Eu eram disperată simt o căldură mare în tot corpul, o durere mare în piept șiplânge.”

Retrăiește aceleași emoții ca atunci.

După un timp cineva a ieșit pe hol și mi-a zis că nu s-a mai putut face nimic. Nu înțelegeam ce înseamnă asta dar am simțit cum mă desfac în mii de bucăți.

Abia târându-mi picioarele m-am îndreptat spre lift nu știam unde să merg și ce să fac, am apăsât butonul de la lift, liftul s-a deschis în fața mea iar în lift era medicul plângând - prietenul de familie - cu băiatul meu, pe care-l ținea în brațe, îl ducea la morgă.

Eu am urlat ca o fiară și a apărut soțul meu care m-a luat în brațe și a lăsat liftul să plece la parter.

Simt o durere mare în picioare, inima palpită și amețesc.

Procesăm și acest moment -----, după mișcările aferente se liniștește, inima intră în ritmul normal. În acea liniștire și apare gândul că: *Am făcut tot ce s-a putu și tot ce am știut atunci.*

Verificăm valoarea de adevăr a cognițiilor și ajungem pe limitele indicare în EMDR.

OBS: În acest caz plecăm de la o suferință mare și trecem din una în alta destul de repede. Această doamnă după 30 de ani se simte liberă, împăcată, cu chef de viață (ce nu a mai existat până la ședința de EMDR).

2.3. Adolescent peste 15 ani, cu o anxietate exagerată la tonalități de voci ridicate.

Are dificultăți la clasă cu profesorii care ridică vocea. Se simte blocat și parcă nu mai gândește.

Îi apare o amintire când avea 7 ani iar tatăl său l-a bătut. Căutăm împreună cu ajutorul unui ghid cognițiile negative și pozitive

CN: ***Sunt o persoană rea.***

CP: ***Sunt inteligent.***

Fixăm scena în care stă pe canapeaua din sufragerie și tatăl său vine și îi trage o palmă peste față.

Începem procesarea-----.

După procesare își aduce aminte cum după acea palmă i-a tremurat bărbia și cum fratele lui mic de 2 ani se uita nedumerit la tatăl lui și la el. Își aduce aminte anumite detalii pe care le uitase și anume: cum lumina era foarte puternică pentru că a ajuns pe canapea cu fața în sus spre lustră; cum era un fundal albastru pe perete, simte durere în corp îl aude pe fratele lui plângând și așteaptă să se încheie acele lovituri foarte puternice care veneau de undeva de sus spre corpul lui.

Când fratele mic a început să țipe, tatăl lui parcă s-a trezit și a oprit acel torent de lovituri și l-a trimis în camera lui.

Copilul vede cum s-a ridicat cu greu de pe canapea și a pornit cu capul plecat spre cameră.

Simte în corp durere mare.

Începem procesarea -----, după procesare parcă s-a detașat de acel eveniment, nu mai simte durere, e liniștit.

Impregnăm prin procesarea EMDR cogniția pozitivă, verificăm valoarea de adevăr care a ajuns la limitele stabilite în EMDR și el se simte în sfârșit liniștit.

OBS: În acest caz se observă că trauma aparent nu prea traumatică, a lăsat urme adânci în subconștientul copilului. Acest tânăr abia după procesarea acestui episod a putut să fie relaxat la clasă chiar dacă sunt în continuare ridicări de voce ale profesorilor.

Capitolul 3. Eliberarea amintirilor dureroase prin terapia EMDR

La baza acestui fenomen stă teoria care afirmă că, prin această metodă este accesată memoria originală acolo unde au fost implementate informațiile psihotraumatice, conexiunile se schimbă și se stochează împreună cu aceste modificări noi printr-un proces neurobiologic numit „reconsolidare”.

Prin mișcările oculare se reprocesează amintirile, clientul ia contact cu mintea lui subconștientă și astfel se declanșează procesul de învățare și crearea de noi conexiuni neuronale.

Amintirile dureroase neprocesate stau la baza tuturor comportamentelor, manifestărilor și atitudinilor distructive ale oamenilor. Procesând amintirile și integrând aceste amintiri în mintea lui, clientul devine o persoană echilibrată emoțional și mental și astfel se eliberează de toate comportamentele distructive.

Dacă amintirea a fost procesată și s-au desfăcut acele rețele neuronale care o țineau captivă în minte, atunci în corpul fizic nu se va mai simți nici o urmă de tensiune, durere, sufocare. Corpul este radiograful minții. Dacă clientul s-a eliberat de o anume povară corpul fizic va fi primul care va semnală această eliberare. Clientul își va simți corpul foarte ușor iar disconfortul inițial va dispărea în proporție de 90%. Chiar dacă se mai simte o jenă ușoară, conform neuroștiinței în douăzeci și unu de zile va dispărea.

În următoarele douăzeci și unu de zile clientul va face lucruri diferite, va fi observatorul minții sale, adică va fi conștient ce reacție are corpul fizic dacă se mai întâlnește cu o amintire sau elemente din trecutul său traumatic. Din practica mea majoritatea clienților nu au mai simțit nimic legat de acele amintiri încă de la prima ședință.

Expresiile clienților au fost de forma: „parcă zbor”, „am senzația că nu am trăit niciodată acel eveniment”, „mă simt liberă”.

În astfel de cazuri putem considera că amintirea a fost pe deplin procesată de creierul clientului, în urma ei nemairămânând emoții, reacții fizice și convingeri negative care să continue să producă efecte. Asta înseamnă că amintirea procesată a fost integrată în restul rețelelor memoriei, iar la ora actuală mai are doar o reacție adecvată de adult în fața unei experiențe care i s-a întâmplat cândva.

Astfel nu mai manifestă caracteristici disfuncționale care își au originea în acel eveniment, deoarece creierul clientului s-a eliberat de aspectele inutile după procesarea lui (adică de emoțiile, convingerile, senzațiile fizice).

După ședința de EMDR eu le recomand clienților să practice tehnica afirmațiilor timp de douăzeci și unu de zile, adică să repete zilnic convingerea pozitivă pe care și-au descoperit-o la începutul ședinței.

Chiar dacă ei au găsit o valoare de adevăr mare a convingerii, după implementare prin procesare, am descoperit că au nevoie să-și repete și conștient acea convingere timp de douăzeci și unu de zile până ce rețeaua neuronală nou creată în timpul procesului devine consolidată.

Concluzii

- EMDR este o terapie de reprocesare a traumelor din trecut și de reintegrare în mintea subconștientă a acelor episoade traumatice.
- Din practica mea am descoperit că procesarea se poate face și doar într-o singură ședință de terapie EMDR.
- Este o terapie care se realizează doar în cabinet cu psihologul sau psihoterapeutul experimentat care va ști ce pârgii să apese pentru a crea un mediu securizant și confortabil pentru client.
- Atunci când ies la suprafață traumele care au fost impregnate cu emoții în copilăria noastră, percepem prezentul în funcție de acele emoții. Prin terapia EMDR se schimbă conexiunile neuronale și atunci se schimbă percepția.
- Terapia EMDR este terapia care ne eliberează de poverile trecutului.

Cuvinte cheie: desensibilizare, reprocesare, rețele neuronale, percepție, eliberare, schimbare.

Bibliografie

1. „Vindecarea traumelor din trecut”, Francine Shapiro, Editura Adevăr Divin, Brașov, 2015.
2. „Vâltoarea minții”, Daniel Siegel, Editura Herald, București, 2014.
3. „Dezvoltarea integrată a creierului la copii”, Daniel Siegel, Tina Paine Bryson, Editura For You, București, 2014.
4. „Creierul și inteligența emoțională”, Richard J. Davidson, Sharon Begley, Editura Litera, 2013.
5. „Psihoneurologie”, C. Arseni, M. Golu, L. Dănăilă, Editura Academiei, București, 1983.

VINDECAREA TRAUMELOR SAU RESCRIEREA TRECUTULUI, PRIN FOLOSIREA TERAPIEI E.M.D.R.

Vartic Valentina Georgeta

Studiile referitoare la E.M.D.R. au arătat validitatea științifică a terapiei în depresie, anxietate și tulburările de stres post-traumatic (Shapiro, 1995; Bisson, 2007; Gunter&Bodner, 2008). În timpul trăirii evenimentului traumatic, poate fi afectată elaborarea normală a informației, a amintirilor, persoana fiind blocată la nivelul emoțiilor, convingerilor și a senzațiilor din acel moment. Prin folosirea terapiei, prin mișcările oculare au loc: retrăirea psihotraumei în condiții de siguranță, cu susținerea terapeutului, are loc desensibilizarea față de amintirea evenimentului traumatizant, pacientul realizează o schimbare a perspectivei cognitive asupra evenimentului și își recrează povestea, asimilează și integrează evenimentul în sistemul amintirilor sale. Lucrarea prezintă un studiu caz relevant, prin manifestările sale și prin răspunsurile pacientului la terapie. Pacientul reușește, parcurgând cele 8 faze ale terapiei, să se re poziționeze față de un eveniment puternic traumatizant din copilărie, să identifice și să reformuleze o serie de cogniții iraționale formate în trecut și să integreze cogniții pozitive despre sine, ca un act reparator asupra realității proprii. În final, se produc schimbări în modul de prezentare a evenimentului traumatizant, se modifică cognițiile, emoțiile, senzațiile corporale.

Cuvinte cheie: psihotraumă, mișcări oculare, desensibilizare, reprocesare, reelaborare

Introducere

Semnificația termenului de traumă își are originea în cuvântul grecesc *trauma*, care înseamnă rană somatică. Freud dă o semnificație nouă acestui termen, îl transpune în plan psihologic, cu sensul de șoc violent, efracțiune cu consecințe asupra ansamblului organismului. Neveanu consideră că termenul desemnează acele evenimente sau situații în care reflexul de apărare este insuficient. (Neveanu, 1978, p. 759). Rezultatele unor studii de la începutul deceniului susțin ideea conform căreia trauma ar putea fi

înțeleasă ca semnul pe care îl lasă o rană, ca o experiență cathartică. (Papadopoulos, 2006).

Psihotrauma poate fi caracterizată printr-o anumită afectare a psihicului, produsă ca urmare a supunerii subiectului la un eveniment deosebit din punct de vedere psihologic. În urma studierii rezultatelor RMN ale pacienților suferind de stres post traumatic, s-a constatat că aceste fenomene au produs transformări fizice la nivelul creierului, afectând funcționarea celor două emisfere cerebrale precum și capacitatea ulterioară a acestor persoane de a adopta o atitudine adaptată situațiilor de stres.

Enăchescu (1996, p.50) vorbește despre traumatismul psihic ca fiind un eveniment „subit și violent, care se confruntă cu mecanismele de apărare psihică ale individului, dezorganizând echilibrul personalității acestuia”. Psihotraumatismul este descris ca o experiență psihică subită și intensă, ca urmare a expunerii la un pericol trăit într-o situație de insuficiență a mijloacelor de apărare și în absența ajutoarelor venite din exterior. „Surpriza, frica, revelația vulnerabilității și sentimentul de neputință, de incapacitate de a reacționa, de a se apăra față de amenințare sunt corelate cu traumatismul psihic.” (Enăchescu, 1996, p. 51).

Norbert Sillamy (1998, p. 329), definește trauma continuând accepțiunea lui Freud, astfel: „eveniment suferit de subiect, care din această cauză are o puternică reacție afectivă, emoțională, care-i pune în joc echilibrul psihologic și poate duce adesea la o decompensare de tip psihotic sau nevrotic sau la diverse somatizări”. De-a lungul timpului, s-a constatat că numeroase simptome psihopatologice au legătură cu amintirile refulate ale unor evenimente considerate traumatice. De asemenea, s-a constatat că oamenii reacționează diferit la același stimul, nu stimulul este cel care determină răspunsul individului, ci modul în care acesta îl percepe, felul în care interpretează situația respectivă.

Francis Macnab (2000) realizează în *Traumas of Life and Their Treatment* o sinteză și o descriere a principalelor traume pe care un individ le poate suferi. Susține că fiecare persoană traumatizată are mai multe tipuri de traume și că este important să fie detectată și stabilită trauma centrală. Aceasta este cea care afectează cel mai intens persoana și care determină rana cea mai adâncă. Când trauma esențială, cea centrală este identificată, persoana poate sesiza elementele procesului de vindecare, iar celelalte traume secundare devin părți în procesul terapeutic.

Cele șase traume centrale descrise de Macnab sunt:

1. Amenințarea la adresa vieții persoanei și a patternurilor de a trăi, în caz de războaie, catastrofe, dezastre naturale, tâlhării, violențe.
2. Amenințarea integrității și coerenței Eului, în caz de abuz, viol.
3. Pierderea unei relații semnificative, în caz de divorț, separare

4. Întreruperea funcționării normale a persoanei, întâlnită la supraviețuitorii accidentelor.

5. Pierderea viziunii asupra vieții, întâlnită la refugiați.

6. Perturbarea expansivității sufletului în contextul vieții, la persoanele traumatizate sever, care se simt alienate de propriul sistem de credințe. (Macnab, 2000, p.27-31).

Urma sau rana produsă de evenimentul traumatizant poate afecta individul la diferite niveluri ale psihicului: nivelul funcțional (fizic, psihic, social, spiritual), nivelul vieții afective, nivelul imaginii de sine, viziunea asupra viitorului.

Fiecare persoană care a suferit o traumă, prezintă o serie de reacții, descrise în DSM, reacții ce țin de sfera fiziologică, reacții ce țin de sfera emoțională, reacții ce țin de sfera cognițiilor și de sfera comportamentală. Evenimentul traumatic poate schimba credințele persoanei despre sine, iar ceea ce „înveți” în timpul traumei, te poate însoți toată viața. Patologia persoanei conține convingerea negativă învățată în tipul traumei.

Marcelli (2003) consideră traumatice pentru copii: a) situațiile sau evenimentele care intră în rezonanță cu dorințele sau fricile fantasmaticale ale copilului, de exemplu, o ceartă sau o separare a părinților petrecută în perioada oedipiană poate determina o confuzie între interior/exterior, sentimente de culpabilitate; b) o altă categorie o reprezintă evenimentele care au o intensitate care depășesc posibilitățile de adaptare ale Eului copilului. De exemplu, violențele fizice între părinți, petrecute în prezența copilului reprezintă o situație traumatică, depășește capacitățile Eului copilului de a face față acestei situații. O traumă neelaborată, după o pierdere se manifestă la copil prin simptome fizice, dureri de burtă, de cap sau prin teama de a dormi singur, de a fi abandonat de părinte. Când trauma este elaborată, copilul poate simți tristețe față de evenimentul care l-a traumatizat.

În DSM V se arată că atunci când o persoană este expusă la stimuli, ca: moartea cuiva, amenințarea cu moartea, injurii serioase la adresa propriei persoane sau orice altă agresiune care a fost îndreptată împotriva sa sau la care acesta a fost martoră, răspunsul pe care aceasta îl poate da este de frică intensă, vulnerabilitate, groază.

Trauma produce disfuncții la nivel cerebral, inclusiv la nivelul corpului calos, cel care este răspunzător de integrarea informațiilor emoționale și nonverbale, din emisfera dreaptă și cele cognitive, din emisfera stângă. Se produce o tulburare a acestei funcționări, un dezechilibru, emisfera dreaptă devenind preponderentă. **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** este o abordare terapeutică integrativă, structurată de Francine Shapiro, în 1985. Folosește mișcările

oculare sacadate, asociate unor senzații, imagini sau gânduri care au legătură cu evenimentul traumatic. După Shapiro, mecanismul prin care acționează această metodă cuprinde asocierea, relocalizarea și reconsolidarea emoțiilor, amintirilor, cognițiilor. Spre deosebire de alte terapii, în timpul ședinței de EMDR, intervenția terapeutului este redusă, astfel încât să nu intervină în procesul de elaborare realizat de pacient, ca urmare a stimulării bilaterale. Folosind metoda EMDR, clientul reușește într-un timp scurt să realizeze o discriminare între pericolul real și cel care nu este real, poate atribui un sens emoțiilor resimțite în legătură cu amintirea traumatică, integrează evenimentul în memoria declarativă.

Folosirea terapiei EMDR presupune parcurgerea a opt etape:

Prima etapă este cea în care se conturează istoria clientului, pe baza elementelor evocate de către acesta, se selecționează punctele target pentru tratament, se stabilesc împreună obiectivele și se conturează un plan al terapiei. Cu ajutorul informațiilor din trecut se pot identifica elementele care au contribuit la starea actuală a clientului. Tot în această fază sunt identificați stimulii declanșatori actuali care determină acea afecțiune a clientului. Se caută acele abilități care ar ajuta clientul să depășească cu bine această stare, în viitor.

Practic, se pornește de la problema prezentă identificată de client, analizând comportamentul, emoțiile, somatizările, convingerile negative legate de aceasta. Sunt identificate schemele cognitive disfuncționale, căutând în amintirile clientului momentele în care acestea s-au format. Clientul va prezenta frecvența cu care apar acele elemente negative, durata lor, locul sau stimulii specifici care le determină.

Apoi, prin ghidarea oferită de terapeut, clientul evocă amintiri cu privire la acele evenimente, se subliniază asemănări și legături între prezent și trecut.

În această fază se realizează o abordare în trei părți, trecut, prezent și viitor, evidențiindu-se, în prezent, factorul/factorii declanșatori, Imaginea care apare, cogniția, emoția și senzația corporală. Se evaluează pe o scală de la 1 la 7 validitatea cogniției (VoC), unde 1 semnifică complet fals și 7 semnifică complet adevărat. Pe o scala de la 0 la 10 se evaluează măsura în care clientul se simte tulburat de amintirea evenimentului traumatizant și este localizată senzația la nivel corporal.

A doua etapă constă în pregătirea clienților, are loc consimțământul informat, se explică metoda și se trece la construirea Locului sigur pentru client. Înaintea trecerii la procesul de elaborare este necesară construirea Locului sigur, exercițiu prin care clientul este familiarizat cu stimularea bilaterală, este ajutat să își construiască un spațiu psihic relaxat, unde să se

simtă bine. Locul sigur are valoare de prognostic, în sensul că dacă clientul reușește să își găsească Locul sigur, el are resurse pentru vindecare.

Etapa a treia, este cea mai semnificativă pentru a revedea amintirile care sunt accesate și măsurate componentele amintirilor: imaginea, cognițiile, emoțiile, senzațiile corporale. Prin întrebări specifice, clientul este ghidat să descopere și să numească convingerile negative, iraționale, legate de propria persoană, apărute cu prilejul evenimentului sau situației traumatizante. Apoi i se solicită clientului să exprime o convingere despre sine, legat de experiența trecută, dar privind din prezent. Aceasta reprezintă convingerea pozitivă. Este măsurată pe scala VoC această convingere pozitivă. Clientul va exprima emoțiile pe care le simte în prezent, asociate cu evenimentul target și apoi acestea se vor măsura cu ajutorul Scalei Unităților Subiective. Sunt conștientizate și exprimate senzațiile corporale.

Faza a patra este cea în care se produce desensibilizarea. Cu ajutorul mișcărilor oculare se reelaborează rețeaua amintirii target, au loc legături asociative. După fiecare set de stimulări oculare, clientul va da feedback despre schimbările produse. Schimbările apar deoarece rețelele mnemonice sunt integrate. Astfel că la sfârșitul terapiei, amintirea nu mai apare izolată, incompletă.

Faza a cincea este cea în care se instalează și se verifică cogniția pozitivă. Atunci când anxietatea este scăzută, iar când cogniția pozitivă este puternic acceptată, terapeutul îi cere clientului să asocieze cogniția pozitivă cu amintirea traumei.

În **faza a șasea** se face scanarea corporală. Clientul verifică dacă la nivel corporal mai există vreo senzație de disconfort.

Închiderea este **faza a șaptea**, în care se verifică starea clientului, se fac recomandări legate de perioada dintre ședințe.

Reevaluarea se face la începutul unei ședințe succesive, este a **opta fază** a procesului terapeutic. Acum se accesează din nou targetul inițial, pentru a vedea dacă clientul mai are probleme.

În timpul unei ședințe de EMDR, desensibilizarea și schimbările de perspectivă la nivel cognitiv reflectă elaborarea amintirilor experienței traumatice, subiectul vede pentru prima dată, amintirea traumatică la distanță, modifică evaluările cognitive cu privire la sine, elimină senzațiile fizice care îl perturbă. În urma terapiei cu EMDR, pacienții își pot aminti evenimentul sau experiența traumatizantă, însă simt că aceasta face parte din trecut, conținutul ei este integrat într-o viziune adultă și funcțională.

Studiul de caz

Cazul prezentat este relevant pentru tema propusă și pentru manifestările și rezultatele obținute de client în timpul terapiei în care s-a folosit metoda EMDR.

G.I., în vârstă de 38 de ani, intelectual, a venit în terapie acuzând stări din ce în ce mai dese în care se simte lipsit de putere, tristețe, oboseală intensă, alternând cu accese de furie. Cere ajutorul pentru că spune că nu se mai descurcă, nu mai poate face față solicitărilor vieții. Din interviul inițial atrage atenția repetarea expresiilor: „Nu mai pot nimic”, „Nu am putere”, „Totul este mult prea greu”, „Nu mai pot să duc” în legătură cu starea resimțită în prezent. Un alt element care iese în evidență este acela că elementul comun pentru toate relațiile despre care povestește, din trecut, resimte sentimente de vinovăție. Evită relațiile și apropiere cu cei din jur, pentru că nu are încredere în ei și aceste relații sunt până la urmă obositoare.

Povestește cum îi este frică să facă diverse lucruri, uneori simte teamă să meargă pe stradă și folosește filtrarea negativă și suprageneralizarea în exprimarea cognițiilor, credințe iraționale catastrofice. Acuză probleme legate de somn, în sensul că se trezește de câteva ori noaptea, readormind dificil, se simte în permanentă stare de veghe, de alertă. Și-a limitat activitățile profesionale și relațiile cu cei din jur. Își amintește că a folosit, la recomandarea medicului generalist, anumite medicamente, cu ani în urmă, când acuzase stări de anxietate.

A suferit cu aproximativ un an în urmă o separare traumatizantă, moment din care aceste stări perturbatoare au apărut. Simptomele actuale sunt rezultatul activării amintirilor care au fost stocate și elaborate în mod inadecvat.

G.I. prezintă, pe lângă elementele legate de anxietate și depresie, caracteristici ce compun sindromul de victimizare descris de Frank Ochberg în 1993: sentimentul de a nu mai putea face față sarcinilor și obligațiilor zilnice, care pornește de la experiența de neajutorare în situația traumatică specială, sentimente de izolare, incapacitate de a avea încredere în alții sau de a stabili o intimitate cu aceștia, reprimarea exagerată sau exprimarea excesivă a mâniei, amnezie pentru evenimentul traumatic.

Rezultate

După câteva ședințe în care s-a urmărit creșterea abilităților de relaxare și de analiză și evaluare a cognițiilor, de conștientizare a paternurilor cognitive, s-a realizat Locul sigur. G.I. a reușit să își vizualizeze

Locul sigur, în care regăsea libertate și siguranță, dar interesant este că în partea stângă a imaginii pe care o descria se afla „ieșirea dintr-o grotă adâncă și întunecoasă”, pe care insista să o păstreze acolo, pentru că ea îi putea reaminti „cât de rău a fost „, așa putând să se bucure mai mult de ce este în prezent, după afirmațiile clientului. Cu greu a acceptat să „acopere” intrarea grotei cu plante, cu flori și chiar să o scoată din peisaj. Ulterior a mărturisit că se simțea dator parcă să o păstreze, că făcea parte din el, și că de abia când a renunțat la acea grotă din imaginea locului sigur, s-a simțit pe deplin liber, bucuros și în siguranță.

Investigând amintirea evenimentele semnificative din copilărie, aflăm că părinții s-au separat când G.I. avea 3 ani, după care nu și-a mai văzut tatăl decât în două sau trei situații. Nu își amintește despre acesta decât că îi era teamă de el și că singurele amintiri pe care le are cu acesta sunt despre evenimente violente, dinaintea separării și în care era împietrit de frică, în puținele momente când s-au mai revăzut.

Relatează zâmbind un episod de violență desfășurat între părinți, la care a fost martor, eveniment care a însemnat și momentul de separare al părinților. În timpul acestei scene, G.I. povestește cum își vede mama agresată de către tată, își dorește să își oprească tatăl, să fie ca o barieră între cei doi, dar se simte mic, foarte mic, neputincios, neauzit. Măinile sale, care se întindeau ca să își oprească tatăl, sunt neputincioase.

Emoțiile sunt foarte puternice în timpul relatărilor, clientul are nevoie de suport și susținere pentru a-și reveni și relatează că își simte corpul amorțit, înghețat, face legătura dintre senzația corporală și cogniția conform căreia nu are putere în mâini, că nu poate, că este mic, că nu este auzit, că nu este luat în seamă.

Clientul reușește în timpul terapiei, desfășurate săptămânal, pe parcursul a 3 luni să își schimbe perspectiva asupra imaginii inițiale, pe care o repovestește dintr-o perspectivă diferită, în care vede doi adulți care se agresează în fața unui copil, spune că de fapt, acea scenă nu îi aparține, nu este despre el, se separă de cei doi, cognițiile inițiale se transformă, clientul își descoperă cogniții pozitive a căror valabilitate este verificată prin scala VoC. Emoțiile și sentimentele resimțite sunt într-o paletă ce cuprinde frica, rușinea, furia, singurătatea, tristețea. La nivel corporal, G.I. a constatat cu surprindere și bucurie că își simte mâinile, brațele puternice, vii, senzațiile corporale.

Din feedback-urile date, reiese că își poate explica, în relație cu resemnificarea acestui eveniment traumatizant, anumite aspecte de viață, din acel moment începând o reorganizare a rețelei memzice și emoționale.

Cognițiile pozitive despre propria persoană câștigate își fac efectul asupra stării emoționale a clientului, la nivel corporal au dispărut acele

elemente perturbatoare. În comportamentul social s-au produs schimbări, G.I. și-a reluat activități pe care le abandonase, acceptă ideea de experiențe noi.

Clientul a împărtășit faptul că simte că a lăsat trecutul în urmă, a reanalizat și revalorizat natura relațiilor cu cei apropiați sau cu alte persoane. Se simte ușurat de o greutate și se simte mai bine și fizic, senzațiile la nivel fizic fiind de libertate și putere.

Intervenția prin metoda EMDR a permis accesarea într-un timp relativ scurt, a amintirilor unui eveniment traumatizant din copilărie, a facilitat rescrierea cognițiilor negative, instalarea unor cogniții pozitive, conturarea propriei istorii de viață și resemnificarea acestora, conștientizarea motivației de a se manifesta într-o anumită manieră în situații stresante, diminuarea treptată a stărilor de anxietate și aducerea acestora la un nivel normal.

Bibliografie

1. American Psychiatric Association (2016). Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale. Editura Medicală Callisto.
2. Bissom, J (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. The British journal of Psychiatry, sursa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267924>.
3. Enăchescu, C (1996). Tratat de igienă mintală, București: Editura Didactică și Pedagogică.
4. Fischer, G., Riedesser, P. (2001). Tratat de psihotraumatologie, București: Editura Trei.
5. Gunter, R.W. & Bodner, E.G. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for working-memory account. Behaviour Research and Therapy, Vol. 46, Issue 8, aug 2008, pag. 913-931
6. Macnab, Francis (2000), Traumas of Life and Their Treatment, Richmond, Victoria, Australia: Spectrum Publications Pty Ltd.
7. Marcelli, D. (2003). Tratat de psihopetologia copilului, București: Editura Fundației Generația.
8. Neveanu, P.P. (1978). Dicționar de Psihologie, București: Ed. Albatros.
9. Papadopoulos, R.K. (2006) Refugees and Psychological Trauma: Psychological Perspectives. Sursa: http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic1063344.files/arc_1_10refandpsych-1.pdf

10. Saphiro, Francine (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press, p.398.
11. Sillamy, N., (1998). Dicționar de psihologie Larousse, București, Ed. Universul Enciclopedic.
12. Wilson, S. A., Becker, L. A., Tinker, R. H.(1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 63(6), Dec 1995, 928-937

POVEȘTILE ȘI METAFORELE TERAPEUTICE – LIBERTATE ÎN PSIHOTRAUMA EMOTIIONALĂ A COPILOR INSTITUȚIONALIZAȚI

Andreea Petecilă

Introducere:

Rolul poveștilor este unul ce greu poate fi măsurat și explicat în câteva cuvinte – ele ajută comunicarea și relaționarea copil-adult, sprijină exprimarea emoțiilor, oferă posibile soluții problemelor, prezintă modele de comportament și multe alte beneficii. Este dezbătută în ultima perioadă tot mai mult complexitatea impactului poveștilor educative și a poveștilor terapeutice asupra procesului de dezvoltare armonioasă a copilului, cu predilecție asupra relaționării și comunicării cu acesta în contexte variate.

Copilul instituționalizat – o umbră pierdută sau o scânteie ce așteaptă să strălucească?

Unul dintre elementele care alcătuiesc personalitatea și o influențează în dezvoltarea sa ulterioară este *afectivitatea*. Știind că există o strânsă legătură între aceasta și întreaga evoluție a personalității copilului, *lipsa afecțiunii materneproduce* dezechilibre majore în dezvoltarea fizică și psihică corespunzătoare a copilului prin acțiunea distructivă a blocajului afectiv. Lipsa de afectivitate și de maturitate afectivă contribuie la apariția unor dificultăți adaptative și a unor devieri de comportament, ca reacții de protest împotriva acestor lipsuri.

În copilărie, rolul afectivității, în procesul formării personalității, crește, aceasta fiind considerată una dintre cele „șase mari forțe” care determină cursul dezvoltării și reglează comportamentul, celelalte cinci fiind: factorii fizici, familia, școala, condiția socială și inteligența. Nesatisfacerea acestor nevoi produce urme adânci în viață, influențând, în mod direct, nu numai conduita, ci și dezvoltarea intelectuală.

Numeroase cercetări au evidențiat relația strânsă care există între dezvoltarea afectivă și dezvoltarea personalității copilului, începând cu latura biologică și terminând cu cea psihologică, relație concretizată în următoarele aspecte: frustrările afective duc, prin anumite mecanisme fiziologice, la modificări somatice, scoaterea copilului din mediul necorespunzător din punct de vedere afectiv sau corectarea – în bine – a acestui mediu duc la încetarea tulburărilor. Influența negativă a lipsei de

afectivitate operează în următoarele direcții: copilul devine tot mai închis și mai resemnat, izolându-se, apare mai agresiv și chiar violent, performanțele intelectuale nu depășesc media comună și întregul comportament este bulversat.

Nu pot fi neglijate efectele produse de carențele afective asupra comportamentului copilului, generând frustrare, pe de o parte din cauza unei suprapuneri cu relațiile de atașament și, pe de altă parte, efectelor unui mediu ostil. Întârzierea mintală, se instalează pe fondul unei experiențe neplăcute și traumatizante, dificultăți la nivelul relațiilor interpersonale. Aceasta intensifică rolul fundamental al afectivității în primii ani de viață, în formarea relațiilor interumane, în evoluția personalității și sociale. Înlăturarea relațiilor de atașament, prin despărțirea sau incompatibilitatea atașamentului, poate determina anxietate care joacă un rol esențial în instalarea viitoarelor depresii ale copilului.

J. Bowlby (1952) a observat că, dintr-un număr de copii instituționalizați, o parte au *manifestări vizibile ale carențelor afective*. Astfel, ei au un comportament labil, condiționat de nevoile emoționale, în timp ce cealaltă parte, fie a ajuns la o stare de indiferență, fie au parte de o formă de iubire (un obiect, o persoană din familie sau din afara ei care îl vizitează), sau cel mai probabil, copiii au un comportament interiorizat sau depresiv, caracterizat lipsa nădejdi de a primi dragostea cuiva (apud Dumitrana, 1998).

Pe lângă comportamentul concret în cazul carenței afective, mai apar și alte semne care certifică labilitatea emoțională precum: fugă și anxietate, hiperactivitate, lipsă de concentrare, eșec școlar.

Lipsa afecțiunii se află în relație de interdependență cu *disfuncțiile de adaptare socio-comportamentale* evidente încă din perioade timpurii ale dezvoltării copilului. Întregul mecanism comportamental al copilului instituționalizat sugerează apatie, tristețe, neîncredere și dezorientare. Bowlby (1952) atrage atenția asupra existenței unui grad redus de adaptare socială la cei care și-au petrecut anii copilăriei în sistemul de ocrotire, față de cei care, în aceeași perioadă de timp, au fost crescuți în propriile familii, chiar dacă acestea nu ofereau cele mai adecvate condiții.

O trebuință socială fundamentală este *nevoia de afiliere*, evidențiată prin interes în a stabili și menține relații afective pozitive cu alte persoane, precum și prin dorința de a fi plăcut și acceptat. Studiile efectuate au demonstrat existența, la copiii instituționalizați, a unei puternice tendințe de afiliere care apare din *teama de respingere*— expresie a repetatelor experiențe de interacțiune interpersonală eșuate (Dumitrana, 1998). Concluziile par a creiona faptul că lipsa contactelor sociale cauzată de instituționalizare conduce la creșterea nevoii de afiliere, precum și la

estomparea sentimentului propriei valorizări, ambele trăiri avându-și originea într-o puternică anxietate.

În cazul copiilor instituționalizați se remarcă, dificultăți în formarea autonomiei și a responsabilității. Lipsa educației pentru viață, a modelelor și lipsa de comunicare și relaționare cu grupul de covârșnici și adulți, precum și neimplicarea acestor copii în luarea deciziilor importante pentru propria lor viață au consecințe nefaste asupra integrării lor sociale ulterioare.

Sistemul de protecție – leagănul unei copilării invizibile

Copilul aflat în situație de risc (instituționalizat) este acela care din diverse motive, mai mult sau mai puțin cunoscute lui este dat în grija statului spre a i se oferi șansa unei dezvoltări și a unei educații armonioase.

Copilul instituționalizat reprezintă acel copil care se află în evidența Direcției de Asistență Socială și Protecția Copilului de la nivelul fiecărui județ al țării și care beneficiază de serviciile oferite de aceasta, în urma unei anchete menite să stabilească motivele implementării acestei forme de ocrotire socială, pentru acei beneficiari lipsiți temporar sau permanent de sprijin familial, până la vârsta împlinirii majoratului (18 ani), sau până la vârsta de 26 de ani (în cazul în care copilul urmează o formă de învățământ).

Literatura de specialitate subliniază faptul că protecția copilului „reprezintă sistemul global prin care statul își asumă responsabilitatea îngrijirii și administrării a ceea ce este zilnic necesar vieții și dezvoltării armonioase a copilului” (Ionel Brătianu, 2005).

Sistemul de ocrotire cuprinde ansamblul activităților cu ajutorul cărora sunt îndeplinite nevoile copilului de către toate persoanele responsabile de acesta (părinți, tutori, persoane responsabile cu îngrijirea atât din cadrul familiei, cât și din cadrul instituțiilor de protecție). Activitățile de ocrotire se referă la cele specifice îngrijirii fizice (adăpost, hrană), asigurării stării de sănătate, formării și dezvoltării deprinderilor și a atitudinilor (igienă personală, socializare, disciplină), a posibilității accesării activităților instructiv-educative, dragostea și atașamentul celor care îngrijesc acești copii. Pe de altă parte sistemul are în vedere asigurarea asistenței de specialitate (consiliere, supraveghere, sprijin) în caz de nevoie.

Conform specialiștilor, există o anumită categorie de copii care poate beneficia de ocrotire din partea statului. Dintre aceștia fac parte:

- Copiii maltratați (abuzati, neglijati)
- Copiii abandonați pentru o scurtă perioadă de timp în sistemul de protecție sau cei aflați în adopție, plasament familial

- Copiii cu boli cronice (SIDA, dependenții de droguri)
- Copiii cu dizabilități și întârzieri în dezvoltare (deficiențe fizice, senzoriale, dificultăți de învățare, CES)
- Copiii aflați în familii a căror stări de sănătate nu permite creșterea acestora în condiții de normalitate
- Copiii aparținând minorităților (rromi)
- Copiii orfani de unul sau ambii părinți
- Copiii care au avut de suferit în urma dezastrelor naturale sau a războaielor

În viziunea lui Thouburn sistemul de protecție are datoria de a oferi copilului bunăstarea necesară unei dezvoltări armonioase. Acesta reprezintă „ansamblul serviciilor oferite de stat, prin care li se asigură copiilor suport material, asistență medicală, educație și locuință”(Ionel Brătianu, 2005). „Structura serviciilor oferite de sistemul de bunăstare a copiilor poate fi de diferite grade de generalitate, care depind de tipul de protecție socială, mai mult sau mai puțin universală, pentru care optează la un moment dat un regim politic”(Ionel Brătianu, 2005). Autorul face diferența dintre definiția largă a protecției copilului și cea restrânsă specificând că oferirea asistenței sociale este necesară pentru acei copii care nu se pot sau le este dificil să se ridice la nivelul optim de dezvoltare, din cauza lipsei serviciilor specializate. Acest nou mod de abordare a conceptului este mai potrivit de cel utilizat astăzi, conceptul de *sistem de protecție a copilului*.

Astfel, în România sistemului de protecție al copilului aflat în situație de risc i se recunoaște rolul de suport pentru combaterea riscurilor la care poate fi supus un copil și care îi pot perturba dezvoltarea asigurându-i o dezvoltare armonioasă.

Problematica instituționalizării are un concept de bază în jurul căruia își desfășoară activitatea, și anume abandonul copilului.

Astfel, abandonul poate fi abordat în manieră psiho-socială. Pe lângă această viziune, mai există încă una psihiatrică, care privește abandonul ca pe o lipsă, deteriorare sau rupere a relațiilor afective, responsabile de suportul afectiv-emoțional oferit copilului. Acesta poate genera lipsa implicării parentale în creșterea și educarea copilului (lipsa obligațiilor morale sau naturale), ceea ce poate favoriza, în timp apariția tulburărilor nevrotice, psihotice reactive la copil (Dumitrana, 1998). Aria abandonului este divizată în două mari categorii: cea a situației efective de abandon și cea a sentimentului de abandon, al trăirii stării de părăsire. Atât copilul aflat într-o situație concretă de abandon, cât și cel care se simte trăind această stare fără ca ea să aibă o realitate fizică, trec, fără îndoială, prin stări emoționale la fel de intense, iar consecințele pot fi, în cele din urmă, similare.

Efectul imediat al abandonului este plasarea copilului într-un leagăn de copii (în cazul în care este sub vârstă antepreșcolară – 3 ani). Multă vreme, această formă de protecție a fost considerată optimă, atât pentru copii, cât și pentru societate, chiar dacă realitatea demonstra contrariul. Doar când au fost surprinse efectele negative ale acestui tip de ocrotire, a apărut interesul pentru numărul mare de copii aflați în grija statului. Pentru familiile defavorizate instituționalizarea reprezintă o scăpare. Deși provizorie, ea perturbă dezvoltarea optimă a copilului, chiar dacă se mențin relațiile familiale.

O. Pop (1998) este de părere că despărțirea copiilor de familie, în primii ani de viață, este una din principalele cauze ale apariției întârzierii în dezvoltare (recuperabilă). Mutarea dintr-o formă de ocrotire în alta (leagăn-cămin) generează obstacole adaptative în întreaga evoluție a copilului. Cele mai mari dificultăți educaționale apar la nivelul, integrării în colectivul căsuței, al adaptării la condițiile de locuit din cadrul centrului de plasament. De asemenea, rezultatele școlare sunt mai bune, în cazul copiilor care aparțin unor familii aflate în situație de risc, sau a celor din relații de concubinaj deoarece există posibilitatea ca aceștia să fi experimentat stările afective pozitive, față de copiii care nu își cunosc familia sau nu au o legătură cu aceasta. În situația în care copilul observă și este conștient că are o familie, motivul abandonului este reprezentat de situația materială precară. Pentru acesta apartenența la o familie produce ierarhizarea temerilor, a sentimentelor de inferioritate, din pricina originii copilului și a situației în care se află. Toate acestea produc stări afective negative cu impact major asupra echilibrului afectiv-emoțional și a formării și dezvoltării unei personalități armonioase.

Frustrările copilului datorate legăturii familiale precare creează instabilitate dezechilibre fizice și psihice care se vor diminua cu ajutorul unui climat social și educațional al instituției de protecție adecvat dezvoltării armonioase a copilului. Cu cât copilul este mai mic, cu atât efectele frustrărilor, la nivel comportamental și psihic sunt mai nefaste.

Cercetările desfășurate pe tema efectelor instituționalizării asupra psihicului uman (în dezvoltare), în pofida criticilor, au dus la stabilirea câtorva fapte a căror realitate este incontestabilă, deși mecanismele și condițiile de producere a lor nu sunt pe deplin evaluate. Studii importante relevă faptul că întreaga evoluție fizică și psihică a copilului dintr-o instituție este profund dependentă de distorsiunile introduse de această condiție fundamentală a vieții sale, aceea de a fi privat de afectivitatea adultului, de a fi complet lipsit de posibilitatea de a-și îndeplini trebuințele de bază ale vieții sale psihosociale, trebuințe de dependență și nevoia de afiliație.

PE MINE MIE REDĂ-MĂ, ORICINE AI FI, TE ROG AJUTĂ-MĂ, SĂ FIU DIN NOU EU

Ioana Constantinescu

Era cât pe ce să scriu că viața mea a cunoscut o singură traumă, dar am pierdut din vedere că de fapt sunt mai multe ...de la faptul că nu am fost un copil dorit din partea tatălui, divorțul violent al părinților mei când aveam 6 ani, alegerea unui om ...violent... să-i fie tată copilului meu la 26 de ani , alegerea unui soț ...violent ...la 29 de ani și separarea de el și în momentul în care nu mă mai puteam înțelege cu nimeni, când simțeam că îmi e totuna dacă mai trăiesc sau dacă mă lovește o mașină, când nu visam decât moarte și când viața era doar o succesiune de zile și nopți, de gânduri, lacrimi și goluri, mi-am dat seama că singură nu pot ieși la suprafață, când am înțeles că am nevoie de ajutor, viața mea s-a schimbat la cealaltă extremă...

Când te-ai simțit ultima oară o rățușcă urâtă? Cum este această voce infernală care îți spune că nu ești bună de nimic? Și mai ales când tatăl tău este cel care îți spune acest lucru.... un tată violent, care nu a dorit să procreze, care nu te-a dorit în viața lui, care recunoaște cu glas tare că nu și-a dorit copii....

Această voce care te judecă și te critică oricât de puțin îți distruge șansa de-a face alegeri bune și inspirate în viață. Știu ce spun. Am trecut pe aici. Rățușca cea urâtă este un sindrom răspândit în rândul femeilor care simt că nu sunt îndeajuns de bune pentru a fi iubite și dorite.

Această imagine negativă despre tine care a fost fixată în mintea ta, de la o vârstă fragedă, poate de către cei care te-au criticat și ridiculizat, nu te lasă să fii fericită și să găsești ceva bun și frumos în tine. Rățușca urâtă este necruțătoare pentru că vocea ei critică distruge tot ce este bun în tine și în viața ta. Atunci când nu găsești absolut nimic care să iubești la tine sau nimic frumos în tine, trebuie să știi să operezi dintr-un loc întunecat al minții tale. Din nefericire, atâta timp cât te simți o rățușcă urâtă, vei avea dificultăți mari în a face alegeri bune în iubire, relație, carieră, în viață.

Cum să te iubească el și lumea dacă tu ești nefericită și nemulțumită de tine?! Dacă nu te iubești pe tine însăși, nu o să le permiți celorlalți să te iubească cu adevărat, ba mai mult, îi determini să se retragă sau să plece.

De plecat am plecat eu pentru că am făcut alegeri greșite, pentru că nu am acceptat violența ca și mama mea (care 10 ani a fost victima violenței tatălui meu) și îmi doream în viața mea un alt OM, doream o altă viață... o imagine a non-tatălui meu, nu doream ca abuzatul din mine să devină abuzator...și Doamne cât de mult am luptat și am făcut greșeli...și m-am ridicat și am luat-o de la capăt printre lacrimi și dureri sfâșietoare!

Rățușca cea urâtă îmi influența gândurile, alegerile pe care le făceam, acțiunile pe care le întreprindeam, iubiții pe care îi alegeam și relațiile pe care le cream.

Nu te vede nimeni, sau cine vrei tu să te vadă deoarece nu depui munca necesară că să scoți lebăda frumoasă la lumina zilei.

M-am dăruit toată viața să ajut oamenii de lângă mine, de aici prima meserie de asistent social, care mă valida emoțional pentru că ajutam, mă simțeam utilă social. De fapt eu eram cea care avea nevoie de ajutor, eram un copil lăsat pe drumuri de un tată inconștient, au fost zile când aveam doar o bucată de pâine și un ceai de mâncare, aveam o mama care plângea și rezista pentru mine, muncea până la sânge fiind balerina ca să mă poată întreține în școală și ai apoi în facultate, copyng-ul emoțional și situațional de raportare la anumite probleme...

În momentul când am rămas pe drumuri cu o fetiță de doi ani în brațe (nedorită de tatăl ei...oare de ce?) și o mamă care făcuse un infarct, anii de spitalizare ai fetiței mele, peste 12 ani la număr, 3 operații și 47 internări în spitalul de copii... atunci am strigat în cabinetul unei doamne psiholog, cu toată disperarea că nu mă mai puteam conecta eu la mine însămi, nu mai eram eu, nu mai puteam gândi... **pe mine mie redă-mă, oricine ai fi, te rog ajută-mă, să fiu din nou EU**"

Rățușca a început să se metamorfozeze într-un frumos pui de lebădă când am reușit să mă reconectez la ceea ce Universul îmi dăruise cu atâta dragoste – eram o ființă creată din lumină, iubire, comprehensivitate, empatie, altruism și DA... eram frumoasă dincolo de imaginea 90-60-90... și DA... meritam altceva de la viață, am învățat să mă iubesc și să mă respect, să-mi folosesc voința, să îmi ascult nevoile sufletești!

Am întâlnit ulterior Oameni în viața mea ce m-au ajutat să-mi schimb destinul pentru că doream cu ardoare altceva de la viață... Delia, Adrian, Veronica, Elena, Horațiu... vă mulțumesc!

În Facultatea de Psihologie m-am apucat să scriu basme terapeutice pe care le-am publicat pentru copiii cu stimă de sine redusă, pentru cei ce nu se simt iubiți, este forma mea de a-i ajuta pe micuți să fie lebede frumoase.

Când am reușit să-mi iert tatăl fiind față în față cu el, după 35 de ani, iertându-mă pe mine însămi, atunci am înțeles faptul că a trebuit să trec prin toate astea pentru că aveam lecții de viață de învățat ca să fiu OMUL de azi, MAMA de azi, SOȚIA de azi, asistentul social și psihologul de azi...

IMPORTANȚA SOCIALIZĂRII COPIILOR CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ - studiu de caz-

Maria Teherciu

Considerații generale

Procesul construirii personalității începe imediat după naștere și continuă toată viața. Uneori acest proces îndelungat , complex poate fi perturbat deviat de o serie de factori, înregistrând stagnări și retardări, decurgând cu perioade de inegalitate, de dezvoltare dizarmonică și chiar haotică. Ne referim la situațiile complexe impuse de o serie de o serie de deficiențe: intelectuale ,senzoriale ,motrice,asociate care pot surveni chiar de la naștere sau într-un anumit moment al existenței conducând la dificultăți de învățare și adaptare ,probabilitatea de structurare a unor personalități imature, dizarmonice crescând cu gradul deficienței.

Pentru a adopta o atitudine de autodepășire în plan școlar, psihosocial și cultural, elevul deficient mintal este stimulat printr-o metodologie specială să-și însușească „cultura instrumentală „(citit-scris , socotit) ca etapă indispensabilă în procesul de pătrundere în lumea valorilor de ordin cognitiv, moral, estetic etc.

Cultura instrumentală este completată și amplificată prin parcurgerea materiilor specifice ariilor curriculare din planul de învățământ, la care se adaugă disciplinele opționale, astfel încât școala să vină în întâmpinarea intereselor de cunoaștere ale elevului, să dezvolte disponibilitățile sale de cunoaștere, să-l orienteze în mediul social și informațional , atât de complex și de vast, ce caracterizează lumea de azi.

Copilul cu deficiente mintale este dezorientat, acționează haotic, face adesea crize de furie pentru ca nu este înarmat cu deprinderi/abilități care să-i permită un răspuns adecvat în contexte diferite. După cum observăm exista toate premisele pentru a-l considera « candidat » la o personalitate imatura psihologic și social.

Într-adevăr, dacă este să pornim de la ideea că activitatea este modul esențial de existență a omului și a psihicului său, este cea care conduce la sedimentări și cristalizări psihice la apariția unor structuri relativ invariante pare a fi logic faptul ca orice acțiune bine structurată care decurge dintr-una anterioară și deschide calea către o alta, poate fi de un real folos pentru un psihic în plin proces de formare și structurare.

A. Socializarea în cazul copiilor deficienți mintali.

Este demonstrat faptul că una dintre cele mai răspândite caracteristici ale copiilor cu deficiențe mintale o reprezintă întârzierea în dezvoltare, inclusiv în dezvoltarea limbajului, a comunicării și a socializării. Fenomenul întârzierilor sau al nedevelopării unor aspecte ale limbajului, a comunicării respective socializării, este menționat, practic, în orice definiție sau în orice descriere a deficienței mintale.

La copiii cu deficiențe mintale, în funcție de gravitatea acestora, comunicarea este marcată de laconism exagerat (se mai numește „stil telegrafic”) și de agresivitate verbală. Aspectele semantice ale vorbirii cedează în fața celor pragmatice, informația vehiculată nu posedă claritatea și puterea de convingere necesare pentru a asigura un echilibru adecvat cu mediul. În plus, acești copii nu-și pot manifesta plenar în exprimarea și în receptarea ideilor, emoțiilor, atitudinilor achizițiile verbale anterioare. Dizabilitatea de limbaj ridică în fața acestor copii obstacole, de multe ori – insurmontabile, care îi împiedică să se simtă liber în acțiuni și în exprimarea gândurilor. Atunci când sunt implicați într-o conversație, este ușor de observat reținerea și teama lor de a vorbi, inerția și rigiditatea verbală, comportamentală precum și dificultatea socializării.

În cazul copiilor cu deficiențe de intelect, un număr impunător de contacte au caracter situativ. Comunicarea copilului cu adultul este determinată de materialul și activitatea propuse de către adult, însuși copilul fiind lipsit cu desăvârșire de inițiativă. În absența materialului intuitiv copiilor le este greu să întrețină o discuție cu caracter cognitiv (ei nu pun întrebări și nu răspund la întrebări), astfel că în activitatea lor prevalează motivația de joc. Pentru că nu posedă nivelurile nesituative de comunicare cu adulții și nu simt necesitatea de a cunoaște lumea, fenomenele, relațiile umane, copiii cu deficiențe mintale demonstrează o pronunțată incapacitate de a stabili și dezvolta contacte personale, de comunicare și socializare.

Absența interesului pronunțat față de fenomenele lumii fizice, poate determina uniformitatea contactelor cognitive, caracterul superficial al acestora. Nivelul redus al activismului cognitiv poate determina specificitatea calitativă a motivelor cognitive: instabilitatea acestora, absența intereselor profunde și extinse față de fenomenele lumii înconjurătoare, uniformitatea și sărăcia contactelor cognitive cu adulții. Deoarece bagajul cunoștințelor privind mediul înconjurător și social este mic, copiii nu pot povesti despre proprietățile și calitățile obiectelor, chiar și ale celor deseori întâlnite în experiența lor de viață, funcția operațională a creierului este insuficient formată, de aceea ei nu pot generaliza și abstractiza caracteristicile, iar prezentarea gramaticală este inferioară standardelor

specifice vârstei, interesul față de învățare nu este clar exprimat, predomină motivația de joc, este subdezvoltată reglarea voluntară a comportamentului.

Procesul de socializare a copiilor cu deficiență mintală se confruntă cu probleme greu de soluționat, cum ar fi lipsa deprinderilor de comunicare interpersonală în mediul persoanelor fără deficiențe, inexistența necesității de a comunica, autoaprecierea inadecvată, perceperea negativă a altor persoane, egocentrismul, înclinația spre a fi întreținuți și tutelați. Viața copilului cu deficiență mintală nu presupune contactul larg cu semenii săi, dacă copilul este instituționalizat, atunci el este înconjurat de persoane cu probleme social-psihiice și comunicative asemănătoare, dacă se află în familie, atunci alături sunt doar familia, rudele și eventual un cerc restrâns de prieteni apropiați ai familiei. Prin urmare la copiii cu deficiențe mintale dereglarea comunicării verbale se întâlnește frecvent. Formele de manifestare a acestora sunt diverse și diferite ca gravitate: limitarea vorbirii până la câteva cuvinte, deformarea organelor vorbirii, tulburările de limbaj, dezvoltarea verbală și generală tardivă, lipsa de expresivitate.

Aceste tipuri de activități sunt parte componentă a programului complex, integrativ ce pun în evidență evoluția, involuția sau stagnarea în dezvoltare a copiilor cu CES.

Prin conținutul lor, aceste activități se referă predominant la aria de dezvoltare personală și socială, având ca scop final independența copilului/tânărului precum și integrarea lui într-un mediu în continuă schimbare.

Complexitatea soluțiilor educaționale asigură un curriculum deschis bazat pe principiul normalizării fiind centrat pe copil.

Acesta este considerat atât ca individ, urmărindu-se evoluția biofizilogică, cât și ca membru al societății unde trebuie să se adapteze, să se integreze.

O caracteristică importantă a acestor tipuri de activități complementare este integrativitatea programelor de intervenție.

Activitățile se găsesc într-o relație de interdependență reciprocă cu implicații metodologice intermodulare/intradisciplinare și intramodulare (de valorificare a învățării sociale cu largă deschidere spre normalitate).

În acest sens, normalizarea este concepută ca un proces reciproc, de acceptare a persoanei deficiente de către comunitate și de participare a acesteia la viața comunității.

Din aceste puncte de vedere „socializarea” și activitățile ocupaționale sunt și un rezultat al întregului program educațional care contribuie la formarea unei personalități adaptative, integrative.

Educația copilului cu deficiențe este abordată sub aspectele ei pozitive cu scopul valorificării optime a tuturor disponibilităților psihoindividuale cât și a particularităților tipului și gradului de deficiență.

Se oferă astfel posibilitatea de valorificare cât mai eficientă a actului educațional la care are dreptul și copilul cu CES.

B. Prezentarea cazului.

Nume și prenume: C.R.

Vârsta: 12 ani și 4 luni

Diagnostic medical: Deficiență mintală medie, tulburări de comportament de tip antisocial.

1b. Date anamnestice ale cazului.

Copilul provine din familie dezorganizată, era în grija mamei, părinții fiind divorțați. Mama nu mai poate supraveghea copilul în urma numeroaselor fapte antisociale săvârșite de acesta (agresiuni fizice prin lovire asupra vecinilor) tentative de amenințare verbală cu suicid pentru a obține anumite avantaje, foloase din partea mamei. Este abandonat în spital unde trece prin momente de depresie și dezvoltă foarte puternic sentimentul de abandon din partea mamei, a familiei.

Copil de sex masculin în vârstă de doisprezece ani și patru luni diagnosticat medical cu deficiență mintală medie, tulburări de comportament și grad de socializare foarte scăzut. Este luată măsura de protecție socială și este instituționalizat și se află într-un centru de plasament.

2b. Evaluarea psihologică

În urma evaluării psihologice am constatat necesitate întocmirii unui plan de intervenție psihologică ce are ca obiectiv principal și prioritar integrarea în grupul de copii prin socializare supravegheată.

C. Întocmirea planului de intervenție psihologică.

Planul de intervenție psihologică va avea ca scop socializarea și adaptarea copilului în mediul instituționalizat, îndepărtarea sentimentului de abandon și valorizarea acestuia ca individ prin întărirea încrederii în sine.

PLAN DE INTERVENTIE PSIHOLOGICA

Obiective generale:

1. Învățarea conduitelor de orientare, de cunoaștere și adaptare în mediul ambient actual

Obiective de referință	Exemple de activități de învățare
Cunoașterea datelor personale de identitate	Exerciții aplicative individualizate Exerciții de verbalizare a datelor de identitate Joc de rol
Cunoașterea membrilor grupului și identificarea spațiilor de locuit.	Exerciții de identificare imagistica (membrii grupului) Manevrări de jucării imagini, jocuri de construcții (Locuința) Exerciții aplicative (adresa școlii)
Cunoașterea și identificarea colegilor, clasei și a școlii	Exerciții de identificare imagistica (spațiile de locuit și școala) Exerciții individualizate (nume profesori, referenți de educație și colegi)

2. Stimularea și dezvoltarea disponibilităților psihoindividuale cu formarea unor comportamente independente

Obiective de referință	Exemple de activități de învățare
Formarea de comportamente independente la școală	Exerciții aplicative regim de zi, orar, orientare în timp Joc de imagini Joc de rol Conversații
Cunoașterea normelor de comportare civilizată cu adulții și copiii	Joc de rol Povestiri Exerciții aplicative individualizate Observare, demonstrare
Respectarea regulilor de conviețuire civilizată în diferite situații	Deplasări stradale Deplasări cu mijloacele de transport Activități culturale sportive Joc de rol Activități aplicative

3. Formarea și educarea unor abilități și a unor deprinderi de muncă

Obiective de referință	Exemple de activități de învățare
Formarea abilităților de îngrijire a obiectelor personale	Exemplul. Observarea. Activități practice individualizate.
Participarea la acțiuni gospodărești în interiorul și exteriorul clasei	Observarea. Exemplul. Exerciții individuale / microgrup. Exerciții de înfrumusețare a clasei. Exerciții de identificare.
Cunoașterea unor profesii și meserii	Povestiri. Joc de rol.

4. Exersarea conduitei independente pentru integrare socială

Obiective de referință	Exemple de activități de învățare
Cunoașterea principalelor obiective din cartier și din apropierea centrului. Formarea comportamentelor independente în situații de: - transport - cumpărături - vizite - excursii. Formarea abilităților de adaptare la nivel de microgrup / relații interumane (prietenie, ajutor, respect, toleranță).	Vizite. Plimbări în cartier. Exerciții aplicative practice. Joc de rol. Deplasări în localitate. Povestiri. Joc de rol. Joc didactic.

D. Observații, concluzii.

În urma aplicării acestui plan am constatat următoarele progrese în atitudine comportament, nivelul de înțelegere și adaptare, nivel de cunoaștere, ale copilului:

- îmbogățire a imaginației prin expunere verbală, narativă a anumitor trăiri,
- atitudine cooperantă și de înțelegere a colegilor,
- respect față de personalul educațional cu care venea în contact,
- îmbogățirea vocabularului și a limbajului expresiv

- implicarea acestuia în acțiunile gospodărești
- îmbunătățire relației cu persoanele cu care vine în contact,
- descoperirea aptitudinilor culinare și dezvoltarea acestora,
- creșterea încrederii în forțele proprii prin valorizarea lui ca individ și ca apartenență la grup.

Dezvoltarea comunicării în cazul acestui copil a fost posibilă în condițiile în care activitatea acestuia în strânsă legătură cu cea a psihologului, acest proces fiind ghidat de programul individualizat de recuperare luându-se în considerație starea psihofiziologică a copilului, nivelul de dezvoltare a acestuia, nivelul deprinderilor de interacționare interpersonală, nivelul de formare a competenței de comunicare, aspectele specifice ale competenței de comunicare și utilizând mijloace nonverbale și intuitive de comunicare, pot concluziona că:

- indicatorii comunicabilității, emotivității, calităților organizatorice, altruismului, amabilității cresc considerabil, atestându-se concomitent și o scădere pe măsură a nivelului conflictualității,
- legătura corelațională strânsă dintre indicatorii activismului comunicativ-verbal, prezentarea lexicală și gramaticală a limbajului cu diverse tipuri de expresii certifică importanța respectivelor situații de comunicare pentru dezvoltarea competenței de comunicare a acestui copil,
- s-a provocat o dinamică pozitivă în dezvoltarea comunicării acestui copil în cea ce privește aspectele comunicării verbale și nonverbale, în relațiile interpersonale, sporind activismului și nivelului de independență.

ANXIETATEA, CAUZA COMPORTAMENTELOR DEVIANTE LA ȘCOLARI. TEHNICI DE DISCIPLINARE POZITIVĂ

Lupu Nicoleta

Introducere

„Să te ocupi de educarea unui copil este una dintre experiențele cele mai complexe, provocatoare, dar și cele mai generatoare de satisfacții” (Adler). Provocarea este cu atât mai mare deoarece problemele de disciplină sunt tot mai frecvente și dificultatea gestionării lor poate influența eficiența activității didactice. În acest context este de datoria consilierilor și a psihologilor școlari să intervină și să îmbunătățească relația profesor-elev. Pentru a corecta un comportament deviant este necesar să cunoaștem profilul unui astfel de elev și să depistăm cauzele acestui comportament.

Nu este greu de observat că un elev cu comportament problematic perturbă permanent activitatea, încalcă regulile clasei, are dificultăți în menținerea și stabilirea relațiilor cu colegii, se integrează greu în grup, manifestă frecvent comportamente precum loviri, injurii, amenințări, refuzul de a rezolva o sarcină, de a vorbi.

De cele mai multe ori, cadrele didactice pun semnul egal între comportament deviant și agresivitate. Agresivitatea umană reprezintă orice formă de conduită prin care se exercită o presiune intenționată asupra obiectelor, persoanelor sau asupra propriei persoane în scopul impunerii intereselor proprii sau ale societății sau în scopul producerii, într-o formă deschisă sau simbolică, a unor efecte autodistructive, a unor prejudicii, răniri, distrugerii, daune, jigniri la adresa altora sau a societății (Eibesfeldt, 1995). Agresivitatea trebuie delimitată de alte fenomene ale vieții psihice și sociale:

a) **Violența:** implică utilizarea forței brutale, este o conduită agresivă acută și extremă, specific umană, cu finalitate distructiv-primitivă, există cazuri de conduită agresivă în forme nonviolente (otrăvirea lentă a unei persoane).

b) **Delincvența:** presupune în viziune juridică violarea unei anumite legi sau norme penale, civile, militare, chiar politic în regimurile totalitariste, violare urmată de sancțiuni, acțiuni punitive, coercitive.

c) Impulsivitatea: tendința de a acționa irațional, greu de controlat de către voință; corespunde unei trebuințe imperioase și se traduce prin acte incoercibile adesea periculoase;

d) Propulsivitatea: presupune declanșarea agresiunii datorită unui resort intern; apare automat, involuntar.

e) Excitabilitatea: reprezintă manifestarea la nivel supradimensionat a funcțiilor psihice normale.

f) Conflictul: opoziția deschisă, o luptă de interese sau de dezacord privind statusul sau alocarea resurselor care duce la o confruntare de idei.

g) Competiția: o formă a interacțiunii între persoane și grupuri constând în eforturile acestora de a atinge un scop.

h) Comportamentul refractor: comportament caracterizat printr-o barieră absolută, continuă la orice raportare la norme, reguli, modele, propuneri din afară (Eibesfeldt, 1995).

