

CUPRINS

Capitolul I

RELAȚIA PSIHOTERAPIE-CONSILIERE

1. Adresabilitate/Natura problemelor cu care se confruntă clientul.....	5
2. Gradul de severitate al problemei clientului.....	7
3. Scopurile consilierii.....	7
4. Metodologie - metode și tehnici utilizate în consiliere și psihoterapie.....	8
5. Impactul asupra clientului.....	12
6. Finalitate.....	14

Capitolul II

CONSILIEREA ÎN PSIHLOGIA CLINICĂ

1. Tipuri de consiliere psihologică și socială.....	17
2. Etapele unui proces de consiliere.....	21
2.1. Elementele de bază în evaluarea clinică.....	22
2.2. Intervenție psihologică.....	32
2.2.1. Intervenție psihologică efectuată de psihologul atestat în psihologie clinică.....	32
2.2.2. Intervenție psihologică efectuată de psihologul atestat în consiliere psihologică.....	33
2.2.3. Un model al procedurilor de intervenție psihologică.....	34
UN EXEMPLU DE STUDIU DE CAZ – D. David (2006).....	43

Capitolul III

PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII ÎN CONSILIERE

1. Aspecte generale ale comunicării: definire, caracteristici, funcții și forme.....	56
1.1. Funcții ale comunicării.....	56
1.2. Forme ale comunicării.....	57
1.2.1. Comunicarea verbală.....	58

1.2.2. Comunicarea non-verbală.....	59
2. Structura verbală a procesului de consiliere.....	60
2.1. Artă de a pune întrebări.....	61
2.1.1. Tipuri de bariere în comunicare și depășirea lor.....	63
2.2. Ascultarea.....	79
2.2.1. Blocaje în ascultare.....	80
2.2.2. Etapele ascultării eficiente.....	85
2.3. Reformularea.....	88
2.3.1.Reformularea-reflectare.....	90
2.3.2. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond.....	91
2.3.3. Reformularea-clarificare.....	92
2.4. Resemnificarea.....	94
2.5. Interpretarea.....	100
2.6. Metafora în consilierea psihologică.....	101
2.6.1. Alcătuirea metaforei.....	107
2.6.2. Funcțiile metaforei	115
2.7. Intervențiile paradoxale în consilierea psihologică..	117
2.7.1. Tipuri de intervenții paradoxale.....	119
2.7.2. Intervenții generale.....	131
2.7.3. Simularea simptomului.....	135
EXEMPLE DE POVEȘTI UTILIZATE ÎN CONSILIERE.....	137
EXEMPLE DE PRESCRIPTII PARADOXALE.....	139
3. Vocea componentă esențială în procesul de consiliere....	152
3.1. Tonul.....	152
3.2. Accentul.....	153
3.3. Volumul.....	153
3.4. Dicția.....	153
3.5. Viteza (ritmul).....	153
3.6. Pauzele.....	154
4. Evaluarea muncii de consiliere.....	156
Bibliografie recomandată	158

Capitolul I

RELAȚIA PSIHOTERAPIE-CONSILIERE

Analizând literatura de specialitate, constatăm că unii autori, începând cu C. Rogers (1942), nu fac distincția între consilierea psihologică și psihoterapie considerând cei doi termeni ca fiind echivalenți sau aproape echivalenți. Alți autori, printre care se numără L.M. Brammer și E.L. Shostrom (1968), B. Steffle și W.H. Grant (1972), L.E. Tyler (1961), M.P. Sanborn (1974) și alții, aduc o serie de argumente concrete în ceea ce privește deosebirile și elementele specifice consilierii și psihoterapiei.

O analiză sistematică a realității dintre cele două domenii de activitate este realizată de C.H. Patterson (1974), prin compararea definițiilor date consilierii și psihoterapiei de diverși autori în lucrările de specialitate sau adoptate în cadrul conferințelor Asociației Psihologilor Americani.

În cadrul acestei analize, autorul discută asemănările și deosebirile dintre consiliere și psihoterapie prin prisma a mai multor criterii pe care le vom aborda în continuare.

1. Adresabilitate/Natura problemelor cu care se confruntă clientul

Din punctul de vedere al **adresabilității**, atât consilierea cât și psihoterapia se adresează nivelului conștient al organizării psihice și se ocupă de probleme actuale ale persoanei. Totuși, unele modele psihoterapeutice, îndeosebi cele de tip psihanalitic, merg mai în adâncime, efectuând sondaje în trecutul și inconștientul individului.

După opinia unor autori, printre care se numără Brammer și Shostrom, consilierea se ocupă de probleme conștiente, condiționate de anumite situații pe care subiectul

învață să le rezolve cu ajutorul consilierului, în timp ce psihoterapia se ocupă de conflicte inconștiente ale unor subiecți afectați de grave tulburări emoționale, elementul central al intervenției fiind tratamentul făcut cu scopul de a obține o restructurare totală sau parțială a personalității. Prin urmare, consilierea se aplică în mod obișnuit persoanelor sănătoase, dar care datorită unor dificultăți de ordin psihic sau unor deficiențe educaționale prezintă un risc crescut de îmbolnăvire.

După unele definiții întâlnite în literatura de specialitate, ***natura problemelor cu care se confruntă oamenii*** poate să ne spună dacă ceea ce se face în mod practic este consiliere sau psihoterapie. Din perspectiva acestui criteriu, consilierea se ocupă, în primul rând, de probleme orientate spre realitate, probleme ale mediului și, deci, de natură situațională și nu atât de probleme „intrapersonale” sau de conflicte interne de personalitate.

De asemenea, consilierea se ocupă de decizii referitoare la alegeri școlare, profesionale sau la alte tipuri de alegeri. Psihoterapia ar avea ca obiect de studiu atitudinile, sentimentele și diversele stări emoționale ale persoanei. Cu alte cuvinte, consilierea ar fi centrată pe problemele cognitive, iar psihoterapia pe problemele afective ale persoanei.

După opinia lui C.H. Petterson, distincția de mai sus nu este suficient de solidă, întrucât „problemele orientate spre realitate nu sunt toate de natură cognitivă” (p.14). Spre exemplu, o persoană paranoidă are și probleme de mediu sau situaționale, iar problemele intrapersonale ale individului sunt, în același timp, și probleme de personalitate.

2. Gradul de severitate al problemei clientului

Mulți autori, în definirea consilierii și psihoterapiei, iau în considerare seriozitatea dereglării personalității sau a disfuncției manifestate de client.

Într-o asemenea perspectivă, consilierea ajută indivizii normali pentru a depăși obstacolele apărute în calea dezvoltării personalității lor, în timp ce psihoterapia se ocupă cu probleme mult mai grave, prezentate de subiecți care au nevoie de tratament urgent, de persoane a căror dezvoltare emoțională a fost grav afectată și distorsionată.

O asemenea distincție a fost acceptată de Asociația Psihologilor Americani în 1956 și susținută teoretic de M.E.Hahn și M.S.MacLean (1955). După opinia celor doi autori, consilierii se ocupă de subiecți normali, iar terapeuții cu devianții de la normalitate (p. 11-12).

Se ridică însă o serie de dificultăți în ceea ce privește separarea precisă a subiecților normali de cei nevrotici sau psihotici.

Specialiștii care fac această distincție recunosc faptul că nu s-a ajuns încă la o linie de demarcație clar trasată între cele două categorii de clienți.

3. Scopurile consilierii

După opinia lui A.R.Mahrer (1967), întreaga problematică a scopurilor consilierii și psihoterapiei este relativ confuză. Ca urmare, este normal ca „această confuzie să se reflecte în încercările de a defini precis deosebiriile dintre cele două activități”.

Distincția celor două activități, în funcție de scopurile urmărite, a fost inițiată de M.E.Hahn și M.S.MacLean (1955). Ea a fost apoi clarificată printr-o serie de precizări de LE.Tyler (1961), care încearcă să demonstreze că psihoterapia este direcționată spre o schimbare de personalitate, în timp ce

consilierea reprezintă „un proces al cărui scop nu este o schimbare a persoanei, ci de a-l face pe individ să utilizeze șansele pe care le are pentru a putea face față problemelor vieții” (p.12).

Totuși, după cum sesizează unii specialiști în consiliere și/sau psihoterapie, o asemenea distincție nu este suficient de bine conturată. După părerea lor, este foarte greu să separăm schimbarea de personalitate de alte schimbări generate de utilizarea mai largă a capacităților individului.