Violența școlară este din punct de vedere statistic, cea mai frecventă conduită de devianță școlară. În literatura psihologică engleză s-au instituit cinci termeni:

a) Aggression – atac fără provocare, manifestat pe plan fizic sau verbal

b) Aggressivity – potențialul de a comite atacuri neprovocate (agresivitate latentă)

c) Aggressiveness – pe de-o parte desemnează o stare relativ propice comiterii unei agresiuni, iar pe de altă parte, desemnează și trăsături ale persoanei care în mare măsură, se pot exprima ca forme socializate ale unei anomii agresivității (inițiativa, combativitatea, ambiția, curajul etc.).

d) Mobbing – atac în grup, produse de copii asupra unui alt copil

e) Bullying – violență fizică și psihologică, inițiată de un individ sau de un grup și direcționată asupra unui individ care nu se poate apăra în contextul respectiv (Neamțu, 2003).

Violența în școală cuprinde orice formă de manifestare a unor comportamente precum: violență verbală și psihologică (poreclire, tachinare, amenințare, hărțuire); violență fizică; comportamente care intră sub incidența legii (viol, consum/comercializare de droguri, furt); ofensă adusă statutului/autorității cadrului didactic; alte tipuri de comportament deviant în relație cu școala (Strategia MECS cu privire la reducerea fenomenului de violență în unitățile de învățământ preuniversitar, 2012)

Orice comportament are o funcție, un motiv ce justifică comportamentul. Ne comportăm într-un anumit fel dacă avem un beneficiu sau dacă prin comportamentul nostru evităm anumite consecințe neplăcute. În lucrarea „Problematica dificultăților de comportament și emoționale,

modalități de intervenție”, accesată online sunt prezentate următoarele cauze ale comportamentului deviant:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| A. Factorii de mediu | • Factorii biologici |
| • Factorii familiari | • Factorii neurologici |
| • Factorii școlari | • Factorii genetici |
| • Factorii culturali | C. Combinații între mai mulți factori |
| B. Factorii de dezvoltare individuală | D. Factorii situaționali |

O abordare interesantă în ceea ce privește cauza comportamentelor deviante este oferită de Walton, Powers, 1974. Autorii mai sus menționați prezintă cele patru scopuri comune ale comportamentelor indezirabile: atenția, puterea, răzbunarea, neputința. Pornind de la identificarea acestor scopuri, aceiași autori prezintă tehnici prin care putem câștiga de partea noastră copiii cu comportamente deviante, tehnici ce vor fi prezentate în a doua parte a lucrării.

Printre cauzele comportamentului deviant, anxietatea trăită de școlar joacă un rol esențial. Se explică în continuare ce este anxietatea și cum se manifestă aceasta.

Există mai mulți termeni sinonimi sau înrudiți semantic care pot fi grupați în categoria de stări timerice¹: angoasă, anxietate, frică, teamă, neliniște, teroare, spaimă. Toate stările menționate au în comun o trăire psihofiziologică neplăcută și se deosebesc unele de altele prin intensitatea diferită și împrejurările în care apar. Cosnier (2002) distribuie stările timerice pe o axă care merge de la un pol al stărilor cu obiect precis către un pol al celor fără obiect, prezentând situații intermediare între fiecare dintre ele.

Anxietatea este definită ca „teamă fără obiect, manifestată în așteptarea unor evenimente viitoare cu semnificații negative” (Băiceanu, 2004, p. 28). Neveanu (1978, p. 57) oferă o definiție mai amplă anxietății: „tulburare a afectivității manifestată prin stări de neliniște, teamă și îngrijorare nemotivată, în absența unor cauze care să le provoace. Deseori se manifestă sub forma unor stări de frică cauzată de o incertitudine în care subiectul are impresia unei nenorociri iminente, care planează pretutindeni, îl înconjoară, dar nu o poate defini și nici îndepărta”.

Anxietatea este o stare afectivă vagă, difuză, de neliniște, de apăsare, tensiune, îngrijorare și teamă nemotivată, fără obiect, fiind dominante sentimente intense de insecuritate. Anxietatea generează produse imaginative abundente, care nu pot fi ignorate și nici eliminate. Cei cuprinși de anxietate sunt mereu în alertă, au senzația penibilă de neputință în fața

¹ Timeric- lat.timere- a se teme

pericolelor pe care le simt că se apropie, au scăderi importante de randament intelectual. Când este prezentă într-o proporție mai redusă poate fi considerată fenomen normal, cu valențe motivaționale și cu rol declanșator al creativității; când este mai accentuată devine simptom al unor tulburări psihice. (Șchiopu, 1997).

Anxietatea este definită ca stare afectivă și de către Larousse (2000, p. 32): „stare afectivă caracterizată printr-un sentiment de insecuritate”. Același autor mai sus menționat completează definiția anxietății: „stare emoțională de tensiune nervoasă, de frică puternică, slab diferențiată și adesea cronică” (Larousse, 1993, p. 65).

Intervenția

Literatura de specialitate oferă numeroase soluții pentru stoparea sau reducerea comportamentelor deviante la școlari, această temă fiind o temă de interes pentru specialiștii din mai multe domenii. În această lucrare sunt propuse tehnici de disciplinare pozitivă. În acest sens au fost consultate următoarele materiale de specialitate: „Ghid de disciplinare pozitivă. Schimbări mici, diferențe mari”, accesat online, „Abordarea pozitivă a comportamentelor copiilor. Ghid pentru încurajarea reacțiilor pozitive”, accesat online. În urma consultării acestor materiale au fost structurate cele mai importante tehnici de disciplinare pozitivă. Toate aceste tehnici sunt prezentate sub forma unui pliant, fapt ce oferă lucrării un grad mare de aplicabilitate. Pornind de la acest pliant, psihologii școlari pot organiza cursuri de scurtă durată în școli și pot explica cadrelor didactice cum să reacționeze în fața unor situații dificile.

Conform disciplinei pozitive, a disciplina înseamnă a învăța comportamente dezirabile. Este important de menționat că disciplinarea pozitivă nu înseamnă libertate absolută. În disciplinarea pozitivă se pune accentul pe consecințele comportamentului și nu este acceptată pedeapsa. Disciplinarea pozitivă se poate utiliza când copilul învață un comportament nou, când dorim să consolidăm un comportament, când copilul nu este motivat.

Etapele disciplinării pozitive sunt:

- Observarea comportamentului
- Evaluarea comportamentului
- Analiza motivelor, contextului și consecințelor
- Alegerea metodei de disciplinare
- Verbalizarea regulilor
- Aplicarea metodei de disciplinare
- Oferirea unui model de către adult
- Evaluarea metodei de disciplinare

Printre tehnicile de disciplinare pozitivă amintim: Time-out-ul, Regulile clasei, Înlocuirea, Enunțarea motivelor, Ignorarea, ABC-ul comportamental, Identificarea scopului, Tehnica „Gândesc-Simt-Acționez”, Recompensarea, Întărirea negativă, Mesaje de tip EU, Experimentarea consecințelor, Principiul Sandwich-ului, Nevoia de limite, Unirea clasei (anexa 1)

Concluzii

Literatura de specialitate arată că disciplinarea pozitivă dezvoltă auto-disciplina, oferă soluții pe termen lung și arată copiilor cum să se comporte adecvat.

Este foarte important ca adulții implicați în educarea copiilor să înțeleagă și să-și însușească principiile disciplinării pozitive. Realitatea arată că în ciuda interesului manifestat față de acest subiect, încă sunt cadre didactice și părinți care utilizează pedeapsa ca metodă de disciplinare, deși sunt conștienți de efectele negative ale acesteia.

Studiile au arătat că adulții care utilizează pedeapsa au avut parte de un astfel de comportament când au fost copii, nu cunosc o altă metodă, cred în eficiența pedepsei, apariția imediată a efectului pedepsei funcționând ca o recompensă (falsă) și ducând la utilizarea ei abuzivă.

Abordarea pozitivă pleacă de la premiza că nu există copii răi. Ei sunt un aluat bun care trebuie modelat cu grijă, dragoste, răbdare. Irosim atâta energie pentru a vedea ce au făcut greșit. De ce nu am folosi aceeași energie pentru a vedea ce au făcut bine? (Ghid de disciplinare pozitivă. Schimbări mici, diferențe mari, accesat online, Abordarea pozitivă a comportamentelor copiilor. Ghid pentru încurajarea reacțiilor pozitive, accesat online)

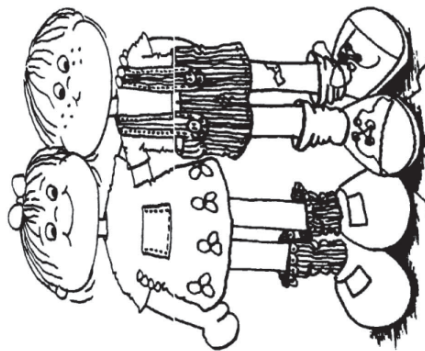
Parafrazându-i pe Walton, Powers, 1974, „Ziua stăpânului” în școală a dispărut. Pentru a fi eficienți trebuie să câștigăm cooperarea tinerilor. Pur și simplu nu pot fi forțați. Nu este un lucru ușor, dar este datoria noastră și ca educatori și ca părinți.

Anexa 1

Dragi colegi,

În cadrul activității vă propun metode și tehnici prin care puteți gestiona situațiile dificile.

Aceste tehnici nu vor avea efectul unei baghete magice, dar vă asigur că aplicate consecvent, cu dragoste și răbdare vor conduce spre câștigarea copiilor de partea noastră. Nu este un lucru ușor, dar este datorită noastră și ca educatori și ca părinți!



„Nu educi un suflet, nu educi un trup, ci un om și nu trebuie împărțit în două.”

(Montaigne)



ȘCOALA

ÎN LOC DE CONCLUZII

REZOLVAREA SITUAȚIILOR ÎN CARE APAR COMPORTAMENTE PROBLEMATICE

- Observarea și traducerea în cuvinte a emoției copilului
- „Observă că ești...”
- Relaționarea cu contextul
- „Ce s-a întâmplat?”
- Rezumarea informației primite
- „Înțeleg că...”
- Exprimarea empatiei
- „Înțeleg ce simți... dar...”
- Apelul la regulă
- „...dar regula este...”

TEHNICI DE DISCIPLINARE POZITIVĂ

PROF.



ABC-ul comportamentului	Cum recunoaștem scopul comportamentului?	Ce facem după ce am descoperit scopul?
A - antecedente (ceea ce determină comportamentul dificil): declanșatori imediați, declanșatori din trecut	<i>Provocăm copilul să recunoască scopul comportamentului său, adresându-i întrebări, fără a judeca!</i>	ATENȚIA: CONTRACTUL
B - comportamentul (reacția adultului la comportamentul copilului)	ATENȚIA: „Poate pentru că ai crezut că nu te observ? Poate că ai vrut să mă ocup de tine mai mult?”	„Știm amândoi că nu este prea plăcut în clasă când încerci să atragi atenția așa. Fiecare copil are nevoie de atenție. Ce părere ai dacă am face noi o înțelegere secretă? Ori de câte ori îți strig numele/ bat din palme/ridic degetul îți arăt că îți acord atenție.”
C - consecințe (pot încuraja sau descuraja repetarea comportamentului)	PUTEREA: „Poate pentru că ai vrut să-mi arăți că poți face ce vrei?”	*
<i>Cele patru scopuri comune ale comportamentelor indenzirabile</i>	RĂZBUNARE: „Poate pentru că ai vrut să mă rănești/să-i rănești pe colegii tăi?”	PUTEREA: trebuie să recunoaștem că nu putem să obligăm un copil să facă ceea ce nu vrea, avem nevoie de cooperare.
ATENȚIA: „Nu sunt în frunte, dar cel puțin nu voi trece neobservat.”	NEPUTINȚA: „Poate pentru că ai crezut că nu poți face ceea ce ți-am cerut și astfel preferi să nu faci deloc?”	„Știi, B., ai dreptate. Nu te pot obliga, dar am nevoie de ajutorul tău. Ai fi dispus să să ajuti?”
PUTEREA: „Nu sunt învingător, dar le pot arată că nu mă pot opri să fac ce vreau eu.”	Copilul poate să nu răspundă, dar cu siguranță va schița, va exista un reflex, un zâmbet de aprobare.	*
RĂZBUNAREA: „Oamenilor nu le pasă de mine, dar pot face lucruri prin care să ripostez.”		
NEPUTINȚA: „Nu voi fi în stare să fac față, dar dacă refuz să lucrez mă vor lăsa în pace.”		

RĂZBUNAREA: copilul te va testa, te va provoca ca să-ți demonstreze că viața este exact cum a crezut - nimănui nu-i pasă de el.

„Am senzația că vrei să mă rănești. Îmi pare rău pentru asta. Vreau să știi că eu nu vreau să te rănesc (pe un ton cald și prietenos)

*

NEPUTINȚA: copilul va refuza efortul și va aștepta să-i subliniezi neputința.

Fixează standarde joase pentru el, recunoaște orice contribuție pozitivă (Walton. Powers. 1974)



TEHNICA GÂNDESC – SIMT – ACȚIUNEZ

GÂNDESC (interpretarea comportamentului)

SIMT (modul în care interpretăm determină emoția)

ACȚIUNEZ (emoția determină acțiunea)

*

COMPORTAMENT: copilul tipă

INTERPRETARE: O face intenționat! Vrea să mă enerveze!

EMOȚIE: Furie

REAȚIE: Tip la el!

CUM PUTEM REACȚIONA CORECT?

OBSERV COMPORTAMENTUL

INTERPRETARE: Mă gândesc de ce face acest lucru? Ce abilitate îi lipsește copilului?

EMOȚIE: Trăiesc o emoție pozitivă.

REAȚIE: Acționez cu scopul de a dezvolta abilitatea copilului.

COMPORTAMENT: copilul tipă

INTERPRETARE: nu știe să-și controleze vocea/ are toleranță scăzută la frustrare

EMOȚIA: calm/interes

REAȚIA: îi atrag atenția că vocea este ridicată. Îi arăt cum trebuie să vorbim. Exersăm pe viitor această abilitate.

ENUNȚAREA PROPRILOR SENTIMENTE

Mesaje de tip „EU”

„Mă enervezi când întârzi la ore!”

Ceea ce ascultătorul aude este: deoarece te enervezi când sosesc târziu crezi că sunt o persoană fără valoare și nu mă plăci.

Persoana va avea instinctul să se apere și nu va coopera.

MESAJ DE TIP”EU”

Devin nervos/ă (EU) când vii târziu la școală.

Reacția va fi diferită

Ascultătorul aude: Când vin târziu, devii nervos, nu simte că este judecat, că este rău sau bun și se va axa pe soluție.

LAUDĂ VERSUS ÎNCURAJARE

LAUDA

Dezvoltă motivația extrinsecă

Copiii vor face un comportament doar pentru a primi lauda

Când nu va mai exista persoana care îl laudă nu va mai face acest comportament

SUNT MÂNDRU/Ă DE TINE

Lauda apare după ce un comportament a fost făcut în întregime corect

INCURAJAREA

Dezvoltă motivația intrinsecă

Se încurajează efortul, participarea, progresul (chiar dacă nu a stat toată ora în bancă, îl încurajăm că a reușit să stea mai mult ca data trecută)

Orice copil poate primi încurajări

CUM TE SIMȚI CĂ AI REUȘIT? EȘTI MÂNDRU/Ă DE TINE ?

Cum aplicăm recompensele?

Trebuie oferită după desfășurarea comportamentului, nu promisiș înainte

*

Trebuie să fie semnificativă pentru copil, este disponibilă și reală

*

Survine imediat după efectuarea comportamentului dorit

Când distanța dintre recompensă și comportament este prea mare, ea își pierde din valoare

*

În faza de învățare a unui comportament se aplică imediat și regulat, în faza de consolidare - neregulat, cu rată invariabilă, sporadic

*

Recompense concrete la început, se trece treptat la recompense simbolice

*

Definiți comportamentul recompensat

*

Repetări verbală pe care se bazează recompensa

Pedeapsa versus Consecință versus Întărire

Pedeapsa - comportament care umilește, care arată cine este cel mai puternic

*

Consecința - rezultatul unui comportament - responsabilizează copilul pentru propriul comportament

*

Întărire - Stimul care survine după executarea unui comportament

LEGEA EFECTULUI

Acele comportamente care sunt urmate de consecințe pozitive vor avea tendința să fie repetate, iar comportamentele urmate de consecințe negative se vor manifesta cu o frecvență mai mică.

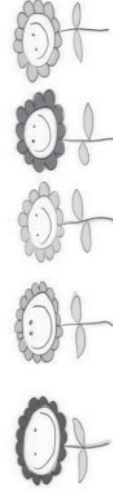
ATENȚIE: Pedeapsa „poate va merge”, dar pe moment, iar reacțiile secundare ar putea fi: rebeliune, resentimente, răzburare, retragere, probleme emoționale și comportamentale



Dacă totuși celelalte metode de disciplinare nu funcționează și se impune aplicarea unei întăriri negative, aceasta poate fi un instrument în disciplinarea pozitivă, doar dacă se supune unor reguli:

- NU înseamnă bătaie
- Este aplicată pentru a corecta un comportament, nu pentru a pedepsi nesupunerea față de adult
- Se aplică imediat după săvârșirea comportamentului indezirabil și este explicată
- Se aplică pentru un comportament precis, nu ne amintim de toate greșelile pe care le-a făcut și-l pedepsim pentru toate

- Este aplicată comportamentului, nu copilului, nu etichetăm, nu judecăm copilul
- Se analizează comportamentul și se discută consecințele



TIME-OUT-ul - constă în scoaterea copilului din situație pentru o perioadă de timp, bine stabilită și anunțată.

Nu înseamnă punerea la colț
Putem oferi alternativa: Cum vrei să ne calmăm? Mișcăm brațele sau cântăm sau....
Nu este pus să stea degeaba într-un colț, nu este părăsit într-un colț

PRINCIPIUL SANDWICH-ULUI

Feed-back negativ între două aprecieri
Folosim persoana I- feed-back-ul este o părere personală
Trebuie dat în timp util
Trebuie să fie clar și la subiect, fără aprecieri generale, vagi
Sunt de evitat exagerările „niciodată”, „totdeauna”

Trebuie să vizeze comportamente și acțiuni, nu caracterul copilului
Trebuie să aducă și o soluție alternativă
Este inutil un feed-back supra unor comportamente ce nu pot fi schimbate
„Nu-i reproșa șchiopului că umblă ciudat”

ENUNȚAREA MOTIVELOR

Argumentăm de ce nu e voie !

„Nu ai voie să alergi pe hol, o să aluneci și o să te lovești. Ai voie să alergi în sala de sport sau pe terenul de sport.”

Nu pentru că așa vreau eu- adultul autoritate supremă!

entru mai multe informații...

1. Ghid de disciplinare pozitivă. Schimbări mici, diferențe mari, accesat online
2. Abordarea pozitivă a comportamentelor copiilor. Ghid pentru încurajarea reacțiilor pozitive, accesat online
3. Walton, F., Powers, R. 1974. Câștigarea copiilor de partea noastră. Un manual pentru profesori, consilieri, directori și părinți. Practical Psychology Associates

Bibliografie

- Băiceanu, L. (2004). *Dicționar ilustrat de psihologie. Englez-Român*. București: Editura Tehnică.
- Cosnier, J. (2002). *Introducere în psihologia emoțiilor și a sentimentelor*. Iași: Editura Polirom.
- Eibel-Eibesfeldt, I. (1995). *Agresivitatea umană*. București: Editura Trei.
- Larousse. (1993). *Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică*. București: Editura Univers Enciclopedic.
- Larousse. (2000). *Dicționar de psihologie*. București: Editura Univers Enciclopedic.
- Neamțu, C. (2003). *Devianța școlară. Ghid de intervenție în cazul problemelor de comportament ale elevilor*. Iași: Editura Polirom.
- Neveanu, P.,P. (1978). *Dicționar de psihologie*. București: Editura Albatros.
- Șchiopu, U. (1997). *Dicționar de psihologie*. București: Editura Babel.
- Walton, F., Powers, R. (1974). *Câștigarea copiilor de partea noastră. Un manual pentru profesori, consilieri, directori și părinți*. Practical Psychology Associates

Web-ografie

- Abordarea pozitivă a comportamentelor copiilor. Ghid pentru încurajarea reacțiilor pozitive*, accesat online la www.unicef.ro/wp.../Abordarea-pozitivă-a-comportamentelor-copiilor_2015.pdf, 10.01.2017, ora 18:00
- Ghid de disciplinare pozitivă. Schimbări mici, diferențe mari*, accesat online la salvaticopiii-iasi.ro/wp-content/uploads/.../Brosura_Ghid_de_disciplina_pozitiva.pdf, 10.01.2017, ora 18:00
- “Problematica dificultăților de comportament și emoționale, modalități de intervenție”*, accesat online la <https://www.scribd.com/document/.../Problematica-Tulburarilor-de-Comportament>, 10.01.2017, ora 16:00
- Strategia MECTS cu privire la reducerea fenomenului de violență în unitățile de învățământ preuniversitar*, 2012- edu.ro, accesat online 10.11.2017, ora 14:00

MANIFESTAREA EMPATIEI ÎN FUNCȚIE DE GEN, VÂRSTĂ ȘI NIVEL DE INSTRUCȚIE

IDENTIFICAREA NIVELULUI DE INTELIGENȚĂ EMOȚIONALĂ CU AJUTORUL CHESTIONARULUI EQ 126

Dăscălescu Marius Adrian Alberti

1. Scopul, obiectivele și ipotezele cercetării

Scopul acestei cercetări se referă la identificarea diferențelor psihocomportamentului empatic la persoane diferite ca gen, vârstă și nivel de instrucție, cu ajutorul chestionarului EQ 126 și identificarea unor programe de formare și de dezvoltare personală sau de consiliere psihologică pentru creșterea nivelului de inteligență emoțională al consiliaților.

Obiectivele cercetării constatative sunt următoarele:

1. Identificarea particularităților psihocomportamentului empatic la grupul țintă;
2. Determinarea profilului mediu al grupului țintă;
3. Compararea profilului mediu obținut cu ajutorul chestionarului EQ 126, cu top 1 femei și cu top 1 bărbați;
4. Determinarea diferențelor de profil, între top 1 femei și top 1 bărbați, față de nivelul consilierului și față de profilul maxim oferit de către chestionarului EQ 126.

Ipoteza cercetării. În cadrul acestei cercetări am înaintat următoarea ipoteză generală: *La femei, profilul empatic ajunge la maturitate mai repede decât în cazul bărbaților?*

Întrebările de cercetare. Ipoteza generală a permis identificarea următoarelor întrebări de cercetare:

Întrebarea 1. La ce vârstă se manifestă maturitatea emoțională la femei și la bărbați? Ce rol are nivelul de instrucție și experiența de viață acumulată, în acest proces?

Întrebarea 2. Pornind de la faptul că empatia este considerată o componentă a inteligenței emoționale, dorim să aflăm care sunt celelalte

aspecte ale profilului emoțional care influențează nivelul inteligenței emoționale și cum sunt ele exemplificate în profilele de top ale chestionarului EQ 126.

Întrebarea 3. Dorim să aflăm, cu ajutorul chestionarului EQ 126, dacă în unele cazuri, profilul empatic al unui consiliat poate fi mai accentuat decât al unui consilier psihologic sau de dezvoltare personală.

Instrumentarul de lucru este reprezentat de: caietul EQ 126 ce conține metodologia aplicării chestionarului, manualul de interpretare EQ 126, formularul de răspunsuri, grila EQ 126, foaia de scorare și cinci grile secundare pentru componentele inteligenței emoționale.

2. Metodologia cercetării

Este fundamentată pe datele studiului teoretic, prezentat în această lucrare, cât și pe valorile psihometrice oferite de aplicarea chestionarului EQ 126. Cercetarea experimentală și intervenția psihologică, au fost realizate în luna ianuarie 2016, în Brașov.

Subiecții experimentali. Am aplicat Chestionarul EQ 126, pe un eșantion de 30 de femei și 30 de bărbați, de diferite vârste și cu un nivel variat de instrucție, de la liceu, facultate, master și doctorat.

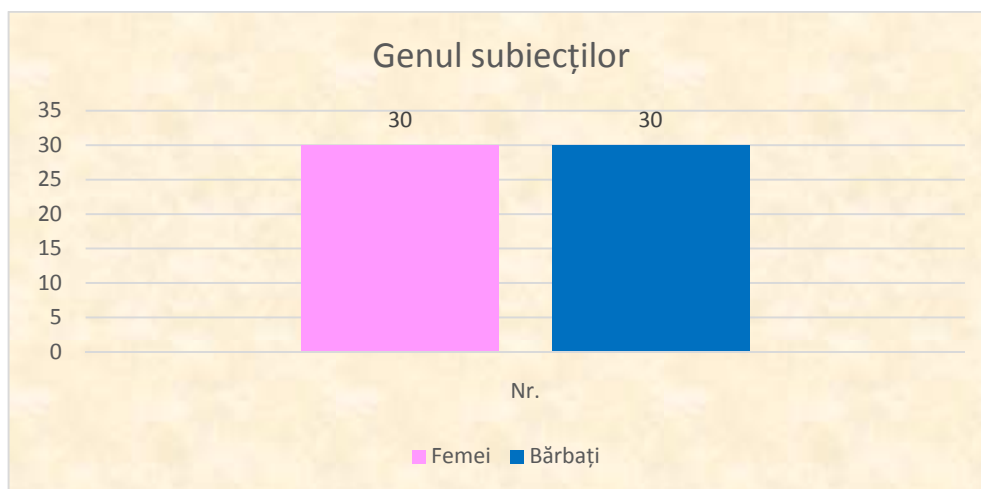


Fig. 1 Genul subiecților analizați

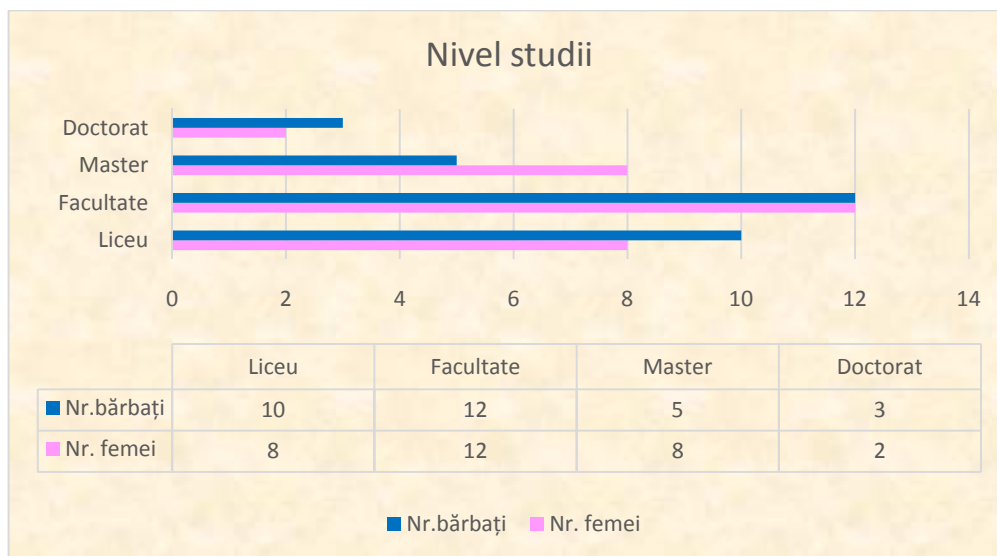


Fig. 2 Nivelul de studii al subiecților analizați

În figura de mai sus se remarcă, dispoziția eterogenă a grupurilor studiate, unde doar în cazul nivelului de pregătire, cu facultate, numărul subiecților femei și bărbați, este identic.

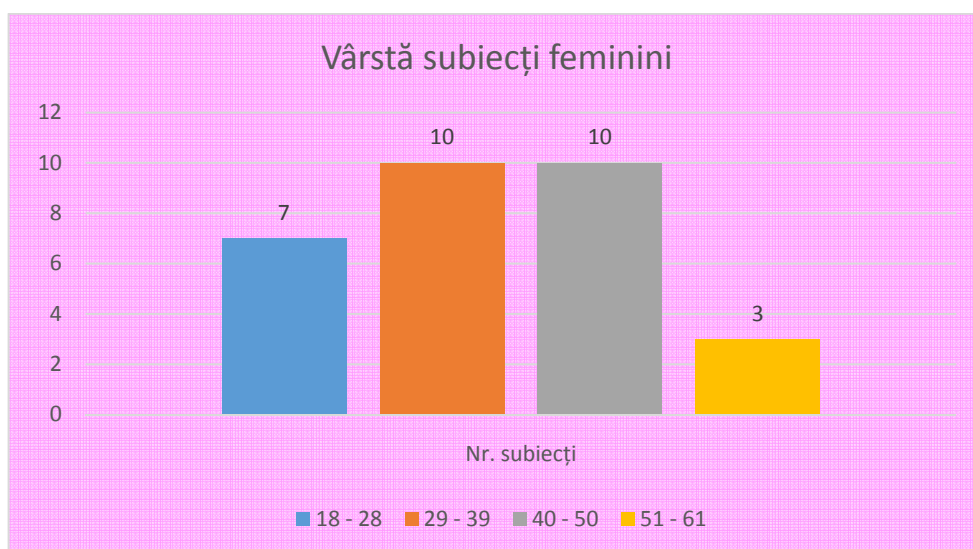


Fig. 3 Vârsta subiecților de gen feminin

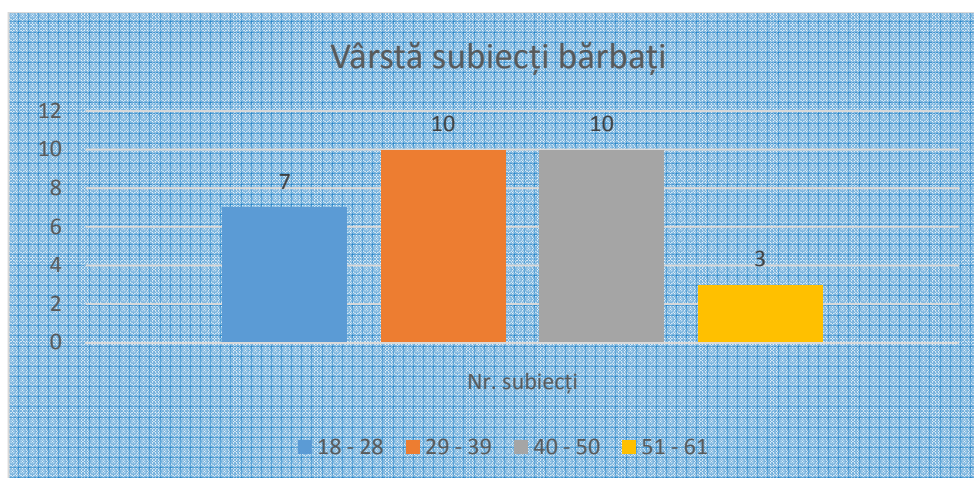


Fig. 4 Vârsta subiecți de gen masculin

În cazul parametrului, vârstă, atât în cazul femeilor, cât și în cazul bărbaților, am dorit să avem același număr de subiecți, repartizați pe decade de vârstă, pentru a avea un sistem de referință comun, pentru ambele grupuri studiate. După aplicarea chestionarului EQ 126, am cuantificat scorurile obținute, după care am realizat ierarhizarea rezultatelor, atât în cazul lotului de femei, cât și în cazul lotului de bărbați.

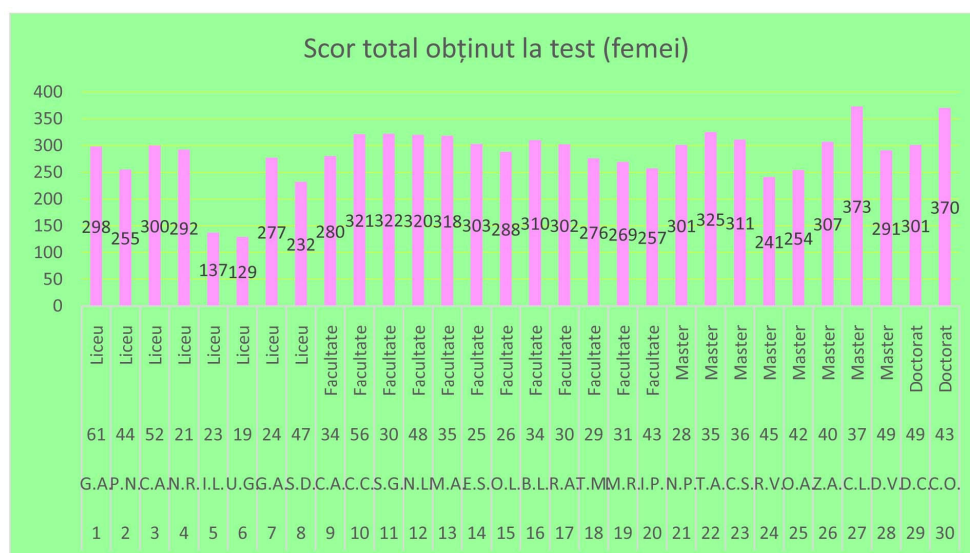


Fig. 5 Scorul total obținut la test de subiecții de gen feminin

În cazul grupului de femei a rezultat că top 1, a realizat un total la cota brută CB de 373 de puncte. Top 1 femei are vârsta de 37 de ani și ca nivel de pregătire, deține un master.

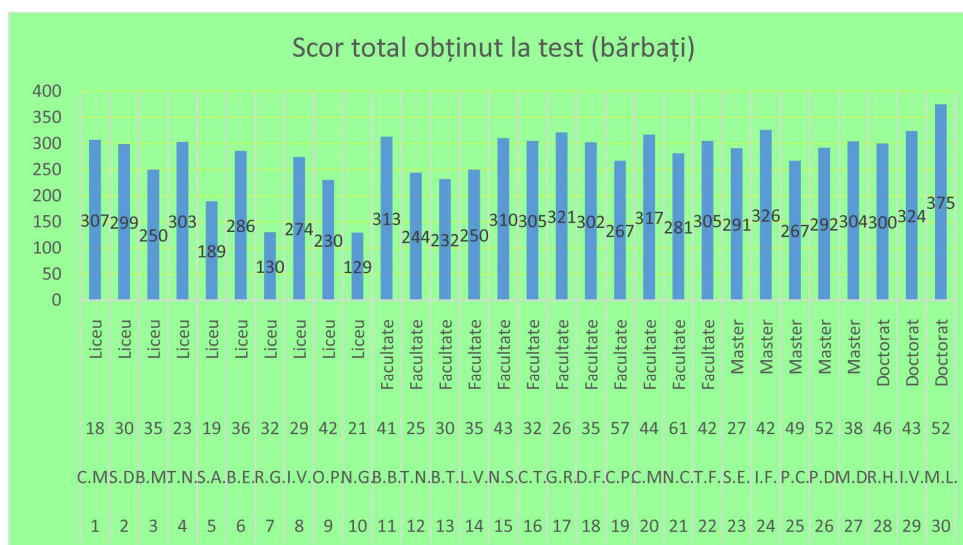


Fig. 6 Scorul total obținut la test de subiecții de gen masculin

În cazul grupului de bărbați a rezultat că top 1 a realizat un total la cota brută CB de 375 de puncte. Top 1 bărbați are vârsta de 52 de ani și deține un doctorat.

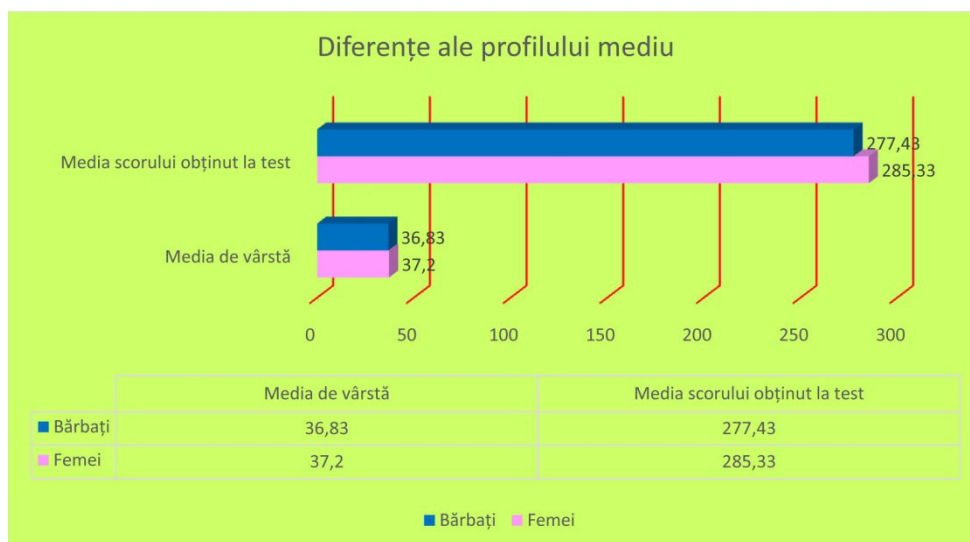


Fig. 7 Diferențe ale profilului mediu în cazul subiecților investigați

În figura de mai sus este ilustrată diferența între media profilului mediu la femei, comparativ cu cel al bărbaților. Se remarcă diferențe, relativ mici la media de vârstă între cele două grupuri. În cazul scorurilor obținute la cota brută CB de către cele două loturi, supremația o dețin femeile. Cu alte cuvinte, am putea concluziona că, în medie, femeile se maturizează un pic mai târziu decât bărbații, dar recuperează repede și trec pe primul loc. În acest, sens, *ipoteza generală a fost infirmată de rezultatele cercetării de față*.

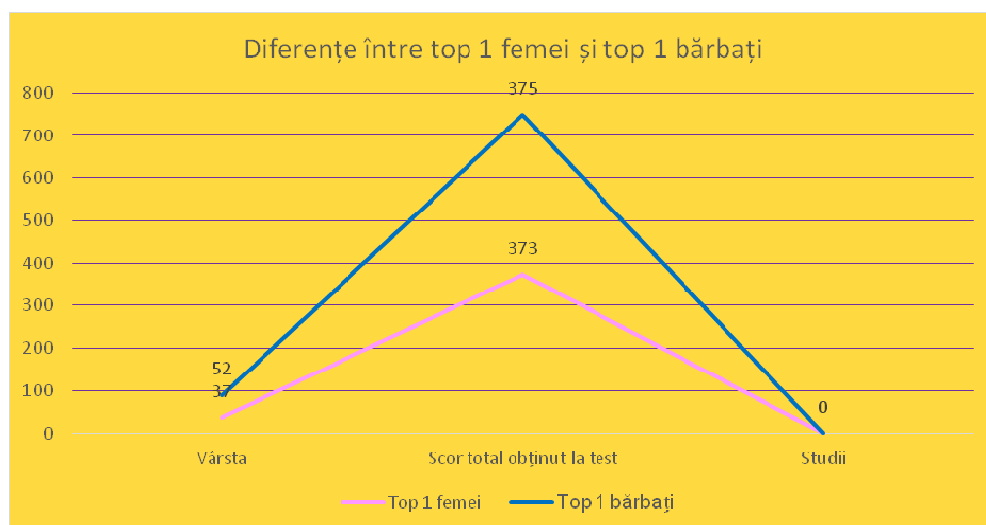


Fig. 8 Diferențe între rezultate top 1 femei și top 1 bărbați

Figura de mai sus ilustrează faptul că, în cercetarea de față, există diferențe notabile între profilele de top 1 la femei și de top 1 la bărbați. Se pare că diferențele la totalul scorului obținut la chestionarul de inteligență emoțională EQ 126, nu sunt mari, dar sunt ușor în avantajul reprezentantului bărbaților, cu 375 de puncte, față de 373 de puncte, în cazul reprezentantei femeilor. Dar, se pare că reprezentanta femeilor, la cei 37 de ani, ce are *doar* un masterat și nu un doctorat, ca reprezentantul bărbaților, are *deja* un scor foarte bun, de 373 de puncte. La aceasta mai adaug faptul că top 1 bărbați are, din păcate, 52 de ani. Întrebarea care se pune este următoarea: dacă reprezentanta femeilor, top 1, la 52 de ani, cât are în prezent reprezentantul bărbaților, va avea același scor al inteligenței emoționale ca al bărbatului în prezent, sau acest scor va evolua? Acest lucru depinde, bineînțeles, de foarte mulți factori, dintre care amintesc: *starea de sănătate generală* (spirituală, psihică, fizică, emoțională), *anturajul în care trăiește subiectul*, în familie sau la locul de muncă, *experiența de viață acumulată* (bucurii, traume, nivelul de stres etc) și *stilul de viață de zi cu zi* (alimentație, mișcare fizică,

odihnă, echilibrul interior etc.). și, în sfârșit, chiar *cărțile citite* sau *oamenii cu care socializează în viața de zi de zi*.

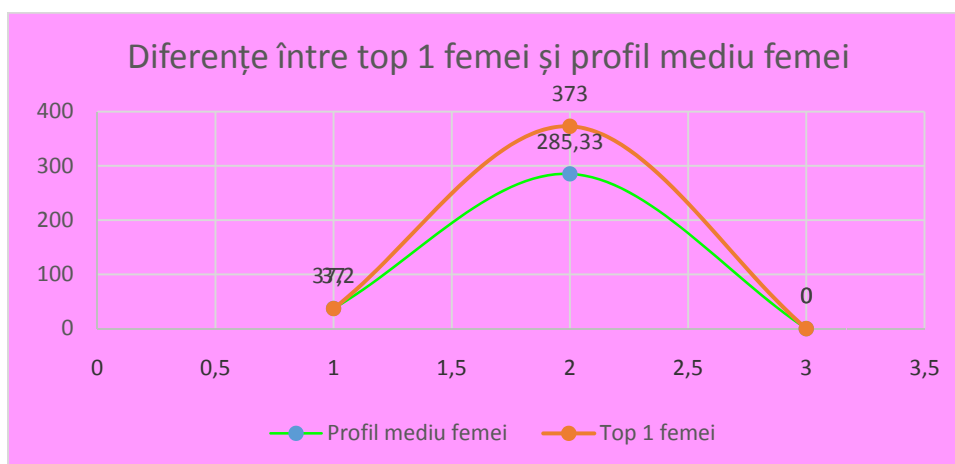


Fig. 9 Diferențe între top 1 femei și profilul mediu femei

În privința diferențelor semnalate între top 1 femei și profilul mediu al femeilor, ilustrate în figura de mai sus, acestea nu sunt mari, sunt aproape identice. Avem deci, în cazul top 1, vârsta de 37 de ani, față de vârsta de 37,2 de ani, în cazul profilului mediu. Diferența apare în cazul scorului final obținut la chestionarul EQ 126, de către top 1 femei, de 373 de puncte, față de media de 285,33 de puncte, obținut de către grupul femeilor, în care sunt incluse și doamne mai în vârstă cu doctorat, dar și femei mai tinere, doar cu liceu, în cazul cercetării de față, care au fiecare, o experiență de viață, diferită.

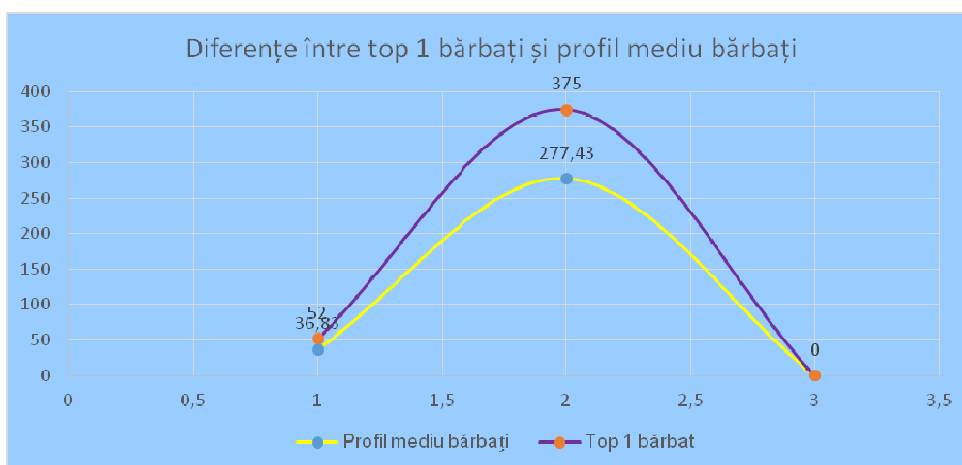


Fig. 10 Diferențe între top 1 bărbați și profil mediu bărbați

În cazul de mai sus se remarcă atât diferența de vârstă, cât și cea de scor final obținut de către top 1 bărbați, față de media profilului la bărbați. Deci top 1 bărbați are 52 de ani, față de 36,83 ani cât reprezintă media profilului. Acesta poate însemna că maturitatea fizică și intelectuală, coroborată cu experiența de viață acumulată, până în prezent, pot constitui elemente care să dezvolte inteligența emoțională a individului. Scorul obținut de către top 1 bărbați, este cel mai bun din prezenta cercetare, și poate fi un argument că bărbații pot fi mai empatici decât femeile, în general, potrivit cu această cercetare.

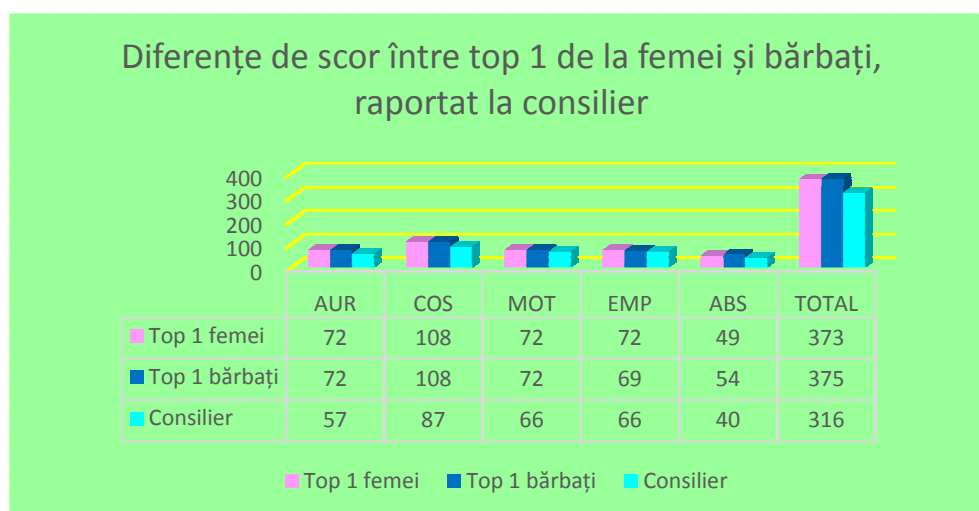


Fig. 11 Diferențe de scor între top 1 de la femei și bărbați, raportat la consilier

În continuare, am introdus în calcul și valoarea obținută de către un consilier de dezvoltare personală și psiholog, în graficul de mai sus, cât și elementele componente ale chestionarului EQ 126, față de top 1 femei și top 1 bărbați. Cu privire la rezultatele obținute de către consilier, acestea sunt superioare, ca și punctaj obținut în cazul cotelor brute CB, cu un scor de 316 puncte, dar sunt sub scorurile realizate de către top 1 femei, de 373 de puncte sau față de top 1 bărbați, de 375 de puncte. Acest lucru poate fi analizat în sensul că, un consilier poate avea șansa să consilieze și persoane cu un scor EQ sau IQ, mai mare decât al lui personal, doar că persoanele acestea probabil în momentul solicitării sprijinului psihologic trec printr-o situație mai specială în viața lor de zi cu zi, și au nevoie de înțelegere, empatie și suport de specialitate. De asemenea, consilierul este cel care s-a pregătit în domeniul consilierii psihologice sau de dezvoltare personală și

cunoaște tehnicile de abordare a situațiilor prin care trec consiliații săi, are pregătirea teoretică și practică necesară, certificată prin examenele și avizele obținute, ca și specialist în domeniu. Un lucru important de subliniat, este faptul că un consilier psihologic sau de dezvoltare personală, va învăța continuu atât din cărți, din participarea la formări, simpozioane, conferințe, congrese sau din pregătirea examenelor de evoluție în carieră, dar și din interacțiunea cu clienții săi. Deci, există o corespondență biunivocă, în interacțiunea consiliat – consilier, care este în avantajul ambelor părți, pentru că fiecare învață și ascultă, unul de la celălalt și cu ajutorul inteligenței emoționale și al comunicării. De aceea, este foarte important *feed-back-ul* trimis, receptat și corect interpretat, conform nivelului de inteligență emoțională la care se află subiectul sau partenerii de dialog sau/și de consiliere.

În continuare, analizăm ***Întrebarea de cercetare nr. 2***, și anume: care sunt celelalte aspecte ale profilului emoțional care influențează nivelul inteligenței emoționale și cum sunt ele exemplificate în profilele de top ale chestionarului EQ 126?

3. Variabilele cercetării

3.1. Autoreglarea, dirijarea și controlul emoțiilor

3.1.1. Legăturile autoreglării

3.1.1.1. Amânarea impulsurilor (întrebările 1-6 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 de puncte, față de 13 de puncte ale consilierului.

3.1.1.2. Detașarea (întrebările 7-12 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 13 de puncte ale consilierului.

3.1.1.3. Exprimarea hotărâtă (întrebările 13-18 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 16 de puncte ale consilierului.

3.1.1.4. Exprimarea flexibilă (întrebările 19-24 din chestionarul EQ)

În cercetarea noastră, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 15 puncte ale consilierului.

*Totuși, la această secțiune, dedicată **Autoreglării**, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut un total maxim de 72 de puncte, față de 57 de puncte ale consilierului. Așadar, aceste rezultate, indică un scor foarte bun, superior, care se încadrează în clasificarea testului, **de 72-49 puncte, ca dovadă a I.E. mare**, la această secțiune.*

3.2. Conștiința de sine. Rolul sentimentelor în îmbogățirea experienței de viață; laturile conștiinței de sine

3.2.1. Laturile conștiinței de sine

3.2.1.1. Respectul de sine (întrebările 25-30 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 16 puncte ale consilierului

3.2.1.2. Adoptarea unei atitudini pozitive (întrebările 31-36 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, la fel și consilierul.

3.2.1.3. Sinceritatea cu sine (întrebările 37-42 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 13 puncte ale consilierului.

3.2.1.4. Logica inimii (întrebările 43-48 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 13 puncte ale consilierului.

3.2.1.5. Ascultarea celorlalți (întrebările 49-54 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 14 puncte ale consilierului.

3.2.1.6. Înțelegerea influenței asupra celorlalți (întrebările 55-60 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 13 puncte ale consilierului.

La această secțiune, dedicată **Conștiinței de sine**, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut un total maxim de 108 de puncte, față de 87 de puncte ale consilierului. Deci, aceste rezultate, indică un scor foarte bun, superior, care se încadrează în clasificarea testului, **de 108-73 puncte, ca dovedind o I.E. mare, la această secțiune.**

3.3. Motivația și influența ei asupra comportamentului

3.3.1. Laturile motivației

3.3.1.1. Autoperfecționarea (întrebările 61-66 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 15 puncte ale consilierului.

3.3.1.2. Angajamentul în atingerea scopurilor (întrebările 67-72 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 17 puncte ale consilierului.

3.3.1.3. Preluarea inițiativei (întrebările 73-78 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 17 puncte ale consilierului.

3.3.1.4. Optimismul în fața necazurilor (întrebările 79-84 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 17 puncte ale consilierului.

La această secțiune, dedicată **Motivației**, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut un total maxim de 72 de puncte, față de 66 de puncte ale consilierului. Deci, aceste rezultate, indică un scor foarte bun, superior, care se încadrează în clasificarea testului, **de 72-49 puncte, ca dovedind o I.E. mare, la această secțiune.**

4. Empatia

4.1. Laturile empatiei

4.1.1. Sensibilitatea la celălalt (întrebările 85-90 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și consilierul, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de top 1 masculin, care a obținut 17 puncte.

4.1.2. Raportarea la nevoile și binele celorlalți (întrebările 91-96 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin a obținut maximum de punctaj, de 18 puncte, top 1 masculin a realizat 17 puncte, iar consilierul, 15 puncte.

4.1.3. Încurajarea progresului celorlalți (întrebările 97-102 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin, au obținut același scor maxim, de 18 puncte, față de 16 puncte ale consilierului.

4.1.4. A fi acordat din punct de vedere social și politic (întrebările 103-108 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin a obținut maximum de punctaj, de 18 puncte, top 1 masculin a realizat 17 puncte, iar consilierul, 15 puncte.

*La această secțiune, dedicată **Empatiei**, top 1 feminin, a obținut un total maxim de 72 de puncte, top 1 masculin, a realizat 69 de puncte, față de 66 de puncte ale consilierului. Deci, aceste rezultate, indică un scor foarte bun, superior, care se încadrează în clasificarea testului, **de 72-49 puncte, ca dovedind o I.E. mare**, la această secțiune.*

5. Abilitățile sociale

5.1. Laturile abilităților sociale

5.1.1. Dezvoltarea și menținerea relațiilor interumane (întrebările 109-114 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 masculin a obținut maximum de punctaj, de 18 puncte, top 1 feminin a realizat 15 puncte, iar consilierul, 16 puncte.

5.1.2. Comunicarea cu alții (întrebările 115-120 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 feminin și top 1 masculin au obținut maximum de punctaj, de 18 puncte, iar consilierul, 12 puncte.

5.1.3. Munca în echipă (întrebările 121-126 din chestionarul EQ)

În studiul nostru de caz, top 1 masculin a obținut maximum de punctaj, de 18 puncte, top 1 feminin a realizat 16 puncte, iar consilierul, 12 puncte.

La această secțiune, dedicată **Abilităților sociale**, top 1 feminin, a obținut un total maxim de 49 de puncte, top 1 masculin, a realizat 54 de puncte, față de 40 de puncte ale consilierului. Deci, aceste rezultate, indică un scor foarte bun, superior, care se încadrează în clasificarea testului, de **54-37 puncte, ca dovedind o I.E. mare, la această secțiune.**

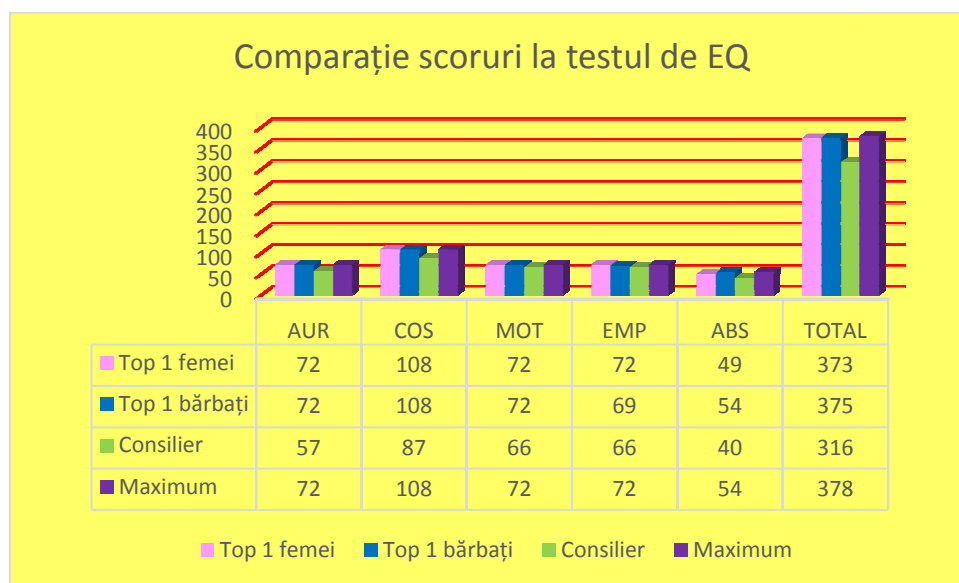


Fig. 12 Comparație scoruri la testul EQ 126

Analizând graficul de mai sus, considerăm că toți subiecții implicați, top 1 feminin, top 1 masculin și consilierul, au obținut scoruri superioare la toate secțiunile chestionarului EQ 126, conform tabelului din figură, ce specifică scorurile maxime, ce se pot obține din chestionarul EQ 126, dar și conform **Foii de scorare.**

De asemenea, analizând rezultatele obținute de către consilier, conform graficului de mai sus, se confirmă **Întrebarea 3**, care stă pe supoziția că, în unele cazuri, profilul empatic al unui consiliat poate fi mai accentuat decât al unui consilier psihologic sau de dezvoltare personală. De aceea, este de dorit, ca participarea consilierilor psihologici sau de dezvoltare personală, la evenimente legate de educația continuă, prin formări specifice, simpozioane și congrese de specialitate, să fie o practică curentă, pentru a fi în permanență la zi, cu noutățile domeniului consilierii.

CONCLUZII

1. Rezultatele cercetării

Scopul acestei cercetări se referă la identificarea diferențelor psihocomportamentului

empatic la persoane diferite ca gen, vârstă și nivel de instrucție, cu ajutorul chestionarului EQ 126 și identificarea unor programe de formare și de dezvoltare personală sau de consiliere psihologică pentru creșterea nivelului de inteligență emoțională al consiliaților.

Aplicând chestionarul EQ 126, împreună cu caietul EQ 126 ce conține metodologia aplicării chestionarului, manualul de interpretare EQ 126, formularul de răspunsuri, grila EQ 126, foaia de scorare și cinci grile secundare pentru componentele inteligenței emoționale, pe un pe un eșantion de 30 de femei și 30 de bărbați, de diferite vârste și cu un nivel variat de instrucție, de la liceu, facultate, master și doctorat, am obținut profilele medii ale grupului studiat, pe care le-am comparat cu rezultatele obținute la chestionar de către top 1 feminin și top 1 masculin. Acest fapt certifică chestionarul EQ 126, ca fiind un instrument util în dotarea consilierilor, pentru o evaluare corectă și eficientă a inteligenței emoționale, atât pentru clienți, dar chiar și pentru practicieni.

Concluzia este că există diferențe relativ mici, între cele două poziții de top, în care conduce reprezentantul masculin, în vârstă de 52 de ani, ce deține un doctorat. Este demn de remarcat faptul că reprezentantul feminin, deși deține **doar** un master, are **deja** la vârsta de 37 de ani un scor foarte bun. Întrebarea care se pune este dacă, reprezentantul feminin, la vârsta de 52 de ani va avea un rezultat mai mare sau mai mic decât, cel al reprezentantului masculin. Viața va demonstra dacă profilul empatic se poate dezvolta mai bine în condiții de tensiune, stres și animozitate sau în context de liniște, calm și bună înțelegere cu cei din jur. Un lucru este cert. Și anume că, fiecare dintre noi, fie că suntem specialiști în domeniul

consilierii sau nu, trebuie să cunoaștem și să aplicăm în viața de zi cu zi, comunicarea empatică.

Al doilea aspect, pe care doresc să-l evidențiez este faptul că, scorurile obținute de către cele două vârfuli, feminin și masculin, au fost superioare, consilierului, chiar dacă toate trei s-au plasat în zonă superioară a rezultatelor. Acest lucru, este o provocare pentru specialiștii din domeniul consilierii psihologice și de dezvoltare personală, pentru implementarea unor programe de educație continuă, formări specifice și evaluări, periodice, cât mai eficiente și interesante, în așa fel încât, practicienii să fie la zi cu noutățile în domeniu, pentru a oferi o consiliere de calitate.

De asemenea, să nu uităm de faptul că în procesul de consiliere, se stabilește o legătură biunivocă, între consiliat și consilier, fapt ce implică un transfer de încredere reciprocă, ce presupune, cunoașterea și practicarea limbajului empatic, al comunicării.

Fiecare personalitate individuală și temperament reflectă o combinație diferită a celor șase dimensiuni ale stilului emoțional. Ele reprezintă descoperirea cercetării neuroștiinței moderne :

- a) Reziliența: cât de încet sau de repede îți revii în urma unor adversități;
- b) Perspectiva: cât de mult ești capabil să îți susții emoțiile pozitive;
- c) Intuiție socială: cât de dotat ești să preiei semnale sociale de la cei din jurul tău;
- d) Conștiința de sine: cât de bine percepi senzații corporale care reflectă emoții;
- e) Sensibilitate la context: cât de bun ești în a-ți reghla răspunsurile emoționale în funcție de contextul în care te afli;
- f) Atenție: cât de ascuțită și de clară îți este concentrarea. (Davidson R., 2013, pg. 13.)

De aceea, comunicarea empatică începe cu ascultarea atentă și activă a partenerului de dialog, pentru a vedea care sunt nevoile sale comunicaționale și se continuă cu lansarea mesajului optim, ce este nuanțat potrivit cu sentimentele celor implicați.

Bibliografie

1. Borșun, Dumitru, *Semiotică. Teorii ale limbajului*, București, Editura comunicare.ro, 2007.
2. Chelcea, Septimiu; Mărginean, Ioan; Cauc, Ion, *Cercetarea sociologică – Metode și tehnici*, Deva, Editura Destin, 1998.

3. Davidson, Richard J, Begley, Sharon, *Creierul și inteligența emoțională*, București, Editura Litera, 2013.
4. Golu, Pantelimon, *Psihologie socială*, București, Editura Didactică și Pedagogică, 1974.
5. Perțea, Gh, *Note de curs*, Universitatea Ecologică, Facultatea de Psihologie, București.
6. Prutianu, Ștefan, *Comunicare și negociere în afaceri*, Iași, Editura Polirom, 1998.
7. Zlate, Mielu, *Psihologia mecanismelor cognitive*, Iași, Editura Polirom, 2006.

SANDPLAY THERAPY- O ABORDARE DELICATĂ ȘI PROFUNDĂ A PSIHICULUI ÎN CONSILIERE ȘI PSIHOTERAPIE

Daniela Marinescu

Jocul este recunoscut de specialiștii în neuroștiințe ca având un rol crucial în dezvoltarea cerebrală, în dezvoltarea aptitudinilor sociale și are un impact deosebit asupra performanței academice.