4. Metodologie - metode și tehnici utilizate în consiliere și psihoterapie

În unanimitate, specialiștii din cele două domenii de activitate, *recunosc explicit similaritățile* în ceea ce privește metodele și tehnicile consilierii și psihoterapiei. Cu alte cuvinte, nu există nici o metodă și tehnică folosită exclusiv numai de consilieri sau numai de psihoterapeuți. O posibilă excepție, subliniată de unii autori, o constituie utilizarea medicamentelor în anumite cazuri de către psihoterapeuți, dar această utilizare nu poate fi considerată psihoterapie.

În concluzie, din perspectiva *metodelor și tehnicilor* utilizate, nu există diferențe vizibile între cele două domenii de activitate. Pe ansamblu, consilierea și psihoterapia apelează la metode și tehnici similare, elaborate de pe pozițiile diverselor concepții și modalități teoretice de abordare.

Fără îndoială, există și alte încercări de a clarifica, din diverse perspective și de pe diverse poziții teoretice, relația consiliere-psihoterapie, în ceea ce privește elementele comune

și diferențiatore ale celor două activități, atât în plan teoretic cât și practic. Astfel, pornind de la teza lansată de D.H.Blocher (1965), după care diferențele dintre consiliere și psihoterapie țin îndeosebi de „profundzime și intensitate”, unii autori susțin că psihoterapia este o activitate mai profundă și mai completă care necesită un nivel de pregătire și de competență mai mare decât consilierea.

Alți autori, accentuează teza după care consilierea este o activitate de dezvoltare, în timp ce psihoterapia este una de „remediere”. Adepții acestei teze consideră că specialiștii în consiliere se ocupă de indivizii normali, ei acționând la nivelul conștientului, al raționalului, în timp ce psihoterapeuții lucrează cu persoane anormale, ei încercând să dezvăluie factorii de la nivelul inconștientului iraționalului, factori care trebuie identificați și corecți.

În sfârșit, sub **aspect metodologic**, atât consilierea cât și psihoterapia utilizează modalități asemănătoare, iar uneori chiar identice cum ar fi: comunicarea verbală, accentul pe persuasiune și convingere, țintirea obținerii cooperării, tehnicile specifice celor trei abordări generale ale psihoterapiei și consilierii (psihodinamică, comportamentală și umanistă) etc. Totuși, în unele cazuri psihoterapia se încadrează în coordonate metodologice mai riguroase, spre deosebire de consiliere care are un caracter mai liber întrucât desfășurarea ei este mai pregnant situațională. Ambele pot avea însă un caracter mai directiv și mai autoritar sau, dimpotrivă, unul mai interacțional și mai cooperant (Tomșa, 1999).

G. Ionescu definește psihoterapia *„ca formă de tratament psihologic structurată în tehnici și metode, aplicată în mod deliberat, în grup sau individualizat, de către un consilier specializat:*

- *omului sănătos aflat în dificultate, căruia îi conferă confort moral și o mai bună sănătate, pe care îl ajută spre o mai bună integrare;*
- *celui cu dificultăți de relaționare;*
- *celui suferind somatic, pe care îl conduce spre alinare;*
- *sau celui alienat, căruia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viață și de resocializare”* (G. Ionescu, 1990, p. 24).

Această definiție ne oferă prilejul să abordăm relația dintre psihoterapie și consiliere.

Abordarea psihologică a primelor două categorii de persoane din definiția dată de G. Ionescu psihoterapiei intră, după opinia multor autori, în domeniul consilierii. De altfel, The British Association for Counselling, fondată în 1977, definește consilierea astfel:

„Consilierea este utilizarea pricepută și principială a relației inter-personale pentru a facilita auto-cunoașterea, acceptarea emoțională și maturizarea, dezvoltarea optimă a resurselor personale. Scopul general este acela de a furniza ocazia de a lucra în direcția unei vieți mai satisfăcătoare și pline de resurse. Relațiile de consiliere variază în funcție de cerere, dar pot fi centrate pe aspecte ale dezvoltării, pe formularea și rezolvarea unor probleme specifice, luarea de decizii, controlul stărilor de criză, dezvoltarea unui insight personal, pe lucrul asupra trăirilor afective sau a conflictelor interne, ori pe îmbunătățirea relațiilor cu ceilalți” (B.A.C., 1989, cf. Clarkson și Pokorny, 1994, p. 8).

Consilierea poate fi considerată ca fiind centrată pe schimbarea evolutivă, în timp ce psihoterapia, pe schimbarea revolutivă, care presupune modificări structurale mai profunde.

Se afirmă că psihoterapeuții lucrează cu clienți ce au tulburări mult mai serioase, tulburări clinice ce pot fi etichetate cu un diagnostic psihiatric. De obicei, consilierul își propune să identifice unele conflicte psihologice și structuri comportamentale și să lucreze asupra lor într-o manieră sistematică, cu o frecvență de cel puțin o ședință pe săptămână (Clarkson și Dkorny, 1994). În timp ce psihoterapia adoptă, de cele mai multe ori, un model medical, consilierea adoptă un model educativ al dezvoltării ființei umane, în care crearea condițiilor respectului, empatiei și autenticității va favoriza valorificarea deplină a resurselor de care dispune cel ce solicită ajutor.

Diferența dintre psihoterapie și consiliere este una a perspectivei istorice (Loughley, 1985). Consilierea este centrată pe ceea ce aparține prezentului, acum și aici, în timp ce psihoterapia privește prezentul ca expresie a unei istorii ce se repetă într-un context mereu schimbabil. De aceea consilierea se orientează asupra proceselor de dezvoltare și facilitare, iar psihoterapia pune accentul pe intervenție, tratament și reconstrucție.

În timp ce consilierul adoptă o atitudine suportivă și facilitativă, consilierul interpretează, confruntă, restructurează. De aceea, în formarea consilierilor este mai important antrenamentul în sarcini centrate pe scop, educative, iar formarea capacităților de diagnostic al tulburărilor psihice, în programul de formare al psihoterapeuților.

Deși diferența pare minimă, consilierii, de cele mai multe ori, asistă oamenii în găsirea soluției la o anumită problemă sau în controlul unei situații de criză, iar psihoterapeuții își propun modificări mai profunde, dezvoltarea unor noi modalități de rezolvare a problemelor care pot fi ulterior generalizate la noi situații.

Astfel, considerăm că, în fața persoanei care solicită ajutor, tehnicile și modelele de intervenție utilizate se înscriu

pe un continuum în care, practic, este greu să diferențiezi între psihoterapie și consiliere.

5. Impactul asupra clientului

Diverși autori adaugă la lista factorilor diferențiatori dintre consiliere și psihoterapie *gradul de impact* asupra clientului. În general, ei consideră psihoterapia drept o activitate care, dacă are succes, poate duce la restructurări majore de personalitate, în timp ce consilierea *nu necesită o astfel de magnitudine a schimbării*. Specialiștii care se situează pe o astfel de poziție, sunt de părere că diferența dintre consiliere și psihoterapie este mai mult o problemă de măsură. În opinia lor, consilierea și psihoterapia sunt două capete ale aceluiași continuum.

Privind lucrurile dintr-o asemenea perspectivă, „este ușor să spui care este diferența la extreme, dar problema de demarcație nu este atât de simplă” (p.28).

Ca urmare, apar o serie de neclarități legate de precizarea nivelului de intensitate al problemei clientului la care se oprește consilierea și începe psihoterapia, de stabilirea graniței dintre normalitate și anormalitate, de problema motivelor și nevoilor ascunse ale clientului care pot intra sau nu și în preocupările consilierului etc.

O încercare de a răspunde la aceste probleme a făcut pentru prima dată L.E. Tyler (1961). Ea introduce conceptul numit „terapia minimei schimbări”, care este un fel de „teren de mijloc”, o activitate de genul consilierii în care accentul se pune pe problemele personale și sociale ale clientului. Este vorba de un proces rațional care poate fi îndeplinit de

consilieri, care nu sunt psihoterapeuți (spre exemplu, consilierii școlari), „atâta timp cât ei rămân în cadrul limitelor și scopurilor minime schimbări” (p.232).

L.E.Tyler definește *minima schimbare* drept o schimbare de direcție aleasă dintre mai multe alternative indicate în timpul ședințelor de consiliere. În consecință, psihoterapia reprezintă un proces rezervat, în primul rând, indivizilor cu probleme nevrotice sau mai grave.