Donald Winnicott, reputat psihiatru de orientare psihanalitică susține la randul său că dacă un pacient nu se poate juca, sarcina primordială a terapeutului său este de a-l ajuta să dobândească această capacitate (D.Winnicott, *Joc și realitate*, 2003).

Margaret Lowenfeld, pedopsihiatru londonez tot de orientare psihanalitică, a folosit pentru prima dată jocul cu nisip în psihoterapie. Ea era de părere că scenele create de copil din nisip și miniaturi reflectă viața preverbală, inconștientă a copilului și furnizează o experiență estetică fundamental satisfăcătoare și care exprimă ceea ce copilul are nevoie să comunice terapeutului. În lucrarea sa *The nature of primary system* (1948), Dr Lowenfeld arată că gândirea copiilor nu poate fi exprimată verbal și nici înțeleasă logic de adult. Această gândire nonverbală este personală, idiosincratică, masivă și multidimensională, iar prin natura sa este incomunicabilă către alții prin cuvinte. Margaret Lowenfeld considera că atunci când sistemul secundar (gândire, rațiune, logică, limbaj verbal) se dezvoltă fără ca sistemul primar (structura fundamentală mental-emoțională a copilului pe care anumit-o PROTO-SISTEM și care este înăscută, premerge și este dincolo de exprimarea logică și verbală) să fi fost întâi utilizat suficient în joc, se produc anomalii de comportament, inclusiv la nivel de masă. Dacă jocul nu a fost posibil, sistemul primar se instalează în sistemul secundar și lumea interioară trece drept realitate (punerea în act a iluziei infantile).

Literatura de specialitate este deosebit de bogată în lucrări care explică importanța jocului și încurajează abordarea jocului ca instrument de dezvoltare a psihicului.

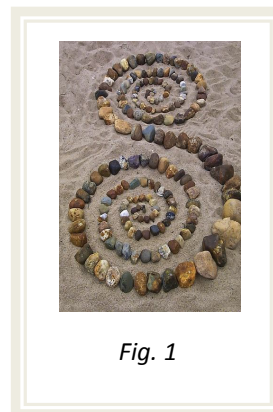


Fig. 1

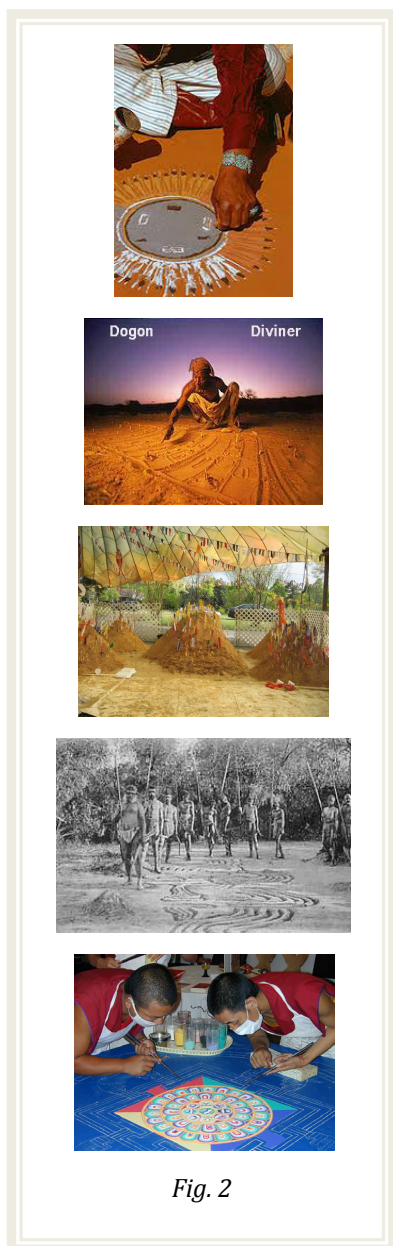


Fig. 2

Vechi rădăcini...

Jocul cu nisip în procesele de transformare și vindecare este cunoscut și folosit în întreaga lume din timpuri foarte vechi. În psihoterapie a fost introdus abia în prima jumătate a secolului XX și legenda spune că de fapt creatorul metodei a fost un copil! De aceea ne gândim la jocul cu nisip în psihoterapie și consiliere ca având o istorie scurtă și o poveste lungă.

Dincolo de cercetare și de literatură, în practica psihoterapiei și a consilierii, jocul câștigă din ce în ce mai mult teren în gama metodelor și tehnicilor cu efect transformativ, fapt ce se datorează caracterului profund simbolic al jocului. Adaptarea creativă la realitate are loc prin intermediul jocului, care facilitează dezvoltarea funcției de simbolizare a psihicului.

Dintre multe moduri de abordare a psihicului prin joc, de departe cea mai consistentă și coerentă este grupa metodelor de joc cu nisip, apa și miniaturi în cadrul delimitat al unei lădițe de lemn. Cele două tipuri de abordări prin jocul cu nisip, Sandtray și Sandplay, s-au dezvoltat din aceeași rădăcină metodologică furnizată de Tehnica Lumea a Dr Lowenfeld, dar au evoluat una pe direcția psihologiei umaniste experiențiale (Sandtray) și cealaltă pe fundamentul psihologiei jungiene (Sandplay).

Sandplay Integrativ este un set de tehnici și metode de utilizare a jocului cu nisip apa și miniaturi utilizate din perspectiva jungiana și non-jungiana, foarte eficiente în psihoterapia individuală și de grup, atât pentru copii și adolescent cat și pentru adulți și vârstnici. Modul de utilizare a jocului cu nisip îl face deosebit de util în abordarea și tratamentul psihologic al traumelor psihice și condițiilor psihosomatice care decurg din situații traumatice.

Nisipul este demult folosit în ritualurile tradiționale de vindecare ca o materie investită magic. Cu ajutorul nisipului se creează temenosul, spațiul sacru în care are loc circulația energiilor între cele două țărâmură, conștient și inconștient. Tradiția indienilor Navajo din California ilustrează din plin acest aspect care de altfel este fundamental în Sandplay în termenii spațiului liber și protejat, ca expresie a cadrului terapeutic.

Ritualul vulpii la dogoni este un ritual oracular care folosește de asemenea nisipul ca mediu pentru exprimarea profețiilor. Fiind o materie foarte fină, nisipul înregistrează cele mai subtile atingeri ale vântului nopții și vulpii deșertului și face posibilă obținerea unor harți foarte detaliate pentru individ sau pentru comunitate. Nisipul folosit în Sandplay este nisip natural, fin. Clientul folosește miniaturi cărora le alocă o poziție în lădița cu nisip sau desenează pe nisip folosind degetele sau alte instrumente, ca bețe, greblă... Fiecare mișcare pe care clientul o face rămâne întipărită în nisip și este importantă în „citirea” scenei finale.

Nisipul este mediu de comunicare cu divinitatea în ritualurile de divinație. Din nisip se creează forme reprezentând divinitatea sau aspecte ale drumului inițiativ. Din altă perspectivă nisipul devine simbolic un element purificator ce înglobează calitățile apei și pământului. În Sandplay nu este neobișnuit ca un client să facă inconștient mișcări asemănătoare actului de spălare înainte sau după ce în lădița sa au luat formă aspecte ale procesului de vindecare susținut de ceea ce C.G.Jung a numit SINE.

Religia în natură este cea mai veche formă de manifestare religioasă. Dinainte de a se fi creat spațiul consacrat, oamenii venerau, vindeau în natură, relația cu natura era foarte vie, imediată. Ritualurile de inițiere folosesc din plin nisipul și se derulează cel mai adesea în aer liber. În Sandplay clientul descoperă că materia primă este nisipul natural cu care de obicei se joacă sau se juca afară. Acum lumea din afară este adusă înăuntru și simbolic are loc o întâlnire a celor două lumi: înăuntrul cuprinde afara.

Pictura cu nisip este făcută de popoare din întreaga lume.



Fig.3

Triburi din Africa și Australia au dezvoltat ceea ce astăzi numim ground art. În cadrul acestor ritualuri se desenează pe nisip sau din nisip cercuri concentrice, ca porți prin care puterile ancestrale intră și ies din această lume, este ceremonia de inițiere prin care șamanul îi introduce pe alții în misterele vieții aborigene. În starea liminală de conștiință clienții creează adesea astfel de forme în lădița cu nisip.

Buddhismul tibetan folosește nisipul colorat cu pigmenți naturali pentru crearea mandalelor. Nisipul este materia potrivită prin finețea texturii și prin istoria geo-biologică pe care a parcurs-o (aprox. un milion de ani durează prelucrarea unui grăunte de nisip!) și este simbolic materia care se ordonează și creează universul și materia nediferențiată în care se restrânge universul. În Sandplay scena se naște din nisipul plat și după ce ea este înregistrată prin fotografiere, lădița își reia aspectul plat, gata pentru următoarea experiență din următoarea sesiune. Astfel ședință după ședință, clientul parcurge procesul de însănătoșire a psihicului său prin acțiuni de transformare și ordonare.

Aducerea împreună în același proces a elementelor specifice tuturor experiențelor umane, de la jocul spontan la ritualul religios, face ca abordarea psihicului prin Sandplay să faciliteze profund și delicat procesul de vindecare și transformare.

Floor Games și Tehnica Lumea...

H. G. Wells, scriitor londonez de science fiction, observa jocul spontan al copiilor săi și scrie în 1911 o carte în care vorbește despre valoarea jocului. Nu era o carte de psihologie, doar observațiile și reflecțiile lui ca părinte (H.G.Wells, Floor Games, 2003).

Cartea lui, Floor Games, este citită ulterior de psihiatrul Margaret Lowenfeld, care găsește aici inspirație și bază pentru dezvoltarea Tehnicii „Lumea” în lucrul cu copiii traumatizați în urma războiului.

Margaret Lowenfeld a lucrat la Londra după al doilea război mondial unde a înființat prima clinică psihiatrică pentru copii (Institute for Child Psychology). Aici ea a descoperit că jocul cu nisip era o cale de a ajunge delicat la sufletul copilului, o cale de a-i permite să vorbească despre dificultățile lui și să se vindece într-un limbaj accesibil și specific copilăriei.

Dora Kalff, psihoterapeut de orientare jungiană, lucrează în analiza personală cu Emma Jung. Încurajată de C.G.Jung să găsească o modalitate analitică de abordare a copiilor, Dora Kalff pleacă la Londra pentru a studia cu Margaret Lowenfeld jocul cu nisip ca tehnică terapeutică în lucrul cu copiii. Londra aceluia timp era profund psihanalitică. Aici îl întâlnește pe Donald Winnicott, psihiatru și psihanalist și intră în contact cu perspectiva

acestui despre valoarea jocului în procesul de vindecare. Dora Kalff lucrează cu Lowenfeld aproape doi ani, după care cele două își definesc modurile diferite de utilizare a jocului cu nisip în terapia copiilor (Estelle Weinrib, *The Sandplay Therapy Process, The Images of the Self*, 2004). Din acest punct Tehnica „Lumea” va avansa către Sandtray Therapy, iar Dora Kalff își numește abordarea terapeutică prin jocul cu nisip Sandplay Therapy.

Sandplay Therapy – Sandplay Jungian

În cartea sa *Sandplay – a therapeutic approach of the psyche*, Dora Kalff povesteste:

„Când am mers la Londra în 1956 să studiez cu dr. Margaret Lowenfeld „Tehnica Lumea” (World Technique), principalul meu interes a fost că această tehnică putea fi mediul ideal pentru a aborda inconștientul copilului. Oricum, așa cum am descoperit curând, când pacientul, copil sau adult, construiește lumea în intervale limitate, se poate observa un proces de dezvoltare care începe să se miște, ghidat de totalitatea inconștientă ascunsă. Procesul analitic progresa către uniunea contrariilor prin actul jocului. Ulterior am dat acestei metode numele de Sandplay”.



Fig. 4

Iar despre efectul jocului cu nisip asupra psihicului spune: „Clientului i se dă posibilitatea, prin semnificația figurilor și prin aranjamentul nisipului în spațiul limitat al lădiței cu nisip, să construiască o lume corespunzătoare cu starea sa interioară. În acest fel, prin joc liber și creativ, procesele inconștiente sunt făcute vizibile în formă tridimensională și într-o lume imaginală (pictorial world) comparabilă cu experiența visului. Printr-o serie de imagini care iau formă pe această cale, procesul de individuare descris de Jung este stimulat și adus spre fructificare.”

„Spațiul liber și protejat” este conceptul prin care Dora Kalff definește cadrul terapeutic specific în Sandplay. În acest cadru, printr-un proces

creativ clientul ajunge să elaboreze imagini compuse din nisip, apa și miniaturi. Procesele psihice profunde iau forma și devin vizibile, punând în evidență acele aspecte prioritare ale vieții clientului care necesită atenție și vindecare în prezent. O serie de imagini ce ia naștere ședință după ședință descrie confruntarea concretă și continuă între conștientul și inconștientul persoanei.

Ceea ce individualizează în mod special Sandplay Therapy de alte abordări prin jocul cu nisip este pe de o parte caracterul său nonverbal și lipsa interpretării scenelor create în lădiță. În Sandplay Therapy clientul este însoțit silențios în procesul său, discuțiile/interpretările în timpul procesului fiind evitate pentru a permite clientului să rămână în contact cu lumea sa. Pe de altă parte forma și dimensiunile lădiței, așa cum au fost ele stabilite de Dora Kalff, corespund dimensiunii câmpului vizual. Lucrând în spațiul limitat al lădiței cu nisip, atenția clientului este în mod natural direcționată către centru, ceea ce corespunde în planul dinamicii psihice cu orientarea către interior, facilitând accesarea acelor imagini profunde, vindecătoare, imaginile arhetipale. Spațiul lădiței este un spațiu potențial în care lumea interioară își găsește pas cu pas ordinea și centrul de forță, construindu-se în jurul principiului organizator al Sinelui.

Pe măsură ce relația dintre conștient și inconștient devine mai armonioasă, eul se structurează și devine mai puternic.

Etapile unui proces terapeutic prin Sandplay sunt aceleași la copii și la adulți. Desigur copiii acceptă mai ușor jocul, căci este limbajul specific stadiului lor de dezvoltare psihică. Adulții au unele reticente, dar rezistențele lor scad simțitor în funcție de abilitatea terapeutului de a furniza explicații și de calitatea alianței terapeutice.

Impactul Sandplay asupra funcționării creierului

Sandplay este o terapie spontan fascinantă, pe de o parte din cauza aspectului încăperii (o colecție impresionantă de miniaturi dispuse la vedere pe rafturi), pe de altă parte din cauză că nu e tocmai obișnuit să ne jucăm cu nisipul într-un spațiu interior și nu în ultimul rând pentru că procesul terapeutic are loc prin intermediul jocului. Dar ceea ce este un atu se poate întoarce ușor împotriva. Căci dacă un copil nu are nevoie de explicații ca să intre în joc și să folosească din plin nisipul, apa și miniaturile, adulții sunt reticenți, privesc jocul ca pe ceva exclusiv copilăresc, deci infantil, deci neserios. Și apoi cum să te simți bine jucându-te când cineva străin se uită la tine? Și nu în ultimul rând, dacă jocul este un instrument terapeutic, cu siguranță ceea ce se naște în lădiță spune ceva, iar terapeutul va ști și ceea

ce adultul nu vrea să spună sau ar putea să îi scape! O grămadă de îngrijorări năvălește în mintea adultă. De aceea calitatea relației terapeutice și calitatea Sandplay terapeutului, modul în care clientul este introdus în Sandplay, toate la un loc constituie fundamentul în crearea spațiului liber și protejat în care experimentarea noului și instaurarea funcționării sănătoase a psihicului să fie posibilă.

Ancorarea neurobiologică a psihoterapiei și consilierii scoate tratamentul psihologic de sub suspiciunea speculației și îl ferește de bagatelizare. Psihoterapia și consilierea nu sunt o simplă ținere de mână, iar jocul în această arie nu e o distracție.

Devine din ce în ce mai evident că intervenția psihologică are un impact deosebit de profund asupra proceselor neurologice, vindecarea și dezvoltarea privind întemeierea schimbărilor psihice în modificarea configurațiilor rețelelor neuronale cerebrale (Barbara Turner & Kristin Unsteindottir, Sandplay and Storytelling, The Impact of Imaginative Thinking on Children's Learning and Development, 2011).

Din punct de vedere neurologic simțul subiectiv a cine suntem este un proces neurologic complex. Este un proces care ne permite să fim conștienți de experiențele noastre și să reflectăm asupra lor. Tot ceea ce trăim este încorporat în așa-numitele hărți ale acțiunilor potențiale sau spațiul peripersonal.

Dr Barbara Turner, Sandplay Therapist Teacher, fondator al International Association for Sandplay Therapy și Trainer în programele de formare în Sandplay Therapy derulate în România, a studiat cu pasiune neurobiologia procesului terapeutic prin Sandplay. Ea și colaboratorii săi au arătat cum Sandplay creează condițiile ideale pentru experimentarea noului și diferitului. Din Sandplay and Storytelling reținem că ceea ce este potențial este întâi prelucrat și modelat simbolic în căutarea celei mai bune forme de manifestare în realitatea concretă, obiectivă. De aceea spunem că prin Sandplay clientul dobândește capacitatea de adaptare creativă.

Suntem familiarizați cu faptul că emisfera stângă este focalizată pe ceea ce este deja cunoscut și actualizează versiuni simple ale acelei realități (icons). Emisfera dreaptă este atentă la ce apare nou și la ce ar putea fi sau aduce acest nou dincolo de așteptările noastre obișnuite. Interacțiunea emisferelor are ca obiectiv adaptarea creativă (adaptare cu sens de dezvoltare). Ceea ce apare nou într-un spațiu deja cunoscut determina un potențial de acțiune.

În Sandplay este facilitată activitatea neurologică bazată pe imagini a emisferei drepte. Pentru ca aceste imagini să se actualizeze activitatea de

conținere a realității curente prin emisfera stângă necesită flexibilizare. Activitatea emisferei drepte actualizează potențialul de vindecare a traumelor, rănilor, pierderilor și a oricărui tipar neuronal care interferează cu funcționarea mentală sănătoasă.

Alegerea miniaturilor și modul în care ele sunt organizate sub forma scenei simbolice nu au loc întâmplător. Clientul este atras de acele figuri



Fig. 5

Lădița 2 - "Drumuri necunoscute"

In mijlocul acestei rețele de cai se găsește frunza de aur (Unul) însoțit de cuplul arhetipal al bătrânilor înțelepți (El și Ea, prima forma de diferențiere a Sinelui în opuse). Frunza de aur are un corelat simbolic în diamantul roz din dreapta sus a lădiței, indicând o mișcare potențială a psihicului către integrarea unui material deosebit de valoros în drumul spre individuire.

care corespund fidel, precis tiparelor neuronale pre-raționale de care este nevoie pentru ca dezvoltarea psihică să continue. Imaginile simbolice care apar ocolesc rețelele neuronale obișnuite, dar nesănătoase și dau formă (trec din potențial în fapt) nivelului imediat următor de vindecare și dezvoltare. Pas cu pas, de la o lădiță la alta, pe parcursul unei serii de imagini căile neuronale sunt corectate și reordonate în raport cu dispoziția naturală spre vindecare și dezvoltare. Înainte ca transformarea să fie conștientă, ea are forma unei experiențe neuronale noi. Astfel vom vedea în lădița cu nisip aspecte ale transformării și vindecării de care mintea clientului nu este conștientă și pe care încă nu le poate accesa. În acceptarea unei experiențe ca fiind reală este necesar să se formeze o imagine mentală a acestei experiențe. „Imaginea despre...” anticipează realitatea, pregătește creierul pentru integrarea experienței. Din ce în ce

mai multe căi neuronale vor funcționa aliniindu-se la principiul organizator al Sinelui.



Fig. 6

Lădița 20 – “Drumul”

Rețeaua de drumuri necunoscute a devenit un drum la capătul căruia arhetipurile sunt exprimate în viața concretă: Pruncul Isus, Marea Mama și Vindecătorul se transforma în imaginea unei maternități pământești, o femeie care pregătește mâncare pentru copilul ei. Faptul că pentru unitatea mama-copil au fost alese figuri ce corespund altei culturi, arată ca noul material psihic aparține unei zone care nu este familiară conștiinței Eului, aceasta imagine simbolică purtând o energie nouă, ce urmează a fi integrată. În termenii spațiului peripersonal, respectiv în termenii acțiunii potențiale, drumul este în construcție și știm că va continua, căci în colțul din dreapta sus (corespunzător emisferei drepte) figura păstorului a luat locul diamantului roz din lădița 2 (s-a trecut de la o structură arhetipală la o formă concretă, umanizată) și așteaptă să fie integrată (să se ajungă la ea - în termeni lineari și să fie adusă în centru - în termenii dinamicii psihice). Pe măsură ce procesul neuropsihic a avansat de la o rețea haotică cu potențial de organizare la o cale optimă, cuplul arhetipal a devenit Yoda, iar acesta mai departe devine păstorul, doar că nu se vede drumul, ci doar obiectivul potențial, o imagine simbolică și umanizată a Sinelui, accesibilă Conștiinței Eului.

Așa poate arăta un travaliu neuropsihic de aliniere la Sine.

Imageria simbolică în Sandplay

Simbolurile utilizate în procesul Sandplay sunt încorporate în harta clientului și influențează activitatea neuronală. Atunci când clientul creează o imagine în lădița cu nisip noile rețele neuronale se găsesc la începutul dezvoltării lor („Drumuri necunoscute”, Fig. 5) și continuă să crească pe măsură ce clientul le păstrează în harta sa mentală (spațiul peripersonal sau harta acțiunilor potențiale) pe parcursul procesului de vindecare și transformare. Când noile rețele neuronale sunt suficient de bine dezvoltate, clientul devine conștient de transformările modurilor în care și-a experimentat propria viață.

Noile căi neuronale funcționale susțin un nou mod de a fi ce corespunde unui nou material psihic. Emisfera stângă se concentrează să preia acest conținut nou și să îl integreze în spațiul conștient, atribuindu-i înțeles și utilitate în sensul dezvoltării. Ceea ce a fost inițial generalizat în emisfera dreaptă este organizat și categorizat în emisfera stângă. În urma acestui proces „noua” lume, respectiv schimbările petrecute și imaginea lumii în noua lumină sunt asumate ca fiind reale. Psihicul este atunci gata să urmeze aceeași schimbare și procesul de dezvoltare folosește noua formă a realității în care se întemeiază simțul de a fi noi înșine la un nou început...

De aceea terapeutul nu va face comentarii, interpretări și nici nu va adresa întrebări cu privire la ce înseamnă, la ce s-a gândit clientul când a ales ceva, a făcut un anumit aranjament, a mișcat unele lucruri în lădiță. În acest punct Sandplay are rezonanțe cu ceea ce în Buddhism se produce prin însoțirea silențioasă a discipolului către imaginea vindecătoare interioară.

Deasemenea afirmația lui Jung conform căreia psihicul are capacitatea să își găsească propria cale către completitudine și ca vindecarea vine din nivelurile profunde ale psihicului și nu din afară își găsește în Sandplay cea mai frumoasă și mai grăitoare expresie.

O neurologie interpersonală la baza procesului de transformare psihică prin Sandplay Therapy

Dr Barbara Turner și colaboratorii săi au studiat în profunzime dinamica relației terapeutice în Sandplay Therapy din perspectiva neurologică și a arătat cum vindecarea în Sandplay Therapy se întemeiază pe o neurologie interpersonală, pe comunicarea între terapeut și client. În cartea sa *Handbook of Sandplay Therapy* și în numeroasele seminarii și workshopuri susținute în întreaga lume, Dr Turner insistă asupra faptului că într-un proces terapeutic calitatea terapeutului care însoțește procesul de

vindecare este absorbită și integrată de către client prin mecanismele oglindirii și simulării ce au loc la nivel cerebral.

Aria neuronilor oglindă este situată în cortexul premotor, iar activitatea acestor neuroni este implicată în comportamentul motor prin conexiunea cu acele arii neuronale responsabile de motricitate și în mod special cu acei neuroni implicați în mișcarea mâinilor și degetelor. În procesul de evoluție, mâinile au contribuit prin capacitatea mecanică de manipulare rafinată la rearanjarea circuitelor cerebrale. În Sandplay mâinile mișcă nisipul și figurile simbolice și le pun unele față de altele în relații cu înțeles, fundamentat pe senzație și mișcare, adică pe ce informații se primesc prin simțurile vizual și tactil receptiv.

Când un lanț de neuroni oglindă se activează, în creierul nostru are loc o simulare a unei acțiuni care ne permite să înțelegem intenția celuilalt. Cortexul insular prin legăturile anatomice cu neuronii oglindă și sistemul limbic ne permite să înțelegem emoțiile celuilalt. Aria neuronilor oglindă este responsabilă cu fenomenul de rezonanță. Înțelegerea stărilor psihice ale altora (să simțim în noi suferința celuilalt și să evaluăm cât de mare e suferința acestuia) este posibilă prin simularea acestora în creierul nostru. Codificând propriile acțiuni și observând acele acțiuni la ceilalți, se generează un cod neuronal comun din care decurge rezonanța între noi înșine și ceilalți. Neuronii oglindă sunt baza biologică a intersubiectivității.

În Sandplay and Storytelling (2011) autoarele arată că sincronizarea creierelor joacă un rol important în Sandplay, unde terapeutul prin simulare internă co-împărtășește impactul emoțional, cognitiv și somatic al scenei din lădiță. Terapeutul nu doar privește și înregistrează, ci experimentează procesul împreună cu clientul său. Rețeaua neuronilor oglindă a clientului primește informația că terapeutul experimentează lumea din lădiță ca pe o lume reală, și asta face ca ceea ce clientul a creat în lădiță să devină real pentru el însuși. În acest fel ceea ce apare în lădiță ca material psihic nou își face drum spre conștiință.

În Sandplay, ceea ce clientul creează este dincolo de conștiința lui, astfel că experimentează o stare de stres psihic mai mult sau mai puțin intensă. În timp ce clientul este presat inconștient, terapeutul/consilierul experimentează prin identificare proiectivă ceea ce clientul nu poate conține. Astfel el poate explora conținuturi și poate înțelege. Clientul experimentează tensiunea psihică chiar și atunci când conținutul este unul pozitiv. Rolul terapeutului/consilierului este în această situație de a asigura echilibrul în relație, astfel încât clientul să acceseze spațiul potențial necesar pentru a accepta și integra ca parte a realității materialul nou apărut. Acest proces este sprijinit pe relația între emisferile drepte ale clientului și terapeutului. Terapeutul este în conexiune cu experiența relatată, trăită și descrisă prin scena creată în lădiță aici și acum de client, iar clientul este în conexiune cu

modul în care experiența sa este conținută și prelucrată de sistemul terapeutului. Clientul experimentează în siguranță ambiguitatea și disconfortul creat de necunoscut. Prin rețeaua de neuroni oglindă clientul știe că terapeutul experimentează și este afectat de aceleași emoții negative, dar le poate conține, tolera și îngriji. În acest tip de oglindire se întemeiază la client simțul siguranței. În virtutea acestui fenomen este fundamentală calitatea experienței, a dezvoltării personale și a specializării terapeutului căruia i se cere să fie o prezență plină de grijă și să susțină foarte atent procesul transformativ al clientului.

Beneficii ale travaliului terapeutic prin metoda Sandplay

Un inventar generos și cuprinzător cu privire la beneficiile metodei Sandplay în terapie și consiliere este oferit de Daniel Sweeney în Cuvânt Înainte la lucrarea *Healing and transformation in Sandplay – Creative processes Become Visible*, o carte deosebit de frumoasă și utilă în studiul Sandplay Therapy aparținând lui Ruth Ammann, Sandplay Therapist Teacher și analist jungian.

Jocul cu nisip dă expresie conținuturilor emoționale neverbalizate și neverbalizabile

Jocul cu nisip are o calitate unică kinestetică.

Jocul cu nisip servește pentru a crea o distanță terapeutică pentru client

Distanța terapeutică pe care jocul cu nisip o permite, creează un loc sigur pentru ca abreacția să aibă loc

Jocul cu nisip în mod natural stabilește granițe și limite care generează o stare de siguranță pentru client (pacient)

Jocul cu nisip facilitează o stare unică pentru emergența metaforelor terapeutice

Jocul cu nisip este eficient în depășirea rezistențelor clientului

Jocul cu nisip facilitează mediul de comunicare necesar și accesibil pentru clienții cu abilități de comunicare insuficiente sau blocate

Jocul cu nisip permite renunțarea la verbalizare ca defensă

Jocul cu nisip creează pentru client un loc de experimentare a controlului

Jocul cu nisip este un obiect alternativ al transferului pentru client (fenomenul transferențial are loc nu doar în relația cu terapeutul, ci și cu lădița ca spațiu conținător și transformator) și facilitează în relația terapeutică ceea ce numim co-transfer (clientul și terapeutul sunt în relație în același timp cu produsul creat de client)

Jocul cu nisip permite accesarea mai completă și mai rapidă, dar și mai delicată a profundelor conținuturi intrapsihice

În ce situații clinice este util jocul cu nisip

Pot să lucreze cu metode și tehnici de joc cu nisip copiii, adolescenții, adulții și vârstnicii, în ședințe individuale sau de grup, cuplu și familie.



Fig.7

Lădițele 1,2,3,4,5 – Proces Sandplay, fetița 8 ani

Diversele tehnici și metode de joc cu nisip și-au dovedit valoarea atât în abordarea diverselor nevroze, cât și a psihozelor în fazele remise, dar cu mare prudență!, în abordarea tulburărilor afective, tulburărilor de comportament social, tulburărilor alimentare și de somn, în diferite sindroame psihosomatice, în sindroamele de stres posttraumatic și în asistarea socului posttraumatic. În aria școlar-educatională jocul cu nisip este foarte eficient în lucrul cu copiii și adolescenții cu ADHD, cu comportament violent, cu dificultăți de învățare. Cercetări interesante au fost efectuate în Islanda unde pe parcursul a doi ani un grup de elevi a beneficiat de ședințe de Sandtray Play în urma cărora performanța școlară a crescut simțitor, comportamentul social s-a îmbunătățit, iar inteligența emoțională și-a modificat coeficientul printr-o creștere semnificativă. O parte din rezultatele acestei cercetări sunt publicate de Dr Barbara Turner și Dr Kristin Unsteindottir în Sandplay and Storytelling (2011).

Pentru aria clinică și pentru intervențiile psihoterapeutice și de consiliere, Sandplay Jungian și formele non-analitice de utilizare a jocului cu nisip sunt deosebit de utile printre competențele specialiștilor în domeniu (Rie Mitchel & Harriet Friedman, Sandplay – Past, Present, Future, 2006).



Fig.7

Grădini construite de clienți adulți și copii în jurul centrului organizator, arhetipul Sinelui, în ultima sesiune Sandplay a procesului lor terapeutic.

Concluzie

Jocul cu nisip în diversele sale forme de utilizare (Sandplay, Sandtray, Sandwork, SandArt, Sensory Sand) activează potențialul latent de dezvoltare și astfel facilitează vindecarea rănilor psihice și corectarea strategiilor dezadaptate de a face față diverselor situații de viață. Jocul cu nisip permite alinierea identității și experiențelor clientului la arhetipul central al propriului psihic, Sinele. De-a lungul procesului Sandplay, clientul, adult sau copil, ajunge să experimenteze ancorarea în cel mai profund adevăr interior. Se spune că un copil a creat Tehnica Lumea, ca primă formă a jocului cu nisip în psihoterapie. Voi încheia acest articol cu cuvintele unui copil pe care am avut onoarea să îl însoțesc pe drumul nisipos al vindecării sale. Sunt cuvintele cu care și-a încheiat ultima ședință Sandplay din procesul sau de vindecare și dezvoltare:

“Aici a fost o mare și în adâncul ei era o comoară. Era acolo de la începutul lumii și aștepta să o găsească oamenii. Au găsit-o, au deschis-o... au luat cu ei ceva din ea, nu pe toată...nici nu era nevoie. Dar de-acum încolo ei știu că oricând au trebuință, ea este acolo. Este moștenirea străbunilor și s-a transformat într-o statuie de aur în mijlocul grădinii pe care toată lumea o vizitează astăzi. Și tot ce este important și valoros se găsește în această grădină...”

Nota

Programul de formare în Sandplay Integrativ (Practitioner & Master) facilitează însușirea de către specialiștii în domeniul psihoterapiei și consilierii clinice și școlare a diferitelor forme de utilizare a jocului cu nisip, apa și miniaturi și utilizarea acestora în serviciul psihologic.

Dr Barbara Turner și Dr Kristin Unsteindottir vor vizita România în 2017, ocazie cu care vor forma grupuri de specialiști în Sandplay Therapy și Sandtray Play Educational (o adaptare a metodei Sandplay pentru aria școlară) certificați de International Association for Sandplay Therapy. Programele de formare sunt acreditate de Colegiul Psihologilor din Romania.

În România programele de formare în Sandplay Integrativ, Sandplay Therapy și Sandtray Play Educational sunt derulate prin Asociația Română pentru Terapia prin Jocul cu Nisip, furnizor de formare profesională avizat de Colegiul Psihologilor din Romania

Bibliografie

1. Ammann, Ruth, Healing and transformation in Sandplay – Creative processes Become Visible, 1998, Carus Publishing Company
2. Ammann, Ruth, Terapia prin jocul cu Nisip – Sandplay, Drumul creator al dezvoltării personalității, 2014, Editura Trei
3. Bradway, Kate & McCoard, Barbara, Sandplay – Silent Workshop of the Psyche, 2008, Routledge
4. Kalf, Dora, Sandplay – a therapeutic approach of the psyche, 2003, Temenos Press & Learning Center
5. Lowenfeld, Margaret, The nature of primary system, 1948, in Child Psychotherapy, War and The Normal Child, 2014, Sussex Academic Press
6. Lowenfeld, Margaret, Understanding Children's Sandplay, Lowenfeld's World Technique, 1999
7. Mitchell, Rie & Friedman, Harriet, Sandplay – Past, Present, Future, 2006, Routledge New York
8. Turner, Barbara & Unsteindottir Kristin, Sandplay and Storytelling, The Impact of Imaginative Thinking on Children's Learning and Development, 2011, Temenos Press & Learning Center
9. Turner, Barbara, Handbook of Sandplay Therapy, 2005, Temenos Press & Learning Center
10. Weinrib, Estelle, The Sandplay Therapy Process, The images of the Self, 2004
11. Wells, H.G., Floor Games, 2004, Temenos Press & Learning Center

ÎNCEPE CU TINE

Ioana Lepădatu

Evenimentele, situațiile au o semnificație pe care le acordă o persoană în funcție de experiențele și trăirile trecute și prezente, de experiența interioară. Așa se explică de ce aceluiași eveniment li se dau interpretări diferite de către persoane diferite în momente diferite, sau unor evenimente diferite aceleași interpretări.

“Începe cu tine” își propune să precizeze modul în care ceea ce spui, gândești și faci reprezintă cea mai înțeleaptă alegere raportată la ecologia internă, adică dacă acțiunile propuse pe baza propriilor sentimente reprezintă cea mai înțeleaptă alegere. Promovarea propriului echilibru conferă beneficii, pe care terapeuții le-au subliniat în cadrul unor indicații generale cu privire la sănătatea psihologică. Atkinson invită la acceptarea propriile sentimente, cunoașterea punctele vulnerabile, dezvoltarea talentelor și intereselor, implicarea în relațiile cu ceilalți concluzionând că, dacă este necesar să ceri ajutor, cereți-l (Atkinson R. L., Atkinson R. C., Smith E.E., Bern D.J., 2002, p.820). Recunoașterea și acceptarea emoțiilor naturale negative sau pozitive, de frică, anxietate, dezamăgire sau bucurie, ca o reacție normală în multe situații pot fi exprimate prin modalități indirecte atunci când canalele directe de exprimare sunt blocate. Sentimentele de izolare și singurătate formează baza majorității tulburărilor emoționale, iar noi suntem, prin excelență, ființe sociale avem nevoie de sprijinul, confortul furnizat de alții. Tendința umană spre autodecepție ne împiedică să avem un punct de vedere obiectiv asupra problemelor făcând dificilă întrevăderea soluțiilor, caz în care ajutorul poate veni de la un consilier, coach, psiholog clinician, psihoterapeut sau psihiatru. Căutarea ajutorului este un sentiment de maturitate emoțională și nicidecum unul de slăbiciune (Atkinson R. L., Atkinson R. C., Smith E.E., Bern D.J., 2002, p.821).

Sub aspect psihologic, personalitatea se identifică, în linii mari, cu sistemul psihic uman, dotat cu cele mai perfecționate modalități de autoreglaj, constructele personale elaborându-se în baza experienței proprii și implicându-se în decizii, iar prin tehnicile de autoreglaj al comportamentului, oamenii devin capabili să-și amelioreze semnificativ calitatea vieții (Holdevici I., 2009, p.11).

Conștiința, zona superioară a sistemului uman are o organizare de tip logic rațional, îndeplinind funcții de cunoaștere, de orientare spre scop, de anticipare predictivă și de autoreglaj voluntar având un rol conducător. Prin verbalizare, percepțiile și reprezentările dobândesc semnificație, cuvintele vehiculatoare de imagini, făcând posibil fenomenul de conștiință.

Vorbirea interioară ca mediator al schimbării în plan comportamental, este idea de bază a teoriilor cognitiv comportamentale, principiul de bază al acestei teorii postulând faptul că ființa umană este și producătorul și produsul mediului său înconjurător (Holdevici I., 2009, p.10).

Terapiile centrate pe vorbire, adaugă pe intervențiile lui Carl Rogers și Programarea Neuro Lingvistică (PNL), care se referă la modul de utilizare al limbajului și a felului în care acesta ne afectează comportamentul. Trecând la nivelul subconștient cu o organizare sistemică, asemănătoare cu cea a conștiinței, cu care se află în raporturi apropiate, asigură permanent activarea și actualizare informațiilor.

În zona de profunzime a sistemului psihic se situează inconștientul concentrat asupra propriei ființe, pe care o exprimă nemijlocit în tot ce are ea, fără interdicții sau bariere. Este locul unde orice devine posibil și pentru care PNL nutrește un respect sănătos, considerându-l „binevoitor - de vreme ce are toate experiențele la care am putea recurge pentru a obține o viziune mai înțeleaptă asupra lucrurilor” (O. Connor J., 2010, p.25).

Cu toate acestea, inconștientul are legi de organizare ce sunt dictate de trebuințe, emoții, sentimente, între cei doi poli ai sistemului psihic, conștient – inconștient existând raporturi de complementaritate și de permanente interacțiuni, acordări, echilibrări. Toate schimbările ce se produc, apar mai întâi la nivel inconștient, apoi la nivel conștient, inconștientul realizând stocarea gândurilor, sentimentelor, emoțiilor și ideilor, care în momentul intrării în vizorul atenției, trec în polul conștient.

Programarea Neuro Lingvistică se referă la minte și gând la modalitatea în care ordonăm acțiunile pentru a ne atinge scopurile, iar în situația în care un singur element al sistemului „zic-gândesc -fac” este în contradicție, atunci atingerea scopului propus este compromis.

Prezentările de caz la care voi face în continuare trimitere se referă la trei modalități de modificare a comportamentului și anume:

- sensul negativ al vorbei asupra gândului,
- poziția corpului care influențează („trage”) gândul,
- sensul pozitiv al vorbei asupra gândului.

Prezentarea cazului următor are la bază un MMF (moment mamă - fiică/ fiu), când întorcându-se de la o plimbare în parc, un copil de 3-4 ani cere mamei o înghețată. Răspunsul acesteia este inițial „nu”, dar după câteva momente se gândește că ar fi putut să-i cumpere pentru că, mai

este ceva timp până la masă, afară este cald, iar momentul MMF ar fi prelungit poziția „doar noi doi”. Copilul a simțit nesiguranța refuzului inițial și începe negocierea pentru gândul din spatele vorbelor, iar fermitatea inițială a mamei cedează, după îndelungi negocieri, dovedind că sabotarea cuvântului de către gând a avut loc.

A doua prezentare de caz este preluat de pe youtube și este a unui psiholog social care predă în Statele Unite la MBA. Psihologul social e interesat de dinamica puterii prin expresiile non-verbale, demonstrând cât de universale și vechi sunt expresiile de putere. Analizând hormonii cheie: testosteronul (hormonul dominanței) și cortizonul (hormonul stresului), descoperă că în cazul primatelor, masculii alfa au un nivel mai ridicat de testosteron și mai scăzut de cortizon. El se întrebă dacă este posibil să determinăm pe cineva să se prefacă puternic, pentru ca ulterior prefăcându-se că e puternic să și devină astfel? A realizat experimentul „Fake it till you become it” – prefă-te până reușești - în care a cerut subiecților să adopte poziția deschisă a puternicului sau poziția închisă a lipsitului de putere, timp de 2 minute. Luând probă de salivă a constatat că la cei ce au adoptat poziția puternicului testosteronul a crescut și cortizonul s-a diminuat. Cele 2 minute configurează creierul pentru a fi hotărâți încrezători, mici modificări ducând la schimbări majore. Antrenamentul îndeamnă la acest truc până la internalizarea atitudinii dorite.

Noi am reprodus experimentul fără analizele biochimice ale psihologului social de la M.B.A. cu un tânăr orb din naștere, cu tendințe (de altfel specific a acestor nevăzători) de a-și orienta poziția capului în jos. Perioadele lungi de antrenare a poziționării deschise a puternicului l-a făcut mai hotărât și mai încrezător. Vom relua acest demers terapeutic integrativ al persoanelor cu astfel de dizabilități, alăturându-l celorlalte terapii utilizate în cazul nevăzătorilor.

Fostă gimnastă de performanță, Anda de 45 de ani, inginer și mama a doi copii a fost influențată de „observațiile” făcute în urmă cu 30 de ani de antrenoarea care le făcea „grase”. Ani de zile s-a rușinat să se expună în costum de baie, prezența permanentă a evaluării făcute de antrenoare persistând și complexând-o. Cu un an în urmă, înaintea plecării pe un litoral străin mult râvnit, i-am arătat într-o discuție privind înălțimea, greutatea, proporționalitatea segmentelor corporale și suplețea mișcărilor că, din punct de vedere medical, se afla în limitele normale și că, „rușinea” este rezultatul criticilor făcute de cineva. Cum acel „cineva” nu mai este prezent, iar anii care au trecut au făcut-o soție și mamă, am propus un antrenament zilnic de 2 minute, în care privindu-se în costum de baie în oglindă să-și spună cu glas tare că e frumoasă, se place și arată bine.

La întoarcerea din concediu a relatat cât de frumoasă și cât de femeie s-a simțit și cum a reușit să stabilească raportul „zic-gândesc-fac”, modificându-și imaginea de sine.

„Tratează oamenii ca și cum ei ar fi ce trebuie să fie și ajută-i să devină ceea ce sunt capabili să fie” spunea Goethe, eu completând cu afirmația că trebuie să muncești întâi la visele tale și apoi la ale altora, afirmație care, nu incită la egoism ci evidențiază forța exemplului.

Bibliografie:

1. Atkinson R. L., Atkinson R. C., Smith E.E., Bern D.J. (2002). *Introducere în psihologie*. București: Editura Tehnică
2. Holdevici I. (2009). *Tratat De Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală. Gândirea pozitivă - cheia sănătății și eficienței*. București: Editura Trei
3. Connor J. (trad.) (2010). *Manual de NLP. Ghid Practic Pentru A Obține Rezultatele Pe Care Le Dorești*. București: Editura Curtea Veche
https://www.youtube.com/watch?v=NBVh_9nZsnA

REFUGIAȚI ÎN EUROPA: TRAUMĂ ȘI ASISTENȚĂ PSIHOLAGICĂ

**Anca-Olga Andronic
Răzvan-Lucian Andronic**

1. Refugiații în România, (încă) o temă periferică.

„Criza refugiaților” cu care se confruntă Uniunea Europeană este reflectată pe larg de mass-media românească, în principal în cadrul jurnalelor de știri, cu relatări care se referă în primul rând la dificultățile de gestionare a unui număr foarte mare de persoane care tranzitează sau se stabilesc în statele europene. Mai puțin prezente în spațiul audiovizualului sunt relatările despre cazurile individuale, despre destinele refugiaților și traumele suferite. Cu alte cuvinte, se reflectă mai degrabă ce facem „noi” (europenii) în relație cu un „ei” impersonal. Pe lângă explicația psihosociologică consacrată, cea prin „efectul omogenității out-grupului” (tendința de a considera membrii celui alt grup ca fiind asemănători, în comparație cu membrii propriului grup, care sunt apreciați ca fiind diferiți, fiind percepuți ca individualitate) mai poate fi invocată cea care ține de evidența faptului că până acum „ruta balcanică” urmată de refugiații din Orientul Mijlociu a ocolit România.

Principalul subiect legat de situația refugiaților este reprezentat de controversa asupra cotelor obligatorii de refugiați care vor fi relocați în toate statele Uniunii Europene, pentru ca toți membrii acesteia să contribuie în mod solidar la îmbunătățirea situației acestora. Și în acest caz, discursul mediatic e impersonal, preocupându-se doar de aspectele logistice și financiare, nu de persoanele care au luat calea exilului (care sunt percepute predominant în manieră stereotipă – Andronic, 2016).

Chiar dacă valurile de refugiați vor ocoli în continuare teritoriul național, este previzibil faptul că situația refugiaților nu va mai fi în viitorul apropiat doar un subiect constant al emisiunilor de știri și va face din ce în ce mai mult obiectul serviciilor de sănătate mintală. Pornind de la rezultatele unei cercetări de referință (Steel, Chey, Silove et.al., 2009), realizat în urma meta-analizei literaturii privind tramele suferite de refugiați și care arăta că aproximativ 30% dintre aceștia suferă de tulburări de sănătate mintală (Steel, 2009) se poate face o estimare grosieră: este posibil ca în următorii

ani să fie necesară asigurarea de servicii specializate pentru un număr apreciabil de persoane, posibil 600 (30% din cei 2.000 de refugiați alocați României).

2. Traumele refugiaților și diagnosticarea acestora

Cercetările efectuate asupra traumelor psihologice suferite de civili refugiați în urma conflictelor armate au fost efectuate inițial în Asia de Sud-Est, arătând că aceștia sufereau în principal de tulburare de stres post-traumatic (en: *posttraumatic stress disorder*, abrev. PTSD), în proporții care variau între 10% și 86% (Thulesius și Hakanson, 1999, p. 167).

Mai recent, un număr important de studii au vizat traumele refugiaților din Bosnia-Herțegovina ajunși în alte țări europene, acestea relevând o incidență a PTSD care varia între 45% și 82% pentru un lot investigat în Norvegia și între 18% și 33% în cadrul unei cercetări efectuate în Suedia (Thulesius și Hakanson, 1999). Rezultate comparabile au fost obținute și în urma studierii incidenței PTSD în cadrul adolescenților bosniaci care s-au refugiat în alte regiuni ale propriei țări (Hasanovic, 2012). Studii similare au fost efectuate și pe alte continente; de exemplu în Statele Unite, un lot de refugiați a fost examinat la trei ani și jumătate după sosirea în Statele Unite, iar rezultatele arată că „44% din femei și 8% din bărbați îndeplinesc criteriile diagnosticării cu PTSD” (Vojvoda, Weine, McGlashan, Becker, și Southwick, 2008, p.421).

La ora actuală situația refugiaților preocupă în primul rând prin prisma amplitudinii fenomenului la nivel global (*Office of the United Nations High Commissioner for Refugees* estima că în 2012 existau peste 45 milioane refugiați (în altă țară, dar și pe teritoriul aceluiași stat) – în Schnyder, Muller, Morina et.al., 2015, p. 267) sau european (aproximativ 1 milion de refugiați ajunși în Europa doar în anul 2015 – Musaro, 2016, p.13).

De asemenea, îngrijorează și proporția foarte mare a migranților / refugiaților care suferă traume psihologice (termeni care sunt folosiți în mod intersanjabil în media - Musaro, 2016): „Oricum, pentru refugiații afectați de traume, de obicei nu există un eveniment unic care să conducă la distressul emoțional, ci mai degrabă traume prelungite și repetate în țara lor de origine, deseori exacerbate de și mai multe evenimente stresante în timpul și după plecarea lor” (Sonne, Carlsson, Bech, Vindbjerg et.al., 2016, p.2).

În ceea ce privește diagnosticele psihiatrice utilizate pentru a descrie condiția medicală a celor aproximativ 30% dintre refugiați care prezintă tulburări de sănătate mintală (Steel, Chey, Silove et.al., 2009), predomină PTSD (definit de Organizația Mondială a Sănătății în ICD 10 ca „tulburare

anxioasă non-psihotică rezultată în urma unor amenințări excepționale sau a unei experiențe catastrofice, care ar putea cauza distress pentru aproape toți oamenii”, dar sunt întâlnite și depresie majoră, tulburări somatice etc. Referindu-ne doar la PTSD, acest diagnostic are o prevalență de 2-3% de populația generală (Georgescu, 1999, 107).

Datorită faptului că refugiații suferă o serie de traume severe (fiind foarte frecvent victime ale torturii, asistând la masacre și/sau uciderea membrilor familiei etc.), diagnosticarea lor s-a dovedit a fi dificilă. De exemplu, există diferențe notabile în rezultatele obținute prin diagnosticarea acestora pornind de la criteriile incluse în DSM IV, comparativ cu DSM V (Schnyder, Muller, Morina, Schick, Bryant, și Nickerson, 2015) și chiar în operarea cu diagnosticul „frate” al PTSD, PTSD complex (abrev. CPTSD), care a fost introdus în ICD 11 tocmai pentru a surprinde „expunerea repetată, prelungită la traume generate de relațiile interpersonale”, fiind în mod particular relevant pentru grupurile de refugiați „dată fiind expunerea tipică a acestora la repetate și prelungite traume interpersonale” (Nickerson, Liddell, Maccallum, Steel, et.al., 2014).

Dificultățile de diagnosticare (implicit, de intervenție standard) sunt explicate print-o multitudine de factori, începând cu faptul că, datorită relocării, refugiații nu pot accesa diferite categorii de resurse (relații de muncă, modalități de petrecere a timpului liber etc.) utilizabile pentru reducerea distressului, continuând cu tipul de traume suferite în urma unor evenimente la care au fost expuși, aflate la limita condiției umane (cum ar fi, de exemplu, cazul descris de Rami Bou Khalil, 2013) sau prin invocarea faptului că refugiații provin de cele mai multe ori din state cu nivel scăzut sau mediu de dezvoltare, în care „peste 90% dintre persoanele cu tulburări de sănătate mintală nu sunt tratați”, și „doar 13% din studiile privind stresul traumatic sunt făcute în aceste țări”. (Schnyder, Bryant, *Ehlers, Anke*, et al., 2016, p.8). Cu alte cuvinte, este foarte probabil ca PTSD să nu fie diagnosticat în țara de origine și să nu fie tratat, iar refugiații să sufere și alte evenimente traumatiche în drumul lor spre Europa.

De asemenea, o dificultate majoră în diagnosticarea refugiaților este dată de faptul că PTSD / CPTSD este diagnosticat în baza unor simptome care sunt de regulă relatate verbal, în vreme ce refugiații provin predominant din culturi în care capacitatea de a relata despre propriile traume nu este regula, ci mai degrabă excepția. De aceea, sunt frecvente cazurile în care „pacienții sunt reticenți în a discuta cu terapeutul despre experiențele traumatizante, care este o condiție sine qua non în practic toate tratamentele traumelor bazate pe evidență” (Schnyder, Bryant, *Ehlers, Anke*, et.al., 2016, p.8). De aceea, în demersul de diagnosticare sunt frecvente situațiile în care refugiații preferă să deseneze, picteze, danseze sau să cânte la un instrument

pentru a invoca evenimentul traumatic, decât să vorbească despre acesta, chiar dacă este posibilă comunicarea directă (fără translator) cu terapeutul.

Pentru diagnosticarea refugiaților au fost dezvoltate instrumente specifice, adaptate culturii acestora (cum ar fi *The Posttraumatic Stress Disorder Interview for Vietnamese Refugees (PTSD-IVR)* - Dao, Poritz, Moody și Szeto, 2012) sau au fost utilizate instrumente standardizate (cum ar fi *Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)*, creat cu scopul de a investiga refugiații afectați de traume, fiind validat în mai multe limbi și contexte culturale (Sonne, Carlsson, Bech, Vindbjerg et.al., 2016).

3. Asistența acordată refugiaților în țările europene

În timp ce studiile asupra incidenței PTSD au fost numeroase în ultimii ani, cele privind demersurile de asistență și efectele acestora sunt mai degrabă rare, mai ales în ceea ce privește factorii predictor ai reușitei intervenției. A fost investigată în anii trecuți influența mai multor factori personali asupra reușitei intervenției, printre care predictorii semnificativ negativi ai reușitei intervenției s-au dovedit a fi genul masculin și statutul de răufăcător în țara de origine. În ceea ce privește factorii psihosociali, angajarea în țara de adopție este un predictor pozitiv, în vreme ce dependența de sumele primite (în absența generării unui venit) și chiar un nivel înalt de educație (în țara de origine, de obicei fără impact în țara de adopție) pot fi considerați predictorii negativi ai reușitei intervenției (Sonne, Carlsson, Bech, Vindbjerg et.al., 2016).

În ceea ce privește demersurile de asistență, acestea pornesc de la axioma potrivit căreia tratamentul refugiaților (în special, al celor diagnosticați cu PTSD) generează o situație foarte complexă, atât pentru pacient, cât și pentru terapeut. Marea majoritate a refugiaților nu pot fi supuși unei terapii focalizate pe evenimentele traumatizante, în principal datorită diferențelor culturale, care fac dificilă stabilirea și menținerea unei relații terapeutice. De aceea, asistența acordată acestora se referă în special la „stabilizare, suport psihosocial și comunitar...care nu sunt întotdeauna suficiente în a ajuta pacientul în mod efectiv”. În mod tipic, asistența acordată refugiaților din țările europene începe cu o „etapă psihoeducațională”, în urma căreia aceștia pot face legătura între trauma suferită și simptomele actuale. Ulterior, se poate trece la terapia orientată spre evenimentul traumatic, în care trebuie încorporată o autentică sensibilitate la aspectele culturale: „Tratăm persoane, nu tulburări. Ca atare, psihotraumatologia sensibilă la cultură înseamnă asumarea unei atitudini non-critice și empatică, încercând să înțelegi baza culturală a fiecărei persoane” (Schnyder, Bryant, *Ehlers, Anke*, et.al., 2016, p.9).

Referințe bibliografice:

1. Andronic, Răzvan-Lucian. (2016). *Stereotypes and migration*. International Conference „Redifining Community in Intercultural Context”, Lisabona: 7-9 iunie 2016 (în curs de publicare).
2. Bou Khalil, R. (2013). *Where All and Nothing Is About Mental Health: Beyond Posttraumatic Stress Disorder for Displaced Syrians*. American Journal of Psychiatry, nr. 170, pp. 1356-1357.
3. Dao, T.K., Poritz, Julia M. P., Moody, Rachel P. și Szeto, Kim. (2012). *Development, Reliability, and Validity of the Posttraumatic Stress Disorder Interview for Vietnamese Refugees: A Diagnostic Instrument for Vietnamese Refugees*. Journal of Traumatic Stress, nr. 25, pp. 440-445.
4. Georgescu, Marie. (1999). *Actualități în tulburările anxioase*. București: Colegiul Noua Europă.
5. Hasanovic, M. (2012). *Neuroticism and posttraumatic stress disorder in Bosnian internally displaced and refugee adolescents from three different regions after the 1992-1995 Bosnia-Herzegovina war*. Paediatrics Today, nr. 8(2), pp.100-113.
6. Musaro, P. (2016). *Mare Nostrum: the visual politics of a military-humanitarian operation in the Mediterranean Sea*. Media, Culture & Society, Vol. 39(1), pp. 11-28.
7. Nickerson, Angela, Liddell, Belinda J., Maccallum, Fiona, Steel, Z. Silove, D. și Bryant, R.A. (2014). *Posttraumatic stress disorder and prolonged grief in refugees exposed to trauma and loss*. BMC Psychiatry, 14:106.
8. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., și Van Ommeren, M. (2009). *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis*. The Journal of the American Medical Association, 302(5), 537-549. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
9. Schnyder, U., Bryant, R.A., Ehlers, Anke, Foa, Edna B., Hasan, A., Mwititi, Gladys, Kristensen, C. H., Neuner, F., Misari O, Yule, W. (2016). *Culture-sensitive psychotraumatology*. European Journal of Psychotraumatology. Vol. 7, pp.1-10.
10. Schnyder, U., Muller, Julia, Morina, N., Schick, M., Bryant, R.A., Nickerson, A. (2015). *A Comparison of DSM-5 and DSM-IV Diagnostic Criteria for Posttraumatic Stress Disorder in Traumatized Refugees*. Journal of Traumatic Stress, nr. 28, pp. 267-274.
- Thulesius, H., Hakansson, A. (1999). *Screening for posttraumatic stress disorder*

symptoms among Bosnian Refugees. Journal of Traumatic Stress, vol.12, no.1, pp. 167-174.

11. Sonne, Charlotte, Carlsson, Jessica, Bech, P., Vindbjerg, E. Mortensen, E.L. și Elklit, A. (2016). *Psychosocial predictors of treatment outcome for trauma-affected refugees*. European Journal of Psychotraumatology 2016, 7: 30907.

12. Vojvoda, Dolores, Weine, S. M. , McGlashan, T. , Becker, D. F., Southwick, S. M. (2008). *Posttraumatic stress disorder symptoms in Bosnian refugees 3 1/2 years after resettlement*. Journal of Rehabilitation Research & Development, Vol. 45, Number 3, Pages 421-426.

FORMAREA IMAGINII DE SINE ÎN COPILĂRIA MICĂ

Marilena Ticușan

Introducere

Imaginea de sine are un rol definitoriu în comportamentul individului și în starea de bine și de echilibru psihic; o imagine de sine pozitivă este vitală pentru fericirea și atingerea scopurilor, ea determină modul în care interpretăm reacțiile celorlalți, gândurile, abilitățile, acțiunile. În timpul copilăriei mici, procesele de învățare și dezvoltare neurologică sunt foarte puternice, urmate apoi de încheierea procesului de maturizare a creierului și scăderea în timp a plasticizării acestuia, combinată cu tendința umană de a căuta și a menține cunoscutul, familiarul. În primii doi ani de viață, creierul cunoaște o perioadă de maximă dezvoltare prin crearea unei multitudini de conexiuni ca urmare a expunerii la stimuli necunoscuți înaintea nașterii. Neuroplasticitatea ține de modul de reorganizare a căilor neuronale cu scopul de a integra informații noi. Aceasta scade după vârsta de 2-3 ani, proces dublat de curățarea sinaptică, care se manifestă pe tot parcursul vieții.

Carl Rogers, promotor al psihologiei umaniste, spunea că imaginea de sine constituie alături de stima de sine și self-ul ideal cele 3 componente principale ale conceptului de self. Consideră că fiecare individ are capacitatea de a-și atinge potențialul maxim, cu condiția ca mediul să fie autentic, individul să fie acceptat, ascultat și înțeles. Atingerea potențialului maxim este posibil prin congruența dintre imaginea de sine și self-ul ideal; cu cât cele două se suprapun mai mult, cu atât individul se apropie de autorealizare și stima de sine este mai ridicată. Cu cât imaginea de sine (modul în care individul se vede) este mai depărtată de self-ul ideal (ceea ce individul își dorește să fie), cu atât stima de sine este mai redusă. Self-ul ideal conține imaginea perfecțiunii.

Diferența dintre oameni este modul în care se autopercep, reflectat în rezultatele pe care le obțin. Potențialul fiecărei persoane este infinit, dar imaginea de sine trasează limite care încorsetează dezvoltarea și aliniază comportamentul credințelor pe care le considerăm ca fiind adevărate; determina mărimea și tipul de persoană care devenim, „suntem ceea ce credem ca suntem” (Gerorge W. Burns, 101 povesti vindecătoare pentru

adulți, p.201). Vulturul clocit și crescut de găină alături de puii ei, își petrece timpul stand pe sol, scormonind în pământ, cloncănind și căutând semințe. Doar în momentul în care ajunge față în față cu un alt vultur, își da seama că este diferit de pui și ceva se schimbă în modul în care percepe realitatea; află că poate „să-și desfacă aripile și să se avânte în aer cu măreție, iscusință și forță” (George W. Burns, 101 povești vindecătoare pentru adulți, p.204).

Imaginea de sine este „scopul” către care individul tinde, și este strâns legată de motivație că structura care dirijează selectiv individul spre acțiuni care convin scopurilor sale, ca parte a mecanismelor psihice de stimulare și energizare a comportamentului. În 1960, în cartea Psihociibernetica, Maxwell Maltz scria că imaginea de sine este un model mental al realității care acționează asupra comportamentului individului precum un pilot automat care îl readuce pe om la calea sigură, cunoscută, adică la pattern-urile comportamentale ce reflecta imaginea de sine. Subliniază deci rezistența la schimbare pe care imaginea de sine i-o conferă personalității, așa încât orice modificare a atitudinilor și comportamentelor trebuie începută cu schimbarea imaginii de sine.

Imaginea de sine conține standardele și valorile interne, în concordanță cu care individual relaționează, se comportă, ia decizii, se autoreglează. Depinde de factori interni și de factori externi (mesajele primite din exterior, în special de la părinți, colegi de joacă, colegi de școală). Unul din factorii interni este temperamentul, care are influența asupra imaginii de sine și a abilității de a duce la bun sfârșit task-uri. Oamenii cu o imagine de sine pozitivă au dorința de a încerca lucruri noi, tolerează mai bine frustrarea și privesc provocările cu mai multă ușurință, versus cei care se frustrează ușor și sunt descurajați de provocări. Imaginea de sine este deci o puternică componentă a binomului motivație – afectivitate, motivația ca „motor” al vieții noastre psihice, ca fenomen reglator ce constă în ansamblul necesităților interne ce declanșează și susțin activitatea omului, și afectivitatea ca suport energetic al motivației, ca element ce reflectă concordanța sau discordanța dintre dinamica nevoilor interioare și cea a evenimentelor, situațiilor obiective exterioare, sub forma trăirilor subiective.

Jocul are o importanță mare în dezvoltările cognitivă, socială și emoțională, datorită interacțiunii dintre copil și părinți în prima fază, apoi între copil și alți copii. Constituie o sursă importantă de informație (datorită caracterului imitativ), și o modalitate de a „trăi” situații noi sau dificile, de a se adapta, de autoreglaj, de întărire a legăturilor afective. Prin imitație și joc se obțin interacțiuni, care ajută la dezvoltarea capacităților de comunicare, negociere; prin joc copii își dezvoltă treptat logica și gândirea bazate pe

experiențele și gândirea de tip cauza-efect. Ierarhia care predomină în joc este unul din punctele de pornire în formarea imaginii de sine.

Este important ca părintele să urmărească în joc comportamentul celui mic, să îl lase să ia inițiative și să se lase angrenat în tematele propuse de cel mic. În acest fel sunt respectate și puse în valoare diferențele individuale, acestea fiind o importantă componentă a imaginii de sine.

Imaginea de sine este deci un construct al minții conștient, dar mai ales subconștient, care pe de o parte îi da individului sensul de identitate personală, pe de altă parte influențează și determină experiențele exterioare, interioare, viața, mediul. Este mult investită în imagine, interese, ceea ce ne place sau nu, filozofii personale, concepții despre viață. Copilăria mică este cea mai importantă perioadă a dezvoltării oricărui individ, întrucât în această etapă sunt puse bazele dezvoltării intelectuale, emoționale și morale; până la aproximativ 7 ani, harta emoțională este configurată și rămâne relativ stabilă pe toată durata vieții. Tiparele deprinse la această vârstă pot fi schimbate ulterior, însă cu greutate, iar cu fiecare an care trece efortul și munca sunt tot mai mari iar rezultatele tot mai greu de obținut.

Semnificativă în copilăria mică este relația cu îngrijitorul primar și familia nucleu, tradusă în tipul de atașament și în modul în care se construiește imaginea de sine; toate relațiile ulterioare se vor clădi pe baza experiențelor pe care cei mici le au cu părinții. Copiii învață în prima fază prin observare, apoi experimentare prin joacă și comunicare; intrarea în etapa grădiniței echivalează cu debutul vieții sociale în afara familiei. Joaca este esențială pentru dezvoltarea cognitivă, socială, fizică și emoțională, și pentru formarea ideii despre „cine sunt eu”.

Pentru formarea unei imagini de sine sănătoasă, copilului trebuie să aibă parte de relații continue, stabile, iar mediul să fie sigur și previzibil. Trebuie ca nevoile să îi fie satisfăcute corect și cu promptitudine, iar viața de familie să graviteze în jurul lor; astfel, copilul va învăța că are dreptul să fie în lume, că este respectat, îngrijit și iubit. Dacă este bine oglindit de către părinți, învață despre el, despre emoțiile și sentimentele pe care le trăiește; dacă mesajele primite din partea părinților (verbale, nonverbale) sunt coerente, consecvente, certe, și comunicarea este de calitate, imaginea de sine pe care și-o creează cel mic va fi reală și completă; dacă mesajele vor fi confuze, imaginea de sine va fi la rândul ei confuză și incompletă, deoarece copilul nu va ști ce să integreze. Dezvoltarea unor bune abilități de comunicare îl vor ajuta de asemenea pe cel mic în conturarea concepției și imaginii de sine.

Un atașament sigur duce la curajul copilului de a porni în explorare, de a aborda experiențe noi și de a-și asuma riscuri calculate; prin experiențe el are șansa de a-și descoperi, dezvolta și fructifica interesele și talentele, ca

puternic factor energizant al comportamentului și componenta importantă a imaginii de sine. Copilul ar trebui să fie crescut astfel încât să devină independent, să fie învățat toate lucrurile pe care le poate face singur; ar trebui să îi fie facilitată posibilitatea de a explora lumea, să îi fie create experiențe și situații care să fie puțin peste nivelul lui dar totuși posibil de depășit. Astfel, copilul va fi stimulat să evolueze prin micile provocări pe care le întâmpină și le rezolvă cu bine, trăind un sentiment de satisfacție pe care în timp îl va interioriza; acesta va deveni factor energetic intrinsec al comportamentului. Un copil care nu este crescut în spiritul independenței, va deveni un adult dependent de alte persoane pentru a-și valida imaginea despre sine. În cazul unui temperament dificil, greu de gestionat, părintele ar trebui să caute ajutor pentru a învăța să a-i răspundă copilului conform individualității sale. Doar fiind crescut de către părinți cu iubire, empatie și compasiune copilul va învăța la rândul-i să trăiască în acest mod și să îl transmită și generațiilor viitoare. Celui mic trebuie să îi fie acordată încredere și să i se țină promisiunile pentru a câștiga încredere în ceilalți; nu trebuie să fie niciodată păcălit sau mințit, ci să fie tratat cu respect, să îi fie acceptate și validate unicitatea, individualitatea, sexualitatea, și să fie lăsat să ia inițiative. Dacă îi este acordată șansa de a se juca liber cu copii de vârste apropiate, din interacțiunea cu ei învață cum să rezolve probleme relaționale, cum să facă față competiției și respingerii, cum să facă față frustrării. Regulile cu privire la ceea ce copilul are sau nu voie să facă trebuie să fie corecte, negociate cu copilul; trebuie să existe un echilibru între așteptările părinților și ceea ce ei îi oferă copilului, a-i cere prea mult și a da prea puțin nu este echitabil, cel mic simte nedreptatea și imaginea de sine îi este afectată pentru că este învățat că nu merită să primească.

Referințe bibliografice

1. Andruszkiewicz Maria, Prenton, Keith – *Introducere în educația incluzivă*, Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului, 2007
2. Breben Silvia, Gongea Elena, Ruiu Georgeta, Fulga Mihaela – *Metode interactive de grup – ghid metodic*, Editura Arves, 2008, Craiova
3. Burns, G.W. *101 povesti vindecătoare pentru adulți*, Editura Trei, 2008
4. Costea Octavia (coord.) Matei Cerkez, Ligia Sarivan – *Educația nonformală și informală: realități și perspective în școala românească București*, Editura Didactică și Pedagogică, 2009
5. Egan Kieran – *Imaginația în predare și învățare*, Editura Didactică Publishing House, București, 2008
6. Gardner H. – *Mintea disciplinată*, Editura Sigma, 2004

7. Gherguț Alois – *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate de învățare*, Editura Polirom, Iași, 2006
8. Livingstone Tessa – *Copilul vremurilor noastre. Învățarea timpurie*, Editura Didactică Publishing House, București, 2009
9. Walker, D. – *Postmodernity, inclusion and Partnership*, Milton Keynes Open University, 1995.
10. http://www.didactic.ro/materiale/66819_-stima-de-sine-la-pre-colari
11. <http://www.copilul.ro/comunicare-copii/comportament-copii/Activitati-care-cresc-stima-de-sine-a-copilului-a10185.html>
12. <http://www.scoalaeuropiana.ro/docs/stima-de-sine.pdf>
13. www.parentingme.com/selfest.htm

GÂNDIREA CRITICĂ ATU ÎN DEZVOLTAREA TINEREI GENERAȚII

Marilena Ticușan

Introducere

Învățarea prin metode interactive de grup dezvoltă gândirea democratică a copiilor, prin exersarea gândirii critice, deoarece copiii învață să accepte și să analizeze toate ideile propuse, nu pe cel care le-a emis, învață să critice comportamentul unui personaj din poveste, sau faptele unui copil, nu critică copilul sau personajul respectiv. Capacitatea de a gândi critic se dobândește în timp, permițând copiilor să se manifeste spontan, fără îngrădire, ori de câte ori există o situație de învățare. Ei nu trebuie să se simtă stingheri, să le fie teamă de reacția celor din jur față de părerile lor, ei învață să aibă încredere în puterea lor de analiză, de reflecție.

Potențialul de gândire și creativitate se dezvoltă într-un cadru care solicită independența, investigația, originalitatea. Pe parcursul unei ore, **preșcolarii** sunt puși în situația să descrie și altora situația problemă, să verifice dacă ceilalți dispun de toate informațiile și dacă au o gândire subiectivă sau nu, să raporteze situația la convingerile altora, să-și pună întrebări asupra rezultatelor, să imagineze mai multe moduri de acțiune și să ia în considerare ce situații le-ar limita acțiunile, să gândească în colaborare diverse modalități de a proceda, să decidă care sunt cele mai bune soluții.

Aspecte teoretice

În ultimele decenii educația a dobândit noi conținuturi, acoperind o arie largită și noi finalități, bazate pe valori democratice și aspirații moderne ale indivizilor, corelate cu inovația și reforma din învățământ.

Importante pentru formarea copiilor ca adulți performanți sunt:

- inteligența emoțională — capacitatea de a motiva și persevera, de a stăruie de spirit, de a fi stăruitor
- inteligența practică — capacitatea de a fi atent la ceea ce se întâmplă și a alege din mai multe variante de acțiune pe cele viabile.

Se poate considera că: fiecare copil este capabil să învețe, iar rostul educației este de a dezvolta potențialul fiecăruia; abilitățile copiilor pot fi modificate printr-o instruire eficientă; rolul educației nu rămâne acela de a-i selecta pe cei capabili, ci de a dezvolta potențialul fiecărui copil.

Se încurajează astfel dezvoltarea gândirii critice a copiilor în vederea: formării unor opinii independente pe baza construirii unor argumente care să confere consistență propriilor opinii; deprinderea toleranței și respectului față de părerile altora; participarea activă la rezolvarea unor probleme; aprecierii pertinente a calității muncii în colaborare cu alte persoane.

Cercetare

Tipul de cercetare utilizată a fost de tip formativă.

Cercetarea formativă țintește spre introducerea în grupul cercetat a unor factori de progres a unor căi și mijloace de dezvoltare a capacităților cognitive-intelectuale din perspectiva gândirii critice la preșcolari precum și a creativității în grup, în vederea descoperirii și dezvoltării gândirii critice la preșcolari, acestea fiind descoperite și valorificate prin compararea situației inițiale cu cea finală. Comparând performanțelor preșcolarilor înainte de introducerea noii metodologii didactice cu cele obținute după folosirea ei, se va putea evidenția eficientizarea metodelor folosite.

În urma observării sistematice a preșcolarilor, datele înregistrate și analizate în grila de observație conduc la identificarea comportamentelor repetitive.

În etapa inițială, se aplică tuturor subiecților, testul inițial, pentru identificarea inteligenței dominante la preșcolari, respectiv a gradul de dezvoltare, a inteligențelor multiple la aceștia.

În etapa a doua a cercetării, în cadrul activităților instructive-educative, se lucrează cu subiecții folosind căi și mijloace de dezvoltare a capacităților cognitive-intelectuale, având în vedere faptul că metodele activ-participative transformă preșcolarul din obiect în subiect al învățării, acesta luând parte la propria sa formare, preșcolarul își angajează intens toate forțele, precum și motivația pentru cunoaștere își dezvoltă inteligențele, precum și motivația pentru învățare. În cadrul cercetării, dezvoltarea inteligenței și a creativității copiilor, presupune stimularea la copii a curajului de a expune propriile idei, de a elabora o strategie de lucru și de a nu aștepta soluții din partea educatoarei.

În etapa a treia, cea de posttest, subiecților participanți la experiment, respectiv grupa mijlocie, li s-a aplicat teste finale, ce au un număr egal cu testele din etapa inițială. Testele au fost date cu scopul de a determina gândirea critică existentă la preșcolari precum și nivelul de dezvoltare a

creativității în grup a fiecărui subiect. Aceste teste s-au dat în urma aplicării unor metode moderne, dar și tradiționale, în cadrul activităților integrate și tradiționale.

Din probele administrate și din rezultate se desprinde faptul că nivelul cunoștințelor, a dezvoltării gândirii critice și a creativității preșcolarilor este vizibil crescut față de perioada inițială a cercetării. Comparând rezultatele obținute în urma probelor inițiale și a celor finale, se poate spune că se observă o creștere semnificativă în ceea ce privește obținerea rezultatelor foarte bune, de către copii.

Aceste rezultate confirmă faptul că strategiile didactice utilizate în timpul experimentului și-au atins scopul de a dezvolta gândirea critică, creativitatea în grup a preșcolarilor și de a se obține rezultate superioare în activitatea de învățare.

Cercetarea experimentală efectuată a abordat problema stimulării gândirii critice și a creativității în grup a preșcolarilor prin aplicarea unor metode moderne de dezvoltare a gândirii critice și prin aplicarea unor modalități de lucru care să dezvolte manifestările creatoare ale elevilor.

Concluzii

Primul pas al consilierii este stabilirea unei relații de încredere și a unei relații de lucru confidențială în activitatea fie cu grupurile de elevi, fie în activitatea individuală. Consilierul încearcă apoi să-i ajute pe elevi să-și analizeze și să înțeleagă propriile sentimente, gânduri, comportamente relaționate de învățare și propria dezvoltare, ajutându-i să-și rezolve problemele, să-și dezvolte deprinderile constructive de a lua decizii.

Scopul fundamental al consilierii psihologice a copilului este funcționarea psihosocială optimă a acestuia. Consilierul are menirea de a ajuta la dezvoltarea armonioasă a copilului prin aplicarea unor strategii de intervenție cognitivă, motivațională emoțională și comportamentală atât la nivel individual cât și de grup. În ceea ce privește învățare, cunoașterea, de către preșcolar a noutăților survenite o dată cu parcurgerea programei, a dezvoltării gândirii critice și a creativității în grup, consilierul care se ocupă de problemele de învățare generale și specifice la nivelul individual și în grup are în vedere, privind problematica intervenției, următoarele: construcția și funcționalitatea instrumentelor generale de învățare: abilitați, deprinderi și capacități generale și particulare; concentrarea atenției pe diferite aspecte interrelații și probleme socio-afective, ritm de învățare; folosirea și exersarea structurilor logico-matematice (raționamente, algoritmi, operaționalitatea gândirii), luarea deciziilor, gestionarea conflictelor și procesul complex al comunicării etc.

Activitățile consilierului se adresează elevilor, profesorilor și părinților, precum și legăturilor necesare dintre acești actori ai educației, pentru obținerea eficienței procesului și eficacității procesului didactic-atât la nivel individual, cât și la nivelul instituției școlare.

Bibliografie

1. Baban, Adriana, 2001, *Consiliere educațională*, Editura Cluj-Napoca.
 2. Birch, A., 2000, *Psihologia dezvoltării*, Editura Tehnică, București;
 3. Bocos, Dacia-Musata, 2013, *Instruire interactivă*, Editura Polirom, București
 4. Cuculea, A., Sesovici, N., 2008, *Activitatea integrată din grădiniță*, Editura Publishing House;
 5. Dobridor-Negrut, Ion, 2008, *Teoria generală a curriculumului educațional*, Editura Polirom, Iași;
 6. Dumitru, I. Al., 2000, *Dezvoltarea gândirii critice și învățarea eficientă*, Ed. De Vest, Timișoara
 7. Joița, E., 2003, *Pedagogie și elemente de psihologie școlară pentru examenele de definitivare și obținerea gradului didactic II*, Ed. Arves;
 8. Ghergut, Alois, 2006, *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale*, Editura Polirom, Iași;
 9. Goncea, S., Breban, E., 2008, *Metode interactive de grup*, Editura Arves, București;
 10. Noack, Karsten, 2012, *Tehnici de creativitate*, Editura ALL, București;
 11. Oprea, Lăcrămioara-Crenguta, 2010, *Strategii didactice interactive*, Editura Publishing House, București;
 12. Roco, Mihaela, 2004, *Creativitate și inteligența emoțională*, Editura Polirom, Iași;
 13. Sălăvăstru, D., 2004, *Psihologia educației*, Ed. Polirom, Iași;
 14. Simister, C.J., 2011, *Jocuri pentru dezvoltarea inteligenței și creativității copiilor*, Editura Polirom, București;
 15. Vrabie, D., Știr, C., 2004, *Psihologia educației*, Ed. Fundației Universitare „Dunărea de Jos” Galați;
 16. Vrabie, D., 2002, *Psihologia educației*, Editura Geneze, Galați;
 17. Zlate, M., 2000, *Introducere în psihologie*, Editura Polirom, Iași;
- www.copilul.ro;
www.e-scoala.ro

CONSILIEREA DE GRUP A ADOLESCENȚILOR CU PĂRINȚI PLECAȚI – STUDIU

Cristiana Bălan

Unul dintre obiectivele particulare ale acestui studiu îl reprezintă susținerea argumentată a necesității aplicării la nivel extins a unui program de consiliere de grup pentru adolescenții cu părinți plecați la muncă în străinătate, program pe care l-am aplicat pe parcursul a șase luni, prin întâlniri săptămânale cu 70 de adolescenți care alcătuiesc grupul experimental al cercetării care a stat la baza tezei de doctorat. Acești tineri, pentru a putea participa la sesiunile de consiliere și-au exprimat acceptul față de regulile grupului de consiliere de grup și au prezentat acordul tutorelui legal în acest sens.

Propunem un experiment psihopedagogic care constă într-o succesiune de sesiuni de consiliere, desfășurate săptămânal (cu excepția vacanțelor), fiecare sesiune având o structură proprie bine definită și folosind ca pârgii intervenționale metode psihodramatice.

Sesiunile de consiliere, cu durata de 120 de minute fiecare, s-au desfășurat în cadrul unui studio profesional de psihodramă. Cei 70 de adolescenți au fost împărțiți în 7 grupuri de câte 10, deoarece o condiție necesară în desfășurarea optimă a consilierii o reprezintă constituirea unor grupuri reduse ca număr, pentru ca fiecare dintre membrii grupului să beneficieze de timpul său personal din economia timpului comun și, totodată, pentru ca grupul să se poată constitui în baza unor compatibilități de profil psihologic între participanți. Lucrul în grup, indiferent de curentul terapeutic la care se raportează și de tipul de grup (grup de suport, grup de consiliere, grup de terapie etc.), are o serie de avantaje. (Holdevici, 2008):

- în grup persoana își poate găsi un model pentru rezolvarea propriilor sale probleme;
- grupul oferă sprijin afectiv membrilor săi și astfel aceștia nu se mai simt izolați;
- grupul permite subiecților să ofere și să primească ajutor;
- declararea intenției de schimbare în fața altora devine o adevărată promisiune ce trebuie respectată;
- reușita altora este stimulativă și „contagioasă”, subiectul ajungând la convingerea „*pot și eu!*”

Adolescenții cu părinți plecați dezvoltă, în mod inconștient, anumite mecanisme de apărare care dau un sentiment fals de siguranță, cu prețul sacrificării unei dezvoltări personale armonioase. Prin intervenția de tip psihodramatic, aceste mecanisme sunt suspendate, iar adevărata personalitate a tânărului reușește să se exprime liber și plenar, atât la nivel de comunicare verbală, cât și prin deschidere emoțională autentică.

Separarea de unul sau de ambii părinți duce, în cele mai multe cazuri, la instalarea unui sentiment dureros de abandon urmat, uneori, de o atitudine refractară, de negare a propriilor trăiri. Adolescentul cu părinți plecați, chiar dacă se află în îngrijirea unor rude, se simte singur și nedreptățit, acumulând tensiune și frustrare. În timp, se poate produce declanșarea unor tulburări de comportament care au la bază deficiențe ale imaginii de sine, accente de anxietate și chiar simptomatologie depresivă. Gravitatea acestor fenomene poate fi contracarată cu succes prin includerea adolescentului într-un program de consiliere, iar utilizarea tehnicilor de psihodramă ni se pare foarte potrivită, deoarece apelează la spiritual ludic al tânărului, la dorința sa de apartenență la grup și, nu în ultimul rând, la nevoia sa de relaționare participativă cu cei de aceeași vârstă.

Principalele consecințe ale separării de părinți asupra adolescentului sunt vizibile în termeni de suferință emoțională și psihologică. De aceea considerăm că intervenția precoce în ameliorarea și vindecarea unor tulburări comportamentale ce pot induce, ulterior, grave abateri de la normalitate, nu poate fi decât salutară.

În sensul și spiritul celor enunțate mai sus, propunem un program de consiliere de grup pentru adolescenții cu părinți plecați, program ce are girul eficienței deja demonstrate, deoarece el a fost aplicat cu rezultate satisfăcătoare iar efectele sale și-au făcut rapid simțită prezența.

1. Structura programului

În cazul consilierii de grup, indiferent că este vorba despre grupuri reale sau artificiale, acordul dintre consilier și cel consiliat trebuie să cuprindă stabilirea următoarelor elemente:

- Care este obiectul consilierii?
- Cine este destinatarul consilierii?
- Care vor fi mijloacele folosite?
- Care va fi frecvența și durata întâlnirilor?
- Care este obiectivul?
- Cu ce consecințe și perspective se realizează consilierea?

Suportul emoțional

Adolescenții cu părinți plecați sunt, de cele mai multe ori, tineri care nu au, aparent, nici un fel de nevoi. Părinții muncesc în străinătate, câștigă destul de bine și le trimit bani și cadouri cu rol „compensator”. Dar atunci când sunt întrebați ce își doresc cel mai mult, adolescenții răspund, fiecare în manieră personală, că doresc să își simtă familia „aproape.”

Ce anume trebuie să se întâmple și mai ales cum, astfel încât o persoană ce suferă de dor și singurătate să simtă că ceilalți îi sunt aproape? Suntem structurați genetic să avem nevoie de iubire, poate de aceea toate manifestările afecțiunii celor din jur (a celor semnificativi) sunt apreciate fără echivoc drept sprijin deosebit de important.

Sentimentul de a fi apreciat și acceptat necondiționat s-a dovedit a fi elementul central al structurii sprijinului social (Sanderson et al., 2006). Mult timp s-a afirmat că acest tip de sprijin contribuie la confirmarea propriului sentiment de valoare.

Consilierea prin psihodramă pune accentul pe dramatizarea de către subiect a propriei problematice, care va fi „pusă în scenă” cu ajutorul grupului, mizând, în cele din urmă, pe acțiunea particulară unică pe care o are grupul. Așa cum este structurată sesiunea psihodramatică, fiecare membru al grupului are șansa de a fi îngrijit de către ceilalți – în timpul circumscris protagonistului și de a avea la rândul lui grijă de colegul aflat în dificultate.

Metode, tehnici și instrumente folosite în consilierea de grup prin psihodramă (Vulcu, 2009).

Metodologia folosită este cea a psihodramei clasice și a fost aleasă datorită competenței de psihoterapeut în această metodă și a eficienței observate în timp, pe care psihodrama o are în consilierea de grup, cu precădere atunci când se lucrează cu adolescenți. Este important de menționat faptul că la începutul programului de consiliere s-a obținut acordul scris al tutorilor legali pentru adolescenții minori, precum și semnarea unui acord de confidențialitate de către toți tinerii incluși în program, care și-au dat consimțământul privind consemnarea observațiilor efectuate în scopul cercetării.

Dintre tehnicile și instrumentele folosite de noi în sesiunile de consiliere, cele mai uzitate și semnificative sunt următoarele: Amplificarea, Construirea scenei, Dublul, Fotografia, Inversiunea de rol, Proiecția în viitor, Scaunul auxiliar, Solilocviul.

2. Desfășurarea sesiunilor de dezvoltare personală prin psihodramă. *Prima sesiune*

Obiectiv: Familiarizarea membrilor grupului unii cu alții și cu ceea ce urmează să se petreacă în timpul sesiunilor de psihodramă.

La fel ca într-o construcție, baza este aici întemeierea unui *grup coeziv, articulat și nutritiv*. De aceea începuturile se construiesc mai ales pe facilitarea contactelor, schimburilor, descoperirii celui alt.

Ținând cont de particularitățile grupului, precum și de scopurile și obiectivele acestuia, am structurat sesiunile de grup pe o tematică discutată și cu membrii grupului. Aceasta este o bună ocazie pentru a folosi tehnici de activare din categoria „spargerea gheții”.

Aceste teme sunt completate prin jocuri de deschidere și închidere a ședințelor, exerciții de autocunoaștere și intercunoaștere, jocuri de rol. Fiecare temă va fi introdusă printr-un exercițiu care conduce în final la coparticipare. Pentru ca grupul să atingă o funcționalitate optimă, se stabilesc încă de la prima sesiune ***regulile de funcționare ale grupului:***

- validitatea comentariilor – toate opiniile sunt respectate, fiecare are adevărul său;
- dreptul de a interveni sau nu în discuții, cu mențiunea că cel care participă câștigă;
- dialogul suspendat – metodele psihodramei sunt semidirective, de aceea membrii grupului vor acționa după consemnele date de terapeut;
- confidențialitatea în privința dezvăluirilor personale;
- absența comentariilor critice;
- egalitatea dintre toți membrii grupului;
- punctualitate.

Propunem un exercițiu de intercunoaștere folosind tehnica jocului de rol și a metaforei. Aducem grupul în contextual situațional și declanșăm o activitate psihomotorie care să îndepărteze câte puțin barierele de comunicare. Fiecare adolescent se prezintă grupului într-o manieră amuzantă și răspunde apoi la următoarele întrebări:

- De ce ai ales să participi la grup?
- Ce așteptări ai de la grup?

Are loc o sumarizare a discuțiilor, după care fiecare tânăr începe să-și spună povestea, atât cât poate și cât dorește.

Joc de închidere: fiecare îi spune ceva colegului din dreapta sa, alegând să-l descrie pe acesta prin trei atribute pozitive. Apoi sesiunea se încheie cu tehnica solilocviului, fiecare verbalizând starea emoțională pe care o simte în acest moment.

Sesiunea a doua:

Obiectiv: Dezvoltarea relațiilor intra și interpersonale în cadrul grupului.

În această muncă de construire a unei noi entități, cea a grupului, consilierul se bazează permanent pe trăirile individuale ale membrilor grupului așa cum le percepe în momente diferite, de aceea el se va orienta în permanență după dinamica și nevoile prezente ale grupului.

Grupul ajunge să fie perceput de către fiecare drept familiar, cunoscut, nepericulos, chiar dacă îl simte provocator prin noutate. În grupul abia format doar terapeutul își asumă inițial funcția de a produce eficace anumite intervenții.

Sesiunea începe cu activarea psihomotorie care are drept scop aducerea tinerilor în „aici și acum”, trecerea în spațiul psihodramatic realizându-se firesc, într-o manieră ludică. Apoi, are loc verbalizarea stării afective, se propune participanților exprimarea trăirilor personale prin exerciții de mimă și pantomimă. Fiecare se manifestă pe scenă, iar „publicul” încearcă să identifice sentimentele pe care „actorul” le joacă.

Se propune tema zilei, care este „Adolescența mea – cele mai importante momente”. Fiecare scrie pe un bilețel aspectele personale identificate în legătură cu tema sugerată apoi, pe o planșă mare, cu ajutorul markerelor colorate se face o listă comună pe baza căreia au loc, ulterior, discuții.

Am inițiat activarea grupului pe marginea celor prezentate, fiecare venind cu o comparație între una din situațiile prezentate și o experiență personală. Prin aceste „schimburi de amintiri”, toți membrii grupului vin și aduc o contribuție personală care va îmbogăți baza de date a grupului, „tezaurul comun” al acestuia.

Are loc sumarizarea activităților și un joc de închidere care se dovedește a fi pe placul participanților – Eliberarea tensiunii prin țipăt și sărituri. Apoi se solicită un feed-back final prin evaluarea zilei pe aceeași planșă comună folosită anterior.

Sesiunea a treia

Obiectiv : Cunoaștere interpersonală și autocunoaștere

Construirea și consolidarea alianței terapeutice dintre fiecare membru al grupului și psiholog.

Are loc activarea psihomotorie a grupului printr-un joc de deschidere: fiecare salută într-o manieră personală cât mai specifică genului său și grupul îi răspunde la fel.

Activitate cu scopul de a evidenția caracteristicile masculine și feminine, urmată de punerea în scenă a avantajelor / dezavantajelor de a fi mamă /tată , după care se alege un protagonist.

Acesta va construi cu metode psihodramatice plecarea mamei sale în străinătate în urmă cu doi ani și membrii grupului participă în calitate de euri auxiliare la desfășurarea acțiunii.

Are loc trecerea în noul timp, întâmplarea trecută este re trăită și jucată pe scenă. Apoi protagonista este orientată spre scaunul auxiliar, „balconul”, de unde poate privi acțiunea sa modificată de trecerea timpului, iar alter ego-ul său din viitor este cel care îi va aduce soluția salvatoare și rezolvarea pozitivă a relației sale conflictuale cu mama.

Solilocviu final pentru protagonistă, urmat de comentariile grupului. Fiecare își spune impresia legată de psihodrama jucată și încearcă să ofere suport din propria experiență de viață.

Feed-back final de la toți membri grupului pentru întreaga sesiune.

Sesiunea a patra

Obiectiv: În grupul care are deja o istorie comună, atmosfera de familiaritate existentă lasă loc schimburilor terapeutice reciproce pe care membrii grupului le pot gestiona. Acum fiecare tânăr din grup este gata să dea și să primească „îngrijiri”.

Unul dintre membrii grupului dorește să fie protagonist iar psihologul, după ce consultă grupul, își dă acordul. Este vorba de o adolescentă care prezintă în trecut mai multe tentative suicidare, după ce ambii părinți au plecat la muncă în străinătate, tatăl în urmă cu trei ani, iar mama în urmă cu un an. Are loc luarea în sarcină și stabilirea unei alianțe terapeutice între protagonist și terapeut, apoi se trece la construirea scenei și popularea ei cu recuzită și personaje auxiliare. Cu scopul de a activa mai întâi eul observator, apoi eul actor, protagonistei i se sugerează să încerce să pună în scenă răspunsuri la întrebările :

„Ce știi să fac cel mai bine?”

„Cum mă simt acum?”

„Unde mi-aș dori să fiu în acest moment”

La apariția stării de catharsis (protagonista izbucnește în lacrimi), terapeutul solicită grupului să devină, fiecare, câte un element al unui întreg (ex.corpul uman) și să o integreze pe protagonistă în acest întreg, din care să simtă că face și ea parte. Se aplică apoi tehnica dublului, pentru a permite fiecăruia verbalizarea trăirilor avute, care au atins un prag emoțional înalt și sensibil pentru toți membrii grupului. Feed-back final pentru întreaga sesiune.

Sesiunea a cincea

Obiectiv: Aplicarea unor tehnici sociometrice cu scopul de a identifica poziția pe care o are fiecare participant în grup și evidențierea tipului de

relații care s-au format între membrii grupului. Această activitate poate facilita dezvoltarea unor abilități de relaționare (fiind foarte utile în special pentru adolescenții deficitari sub aspect relațional) .

Exercițiul celor două lumi. Jumătate din grup este așezată într-un cerc interior strâns, iar restul sunt așezați într-un cerc exterior, înconjurându-i pe ceilalți cu brațele întinse. Cercul interior discută despre tema „Cine sunt eu?”, pe când cercul exterior observă. Cercul exterior nu are voie să interacționeze până când cercul interior încheie. Atunci cercul exterior oferă feed-back membrilor cercului interior și locurile se schimbă, cercul interior devenind cerc exterior.

Verbalizarea trăirilor avute, urmată de alegerea unui protagonist prin prezentarea unei „povești” și alegerea unui personaj preferat din povestea respectivă. Fiecare participant alege personajul și, cu ajutorul recuzitei, la consemnul dar de terapeut, devine acel personaj.

Este solicitat grupul să interacționeze și să creeze împreună o altă poveste, în care fiecare personaj să fie prezentat din perspectiva asemănarilor și deosebirilor dintre el și persoana reală care l-a adus în studioul de psihodramă.

Feed-back final, cu identificarea emoțiilor și trăirilor avute pe tot parcursul activității.

Sesiunea a șasea

Obiectiv : Activități destinate să crească nivelul imaginii de sine, în vederea reducerii nivelului de anxietate.

Activare psihomotorie prin trecerea în semirealitate, fiecare membru al grupului devenind, la consemnul dat de terapeut, o stea norocoasă care poartă în ea toate darurile de care persoana reală crede că ar avea nevoie.

Activitate de autocunoaștere prin întocmirea listei cu sentimente pozitive și negative. Fiecare tânăr din grup, pe rând, reprezintă psihodramatic, folosindu-se de recuzită și de eurile auxiliare, lista personală a acestor sentimente, precum și poziționarea sa față de ele, prin care, de fapt, ilustrează modul în care aceste sentimente l-au marcat.

La consemnul : „Amintiți-vă un moment în care ați simțit nevoia să vă exprimați sentimentele dar nu ați reușit” fiecare își va spune, pe rând, „povestea”, prezentând de fapt grupului dezvoltări personale.

Urmează sharing-ul final, în care toți membrii grupului își exprimă trăirile legate de ceea ce a spus fiecare dintre participanți, precum și relevanța pe care activitatea respectivă o are pentru propria persoană.

Sesiunea a șaptea

Obiectiv: Activarea creativității și spontaneității cu scopul de a reduce nivelul de anxietate și de a ameliora imaginea de sine.

Activare psihomotorie printr-un exercițiu de încălzire în care membrii grupului sunt invitați să se modeleze corporal reciproc, fiecare fiind, la rândul său, atât „sculptor”, cât și „statuie”. Pe fondul amuzamentului general, se propune activitatea : „Insula comorilor”.

Fiecare adolescent oferă fiecărui coleg de grup un dar al său prețios, de care consideră că acesta are nevoie, solicitând, în schimb, o calitate pe care crede că acest coleg o posedă și de care ar avea și el nevoie. Toate aceste schimburi de daruri, de „comori” ale personalității fiecăruia, sunt adunate și așezate, în mod simbolic, într-un cufăr cu alte bogății care vor fi bine ascunse pe o insulă fermecată de a cărei existență știu doar membrii grupului de psihodramă.

Feed-back final cu împărtășirea trăirilor emoționale declanșate de activitățile acestei sesiuni.

Sesiunea a opta

Obiectiv : Identificarea sentimentelor față de sine și față de părintele sau părinții plecați.

Activare psihomotorie prin exerciții dinamice de mișcări de dans, pe un fond muzical foarte divers și alert. Starea generală a grupului se optimizează, toți adolescenții sunt bine dispuși.

Activitatea cu tema: „Dacă ai avea o baghetă magică și cu ajutorul ei ai putea să îți alegi acum părinții, cum ar arata ei din punct de vedere fizic și psihic?

Fiecare tânăr pune în scenă, folosind recuzită și euri auxiliare, „cuplul părinților perfecți”, acționând „ca și cum” aceștia s-ar afla într-un dialog deschis cu părinții reali.

Feed-back-ul final este dat prin reprezentarea simbolică a sentimentului central folosind tehnica plastilinei.

Sesiunea a noua

Obiectiv: Identificarea soluțiilor și crearea unor scenarii alternative.

Activitate comună având ca scop reflectarea aspectului decizional și autocunoașterea.

Se propune ca temă „Plimbarea oarbă” prin care are loc sublinierea importanței încrederii în celălalt, precum și asumarea responsabilității unei alte vieți.

Are loc sublinierea importanței adaptării reciproce la situația concretă a separării de părinții plecați și detensionarea emoțională prin imaginarea unui scenariu de viață diferit.

Se alcătuiesc diade după preferință și, prin tehnica schimbului de rol, fiecare va trece din rolul personal în cel al colegului, încercând să empatizeze cât mai mult cu acesta.

Finalul sesiunii este marcat într-o manieră inedită : fiecare scrie și apoi citește cu voce tare o scrisoare de dragoste pentru părintele plecat.

Are loc sharing-ul final, când fiecare vorbește despre trăirile proprii legate de ceea ce s-a petrecut în sesiunea psihodramatică.

Sesiunea a zecea

Obiectiv : Conștientizarea parcursului realizat de fiecare membru al grupului în parte, pe toată perioada întâlnirilor din studioul de psihodramă.

Activare psihomotorie prin prezentarea, de către fiecare membru al grupului, a unui salut particular diferit pentru fiecare dintre colegi. Pe o suprafață plană colorată, aflată în centrul scenei, fiecare este invitat să așeze, dintr-un paner, câte un obiect, la alegere, care să simbolizeze ceea ce persoana respectivă consideră că reprezintă pentru ea achizițiile dobândite prin participarea la grupul de psihodramă.

Are loc o finalizare a intervenției terapeutice prin trecerea în revistă a evoluției personale a fiecărui membru al grupului în parte. Se solicită câte un solilocviu cu tema : „Eu peste un an”, apoi fiecare devine, pe rând, protagonistul propriei vieți viitoare, pe care o joacă pe scenă, ajutat de colegi.

Activitatea finală utilizează tehnica fotografiei, prin care se importanțizează imaginea pozitivă a unui grup alcătuit din adolescenți frumoși, echilibrați, puternici și pozitivi în fața viitorului.

3. Evaluarea finală a consilierii

Adolescenții care au participat la grupul de psihodramă experimentează consistența „maternității” grupului ca „ambient de susținere”. Grupul este spațiul care consimte concretizarea nevoii de a povesti, de a asculta, de a experimenta calitatea unei vieți mai bune, de a găsi forme de relaționare adecvate nevoii individului., el răspunde exigenței persoanei de a fi înțeleasă, simțită, iubită. S-au utilizat în faza finală două modalități de evaluare:

- Exprimarea semnificației experienței de grup, în scris și apoi verbal, adresându-se grupului trei întrebări ajutătoare:

- „Cum te-ai simțit în grup?”

- „Ce ai sperat să obții în urma participării la grup?”

- „Ce anume ai obținut în urma participării?”

- Exprimarea semnificației experienței de grup prin intermediul simbolului - alegerea unui obiect care să reprezinte semnificația experienței ca membru al grupului (aceste obiecte au fost aduse de acasă de către adolescenți, în urma anunțului prealabil).

Iată o listă cu câteva dintre aceste obiecte alese ca simboluri, însoțite de comentarii ale subiecților:

- Fotografia cu familia – „pentru că atât grupul cât și familia înseamnă înțelegere, cooperare, dezvăluirea secretelor, nici în grup nu suntem străini, ne cunoaștem și suntem uniți”.

- Piatră în formă de inimă – „pentru că în grup am înțeles ce important e să poți iubi și să fii iubit”.

- Clepsidră – „prin ea arăt timpul petrecut în grup și vreau să o întorc și să ne întâlnim și după terminarea liceului”.

- Agendă – „pentru că am obținut experiență pentru a începe o nouă viață”.

- Cheie – „pentru că aici m-am simțit în siguranță, am putut să-mi spun secretele și am deschis ușa către mine”.

- Oglindă – „pentru că în grup am învățat să mă privesc, am văzut că sunt frumoasă și am prins curaj ca să mă arăt și celorlalți așa cum sunt „.

Grupul de psihodramă reprezintă pentru individ un laborator inedit orientat spre experimentarea unor roluri adecvate contextului său relațional. „Grupul este o punere în comun a imaginilor interioare și a angoaselor participanților. Grupul este locul care favorizează imaginile; nu există grup fără imaginar” (Avramescu, 2010).

Bibliografie

1. Avramescu, Monica. (2010). *Consiliere educațională și a carierei*. București: Editura Fundației România de Măine.

2. Holdevici, Irina și Neacșu, Valentina. (2008). *Sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică*. București: Editura Kullusys.

3. Sanderson, C.R., Koczwara, B., Currow, D., C. (2008). *The „therapeutic footprint” of medical, complementary and alternative therapies and a doctor’s duty of care*, în „The Medical Journal of Australia” 185(7): 373-376.

4. Vulcu, R. I. (2009). *Dinamica rolurilor în psihoterapia de grup a tinerilor adulți* Rezumat teză de doctorat. București: Editura Universitară.

ACTUALITATATEA CONCEPTULUI DE *PSIHOZĂ ISTERICĂ*

Dr. Simona Trifu
Psih. Monica Stănică
Psih. Daniela Andronache
Psih. Anca Gutt

Anamneza:

Pacientă de sex feminin, în vârstă de 35 de ani, de profesie confecționar, studii liceale, bacalaureat.

Tatăl decedat, mama și două dintre cele trei surori pe care le are trăiesc mai mult în străinătate.

Prima internare la psihiatrie a avut-o la vârsta de 30 de ani, în prezent internată pe secția de psihiatrie, adusă de un membru din familie.

Tratament medicamentos cu Haloperidol, singurul antipsihotic la care răspunde favorabil.

Descrierea stării psihice prezente și a comportamentului din timpul examinării

Discursul pacientei

Pacienta are un aspect curat, îngrijit, vorbește pe un ton adecvat cu situația de interviu clinic, dar și cu conținutul discursului, probabil ca rezultat al răspunsului favorabil la tratamentul psihiatric. Începe să vorbească despre conflictul avut cu una dintre cele trei surori ale sale, despre care spune că a dat-o afară din casă: i-a făcut bagajul și a lăsat-o pe stradă la ora zece noaptea pe motiv că nu-l îngrijește pe tata, refuzând să îi dea cheile de la apartamentul uneia dintre celelalte surori care este plecată în străinătate. A căutat-o pe mamă la telefon (aceasta fiind în străinătate) și a fost nevoie ca una dintre surorile din străinătate să dea telefon la sora rămasă acasă dându-i acordul să o lase pe pacientă să folosească apartamentul ei din oraș.

Pacienta este cea de-a doua din cele patru surori. Despre una dintre surorile sale, căreia îi spune Alexandra, pacienta spune: „când a plecat în Spania mi-a luat sufletul. Jumătate mi l-a luat și acum trebuie să mă

întâlnesc cu ea ca să mi-l dea înapoi. Ar trebui să mă duc la ea ca să îmi dea sufletul înapoi, dar eu nu știu să mă duc acolo în Spania unde e ea, nu știu cum să ajung acolo”. Spune, de asemenea, că pe această soră a „văzut-o prin casă” și că „eu eram Alexandra”. Povestește că după plecarea surorilor și a mamei, ea „simțea că nu mai trăiește,” că „pleca de acasă noaptea” pentru că nu mai putea sta singură în casă.

Pacienta declară că nu a fost căsătorită, dar povestește că a avut un iubit la un moment dat, un bărbat de care „nu mai scăpa”, de care îi era frică pentru că simțea că „el îi făcea rău”. Spune că a amenințat-o cu agresiunea fizică, că „dacă-i trage una o bagă în comă”, și de aceea îi era frică de el. Mai spune că se ținea după ea, pentru că el vroia ca ea să se mărite cu el, dar ea nu vroia să se mărite. Povestește că a stat închisă în casă ca să nu o mai caute acel bărbat, pentru că o urmărea pe stradă și ca să scape de el, când a venit la ușă, ea s-a ascuns în baie, și i-a fost foarte frică. Pacienta spune că până la urmă bărbatul nu a mai căutat-o.

Despre tatăl său spune că a murit în 2013, și a fost și ea la înmormântare. Mama și surorile mai mici au plecat în străinătate după moartea tatălui, iar pacienta a rămas în grija surorii mai mari, cea care a dat-o afară din casă, la momentul actual. În prezent locuiește în apartamentul uneia dintre surorile mai mici, în oraș. Cu sora cea mare locuia la țară, în casa părintească.

Când vorbește despre iubitul pe care l-a avut, pacienta are un discurs halucinatoriu, spunând că „i l-au trimis trei vrăjitoare” și că era în pericol cu el: „eu eram în pericol cu el, m-a amenințat că dacă îmi dă una mă bagă în spital în comă”. Întrebată de ce o amenința, pacienta răspunde că nu știe de ce. Povestește că a mers la preot, și a mers și la vrăjitoare. Spune că nu putea să doarmă și de aceea pleca de acasă, pe stradă, pentru că „el avea vrăji”. În 2014, după doi ani de relație, i-a spus să plece și „a scăpat de el”. Repetă obsesiv că îi era frică pentru că se simțea în pericol cu el.

În continuarea discursului, pacienta povestește despre un blocaj, spune că s-a „blocat” pentru că „ea” era un pericol pentru „ea”, referindu-se la sora în al cărei apartament locuiește. Nu putea dormi noaptea, se agita, a fost o furtună foarte puternică și ploaia a intrat în balcon, și s-a făcut un lac, iar în lac erau monștri, i-a văzut ea. Atunci i-a cerut iubitului să plece. Iar ea și-a luat „spray paralizant” ca să se apere. Spune că bărbatul s-a dus la doctor să întrebe pentru ce sunt medicamentele pe care le lua ea.

Nu poate să spună cum îl cheamă pe bărbat, rostește numele Alex, apoi spune că îi „apărea Alexandra mereu în casă”. Spune despre ea, sora din Italia, că e „sânge din sângele meu, este copia mea”, spune : „Eu sunt eu doar când sunt cu ele, sunt altă persoană. Nu mai știu cine sunt eu.” De cealaltă soră din Italia, Angelica, nu mai știe câți ani are. Se plânge de sora

cea mare, de la Modelu, că nu o lăsa să vorbească cu celelalte surori. Iar ea o vedea mereu pe cea plecată prin casă (nu e clar pe care).

Nu mai știe câți ani are mama, știe că nu are bunică, dar că are un unchi. Mama tatălui ei a murit, nu mai știe când, iar fratele tatălui a rămas să aibă grijă de pacientă. Vorbește despre o semnătură, despre faptul că tatăl i-a cerut ceva unchiului înainte să moară. Revine discursul despre cineva care vrea să îi facă rău „mi-a interzis să vorbesc cu surorile mele” și despre Alexandra care „mi-a luat sufletul și a plecat” și pe care o așteaptă să se întoarcă.

Pacienta spune că îi e **frică** de sora de la Modelu și de trei vrăjitoare pe care nu le-a văzut, dar le-a auzit lângă ea, erau lângă ea, le-a simțit. Țigănci pe care nu le cunoaște, care o critică când este agitată, are insomnie și iese noaptea pe stradă și îi zic „să țipe, să urle”. În acele momente simte „că moare că nu poate să doarmă”

Povestește că a mers la o ghicitoare bătrână, care avea optzeci și ceva de ani și care i-a descântat de frică. Despre celelalte trei vrăjitoare spune că sunt departe, nu știe în ce localitate și că ea „simte că ele vor să-i facă rău”. Spune că țigăncile vor să-i trimită un ȋigan, care vrea să fie cu ea, dar ea nu-l vrea și de aceea îi este **frică**. Mai spune că vrăjitoarele vorbesc cu morții la cimitir.

Revine în discurs personajul masculin despre care spune că nu a făcut cu el sex, dragoste, că totul este vrăjitorie, că a „făcut o criză de epilepsie și a căzut”. Când „dormea cu el tremura, simțea vrăji, ceva necurat și se trezea din somn speriată.” De trei ori spune că i s-a făcut rău pe stradă. Pacienta spune că „nu a avut un iubit al ei”, dar că „a avut un iubit care a plecat în Germania la muncă”, care este fostul soț al verișoarei. Nu știe dacă îi place de el, dar i-a spus verișoarei, care acum știe de prietenia lor.

Întrebată dacă a dorit să mai aibă vre-un iubit, pacienta spune că „nu avea timp”, că ajungea obosită de la muncă acasă și trebuia să se spele, se simțea rău și nu mai putea să iasă din casă, nu mai avea energie. Spune că nu ținea minte ce are de făcut, ca să poată să se spele trebuia să se concentreze bine, trebuia să facă efort ca să își aducă aminte ce avea de făcut. Apoi, „când a venit mama din Italia nu aveam nici mâncare în casă, nici curățenie, pentru că nu puteam, nu aveam energie. Am luat bilomag forte și scriam pe hârtie ce trebuie să fac”. „Mama m-a certat, a dat cu var pereții în bucătărie, unde era murdărie de la prăjit și m-a învățat să fac curățenie pentru că eu nu mai știam să fac”. Și la momentul prezent nu știe când trebuie să mănânce, știe doar că trebuie să facă baie, să se spele, apoi se pune în pat și pune ceasul să sune. Doar atât mai știe să facă. Povestește că i-a fost tăiat cablul și s-a stricat televizorul, pentru că ea nu știa cum să facă să plătească. Spune că se uita la televizor la știrile meteo să vadă dacă

va ploua. Spune: „cărți nu mai citesc, nici filme nu urmăresc, că nu am răbdare, nu înțeleg.”

Povestește că mama ei a cumpărat televizor și s-a uitat la o emisiune dar i-a fost rău. Apoi vorbește despre un proces în instanță care ar avea loc între surorile ei de pe urma moștenirii lăsate de tatăl decedat. Spune că a mers și ea la proces, dar că „nu înțelegea ce spuneau ăia acolo.”

Revine repetitiv în discursul pacientei fraza „Nu am timp.” De asemenea reia ideea că uită ce are de făcut sau cum să facă lucrurile. Spune că uita că de la întâi până la jumătatea lunii trebuia să citească contorul și că a uitat lumina aprinsă, probabil cu referire la o factură de curent electric neachitată la timp. La fel, spune că „i s-a făcut rău pentru că nu a mâncat.” Nu mai știe să facă o ciorbă, nu are bani, o pâine costă „9000 lei”, iar 1 kg de cartofi costă „7000 lei, mai ieftini, s-au ieftinit”.

La întrebarea „Tu visezi?” pacienta relatează că o visează pe sora ei Alexandra, pe Elena și pe mama, visează că trebuie să se întâlnească cu ele. Ar vrea să se ducă la ele dar nu știe să ajungă.

Întrebată dacă are vreo boală, pacienta răspunde „eu mă simt rău și beau cafea, și ca să mă concentrez beau și la prânz și seara și ca să nu mai uit iau bilomag forte”. Mai spune că nu vede bine și e amețită.

Vorbind despre sufletul ei, discursul se îndreaptă către ideea de moarte. Spune că sufletul ei este bolnav „simt că mă doare, nu mai sunt M., nu mai sunt Eu, nu mai știu cine sunt! Eu revin să fiu eu doar când vine mama lângă mine”. Spune că la spital a fost internată de două ori în 2014 și în 2015 nu mai știe exact când, era vară. Atunci spune ea „Eu devin eu normal.” Discursul pacientei continuă cu un episod de decompensare psihotică: A stat o săptămână închisă în casă pentru că îi era **frică**, se simțea în pericol. La miezul nopții a intrat cineva în casă. A simțit o prezență. Ușa era însă încuiată, dar ea a simțit. Pe unde a intrat? A căutat prin toată casa. Nu-l cunoștea pe intrus, dar știa că fusese trimis de trei vrăjitoare peste ea. El muta lucrurile prin casă. Revine discursul delirant organizat despre cele trei vrăjitoare care o urmăresc pe stradă și vorbesc cu morții.

La întrebarea dacă ar vrea un copil, răspunde: „Păi nu știu, că eu mă simt copil. Nu știu, că dacă mi-l trimite vrăjitoarele pe ȧigan eu nu-l vreau. Și mi-e frică, cum să fac copil că o să fie vrăjit și el. După ce scap de vrăji vreau copil.”

Întrebată dacă a vrut să își facă rău, să moară, răspunde că s-a gândit la asta: „m-am gândit”, apoi povestește că în familie a avut o mătușă, soră a mamei, cu probleme cu nervii, care s-a sinucis.

Gândurile îi revin la mamă, de care nu ar vrea să se despartă: „da eu acum că mama pleacă iar în țările calde, îmi e frică să rămân singură și vine ȧiganul ăla și vrea să se însoare cu mine și eu nu vreau. Se gândea că „nu

putea să fie cu ele în țările calde pentru că nu știa să ajungă.” Își amintește că s-a rătăcit și în orașul în care locuiește și nu știa să ajungă acasă, dar se orienta după blocurile pe lângă care trecea.

Revine tema procesului în discursul ei, și tema ȝigăncilor vrăjitoare rude cu ȝiganul care este un pericol pentru ea. De asemenea, reapare nedumerirea ei cu privire la interdicȝia pe care i-o impune surorile ca ea să vorbească la telefon cu celelalte. Spune despre cea la care locuiește că i-a interzis să mai vorbească cu sora care a dat-o afară.

Interviul se termină cu întrebarea pacientei, adresată generic către familia ei: „Pe mine de ce nu mă înȝelege? Eu nu mai pot așa.” Este important să menȝionăm că pacienta repetă în discursul său că ea nu va muri niciodată, că se chinuie veșnic.

Examen psihologic și perspectiva psihiatrică

Senzaȝie, Percepȝie – halucinaȝii senzoriale, vizuale și pseudo-halucinaȝii auditive:

Specifice acestei paciente, halucinaȝiile senzoriale sunt predominante și intense prin percepȝia unor prezenȝe în apropierea corpului „simȝeam o prezenȝă, care nu avea pe unde să intre ușa fiind încuiată”. Apoi dificultatea de contact cu senzaȝiile corporale. Amintește în câteva rânduri că i s-a făcut rău pentru că nu a mâncat, ceea ce indică dificultăȝi de decodificare în planul perceptiv și al reprezentărilor a senzaȝiei de foame.

ȝi vede în casă pe sora Alexandra, pe ȝigan, pe vrăjitoare, monștrii în lacul din balcon și se întreabă ea însăși cu privire la realitatea acestor vedenii, punând pe seama vrăjitoarelor toate aceste fenomene (ideaȝie deliranta de influenta). Din istoricul psihiatric al pacientei rezultă că halucinaȝiile ei vizuale variază de la un episod la altul. Pe parcursul unui episod psihotic anterior cu doi ani momentului consultaȝiei prezentate aici, pacienta a declarat că a văzut „un înȝer mic, mic, mic cu penisul mare, mare.”

Vocile (prin ȝigăncile vrăjitoare) „mă critică, îmi spun să ȝip, să urlu” (ideaȝie deliranta de influenta, indicator de schizofrenie paranoida). Halucinaȝiile auditive în cazul acestei paciente sunt mai degrabă pseudohalucinaȝii întrucât nu se decelează ca „voci” percepute în mod clar ca provenind din exteriorul aparatului psihic al pacientei, ea percepându-le, totuși, ca fiind generate în capul ei.

ȝntregul tablou halucinator dă cont de prezenȝa *Sindromului Cotard*, care de asemenea vine în susȝinerea diagnosticului de schizofrenie paranoida, fiind caracterizat prin idei delirante de *negaȝie* („eu nu mai am suflet”), idei delirante de *enormitate* (înȝerul cu penisul mare, mare) și de

imortalitate („eu nu voi muri niciodată, ca să mă chinui veșnic”, chinul veșnic reprezentând plata pentru a scăpa de moarte, având într-o dimensiune profundă în subsidiar frica psihotică de moarte).

Gândire - Observăm pe parcursul interviului o lentoare în accesarea stocului mnezic, ceea ce indică o lentoare a proceselor de gândire care se bazează pe accesarea bagajului mnezic și utilizarea acestuia în procesul de gândire ca atare. Gândirea este confuza („eu nu înțeleg”), cu producții de tipul ideilor delirante de negație, de persecuție, de urmărire, idei mistice: țigănci, cruce, vrăjitorie, preot, sfeștanie, cositor, „femei care m-au afumat cu fum de mălai” dublate de preocupări prevalente de vrăjitorie cu coloratură mistică susținută de ideile delirante de influență (de relație sau referință).

Afect. Cel mai prezent sentiment raportat este frica, senzația de pericol, dar apare și confuzia, care produce deruta și în procesele de gândire, produsă de incapacitatea pacientei de a integra realitatea externă cu funcționarea sa infantil-simbiotică. Factorul producător de confuzie afectivă este un stimul din planul relațional-afectiv real – solicitarea surorilor ei de a se alia una împotriva alteia, care contravine nevoii simbiotice a pacientei cu toate surorile ei și cu mama în mod egal. Pacienta pare a reclama conservarea în planul psihologic dar și în cel relațional real a cuibului original, unicul loc posibil care poate asigura securitatea și supraviețuirea puilor într-o armonie relațională perfectă. Funcționarea infantil-simbiotică în planul afectiv da cont de stagnarea în dezvoltarea psihoafectivă a acestei paciente.

Aplatizarea afectiva poate fi discutată și în termenii tratamentului medicamentos sub influența căreia se afla pacienta, dar tonul discursului pacientei nu este total plat sau lipsit de afect, ci apare un anumit grad de adecvare între planul afectiv și conținutul ideatic prezentat.

În plan comportamental se decelează din discursul pacientei comportamentul pasiv, evitant, de izolare în relațiile sale socio-profesionale, chiar și în cele semnificative cu familia, dar și un comportament delirant – pleacă noaptea de acasă, rătăcește pe străzi fără a mai putea găsi drumul spre casa, se ascunde în baie când suna cineva la ușă. În raport cu tratamentul psihiatric pacienta este docilă, adecvată contextului situațional, ceea ce, în asociere cu constatarea răspunsului favorabil la un singur antidepresiv, Haloperidolul, vine în susținerea diagnosticului diferențial față de psihoza schizofrenă.

Observăm și un anumit grad de contact cu realitatea, posibil sub tratament, de discriminare între bine și rău cu privire la solicitările familiei de a semna diferite documente, ceea ce poate fi un indicator de prognostic favorabil.

Semiologie psihodinamică

Din perspectivă psihodinamică la această pacientă se remarcă utilizarea pregnantă ca modalități funcționale în plan psihic a **proiecției** și **xenopatiei**. Nimic nu este la interiorul aparatului său psihic, totul este în afară, pe tot arealul senzorial-perceptiv, fiind afectate de această funcționare xenopatică un areal larg de organe de simț (**vizual, auditiv, tactil**). Pacienta crede că este pusă să facă lucruri de persoane sau prezențe care o influențează într-un sens sau altul (**idee de influență**).

De asemenea, sunt de notat răspunsurile tangențiale sau ex-disco pe care le dă pacienta pe parcursul interviului clinic, răspunsuri ce dau cont de partea cantitativă a gândirii sale, precum și de **disocierea** folosită ca mecanism de apărare preferat în situații copleșitoare în plan afectiv. Se decelează de asemenea mecanismul **interpretativității delirante** declanșat de elemente din realitatea concretă. Din cauza dimensiunii negative a bolii și **gradului scăzut de reziliență**, pacienta nu face față realității, alunecând pe panta decompensării psihotice.

Sub aspectul dezvoltării sexuale, absența tatălui din povestirile pacientei poate fi indicația unui posibil istoric de abuz sexual, fără a putea însă verifica ipoteza în discursul concret al pacientei. Cel puțin la nivel fantasmatic, însă, abuzul poate da cont de modalitatea de funcționare afișată de această pacientă în planul **sexualității percepute ca un pericol**, un rău. Unchiul sau bunicul la care ea face referire pare a fi mandatarul figurii tatălui, atât în viața reală cât și în planul fantasmatic, fiind împuternicit, cel puțin în mintea pacientei, de tata înainte de moarte să aibă grijă de ea și de întreaga familie.

Triggerul episodului psihotic actual al acestei paciente este de ordin social real, respectiv cearta familială iscată de moștenirea lăsată de tată (casa părintească din satul natal) care a căpătat amploarea unui proces juridic în care este angrenată întreaga familie, inclusiv pacienta. Se observă incapacitatea pacientei de a face față schimbărilor din mediul său de viață extern. Nevoia ei de a păstra familia simbiotică, cuibul originar, exprimată în exclamația că este neînțeleasă și că „nu mai poate așa”, dă cont de incapacitatea pacientei de a se adapta atât la schimbările din realitatea externă, dar mai ales la schimbările generate de propria dezvoltare psihosomatică. Ea spune că „se simte un copil”, ceea ce ne poate indica o rămânere în planul dezvoltării psihice la o etapă de dezvoltare corespunzătoare unui copil, chiar a unuia foarte mic, blocat într-un stadiu de nediferențiere. Decalajul dintre planul realității externe și cel al realității interne produce suferința din prezent a pacientei care se dovedește incapabilă să înțeleagă dinamica familială, în care este angrenată afectiv în

modalitatea simbiotic-infantila, ceea ce produce confuzia intensa și alunecarea spre decompensare psihotică.

Eul pacientei, este unul disociat, indicatorul disocierii fiind răspunsurile tangențiale sau ex-dicorso ale pacientei în timpul interviului clinic. În situația de viață prezentă a pacientei apelul persoanelor semnificative din viața sa la planul gândirii sale („Nu înțelegi? Suntem în proces cu sora cealaltă”) aduce în prim plan disjunția de la nivelul Eului acesteia, disjunție care se opune regresiei și impune funcționarea ei primitivă prin simbioză.

Din perspectiva complexului Oedip, se observă regresia la funcționarea homosexuală, observație ce susține ipoteza funcționării infantil-simbiotice, prin anularea cenzurii sau chiar incapacitatea de dezvoltare a acesteia în planul preconștient-conștient și manifestarea homosexualității în relația cu surorile plecate, „sufletul” pacientei. Ipoteza abuzului sexual poate fi susținută în cazul acestei paciente cel puțin în planul fantasmă, dar nu poate fi verificată pe baza discursului sau a datelor din realitatea familială concretă.

În plan inconștient psiodynamic se remarcă puternica ambivalență față de sexualitate, apare și un blocaj la sau anterior complexului Oedipian, care poate susține diagnosticul de psihoză isterică, deosebit de cel de psihoză schizofreniformă. Sexualitatea pacientei este caracterizată de homosexualitatea infantilă.

Mecanismele de apărare - Principalele mecanisme de apărare care apar pregnant sunt în primul rând disocierea, mai accentuată decât clivajul, care ar duce la fracturarea personalității pe verticală aspect mai puțin vizibil la aceasta pacienta. Acest aspect da cont de impresia de destructurare ce răzbate din discursul și prezentarea pacientei, și dă cont de incapacitatea acesteia de a integra.

Personalitatea - Structura de personalitate a acestei paciente are drept caracteristici pregnante aspectul infantil și puternic dependent, precum și aspectul regresat isteric, cu manifestări ale fragmentării și depersonalizării psihotice. **Structura de personalitate este de tip infantil-histeroid, cu întârziere în dezvoltare, în prezent dezorganizată psihotic în arealul gândirii, destructurată în arealul personalității și degradată în registrul atitudinal-comportamental.**

Ca diagnostic diferențial este de decelat între psihoza schizofrenă și psihoza isterică, simptomatologia pacientei conducând la susținerea diagnosticului **de episod psihotic pe structură de personalitate infantil-histeroidă**. Așa cum am arătat deja, răspunsurile tangențiale ale pacientei pe parcursul interviului clinic sunt un indicator al disocierii Eului, disocierea fiind o caracteristică pregnantă a psihozei isterice mai degrabă decât celei de tip schizofren care este produsă de scindarea eului.

Concluzii

Diagnosticul care se decelează pentru această pacientă este cel de **psihoză isterică, pe o structură de personalitate infantil-histeroidă**. Triggerul actualului **episod psihotic** al pacientei este din arealul relațiilor sociale concrete, reale (procesul juridic în care este implicată întreaga familie).

Diagnostic diferențial: Având în vedere **ideația delirantă de influență și persecuție** a pacientei este necesară diferențierea diagnosticului de **psihoză schizofreniformă** de acela de **psihoză isterică**. **Pregnanța disocierii** ca mecanism de apărare este o indicație pentru psihoza isterică, spre deosebire de psihoza schizofrenă care are ca principală apărare clivajul, cu scindarea pe verticală a Eului.

Structura de personalitate: Pacienta prezintă o structură de **personalitate infantilă histeroidă**, cu pasivitate în planul comportamental, delir organizat cu ideație prevalențială de influență, incapacitate de a integra cererile venite din mediul de viață cu funcționarea sa infantil simbiotică.

Psihodinamic: Se impune **aspectul histeroid disociativ al Eului** pacientei și puternica **ambivalență** a acesteia în planul inconștient față de sexualitate. Mecanismul de apărare principal este **disocierea**, care dă cont de aspectul histeriform al funcționării pacientei. Absența tatălui din discurs poate fi un **indicator de abuz sexual** în istoria de viață a pacientei, cel puțin în planul fantasmatic. În prezent pacienta se prezintă **dezorganizată psihotic** în arealul gândirii, **destructurată** în arealul personalității și **degradată** în registrul atitudinal-comportamental.

Factori de prognostic: mediul de viață, structura de personalitate infantil-dependentă. Incapacitatea de autoîngrijire poate fi un factor de prognostic nefavorabil, deși psihoza isterică răspunde de obicei bine la tratamentul psihiatric.

Riscuri evolutive: Risc de **decompensare psihotică isterică, tulburare de transă și posesiune**. Psihoza isterică este un **indicator de evoluție pozitivă**, cu recomandare de **consultație repetată la un interval de 1-2 ani**.

Particularități: O particularitate de ordin psihiatric a acestei pacientei este faptul că dintre scheme de tratament cu medicație antipsihotică încercate, pacienta a răspuns pozitiv la una singură, bazată pe **Haloperidol**, antipsihotic cunoscut cu evoluție bună pentru manifestările histeriforme, reprezentând un argument în plus pentru stabilirea diagnosticului de psihoză isterică.

TRAUMA CA TRIGGER ÎN REGRESIA LA FUNCȚIONAREA NARCISICO PARANOIACĂ

Simona Trifu
Ilie Liliana Andreea
Brăileanu Daniela
Hrițcu Catinca

*„Unde domnește iubirea nu există dorință de putere,
unde domnește puterea nu există dorință de iubire” —
Carl Gustav Jung.*

Povestea începe cu Ravenna, mama vitregă Albei ca Zăpada, cea care deține Oglinda care îi dă puteri nelimitate. Din ura ei față de masculinitate, transmisă transgenerațional, pe linie maternă dar și din dorința de a acumula tot mai multă putere luată de la bărbați, ea își ucide regele, pe soțul ei. Ravenna și cei doi frați ai ei sunt copii unei vrăjitoare care practica magia neagră când satul lor a fost atacat de un rege. Ca să fie sigură ca cei trei vor supraviețui, mama aruncă o vrajă asupra Ravennei ca să fie mereu tânără și frumoasă. Astfel, ea învață că doar prin seducție și tinerețe, poate să își asigure supraviețuirea în fața masculinității. Punând în joc anima bărbaților, Ravenna nu se conectează niciodată emoțional la partenerii ei, care sfârșesc prin a fi uciși de ea cu sânge rece din plăcere.

Inițial, invidioasă pe șansa surorii ei, Freya, de a trăi iubirea și împlinirea în rolul de soție și de mamă, Ravenna decide să îl hipnotizeze pe viitorul ei cumnat ca acesta să își ucidă copilul, o fetiță. Oglinda dezvăluie faptul că ea ar fi fost mai frumoasă decât Ravenna dar și că ea nu reflectă decât ceea ce este în interiorul persoanei. *„Oglinda nu lingusește, ea îl reflectă cu fidelitate pe cel care se uită în ea, acel chip pe care nu îl arătăm niciodată lumii, pentru că îl ascundem cu ajutorul persoanei - masca noastră de actori. Oglinda însă se află dincolo de mască și arată adevăratul chip.”* (C.G. Jung, 2003, p. 39). Astfel, Ravenna este pusă în situația să își asume că dorește uciderea nepoatei iar punerea în act se face prin intermediul unei masculinități slabe, cumnatul care declară: *„Nu am avut de ales.”* Uciderea copilului exterior oglindește moartea copilului interior care a rămas captiv pe tărâmul înghețat al incestului inconștient cu mama. Din

punct de vedere al dinamicii intrapsihice se remarcă splitarea între filonul narcisic paranoiac – sentimentele de omnipotență, dorința de putere, de a domina și controla, pe de o parte și vidul interior, invidia, nesiguranța de cealaltă parte.

Traumatizată la vederea camerei arse, Freya se transformă devenind Crăiasa Zăpezii. Fetița ca posibilitate de transformare, de nou, de integrare a maternității, de conectare la copilul interior dar și la lumea emoțională, este arsă. Trauma scoate la suprafață filonul narcisic paranoiac și împinge în inconștient afectele dureroase care nu trebuie să mai existe în conștiință.

Freya pleacă în nord unde întemeiază Regatul de Gheață. Pe drum toată natura îngheață ca o reflectare a stării ei interioare. Pentru că nu a putut să aibă un copil, răpește copii din satele de pe drum și îi obligă să devină soldații ei. Li pune astfel în situația de a trăi abandonul și neputința, se substituie adevăraților părinți pe care îi ucide și le interzice iubirea. Modalitatea de a supraviețui în viață este lupta. În regatul ei nu există suferință, pentru că nu există iubire. Tot ceea ce cere ea în schimb este loialitatea.

“Sunteți foarte norocoși. Sunteți cu mine acum. Nu veți mai cunoaște suferința. ...De tatăl tău ți-e dor? De mama ta? Iubirea este o minciună. Este un truc făcut de cei cruzi asupra proștilor și a celor slabi. Alung-o din mintea ta. Nu o mai lăsa niciodată să îți frământă mintea sau voința. Pentru că în regatul meu există doar o singură lege: Să nu iubești. Este un păcat și nu voi ierta asta. Să nu mai aud de familie și dragoste. Aceste iluzii sunt sub voi. V-am eliberat de ele. și în schimbul acestui dar prețios vă cer un singur lucru: loialitatea voastră. Vă veți antrena, vă veți întări, veți deveni elita mea, vânătorii mei.”

Anii trec, copii cresc și devin adulți, dar pentru Freya, ei rămân tot copii ei iar ea, „mama” care decide, ca un veritabil părinte narcisic. În regatul în care domnește legea, realitatea trebuie verificată constant de crăiasă prin intermediul unei măști de gheață, asemănătoare unei bufnițe. Astfel, ea află că cei mai buni soldați ai ei, Eric și Sara se decid să plece ca să poată să își trăiască iubirea.

Pentru trădarea lor, Freya le întinde o capcană și îi provoacă cinic „Oare iubirea va învinge?” Ea îi desparte cu un zid de gheață în care fiecare vede ceva diferit: Sara îl vede pe el plecând și abandonând-o, el o vede pe ea primind o lovitură mortal de la cel mai bun prieten și este pus să trăiască neputința de a o salva în timp ce dă cu pumnii însângerați în zid de gheață până când sângele lui de sângele ei nu se mai discerne. Trădarea se joacă diferit în cei doi. Într-o manieră diferită, Freya îi face Sarei, ceea ce sora ei

i-a făcut ei, îi induce prin înșelăciune ideea că partenerul când va da de greu, o va trăda, prin urmare nu trebuie niciodată să se încreadă în promisiunea de iubire a unui bărbat, ci este mai bine să îi fie loială ei, „mamei” tot așa cum ambele surori au ales să rămână fidele inconștient mamei.

Anterior acestui eveniment, Sara îi spune lui Eric „*înainte trăiam pentru mama, acum trăiesc pentru tine.*” Se remarcă structura de personalitate dependentă. Prinsă în complexul matern pozitiv, care în fapt este tot negativ, și lipsită de o figură paternă, la fel ca și celelalte două surori, Sara nu este conștientă de individualitatea ei. Trauma este resimțită cu atât mai profund, cu cât ea s-a dăruit total. Pedepsa Crăiesei pentru trădare a fost condamnarea la șapte ani de temniță, o perioadă de introversie profundă care o obligă să se confrunte, printre altele, cu trăirile asociate trădării, dependenței față de cei iubiți dar și cu viziunea de viață a Freyei. În multe contexte în care apare numărul șapte, el indică un interval de schimbare semnificativă. Fetusul uman este considerat viabil după șapte luni și chiar dacă dezvoltarea nu este completă, poate supraviețui în exterior. Creația a fost desăvârșită în șapte zile, potrivit bibliei. (Murray S., Corbett L., 1992).

După șapte ani, aflăm că Oglinda a dispărut și o data cu ea și soldații Albei ca Zăpada care o duceau spre Refugiu. Primind poruncă să o găsească, Eric pornește la drum însoțit de doi pitici. Împreună ajung într-o pădure unde îi găsesc pe soldații și constată că s-au ucis între ei pentru că nu au putut să stăpânească ideile de suspiciune și paranoia amplificate de prezența Oglinzii descoperite.

Cei trei decid să înnopteze la han, în speranța că află mai multe informații. Aici însă dau de războinicii Crăiesei iar cea care îi salvează este Sara. Astfel, Eric descoperă că ea e în viață și că l-a văzut abandonând-o. Deși îi povestește cum a văzut-o înjunghiată, ea nu îl crede. Șapte ani a stat în temnița Freyei sub influența ei, suficient cât să considere că el sigur a obținut avantaje de la alte femei mai tinere cu o astfel de poveste. „*Credeai ca o sa iert? Credeai ca o sa uit? Ai jurat!*” îi spune ea, aducându-i aminte de ceea ce era corect, de legământul căsătoriei. Chiar și pusă în fața perspectivei de a fi fost înșelată de Freya, Sara se apără „*Iubirea se termină în trădare. Dintotdeauna a fost așa.*” Influența Freyei este vizibilă în gândirea Sarei, care este mai preocupată de ceea ce este corect, „*Ai jurat că nu mă vei părăsi*”, decât de posibilitatea de a redescoperi iubirea. Această influență nu ar fi fost posibilă dacă latura paranoiacă caracterizată prin suspiciozitate, neîncredere și interpretativitate nu ar fi existat și în Sara. Astfel, și ea alege să se transforme într-o „vrăjitoare”, care caută să îl păcălească până când găsesc Oglinda.

Scena în care Freya stă lângă pătuțul de gheață gol și nimeni nu se putea apropia cu o torță aprinsă, este semnificativă pentru fixarea la momentul traumei, care nu permite apropierea căldurii deoarece există prea multă furie legată de trădare, de speranțe spulberate. Atunci când iubirea a existat, și o data cu ea, căldura și posibilitatea de transformare, atât de profundă a fost durerea provocată de trădare încât a produs o regresie pe filon transgenerațional către puterea stăpânită de mamă prin magie neagră. Iertarea și înțelegerea slăbiciunii celui alt nu au fost o opțiune, pentru că vulnerabilitatea proprie nu a fost niciodată acceptată. (Marie Louise von Franz, pag. 36)

Împreună cu Sara și cei doi pitici, Eric pornește în căutarea Oglinzii, dar pe drum cad în plasa a două pitice. Ele dețin informații despre locul în care s-ar putea afla Oglinda, în pădurea plină de bogății de unde nimeni nu s-a mai întors viu. Piticii, ei și ele, sunt reprezentanții unei masculinității și a unei feminități slab dezvoltate, imature, atrase de tot ce strălucește și care ironizează constant sexul opus.

În călătoria lor trebuie să traverseze cu corăbiile un râu pentru a ajunge la pădurea magică. Corabia este un simbol feminin care sugerează ideea de forță și securitatea de-a lungul unei traversări dificile, un Eu care posedă calitatea de a fi suficient de puternic pentru a se confrunta cu conținuturile inconștiente și a recupera acele conținuturi care au fost splitate. Odată integrate conștiinței, acestea permit lărgirea perspectivei asupra vieții. (Minulescu M., 2001)

Intrarea în pădure, simbol al inconștientului matern, îi pune în situația de a se confrunta cu elementele reprimare dar și să recupereze ce s-a pierdut pe linie transgenerațională. Pe drum, Sara găsește cremene și amnar, cu care se poate face focul. Ea recuperează astfel din inconștient erosul reprimat. Oglinda se află dincolo de un râu de aur, dar ea nu poate fi luată fără confruntarea cu goblinul, cu acea parte din inconștient care este rădăcina transgenerațională a filonului paranoiac. Învingerea lui de către Eric, îl va ajuta, mai târziu, să nu rezoneze cu porunca Oglinzii „*Ucide pentru mine.*” chiar dacă suspectează că Sara nu a fost onestă cu el.

Strigătul și uciderea goblinului, face ca cei asemenea lui să se adune din întreaga pădure și să devină un pericol pentru eroi. Atingerea unui conținut din inconștient poate determina și alte conținuturi să se adune și să încerce să iasă la suprafață. Sara trage cu săgeata al cărei vârf era aprins. Focul ca simbol al unui proces de transformare intens, arde toți goblinii înainte ca aceștia să apuce să treacă podul.

Eric este salvat și Sara descoperă că el a purtat tot timpul medalionul de la ea.

Oglinda trebuie să stea tot timpul acoperită pentru a nu-i ispiti pe cei din jur. Dar vântul bate și Oglinda este descoperită. Ajuns în fața ei, Eric simte că Sara nu a fost onestă cu el dar preferă mai degrabă să își dea viața decât să o ucidă pe Sara așa cum îl ispitea Oglinda „*Ucide pentru mine*”. Freya apare și devine clar că Sara l-a trădat.

„*Eric, Eric al meu.*” ca o persoană narcisică care nu îl poate percepe separat de ea și adult. Îi ordonă Sarei să îl ucidă ignorând faptul că el și-a demonstrat iubirea de nenumărate ori. Aceasta trage cu arcul pentru a-și demonstra fidelitatea față de Crăiasa Zăpezii dar Eric știe că ea nu greșește niciodată și când nu e o întâmplare faptul că săgeata s-a dus direct în medalion.

Ajunsă în fața Oglinzii, Freya rostește cuvintele: „*Vârsta poate fi rea pentru cei ce merg singuri. Când mă uit în Oglinda mă văd cum aș putea deveni.*” „*Oglinda, oglinjoară cine este cea mai frumoasă dintre toate?*” Moment în care își face apariția sora ei, nici vie, nici moartă, ea și-a părăsit corpul și a fuzionat cu Oglinda unde a stat captivă până când a fost eliberată. Cu ajutorul surorii ei și al armatei sale, Ravenna vrea să cucerească ținutul Albei ca Zăpada.

Pentru că a ratat ocaziile în care putea să recunoască iubirea și să aleagă iertarea, Freya ajunge să fie stăpânită de sora ei, care îi aduce aminte ca o veritabilă paranoică ca tot ce are i se datorează și că dincolo de zidurile castelului, tot ceea ce există este al ei, ea a făcut-o ceea ce este.

Eric pornește spre ținutul Crăieșei pentru a încerca să recupereze Oglinda de la Freya. Pentru a găsi o altă intrare în castel, el trebuie să urce muntele înghețat.

Cu inima îndoită, Freya își anunță copii că trebuie să atace ținuturile Albei ca Zăpada, ai cărei soldați nu cunoșteau frica și învingerea în luptă, desi în mod paradoxal se aflau pe tărâmul în care iubirii îi era permis să existe. Iese astfel la iveală conflictual fals indus de Crăiasă între iubire și putere. Eric este prins și iubirea dintre cei doi iese la iveală în fața surorilor. Ravenna își întreabă sora „*Nu este acesta regatul tău? Nu ai legi?*”, „*Și care este hotărârea ta?*”. Freya decide fără ezitare că pedeapsa este moartea. În replică la declarația lui Eric, „*Dragostea m-a făcut mai puternic*”, Ravenna îi răspunde că dragostea nu îi va salva viața.

Înlănțuiț, Eric le aduce aminte celorlalți vânători ca totuși iubirea a existat, părinții i-au iubit și chiar și în condițiile dure impuse de Crăiasa, ei tot au ținut unii la alții ca frații. El o confruntă pe Freya cu realitatea pe care aceasta a încercat permanent să o nege. Pentru prima dată în ochii Crăieșei se vede durerea faptului că s-a înșelat. Pentru că și ceilalți vânători decid să li se alăture și să se revolte, Ravenna scoate de sub mantia aurie niște rădăcini îmbibate în smoală, ca simbol a tot ceea ce a rămas nevindecăt

transgenerational și i-a otrăvit sufletul consumând-o. „*Nimic nu te va salva vânătorule. Tot ceea ce a rămas este suferința.*” Cu ele îi atacă pe vânători. Pentru a-și proteja „copiii”, Freya ridică un zid de gheață renunțând la orgoliul ei, pentru a le salva viața.

Ea află astfel că sora ei a încercat să alunge slăbiciunea din ea punând la cale uciderea copilului ei, care ar fi depășit-o în frumusețe. Ravenna se consideră mai puternică pentru că nu a lăsat niciun sentiment de iubire să îi conducă deciziile. Ea a avut o chemare mai înaltă decât familia și copiii, și cum ea a renunțat la ele, nimeni nu trebuia să se bucure de ele. Scopul existenței celuilalt era doar oglindirea frumuseții, a puterii ei și satisfacerea nevoilor ei narcisic-paranoiace. Trauma narcisică a fost atât de profundă încât a dus la o nevoie de oglindire până la identificare cu Oglinda. În final își ucide și sora nerecunoscătoare. Freya încearcă cu ultimele puteri să înghețe oglinda, dându-i astfel de înțeleș lui Eric cum poate să o învingă. Acesta aruncă toporul în ea și o face bucăți și o dată cu ea și pe Ravenna, care are un sfârșit la fel de violent ca și suferința pe care a produs-o celorlalți.

Ținutul începe să se dezghețe și viața să reînvie. „Copiii” sunt eliberați de sub influența Crăiesei iar Eric și cu Sara sunt liberi să își trăiască iubirea. Coniunctio a devenit realitate.

Atunci când o femeie găsește calea de a gestiona dificultățile aspectului negativ al feminității - al vrăjitoarei plină de ură, invidie și cinism din cauza trădării - ea găsește iubirea.

Abordarea terapiei centrate pe schemele cognitive

Scheme cognitive relevante- Freya

1. Deprivare emoțională (a îngrijirii, a empatiei și a protecției) (schemă necondiționată)
2. Negativism / Pesimism (schemă necondiționată)
3. Inhibiție emoțională (schemă condiționată)
4. Standarde nerealiste / Hipercriticism (perfecționism, reguli rigide) (schemă condiționată)
5. Pedepsire (schemă necondiționată)
6. Subjugare (a nevoilor, a emoțiilor) (schemă condiționată)
7. Sentiment de îndreptățire /Grandomanie

Schemele necondiționate: s-au format devreme, ocupă cel mai central loc, apar sub forma unor convingeri necondiționate despre sine și despre ceilalți, nu oferă nici un fel de speranță, orice ar face individul

finalitatea va fi identică, schema încapsulează ce i s-a făcut copilului de odinioară, fără ca el să aibă de ales în această privință.

Schemele cognitive condiționate: au apărut mai târziu în viață, oferă speranță putându-se face ceva pentru a schimba finalitatea negativă sau pentru a o preveni cel puțin temporar.

Probleme prezente

1. Transformarea ținuturilor din Nord, unde și-a stabilit regatul, din terenuri agricole în ținuturi părăsite și înghețate.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptățire/Grandomanie

2. Răpirea forțată a copiilor, din familiile lor de origine, sub pretextul unui favor suprem și antrenarea lor pentru luptă, împreună cu interzicerea totală a sentimentelor umane de iubire, în regatul său.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptățire/Grandomanie, Standarde nerealiste/ Hipercriticism

3. Păstrarea unei vigilențe crescute cu orice preț, prin masca magică pentru ochi, care o ajută să-și proiecteze conștiința în afara corpului, în forma unei bufnițe albe.

Legături cu schemele cognitive: Negativism/ Pesimism, Standarde nerealiste/ Hipercriticism, Sentiment de îndreptățire/Grandomanie

4. Dorința împietririi inimii Sarei și a lui Eric, prin transformarea imaginilor realității și forțarea celor doi, să asiste fără putere de a schimba ceva, fiind despărțiți de un zid de gheață creat de ea, la moartea Sarei, pe o parte și la abandonul lui Eric, pe cealaltă parte.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptățire/Grandomanie, Pedepsire

5. Conflictul în urma întâlnirii cu sora ei Ravenna, pe care o readuce la viață prin Oglinda magică, în cea ce privește ordinele și pregătirea pentru lupta pe care Ravenna o impune asupra armatei ei.

Legături cu schemele cognitive: Subjugare

6. După aflarea adevărului, despre decesul fetei sale, răspunde atacurilor lui Ravenna.

Legături cu schemele cognitive: Subjugare, Pedepsire

Declanșatori ai schemelor cognitive

1. Decesul fetei sale, după câteva săptămâni de la naștere, aceasta fiind ucisă de tatăl său.

2. Situațiile care îi amintesc de trecutul său dureros, în legătură cu familia pe care putea să o aibă cu ducele.

3. Situațiile care o pun în pericol sau îi pot deturna scopurile.

4. Aproprierea de o persoană.

Origini în dezvoltare

1. Mama era vrăjitoare și atunci când satul în care trăiau a fost atacat, aceasta a murit.

2. Freya a fost luată de către soldații regelui, în urma asaltului, despărțită de frații săi, a trăit ca prizonier, fiind hrănită cu resturi de mâncare și în condiții vitrege.

Amintiri sau imagini centrale din copilărie

Niciuna

Distorsiuni cognitive centrale

1. Ignorarea față de atrocitățile comise de Ravenna, în cucerirea regatelor. (Minimalizarea)

2. Certitudinea în legătură cu puterile ei de vrăjitoare, pe care nu le va avea niciodată, în ciuda reasigurării de către sora sa, că acestea vor veni la timpul potrivit și a faptului că mama lor era o vrăjitoare. (Tragerea unor concluzii pripite - Eroarea prezicătorului)

3. Negarea sentimentelor ce țin de iubire, afecțiune. (Gândire de tipul „Trebuie”)

Comportamente de capitulare

1. Caută să aibă o performanță perfectă, stabilește standarde înalte pentru sine și ceilalți. (Schemă dezadaptativă: Standarde nerealiste/ Hipercriticism)

2. Se tratează pe sine și pe ceilalți într-o manieră dură, punitivă. (Schemă dezadaptativă: Pedepsire)

3. Are relații inegale, lipsite de afecțiune, se comportă egoist, desconsideră nevoile și sentimentele celorlalți. Îi intimidează pe ceilalți până i se face pe plac. (Schema dezadaptativă: Sentiment de îndreptățire/ Grandomanie)

4. Îi lasă pe ceilalți să ia decizii. (Schemă dezadaptativă: Subjugare)

5. Se concentrează pe aspectele negative, ignoră aspectele pozitive, ar face orice pentru a evita un deznodământ negativ. (Schemă dezadaptativă: Negativism/Pesimism)

Comportamente de evitare

1. Evită în totalitate relațiile intime. (Schema dezadaptativă: Deprivare emoțională)

2. Evită situațiile în care alți oameni discută sau exprimă emoții (Schema dezadaptativă: Inhibiție emoțională)

Comportamente de supracompensare

1. Se comportă într-o manieră răzvrătită, pasiv-agresivă. (Schema dezadaptativă: Subjugare)

Moduri de schemă relevante

1. Freya The Ice Queen (modul de Protecție detașată, stil de coping de retragere emoțională, deconectare, își suprimă emoțiile pentru protejarea în față vulnerabilității)

2. Freya The Frozen Queen (modul de Copil furios, stil de coping prin reacția imediată de ventilarea furiei)

3. Freya leader of The Army of Huntsman (modul de Copil impulsiv indisciplinat stil de coping prin acțiuni impulsive conform dorințelor imediate cu scopul de a obține plăcerea fără a ține cont de limitele sau nevoile și sentimentele celorlalți)

Schemele cognitive

Deprivarea emoțională

Această schemă cognitivă vine din frustrarea nocivă a nevoilor, din experiențele timpurii de viață ale lui Freya, în care a primit prea puțin din ceea ce ar fi fost benefic unui copil și din cauza mediului de viață în care a ajuns să copilărească, fără familie, cu prea puțină mâncare și fără lucruri precum dragostea, stabilitatea și înțelegerea.

Freya a fost deprivată de afecțiune, nu a avut pe cineva alături fizic, care să aibă grijă de ea și să îi acorde atenție sau să îi ofere afecțiune fizică precum contact fizic sau îmbrățișări. A fost deprivată de empatie, neavând pe nimeni care să o asculte cu adevărat sau să încerce să înțeleagă cine este ea sau cum se simte. De asemenea a fost și deprivată de protecție deoarece nu a avut pe nimeni alături care să o protejeze și să o îndrume. La începuturi, Freya avea o relație bună cu sora sa, Ravenna, fiindu-i un companion loial, pe măsură ce Ravenna cucerea regat după regat. Dar după moartea fiicei sale, Freya a părăsit domeniile lui Ravenna și și-a stabilit un regat nou, departe în nord.

Pretinde că este mai puternică decât se simte înăuntrul ei și își întărește deprivarea purtându-se de parcă nu ar avea nevoi emoționale. Evită în totalitate relațiile intime pentru că nu se așteaptă să aibe nici un beneficiu de pe urma lor, convingerea ei fiind că sentimentele de iubire aduc cu ele o mare durere, cea a inimii frântă și că reprezintă o slăbiciune.

Negativism

Originea schemei presupune un istoric de dificultăți și de pierderi în viață.

Freya, trecând prin multe adversități timpuriu în viață, și-a pierdut optimismul firesc, acest lucru putând fi observat din cum ea nu crede că va avea puteri magice sau că va fi o vrăjitoare ca mama ei sau ca sora sa, sau din cum a ajuns să privească viața după decesul fetei sale. Manifestă o centrare generalizată și permanentă pe aspectele negative ale vieții precum dezamăgirea și eșecul în eventualitatea unei relații în care să simți iubire, minimalizând în același timp aspectele pozitive ale vieții sale.

Investește foarte mult timp încercând să se asigure, că nu comite greșeli, păstrând un ochi vigilent cu orice preț asupra Armatei de Vânători, prin o mască cu un ochi care îi permitea să își proiecteze conștiința în afara corpului în forma unei bufnițe albe.

Freya are sentimente cronice de tensiune și de îngrijorare, acestea fiind evidențiate de obsesiile sale în legătură cu loialitatea Armatei de Vânători și posibile sentimente de iubire care ar putea să apară între ei, cât și de ruminăția obsesivă declanșată de sculptura de gheață a pătuțului copilei sale, din sanctuarul său, care îi provoacă amintiri legate de aceasta.

Inhibiție emoțională

Freya pare a avea o gama restrânsă de emoții, fiind excesiv de inhibată, evitând să își exprime sentimente de afecțiune, putând exista și un control împotriva spontaneității.

Freya pune mare preț pe autocontrol decât pe intimitate în interacțiunile umane, fiindu-i frică că dacă își va da frâu liber emoțiilor va da dovadă de o slăbiciune pe care o detestă, aceea a oamenilor care împărtășesc sentimente de afecțiune.

În esență îi este teamă că va atrage asupra ei o repercursiune gravă, precum o durere inevitabilă, dacă emoții puternice de dragoste ar fi trăite.

Controlul excesiv se întinde și asupra persoanelor apropiate din mediul său, încercând să îi împiedice să își exprime atât emoțiile pozitive cât și pe cele negative, cu atât mai mult cu cât acestea ar fi intense.

Freya își inhibă emoțiile pe care ar fi mai sănătos să și le exprime.

Printre emoțiile pozitive cum ar fi bucuria, dragostea, simpatia și impulsurile sexuale, regăsim la Freya și dificultatea de a-și exprima vulnerabilitatea sau de a comunica deschis despre propriile sentimente.

Standarde nerealiste / hipercriticism

Freya este ambițioasă și perfecționistă. Consideră că trebuie să se străduiască continuu, pentru a atinge standarde extrem de înalte, lucru evident prin felul în care își conduce Armata de Vânători. O emoție tipică a acestei scheme este presiunea, aceasta fiind necruțătoare. Deoarece este imposibil să atingă perfecțiunea, neputând să îi oprească pe toți vânătorii

săi, din a avea sentimente, cum a fost cazul lui Eric și al Sarei, Freya trebuie să se străduiască veșnic mai mult.

În spatele efortului trăiește o anxietate intensă față de eșec. Un alt sentiment este hipercriticismul atât față de propria persoană cât și față de alții. Un lucru caracteristic schemei este cel al gândirii totul sau nimic. Fie și-a atins cu precizie standardul, fie a greșit. Rareori este mulțumită în urma unui succes deoarece este deja concentrată pe următoarea provocare care trebuie săvârșită perfect. Are impresia că standardele ei sunt normale și chiar crede că le face copiilor din Armata de Vânători un bine, crescându-i în spiritul luptei, departe de sentimente de iubire.

Pedepsire

Consideră că oamenii ar trebui să fie aspru pedepsiți pentru greșelile lor. Se prezintă ca fiind intolerantă și lucrul acesta se vede din felul în care îi pedepsește pe Eric și Sara, cei doi vânători care au ajuns să se îndrăgostească și să își dorească să părăsească regatul.

Nu este dispusă să ia în calcul circumstanțe atenuante. Nu ține seama de imperfecțiunea umană, și întâmpină dificultăți în a simți oricât de puțină empatie pentru o persoană, care face ceva ce ea percepe ca fiind rău sau greșit. Îi lipsește capacitatea de a simți milă.

Subjugare

Freya îi permite surorii sale Ravenna să o domine.

În acest caz, Freya își subjugă nevoile, suprimându-și propriile dorințe conformându-se cu pretențiile surorii sale, Ravenna, deasemenea Freya își subjugă emoțiile fiind o formă prin care sentimentele, mai ales furia, sunt suprimate, din frică că Ravenna s-ar putea întoarce împotriva ei. Freya își percepe propriile nevoi și dorințe ca fiind neimportante pentru Ravenna, adoptând o atitudine pasivă atunci când aceasta își spune părerile și nevoile în legătură cu Armata sa de Vânători. Acest lucru, datorită schemei, duce la acumularea furiei, lucru care se poate observa în tensiunea discursului lui Freya, cât și în trecerea acesteia dintr-o atitudine pasivă în una agresivă, în desfășurarea evenimentelor și a conflictului apărut între ea și Ravenna. Această schemă implică un nivel destul de ridicat de frică. În adâncul ei, Freya se teme că dacă își va exprima gândurile și dorințele i se va întâmpla ceva rău. Ravenna se va înfuria pe ea și o va abandona și o va respinge. În felul acesta Freya se simte nevoită să își supprime nevoile. Ea ajunge să supracompenseze aceasta schemă prin sfidare și opoziționism.

Sentiment de îndreptățire/ Grandomanie

Freya încearcă să controleze comportamentele celorlalți pentru a-și îndeplini propriile nevoi, fără a manifesta empatie sau grijă față de nevoile

celorlalți, impunându-și forțat punctul de vedere. Se angajează în comportamente egoiste și grandomane indiferent de consecințele asupra celorlalți, acestea fiind evidente prin indiferența sa față de răpirea copiilor de la familiile lor pentru a fi aduși și antrenați în a fi vânători cât și în indiferența față de dragoste.

Scheme cognitive relevante –Ravenna

1. Neîncredere /Abuz (schemă necondiționată)
2. Deprivare emoțională (a îngrijirii, a empatiei și a protecției) (schemă necondiționată)
3. Negativism / Pesimism (schemă necondiționată)
4. Standarde nerealiste / Hipercriticism (perfecționism, reguli rigide) (schema condiționată)
5. Pedepsire (schemă necondiționată)
6. Sentiment de îndreptățire / Grandomanie (schemă necondiționată)

Schemele necondiționate: s-au format devreme, ocupă cel mai central loc, apar sub forma unor convingeri necondiționate despre sine și despre ceilalți, nu oferă nici un fel de speranță, orice ar face individul finalitatea va fi identică, schema încapsulează ce i s-a făcut copilului de odinioară, fără ca el să aibă de ales în această privință.

Schemele cognitive condiționate: au apărut mai târziu în viață, oferă speranță putându-se face ceva pentru a schimba finalitatea negativă sau pentru a o preveni cel puțin temporar.

Probleme prezente

1. Obsesie în legătură cu păstrarea frumuseții și a imortalității, cu orice preț.

Legături cu schemele cognitive: Standarde nerealiste/ Hipercriticism.

2. Setea de putere.

Legături cu schemele cognitive: Neîncredere/ Abuz, Sentiment de îndreptățire/ Grandomanie.

3. Pierderea speranței de a găsi un bărbat care să o iubească cu adevărat și să îi ofere un copil al ei. **Legături cu schemele cognitive:** Deprivare emoțională (a îngrijirii, a empatiei și a protecției), Negativism/ Pesimism, Neîncredere/ Abuz.

4. Uciderea Regelui Magnus, tatăl lui Snow White.

Legături cu schemele cognitive: Deprivare emoțională (a îngrijirii, a empatiei și a protecției), Negativism/Pesimism, Neîncredere/Abuz, Pedepsire, Sentiment de îndreptățire/Grandomanie.

5. Întemnițarea fiicei sale vitrege, Snow White.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptăţire / Grandomanie, Pedepsire

6. Dorinţa de a o ucide pe Snow White.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptăţire / Grandomanie, Standarde nerealiste/ Hipercriticism (perfecţionism, reguli rigide), Negativism / Pesimism.

7. Constrângerea şi înşelarea vânătorului Eric, profitând de punctul sensibil al lui Eric, moartea soţiei sale, pentru a o găsi şi aduce înapoi pe Snow White.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptăţire / Grandomanie, Neîncredere / Abuz.

8. Refuzul de a îl vindeca pe fratele său Fin, din cauza riscului ca acest lucru să i se dovedească a fi fatal.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptăţire / Grandomanie.

9. Subminarea autorităţii surorii sale Freya.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptăţire / Grandomanie.

10. Uciderea lui Freya.

Legături cu schemele cognitive: Neîncredere/Abuz, Pedepsire, Sentiment de îndreptăţire/ Grandomanie.

11. Uciderea nepoatei sale, prin vrăjirea Duceului de Blackwood şi înmânării acestuia o torţă cu care să ardă patul pruncului.

Legături cu schemele cognitive: Sentiment de îndreptăţire/ Grandomanie

Declanşatori ai schemelor cognitive

1. Pierderea frumuseţii şi a tinereţii
2. Aproprierea de o persoană şi relaţiile intime
3. Situaţiile în care nu primeşte ceea ce îşi doreşte sau asupra cărora nu deţine puterea sau controlul
4. Situaţiile care o pun în pericol sau îi pot deturna scopurile

Origini în dezvoltare

1. Mama era vrăjitoare şi atunci când satul în care trăiau a fost atacat, aceasta a pus o vrajă asupra ei, prin care ea va rămâne tânără şi frumoasă mereu. Mama spera că îi va salva şi pe fraţii ei de la asalt, cu vraja lui Ravenna.

2. Mama a murit în urmă asaltului.

3. Ravenna a fost despărţită de frate şi de sora.

4. Ravenna a fost abuzată de către regele care a atacat satul.

Amintiri sau imagini centrale din copilărie

Ea este luată de lângă mama ei de către soldații regelui care au atacat satul unde locuiau.

Distorsiuni cognitive centrale

1. Bărbații folosesc femeile. Ne distrug apoi când termină cu noi ne aruncă la câini ca pe niște resturi. (Suprageneralizare)
2. Arăt bătrână! Puterea îmi dispare! (Catastrofizare)
3. Acum nu mai pot avea încredere în nimeni! (Suprageneralizare)
4. Cât o femeie e tânără și frumoasă, lumea e a ei! (Suprageneralizare)

Comportamente de capitulare

1. Se concentrează pe aspectele negative; ignoră aspectele pozitive; se îngrijorează constant; ar face orice pentru a evita un posibil deznodământ negativ. (Schemă dezadaptativă: Negativism / Pesimism)
2. Petrece excesiv de mult timp încercând să fie perfectă. (Schemă dezadaptativă: Standarde nerealiste / Hipercriticism)
3. Se tratează pe sine și pe ceilalți într-o manieră dura, punitivă. (Schemă dezadaptativă: Pedepsire)
4. Îi intimidează pe alții până când i se face pe plac; se laudă cu puterile sale. (Schemă dezadaptativă: Sentiment de îndreptățire / Grandomanie)

Comportamente de evitare

1. Evita să devină vulnerabilă sau să aibă încredere în cineva, este secretoasă. (Schemă dezadaptativă: Neîncredere / Abuz)
2. Evită în totalitate implicarea și relațiile intime (Schemă dezadaptativă: Deprivare emoțională)

Comportamente de supracompensare

1. Îi folosește și îi abuzează pe alții fiind prima care atacă (Schemă dezadaptativă: Neîncredere/ Abuz)

Moduri de schemă relevante

1. Ravenna cea puternică (modul de Protecție detașată, stil de coping de retragere emoțională, deconectare, își suprimă emoțiile pentru protejarea în față vulnerabilității.)
2. Ravenna The Evil Queen (modul de Copil furios / modul de Copil impulsiv indisciplinat, stil de coping prin reacția imediată de ventilare a furiei și acțiuni impulsive conform dorințelor imediate cu scopul de a obține plăcerea fără a ține cont de limitele sau nevoile și sentimentele celorlalți)

3. Ravenna The Fairest One Of All (modul de Supracompensare, stil de coping de contraatac și de control)

Schemele cognitive

Neîncredere /Abuz

Schema a luat naștere din experiența timpurie, traumatizantă, în care Ravenna și-a pierdut mama și a fost abuzată de către regele care a răpit-o pe ea și pe frații ei.

Ravenna se așteaptă ca ceilalți să o mintă, să o manipuleze, să o înșele sau să profite cumva de ea, iar în formele cele mai extreme ale schemei cognitive să încerce să o umilească sau să o abuzeze. După cum o arată și distorsiunile cognitive, de suprageneralizare și anume „Am fost distrusă de un rege ca tine, i-am înlocuit regina, o femeie bătrână. În timp, și eu aș fi fost înlocuită. Bărbații folosesc femeile. Ne distrug și când termină cu noi, ne aruncă la câini, ca pe niște resturi.”

Este convinsă că oamenii sunt plini de ură, sadici și simt plăcere din a îi răni pe ceilalți. Aceste convingeri fiind evidențiate de comportamentul său față de bărbații din viața ei. În cazurile extreme ale schemei, precum și în cazul acesta, Ravenna, crede că ceilalți vor să o chinuie. Ea are tendința de a evita intimitatea, nu-și împărtășește cele mai profunde gânduri și sentimente și nu se apropie prea mult de ceilalți.

Nu are încredere că ceilalți pot fi onești și cinstiți și că pot acționa în beneficiul ei, cum se dovedește atunci când fratelui ei Fin, îi scapă Snow White printre degete, iar Ravenna spune „Acum nu mai pot avea încredere în nimeni.”

Este precaută și suspicioasă. Uneori crede că alți oameni vor să îi facă rău intenționat. Nu ezită să îi rănească pe ceilalți pentru a-și îndeplini nevoile.

Ajunge să îi înșele și să îi abuzeze pe ceilalți, ca un atac preventiv. Comportamentele tipice sunt cele de victimă și abuzator.

Deprivarea emoțională

Această schemă cognitivă vine din frustrarea nocivă a nevoilor, din experiențele timpurii de viață ale Ravennei, în care a primit prea puțin din ceea ce ar fi fost benefic unui copil și din cauza mediului de viață în care a ajuns să copilărească. I-au lipsit lucruri precum dragostea, stabilitatea și înțelegerea.

Ravenna, în urma schemei dezadaptative de deprivare emoțională, nu se așteaptă ca oamenii din jurul ei, să o îngrijească, să o înțeleagă sau să o protejeze. Ea a fost deprivată de afecțiune, nu a avut pe cineva alături fizic,

care să aibă grijă de ea și să îi acorde atenție sau să îi ofere afecțiune fizică precum contact fizic sau îmbrățișări. A fost deprivată de empatie, neavând pe nimeni care să o asculte cu adevărat sau să încerce să înțeleagă cine este ea sau cum se simte. De asemenea, Ravenna a fost și deprivată de protecție deoarece nu a avut pe nimeni alături care să o protejeze și să o îndrume.

Comportamentele tipice manifestate în urma acestor lucruri, includ faptul că nu cere celor apropiați ceea ce are nevoie la nivel emoțional. Nu își manifesta dorința de a fi iubită și sprijinită. Pretinde că este mai puternică decât se simte înăuntrul ei și își întărește deprivarea purtându-se de parcă nu ar avea nevoi emoționale. Totuși un sprijin pentru ea îl reprezintă relația cu fratele sau Fin, care îi este foarte loial.

Ravenna evită relațiile intime pentru că nu se așteaptă să aibă nici un beneficiu de pe urma lor, în afară de putere și cucerirea unui regat.

Supracompensarea pentru schema de deprivare emoțională se regăsește în tendința ei de a fi extrem de exigentă și de a se înfuria atunci când nevoile ei rămân neîmplinite.

Negativism

Originea schemei presupune un istoric de dificultăți și de pierderi în viață.

Ravenna, din cauză că a trecut prin foarte multe adversități timpuriu în viață, și-a pierdut optimismul firesc al tinereții, încă de la o vârstă fragedă. Ea are o atitudine negativă, pesimistă: „Arăt bătrână! Puterea îmi dispare!” Manifestă o centrare generalizată și permanentă pe aspectele negative ale vieții precum pierderea frumuseții, dezamăgirea și eșecul în eventualitatea unei relații, minimalizând în același timp aspectele pozitive ale vieții sale.

Investește foarte mult timp încercând să se asigure, că nu comite greșeli, fiind predispusă la ruminație obsesivă. Ravenna are sentimente cronice de tensiune și de îngrijorare, acestea fiind evidențiate de obsesiile sale în legătură cu frumusețea și tinerețea sa și relația cu oglinda.

Standarde nerealiste / hipercriticism

Ravenna este ambițioasă și perfecționistă. Consideră că trebuie să se străduiască continuu, pentru a atinge standarde extrem de înalte. O emoție tipică a acestei scheme este presiunea, aceasta fiind necruțătoare. Deoarece este imposibil să atingă perfecțiunea promisă de oglindă, trebuie să se străduiască veșnic mai mult.

În spatele efortului trăiește o anxietate intensă față de eșec. Un alt sentiment este hipercriticismul atât față de propria persoană cât și față de alții. Un lucru caracteristic schemei este cel al gândirii totul sau nimic. Fie și-a atins cu precizie standardul, fie a greșit. Rareori este mulțumită în urma

unui succes deoarece este deja concentrată pe următoarea provocare care trebuie săvârșită perfect. Are impresia că standardele ei sunt normale.

Pedepsire

Consideră că oamenii ar trebui să fie aspru pedepsiți pentru greșelile lor. Se prezintă ca fiind intolerantă și lucrul acesta se vede din felul ei de a se purta cu bărbații.

Nu este dispusă să ia în calcul circumstanțe atenuante. Nu ține seama de imperfecțiunea umană, și întâmpină dificultăți în a simți oricât de puțină empatie pentru o persoană, care face ceva ce ea percepe ca fiind rău sau greșit. Acest lucru s-a văzut în relația cu fratele său Fin, care îi era alături mereu. Îi lipsește capacitatea de a simți milă. Se poate observa tonul punitiv și acuzativ al vocii cu care ea vorbește când cineva a făcut o greșală. Lipsesc blândețea și compasiunea.

Sentiment de îndreptățire / Grandomanie

Schema cognitivă s-a format în urma vrajei pe care Ravenna a primit-o de la mama sa, prin care aceasta a dobândit tinerețe și frumusețe veșnică.

Ravenna se simte specială, se consideră mai bună decât restul oamenilor, deoarece nu cade pradă sentimentelor de iubire care reprezintă o slăbiciune pe care ea o detestă. Se simte îndreptățită să aibă privilegii și drepturi speciale și nu se simte constrânsă de principiile de reciprocitate.

Încearcă să controleze comportamentele celorlalți pentru a-și îndeplini propriile nevoi, fără a manifesta empatie sau grijă față de nevoile celorlalți, impunându-și forțat punctul de vedere.

Se angajează în comportamente egoiste și grandomane indiferent de consecințele asupra celorlalți, acestea fiind evidente prin indiferența sa față de moartea fratelui ei, pe care l-ar fi putut ajuta și uciderea copilei surorii sale, la îndemnul profetic al oglinzii.

Comportamentele pot fi o metodă de supracompensare pentru deprivarea emoțională, un mod de a face față amenințării percepute.

Bibliografie

1. Ionescu G. (1997). *Tulburările personalității*. București, Editura Asklepios
2. Jung C.G. (2003). *Arhetipurile și inconștientul colectiv*, București, Editura Trei.
3. Jung C.G. (2003). *Două scrieri de psihologie analitică*, București, Editura Trei.

4. Minulescu M. (2001). *Introducere în analiza jungiană*, București, Editura Trei.
5. Murray S., Corbett L. (1992). *Modern Jungian interpretation of fairy tales. Vol. 2*. Willmette, Illinois, Chiron Publications.
6. Von Franz M.L (2002). *Animus and anima in fairy-tales*. Toronta, Canata, Inner City Books.
7. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar (2015). *Terapia centrată pe schemele cognitive. Manualul practicianului*.

DE LA PSIHOZA SIMBIOTICĂ LA SCHIZOFRENIE

Simona Trifu
Eduard George Carp
Anca Gutt
Arina Trifu

Motivale internării:

Pacienta, în vârstă de 30 de ani, cunoscută cu antecedente psihiatrice din 2008, se internează actualmente adusă de Salvare, la indicația medicului specialist psihiatru, ambulanța ce a fost chemată în cabinetul de consultație al acestuia, unde pacienta este dispensarizată teritorial și unde la respectivul moment de timp se află pentru evaluare, împreună cu tatăl.

Decizia de internare a fost luată atât datorită **fenomenologiei psihotice** a pacientei, cât și datorită **situației tensionate familiale** dintre pacientă și tată (mama fiind în drum spre casă, din străinătate, unde era plecată la muncă), de asemenea fiind prezente și simptome de **inversiune afectivă față de părinți și comportamente bizare**.

Odată cu internarea pe secție, după ce pacienta semnează consimțământul informat, aceasta insistă într-o manieră bizară să stea *la salon de cheie, pentru a-i arăta mamei*, simultan, *că este grav bolnavă*, dar și *supusă*. Prezintă instabilitate decizională marcată legată de secția în care acceptă spitalizarea, legată de salon, cât și de medicul curant.

Scheme terapeutice încercate în antecedente:

Dintre toate **antipsihoticele** de generație modernă încercate în perioada 2008 - prezent, reținem **răspunsul bun** al pacientei la **Aripiprazol oral**, care ulterior a fost continuat cu forma injectabilă depozit lunară, **1 f Maintena 400 mg**, perioada maximă de complianță fiind de doi ani, medicație sub care pacienta a prezentat un comportament cvasinormal, apropiat celui mai înalt nivel de funcționare anterior atins.

În momentul în care aceasta **renunță la medicația antipsihotică**, în decurs de 3 - 4 luni, reveneau **simptomele de coloratura negativă**, însoțite de **apatie, avolitie, neglijarea igienei personale, neglijarea alimentației**, precum și **alimentație selectivă cu motivații necunoscute**.

De asemenea, **mama relatează** că, în absența tratamentului, pacienta a avut **câteva episoade** în care **a plecat de acasă fără scop**, în care a încercat o internare în Spitalul de Psihiatrie de la Sapoca sau a încercat să-și găsească de lucru în alte orașe ale țării, fiecare astfel de tentativa soldându-se cu **anunțarea Poliției de către familie și comportament de a fi recuperată / găsită de aparținători sau de organele de ordine publică în diferite gări, așteptând fără scop**.

Din istoricul medical psihiatric reținem:

*** noiembrie 2008 CT cerebral. Concluzii: Fără leziuni heterodense supra sau infra tentoriale. Ușoară atrofie corticală frontală și cerebeloasă.

*** 29.07.2009 - 15.09.2009 internare Dg.: **Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt.** (Tratament: AP + AD + Timostabilizator).

*** 08.10.2010 - 05.11.2010 internare Dg.: **Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt. Tulburare de personalitate de tip polimorf.** (Tratament: Serochel 400 mg + 1 f Zypadera).

*** 22.06.2011 - 29.06.2011 internare Dg.: **Tulburare represivă recurentă nespecificată. Tulburare afectivă în remisiune.** (Tratament: AP depozit 1 f Zypadera).

*** 12.02.2013 - 15.03.2013 internare Dg.: **Tulburare schizoafectivă. episod dispozițional mixt.** (Tratament 10 mg Olanzapina + Timostabilizator).

*** 05.11.2013 - 03.12.2013 internare Dg.: **Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt** (Simptomatologie dominantă: disforie, revendicativitate, interpretativitate, suspiciozitate) (Tratament; Aripiprazol 20 mg + Timostabilizator).

*** 13.01.2014 Spitalizare de Zi. Dg.: **Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt.**

*** 26.02.2014 Spitalizare de Zi. Dg.: **Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt.** (Tratament: Abilify 15 mg + Timostabilizator).

*** 24.04.2014 Spitalizare de Zi. Dg.: **Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt.** (Tratament: Abilify 10 mg + scăderea dozei de Timostabilizator).

*** 24.09.2014 - 30.09.2014 internare Dg.: **Tulburare schizoafectivă nespecificată.** (Simptomatologie: disforie, anxietate difuză, interpretativitate și suspiciozitate) (Tratament: Abilify 10 mg + Timostabilizator).

*** **Examen psihologicul** efectuat în **30.09.2014** releva aspectul îngrijit și conduita decentă, gestica și mimica mobile și adecvate situației. Neagă tulburările în sfera perceptivă la momentul examinării, dar recunoaște prezenta halucinațiilor auditive în antecedente. Ideatie de persecuție și

prejudiciu. Eficienta operațional-cognitivă în parametrii normali de referință pentru vârstă și studii. Personalitate dezorganizată cu tendințe paranoide. Inversiune afectivă față de părinți și familie. Critica parțială asupra bolii. Instabilitate emoțională, toleranță scăzută la frustrare.

*** 27.11.2014 **Internare Non-voluntară** întitată în data de 24.11.2014. Dg.: **Tulburare psihoafectivă. Episod psihotic acut.**

*** 12.02.2014 - 19.01.2015 internare Dg.: **Schizofrenie paranoidă.** (Simptomatologie: agitație psihomotorie, ideatie delirantă de persecuție, comportament delirant, halucinații vizuale, crize clastice, dromomanie, inversiune afectivă fata de mama, retragere sociala, non complianța la tratament, insight absent) (Tratament: Abilify 20 mg + Timostabilizator, ulterior 1 f Maintena).

*** 15.03.2016 - 23.03.2016 internare Dg.: **Schizofrenie paranoida.** (Simptomatologie: agitație psihomotorie, ideatie delirantă de persecuție și prejudiciu) (Tratament: Maintena 400 mg 1 fiola / luna)

Starea social ocupațională:

A absolvit 12 clase + Bacalaureat într-un liceu teoretic, imediat intrând la Facultatea de Arhivistica, ale cărei cursuri le-a urmat cu rezultate școlare peste medie, până în anul III de facultate, când considera că această meserie nu i se potrivește. Pentru câteva luni prezintă abandon școlar, în raport cu care atât mama cât și cadrele didactice universitare încearcă să o mobilizeze pentru a frecventa cursurile, în condițiile unei simptomatologii de tipul apatoabulie și retragere socială, care a mers până la anorexie, cu motivație bizară și părăsirea cu dificultate a patului, consultul psihiatric fiind amânat pentru o perioadă de câteva luni. Nu reușește să finalizeze anul III de facultate și nu susține licența, abandonând (anul 2008).

Ulterior, intră în circuitul psihiatric și primește ajutor de specialitate, reușind să finalizeze o Școala Postliceală de Asistente Medicale, urmând pentru **șase luni** meseria de asistent medical la un Centru de Transfuzii, de unde își dă demisia, în dorința de a urma cursurile Facultății de Fizio-kineto-terapie din același oraș, la Zi, afirmând că nu poate îndeplini simultan atribuțiile de asistentă medicală / programul de muncă și frecventarea facultății. În scurt timp (de ordinul câtorva luni), abandonează și această facultate, după care dă concurs pe post de asistent medical în cadrul unui mare spital din București, concurs pe care îl promovează. Se angajează pentru **trei săptămâni**, ulterior dându-și demisia afirmativ din cauza navetei și a imposibilității de a se susține financiar. Urmează alte două concursuri pe post de asistentă medicală în două locuri distincte, dar după promovarea cu succes a respectivelor examene, **nu se prezintă la nici unul din cele două locuri de muncă.**

Față de mama prezintă inversiune afectivă, relația cu cele două surori s-a răcit semnificativ comparativ cu copilăria (pacienta fiind prima născută dintr-o frăție de trei fete), despre cea mică dintre acestea povestind că la 14 ani a fugit de acasă pentru o perioadă de câteva luni, plecând în alt oraș, într-o relație de concubinaj, datorită neînțelegerilor cu mama. La rândul său, pacienta consideră că mama i-a stricat relația de prietenie cu un tânăr dintr-un oraș vecin, interzicându-i să locuiască împreună cu acesta și insistând să se întoarcă în orașul natal.

Comportamentul surprins în timpul interviului:

Discursul este spontan, coerent, centrat pe starea de boală, dar și pe rezolvarea problemelor cu care se confruntă. **Disimulează tulburările calitative în sfera percepției**, atât în momentul examinării, cât și în antecedente, **precum și ideea delirantă sau pe cea de referință și influență**, utilizând major mecanismele de **negare și proiecție**, afirmând repetat și consecvent că *toate aceste idei sunt din capul mamei*.

Din afirmațiile mamei, aceasta susține că debutul episoadelor survine cu insomnie, izolare, negativism alimentar: *„Plângea și impresiona medicul și nu se vedea cât de bolnavă este.”*

Replicile pacientei sunt în registrul:

„Eu vreau să lucrez ca asistent medical și știu că pot. Mama nu mi-a dat bani și nu m-a susținut să lucrez în București.”

„Consider că mama a greșit în mai 2008 când eu am vrut să renunț la facultate pentru că am considerat că nu mi se potrivește, iar ea mă trezea la 5.00 dimineața și mă obliga să mă duc cu taxiul la cursuri. Este adevărat că eram un pic tristă, dar nu consider că decizia de a renunța la o facultate este un simptom de psihiatrie.”

„Eu îmi căutam de muncă, voiam să rămân în București, este vina mea că s-au întâmplat toate acestea, nu am fost făcută pentru meseria de arhivist.”

„În perioada mai - iulie 2008 am fost la un medic psihiatru din MAI, care mă deranja că nu se mai oprea din fumat în fața mea. Eu nu voiam decât să mă relaxez și să nu mai știu de părinți. Mi-a propus internarea dar am refuzat-o.”

Prima internare la psihiatrie are loc în **31 oct. 2008**, din relatările pacientei rezultând ca dispoziția tristă de tip apatoabulic, cu negativism alimentar și izolare socială este virată în **registrul expansiv**, fiind însoțită de **fenomene psihotice**:

„Eram pusă pe ceartă tot timpul, până și pentru faptul că dacă eu deschideam fereastra mama o închidea în urma mea.”

„Dormeam dar nu mă odihneam, aveam insomnii.”

„Am fugit de acasă și am fost la mănăstire, au mei au venit după mine acolo și m-au adus acasă, unde am refuzat să mănânc vreo patru zile.”

„Mâncarea îmi făcea rău, simțeam un gust schimbat. Poate m-am înșelat.”

„Mama m-a dus și la exorcizare.”

„Sunt conștientă de faptul că atunci aveam nevoie de ajutor.”

„Au fost perioade când am fost mai plină de energie și de viață. Starea mea de spirit era normală.”

În primul interviu după momentul internării, într-un moment de inversiune afectivă față de **mama**, afirmă că o numește pe aceasta **Godzila**, porecla despre care spune că înseamnă „**maimuțică urâtă**” (afirmație făcută cu drăgălășenie). În următoarele zile ale internării, la reluarea anamnezei, de multe ori în prezența mamei, inversiunea se transforma în abivalență afectivă, **pacienta relatând**:

„Eu o iubesc pe mama și ea mă iubește pe mine, dar ne iubim diferit.”

„Îmi este frică să nu sune la Salvare, să mă ducă la Balamuc.”

Mama afirma:

„Neînțelegerea între mine și ea a început de când s-a îmbolnăvit.”

„Își face tratamentul doar pentru șase luni, în următoarea perioadă de patru luni este bine, după care simptomele apar treptat: nu mai vorbește cu nimeni, nu mai mănâncă decât un ou pe zi, nu bea apă și nimic altceva.”

„Îmi spune că îi pun medicamente în corp, dar eu nu îi pun absolut nimic de genul pastile în mâncare sau apă, fără ca ea să știe.”

„Stă doar în casă, nu se uită nici măcar pe laptop, nu comunică, nu bea apă și nu mănâncă.”

Referitor la **fenomenele psihotice de tip productiv / pozitiv**, mama relatează prezența acestora în **urmă cu cinci ani**:

„Era acasă, am chemat-o pe sora mea. A ieșit din camera și i se părea în continuu că în casă mai este și altcineva.”

„Spunea că eu sunt de vină, că m-am lăsat influențată de altcineva ca să o internez și ca să iau bani pe ea.”

„Zicea că cineva vrea să îi facă rău, iar eu îl ajut pe acel altcineva să îi facă un rău și mai mare.” „Avea vânătași pe picioare și credea că eu am băgat pe cineva în camera ei, ca să îi producă aceste lovituri.”

„Atâta timp cât lua Abilify, era bine, prietenoasă și funcționa social.”

Mama relatează un **eveniment psihotraumatizant** întâmplat în data de 30 noiembrie 2007 și pe care îl consideră ca trigger în declanșarea tulburării psihice, decesul nepoțelului de 7 ani, în accident de mașină, în

momentul în care pacienta avea **19 ani**, aceasta fiind foarte apropiată de copil.

Referitor la relația de ambivalență cu pacienta, mama povestește un incident semnificativ, în care Poliția a găsit-o pe aceasta în gara dintr-un alt oraș, țipând când și-a întâlnit familia.

Pentru pacientă, anumite **manifestări somatice** determinate de perioadele lungi de **anorexie** sunt **interpretate delirant**, ca producându-se **xenopatic**, în casa mamei și *din cauza acesteia*.

Pe parcursul internării, se desfășoară multiple întâlniri mamă – fiică, cu accent pe managementul situației tensionate dintre acestea.

În momentul examinării, în **fața comisiei de diagnostic**, pacienta dezvăluie numai **componenta afectivă a tulburării sale**, **disimulând fenomenologia psihotică**, precum și **intensitatea simptomatologiei negative**.

Într-una din întâlnirile exclusive **cu medicul curant**, explicitează **motivațiile bizare trăite pe parcursul episodului de debut**:

„Toată copilăria mea, mama mi-a spus că am o ereditate încărcată, că toată familia tatălui meu e plină de Schizofrenie și că voi ajunge schizofrenă. Mie nu îmi plăcea Facultatea de Arhivistica și doream să renunț la aceasta, pentru Psihologie sau Psihiatrie. Dar mă temeam că nu voi fi în stare să finalizez acest drum, deoarece voi deveni schizofrenă, așa cum mama mi-a prezis. Atunci m-am gândit să mă expun în mod intenționat și conștient la stresuri din ce în ce mai mari, să văd dacă devin schizofrenă. Așa că am început să mint conștient și să exagerez anumite lucruri, făcând afirmații neadevărate de tipul că am fost selectată să fiu stewardesă sau fotomodel, pentru calitățile mele de excepție. Precum și alte idei de grandoare, pe care le spuneam intenționat părinților la telefon, astfel încât să audă și colegele mele de cameră.”

Examen psihologic:

Scala Calgary: depresie moderată

Profilul trăsăturilor simptomatice Woodworth Matthews:

➤ Tendințe depresiv – obsesionale = nehotărâre, îndoială, nesiguranță proprie = 120

➤ Tendințe paranoiace = 140

➤ Tendințe depresiv hipocondriace = încordare psihică, dispoziție tristă, deprimare, preocupări crescute pentru starea de sănătate = 208

➤ Tendințe histeroid - epileptiforme = acțiuni instinctiv pulsionale în care predomina afecte brutale neinhibate de rațiune = 216

Profilul trăsăturilor accentuate Schmieschek:

*** anxietate 75 %

*** demonstrativitate = risc de refugiu în boala și autocompătimire;
hotărâri pripite centrate pe prezent = 58 %

Explicitare: Emotivitate, sensibilitate și receptivitate sufletească, impresionabilitate, plâns facil generat de tristețe, milă sau înduioșare. Risc de decompensare depresivă.

Luscher. Proiecția electivă:

Obiective dorite / Comportament dictat de acestea: pacienta are nevoie imperioasă de fuziune cu un celălalt, pentru a trăi sentimentul împlinirii; teama de conflict; simțul conformității.

Comportament potrivit situației existente: lucrează bine în colaborare cu alții, are nevoie de o viață personală, înțelegere reciprocă și lipsa conflictelor.

Caracteristici reținute / Comportament nepotrivit situației existente: simte că este încărcată cu mult mai mult decât partea care i se cuvine din problemele cu care se confruntă. Se străduiește să fie flexibilă și adaptabilă, dar nu întotdeauna îi reușește.

Caracteristici respinse sau reprimare / Caracteristici încărcate de anxietate: percepe situația prezentă ca fiind dezagreabilă. Are nevoie de a se alia cu alții, care au aceleași standarde înalte, pentru a evada din situația prezentă. Se străduiește să aibă un înalt nivel al controlului pe care îl exercită asupra instinctelor sale senzoriale, restrângându-și capacitatea de a se da ruși, până la izolare. Își consideră instinctele ca pe niște slăbiciuni ce trebuie depășite, fapt ce o determină să folosească mecanismul autoconstrângerii pentru a-și putea menține atitudinea de superioritate individuală. Vrea să fie iubită sau admirată, are nevoie de atenție, recunoaștere și stima celorlalți.

Problema actuală / Comportament apărut din cauza stresului: îi este teama că poate fi împiedicată să realizeze lucrurile pe care și le dorește. Este capabilă să se folosească de farmecul personal, sperând că astfel își va realiza cu mai multă ușurință scopurile.

Psihodiagnosticul experimental al pusiunilor (Szondi test):

In profilul de prim plan:

S = h-s±: sadomasochism cu reprimarea erosului, preocupări pentru cultura și civilizație.

P = s₀hy₀: ambivalența privind descărcarea concomitentă a afectelor dure și a celor duioase. Dileme etico-morale de nesuportat. Profil histeriform, dezintegrarea afectelor specifică unei tulburări afective.

Sch = k-p+: inflație negativă (inhibiție). Polimorfism sexual bazat pe imaturitate și infantilism, homosexualitate latentă, având la baza nede dezvoltarea emoțională.

C = d_om+!: oralitate, non atașare la obiecte, toleranță scăzută la emoții.

In profilul de perspectivă:

S = s_oh±: satisfacerea infantilă a agresivității, fără exprimare manifestă.

P = e±hy±: pulsioni paroxismale, blocarea afectelor, ambivalența emoțională. În terminologie metaforică: integrarea lui Cain cu Abel.

Sch = k+p-: proiecție introectată, Eu încăpățânat. Clinic, semnifică o **Schizofrenie afectivă cu dominantă depresiei melancolice. Defectualitate senzorială.**

C = d±m-: ambivalența în căutarea obiectului, baraj contactual, descărcări paroxismale de coloratura paranoidă.

Diagnostic:

Axa I: Tulburare schizoafectivă. Episod dispozițional mixt.

Axa II: Structura de personalitate dependent imatură, cu trăsături histeroide și preocupări hipocondriace.

Axa III: Risc de apariție a comorbidităților anorexiei, în contextul fenomenologiei negative a tulburării de axa I.

Axa IV: Lipsa locului de muncă, multiplele demisii, incapacitatea de a finaliza acțiuni cu miza socio-profesională, suportul redus al familiei, neînțelegerile cu părinții cu care locuiește, datorită ambivalenței și inversiunii afective.

Axa V: GAFS = 40 (scăzut pe dimensiunea anhedoniei, athimhormiei și fenomenelor negative dezvoltate în absența tratamentului).

Opinii și recomandări ale Comisiei Medicale:

Deși la momentul prezent nu sunt identificate fenomene din dimensiunea productivă, întreaga **documentație medicală** prezentă din perioada ultimilor **nouă ani** sugerează perioade de interpretativitate delirantă, negativism, inversiune afectivă față de familie, suspiciozitate, xenopatie, utilizarea marcată negației și proiecției psihotice, alături de simptome evidente din registrul negativ (neglijarea igienei personale, apatoabulia, atimhormia, retragerea socială, izolarea, incapacitatea de a face față unui loc de muncă).

Coloratura schizofreniei pare una afectivă, în care la debut a fost prezentă latura expansivă (virată după o depresie neidentificată clinic),

următoarele episoade fiind de tip mixt. După instituirea tratamentului, s-a evidențiat mai mult latura depresiva.

Considerații necesare:

*** Continuarea tratamentului cu **antipsihotic depozit** de tip Maintena 400 mg 1 fiola / luna sau Fluanxol 20 mg 1 fiola la 3 săptămâni, alături de Gabaran 800 mg/zi, opțiunea depozit impunându-se datorita non complianței la tratament.

*** Psihoterapia individuala, precum și familiala, pentru managementul situațiilor critice generate de relația fuzională mamă - fiică, în care alternează iubirea intensă cu ura patologică.

Psihoterapia trebuie să fie centrata pe susținerea Eului și activarea resurselor proprii, în vederea depășirii situației stresante din momentul prezent (restrângerea sferei de interese și activități în jurul suferinței psihice).

*** Este importanta prezenta unui mediu stabil emoțional, non tensionat, în care sa fie reduse la minimum certurile, reproșurile sau presiunile.

TANGENȚIALITATE ȘI COMPORTAMENT BIZAR ÎN SCHIZOFRENIA PARANOIDĂ CU DEBUT TARDIV

George Negru
Daniela Brăileanu
Eduard George Carp
Simona Trifu

Condiții de viață și muncă:

Se află la prima internare la psihiatrie, locuiește cu părinții, este necăsătorită, nu are copii, mai are încă trei surori. Tatăl este imobilizat în scaun cu roțile post accident vascular cerebral, mama este suferindă de ciroză hepatică, aflată într-o internare de mai lungă durată, starea acesteia de sănătate fiind una precară.

A absolvit 10 clase, în prezent nu lucrează de mai mulți ani, povestește cum pentru o scurtă perioadă de timp a lucrat într-un laborator de cofetărie.

Circumstanțele internării:

Poliția a fost chemată la domiciliu de către tatăl pacientei, aceasta *refuzând să deschidă ușa și prezentând incoerenta la nivelul discursului*. Din declarația tatălui, rezultă că aceștia (părinții) s-au mutat în Căzănești alături de pacientă în **anul 2014**, când cea în cauză a început să prezinte *tulburări de comportament, manifestându-se violent verbal*. În ultima perioadă de timp, *fica ieșea afară dezbrăcată, adresându-i cuvinte jignitoare și vulgare și îmbrâncindu-l în scaunul cu roțile sau uitându-l pentru ore întregi afara în frig*: „După ce m-a scos afară din apartament, mi-a aruncat două gece pe mine și s-a închis în casa închizând ușa pe interior, refuzând să mă mai primească în casă.”

De asemenea, tatăl afirmă că pacienta a refuzat în repetate rânduri să se prezinte la medicul de familie sau să accepte un consult de specialitate. Își spăla lucrurile personale și se ocupa de îngrijirea ei, nu și de cea a tatălui. Acesta insistă să precizeze în declarație că nu a fost lovit de către pacientă, că nu a prezentat leziuni de nici un fel și că nu a solicitat îngrijiri medicale asistentei de pe Ambulanța care a venit la domiciliu pentru a transporta pacienta la spital. Tatăl este ajutat în îngrijire și întreținere de către vecini și rude, aceștia pregătindu-i mâncarea și aprinzându-i focul în sobă.

Evaluare în fața comisiei:

Pacienta **ostilă, disforică, logoreică, discurs circumstanțial, răspunsuri tangențiale, voce cu tonalitate înaltă**. Afirmă căa nu a fost niciodată plecata în străinătate, ulterior răspunsurile la întrebări fiind tangențiale și cuprinzând **ideație delirantă fragmentară**: „*România are legături cu alte țări... eu sunt persoana publică ... persoană singură...*”. Se remarcă o **dezorganizare la nivelul frazelor**, sărind de la o idee la alta. Este întrebată despre rezultatul analizelor de sânge, deoarece în investigațiile uzuale efectuate în cadrul Spitalul de Urgență Slobozia s-a descoperit un VDRL pozitiv, de asemenea ridicându-se și suspiciunea de HIV: „*Aceste analize le-am aruncat, nu mi s-au dat, nu mi s-au citit.*”, „*Pe mine m-a interesat să fiu asigurată, apoi să îmi fac analize.*”

Ulterior, **discursul se dezorganizează**, pacienta prezentând numeroase **idei delirante fragmentare**, cu semnificație simbolică și coborârea funcționării în concret: „*Leul este simbolul național al Marii Britanii... Celelalte persoane s-au transformat în păsări... vulturul american și bradul românesc... Ceilalți s-au transformat în animale cu patru clase...*” Prezintă răspunsuri tangențiale de tipul: „*Câți ani ai muncit? / Eu, la 40 de ani, sunt în floarea vârstei!*” De asemenea, prezintă **dezinhibiție sexuală, rime cu conotație ludică, clang asociații**: „*Ce faci tu când mergi pe stradă? / Stai în cur și o iei la labă!*”, „*Eu nu fac laba la cal!*”. Încearcă să creeze glume cu jovialitate nepermisă și calambururi, nereușind să îi contamineze pe cei din jur cu dispoziția sa.

Prezintă **negare psihotică și refuz al realității**, cuplat cu **răspunsuri tangențiale și mecanism proiectiv**: „*Ai HIV? / Nu am înțeles întrebarea. Am râie de la broaște!*”, „*Ai sifilis? / Mi-ați dat dumneavoastră așa ceva? Sau este ceva ce trebuie să dau eu mai departe?*”, „*Mi-ați luat sângele din vene...*”, „*Eu sunt ateista, și deista, și ideista*”. **Atitudinea ostil emfatică** de coloratura paranoiacă este punctată de utilizarea **neologismelor active**, care exprima **stări psihice particulare**: „*Dumneavoastră ați făcut vreodată meditație transcedentală?*”, „*Părinții mei reflectează ce-i în preajmă, în anturaj și în mediu*”. **Gândirea pacientei coboară de la nivelul abstract și metaforic în concret** și este prezenta **ideația delirantă de relație și influență, insuficient argumentată**, precum și **inversiunea afectivă față de tata**: „*Pe tata l-am scos afară din casă să se aerisească, să îi treacă un pic problemele pe care le are. Mirosea a caca și a pipi.*”

Ca **antecedente heredocolaterale**, reținem că **sora tatălui** a avut probleme psihiatrice, fără ca pacienta să le poată preciza.

Examen psihologic:

Impromptitudine în orientarea temporo-spațială, orientată auto și allopsihic, conștiința lucidă, discurs spontan bogat ce își pierde aspectul

logic global, senzație de deja-vu: „Nu știu cum am ajuns aici, nu îmi pot aminti”; „Totul mi se pare cunoscut, ca și cum aș mai fi fost aici, poate am mai fost cu altcineva, nu știu sigur...”; „Situția de acasă este grea, părinții sunt în vârstă, bolnavi, neputincioși, neînțelegerile cu ei sunt foarte mari, nu mă simt în siguranță în propria familie.”; „Niciodată nu visez, totul este real în viața mea.” Ulterior, discursul capătă coloratură delirantă, pacienta utilizează neologisme active pentru a exprima stări particulare: „Am făcut o școală teocratică, unde am învățat despre lucruri sacre, lucruri pe care nu toți oamenii le pot percepe, dacă nu au înclinația necesară.”

Luscher. Proiecția electivă:

Obiective dorite / Comportament dictat de acestea:

Caută legături armonioase și satisfăcătoare, dorește o uniune intimă bazată pe dragoste, sacrificiu de sine și încredere reciprocă.

Comportament potrivit situației existente:

Nevoie intensă de legătură apropiată, care merge până la identificarea cu un altul (mecanism psihotic).

Caracteristici reținute / Comportament nepotrivit situației existente:

Simte că nu poate să facă prea mult în legătură cu problemele și dificultățile existente și încearcă să reziste cât mai bine situației de fapt.

Caracteristici respinse sau reprimite / Caracteristici încărcate de anxietate:

Simte că viața trebuie să îi dea mai mult și că dorințele și speranțele sale trebuie să se realizeze în întregime. Plutește în nesiguranța atrăgând neazuri, în pofida încordării psihice. Domina inatenția. Se luptă pentru a evita decompensările și pierderile referitoare la imaginea de sine. Nevoie de valorizare și siguranță.

Problema actuală / Comportament apărut din cauza stresului:

Dorește stabilitate și liniște, ca background pe care să poată clădi.

Psihodiagnosticul experimental al pusiunilor (Szondi test):

In profilul de prim plan:

S = h-s₀: activism, supratensiune, reprimarea sexualității, tendințe homosexuale latente.

P = e₀hy-: interdicția afectelor erotice, precum și a celor fine, anxietate senzitivă de relație, slab control etic, imagine delirantă legată de eros, toate aceste sugerând schizofrenia paranoidă.

Sch = k₀p+!: Infatie totală, ambitendința, posesiune. Profilul paranoidului inflativ pe fond epileptic. Posibil delir religios nemărturisit. Tendințe homosexualitate.

C = d-m+: fidelitate în relație, acroșaj la obiecte, legături incestuoase, posedarea Eului.

Profilul de perspectiva

S = h+s+: senzualitate, pasivitate care poate degenera în sado masochism.

P = e+-hy+: natura cainiana, dubitativ etic, își montează pe scena vieții îndoială de sine de tip „*a fi sau a nu fi*”, flux afectiv alcătuit din acumularea afectelor dure cu mascarea surplusului emoțional. Alegerea corespunde fazei hiperinflative, care poate preceda dominantă și acting out uri. Anxietate senzitivă de relație, încercări de disimulare.

Sch = k+-p-!: proiecție reprimată, fuga de idei, Eu hiperinflativ de tip paranoid.

C = d+m-: infidelitate în relație, detașare și *plecare în căutare*, contact depresiv și autist. Clinic: Schizofrenie grefată pe fond epileptoid cu descărcări proxismale.

Profilul trăsăturilor accentuate Schmieschek:

*** Hiperperseverența = 83 %

*** Hiperexactitate = 83 %

*** Hipertimie = 75 %

*** Anxietate = 63 %

*** Motivație = 63 %

*** Demonstrativitate = 58%

Concluzii

Dificultăți de concentrare, stabilitate și selectivitate a atenției.

Scăderea capacității de conținere a afectelor.

Restrângerea sferei de interese și activități.

Toleranța redusă la frustrare.

Personalitate de tip hiperperseverent, cu ambiție înaltă dublată de susceptibilitate.

Din ***Ancheta socială*** efectuată la domiciliu, rezultă (din afirmațiile tatălui) că pacienta are probleme de sănătate de mai mulți ani, nu are relații sociale și nu este comunicativă nici cu familia. Mama pacientei a decedat în perioadă în care aceasta era internată în spital, pacienta fiind informată de către medicul curant, reacționând prin mecanisme de negare și disociere.

Concluzia comisiei:

Deși pacienta se află la prima internare într-un serviciu de psihiatrie, **atitudinea emfatică de tip paranoiac, utilizarea mecanismelor de negare și proiecție psihotică, atitudinea ostilă și disforică, gândirea circumstanțială și răspunsurile tangențiale**, alături de **utilizarea neologismelor active, a clang asociațiilor, rimele bizare, ideea deliranta de influență, dezorganizarea conceptuală și coborârea funcționării psihice în concret** susțin diagnosticul de **Schizofrenie paranoică cu debut tardiv**.

Comisia medicală suspicionează faptul că pacienta a prezentat această funcționare psihotică pe parcursul ultimelor ani, iar la momentul prezent, cu mare probabilitate, asociază și fenomenologie perceptuală de tip halucinator, care este disimulată.

GELOZIE ȘI DISTRUCTIVITATE. STARE CREPUSCULARĂ CU ÎNGUSTAREA CÂMPULUI CONȘTIENȚEI

Daniela Brăileanu
Antonia Trifu
Jeni Voicu
Simona Trifu

Motivele internării:

Pacientul, în vârstă de 34 de ani se află la prima internare într-un serviciu de psihiatrie, fiind adus de către organele de poliție, în Procesul Verbal fiind consemnată declarația soacrei pacientului cu privire la faptul că *cel în cauză este băut și amenință că își va omorî copiii, apoi și pe sine*. Tot din Procesul Verbal reiese faptul că tot soacra pacientului este cea care a declarat că *acesta a pus în casa bătrânească mai multe coroane și a afirmat că a doua zi va cumpăra și sicrie*. Coroanele au fost văzute și de către o vecină, care l-a ajutat la curățenie, precum și de cei doi copii ai pacientului, care s-au speriat și au fugit pe stradă, mergând în restaurantul vecinului, unde au afirmat că *tatăl lor au umplut o cameră cu coroane și i-a amenințat că îi omoară*.

Pacientul s-a prezentat la Camera de Gardă a Spitalului de Psihiatrie Săpunari în data de 20 februarie 2016, ora 16.50, diagnosticul de internare fiind **Tulburare psihotică acută polimorfă fără simptome schizofrenice**. Medicul de gardă a stabilit o bună alianță terapeutică cu pacientul, explicându-i consecințele faptelor sale și insistând pentru internare, evaluare și tratament.

Menționăm că în conformitate cu Legea Sănătății Mintale, **procedura de internare nonvoluntară se declanșează după ce s-au epuizat toate variantele de a convinge pacientul pentru acceptarea internării și semnarea consimțământului informat**. În cazul de față, pacientul, în momentul ajungerii la Camera de Gardă prezenta o relativă critică asupra consecințelor actelor și faptelor sale și a acceptat cu ușurință ajutorul psihiatric, **forma internării fiind voluntară** și alianța terapeutică fiind păstrată pe toată durata spitalizării, care a fost de o lună.

În consecință, **medicul de gardă nu a avut motive să dea curs solicitării Poliției de internare nonvoluntară.** Procedura nu a fost declanșată, Comisia Medicală pentru Evaluarea Cazurilor Speciale întrunindu-se eminamente pentru o opinie medicală legată de diagnostic, tratament, management al cazului, evaluarea actelor comportamentale efectuate de către pacient (atât cât situația prezentă a permis), analiza în apăs coupe a capacității sale psihice cu referire la momentul faptei și, ulterior, a criticii în momentul întrunirii comisiei.

În situația evaluativă, pacientul este ușor tensionat interior, cu atitudine de jenă și dorință de a ieși din situație, încurcat de faptele comise și de consecințele acestora, încercând să aibă o atitudine de „poză”, oferind răspunsuri expectate și contraargumente potențial valide pentru fiecare secvență de acte comportamentale. Relatează că a *zugrăvit camera în cauză pe perioada ultimei săptămâni, că în timpul reparațiilor casnice, oglinda s-a spart și de aceea a acoperit-o. Afirmă că a luat coroanele din cimitir (în număr de șase coroane de plastic) de la mormintele celor dragi (bunicul, tatăl și fratele decedat) pentru a le spăla, lucru pe care afirmă că l-a făcut și în anul precedent, cu ocazia curățeniei de primăvară. Recunoaște în schimb că a bătut cuie în perete, special cu scopul de a agăța coroanele, că știe faptul / cutuma populară în conformitate cu care oglinzile se acoperă când ai un decedat în familie, pe aceeași linie în care oferă informații tangențiale referitoare la faptă fiind afirmația: „Credeți că aveam eu bani de sicrie?”.*

Printre contraargumentele și multiplele explicații pe care și le-a construit pentru a para faptele întâmplare, afirmă: „Soacra vrea să-mi ia copiii, zice să-i dea la școală la Slobozia, iar eu nu sunt de acord.”; „Vecina are dușmănie pe mine, pentru că mă descurc, am fost în stare să construiesc o casă și să țin moara”.

Pacientul a fost confruntat cu ineditul situației coincidențelor, încercându-se totodată punerea în ordine cronologică a faptelor comise. Se constată o **rememorare dificilă, cu încurcarea cronologiei evenimentelor întreprinse în ultima săptămână,** fapt ce sugerează **posibilitatea unei stări crepusculare potențată de consumul de alcool** în momentul critic al acțiunii în care și-a amenințat copiii cu moartea.

Recunoaște că *toate s-au întâmplat dintr-o dată (văruitul casei, adusul coroanelor din cimitir, spartul oglinzii și acoperirea acesteia, precum și faptul e a fi bătut cuie în perete cu intenția directă de a agăța coroanele).* Afirmă: „Nu am mai apucat să duc coroanele înapoi la cimitir. Aveți dreptate, sună ca un ritual de înmormântare, Doamne ferește (moment în care se închină bizar) să ajung eu în situația asta! Sună, dar n-am făcut-o!”.

Pe parcursul interviului, în contratransfer transmite senzația că simte că a făcut ceva rău, un rău pe care nu și-l poate defini: „*Da, corect, recunosc, am zis că mai bine să mor decât să trăiesc în halul ăsta.*” (cu referire la faptul că își iubește foarte mult soția cu care este căsătorit de 15 ani și care de câteva luni este plecată la muncă în străinătate, lucru cu care pacientul nu a fost de acord,). **Se descrie ca fiind o persoană geloasă, fidelă, corectă**, recunoaște că s-a rugat mult de soția sa ca aceasta să nu plece, recunoaște inclusiv faptul că a amenințat-o în acest sens și că și-a crescut consumul de alcool după plecarea acesteia.

Pe toată durata interviului sunt surprinse **elemente de sugestibilitate**, din **dorința de a oferi răspunsuri dezirabile** și de a nu fi surprins caracterul patologic al actelor comise.

Comisia Medicală surprinde faptul că, discursul pacientului sugerează în apăs coupe **o stare crepusculară cu îngustarea câmpului conștienței și păstrarea automatismelor motorii potențată de consumul crescut de alcool la respectivul moment de timp**. Aceeași idee este susținută de **parțiala amnezie postcritică și de incapacitatea pacientului de a ordona cronologic evenimentele acelei perioade**. De asemenea, în momentul evaluării **disimulează gravitatea faptelor și are construcții confabulatorii explicative**.

În continuarea interviului, se decelează **dispoziție depresivă marcată**, dezvoltată pe parcursul ultimelor două - trei luni, cu **limitarea sferei preocupărilor și intereselor, ruminății legate de despărțirea de soție și scăderea ponderală** de aproximativ 5 kg într-o lună.

În ceea ce privește **investigarea copilăriei**, se remarcă decese multiple ale persoanelor de atașament, morți survenite în manieră bruscă (accidente de muncă: decesul tatălui când subiectul avea 14 ani, decesul fratelui în urmă cu patru ani), vis a vis de care pacientul a dezvoltat comportamente compensatorii de a se simți liniștit și împăcat sufletește în atmosfera cimitirului: „*Pe mine mă liniștesc astea: cimitirul, sfeștnicile, să mă uit tot timpul la ele...*”.

De menționat faptul că pe durata weekend ului (între momentul internării și momentul evaluării de către Comisia Medicală), a tolerat doze înalte de medicație antipsihotică. Vis a vis de decizia Poliției de a-l aduce în atenția spitalului de psihiatrie, pacientul se raportează cu latura sa „pe dreptate”: „*Era normal să vină să mă ia, era ceva corect.*”.

La **reluarea anamnezei**, în vederea evaluării îmbunătățirilor stării psihice sub tratament combinat antidepresiv și antipsihotic, pacientul își reia discursul centrat de morțile accidentale ale celor dragi, amintindu-și de încă un frate decedat și de maniera brutală în care i s-au adus veștile, descriind și alte comportamente din viața sa în care a fost interesat de aspecte mortuare:

„Când aveam papucul, mă duceam gratis să duc morții la groapă... Lăsam moara și duceam mortul la groapă... De moarte, în schimb, mie mi-e teamă...”

Ulterior, discursul scoate la iveală **latura paranoică a personalității** pacientului, mai ales **pe dimensiunea geloziei**: *„Decât o viață fără ea, mai bine mor. Suntem obligați să ținem unul de altul, indiferent dacă eu rămân șchiop... Ar fi trebuit să țin eu cu dinții de ea ca să nu plece... Mi-e greu în inimă fără ea, că ne-am luat din dragoste. Este adevărat că i-am dat multe telefoane, în care i-am spus: Vino acasă, că eu nu pot să stau fără tine! Nu pot să scot verigheta de pe deget, deși soția mi-a spus că fiecare să meargă pe drumul lui. Niciodată nu am bătut-o, nici pe ea nici pe copii...”* Afirmă că nu înțelege de ce aceasta a plecat, deoarece el este morar în sat, are o situație financiară bună, este respectat și are clienți, suma de bani câștigată de soție în străinătate, nefiind necesară pentru întreținerea familiei.

Se mențin **răspunsurile tangențiale, încercarea de disimulare și evitarea confruntării cu faptele sale**: *„Ai bătut special cuie în perete în acest scop!” / „Da, dar casa e din pământ... Dacă lăsam coroanele afară le vedea lumea... Și ce este rău în asta?”*

Examenul psihologic (testare proiectivă Luscher + Szondi) relevă:

Luscher (sinteză):

→încearcă să scape de tensiunea interioară prin decizii abrupte sau violente;

→se poziționează într-o postură de autoritate, fapt ce-i periclitează situația prezentă;

→este perseverent, în ciuda opoziției;

→se simte izolat și singur;

→este egocentric și ușor ofensabil;

→legătura prezentă o trăiește ca fiind depresivă și este incapabil să-și asume propria individualitate;

→este într-o situație imperativă de a ceda;

→trăiește insatisfacție agitată, datorită circumstanțelor;

→se simte neînțeleș, circumspect, instabil.

Szondi (sinteză):

→pericol de a descărca pulsional;

→conflicte legate de afirmarea virilității;

→risc de agresivitate, mai rar de autodistrugere;

→structura pulsională frizează spiritul cavaleresc de sacrificiu.

→prezintă un profil histero – epileptic – paranoiac, cu risc de manifestări paroxismale de tip *omor pasional*, ascuns sub aura subiectului

șarmant și blând, care, în spetele drăgălășeniei ascunde brutalitatea și agresivitate.

Diagnostic:

Axa I: Episod depresiv major cu fenomene psihotice.

Axa II: Tulburare de personalitate de tip paranoiac.

Axa III: Fără comorbidități somatice semnificative clinic.

Axa IV: Pierderea recentă a suportului familial, psihotraumă la care pacientul reacționează în exces, cu sensibilizarea ofensei.

Axa V: GAFS = 50

Opinii și recomandări ale Comisiei Medicale:

Pacientul a fost consiliat pentru a accepta **internarea pentru o lună în Spitalul de Psihiatrie Săpunari**, a fost **compliant la administrarea tratamentului**, a stabilit o **bună alianță terapeutică**, atât cu medicul curant, cât și cu ceilalți specialiști ai spitalului, a beneficiat de consiliere psihologică pe durata spitalizării, **accentuându-se interzicerea consumului de alcool**, datorită **riscului de a dezvolta decompensări de intensitate psihotică sau stări crepusculare**.

În momentul externării, dispoziția emoțională a fost la nivel eutimic, structura de personalitate rămânând pentru viitor potențată de evenimentele personale de viață. Referitor la decizia externării, medicul curant a informat Postul de Poliție, în conformitate cu solicitarea anterior făcută spitalului în acest sens.

PSIHOZĂ POSTPARTUM, MATERNITATE ȘI COMPORTAMENTE BIZARE

George Negru
Eduard George Carp
Anca Gutt
Simona Trifu
Mihai Hălmăgeanu

Pacienta se internează în ziua de 24 ianuarie 2017, ora 9.15, cu diagnosticul de **Tulburare psihotică acută tranzitorie**. Este adusă de către concubin, cu Ambulanța, de la Spitalul Oltenița, pentru: *comportament bizar, halucinații auditive și insomnie, simptomatologia debutând postpartum* (naștere în urma cu șase săptămâni, al doilea copil).

Din **examenul psihic efectuat la internare**, reținem: ținută îngrijită, igiena corespunzătoare, conștiința clară, contact psiho-vizual dificil de realizat, orientare temporo spațială, auto și allo psihică păstrată, mimica și gestică hipomobile, facies bizar, ras nejustificat, halucinații auditive imperative. Hipoprosexie spontană și voluntară, ritm și flux ideoverbal încetinit, discurs sărac în conținut, lamentativ. Ideeație delirantă polimorfă, comportament și gândire dezorganizate, randament util diminuat, tulburări hipnice mixte, insight absent.

Din foaia de observație completată în Ambulanta, rezulta ca pe parcursul transportului pacienta a prezentat un **sindrom de agitație motorie**.

Condiții de locuit:

Pacienta relatează despre trecutul sau de viață, povestind că în data de 3 decembrie a împlinit 18 ani, iar pe 9 decembrie a născut normal, în cadrul maternității Bucur din București, un copil, băiat, cu greutate în jur de 3 kg și lungime de 50 cm.

Despre condițiile de viață și muncă din ultimele luni înaintea nașterii, afirmă că a locuit în Popești Leordeni, într-o rulota, împreună cu concubinel, acolo unde acesta era angajat la un adăpost de câini. După naștere, din cauza condițiilor precare, se muta amândoi la Budești, unde concubinel lucrează la un alt adăpost de câini. Afirmă ca și aici au fost

probleme, deoarece acesta s-a certat cu patroana. Din relatările telefonice ale inspectorului de la DGASPC, doamna Dulceata Marilena, reiese că aici, la Budești, cei doi au condiții de locuit, pacienta însăși afirmând: „*Aici exista curent, apă, sobă și lemne...*”

Relatează că a plecat de la Budești ajungând la spitalul Oltenița, pentru că i se părea ca *este bolnav copilul*. Acesta a fost oprit în cadrul maternității Oltenița, iar pacienta a fost trimisă în atenția Spitalului de Psihiatrie Săpunari, datorită **comportamentului modificat psihotic**.

În timpul relatărilor, în fața comisiei, prezintă plâns facil, când povestește despre copil, precum și despre mama sa, care este la Curcani. Afirmă că relația cu mama nu este una bună, aceasta purtându-se urât cu ea: „*Acum este și ea supărată, a murit tatăl meu vitreg în urma cu câteva luni și se ocupa să-i facă pomeni.*” Crede că nu poate primi sprijin din partea mamei, deși aceasta știe că a născut și și-a văzut nepotul. Din afirmațiile inspectorului DGSAC, mama pacientei ar fi plecat din Curcani, recăsătorindu-se într-o altă localitate.

Istoric de viață:

În data de 6 august 2015, pacienta a avut prima naștere, un băiat: „*M-am certat cu mama și cu tatăl vitreg, unde stăteam cu copilul, apoi am plecat la vecina și apoi la București.*” Urmează un periplu de câteva luni, în care pacienta, concubinul și primul copil trăiesc în mai multe locuințe limitrofe Bucureștiului.

În perioada în care locuia la Buftea, pacienta afirmând ca *a scăpat copilul de pe picioare în timp ce-l legăna*. Copilul a fost internat în cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii M.S. Curie, cu diagnosticul de **Politraumatism sever**, prezentând hematoame subdurale cronice convexitale, hematom parenchimos temporo parietal drept, multiple cavități porencefalice post lezionale la nivelul parenchimului cerebral, suspiciune tramboza sinus transvers drept, hiposodemie, anemie, epilepsie, retard psihomotor, TCC în condiții neprevăzute.

În data de 6.11.2015, copilul a fost supus unei intervenții chirurgicale, efectuându-se procedurile de evacuare hemetoame subdurale, lavaj, drenaj subdural extern stâng. Evoluția ulterioară a fost nefavorabilă, stare de sănătate devenind critica, viața fiindu-i pusă în pericol: „*Starea neurologică gravă a pacientului sugerând cel mai probabil o evoluție spre un retard psihomotor profund*”. Cazul este supus atenției secției 26 Poliție, sector 4, București (caz penal), unde se desfășoară cercetări sub aspectul **săvârșirii infracțiunii de violență în familie**.

Analizele uzuale, precum și dozările hormonale efectuate pe durata spitalizării sunt în limite normale, **EEG** fără grafo elemente.

Comportament în fața comisiei:

Pacienta, în ținută de spital, orientată temporo spațial, auto și allo psihic, mimica și pantomimica hipomobilă, gestică redusă, discurs spontan sărac, centrat pe rezolvarea problemelor cu care se confrunta, prezintă halucinații auditive, care în trecut au determinat modificarea psihotică a comportamentului: „*Am doi copii, unul de doi ani și altul de o lună, aud voci, mă cert cu ele pentru că mă înjură, nu mă lasă în pace, se învârt pe lângă mine și din cauza lor nu mai pot să fac nimic. Le văd cum se învârt în jurul meu*”. Se mobilizează cu dificultate pentru efectuarea probelor de examinare psihologică.

Examen psihologic:

Scala Calgary: depresie severă

Luscher. Proiecția electivă:

Obiective dorite / Comportament dictat de acestea: Preocupată de lucruri excitante, vrea să fie privită ca o personalitate interesantă care impresionează și îi încântă pe ceilalți. Evită orice ar putea să îi diminueze șansele de succes sau încrederea altora în sine, utilizând în acest sens tactici și strategii.

Comportament potrivit situației existente: Incapabilă să depună efortul necesar atingerii scopurilor. Se simte neglijată, dorește siguranță, afecțiune caldă și probleme mai puține.

Caracteristici reținute / Comportament nepotrivit situației existente: Circumstanțele o forțează la anumite compromisuri și la reprimarea speranțelor, făcând-o ca în prezent să renunțe la unele lucruri pe care și le dorește.

Caracteristici respinse sau reprimare / Caracteristici încărcate de anxietate: Legătura emoțională pe care se baza s-a dovedit a fi dezamăgitoare, iar acum o privește ca pe o legătura deprimantă. Dorește să se elibereze de acest atașament, dar, pe de altă parte, nu vrea să piardă nimic și nici nu își riscă siguranța pentru posibile deziluzii ulterioare. Aceste emoții contradictorii îi agravează starea, făcând-o să le refuleze sub masca unei atitudini reci și grave.

Problema actuală / Comportament apărut din cauza stresului: Circumstanțele de viață și nevoile emoționale neîmplinite au produs stres, anxietate și insatisfacție agitată. Încearcă să scape din această tensiune prin hiperactivism și trăiri variate.

Concluzii ale comisiei:

Pacienta prezintă halucinații auditive, cu interpretativitate delirantă și caracter persecutor.

Filtrul gândirii nu mai funcționează corespunzător, din cauza dezorganizării psihotice. În paralel, gândirea este sărăcită, concentrică și concordantă cu nivelul instrucției (opt clase, repetă de două ori clasa a VIII a). Prezintă ideatie delirantă fragmentară.

Dificultăți de concentrare, stabilitate și selectivitate a atenției. Hipoprosexie spontană și voluntară.

Volumul lexico informațional se limitează la cuvinte simple, uzuale.

Scăderea capacității de conținere a afectelor, restrângerea ariei intereselor în jurul suferinței psihice, toleranța redusă la frustrare.

Este dominată de gânduri negative de incapacitate și lipsa de sens a existenței, manifesta suspiciozitate crescută, maniera de efectuare a sarcinilor este oscilantă, motivația pentru activități este scăzută. Scăderea randamentului social util, prezintă dispoziție depresivă.

Personalitate dezorganizată psihotică.

Comisia confirmă diagnosticul de **Tulburare psihotică acută tranzitorie produsă în perioada post natală**, cu mențiunea că interviul clinic sugerează că și anterior, la prima naștere, este posibil ca pacienta să mai fi prezentat un episod psihotic, nediagnosticat și netratat (aceasta relatând aspecte de tipul: „*Mi se părea că nu este copilul meu, că nu este copil, auzeam vocile alea care mă puneau să fac diferite lucruri.*”)

ETICA ABORDĂRII BOLILOR PSIHOSOMATICE ÎN MEDICINA PRIMARĂ

Dăscălescu Cristina Anca

Patologia cunoscută sub denumirea de bolile civilizației a cunoscut o dezvoltare și diversificare permanentă în raport direct cu dezvoltarea societății omenești și beneficiile introducerii progresului științific în activitatea curentă, dar și cu dezavantajele schimbării stilului de viață sanogen. Stresul, bolile psihosomatice sunt considerate alături de diabetul zaharat, cancerul sau hipertensiunea arterială, boli ale civilizației. Termenul de boli psihosomatice include afecțiunile a căror apariție inițială, dar și posibilă evoluție este influențată de factorii emoționali.

Analizând acest „sistem de reguli generale și publice pentru îndrumarea conduitei (comportării) umane”¹ care este etica în practica medicinei primare, a medicului de familie, să nu uităm că ea are un caracter general, public și realizează o îndrumare „prin a interzice, permite sau impune anumite acțiuni particulare în diferite situații”, respectiv de îngrijire a pacientului vulnerabil afectiv^{1,20}.

Etica medicală studiază principiile și comportamentelor morale ce guvernează relațiile de colaborare între medic și pacientul său, a relațiilor de parteneriat în lumina valorilor și principiilor morale. Acest comportament etic își are originile în Grecia antică, prin Hipocrate (460 - 370 î.Hr.), continuând cu Thomas Percival, în sec. XVIII-lea, care în anul 1803 introduce Medical Ethics și culminând cu setul de standarde etice emise de American Medical Association în anul 1846^{1,3,20}.

În dialogul deschis între medicul de familie și pacientul său în acest parteneriat de sănătate, aliați și nu în confruntare directă, comportamentul sincer și deschis vor asigura reușita tratamentului medical.

Morala, atitudinile directe sau prezentate prin mesaje verbale și non-verbale pe care îl manifestăm în respectarea valorilor, normelor, standardelor și normelor de comportament din perspectiva alegerii zilnice între bine și rău, ce este corect și greșit (filozofia morală), se află în strânsă legătura cu aceste principii și transformarea lor în practică.

În cadrul dialogului profesional, medicul de familie folosind capitalul de încredere câștigat în ani de experiență medicală, va trebui să identifice

reprezentările pe care pacientul le are vis-a-vis de boala sa, să accepte necondiționat faptul că pacientul are convingeri și temeri personale legate de boală și în consecință, să adapteze conținutul recomandărilor terapeutice la aceste reprezentări și la particularităților pacientului său.

În zilele noastre, pacientul nu mai este un spectator pasiv al actului medical, care să urmărească consecințele deciziilor luate de medici pentru el. Pacientul se informează și devine parte activă a sistemului de îngrijire, fiind într-o relație cu medicul său și cu personalul medical, care se ocupă de îngrijire și de tratament.

Pacientul, pe baza încrederii pe care în propriul medic de familie și a informațiilor oferite de acesta, va trebui să-și accepte diagnosticul, să înțeleagă rolul stilului de viață în prevenția primară și secundară a bolilor psihosomatice și, mai ales, că la unele boli cronice sau incurabile, vindecarea nu este posibilă, iar în acest caz vital este echilibrul mintal și prevenirea posibilelor complicații.

Comunicarea face parte din viața noastră cea de toate zilele, iar capacitatea de a comunica eficient definește comportamentul, personalitatea și caracterul fiecăruia dintre noi. Limbajul verbal, și mai ales cunoașterea limbajului non-verbal sau a metalimbajului, ajută medicul de familie, dar și pacientul, în parteneriatul pentru obținerea de maxim beneficiu într-o consultație. Comunicarea non-verbală joacă un rol important în stimularea încrederii și a relațiilor între furnizorii de servicii medicale și pacienți fiind esențială pentru îngrijirea de înaltă calitate. Rezultatele au arătat impactul comunicării non-verbale în relația medic-pacient.

Acesta va răspunde prin complianța și aderența la tratament. Complianța este reprezentată prin dorința de a răspunde unei cereri, rugăminți, respectiv în medicină prin modul în care pacientul vulnerabil emoțional respectă indicațiile terapeutice și de a modificare a stilului de viață recomandate de către medic².

Organizația Mondială a Sănătății definește aderența ca fiind gradul în care comportamentul persoanei corespunde cu recomandările convenite de la un furnizor de asistență medicală.

Complianța este definită ca fiind gradul în care un pacient urmează corect sfatul medicului. Complianța sugerează că pacientul este pasiv în urma ordinele medicului, în timp ce aderența, recunoaște că pacientul este o parte a procesului de luare a deciziilor. Alt termen folosit în dialogul medic pacient este persistența, care este durata de timp în care un pacient continuă să urmeze recomandarea medicului curant^{1,2,3}.

Ființa umană are un echilibru biologic, mintal ce este conferit de homeostazia deplină. Alterarea acestui tot unitar conduce la dezechilibre insesizabile inițial, cu agravare ulterioară definitivă și instalarea bolii. Boala,

aducând ruperea acestei armonii conduce la suferință fizică, psihică, a persoanei, dar și a cercului de influență direct, la o dificultate de adaptare la această situație nouă, neprevăzută. Acest lucru se întâmplă mai ales în cazul pacienților sănătoși sau fără semne evidente de boală și la care evenimentul bolii îi ia prin surprindere, ca „un trăsnet pe cer senin”. Această situație nouă, temporară sau mai grav, definitivă, conduce la reacții diferite, în funcție de temperament, prejudecăți, cultură socială sau individuală, experiențele anterioare medicale personale sau de influență. Bolnavul va avea atitudini diferite față de propria boală, față de medic, dar și față de entourage, manifestate prin teamă, negare, neîncredere, stimă sau poate culpă. Toate acestea vor fi gestionate cu profesionalism, calm, empatie și sinceritate de către medic, pentru o conduită ulterioară benefică pentru pacient și tratarea corespunzătoare a bolii.

„A greși e omenește”, dar să nu uităm că greșeala e diferită de eroarea medicală. Dacă eroarea medicală este legată de cunoașterea incompletă a unei informații medicale, este inevitabilă și imprevizibilă la un comportament medical competent și profesionist, greșeala este evitabilă, previzibilă și este generată de un comportament medical inadecvat și incorect.

Asociația Medicală Mondială (WMA), organizația mondială a medicilor, promovează cunoașterea eticii și a practicii medicale cu respectarea în consecință a normelor etice profesionale⁴. Primele acte emise în acest sens sunt Declarația de la Geneva în anul 1948, Codul de la Nuernberg din 1949, Codul Internațional al Eticii Medicale în 1949, Declarația de la Helsinki în 1964 cu privire la cercetarea pe subiecți umani, Declarația de la Madrid cu privire la Eutanasiu din 1987 și Declarația cu privire la drepturile pacientului Lisabona din anul 1981.

În relația medicului de familie cu pacientul său, trebuie manifestate respect, considerație, recunoașterea unicității, libertății, independenței, valorii și demnității, egale între toți, a dreptului la autodeterminare a dreptului de a fi informat. Se va ține cont atât de autonomie, cât și de consimțământul informat al persoanei care „primește informația și decide în interesul propriei persoane fără a fi subiectul coerciției, intimidării sau aflată într-o stare de vulnerabilitate”⁷

Activitatea medicului este dictată de decizia etică luată. Principiile de etică sunt bazate și pe principiul „Primum non nocere” intervenția medicului să nu facă rău, fiind invocat atunci când dezbat utilizarea unei intervenții care poartă un risc evident de a afecta pacientul sau cu o șansă prea mică de beneficiu. De multe ori alte principii primează, astfel cel care stabilește prioritățile este medicul, în funcție de caz. Beneficiența presupune obligația medicului de familie de a face bine, de a ridica gradul de sănătate al

pacientului său, dar și a comunității din care face parte, cu raportul risc beneficiu în favoarea binelui pacientului său.

STUDIUL PERSONAL

Studiind impactul atitudinii medicului da familie în abordarea pacientul cu boală psihosomatică (colon iritabil, HTA, insomnie, depresie), am chestionat 150 pacienți, adică 80 bărbați și 70 femei, pe un interval de 3 luni repartizați astfel:

GRUPE VÂRSTĂ

20-40 ANI- 12 %,

40-60 ANI- 28%

60-80 ANI -43%

PESTE 80 ANI- 17%

TEHNICA DE INVESTIGARE: chestionarul 12 ITEMI

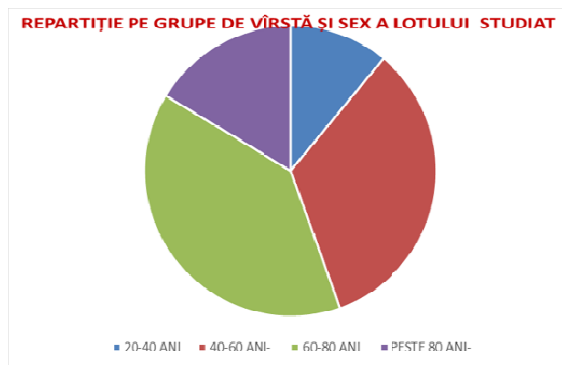
PROCEDEU: autoadministrat sau la cerere administrat de către medic sau de către personalul instruit

INSTRUMENTUL DE INVESTIGARE: grila de întrebări

UTILITATE: obținerea de date precise, riguroase, reprezentative din punct de vedere al comunicării medic - pacientul cu boală psihosomatică și ale posibilelor bariere de comunicare.

REZULTATE:

1. Cea mai mare parte a pacienților aparțin grupului de vârstă 60-80 de ani, ce asociază bolile psihosomatice comorbidităților fizice.



2. Pacienții precizează importanța dialogului direct, a informării complete, a necesității unui bun management al organizării cabinetului.

REZULTATELE FEEDBACKULUI POZITIV ALE PACIENTULUI AU CUPRINS:

1. ascultarea activă,
2. empatia,

3. profesionalismul,
4. gestionarea corectă a priorităților,
5. timpul,
6. lipsa traseismul medical,
7. profilaxia bolii,
8. prevenirea complicațiilor,
9. monitorizarea completă a tratamentului,
10. suport social,
11. încurajarea stimei de sine

Observăm din feedback-ul transmis de pacienți că medicul va trebui să fie atât un bun comunicator cât și un ascultător activ pentru a fi receptat și ascultat de pacientul său. El va trebui să aibă disponibilitate de a urmări cu atenție și interes mesajul verbal și non-verbal transmis de pacientul său, de ascultarea în totalitate a acestuia, fără a fragmenta prin intervenții dese, derularea dialogului și apoi să se exprime clar și adaptat nevoilor pacientului.

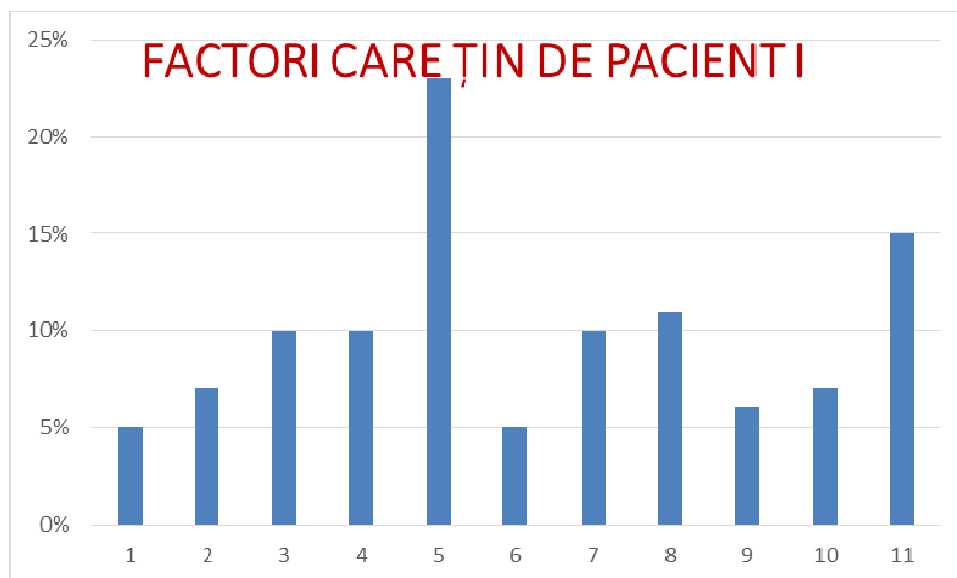
CAUZELE NON-ADERENȚĂ PACIENT SAU IDENTIFICARE BARIERE:

FACTORI DE INFLUENȚĂ ÎN DIALOGUL MEDIC DE FAMILIE-PACIENT

- A. Legate de pacient - cel mai important
- B. Legate de medic
- C. Legate de societate, familie, sistem de sănătate

A. FACTORI CARE ȚIN DE PACIENT

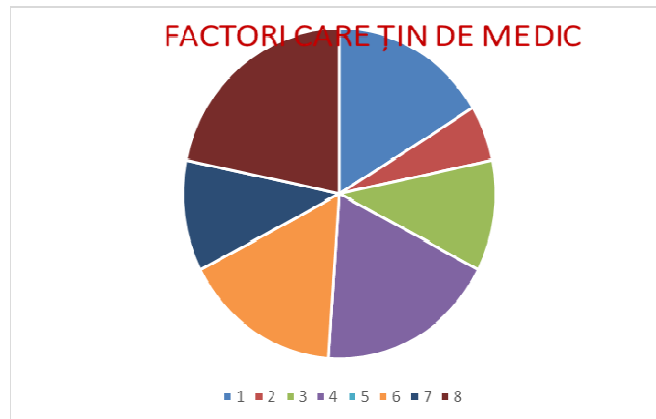
1. vârstă - tânăr / vârstnic 5%
2. grad de instrucție medicală sau personală 7%
3. înțelegerea bolii tratate - maximizare/minimizare 10%
4. anumite boli psihosomatice/cronice nu se vindecă, este boală cronică 10%
5. număr pastile 23%
6. ordinea priorităților - emoțional, social, personal 5%
7. eficiența tratamentului - generice/originale, anturajul, stilul de viață 10%
8. experiențe terapeutice anterioare negative 11%
9. comorbidități fizice sau psihiatrice 6%
10. schimbarea habitatului 7%
11. venit instabil/mic 15%
12. sexul



Din analiza graficului observăm ca impactul bolii și experiențele anterioare negative, tratamentul medicamentos inefficient sau complex, cât și mediul în care trăiește și locuiește pacientul sunt principalele impedimente prezentate. Este necesară adaptarea consultației la tipul temperamental, vârsta, comorbiditățile și expectanțele pacientului. Pacientul va trebui să conștientizeze rolul important care îi revine în managementul bolii și că un bun control asupra bolii aduce după sine creșterea speranței de viață și calitatea acesteia.

B. FACTORI CARE ȚIN DE MEDIC

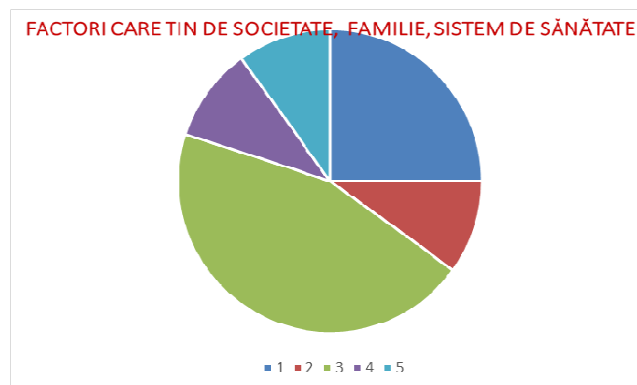
1. timp insuficient de comunicare și pregătire
2. lipsă explicații complete 15 %
3. beneficiu tratament/ prevenție complicații - 5%
4. limbaj empatic manifestat - 10 %
5. scheme tratament complexe și /sau formulate neclar - 17%
6. informare medicală permanentă - 8%
7. managementul cabinetului-pacientul nu este ascultat complet și
continuu
8. calculatorul - 15%
9. telefoanele - 10%
10. ordinea priorităților și urgențelor - 20%



Observăm din grafic importanta comunicării invocată de pacient. Cele mai importante sunt reprezentate de amabilitate, tonul afectiv, schimbul sincer de informații, lungimea vizitei medicale și decodificarea exprimării în timpul consultațiilor. În acest caz este necesar un program de gestionare atât a timpului alocat consultației cât și de organizare a activității medicale, eventual și cursuri de comunicare medic-pacient.

C. FACTORI CARE ȚIN DE SOCIETATE, FAMILIE, SISTEM DE SĂNĂTATE

1. Anturaj
 - susținere și informații oferite de personal nemedical - personal, internet - 25 %
 - activitate profesională - deplasări , orar - 10%
2. Sistem de sănătate
 - atitudine oficială și compensare medicație - 45%
 - necesitate internare și consult interdisciplinar - 10%
 - scheme diferite alte specialități și atitudini diferite - 10%



Observăm din grafic importanța grupului suport, oferit de familie, prieteni, colegi, dar și de instituțiile medicale care gestionează financiar și decizional bolile cronice.

Sunt necesar de aplicat acele principii care influențează în mod hotărâtor organizarea activității medicale și anume: promovarea sănătății holistice a omului, îmbunătățirea managementului sănătății și a sistemului sanitar, accesibilitatea largă a populației la asistența medicală, creșterea calității asistenței medicale și a pregătirii continue a personalului medical, a cercetării științifice medicale și a învățământului medical, integrarea serviciilor de sănătate de prevenție cu serviciile ambulatorii și spitalicești, îmbunătățirea finanțării serviciilor sanitare, promovarea sănătății psihice și a politicii de siguranța medicamentului⁶.

CONCLUZII: La masa dialogului profesional dintre medicul de familie și pacientul marcat de suferința fizică și emoțională, medicul are autoritate, profesionalism și un capital important de credibilitate conferit de urmărirea în timp a generației de pacienți împreună cu familiile lor. El poate fi autoritar, permisiv, conciliant, direct, impulsiv sau discret, credibil sau evaziv, în funcție de situația dată, de tipologia comportamentală personală și a pacientului din fața sa.

Pentru a fi acceptate și urmate terapia și stilul de viață ales, va trebui să comunice eficient și suficient de credibil, într-un limbaj adaptat pacientului, care are expectanțe, informații, timp și așteptări diferite

Bibliografie

1. Athanasiu, A. (1973), Elemente de psihologie medicală, București, Edit. Medicală
2. Aluaș Maria -Aspecte etice privind evoluția relației medic-pacient Studia ubbbioethica, LIX, 1-2, 2014 (p. 11 - 22)
3. Carnegie, Dale – Cum să vorbim în public, Editura Curtea Veche, București, 2000.
4. Cava, Roberta – Comunicarea cu oamenii dificili, Editura Curtea Veche, București, 2003.
5. Chelcea, Septimiu – Comunicarea non-verbală: gesturile și postura, Editura Comunicare.ro, București, 2005.
6. Chiru, Irena – Comunicarea interpersonală, Editura Tritonic, București, 2003.
7. Coe, RM(1970) – Sociology of Medicine – NewYork, London, McGraw-Hill Book
8. Cockerham, W(1992) – Medical Sociology, fifth edition, New Jersey, Prentice – Hall, Englewood,

9. Cojan A., Domnariu C. - Metodologia cercetării științifice medicale, Ed. Universității „Lucian Blaga”, Sibiu, 2003. Cristea, D. (f.a.), Tratat de psihologie socială, Edit. Pro Transilvania
10. Cotoraci C, Bioetica-Note de curs pentru Studenti, Arad , 2007
11. Cucu, I.C. (1980), Psihologie medicală, București, Edit. Litera
12. CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 298 din 7 mai 2012
13. Curca G C, Deontologia Medicala și Etica Normativa, Facultatea de Medicina UMFCD.
14. David D. - Metodologia cercetării clinice. Fundament, Ed. Polirom, 2005
15. Enăchescu C. – Tratat de teoria cercetării științifice, Ed. Polirom, 2005.
16. Gert, B Morality: A New Justificataion of the Moral Rules, Oxford University Press, New York, 1988 R. Fox and J. De Marco, Moral Reasoning: A Philosophical Approach to Applied Ethics, Holt, Chicago, 1990
17. Harrison. Manual De Medicina. Editura All, 2014
- 18.. Manualul Merck, EdAll, , 2012
19. Rădulescu M. - - Metodologia cercetării științifice, Ed. Didactică și Pedagogică, 2007.
20. Rogozea L, Etica și deontologie medicala, Editura Universitatii Transilvania, , Brasov, 2006.
21. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects) Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization, Geneva 2002 Managementul Serviciilor de Sanatate”, Editura Expert, București, 2000, pag 3
22. Pisoschi Aurel, Vintilă Vacariu, Analiza Diagnostic a Sistemului CDI Etica în cercetare
23. Schafer L, Claudia – Limbajul corpului, Editura Niculescu, București, 2003.
24. Roman G.– Educatia terapeutica în sindromul metabolic, 2004
25. Schechtman KB, Patient Compliance, Encyclopedia of Biopharmaceutical Statistics, 712/717, 2003
26. Stanton, Nicki – Comunicarea, Editura Știință și Tehnică, București, 1995.
27. Studia ubbbioethica, LIX, 1-2, 2014 (p. 11 - 22)
28. Univ de Medicina Craiova- Glosar termeni etică universitară

29. Tran, Vasile – Teoria Comunicării, Editura SNSPA, București, 2001.
30. <http://www.wma.net/en/10home/index.html>
31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
32. <http://www.recerca.uab.es/ceeah/docs/CIOMS.pdf>

Liste cu Norme Europene de Etică pentru Cercetare și Ghiduri Etice Internaționale pentru Știință.

1. Agenda primei întâlniri a Comitetelor Naționale de Etică.
2. Codul de la Nuremberg.
3. Codurile de Conduită pentru Etică în Cercetare
4. Declarația de la Helsinki a Asociației Medicale Mondiale.
5. Directiva 95/46 asupra protecției datelor personale.
6. Directiva 2001/20/EC asupra bunelor practici clinice.
7. Declarația Universală Asupra Genomului Uman și Drepturilor Omului.
8. Minuta primei întâlniri a Comitetelor Naționale de Etică.
9. Protocolul de la Cartagena asupra Bio-securității.
10. Reînnoirea mandatului Grupului European de Etica în Știință și Noile Tehnologii.
11. Cercetările Uniunii Europene asupra eticii în știință.

IMPACTUL EMOȚIONAL DE TIP TONIC SAU SENSIBIL ASUPRA STĂRII DE PREPARAȚIE

STUDIU REALIZAT ÎN RÂNDUL CĂȚĂRĂTORILOR DE PERFORMANȚĂ

Antonia Trifu
Prof. Florin Pelin

Obiectivele și metodologia cercetării

1. Scopul și obiectivele cercetării

Scopul acestei cercetări este de a identifica și demonstra existența unei relații între afectivitate și *inducerea unei stări de preparație* ca atitudine specifică în vederea pregătirii pentru un concurs și **tipul de personalitate** al sportivilor cățărători, bazat pe cinci scale ale Chestionarului de Personalitate CAQ: **Inteligență, Stabilitate emoțională, Senzitivitate, Imaginație și Perspicacitate.**

Luând în considerare scopul enunțat anterior, cercetarea vizează atingerea următoarelor **obiective**:

- Identificarea corelației dintre scorurile crescute ale anumitor scale care evidențiază **trăsături de personalitate și impactul emoțional** al stimulării atitudinale în manieră vizuală (prin vizionarea unui film încărcat emoțional), impact care poate fi de tip **tonic** sau **sensibil**.
- Evidențierea necesității inducerii stării de preparație a cățărătorilor, ca stare activă cu caracter reglator informațional, decizional și energetic în vederea obținerii unui rezultat competițional favorabil.

2. Ipotezele cercetării

Ipoteza generală:

- în ceea ce privește impactul emoțional al filmulețelor, există o diferență semnificativă între grupul 1 și grupul 2.

Ipotezele particulare care derivă din ipoteza generală sunt:

- H1: există o **corelație negativă** între subiecții cu **Imaginație și Perspicacitate** înaltă și *impactul emoțional sensibil*.
- H2: există o **corelație pozitivă** între subiecții cu **Stabilitate emoțională și Senzitivitate** și *impactul emoțional tonic*.

3. Variabilele cercetării

Cercetarea prezintă evidențiază existența unei relații între *variabila independentă* reprezentată de către **structura de personalitate a cățărătorilor** participanți la studiu, cu cele 5 tipuri de scale de personalitate (**inteligență, stabilitate emoțională, senzitivitate, imaginație și perspicacitate**) și *variabila dependentă* **emoționalitatea filmului**. În ceea ce privește emoționalitatea filmului, se remarcă indicatorii: *impact emoțional tonic* pe dimensiunea dinamizării, activismului și mobilizării forței psihice (presupus a fi determinat de filmulețul în care *un sportiv de vârf are succes*) și *impact emoțional sensibil*, pe dimensiunea empatiei, fragilizării, creșterii motivației afective și extrinseci în sensul de a-i mulțumi și de ale face pe plac celor din jur (presupus a fi determinat de filmulețul cu fetița care face sacrificii pentru performanță).

De asemenea, se remarcă în cadrul ipotezei H1, corelația negativă între 2 scale ale variabilei independente: structura de personalitate și un indicator al variabilei dependente: emoționalitatea filmului, la fel și în ipoteza H2, exista o corelație pozitivă între alte două scale ale variabilei independente: structura de personalitate și al doilea indicator al variabilei dependente: emoționalitatea filmului.

4. Participanți

Studiul s-a desfășurat în sălile de escaladă din București și a avut ca subiecți sportivi care practică în medie trei antrenamente de cățărat pe săptămână, toți participând la competiții în țară, unii dintre ei și în străinătate, circa jumătate din cei intervievați făcând parte din loturile naționale pe parcursul ultimilor ani sau luând parte la finale competiționale.

Aceștia au fost rugați ca pe parcursul antrenamentului lor obișnuit, în timpul în care lucrau pentru finalizarea unui traseu de boulder, să se oprească din încercări și *** **să vizioneze un filmuleț cu durată de circa 2 minute**.

Ulterior filmulețului, toți subiecții au competat:

*** un chestionar construit special pentru această cercetare, numit Chestionar pentru inducerea **stării de preparare (20 de itemi)** înainte de concurs, împreună cu

*** Inventarul de Personalitate CAQ, o formă prescurtată, care are numai cinci scale clinice (anterior expuse) și care cuprinde un număr de **59 de itemi**.

Lotul de subiecți cățărători a fost împărțit în două:

*** jumătate dintre aceștia au vizionat un filmuleț de la Cupa Mondială de Boulder, finala acesteia, în care un cățărător admirat și susținut de public reușește să dea top în ultimul minut de concurs, pe un traseu de dificultate înaltă, iar

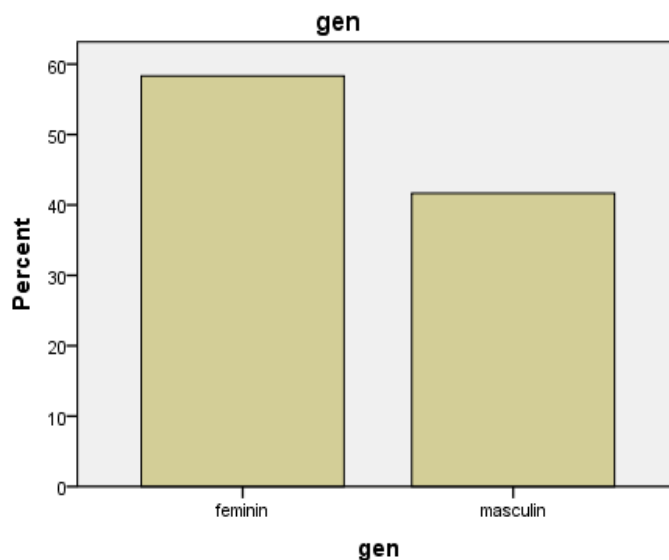
*** cel de al doilea filmuleț, cu durată de 4.05 minute, evidențiază o sportivă de la gimnastică ritmică în câteva momente semnificative ale copilăriei ei, momente ce cuprind atât labilitate emoțională, senzitivism, sacrificiu, riscul

renunțării, cât și momente fericite, laurii succesului și impactul emoțional produs asupra mamei.

Vârsta participanților este cuprinsă între 19 și 50 de ani. Au fost folosite două loturi de participanți: lotul 1 cuprinde 30 de participanți și au privit filmulețul cu *impact emoțional tonic*, iar lotul 2 cuprinde 30 de participanți și au privit filmulețul cu *impact emoțional sensibil*. Așadar, eșantionul acestei cercetări cuprinde un număr de 60 de subiecți (35 de gen feminin și 25 de gen masculin) cu vârsta cuprindă între 19 și 50 de ani.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminin	35	58.3	58.3	58.3
	masculin	25	41.7	41.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Pentru o perspectivă clară asupra distribuției subiecților în funcție de gen, vârsta și impactul emoțional al filmulețului, a fost realizată analiza de frecvență în programul de prelucrare statistică SPSS. Rulând procedurile statistice necesare pentru efectuarea analizelor de frecvență, s-au obținut datele care exprimă procentajul subiecților distribuiți în funcție de anumiți indicatori, după cum urmează

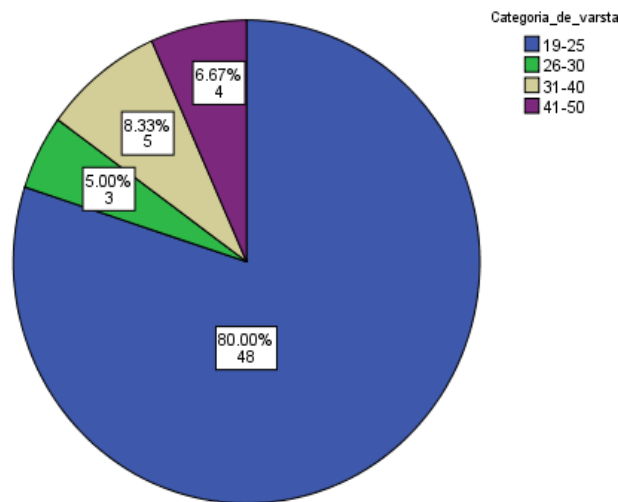


Așadar, din totalul de 60 de subiecți testați:

- 58, 3% sunt de gen feminin,
- 41, 7% sunt de gen masculin.

Totalul de 60 de subiecți este inclus în următoarele categorii:

- 19-25 ani: 48 de subiecți, reprezentând un procentaj de 80,00% din total,
- 26-30 ani: 3 subiecți, reprezentând un procentaj de 5,00% din total,
- 31-40 ani: 5 subiecți, reprezentând un procentaj de 8,33% din total,
- 41-50 ani: 4 subiecți, reprezentând un procentaj de 6,67% din total.



În urma analizei de frecvență în funcție de genul și categoria de vârstă în cadrul căreia sunt încadrați subiecții se remarcă următoarele date:

		GEN			
		feminin	masculin	feminin	Masculin
		Count	Count	Count	Count
Categoria_de_vârsta	19-25	0	0	30	18
	26-30	0	0	2	1
	31-40	0	0	1	4
	41-50	0	0	3	1

A fost utilizată eșantionarea randomizată bazată pe criteriul disponibilității subiecților, în ceea ce privește strategia de eșantionare. Alegerea participanților nu a fost limitată de vârstă. Pentru a se permite obținerea unui nivel acceptabil al puterii testului și al mărimii efectului, dar și pentru utilizarea unor teste

parametrice, a fost vizat un număr mai mare de 30 de subiecți la momentul stabilirii volumului eșantionului.

5. Instrumente

În această cercetare, se urmărește impactul emoțional al unui film semnificativ din punct de vedere al conținutului și al stărilor emoționale, în ceea ce privește inducerea *stării de preparație* ca atitudine specifică pentru competiție. Astfel, subiecții au vizionat:

- filmulețul cu impact emoțional tonic (un eșantion de 30 de subiecți),
- filmulețul cu impact emoțional sensibil (un eșantion de 30 de subiecți).

Ulterior, toți cei 60 de subiecți au fost rugați să completeze un Chestionar pentru *starea de preparație indusă vizual* (CSPIV), măsurat cu scala Likert, realizat special pentru actuala cercetare și un chestionar de personalitate, Clinical Analysis Questionnaire (CAQ), din care au fost selectate numai următoarele cinci scale:

- 1) **Inteligența;**
- 2) **Stabilitatea emoțională;**
- 3) **Senzitivitate;**
- 4) **Imaginație și**
- 5) **Perspiciacitate.**

Chestionarul CAQ (Clinical Analysis Questionnaire) este un instrument de evaluare ce completează chestionarul factorial de personalitate 16PF (Cattell, 1975) și a fost construit în cadrul IPAT California, de către Krug (Forns, Maria; Amador, Juan A; Judit; Martorell, Bernardi, 1998). Chestionarul CAQ se împarte în două mari grupe: grupă ce vizează scale și *trăsături ale personalității normale* și grupă ce vizează *analiza factorilor clinici*. În grupa ce conține trăsături ale personalității normale, se regăsesc următoarele scale: căldura afectivă, inteligența, stabilitate emoțională, dominantă, impulsivitate, conformism, excentricitate / extravaganță, suspiciozitate, imaginație, perspicacitate, insecuritate, senzitivitate, radicalism, autosuficiența, autodisciplină, tensiune.

Scalele vizate în studiul actual sunt următoarele:

Stabilitatea emoțională (versus instabilitatea). Dacă sunt prezente scoruri joase ale scalei de stabilitate emoțională, acest fapt înseamnă că este prezentă o stare de anxietate înaltă, deoarece această trăsătură este prima afectată în patternul anxietății, contribuția sa fiind negativă. Nivelul individual al factorului stabilitate emoțională poate fi considerat un index al toleranței individuale la stres. Indivizii cu scoruri înalte sunt în general capabili să-și îndeplinească scopurile propuse fără dificultăți. Nu li se distrage atenția cu ușurință când lucrează și sunt în general mulțumiți de modul în care lucrează și de modul în care își trăiesc viața. Dacă scorul acestui factor este jos, faptul este în relație cu boala fizică, putând sugera un risc medical crescut pentru probleme coronariene. Aceasta scală este corelată pozitiv cu sentimentele de satisfacție personală și automulțumire.

Senzitivitatea. Asocierea acestei scale și cu scorurile înalte include: suspiciozitate, gelozie, critică, iritabilitate. Această trăsătură este o trăsătură

normală de personalitate față de paranoia, care se extinde spre dimensiuni patologice. Indivizii nu uita ușor greșelile și își percep părinții ca fiind persoane foarte stricte. Sunt preocupați de faptul că alții îi vorbesc pe la spate sau că ar putea fi criticați la locul de muncă. Cei cu scoruri joase pot fi considerați sănătoși indiferent de cât de jos este scorul.

Imaginația. Factorul imaginație nu pare să fie un factor clinic semnificativ, cei cu scoruri înalte sunt neconvenționali și neinteresați de ceea ce se întâmplă zi de zi și se întâmplă să uite lucrurile importante, nefiind interesați de aspecte mecanice. Afirmă că părinții lor erau preocupați de probleme intelectuale.

Perspiciacitate. Subiecții care au scoruri înalte sunt sofisticati, nu își exprima într-un mod ușor sentimentele, fiind diplomați, politicoși și preferând să-și păstreze problemele pentru ei înșiși. Dacă au scoruri joase, indivizii se mai lasă mai puțin îngrădiți de reguli și standarde.

Cele 5 scale evaluate conțin 59 de itemi, iar indicele Cronbach are o valoare de 0,86, ce indică o consistență internă ridicată și este situat în extrema superioară a intervalului de estimare care tinde spre valoarea 1.00. S-a realizat și analiza fidelității test-retest, care indică valoarea de 0,88, în momentul în care a fost reaplicat unui grup de 30 de indivizi.

Indice de consistență internă Cronbach alpha – Clinical Analysis Questionnaire	
Coeficient Cronbach alpha	Nr. de itemi
0, 86	57

Din perspectiva **determinării gradului de motivare performanțială, conștientizării scopului, creșterii autoreglării afective și voluntare, a echilibrului afectiv, antrenamentului mintal, combativității și încrederii în forțele proprii**, după vizualizarea filmulețelor (fie a celui cu impact emoțional tonic, fie a celui alt, cu impact emoțional sensibil), a fost utilizat un chestionar ce cuprinde 20 de itemi, **Chestionar pentru inducerea vizuală a stării de preparație** și care analizează modul de percepție al fiecărui individ din perspectiva impactului emoțional exprimat de fiecare filmuleț pe care l-au privit subiecții.

Este realizat pe o Scală Likert cu 5 trepte (1= acord total, 2= acord, 3= indiferent, 4= dezacord, 5= dezacord total), indicând 5 nivele diferite ale opiniilor subiecților. Acest chestionar a fost realizat de autorul cercetării prezente Trifu Antonia Ioana; acest lucru a atras după sine necesitatea realizării unei analize de itemi pentru a afla valoarea indicelui Cronbach's Alpha ce arată consistența internă a chestionarului. Introducând valorile în programul de prelucrare statistică SPSS și rulând procedura din meniul *Analyze / Scale-Reliability Analysis* s-a obținut un indice cu valoarea de 0,94, ce evidențiază o consistență internă ridicată.

Indice de consistență internă Cronbach alpha – Scală de Percepție a Afectivității	
Coeficient Cronbach alpha	Nr. de itemi
0,94	20

Alte instrumente folosite, au fost următoarele:

Filmulețul nr.1, cel cu impact emoțional tonic, cu o durată de 1 minut și 20 de secunde, cuprinde povestea emoționantă a două persoane: tată și fiu, care stau pe o bancă într-un parc, și printr-o discuție aprinsă dar ulterior caldă între cei doi, se înțelege faptul că ni se oferă atât de mult timp să vorbim, însă nu găsim timp să ascultăm.

Filmulețul nr.2, cel cu impact emoțional sensibil, cu o durată de 2 minute 90, în care este vorba despre o prezentare a zodiacului, într-un studio de televiziune. În timpul celor 2 minute și 90 de secunde, prezentatorul vorbește constant, fără pauze, folosind același ton vocal, induce o stare de monotonie telespectatorilor.

6. Procedura de recoltare a datelor și designul cercetării

Pentru realizarea studiului prezent, s-a ales un design non-experimental și s-a bazat pe folosirea unor metode de investigație psihologică precum chestionarele. Așadar, au fost aplicate chestionare care au permis evaluarea scalelor de **Inteligență, Perspicacitate, Stabilitate emoțională, Senzitivitatea, Imaginația** și corelația acestor scale cu afectivitatea. Scalele selectate din CAQ sunt în directă legătură cu ceea ce literatura de specialitate afirmă ca fiind trăsături importante ale cățărătorilor, trăsături care pot fi modelate datorită frizării arealului afectiv din perspectiva a ceea ce ne dorim prin sublinierea conceptului princeps al cercetării de față: *creșterea spiritului competițional al cățărătorilor, menținerea proșpețimii psihice a sportivilor, reușita activării în condiții de oboseală, efortul voluntar*. Aici intervin **intelența, imaginația și perspicacitatea** din perspectiva *elaborării planului tactic*, inclusiv în ceea ce privesc *conduitele „dramatice”, posibilitatea de experimentare mintală și practică a planului propus, autoreglarea inteligentă și creatoare în concurs, concluziile pentru ameliorarea pe viitor a conduitei ce minimizează șansele de câștig competițional*.

Procedura parcursă pentru testarea ipotezelor a început cu prezentarea consimțământului informat, în care fiecare subiect a ales dacă dorește sau nu să participe la completarea chestionarelor. În etapa de pre-evaluare, s-a prezentat instructajul participanților în condiții plăcute de relaxare și liniște, în vestiar, înainte ca cei în cauză să își înceapă antrenamentul sportiv din ziua respectivă. Instructajul a cuprins informații despre necesitatea oferirii unor răspunsuri oneste, li s-a prezentat subiecților că nu există răspunsuri corecte sau greșite și, în consecință, să răspundă în conformitate cu personalitatea lor și cu starea prezenta din momentul realizării chestionarelor. Pentru că nu a fost specificata o limită de

timp pentru parcurgerea chestionarelor, subiecții au avut libertatea să răspundă fiecare în ritmul propriu.

Subiecții au fost rugați să ofere câteva date personale cum sunt vârsta și genul.

Rezultatele cercetării

1. Analiza datelor aferente statisticii descriptive

Înainte de desfășurarea procedurilor de testare a semnificațiilor statistice ale ipotezelor, s-au analizat rezultatele tabelelor de statistică descriptivă ce examinează caracteristicile variabilelor din punct de vedere a tendinței centrale, a împrăstierii și a formei distribuției.

Pentru aplicarea testelor parametrice, cum sunt normalitatea distribuției și absența valorilor extreme, s-au impus condiții de testare a normalității distribuției. Pentru că eșantioanele nu depășesc 50 de subiecți, se poate analiza valoarea testului de normalitate Shapiro-Wilk.

Astfel, la testele de normalitate a distribuțiilor, făcând o analiză a celor două variabile dependente, se observă (în tabelul 1) faptul că testul de normalitate p (Sâg.) mai mari de 0,05 (*impact emoțional sensibil*, unde $p=0,079$, *impact emoțional tonic*, $p=0,096$). În acest caz normalitatea distribuțiilor se confirmă.

Tabel 1. Teste de normalitate a distribuțiilor

Nivelul emoțional al subiecților în urma vizualizării filmulețelor.	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sâg.	Statistic	Df	Sâg.
Impact_emoțional_tonic	.137	30	.157	.916	30	.079
Impact_emoțional_sensibil	.143	30	.123	.941	30	.096

Tabel 2. Statistică descriptivă

Nivelul impactului emoțional al subiecților.		Statistic	Std. Error
Impact_emoțional_sensibil	Mean	22.97	.570
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21.80
		Upper Bound	24.13
	5% Trimmed Mean	22.81	
	Median	23.00	

	Variance		9.757	
	Std. Deviation		3.124	
	Minimum		19	
	Maximum		30	
	Range		11	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		.768	.427
	Kurtosis		-.164	.833
Impact_emoțional_ tonic	Mean		33.10	.745
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	31.58	
		Upper Bound	34.62	
	5% Trimmed Mean		33.13	
	Median		34.00	
	Variance		16.645	
	Std. Deviation		4.080	
	Minimum		26	
	Maximum		40	
	Range		14	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		-.211	.427
	Kurtosis		-.860	.833

În următorul tabel, numărul 3, sunt furnizate date statistice descriptive pentru scala de măsurare numită **Stabilitate emoțională**, unde media are o valoare de 7,27 și abaterea standard are valoarea de 2,37. Scala se regăsește în intervalul de limitelor de încredere cu valorile 6,65 și 7,88. Din perspectiva analizei indicelui de simetrie skewness, se observă o valoare de -0,45, iar valoarea indicatorului numeric al aplatizării, kurtosis, este -0,78. Se remarcă faptul că datele nu depășesc valoarea de +1/-1, ceea ce arată simetria distribuției, din punct de vedere al indicelui de simetrie (skewness) și al indicatorului numeric al aplatizării (kurtosis).

Tabel 3. Statistică descriptivă

Nivelul de Stabilitate emoțională al subiecților.			Statistic	Std. Error
Stabilitate_emoțio nală	Mean		7.27	.307
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.65	
		Upper Bound	7.88	
	5% Trimmed Mean		7.37	
	Median		8.00	

	Variance	5.656	
	Std. Deviation	2.378	
	Minimum	2	
	Maximum	10	
	Range	8	
	Interquartile Range	4	
	Skewness	-.454	.309
	Kurtosis	-.784	.608

În tabelul 4, se furnizează date ale statisticii descriptive cu privire la scala de măsurare, denumită **Senzitivitate**. Se observă din tabel că media are o valoare de 6,85, iar cea a abaterii standard este de 2,16. Limitele de încredere a variabilei au valorile de 6,29 și 7,41. Valoarea indicelui de simetrie skewness este de -0,37, iar cea a indicelui de applatizare kurtosis este de -0,21. De asemenea, remarcă faptul ca aceste valori nu depășesc valoarea de +1/-1, fapt ce semnalează simetria distribuției.

Tabel 4. Statistică descriptivă

Nivelul de Sezitivitate al subiecților.			Statistic	Std. Error
Senzitivitate	Mean		6.85	.280
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.29	
		Upper Bound	7.41	
	5% Trimmed Mean		6.94	
	Median		7.00	
	Variance		4.706	
	Std. Deviation		2.169	
	Minimum		1	
	Maximum		10	
	Range		9	
	Interquartile Range		2	
	Skewness		-.378	.309
	Kurtosis		-.219	.608

În tabelul numărul 5, se observă indicii descriptivi pentru scala de măsurare ce reprezintă nivelul de **Imaginație** al subiecților. Se remarcă valoarea mediei de 7,50, dar și valoarea abaterii standard, care este de 2,52. Scala numită Imaginație, își are valoare între limitele de încredere 6,85 și 8,15. De asemenea, se observă că valorile indicelui de simetrie skewness este de -0,97, iar a indicelui de aplatare kurtosis este de 0,34. Valoarea indicelui de simetrie skewness, iar cea a indicelui de aplatare kurtosis, nu depășesc valoarea de +1/-1, ceea ce semnaleză simetria distribuției.

Tabel 5. Statistici descriptive

Nivelul de Imaginație al subiecților.			Statistic	Std. Error
Imaginație	Mean		7.50	.326
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.85	
		Upper Bound	8.15	
	5% Trimmed Mean		7.72	
	Median		8.00	
	Variance		6.390	
	Std. Deviation		2.528	
	Minimum		1	
	Maximum		10	
	Range		9	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-.974	.309
	Kurtosis		.347	.608

În ultimul tabel, numărul 6, se prezintă indicii descriptivi pentru scală de măsurare ce reprezintă nivelul de **Perspiciacitate** al subiecților care au participat la testare. Astfel că, valoarea mediei este de 6,77, iar cea a abaterii standard este de 2,62. Valoarea nivelului de Perspicacitate al subiecților se află între limitele de încredere 6,09 și 7,44. Valoarea indicelui de simetrie skewness este de -0,68, iar cea a indicelui de aplatare kurtosis este de -0,35.

Tabel 6. Statistici descriptive

Nivelul de Perspicacitate al subiecților.		Statistic	Std. Error
Perspicacitate	Mean	6.77	.339
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6.09
		Upper Bound	7.44
	5% Trimmed Mean	6.91	
	Median	7.00	
	Variance	6.894	
	Std. Deviation	2.626	
	Minimum	1	
	Maximum	10	
	Range	9	
	Interquartile Range	4	
	Skewness	-.684	.309
	Kurtosis	-.358	.608

2. Analiza datelor aferente statisticii inferențiale

Datele ce au fost obținute în urma completării chestionarelor de către indivizii participanți, au fost analizate, după cum s-a observat anterior, în vederea testării semnificației statistice a ipotezelor, valorile fiind introduse în baza statistică de date SPSS. Înainte ca aceste informații să fie notate în SPSS, ambele chestionare, au trecut prin etapa de scorare, astfel s-a ajuns la scorurile finale. S-au obținut scorurile finale pentru scalele: **Stabilitate emoțională**, **Senzitivitate**, **Imaginație** și **Perspicacitate**, cât și pentru *Chestionarul pentru inducerea vizuală a stării de preparație*.

Pentru testarea ipotezei generale, s-a aplicat testul t pentru două eșantioane independente, pentru că s-a urmărit evidențierea unei diferențe semnificative între mediile obținute pentru aceeași variabilă, impactul emoțional (afectivitatea). Acesta a fost măsurat pe două grupuri, a căror diferență este tipul de filmuleț pe care l-au vizualizat fiecare grup.

Din tabelul 7, se pot observa date cu privire la omogenitatea distribuției, rezultatul testului Levene indicând $s\hat{a}g. = 0,062$, acesta având o valoare mai mare decât $p=0,05$, ceea ce indică omogenitatea dispersiilor celor două grupuri. În continuare, se remarcă valoarea lui $t = 10,80$, asociată cu probabilitatea 0,0005, $df = 58$, în condiții de omogenitate a varianței. Intervalul de încredere (95%) pentru

diferența dintre medii ($mdif = 10,13$ este cuprinsă între limita inferioară (8,25) și limita superioară (12,01), și exprimă o precizie crescută a estimării dintre medii. Pentru măsurarea gradului de asociere dintre variabila dependentă și cea independentă, s-a calculat omega-pătrat și s-a obținut valoarea $\omega^2 = 89$, ceea ce demonstrează, conform lui Cohen, faptul că există o asociere puternică între variabila dependentă și cea independentă. În concluzie, ipoteza generală se confirmă.

Tabel 7. Independent Samples t-test

		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor	Equal variances assumed	3.630	.062	10.802	58	.000	10.133	.938	8.255	12.011
	Equal variances not assumed			10.802	54.305	.000	10.133	.938	8.253	12.014

Testarea ipotezei H1 s-a realizat prin intermediul testului de corelație Pearson, deoarece s-a urmărit evidențierea unei corelații *între variabilă independentă*, care se numește **structura de personalitate** exprimată prin scalele de **Imaginație** și **Perspiciacitate** și *variabila dependentă*, numită **emoționalitatea filmului** exprimată de tipul de filmuleț la care au participat subiecții înaintea completării chestionarului. Din tabelul 8 rezultă că din corelația scalei numită **Imaginație** și variabila *impact emoțional sensibil*, apare corelație negativă, între **Imaginație** și *impact emoțional sensibil*, deoarece $r = -0,37$, iar $p = 0,043$, unde $p < 0,05$ și rezultă corelație negativă între **Perspiciacitate** și *impact emoțional sensibil*, dar nesemnificativă, deoarece se observă că $r = -0,165$, $p = 0,38$. Rezultând ambele corelații ca fiind negative, H1 se confirmă.

Tabel 8. Testul r de corelație liniară Pearson

		Imaginație	Perspicacitate	Impact_emoțional_ <u>scăzut</u>
Imaginație	Pearson Correlation	1	.100	-.372
	Sâg. (2-tailed)		.449	.043
	N	60	60	30
Perspicacitate	Pearson Correlation	.100	1	-.165
	Sâg. (2-tailed)	.449		.384
	N	60	60	30
Impact_emoțional_ <u>sensibil</u>	Pearson Correlation	-.372	-.165	1
	Sâg. (2-tailed)	.043	.384	
	N	30	30	30
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

Testarea ipotezei H2 s-a realizat tot prin intermediul testului de corelație liniară Pearson, urmărindu-se evidențierea unei corelații pozitive între scalele din inventarul de personalitate numite **Stabilitate emoțională** și **Senzitivitate** și *impactul emoțional tonic*. Testarea bilaterală a acestora are un prag de semnificație de $\alpha = 0,05$. Din tabelul 9, rezultă că din corelația scalelor numite **Stabilitate emoțională** și **Senzitivitate** și *impactul emoțional tonic*, se observă o corelație pozitivă, deoarece între **Stabilitate emoțională** și *impactul emoțional tonic*, $r = 0,194$, $p = 0,057$, unde $p < 0,05$, de aici rezultă corelație pozitivă, iar din perspectiva corelației dintre **Senzitivitate** și *impactul emoțional tonic*, se observă $r = 0,168$, $p = 0,041$, unde $p < 0,05$, rezultă că există o corelație pozitivă între cele două. În concluzie, H2 se confirmă.

Tabel 9. Testul r de corelație liniară Pearson

		Stabilitate_emoțională	Senzitivitate	Impact_emoțional_ <u>tonic</u>
Stabilitate_emoțională	Pearson Correlation	1	.185	.194
	Sâg. (2-tailed)		.156	.057
	N	60	60	30
Senzitivitate	Pearson Correlation	.185	1	.168
	Sâg. (2-tailed)	.156		.041
	N	60	60	30
Impact_emoțional_ <u>tonic</u>	Pearson Correlation	.194	.168	1
	Sâg. (2-tailed)	.057	.041	
	N	30	30	30

3. Interpretarea psihologică a rezultatelor

În urma elaborării cercetării actuale asupra legăturii dintre structura de personalitate, vizând scalele de **Stabilitate emoțională**, **Senzitivitate**, **Perspica-citate**, **Inteligență** și **Imaginație** și efectul **inducerii vizuale a stării de prepa-rație**, s-a remarcat, prin analiza datelor statistice obținute în urma aplicării testelor parametrice, că persoanele cu un nivel înalt al inteligenței, imaginației și perspi-cacității își pot crea cu mai multă ușurință atitudini, deprinderi și obișnuințe de concurs, precum și conduite adecvate condițiilor concrete situației competiționale, pe când persoanele cu un nivel scăzut de stabilitate emoțională și senzitivitate sunt mai mult înclinate către o abordare afectogenă, labilă, sensibilă a situației competiționale.

Corelația la testul de corelație Pearson dintre scalele **Stabilitate emoțională**, **Senzitivitate** și **Impact emoțional / Stare de preparație** a fost una pozitivă, deoarece din eșantionul de 60 de participanți, au predominat cei cu scoruri scăzute la aceste scale, iar cei cu scor scăzut, în primul rând, din perspectiva scalei Stabilitate emoțională, nu reușesc, în mod general, să fie capabili să-și îndeplinească scopurile propuse, atenția le poate fi distrasă cu ușurință atunci când lucrează; în al doilea rând, din perspectiva celor cu un nivel scăzut al scalei Senzitivitate, include siguranță, dar și neglijarea, preferă muzica zgomotoasă și folosirea forței în locul rațiunii pentru a obține anumite rezultate.

A doua ipoteză care s-a confirmat a fost corelația negativă dintre **Imaginație**, **Perspica-citate** și *impactul emoțional sensibil* al subiecților în urma vizionării filmulețului nr. 2, care stimula componenta afectiv empatică, umană, sensibilitatea, conduita de sacrificiu, empatia și teama de eșec. Din punct de vedere psihologic, se poate preciza faptul că în urma analizei, corelația a rezultat negativă, deoarece, în eșantionul de 60 de participanți, au predominat subiecții cu un nivel înalt de Perspicacitate, respectiv Inteligență și Imaginație. Subiecții cu un nivel înalt de Imaginație sunt neconvenționali și în mod tipic neinteresați de ceea ce se întâmplă zi de zi; pot uita lucrurile triviale, nu sunt interesați de aspect mecanice și pot afirma că părinții lor au fost sau sunt preocupați de probleme intelectuale, pe când persoanele cu un nivel înalt de Perspicacitate, sunt sofisticați, nu-și exprima cu ușurință sentimentele, sunt diplomați, politicoși, preferând să-și păstreze problemele pentru ei înșiși.

Astfel, extrapolând, aspectul diacronic al pregătirii pentru concurs are în centru factorul de ordin psihic, care este constituit din sistemul atitudinal al sportivului, sistem care se dezvoltă și se structurează progresiv, formând în final starea psihică specifică pentru concurs. Din punct de vedere psihologic, nevoia constantă de obiecte noi strategii de abordare a traseelor îi face pe cățărători să se simtă fericiți și le asigură și o scădere a nivelului tendințelor anxioase.

Termeni ca motivație, orientare spre scop, conștiința rolului, încredere în sine, combativitate, plan de abordare a traseelor, plan de concurs constituie nucleul de bază al pregătirii pentru o competiție. În consecință, *starea de preparație dinaintea concursului* presupune starea intelectual afectivă ce determină în mare măsură ansamblul mintal și practic pus în slujba performanței la respectivul

moment de timp. Este vorba de o **organizare mental operatorie a sistemului psihic**, cu scop de adecvare la sarcina de performanță și **în concordanță cu: pregătirea tehnico tactică a sportivului și cu trăsăturile sale de personalitate**

Aprecieri finale

Lucrarea de față a avut în vedere atât cunoașterea mecanismelor psihologice utilizate în **inducerea stării de preparare**, ca atitudine necesară concursului, cât și relația dintre structura de personalitate a sportivilor și impactul emoțional pe care îl poate avea asupra lor un anumit stimul vizual încărcat în semnificații simbolice cu referire la trecutul personal competițional. S-a observat anterior, la aplicarea testului statistic t pentru două eșantioane independente pentru că s-a urmărit evidențierea unei diferențe semnificative între mediile obținute pentru aceeași variabilă, **impactul emoțional**. Rezultatele statistice au relevat valoarea $t = 10,80$, asociată cu probabilitatea $p = 0,0005$, $df = 58$, în condiții de omogenitate a variantei. Din punct de vedere al indicelui de mărime a efectului, s-a obținut valoarea de $\omega^2 = 89$, ceea ce indică, conform tabelului lui Cohen, faptul că există o asociere puternică între variabile.

De asemenea, datele statistice eu evidențiat **corelația pozitivă** dintre scalele **Stabilitate emoțională**, **Senzitivitate** și **impactul emoțional tonic**, rezultând în urma testului de corelație Pearson, $r = 0,194$, unde $p = 0,057$, asociată cu $p < 0,05$, arată că există o corelație pozitivă între scala Stabilitate emoțională și impactul emoțional tonic al subiecților participanți, iar $r = 0,168$, iar valoarea lui $p = 0,041$, arată o corelație pozitivă între scala Senzitivitate și impactul emoțional tonic al subiecților participanți.

Din punct de vedere al **corelației negație** între scala **Imaginație** - **impactul emoțional sensibil** și între scala **Perspiciacitate** – **impactul emoțional sensibil**, a rezultat conform testului de corelație Pearson, că $r = -0,37$, iar $p = 0,043$ respectiv $r = -0,165$, unde $p = 0,38$.

Concluzii cu aplicabilitate practică în cățărare

Conceptul de **stare de preparare** implică a-l face pe sportiv să funcționeze într-o manieră inteligentă, fie dirijat fie independent (în funcție de circumstanțe), nu numai după scheme învățate, ci și într-o modalitate creatoare. **Starea de preparare** este preambulul intrării în modul de comportament competițional, recomandat fiind un model de competitor care reprezintă o sinteză a celor mai eficiente conduite considerate din punct de vedere al tuturor legităților psihice: inteligență, imaginație, perspicacitate, gândire critică, analiză și sinteză rapidă a alternativelor, status prosexic înalt, atât în manieră voluntară cât și spontană, capacitate crescută de concentrare, stabilitate și selectivitate a atenției.

Întotdeauna **starea de preparare** în vederea obținerii vârfului performanțial este direct legată de personalitatea sportivului, de individualitatea și însușirile acestuia, de caracteristicile în care cel în cauză și-a desfășurat pregătirea fizică, precum și pregătirea psihică generală.

Starea de preparare presupune:

- asigurarea unei motivații de nivel optim spre înalt, alături de formarea sentimentului de triumf în raport cu competiția în fapt;
- conștiința clară a scopului propus, alături de conștiința *rolului de sportiv* și de aspirația atingerii performanțelor maxime;
- realizarea unui bun echilibru afectiv în ceea ce privește capacitatea de stăpânire a emoțiilor și puțința de adaptare la stres;
- abilitatea de folosire a antrenamentului mintal;
- realizarea lucidității percepțiilor și gândirii în situații critice și neașteptate;
- capacitate de adaptare a reacțiilor motrice în raport cu solicitările din traseu;
- activarea sentimentelor de tip dârzenie, perseverență, curaj, inițiativă;
- menținerea încrederii în forțele proprii și în capacitatea de a realiza performanța propusă;
- creșterea combativității și a dorinței de succes;
- menținerea proapețiunii psihice prin utilizarea antrenamentului invizibil (training autogen);
- dezvoltarea rezistenței psihice și a imunității la frustrare vis-a-vis de dificultățile neplăcute și de factorii perturbatori.

Starea de preparare se construiește pe experiențele directe anterioare de concurs și poate fi conștientizată și conștientizabilă, fără a fi nevoie să fie analizată sub toate aspectele sale. *Măiestria sportivă* se definește prin puțința de a atinge instant **starea de preparare**, într-o modalitate intuitivă. Ea implică efortul voluntar susținut de reactualizare a abilităților și deprinderilor, alteori amânarea, suspendarea unor tendințe și reacții imediate, în vederea unei mai mari satisfacții în viitor. Presupune totodată și rigurozitate în ceea ce privește aspirațiile și nivelul de expectanță, astfel încât scopul propus să nu fie cu mult peste nivelul performanțelor tehnice și emoționale de etapă.

Starea de preparare implică și construcția planului de concurs, inclusiv a variantelor posibile pentru momentele dificile (*pași*). Este necesar un anumit nivel de tensiune psihică, acea *nervozitate* constructivă, ca simptom al activării, dar într-o manieră înalt controlată. În caz de supraexcitare, cel în cauză știe ce să facă pentru a se calma. În caz de pierdere a încrederii în sine, sportivul posedă mecanisme interne ce se activează intrinsec, pentru că încrederea sa poate fi recâștigată. În **starea de preparare**, concentrarea este pusă asupra viitorului, sportivul are conștiința de sine a măsurii în care va reuși în concurs, este capabil să stăpânească situațiile neașteptate și nefamiliarul nu îi afectează performanțele.

Prin studiul de față, am încercat să reliefăm în ce măsură anumite **trăsături de personalitate**, cum ar fi: **stabilitatea emoțională, inteligența, imaginația și perspicacitatea**, influențează abordarea competiției și formarea atitudinilor specifice din arealul cognitiv, afectiv și volitiv, care să îi asigure sportivului capacitatea maximă de adaptare. Am pornit de la ideea că, *stimularea vizuală*, prin *vizionarea unor filme scurte cu conținut emoțional*, crește capacitatea de anticipare a sportivului, în plan ideativ, înainte de abordarea traseului, îi activează acestuia structurile motivaționale și îi diminuează anxietatea precompetițională. De asemenea,

stimulează dimensiunea angajatorie a sportivului, în raport cu creșterea performanțelor sale.

Inteligența, imaginația și perspicacitatea, ca trăsături de personalitate, sunt direct legate de procesul anticipativ, vizând un plan mintal detailat și operaționalizat, precum și proiectarea conduitelor. Proiectul mental se transformă în modalitate concretă și presupune: orientarea exactă a gândurilor, programarea mentală, fixarea motivației, a nivelului de aspirație și expectație, realizarea prin autosugestie a combativității și montajului voluntar.

Din perspectiva studiului nostru, scalele de **stabilitate emoțională, inteligență și perspicacitate** presupun un *răspuns emoțional de tip tonic* la vizionarea filmulețului.

Scalele de **imaginație și senzitivitate** sunt concordante cu dimensiunea emotivității, a sensibilității, a receptivității la amintiri, a diminuării filtrului critic în ceea ce privesc reactualizări încărcate de afect, atât a succeselor anterioare, cât și a eșecurilor. Aceste două trăsături de personalitate corelează *cu implicarea emoțională de tip sensibil* și este tipică sportivilor care își utilizează major motivația, dorința, speranța și restul arealului volitiv afectogen.

Astfel, trăsăturile de personalitate din arealul **inteligenței și perspicacității**, fac referire la posibilitatea sportivului de a-și focaliza atenția pe obiectiv și acțiuni motrice, la intensitatea concentrării, la stabilitatea și rezistența atenției la perturbări externe și interne, la starea de vigilență în așteptare și urmărire. Aceste trăsături implică spirit de observație, analiză și sinteză rapidă a situațiilor, luciditate în momentele critice, originalitate, suplețe, fluiditate a gândirii, capacitate de anticipare, decizie optimă rațională și rapidă.

Arealul imaginației implică puțința de reprezentare a strategiilor de abordare a traseelor, vorbire interioară (autocomenzi, încurajări, controlul conduitelor propuse), memorie motrică, topografică și a schemelor de acțiune.

Trăsăturile care definesc **stabilitatea emoțională** presupun maturitate afectivă, echilibru adaptabil, stăpânire de sine, rezistență, optimism, sentimentul valorii personale, acceptare de sine, evaluarea corectă a propriei persoane, tonus pozitiv, controlul fricii, al tracului și al tulburărilor psihosomatice, stăpânirea iritabilității și agitației, controlul agresivității, amplificarea combativității, eliminarea tonusului afectiv scăzut.

Starea de preparație, ca atitudine specifică de reușită în concurs, poate fi amplificată de *stimulare concomitentă vizuală și auditivă prin filmulețe scurte cu impact afectogen* care să vizeze: învingerea fricii de eșec și a suferinței, creșterea stăpânirii de sine, eliminarea gândurilor negative și amplificarea celor pozitive. *Stimularea emoțională* determină participare afectivă, dispoziție de receptare și conștientizare a aspectelor favorizante, empatie, stimularea efortului voluntar, dublată de autoreglarea activității în funcție de aspirații și strategii. Finalul este orientarea către scop, ambiția realizării obiectivelor, inițiativa, menținerea disciplinei și tacticii, a stăpânirii de sine, a combativității, perseverenței și ambiției.

În plan simbolic, **starea de preparație** înseamnă unitatea / congruența dintre *vorbe și fapte*, siguranța / fiabilitatea funcționării propriului psihism, vioiciune, energie, activism, creativitate în abordarea traseelor.

Bibliografie

1. Baltes, R.F. (2012). *Emoțiile induse de muzică. Corelații psihofiziologice și diferențe interindividuale*. Cluj: Editura ASCR,
2. Brillon, M. (2010). *Emoțiile pozitive, emoțiile negative și sănătatea*. Iași: Editura Polirom,
3. Cosnier, J. (2007). *Introducere în psihologia emoțiilor și a sentimentelor*. Iași: Editura Polirom,
4. Dawson, M., Himberg, M (2014). The Structure of a Team The Influence of Goal Setting Type on Intrinsic Motivation. Group Cohesion and Goal Achievement Orientation of Division III Female Athletes. *Sport Journal*, p 1,
5. Epuran, M., Holdevici, I., Tonița, F. (2001). *Psihologia sportului de performanță. Teorie și practică*. București: Editura Fest,
6. España-Romero, Vanesa, et al. (2009) Climbing time to exhaustion is a determinant of climbing performance in high-level sport climbers. *European journal of applied physiology* 107.5, 517-525.
7. Funk, D.C., Pritchard, M.P. (2005). Sport publicity: Commitment's moderation of message effects. *Journal of Business Research* 59 (2006), 613-621,
8. Graham, J. (Jun1993) The Role of Performance Profiling in Cognitive Behavioral Interventions in Sport. *Sport Psychologist*, 7. 2, p 160
9. Grant, S., et al. (1996) Anthropometric, strength, endurance and flexibility characteristics of elite and recreational climbers. *Journal of sports sciences* 14.4, 301-309.
10. Jones, M. V. & Bray, S.R.& Mace, R. D.& MacRae, A.W. & Stockbridge, C. (Mar 2002) The Impact of Motivational Imagery on the Emotional State and Self-Efficacy Levels of Novice Climbers, *Journal of Sport Behavior*; 25, 1, p 57
11. Massar, K., Abraham, P. (2013). Gender Differences în Adolescent Advertising Response: The Role of Involment and Message Clăim. *Scholarly Journals* 4, 547-55
12. Phillips, K. C. & Sassaman, J. M. & Smoliga, J. M. (June 2012) Optimizing Rock Climbing Performance Through Sport-Specific Strength and Conditioning. *Strength & Conditioning Journal*. 34. 3, 1-18
13. Ungerleider, S. (2005) *Mental training for peak performance*, Emmaus: Rodale Books
14. Watts, P. B., et al. (2003) Anthropometry of young competitive sport rock climbers, *British journal of sports medicine*, 37. 5, 420-424.
15. Watts, P. B. & David, T. M. & Shirley, D. (1993) Anthropometric profiles of elite male and female competitive sport rock climbers, *Journal of sports sciences* 11.2, 113-117.

INTERFERENȚA ÎNTRE DOMENIUL DE STUDIU/ CARIERA ALEASĂ ȘI PROFILUL DE PERSONALITATE ȘI CEL VOCAȚIONAL LA ADOLESCENȚI

Psih. Drd. Stepan Amalia- Raluca

Etapale procesului de luare a unei decizii cu privire la carieră sunt stabilite și descrise pe larg în literatura de specialitate (Holland, Donald Super, Savickas, LindaGottfredson, Robert W. Lent, Steven D. Brown &GailHackett,Gary Peterson, James Sampson Jr., Janet Lenz & Robert Reardon, ș.a.).

În activitatea pe care o desfășurăm de consiliere și orientare în carieră cu elevi și studenți se pornește de la situația prezentă, specifică fiecăruia/ fiecărei categorii în parte și se urmărește sistematizarea informațiilor existente și oferirea de noi informații, evaluarea nivelului de înțelegere a situației reale, identificarea problemelor, stabilirea împreună cu persoanele consiliate a pașilor ce trebuie parcurși pentru alegerea ocupației/meseriei, pentru încadrarea în muncă sau formarea profesională, și, mai ales formularea obiectivelor și scopurilor clienților noștri. Acestea din urmă încercăm să le pliăm pe profilul lor de personalitate, cât și pe cel aptitudinal, sistemul de valori și cel motivațional al fiecărui subiect.

În acest sens, foarte utilă este auto-cunoașterea, iar primul pas către o mai clară viziune asupra sinelui rezidă în evaluarea formală și informală. Urmărim aici identificarea aptitudinilor, abilităților, capacităților și deprinderilor; identificarea intereselor profesionale, identificarea valorilor de muncă, identificarea unor trăsături dominante de personalitate, matricea SWOT personală. Procesul acesta se finalizează cu prezentarea rezultatelor evaluării, clarificarea și acceptarea concepției despre sine și despre carieră.

O dată acești pași fiind parcurși, se poate discuta despre o decizie de carieră/ alegere a unui domeniu de studiu potrivit prin analiza trăsăturilor, factorilor care intervin în luarea deciziei privind cariera, identificarea factorilor care ar constitui oportunități sau amenințări în realizarea unei decizii eficiente, identificarea alternativelor valabile în funcție de punctele

forte și slabe, generarea și evaluarea alternativelor, și ulterior, selectarea unei alternative - și asumarea deciziei.

Întrebările de tipul „Ce îmi doresc?”, „Unde vreau să ajung?”, „Cum ajung acolo?” ne călăuzesc întreaga viață. Ele prin contur în mica copilărie, când răspunsurile sunt animate de modele din mediul de viață al copilului sau sunt unele de tip magic. Ulterior, în primii ani de școală descoperim ce ne place mai mult să studiem, în ce materii școlare ne regăsim mai mult, cât și cele la care nu performăm sau ne displac. Aceste experiențe și evaluarea lor, în cele mai multe situații determină elevii în alegerea profilului liceului pe care doresc să îl urmeze. În momentul în care se apropie de absolvirea celor 12 clase, întrebările ante-menționate sunt din ce în ce mai presante, întrucât acum elevul va deveni un viitor student într-un domeniu de studiu care fie îi va valida cariera viitoare și îl va confirma din punct de vedere profesional, fie îl va duce către un drum pe care este posibil să se rătăcească și să nu reușească să își găsească adevărata cale sau menire profesională niciodată.

Cercetarea de față surprinde relația dintre trăsăturile de personalitate și profilul vocațional, respectiv opțiunile de carieră, al unui număr de 60 de elevi aflați în clasele terminale, înscriși la un liceu din Craiova, respectiv Colegiul Național „Frații Buzești”. Cercetarea a fost desfășurată în perioada ianuarie-februarie 2017.

Între testele utilizate s-au regăsit un chestionar de personalitate - EPI, o varianta scurtă a chestionarului EPQ, și un test Holland, pe care le voi descrie succint în continuare:

- Chestionarul EPI are doar 3 scale, și anume Extraversie (E), Nevrotism (N) și scala de dezirabilitate socială sau de minciună, notată cu L. Este o variantă mult mai simplă de aplicat, scorat și interpretat în cadrul sesiunilor de consiliere și oferă totodată răspunsurile pe care subiecții le caută, pe loc. Chestionarul surprinde două dintre dimensiunile fundamentale de personalitate (Eysenck (1970)), de o foarte mare relevanță pentru adolescenții care se află înaintea primului obstacol care le va testa maturitatea.

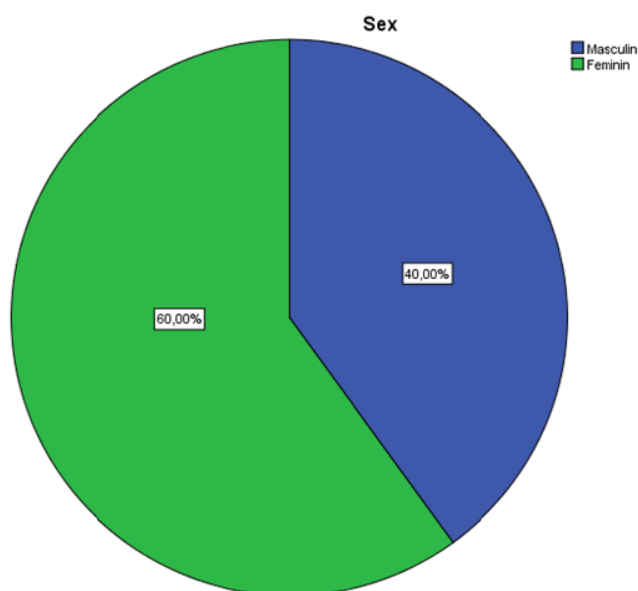
- Determinarea aptitudinilor, abilităților, capacităților fiecăruia sunt aspecte foarte importante în cadrul orientării școlare și în carieră, de aceasta depinzând, în parte, impactul procesului și asumarea celor mai corecte decizii. Din acest punct de vedere, inventarele de interese propuse de psihologul american John L. Holland pot oferi subiectului posibilitatea de a fi confirmate sau infirmate opțiunile de până la acel moment sau chiar de

a-și descoperi „personalitatea vocațională”, precum și mediul profesional sau mediile în care are cele mai mari șanse de reușită (Holland, 1997).

Liceul mai sus amintit are un profil teoretic și este în topul primelor trei licee din oraș și al primelor cinci licee pe țară în ceea ce privește media de admitere, iar absolvenții săi îl reprezintă cu mândrie în multe domenii de expertiză atât din țară, cât și din străinătate.

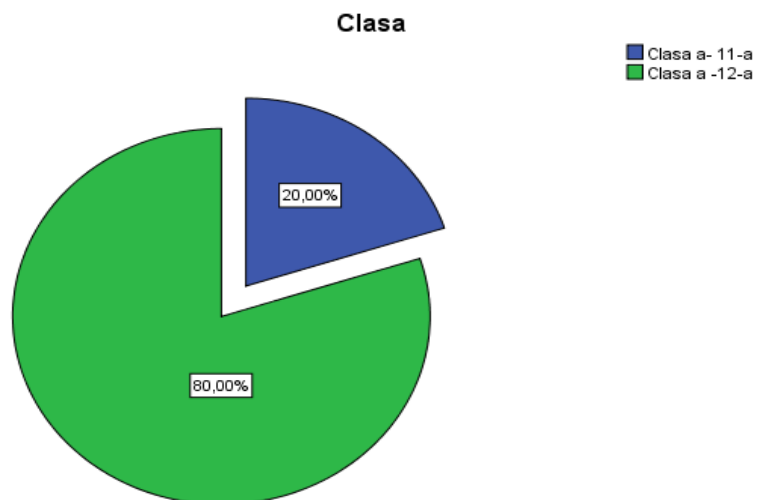
Distribuția pe gen a participanților la studiu este reliefată de figura de mai jos. Se poate observa o prevalență mai mare a reprezentantelor genului feminin, în procent de 80%, față de băieți, care sunt într-o pondere semnificativ mai scăzută, de doar 20%. Acest fapt este explicabil, întrucât sunt elevi de la mai multe specializări, însă cele socio-umane sunt mai numeroase decât profilele tehnice-reale.

Figura nr.1- Sexul participanților



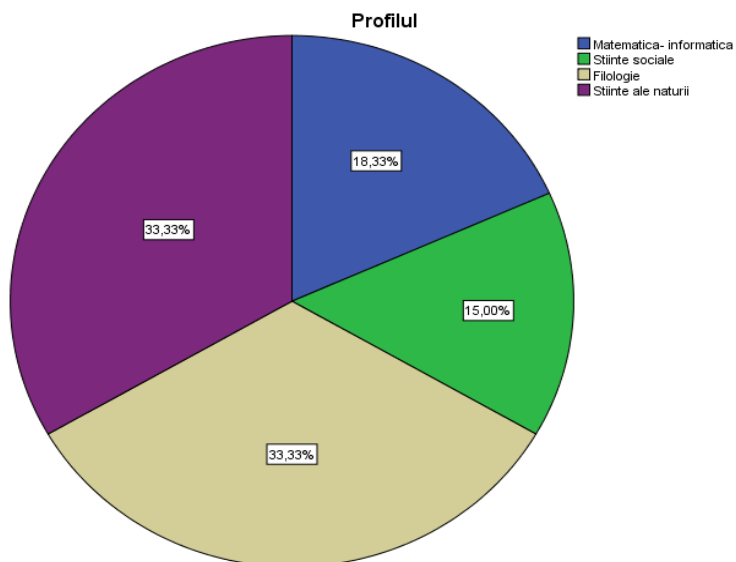
Distribuția participanților în funcție de clasa în care se află se regăsește în figura nr. 2. Cei 80% dintre elevi care sunt în an terminal sunt și mult mai interesați să descopere dacă opțiunile pe care le au conturate în prezent cu privire la un viitor academic și profesional de succes sunt în acord cu profilul lor de personalitate, cât și cu opțiunile de carieră, dar și cu cererea reală a domeniilor lor preferate de studii pe piața muncii.

Figura nr.2 - Clasa în care se află participanții



Așa cum aminteam anterior în ceea ce privește distribuția în funcție de gen a subiecților, unde a fost evidentă o prevalență a persoanelor de sex feminin, această statistică se corelează cu distribuția pe profilul de studii, astfel, cu un procent ridicat și egal se regăsesc profilul filologic, respectiv științe ale naturii, fiecare cu câte 33,3%, urmate apoi de profilul matematică-informatică, în procent de 18,33% și social 15%.

Figura nr.3- Profilul școlar

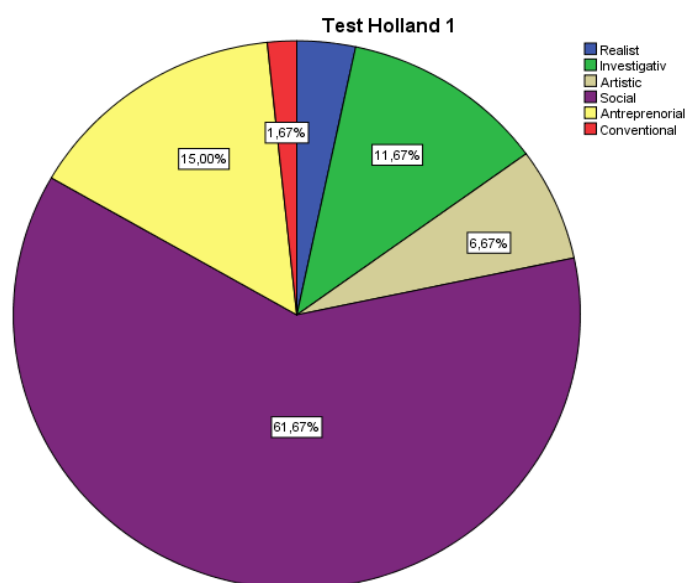


În aceeași direcție cu cea a profilului pe care fiecare dintre participanți îl studiază, ca prim domeniu de interes al participanților către un domeniu de studiu/ activitate este cel social (61,67%), urmat de cel antreprenorial (ales de un procent de doar 15% dintre subiecți), investigativ (ales de 11% dintre respondenți), artistic (6,67%), și convențional și real (alese fiecare de doar 1,67% respondenți).

Tipul social este astfel cel mai semnificativ statistic față de celelalte tipuri și descrie cel mai acurat nevoia viitorilor studenți de a fi parte dintr-o comunitate, de a se implica în tot ceea ce întreprind, de a-i ajuta pe ceilalți și de a oferi ceva în schimb către exterior. Prin această tipologie, ei pot fi descriși ca fiind prietenoși, amabili, comunicativi, flexibili, persuasivi,

Domeniile cele mai potrivite pentru dezvoltarea unei cariere sunt în marketing, vânzări, educație și formare profesională.

Figura nr.4 - Primul domeniu de interes ales

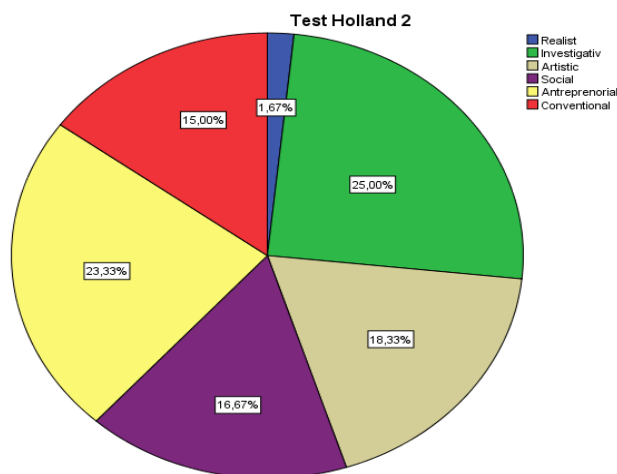


În ceea ce privește al doilea domeniu de interes ales al elevilor se observă o mai mică disparare a scorurilor față de alegerea primului domeniu, unde cel social a câștigat detașat (cu peste 60%), aici pe primul loc este ales tipul investigativ cu 25%, urmat de tipul antreprenorial și apoi artistic, la procente relativ asemănătoare.

Tipul investigativ preferă să se implice în activități care fac apel la cunoaștere și înțelegere, la finețea observației sau la capacitatea de analiză complexă a fenomenelor, aspecte justificate prin natura activității lor din prezent, respectiv de studiu intens și susținut pe o lungă perioadă de timp.

Activitățile potrivite acestui tip de personalitate sunt în domeniul cercetării și consultanței.

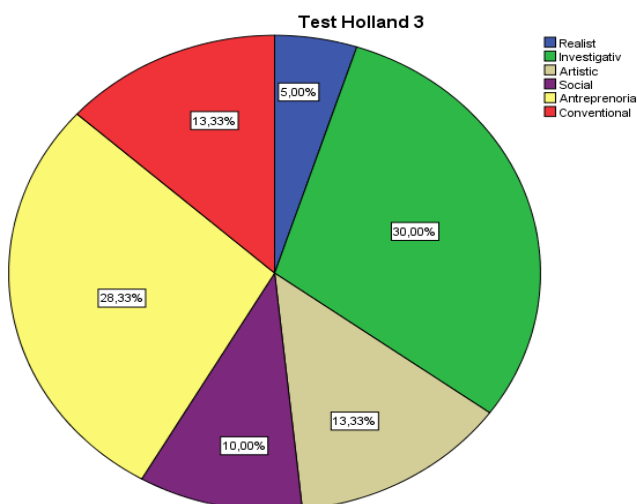
Figura nr.5- Al doilea domeniu de interes ales



Al treilea domeniu de interes se menține ca și cel anterior, respectiv cel investigativ, cu un procent de 30%, urmat îndeaproape de preferința elevilor de a se orienta și către activități care implică antreprenoriatul și ideile inovative (28,33%).

Tipul antreprenorial este caracterizat încrezător în propriile forțe, sociabil și bun comunicator.

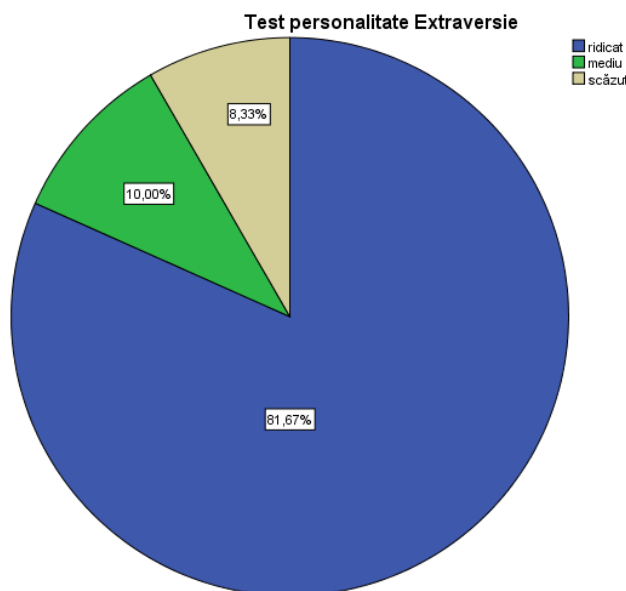
Figura nr.6 - Al treilea domeniu de interes ales



Al doilea test utilizat este un test de personalitate de tip EPQ, în variantă simplificată cu trei scale (Extraversie, Nevrotism și Scala de dezirabilitate socială sau Minciună).

Scorurile obținute pe această scală sunt reliefate în figura de mai jos (un procent de 81,67% dintre subiecți este extravert) și descriu participanții la studiu ca având un nivel foarte mare de orientare către exterior. Acest fapt este explicat și susținut și de vârsta participanților (17, 18 ani)- elevi în clase terminale de liceu. Extravertul tipic este sociabil, îi plac petrecerile, are mulți prieteni, are nevoie de oameni cu care să vorbească și nu îi place să citească sau să studieze de unul singur. Caută incitarea și deosebitul, îi place riscul și deseori se plasează în calea pericolului, este un individ deseori impulsiv și acționează pe baza tentațiilor momentului.

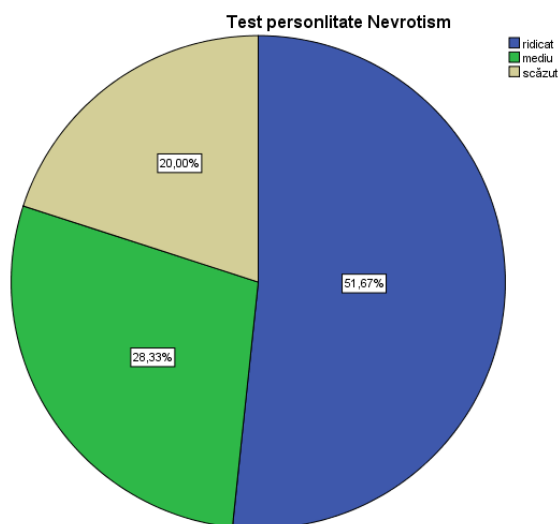
Figura nr.7- Scală Extraversie



Factorul N măsoară nevroismul individului evaluat, adică instabilitatea emoțională sau, mai pe scurt, emoționalitatea. Scorul ridicat pe partea de Nevrotism este unul peste medie (51,67%) și descriu o personalitate de tip anxios, îngrijorat, cu fluctuații emoționale și deseori deprimat. Are o emoționalitate foarte puternică și externalizată, reacționând prea puternic la stimuli și îi este destul de greu să revină la o stare de normalitate după fiecare astfel de experiență emoțională. Reacțiile sale emoționale puternice interferează cu o adaptare corectă și coerentă la mediu, făcându-l să reacționeze în modalități iraționale și uneori rigide.

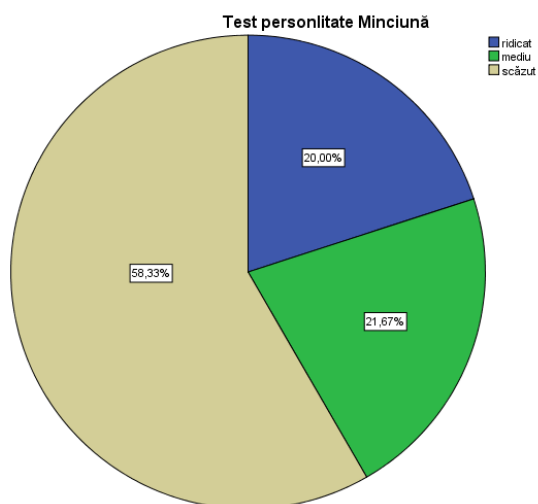
Scorul ridicat pe parte de anxietate este unul justificat de vârsta participanților și de momentul în care se află din punct de vedere al carierei și al alegerilor pe care le au de făcut.

Figura nr.8- Scală Nevrotism



Scala de dezirabilitate socială sau minciună are un scor negativ, în sensul că un procent de 58,33% dintre respondenți tind să își creeze o imagine mai favorabilă cu privire la propria persoană, decât aceasta este în realitate.

Figura nr.9 - Scală Dezirabilitate Socială sau Minciună



Pe lângă faptul că scala L măsoară disimularea, ea măsoară de asemenea marginal un oarecare grad de naivitate socială sau de conformitate, specifică momentului în care se află respondenții.

În concluzie, majoritatea participanților la studiu sunt elevi pe parte de profil filologic și științe ale naturii. Prima lor opțiune de carieră este una pe tip social care îi descrie pe elevi ca fiind pregătiți să intre în contact cu alții, să caute interacțiunea socială în mediul educațional, academic și profesional. Se consideră persoane sociabile, vesele, cu simțul răspunderii, care obțin succese și le place să se afirme. Interesele sociale (S) implică orientarea spre activități care necesită relaționare interpersonală (preferința pentru predare sau pentru a ajuta oamenii să-și rezolve diverse probleme).

Următoarele interese și domenii de activitate către care tinerii se orientează sunt cele de tip investigativ și antreprenorial. Interesele investigative (I) presupun o atracție pentru cercetare, investigare sub diverse forme și în cele mai diverse domenii (biologic, fizic, social, cultural etc.), iar interesele antreprenoriale (E) se manifestă prin preferința pentru activități care permit inițiativă și posibilitate de coordonare a propriei activități sau a activității unui grup.

Toate aceste domenii de interes sunt realizate pe fondul unei personalități extraverte, cu un nivel de anxietate peste medie, cât și cu o dezirabilitate socială crescută, toate dimensiunile caracteristice vârstei și momentului în care se află elevii.

Acestea din urmă, mai ales ultimele două scale pot să ajungă la nivel mediu și sub medie prin intermediul sesiunilor de consiliere și orientare în carieră care îi pot face pe participanți să își găsească răspunsurile de care au nevoie pentru a păși cu succes într-o nouă etapă a vieții lor: studiile universitare și apoi profesia.

Cel mai important aspect îl constituie concatenarea domeniilor exprimate de elev/ student cu aptitudinile intelectuale, sistem de valori, motivație, și, nu în ultimul rând cu piața muncii. Cu cât decizia este una mai în acord cu sinele și cu întregul potențial de care dispune o persoană, cu atât abandonul școlar și universitar se vor diminua, iar angajabilitatea post-absolvire va crește.

Bibliografie

1. Jigău, M., (2001). *Consilierea carierei*. Sigma, București.
2. Jurcău, N., (coord.), (2004), *Psihologia educației*, Editura UT Press, Cluj-Napoca

3. Holland, J. (2009), *SDS – self-directed search: ghid de utilizare profesională*, trad. și adapt. H. Pitariu, D. Vercellino, D. Iliescu. București. O.S. România.
4. Miclea, M., (2003), *Psihologie cognitivă*, Editura Polirom, Iași
5. Negovan, V., (2009), *Psihologia învățării*, Editura CREDIS, București
6. Ordinance 129/2000 on adult vocational training and subsequent amendments;
7. Negreț-Dobridor I., Pânișoară I. O., (2005), *O știință a învățării de la teorie la practică*, Editura Polirom, Iași
8. Study of the University of Craiova insertion of graduates into the labor market - CCOC - University of Craiova;
9. Zunker, V. G. (1998). *Career Counseling*, Brooks / Cole Publishing Company

GENERAL VASILE MILEA – SINUCIDERE SAU ASASINAT?



Mihaiela Ecaterina AVRAMESCU

1. Stabilirea obiectivului

Generalul Vasile Milea, ministru al Apărării în momentul Revoluției, a fost toată cariera sa dator secretarului general al PCR. Acesta i-a iertat greșelile trecutului și l-a promovat. În timpul revoltelor de la Timișoara și București, Milea a ezitat și a amânat executarea întocmai a ordinelor lui Ceaușescu.

În ultima sa noapte, Milea a sunat neautorizat pe telefonul „roșu” în afara granițelor.

„Informăm că ministrul Forțelor Armate a acționat ca un trădător împotriva independenței și suveranității României și, dându-și seama că este descoperit, s-a sinucis.”

Aceste cuvinte le-au transmis crainicii Televiziunii Române și Radioului, la ora 10:45, în ziua de 22 decembrie 1989. Moartea generalului Vasile Milea rămâne unul dintre cele mai controversate și dezbătute momente de care atunci a atârnat soarta Revoluției române.

Circumstanțele și momentul în care Milea ar fi luat ultima decizie din viața lui vor rămâne, chiar și la 27 de ani de la Revoluție, la fel de misterioase. Până la urmă, s-a sinucis Milea, așa cum a fost anunțat oficial chiar în acele momente tensionate? Ori a fost omorât din ordinul lui Ceaușescu, așa cum a fost anunțat, neoficial, în diferite momente oportune?

Condițiile în care ministrul Apărării Naționale își pierdea viața în cea mai fierbinte zi a revoltelor de la București rămân la fel de neclare și astăzi.

Asasinat sau sinucidere, moartea generalului Vasile Milea și atitudinea lui în timpul evenimentelor au făcut ca Revoluția română să nu se transforme într-un măcel.

2. Cercetarea câmpului de cunoaștere psihologică

Vasile Milea se naște la 1 ianuarie 1927, în comuna Lerești, județul Argeș. Fiu al unui țăran cu o gospodărie mică, tânărul Vasile muncește din primele clase liceu pentru a se întreține și pentru a-și finaliza cursurile. În ultimul an de liceu, chiar se angajează drept contabil al unui depozit de cherestea de pe Calea Rahovei din București. În România de după cel de-Al Doilea Război Mondial, Milea a simțit ca adolescent mărirea și decăderea regalității în România și vede în noua putere șansa de a se realiza profesional.

„Subsemnatul în primăvara anului 1947 m-am înscris în rândurile PCR activând în cadrul organizației de bază din Comuna Lerești, Raionul Muscel. În anul 1947, am fost trimis de județeană PCR Muscel la Școala Militară Sibiu”.

În mai 1949 era deja sublocotenent într-o armată ce copia cu forță „Armata Roșie Eliberatoare”.

„Aici am activat în continuare ca membru al PCR până în anul 1949 la 9 Mai, când am ieșit ofițer”, arată Milea într-un memoriu adresat Direcției Superioare a Armatei la 2 iulie 1962 și păstrat la Arhivele Naționale.

Tânărul militar e repartizat în calitate de Comandant de pluton la Brigada 9 Tancuri. „La venirea în noua unitate m-am prezentat șefului Secției Politic pe atunci Cpt. Miloșeoca, raportându-i că o să fie încadrat în cadrul organizației de bază pentru a activa”, precizează Milea în memoriul din 1962. Totuși, în noua unitate Milea e neglijat de superiori și ignorat de subalterni. Fusesse trimis la Tancuri cu sarcini clare: răspundea de resortul de propagandă și cultură al Comitetului ARLUS (Asociația Română pentru Strângerea Legăturilor cu Uniunea Sovietică) și de activitățile cultural-sportive. Așadar, printre tineri era cel care ușor, ușor, contribuia la impunerea liniei ideologice a Partidului Muncitoresc Român. În ciuda sarcinilor politice care-i fuseseră atribuite în cadrul unității, Milea nici măcar nu e luat în evidență ca membru de partid. Are prea multă școală. Nemulțumit, singur, aproape nedescoperit în unitatea militară, Milea se revoltă și scrie un raport șefului Secției Politice, căruia i se plânge că e desconsiderat de căpitanul Miloșeoca. Văicărelile nu-i ajută însă pe militari: Milea cade în dizgrația structurilor de conducere din unitate, care dispun supravegherea strictă a ofițerului turbulent. Norocul îi surâde tânărului militar în toamna anului 1950, când e primit, pentru doi ani, la cursurile

Academiei Militare Generale. Norocul se transformă însă în ghinion în momentul în care, cu toate că Milea are rezultate bune și e propus pentru perfecționarea studiilor în URSS, reprezentanții Direcției Superioare a Armatei, decid că e mai bine să rămână în România. Concluzia celor din armată: are prea multă școală. Nu-i mai trebuie. E trimis în câmpul muncii, la Corpul 38 Armată, în funcția de locțiitor al comandantului pentru Tancuri și Mecanizate. Din punct de vedere profesional, tot un pas înainte se cheamă că e și acesta. Milea e însă dezamăgit că ratează specializarea sovietică care reprezenta o poartă de lansare în carieră.

În următorii ani, frustrarea lui Milea pentru interzicerea plecării îl va transforma într-un resentimentar dur față de tovarășii de lucru. În plus, are mediul perfect în care poate să-și manifeste supărările: locul unde ordinele se execută, nu se comentează. Conflictele sunt, din acest moment, o constantă pentru Milea. De pildă, în 1956, pe când era șef de stat major în Divizia 9 Mecanizată „Mărășești”, Milea se afirmă. De data aceasta, nu doar din punct de vedere profesional. „În legătură cu conflictul cu Lt. Maj. Nistor Nicolae arată că în anul 1956 a mers în control la depozitul de muniție unde a găsit pe acesta plecat în sat, deși era șeful gărzii. Plecând în sat l-a găsit la o cârciumă, cu doi militari la o masă, aceștia fiind caporalii de schimb. A luat măsuri de carceră și i-a luat o declarație. După un timp l-a găsit din nou pe acesta în neregulă și atunci l-a bruscăt luându-l de piept”, arată Procesul-verbal numărul 11 al Comisiei de Partid a Școlii Militare de Tancuri și Auto din 28 iunie 1960.

În anii '80, Milea le povestea subalternilor despre această perioadă a vieții sale ca și când ar fi fost una îndeajuns de pilduitoare. Ce-a învățat Milea: „Într-o seară, fiind în sufrageria acestuia de la minister, generalul Gușă a încercat să-i explice că ofițerii tineri sunt nevoiți să se trezească la ora 3 dimineța pentru a sta la coadă la lapte pentru copii și, de aceea, vin obosiți la serviciu și nu mai dau randamentul cerut. La care Milea i-a spus că acesta nu este motiv, pentru că el, când era tânăr, venea de la petreceri pe la 3-4 dimineța și se culca în cada de la baie - știind că la ora 6 se dă drumul la apă -, dar nu era niciodată obosit”, mărturisește Alexandru Barbu, șeful de cabinet al ministrului.

La data de 16 februarie 1955 maiorul Vasile Milea a depus o cerere la Organizația de Bază a UM 04326 Basarabi pentru a deveni membru al Partidului Muncitoresc Român (PMR), ca urmare a faptului că „studiind hotărârile PMR, (...) mi-am dat seama de țelul și scopul măreț pe care-l urmărește să-l înfăptuiască în Patria noastră...”. Milea a dezvăluit într-o declarație din 20 iulie 1955 că a manifestat ură față de clasa burghezo-moșierească, deoarece în adolescență a muncit împreună cu familia ca muncitor forestier în slujba unui moșier din Câmpulung Muscel:

„În timpul cât am lucrat cu familia mea la lemne la acest moșier am văzut o serie de escrocherii pe care le făcea cu muncitorii. Acest lucru m-a făcut să-l urăsc și mai mult”.

Au urmat procedurile standard ale birocrăției de partid: verificarea rudelor și prietenilor viitorului membru, ședințele cu prelucrări și dări de seamă ale candidatului, redactarea la foc automat de autobiografii pentru cei de la Cadre și referințele date de ofițerii care l-au cunoscut. Pentru aceștia din urmă, camaradul Milea trecea drept „unul dintre cei mai pregătiți”, un om plin de „voința de a realiza lucruri cât mai bune”, dar și un „arogant” sau un personaj care avea de „lichidat mai multe lipsuri”.

Vasile Milea a fost admis ca membru al PMR abia la 20 septembrie 1957.

Atitudinea sa față de cei din jur îl va afecta direct. La data de 31 iulie 1958, după câțiva ani în care Milea le-a făcut viața grea celor mai mici în grad din unitățile în care lucra, viitorul ministru al Apărării Naționale e sancționat și exclus din rândul membrilor de partid de către comisia de partid a Armatei a II-a. E o dramă. O excludere din partid putea însemna, în 1958, pedeapsa cu moartea. (Să nu uităm că erau vremurile de „epurare politică”, impuse de regimul Gheorghe Gheorghiu Dej, când orice acuzație era aspru sancționată de partid. Conform ritualului politic practicat de toate regimurile comuniste, Dej lega de numele adversarilor săi înlăturați toate abuzurile, eșecurile și nerealizările regimului; dacă voiai să scapi de cineva, îl denunțai, pe drept sau nu.)

Acuzele aduse pentru retragerea carnetului de partid: furt, bățai, înjurături și desconsiderarea activităților politice. Iată câteva dintre faptele incriminate în hotărârea de excludere, publicată în iulie 1958: „(Milea) a forțat (...) pe comandanții de unități să fure materiale de pe diferite șantiere ale sectorului socialist”, „a luat una butelie aragaz (...) și nu a plătit-o”, „în relațiile cu ofițerii - loviri, jigniri - a făcut ca aceștia să se îndepărteze de el și să aibă frică”, „nu a participat regulat la adunările de partid” și a „desconsiderat activitatea secției politice”. Vizavi de caracterul vulcanic al viitorului șef al Armatei din anii '80, emblematică e mărturia căpitanului Constantin Iancu: „(...) tov. Lt. col. Milea Vasile lovea militari, îi înjura și îi jigneau prin cuvinte ca boue, măgarule, du-te dracului și acestea chiar după ce a fost primit membru de Partid”. A căpitanului Constantin Baciuc: „De ofițeri nu a fost iubit pentru că nu a știut să se poarte cu aceștia (...) dimpotrivă, a desconsiderat pe mulți și nu a ținut cont de capacitatea lor, zicându-le uneori «măi, academicianule, ceferistule» etc.”. Dar și a căpitanului Ioan Niculescu, de la Cernavodă: „Când se auzea că vine tov. Lt. col. Milea Vasile în unitate majoritatea ofițerilor și a restului de militari trăiau unele momente de teamă”... „Nu a asigurat folosirea materialelor și

mijloacelor de transport ale diviziei în mod rațional, astfel că a încălcat instrucțiunile M.F.A. (Ministerul Forțelor Armate) prin aceea că a folosit mașinile de front în alte scopuri. A permis și chiar a încurajat pe unii subordonați să fure diferite materiale de construcție de pe șantierele din Dobrogea. Lt. Col. Milea Vasile a dovedit lipsă de sinceritate în sensul că a căutat să ascundă aceste fapte”, precizează o hotărâre din 17 septembrie 1960 a Comisiei de partid din Direcția Învățământului Militar din Ministerul Forțelor Armate. Pe lângă acestea, i se impută și faptul că nu a asigurat condiții minime de cazare și nici o normă de hrană corespunzătoare pentru militarii trimiși să lucreze la fabrica de ciment din Medgidia. Un moment de mare cumpănă are loc în urma unui control financiar la unitatea din Medgidia pe care o conducea, la sfârșitul anului 1958, când i se impută o pagubă de 700000 lei. Controlul Financiar Intern găsisese o deturnare de fonduri, pentru că Vasile Milea a dat ordin să se folosească niște bani pentru a se asfalta interiorul unității, aflată în noroaie până-n gât și a achiziționat un tren de lemne pentru unitate și subordonați. „O duceam cu toții foarte greu. Atât noi, familia, cât și soldații” (Nicoleta Milea, soția, într-un interviu dat pentru jurnalul.ro).

Cu toate că ajunge în fața Consiliului de Judecată, Milea scapă de închisoare în urma intervenției lui Ceaușescu, ajuns liderul PMR în 1965. (În 1958 Ceaușescu este numit șef al Direcției organizatorice, organism nou înființat care se ocupa de „controlul muncii politice cu militarii din unitățile Ministerului Forțelor Armate și unitățile militare ale Ministerului Afacerilor Interne (MAI), inclusiv controlul activității Direcției Superioare Politice a Armatei și Direcției Politice a MAI, precum și controlul aplicării hotărârilor PMR și Consiliului de Miniștri în domeniile de activitate ale Ministerului Justiției, Procuraturii și Tribunalului Suprem”. El s-a ocupat de selecția și de promovarea „cadrelor”. Avea acces la dosarele personale ale activiștilor, le cunoștea calitățile, defectele, viciile și „petele negre” din biografie. Patima alcoolului, lenea, slăbiciunea pentru sexul frumos, comportamentul în viața de familie, păcatele tinereții - ale persoanei, ba chiar și ale familiei - toate acestea și multe altele erau scrupulos consemnate „la dosar”. În timp, Ceaușescu a ajuns să cunoască fără egal „activul de partid”, cu bune și cu rele. Iar cei pe care i-a promovat știau că lui îi datorează funcția.)

Milea contestă hotărârea de excludere din 1958, însă, după o nouă analiză a dosarului său, hotărârea inițială e menținută. Milea e înștiințat că îi este acordat dreptul de reabilitare după trei ani, însă doar dacă se va dovedi vrednic. Vrednic să-și arate loialitatea față de Ceaușescu și partid. Fiind însă dâr și trecut prin greutăți, știe să facă față oricărei situații.

Milea e exclus din partid la 7 iulie 1959 și numit în funcția de locuitor al șefului Școlii Militare de Tancuri și Auto pentru Învățământ și Front din

Pitești. Începând din 1960, e numit însă comandant al Școlii, unde rămâne până în 1964. Forțat de situație, viitorul ministru începe să-și schimbe atitudinea față de cadeții săi și să nu-și mai facă singur probleme. În plus, ține cont și de aparatul politic din cadrul fiecărei unități militare, pe care întotdeauna îl subestimase. Cadrele superioare ale instituției îi vor face un portret pozitiv în notările de serviciu. „De la început s-a străduit să-și însușească problemele specifice procesului de învățământ și a muncit conștiincios. Este un tovarăș priceput și cu multă putere de muncă. Îi place mult munca practică în teren și este bine orientat asupra problemelor pregătirii de luptă. Cunoaște bine probele de specialitate și regulamentele militare și le aplică în viața practică. Este disciplinat și corect în serviciu”, arată o caracterizare a sa făcută de șeful Școlii Militare de Tancuri și Auto, Mihai Topor, și de șeful Secției politice a acestei instituții, Ioan Dinu, la 20 septembrie 1960. Aceeași caracterizare subliniază însă și trăsăturile negative ale lui Milea. „Nu are suficientă stabilitate morală, nu este suficient de sistematizat în organizarea problemelor. Are tendința de a cădea dintr-o extremă în alta și aceasta îl face să nu fie constant și suficient de exigent [...] Are tendința de a prezenta exagerat unele probleme și este negativist în aprecierea unor cadre”, se mai precizează în caracterizarea semnată de sus-numiții Topor și Dinu. Măcar formal, Milea își schimbă comportamentul și e reprimat în PMR. Printre argumentele Comisiei s-a numărat și faptul că, „lt. col. Milea, în perioada care a trecut de la excluderea din partid, a dovedit că este un tovarăș care a fost frământat de situația sa din partid”.

I se acordă carnetul de membru cu numărul 020005 din 1960. Notele de apreciere îl ajutaseră la reevaluarea situației de către comisiile partidului. După ce se vede reîmplinit profesional, bărbatul nu uită de promisiunile făcute partidului. Caz concret: în 1962, în ultima perioadă a colectivizării, autoritățile din județul Argeș întâmpină rezistență din partea țăranilor care reacționează violent. Atât cât puteau să fie de bătaioși niște oameni fără arme. Situația e rezolvată în stilul „Timișoara '89”: Milea le ordonă unităților din subordine să vină cu tancurile la întâlnirea cu țăranii, pentru a-i speria pe răsculați. Istoricul Constantin Corneanu explică: „În județul Argeș, unitățile de sub comanda lui Milea participaseră la sprijinirea politicii de colectivizare, dar nu în sensul că au împușcat sau omorât oameni, ci la un moment dat, într-o situație delicată, a fost nevoie de intervenția Armatei. Milea, fiind la Pitești, la școala de tancuri, a sprijinit cu tancurile sale, a creat acea intimidare de forță care să dea sentimentul că activiștii de partid nu sunt singuri pe lumea aceasta”.

Bărbatul se încredea în puterea uniformei militare mai mult decât un soț ferit de gelozie. Doar fusese instruit la școlile organizate de Emil

Bodnăraș! Puțină dreptate tot are Milea să se încreadă atât de mult în epoleți: cariera lui reia traseul ascendent pe care-l promisese la început. Milea e numit, pe rând, comandantul Diviziei 6 Tancuri (7 septembrie 1964-5 iunie 1965), șef de Stat major la Armata a 3-a (15 iunie 1965-8 iulie 1969), comandantul Armatei a 3-a (8 iulie 1969-7 iunie 1973), șeful de Stat major al Gărzilor Patriotice de la CC al PCR (7 iunie 1973-5 iunie 1978), comandantul Armatei a 2-a (5 iunie 1978-31 martie 1980), prim-adjunct al ministrului Apărării Naționale și șef al Marelui Stat Major (31 martie 1980-17 decembrie 1985) și, în final, ministru al Apărării Naționale. În paralel, ocupă și funcții politice: deputat de Iași în Marea Adunare Națională (din 1975), membru al Consiliului Național al Frontului Unității Socialiste (din 1974), președinte al Comisiei Marii Adunări Naționale pentru Probleme Militare (1977), membru supleant al CC al PCR (din 1974) și membru titular (din 1979). Dintre toate aceste funcții, se pare că lui Milea i-a displicut cel mai mult cea de comandant al Gărzilor Patriotice. Când schimbi dramatic profesia te simți altfel. Și asta a fost un moment dramatic pentru el. Timp de trei-patru luni nu a vrut să ia nici o decizie. A vrut să înțeleagă sistemul. Erau alte obiective și un stil aparte. Trebuia să organizeze sistemul ca să iasă bine. Silviu Curticeanu, șeful de cabinet al lui Ceaușescu, explică: „Era mai mare în fapt peste un număr restrâns de ofițeri, bătrâni și burtoși, aflați în pragul trecerii în rezervă sau incapabili, dintr-un motiv sau altul, să facă față rigorilor armatei propriu-zise. Trăia o adevărată dramă”. Curticeanu își amintește, în memoriile sale, despre nemulțumirea lui Milea că, atunci când ajunge la birou, nimeni nu e însărcinat să-i dea raportul. „Silviu, știi că aici, când vin la birou, nimeni nu-mi dă raportul? Parcă sunt la casa de ajutor reciproc a pensionarilor sau a invalizilor civili (nu de război, bineînțeles!)”, se plânga.

Nici cu problemele mai omenești, civile, nu se împăca Milea. De pildă, nu știa cum să-și cheme frizerul și croitorul în birou, așa cum i se părea că i se cuvine. „Se credea în continuare comandant de mare oaste”, își amintește Curticeanu. Fostul șef de cabinet al lui Ceaușescu i-ar fi dat și un sfat: „Cu frizerul te pot ajuta, cu maistrul croitor, mai puțin. Cobori matala cele șase etaje, ieși pe unde ai intrat, adică pe la poarta C și, imediat la stânga, pe strada Academiei, dai de o frizerie deservită de bărbați sau femei, la alegere: nu uita, te rog, bacșișul, că haina de general obligă!”. Curticeanu îi recomanda un lucru relativ străin pentru un militar aflat într-un post de conducere: se meargă, ca orice om normal, la frizerie. „A înțeles mai târziu că nu glumeam, dar nu știu nici astăzi cum și-a ales frizerul și croitorul, pentru că nu-l văd, în niciun caz, amestecându-se printre civili”, își amintește bărbatul.

Despre oamenii care au deținut funcții importante în conducerea serviciilor de informații românești sau în domeniul Apărării Naționale aproape mereu au circulat zvonuri că se află în relații bune sau că sunt plasați cu grijă în sferele de decizie românești de către state mai puternice. Nici Vasile Milea nu a scăpat de suspiciuni, unii istorici considerând că acesta ar fi putut fi omul sovieticilor, dat fiind interesul acestora pentru persoana sa. Generalul rus Gheorghi Pavlovici Romanov, care din 1966 era reprezentant al comandamentului suprem al Forțelor Armate Unite ale Organizației Tratatului de la Varșovia pe lângă armata română, este cel care și-ar fi manifestat interesul, la sfârșitul anilor '60, pentru Vasile Milea și pentru Nicolae Militaru (primul ministru al Apărării de după 1989), fiind văzuți ca posibile ținte pentru recrutare. „Romanov a cerut (n.r. – i-a cerut generalului Ion Șerb să-i transmită copii ale dosarelor lui Milea și Militaru), de asemenea, și a primit dosarele de cadre ale câtorva comandanți militari, printre care generalul Vasile Milea, pe atunci comandantul Gărzilor Patriotice, și generalul Nicolae Militaru, care îi va urma lui Șerb la comanda Armatei a II-a (Regiunea București) și în funcția de comandant al Garnizoanei București”, arată istoricul Larry Watts în volumul „Ferește-mă, Doamne, de prieteni. Controversatul istoric indică în cartea sa interesul sovieticilor pentru Milea. Totuși, atât explicațiile unor istorici, dar și faptele lui Milea arată că acesta avea o antipatie pronunțată față de Uniunea Sovietică.(antipatie provenită din timpul formării lui ca ofițer, care coincidea cu prezența și apoi retragerea trupelor sovietice pe teritoriul României) Istoricul Petre Oprea precizează, în articolul „Biografia unui spion sovietic: generalul Ion Șerb”, că materialele confidentiale despre Milea nu ar fi avut cum să ajungă pe filiera Șerb în mâinile sovieticilor. Nici n-ar exista date despre încercarea contactării lui Milea de sovietici, spune Oprea. În plus, în momentul în care a ajuns ministru al Apărării Naționale, controalele sale cu sovieticii au fost destul de dese. „Era atât de pornit împotriva manifestărilor de hegemonie ale militarilor sovietici în cadrul Tratatului de la Varșovia încât, la o ședință desfășurată la București, a avut o controversă atât de aprigă cu delegația sovietică încât, la plecarea acesteia din sediul ministerului, sovieticii au uitat chiar să-și mai ia șepcile din cuier, fiind nevoit să mă duc la hotelul militar să le duc”, explică Alexandru Barbu în volumul său. Fostul șef de cabinet redă și un alt moment tensionat ale întâlnirilor dintre Milea și colegii săi de breaslă de la Moscova. „În anul 1988, cu prilejul unei ședințe a Tratatului, desfășurată la Moscova, Milea s-a enervat atât de tare încât a făcut o cădere de tensiune, ceea ce a necesitat internarea sa într-un spital din capitala sovietică, întârziindu-și sosirea în țară cu două zile”, arată Barbu.

Supărarea pe sovietici nu a putut fi manifestată totdeauna fățiș, pentru a nu supăra tovarășii de la Moscova, așa că a fost tradus în stilul inventiv românesc: înșelarea sovieticilor în materie de comerț de arme. (România aproviziona cu arme rusești state din Orientul Mijlociu aflate în conflict, fie că era vorba de cele simpatizate de Uniunea Sovietică, fie cele agreate de Occident.)

Glumele seci ale generalului Generalul Vasile Milea era lipsit de inspirație și în momentele în care făcea glume. Le înțelegea el și era de ajuns. Șeful său de cabinet de la minister povestește despre mai multe momente în care ministrul a încercat să aducă zâmbetul pe buzele celor din jur. Am selectat cele mai bune două astfel de momente.

-1. Cacao cu lapte pentru inamici. Prima glumă face parte din cutia cu replici amuzante a lui Milea din perioada tinereții sale. „La o aplicație desfășurată la Școala de ofițeri de tancuri de la Pitești, pe vremea când era comandant al școlii, un elev a raportat prin radio că a prins doi «inamici» și întreba ce să facă cu ei. La care Milea i-a spus: „Dă-le cacao cu lapte și trimite-i cu RATA încoace!”, povestește Barbu în „Aghiotant la trei miniștri ai Apărării”.

-2. Oile neîmbarcate ale Apărării. Al doilea moment se petrece în perioada în care Milea era la apogeul carierei sale, în a doua jumătate a anilor '80. „În primăvara anului 1986 a venit în vizită în România ministrul Apărării din Liberia, însoțit de comandantul aviației și cel al marinei militare. În program au avut și o deplasare pe Litoral, pentru a vizita unități ale marinei militare române. La masa de prânz, organizată la Neptun, s-au servit și brânzeturi provenite din gospodăriile armatei. Explicându-i libianului despre aceste gospodării, Milea l-a întrebat pe contra-amiralul Iordache, șeful de Stat Major al Marinei Militare, câte oi are, acesta răspunzându-i că 200. La care Milea îi spune omologului său: «Ați auzit? 200 de oi, dar neîmbarcate!»“, își amintește Barbu. Gluma, în cazul în care a trecut nesesizată, e cuprinsă în cuvântul „neîmbarcate”. Carevasăzică, pentru că răspunsul îi fusese dat de către șeful Marinei Militare, pentru Milea ar fi fost clar că orice lucru despre care acesta ar fi făcut vorbire se află pe o barcă. Amuzant!

Imaginea lui Vasile Milea a rămas însă, pentru majoritatea celor din subordinea sa, cea a unui militar dur, cazon, aproape spartan. Milea le cerea subordonaților să-și respecte profesia permanent și să poarte cu demnitate uniforma militară! Cu demnitate, adică să nu cumva să fie asociată cu activități casnice în special și, în general, cu orice activități care ar putea lăsa impresia unui bărbat slab. „Au apărut aberantele ordine că nici un militar în uniformă să nu stea la coadă la «Alimentară», să nu stea la coadă la benzinărie, să nu aibă în mână sacoșe sau bagaje voluminoase, să nu ducă

copii în brațe, să nu conducă mașina fără să aibă chipiul pe cap, să nu fumeze pe stradă etc. „De cele mai multe ori, eram nevoiți să aducem soțiile la condiția femeii Evului Mediu, noi având în mână doar geanta, iar acestea trebuiau să care și copilul, și sacoșele cu cumpărături”, povestește Alexandru Barbu în volumul „Aghiotant la trei miniștri ai Apărării”. Patriarhatul din Armată ar fi fost, însă, cel mai important: „Mai ales împotriva femeilor din armată avea o aversiune deosebită, considerând că locul acestora este la cratiță și nu în meserii care privesc exclusiv bărbații. Nu pot uita ce scandal a ieșit atunci când a văzut o femeie-ofițer care fuma într-o stație de autobuz din Ghencea. Era atât de furios încât am crezut că o să treacă în rezervă toate femeile din armată”, mai explică Alexandru Barbu, în același volum.

Ca ministru al Apărării, Milea a luat câteva măsuri foarte contestate pe furiș în cazărmi, precum aceea că a redus norma de echipare cu 25% și a introdus sistemul detașărilor ofițerilor în economie. Totuși, în „era Milea”, Armata Română s-a deschis către țările NATO.

Regulile militare au fost instituite și acasă. Își vede prima dată soția, pe Nicoleta, în 1948 pe când aceasta era elevă a cursului primar iar el era suplinitor la școala din comuna natală Lerești. După ce termină Academia Militară vine în concediu în sat și o reîntâlnește la un bal. Ea era eleva în clasa a XII-a. O cere de soție și este acceptat. Se căsătoresc repede (Nicoleta susține examenul de bacalaureat după căsătorie) și se mută în Dobrogea, la Comandamentul Regimentului Mecanizat unde fusese numit comandant.

„A fost o mare surpriză pentru mine, nu cunoșteam nimic despre el, decât că era de la noi din comună. M-a luat așa, pe nepregătite, nu mai avusesem nici o întâlnire până atunci. Am acceptat abia după două zile.” (Nicoleta Milea – evenimentul.ro)

Au împreună două fete, și ca orice familie de militari, schimbă des garnizoanele.

Invazia rușilor din 1968 îi prinde la Cluj.

„Știu că a primit un telefon să se prezinte de urgență la unitate, la Comandamentul Armatei. A plecat cu Militaru, erau îmbrăcați de intervenție, cu mantua cu diagonală. Trupele erau deja trimise către frontieră. Aveau ordin să nu lase trupe străine să intre în țară. A plecat din Cluj și m-a lăsat singură să decid ce fac. Eram singură cu doi copii mici în grijă. În imobilul în care locuiam mai stătea o familie. El era de la contrainformații și mă bazam că o să-mi spună mai multe. Ne înțelegeam foarte bine. Ne-a spus că nu se va întâmpla nimic, dar, dacă intră trupe străine în țară, va trebui să ne refugiem undeva. Eram foarte speriată. Când a plecat, Vasile ne-a îmbrățișat pe toți, nu știa dacă se mai întoarce”.

Acasă se discută puțin sau aproape deloc despre viața profesională: „Dar nu vorbea acasă despre asta. A vrut întotdeauna să ne protejeze. Mai venea supărat câteodată, nici nu mânca, dar nu comenta nimic. Cred că asta ne-a ferit pe toți de multe probleme.[....] Când a fost ridicat în grad, întotdeauna am aflat ultimii. Primeam telefoane că a fost făcut ministru și noi nu știam nimic. A fost și el foarte șocat.”

La fel se întâmplă și în 1989: „El n-a mai venit acasă de la 15 decembrie. Nu puteam face nimic, nu puteam să mă gândesc la nimic. Și eu, și copiii ne întrebam ce face. Nu ne dădea nici un telefon, nu știam nimic de el. În 17 a venit acasă fără să ne anunțe. Mi-a spus să iau nepoții și să mă mut de urgență la Predeal. Acolo m-am cazat la una dintre vilele Armatei. „

Nicoleta află vestea morții generalului de la șeful Securității din Predeal și primărița din Predeal.

Lucrări publicate

- *Concepția politico-militară a tovarășului Nicolae Ceaușescu privind apărarea independenței patriei noastre socialiste* (Ed. Militară, 1983) - coautor

4. Extragerea informațiilor cu semnificație psihologica

Tatăl țapinar, cu ceva pământ, a fost administrator pe domeniul lui Dumitrescu Lazoiu, un fruntaș țărănist. Un personaj dur, cinstit și muncitor care însuflă copiilor principii morale și dragoste de muncă.

Soția, o doamnă distinsă, mereu slăbită, bolnavă, își asumă doar rolul de soție. În casă e multă disciplină, dar și veselie. Generalul este un bunic bun și iubitor care nu se jenează să stea în patru labe pentru a fi călărit de nepoți.

Se spune că în tinerețe ar fi fost vicepreședinte al organizației de tineret a PNT din comuna Lerești, partid cu care și tatăl cocheta. Sigur e că a crezut în PRM cu idealismul pe care îl au tinerii. Dar în urma incidentului din 1958 a înțeles că în spatele doctrinei de partid stau oameni puternici, oameni care îi decid soarta indiferent de cât încearcă el să demonstreze că e capabil. S-a simțit frustrat pentru că a fost denunțat de oameni sub condiția lui, „academicienii”, proveniți din foștii ceferiști, oameni care nu erau militari „de carieră”, ca el. Învăță că fără sprijin nu își poate îndeplini visul.

În perioada 1980-1985 ajunge om de încredere al cuplului dictatorial. În următorii patru ani, Milea va conduce Apărarea Națională. Fără prea multe rezultate personale și mai degrabă din poziția executantului decât din cea a comandantului, pentru că toate deciziile sau inițiativele de orice fel nu

puteau fi decât unidirecționale. Din noul fotoliu, Milea se va concentra în special pe activitatea muncitorilor militari de la Canalul Dunăre-Marea Neagră, fără să neglijeze însă comerțul militar internațional, consolidat în urma mai multor vizite în Africa și în Asia. Obediența în fața conducătorului suprem va deveni, și în cazul său, proverbială. Fostul șef de cabinet al lui Nicolae Ceaușescu, Silviu Curticeanu, își amintește, în volumul său de memorii, despre felul în care Milea reușea să satisfacă orice capriciu al dictatorului, fără să țină seama de resursele pe care le folosea în mod inutil. Erau în relații de serviciu, ca între subordonat și șef, Ceaușescu fiind comandantul Armatei. Comandantul suprem al Armatei. Și Milea chiar vedea asta în el.

Nu a suportat niciodată hegemonia sovieticilor și toată viața s-a temut de o invazie ca cea din Cehoslovacia.

N-a fost întotdeauna de acord cu trimiterea soldaților în agricultură. O perioadă s-a gândit că e bine să dea și armata un ajutor în sensul ăsta. Dar era un ordin impus de Ceaușescu, n-avea cum să i se împotrivească. Era un ordin politic, de sus. Metroul, Canalul erau planificate să fie terminate în câțiva ani. Mai rapid și mai conștiincios decât armata nu putea să facă nimeni lucrurile astea. Mai ales de când dispăruseră și deținuții politici.

A fost impresionat de logistica americanilor. El era mândru că a fost primul ministru care a ajuns acolo. Americanii l-au primit foarte bine. În momentul în care lucrezi cu profesioniști, nu mai contează din ce bloc faci parte. Vorbești aceeași limbă. A fost un om dedicat armatei.

5. Conceptualizarea/integrarea în trăsături de personalitate/simptome

Principală trăsătură este preocuparea față de ordine, perfecționism și control mental și interpersonal, în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței.

Încearcă să dețină controlul, acordând atenție exagerată regulilor, procedurilor, listelor, repetă totul și acordă o atenție fantastică detaliilor, verificând totul în mod repetat ca să nu apară nici o greșeală. Perfecționismul și standardele înalte auto-impuse îi creează un stres semnificativ. Dorește să fie „perfect”, ca urmare își neglijează familia.

A fost foarte devotat muncii, nereușind să se relaxeze aproape niciodată, excesiv de conștiincios, scrupulos și inflexibil în ceea ce privește moralitatea, etica sau valoarea. S-a forțat pe sine și pe ceilalți să urmeze principii morale rigide și standarde stricte. A fost foarte critic cu propriile greșeli. Foarte supus în fața autorităților și regulilor și a insistat ca regulile să fie foarte ferme în orice situație.

Nu a avut dificultăți în a delega sarcini altora dar insista ca lucrurile să se facă în felul lui. Dădea indicații foarte precise despre felul în care trebuie făcut ceva și era convins că el poate face lucrurile cel mai bine.

Cheltuia puțini bani. Casa din Lerești este modestă și nu se poate compara cu vilele celorlalți nomenclaturiști ai vremii.

A avut mereu reguli și proceduri care să-i dicteze răspunsul corect, ca un adevărat militar. Se înfură în situațiile în care nu putea deține controlul asupra mediului, și de multe ori își exprima furia în mod direct.

De obicei își exprima afecțiunea în maniera foarte controlată și nu se simțea confortabil în prezența oamenilor care își exprimau emoțiile. Relațiile lui au fost foarte serioase. Adesea avea dificultăți în a-și exprima sentimentele.

Era obișnuit ca cineva să se ocupe de el și devine confuz când acest lucru nu se întâmplă.

Se aștepta la o mare dăruire din partea altora și îi suprasolicita pe ceilalți fără vreo considerație pentru impactul asupra vieții acestora.

Critica îl obseda și îl face să se simtă umilit, degradat, lipsit de valoare.

Da, era foarte dur, dar numai cu cei care nu-și făceau datoria și nu erau corecți. Altfel, a fost foarte atașat de cei din subordinea lui. Căuta tot timpul să le îmbunătățească condițiile, mai ales în perioada când au fost vremuri foarte dure pentru toți.

6. Diagnostic prezumtiv

O personalitate accentuată cu :

- elemente de personalitate obsesiva:

(1)este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri;

(2) prezintă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor;

(3)este excesiv de devotat muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a amicitiei (nejustificată de o necesitate economică evidentă);

- elemente de personalitate perfecționistă:

(2)rigoare până la rigiditate morală;

(3)rezervat în relațiile cu ceilalți.

- elemente de personalitate narcisică.

(5) are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorințele sale;

(9) prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

7. Diagnostic diferențial

Deși izolarea socială poate surveni și în tulburarea de personalitate borderline, aceasta este de regulă secundară repetatelor eșecuri interpersonale datorate acceselor coleroase și schimbărilor frecvente de dispoziție.

Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială sunt lipsiți frecvent de empatie și tind a fi cruzi, cinici și disprețuitori față de sentimentele, drepturile și suferințele altora. Ei pot avea o stimă de sine exagerată și aroganță și pot fi excesiv de obstinați, siguri de sine sau infatuați, dar, indivizii cu tulburare de personalitate antisocială nu reușesc să se conformeze normelor sociale referitoare la comportamentul legal. Mint în mod repetat, fac uz de alibiuri, escrochează pe alții ori simulează. Un pattern de impulsivitate poate fi manifestat prin incapacitatea de a face planuri dinainte.

Deoarece se tem să nu piardă suportul și aprobarea, indivizii cu tulburare de personalitate dependentă au adesea dificultăți în a-și exprima dezacordul față de alți oameni, în special față de cei de care sunt dependenți. Acești indivizi se simt atât de incapabili să funcționeze singuri că vor fi de acord cu lucruri pe care le consideră eronate, mai curând decât să riște pierderea ajutorului din partea celor la care caută îndrumare. Nu se supără corespunzător pe cei de al căror suport și atenție au nevoie de frica înstrăinării acestora. Dacă preocupările individului în legătură cu consecințele exprimării dezacordului sunt reale (de ex., frica reală de pedeapsă din partea unui președinte dictatorial), comportamentul nu trebuie să fie considerat drept indiciu de tulburare de personalitate dependentă.

Indivizii cu tulburare de personalitate dependentă pot merge foarte departe spre a obține tutelare și suport de la alții, chiar până la punctul de a se oferi ca voluntari pentru sarcini neplăcute, dacă un astfel de comportament le aduce supervizarea pe care o necesită. Sunt dispuși să se supună dorințelor altora, chiar dacă cererile sunt absurde. Necesitatea lor de a menține o legătură importantă va duce adesea la relații dezechilibrate sau distorsionate. Pot face sacrificii extraordinare ori tolera maltratare verbală, fizică sau sexuală. De reținut că acest comportament trebuie să fie considerat un indiciu de tulburare de personalitate dependentă numai când poate fi stabilit că individului îi sunt disponibile și alte opțiuni. În timpul regimului ceaușist nu aveai altă opțiune.

8. Diagnostic multiaxial

Axa I

– elemente de anxietate FAS evidențiate de nevoia de control și de apartenența la un grup/ persoană investit/investită ca fiind de referință.

Axa II

În baza informațiilor strânse putem oferi un diagnostic pozitiv de personalitate accentuată perfecționistă cu elemente obsesive și narcisice.

Axa III

- nu exista elemente

Axa IV

Este crescut într-o familie de muncitori forestieri, cu ceva pământ, tatăl dur și autoritar, cu principii morale și etice stricte. Asta însemnând reguli și atenție sporită la reguli, implicit la imaginea personală.

Misogin, consideră că femeile pot fi doar casnice (imaginea mamei). Acest aspect se releva și susține și prin imaginea soției – firava, mamă devotată, necesită permanent protecție, fără autoritate în planul relației.

GAF 90

9. Identificarea vulnerabilităților psihologice

Obsesiv-compulsivii nu se descurcă bine la un loc de muncă unde este nevoie să fie flexibili și să facă compromisuri.

Vulnerabilitatea în stima de sine face indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică foarte sensibili la „lezarea” prin critică sau frustrare. Deși pot să nu arate aceasta în afară, critica poate obseda acești indivizi și-i poate face să se simtă umiliți, degradați, lipsiți de valoare și insignifianți. Pot reacționa cu dispreț, furie sau pot contraataca sfidător. Astfel de experiențe duc adesea la retragere socială ori la un aspect umil care poate masca și proteja grandoarea. Deși ambiția, aroganța și încrederea pot duce la realizări mari, performanța poate fi întreruptă din cauza intoleranței la critică sau la eșec. Sentimentele de rușine și de umilire susținute și autocritica însoțitoare pot fi asociate cu retragere socială, dispoziție depresivă și tulburare distimică sau tulburare depresivă majoră.

10. Elaborarea profilului psihologic perceput

La Vasile Milea cea mai bine aspectată este sarcina muncii, a carierei sale. Toate faptele Generalului Milea ne arată că el se percepea a fi destinat să reușească, își asumă rolul celui care realizează, dând ce era mai bun pentru cariera militară. Este cel care luptă pentru dreptate, cel care își asumă

și victoria, dar și eșecul cu aceeași tărie, fără ca stima sa de sine să aibă de suferit.

Îndeplinește ceea ce consideră ca fiind așteptările poporului de la un conducător. Ca soldat, toată viața lui a avut convingerea că tot ceea ce face, face în interesul țării. A fost devotat jurământului militar.

Era un om cu o construcție psihică și un fel de a fi mai aparte. În ciuda aparențelor, era un om blând și sensibil.

A fost conectat total la profesia sa. Pentru a avansa rapid, și-a asumat nenumărate sarcini, și-a neglijat timpul liber, familia. Nu a avut mulți prieteni, colabora bine cu colegii. Nu a vrut (nici nu putea) să-i spună „Nu” lui Ceaușescu. O fost foarte bine apreciat profesional.

Era independent și a ieșit în evidență prin faptul că voia să fie remarcat oriunde se ducea. A fost conștient de importanța atitudinii pozitive, a motivației și a stabilirii unui țel pe care să îl urmeze în viața. Foarte competitiv din fire și recunoscut pentru mintea ageră. A știut când trebuie să își asume riscuri și un bun comandant. A avut un caracter pragmatic și a rezolva toate problemele în momentul în care acestea i-au blocat calea spre succes. Secretul lui a constatat în faptul că nu i-a fost frică să își scoată în evidență propriile abilități și personalitatea colorată.

A fost mereu competitiv, și a vrut tot timpul să obțină mai mult.

Se implica foarte mult în muncă, ușor de rănit și, din cauza asta, reacționa uneori exagerat. Deseori vedea ce era mai rău în ceilalți și se înfuria sau devenea ostil.

A vrut să facă totul perfect, în carieră și în familie. Nu trecea ușor peste greșeli, nici ale lui, nici ale altora.

Era autoritar și îi plăcea să conducă. Îi plăcea rolul de lider și îi era foarte ușor să îl facă.

Nu era mai irascibil decât alții, dar spiritul competitiv îl face să își argumenteze foarte bine poziția.

Era ambițios, rigid organizat, foarte conștiincios, sensibil, nerăbdător, asumându-și mai multe lucruri, dorind ca ceilalți să ajungă mai repede la un rezultat, anxios, proactiv și preocupat de gestionarea timpului. Dependent de munca, își stabilea mereu termene limită, nu îi plăceau amânările și ambivalența.

11. Analiza strategica (explicarea mecanismului psihologic în raport cu obiectivul stabilit)

La patru ani de când fusese numit ministru al Apărării, a izbucnit revolta de la Timișoara.

Protestul pastorului Laszlo Tokes și al susținătorilor săi față de evacuarea celui dintâi din Timișoara, în zilele de 15 și 16 decembrie 1989, adună o mulțime nesperată de oameni în stradă. Situația escaladează imediat. Începe revolta timișorenilor. Milea se temea de unguri. La 16 decembrie 1989, Milea e chemat de urgență la minister cu o soluție pentru criza de la Timișoara. Generalul constituie o grupă operativă de comandă. Mai precis, un comandament de criză compus, inițial, din generalul Ștefan Gușă, generalul Nicolae Eftimescu și câțiva ofițeri superiori din Direcția Operații a Marelui Stat Major, la care se vor adăuga și reprezentanți ai Ministerului de Interne. Prima grijă a generalului Milea, potrivit mărturiei șefului său de cabinet, Alexandru Barbu, e să împiedice o posibilă intervenție militară a Ungariei. „Au fost consultate hărțile topografice ale vestului țării și planul municipiului Timișoara, fiind existentă teamă serioasă privind intervenția militară din partea Ungariei. Pe aceste hărți s-au refăcut variantele de apărare, ținându-se permanent legătura și cu Comandamentul Armatei a IV-a care răspundea de Transilvania”, explică, șeful de cabinet al lui Milea, în volumul „Aghiotant la trei miniștri ai Apărării”.

La 17 decembrie, în baza ordinului dat de Ceaușescu, primul secretar al județului Timiș i-a cerut insistent generalului Milea ca Armata să fie scoasă în stradă pentru liniștirea manifestanților. Ministrul Apărării Naționale l-a refuzat inițial categoric exprimându-se foarte clar în problema atribuțiilor Armatei: **„Am căutat peste tot în legile țării și nicăieri nu este consemnat că armata poporului are dreptul să tragă în popor”**. Nu cred că ar fi vorba despre manifestarea vreunei forme de dizidență din partea ministrului Milea... Nu. Acesta își exprima nedumerirea în legătură cu ordinele primite și cu legalitatea aplicării lor, dar după câteva minute, ca urmare a ordinelor lui Ceaușescu, Milea a revenit și a permis ieșirea Armatei, însă fără armament și muniție. Presiunea din stradă e mare, însă cea pe linie de partid e și mai mare. În aceeași zi a încercat să afle ce s-a întâmplat cu adevărat la Timișoara de la Iulian Vlad și de la Tudor Postelnicu, dar aceștia nu i-au spus nimic. În schimb, Postelnicu i-a reproșat lui Milea că ar fi raportat dezordinea de la Timișoara secretarului Comitetului Central, Ion Coman.

La ora 13:30, din ordinul ministrului Apărării, Armata a intrat în stare de luptă.

În după-amiaza zilei de 17 decembrie a avut loc o ședință a Comitetului Politic Executiv (CPEX). Potrivit stenogramelor, Nicolae Ceaușescu i-a acuzat pe Milea, Postelnicu și pe Iulian Vlad de trădare, lașitate și nerespectarea ordinelor. „Ce au făcut ofițerii tăi, Milea? De ce nu au tras? La picioare trebuia să tragă.” Generalul Milea a răspuns: „Am ordonat să nu se împartă nici un fel de muniție”. Ceaușescu a replicat

violent: „Consider că ați trădat interesele țării, interesele poporului, ale socialismului și nu ați acționat cu răspundere. Știți ce ar trebui să vă fac?... Să vă pun în fața plutonului de execuție... Pentru că ceea ce ați făcut voi înseamnă pactizare cu inamicul”. Dictatorul a dat ordine imediate că „oriunde se încearcă vreo acțiune trebuie lichidată radical, fără nici o discuție”. „Am dat ordin să se someze și, dacă nu se supun, să se tragă... într-o oră să fie restabilită ordinea în Timișoara!” (stenograma ședinței de la 17 decembrie).

Erau clipele de dinaintea măcelului. Confruntările durează aproape trei zile, din seara zilei de 17 până pe 20. Sunt înregistrați câteva zeci de morți și sute de răniți. Mai mult, cadavrele a patruzeci de victime sunt transportate într-un camion frigorific la București și arse la crematoriu, în urma unui ordin al Elenei Ceaușescu, arată cercetătoarea Ruxandra Cesereanu în volumul „Decembrie '89. Deconstrucția unei revoluții”. Oricum, revolta din Timișoara capătă datele unei revoluții autentice. Manifestanții nu vor să cedeze la cererile Puterii. Nu vor să mai facă vreun compromis. Își vor morții înapoi și vor eliberarea celor arestați de organele de represiune în acele zile. Vor dreptate.

La 20 decembrie, greva generală a fost declanșată. Revoltele s-au transformat în manifestații pașnice, iar generalul Gușă, cu aprobarea lui Milea, a interzis total uzul de armă. Militarii din dispozitiv au primit de la manifestanți pâine și apă. Forțele MAPN au permis trecerea coloanelor de manifestanți. Fraternizarea s-a produs. Cu aprobarea lui Milea, generalul Gușă a dispus retragerea trupelor în cazărmi, folosind ca pretext evitarea fraternizării.

Soții Ceaușescu, crezând încă în autoritatea lor asupra poporului, au dispus organizarea unui miting la București. Demonstrația de la 21 decembrie s-a transformat însă într-o degradingoladă care a luat prin surprindere întregul aparat de stat. Piața a fost evacuată și s-a organizat dispozitivul, format din forțe MI și Securitate, care trebuia să blocheze intrarea oamenilor spre sediul CC. Militarii mobilizați nu aveau asupra lor muniție de război. După-amiaza au loc primele incidente. Un camion militar a fost atacat. Un elev de la Școala de Securitate a fost rănit și au murit șapte manifestanți. După ce a fost informat despre incident, generalul Milea a interzis să se mai execute foc și să mai fie băgați în linia întâi militarii: „Dacă pleacă scutierii, să plece și militarii”, a ordonat ministrul Apărării.

În noaptea de 21 spre 22 decembrie, generalul Vasile Milea și-a inspectat trupele aflate în dispozitiv la Intercontinental. A dat ordin maiorului Roșca să străpungă baricada(ridicată de manifestanți), dar să nu tragă și să nu calce oamenii. Generalul Milea s-a deplasat și printre barajele de militari în termen , alături de care se găseau și comandanți de subunități ,

căroră le-a ordonat să nu tragă decât foc de avertisment, în sus. Înțelege că a fost dezinformat, vede dimensiunile revoltei, înțelege care sunt urmările.

Potrivit declarațiilor aflate la dosar, seara, în jurul orei 21:00, ministrul Apărării este chemat la Ceaușescu împreună cu Postelnicu, Pârcălăbescu și cu Iulian Vlad. Potrivit declarației lui Pârcălăbescu, Milea este apostrofat „pentru modul defectuos în care acționase Armata pentru reprimarea demonstrațiilor de la Intercontinental”. „Au fost aduse șase tancuri din ordinul lui Milea pentru a face tot posibilul ca demonstrații să fie răspândiți”, susține Pârcălăbescu. Generalul Iulian Vlad a declarat în momentul anchetei că Milea era foarte agitat în acea zi. „Mi-a spus că a fost numit comandant al acțiunii de împrăștiere a demonstrațiilor.”

Iulian Vlad declara în dosar: „Când s-a terminat totul am coborât în stradă. Milea m-a văzut, a venit la mine, m-a luat în brațe și plângând mi-a relatat că e foarte afectat de cele petrecute”. Potrivit lui Vlad, Milea se simțea înjosit că el și Armata sunt folosiți pentru asemenea situații.

Milea a urcat apoi la etajul 6 al CC. S-a dus în biroul lui Pârcălăbescu. „Pe la 1:30 a venit la mine generalul Milea și mi-a spus că este foarte obosit. Avea o față cadaverică. I-am oferit un ceai, după care mi-a spus că este posibil ca această demonstrație să ia amploare și că se va întâmpla ceva. «Măi, copile! Ce se va întâmpla cu voi, cu copiii voștri?» „După care s-a dus la biroul lui Ion Coman și s-a culcat.”

După ce a plecat de la Pârcălăbescu, ministrul Vasile Milea nu s-a culcat. Generalul a pus mâna pe telefon. Pe „firul roșu”. A luat legătura cu ministrul Apărării din Ungaria, Ferenc Karpatyi, și l-a întrebat dacă pregătește o invazie în România. Între cei doi miniștri ai Apărării era o legătură foarte strânsă. Mama ministrului ungar al Apărării trăia în România, într-o localitate transilvăneană, iar generalul Vasile Milea ordonase unor medici militari, dar și altor ofițeri din zonă să o viziteze, să-i ducă medicamente și să aibă grijă să nu-i lipsească nimic. În cursul acestei ultime convorbiri, Ferenc Karpatyi a răspuns că nu pregătește o invazie, dar și-a luat măsuri de precauție, având în vedere evenimentele din România. Discuția pe „firul roșu” se făcea întotdeauna autorizat. Dar generalul Milea nu a cerut avizul în acea noapte. Tehnologia era sovietică, iar centrala telefonică se afla la Kiev. Se înțelege, toate aceste convorbiri de „gradul 0” erau înregistrate de KGB. Bineînțeles, pe teritoriul României erau „dublate” și de interceptările Securității.

Ofițerul de Securitate Ion Vătămănescu, însoțitorul personal al lui Milea, declara în timpul anchetei că în dimineața de 22 decembrie, „în jurul orei 7:00, s-a primit telefon prin care i se ordona generalului Milea să se prezinte la Cabinetul 1. L-am trezit, i-am raportat ordinul și l-am ajutat să se echipeze. Mi-a spus: «Băi copile, nu mai pot!». Era parcă mai îmbătrânit din

cauza oboselii acumulate”. La ședința-fulger au participat Constantin Dăscălescu, Emil Bobu, Vasile Milea, Iulian Vlad și Tudor Postelnicu. Maiorul Alexandru Rafailescu declara că, după ședință, „generalul Milea a ieșit desfigurat. (...) A strigat să nu se tragă în mulțime. Să nu se răspundă la provocări, militarii să rămână grupați lângă tehnică”.

Ceea ce nu s-a scris în nici un raport oficial este că Milea a avut un prilej în care a dat în acea dimineață ochii numai cu Nicolae Ceaușescu. Conducătorul statului avea asupra lui Milea ascendentul reabilitării din 1964. Ofițerii de Armată și Securitate au spus că dictatorul avea pe masă înregistrarea convorbirii dintre ministrul său și ministrul ungar, convorbire pe care nu o autorizase. În toate aceste zile, Nicolae Ceaușescu primise o avalanșă de informații despre agresiuni din străinătate asupra regimului său. Nemulțumit până atunci de modul în care ministrul Apărării îndeplinise ordinele sale, comandantul suprem a văzut prin acea înregistrare trădarea lui Milea. Astfel s-ar fi putut explica în mintea lui Ceaușescu ezitățile și amânările cu care ministrul coordonase acțiunile Armatei din acea perioadă. În acea dimineață, Ceaușescu i-ar fi spus lui Milea: „Rezolv-o sau o rezolvăm noi!”.

Este momentul când generalul Milea are imaginea completă a evenimentelor. Înțelege ca „dușmanul,” nu este unul din afară, așa cum se temuse, ci era unul din interior. Generalul realizează că unica posibilitate de acțiune este masacrarea maselor de către armată. Înțelege ca cel pe care îl văzuse toată viața ca imagine a libertății și suveranității țării, cel căruia îi fusese loial ca și patriei însăși, era cel care îi ordona acum să tragă în popor. (Să nu uităm că „Nicolae Ceaușescu a fost un autodidact inteligent, înzestrat cu o mare șiretenie cu care a reușit să-și înșele nu numai colaboratorii, ci și pe milioanele de români care l-au considerat ani în șir o apariție «mesianică» în viața lor și chiar pe sine însuși, stăruind în credința că oricât de multe sacrificii le va impune cetățenilor, aceștia vor continua să-l iubească.”- Paul Sfetcu-)

Analizând faptele, generalul nu-și putea părăsi armata la greu. Nu era în firea sa, apoi Milea se impusese ca un om echilibrat, prea puțin emotiv. Ultima dată își văzuse familia luni seara. Venise într-o fugă. N-a vorbit mult. Doar atât: 'Se întâmplă lucruri înfiorătoare'. Avea dreptate. Generalul primise rapoartele de la Timișoara. Știa că armata a tras. El pierduse controlul.

Ceea ce îi scăpase de la început, ținea de alt capitol: organizarea. Cine se ascundea în spatele maselor dezlănțuite? Cine trăgea asupra unităților militare, că doar muncitorii nu aveau arme? În noaptea de 21 spre 22 decembrie, generalul a înțeles că și Bucureștiul se pregătea de masacru,

după scenariul Timișoarei. La București armata urma să tragă , iar poporul avea să se afle la mijloc.

În cele mai grele momente din viața lui a fost complet singur. Trebuia să ia decizii care nu erau conforme cu ceea ce simțea, dar, pe de altă parte, depusese un jurământ. Nu știu câți dintre civili înțeleg asta. A depus un jurământ de credință și trebuia să facă ceva care era împotriva voinței lui.

În dimineața acelei zile, ministrul Milea a decis să nu mai asculte ordinele lui Ceaușescu.

A simțit că partida e pierdută. Și-a dat seama, aproape tardiv, într-un examen de conștiință, că era ministrul Apărării, nu al Reprimării naționale. Și mai știa că fiind în afara legalității, putea fi folosit de către clanul Ceaușescu și, după ce-și îndeplinea misiunea, putea fi judecat și chiar executat pe post de „acarul Păun”. Iar familia ar fi fost judecată împreună cu el. Văzuse ce pățesc „trădătorii”.

Generalul Vasile Milea a intrat într-un adevărat „colaps” mental, din care nu a mai reușit să iasă. Suferința sa emoțională a fost atât mare încât nu îi poate face fata în acel moment. Este copleșit de eșecul personal, se simte fără valoare, își pierde speranța.

Împovărat deja de crimele de la Timișoara, el se decide pentru sinucidere. În acest scop, împrumută un pistol și, după ce-i împrăștie pe nepoștiți în cele patru vânturi, își trage un glonte în inimă.

Milea a fost un ostaș care nu putea să-și trădeze țara și jurământul militar! Milea a fost un țaran român, un suflet mare și bun, care, neputând trăda, n-a putut nici să facă ceva care să-i îngreuneze conștiința. Neavând de ales, într-un moment crucial al devenirii acestei țări, a ales moartea. A făcut-o în chipul cel mai conștient.

Când elicopterul prezidențial a decolat de pe acoperișul CC-ului, sutele de mii de bucureșteni adunați în Piața Palatului scandau 'Ole, ole, Ceaușescu nu mai e'. Da, într-adevăr, dictatorul fugise. Pentru el, clipele erau numărate. Nimeni și nimic nu-l putea salva.

Steaua norocului, acea faimoasă stea în cinci colțuri care îl ocrotise un sfert de veac, îi voia acum pieirea. Moscova întorsese mâna cu degetul mare în jos. Revoluția trebuia să biruiască. Tancurile rusești, spontane ca totdeauna, uriau la frontiere. În țară, ca niciodată, sute de ziariști străini așteptau. Ceaușescu știa adevărul lui și el va pleca în mormânt, secerat de gloanțe.

Generalul Milea știa și el un adevăr, dar murise cu numai două ore înainte, strivit de povara acestuia.

Bibliografie

1. Dictatura lui Ceaușescu (1965-1989) De Adam Burakowski
2. Membrii CC al PCR
3. *Senatorul Săndulescu cere redeschiderea Dosarului Milea* - Ziua, 6 februarie 1998
4. *Dosarul de comunist al generalului Vasile Milea* - 21 Decembrie 2007, Laurențiu Mihu, Evenimentul zilei
5. *Viața Militară nr. 197/2004 - Nicolae Ceaușescu nu a înțeles că era „programat” să iasă din scenă.* Interviu realizat cu generalul-locotenent (r) dr. Constantin Olteanu
6. *Vasile Milea a fost deshumat* - Jurnalul Național, 13 mai 2005
7. *„Vă arată tata Milea ce înseamnă un tanc”* - articol apărut în Jurnalul Național din 4 dec. 2009.
8. *Un martor rupe tăcerea: Vasile Milea a fost împușcat și strangulat la ordin* - 16 mai 2005, Carmen Rădulescu, Amos News, accesat la 28 iunie 2013
9. *Secretul „trădării” generalului Vasile Milea* - 21 februarie 2010, Miruna Pasa Petru, Razvan Belciuganu, Jurnalul Național
10. *Decretul nr. 16 al președintelui Consiliului Frontului Salvării Naționale din 28 decembrie 1989 privind înaintarea în gradul de general de armată post-mortem a unui general colonel* - Adevărul, 29 decembrie 1989
11. *„Inima lui Val e întreaga în sicriu”* - 15 iunie 2004, Eugen Ciufu, Jurnalul Național
12. *Generalul Vasile Milea a fost exhumat* - BBC Romanian, 13 mai 2005
13. *Tudor Postelnicu, audiat în dosarul morții lui Vasile Milea* - Evenimentul Zilei, 3 iunie 2005
14. *Jos plăcuțele „Vasile Milea”!* - adevarul.ro
15. Galeria șefilor Statului Major General
16. *Istoricii îl repudiază pe „eroul” Milea* - 19 aprilie 2010, Adevărul
17. VIDEO Misterul morții generalului Milea, 4 noiembrie 2009, Grigore Cartianu , Florel Manu, Adevărul
18. VIDEO Milea n-a fost erou / Generalul a comandat măcelul de la Timișoara, 5 noiembrie 2009, Grigore Cartianu, Florel Manu, Adevărul
19. *Versiunile morții generalului Milea* - 8 decembrie 2009, Vasile Surcel, Razvan Belciuganu, Jurnalul Național
20. *Generalul Milea a fost împușcat când era la telefon cu soția sa* - 3 decembrie 2009, Daniela Dumitrescu, Jurnalul Național
21. [wikipedia.org/ Vasile_Milea](http://wikipedia.org/Vasile_Milea)
22. <http://www.portalulrevolutiei.ro/arhiva/>

23. <http://www.gds.ro/Local/2003-08-29/Generalul+erou+Vasile+Mile+a+a+fost+membru+PNT%3F/>
24. <http://www.evz.ro/generalul-iulian-vlad-fostul-sef-al-securitatii-rup-e-tacerea-sinuciderea-gen-vasile-milea-a-fost-o-crima-infaptuita-de-oamenii-lui-ceausescu-laszlo-tokes-a-fost-in-legatura-serviciilor-de-informatii-magh-iare-pe-cale-informativa-se-aflase-ca-se-pune-la-cal>
25. http://istoriaro.3x.ro/Perioada_comunista/regimul_gheorghiu_dej.html
26. http://www.historia.ro/exclusiv_web/general/articol/locotenentii-lui-ceau-escu
27. http://www.historia.ro/exclusiv_web/articol/ceau-escu-un-om-nebun-dar-nu-un-tmpit