O altă distincție semnalată de L.E. Tyler se referă la *cadrul în care se desfășoară* activitățile de consiliere și psihoterapie. Prima se desfășoară atât în cabinetul consilierului, cât și în spațiul școlar, familial și social mai larg, în timp ce activitatea de psihoterapie e posibilă numai în cabinetul de specialitate și în limitele spațiului medical.

Prin urmare, distincțiile relevate de L.E.Tyler pentru activitățile de consiliere și psihoterapie se axează, cu precădere, pe tipul de problemă și complexitatea ei, pe gradul de profunzime, intensitatea și impactul asupra clientului, precum și pe cadrul de desfășurare al celor două activități. Cu excepția cadrului de desfășurare, toate distincțiile subliniate mai sus conduc spre ideea că psihoterapeuții pot desfășura activități de consiliere, în timp ce nu toți consilierii pot face și psihoterapie.

Împotriva unei astfel de idei concluzive se ridică E.C. Lewis (1970), după părerea căruia consilierea este un proces diferit și nu un caz limitat de psihoterapie, iar competența într-una din cele două activități nu implică în mod necesar și competența în cealaltă.

La o analiză mai atentă a literaturii de specialitate, constatăm că majoritatea autorilor care confundă activitățile

de consiliere și psihoterapie, reduc sfera consilierii la dimensiunea sa pur psihologică. Ei pierd din vedere varietatea formelor și specializărilor apărute în domeniul consilierii, baza de pornire diferită a consilierii și psihoterapiei, sarcinile și rezultatele lor diferite etc. (Dafinoiu, 2001).

6. Finalitate

Sub *aspectul finalității*, ambele activități urmăresc să ajute prin mijloace psihologice o persoană în rezolvarea unor probleme critice. Atunci când problema este de dificultate mai mare, accentul se va pune pe psihoterapie, iar atunci când ea este de dificultate mai redusă, se va apela la consiliere. Consilierea și psihoterapia au în comun faptul că „se bazează pe stabilirea unei relații interpersonale între cel ce solicită asistență psihologică și cel ce o acordă” (p.220).

Ambele activități își propun să înlăture simptomele, indiferent de gravitatea lor, dar psihoterapia țintește mai departe spre obținerea unor modificări profunde în structura personalității, mai ales în sfera afectiv-motivațională și în cea volitivă.

De regulă, consilierea urmărește rezolvarea unor *probleme specifice*, care nu pot fi încadrate într-o unitate nosologică anume, cum ar fi de pildă înlăturarea unor deprinderi de lucru neadecvate și care pot interfera cu eficiența comportamentului. Psihoterapia intervine în rezolvarea unor probleme de mai mare amploare și profunzime. Pe de o parte, ea urmărește întărirea fondului personalității (la indivizii anxioși, angoasați, hipersensibili), întărirea conștiinței prin dezvoltarea sentimentului de bine

(mai ales în primele stadii ale bolii), intensificarea forței și dezvoltarea sferei afective (în nevroze sau bolile somatice), iar pe de altă parte, elaborarea și dezvoltarea de noi motive, precum și direcționarea conduitei.

Deosebirea esențială dintre psihoterapie și consilierea psihologică rezidă în faptul că „scopul celei dintâi este schimbarea structurii fundamentale a personalității și a modelelor personale de relaționare ale unui individ, în timp ce scopul consilierii psihologice constă în a-l pune pe individ în situația de a utiliza în modul cel mai eficient resursele sale actuale pentru a-și rezolva problemele” (p. 221).

Multe din manualele destinate practicienilor din aceste domenii utilizează într-o manieră generică eticheta de „consiliere și psihoterapie”.

În sprijinul acestei atitudini putem invoca, pe scurt, câteva argumente:

- în domeniul manifestărilor psihice și comportamentale nu există un standard unanim acceptat al nonnalității, iar atunci când se operează cu dihotomia normal/patologic, granița dintre acestea este un fir foarte sinuos care traversează, de multe ori, teritorii disputate de ambele instanțe; or, în zona acestor „teritorii” disputate, diferența dintre psihoterapie și consiliere devine superfluă ;

- în foarte multe cazuri consilierii și psihoterapeuții utilizează tehnici și modele ale schimbării, asemănătoare (nondirectivismul lui C. Rogers, considerat principiu fundamental al consilierii, este utilizat, în grade diferite, și de psihoterapeuți);

- apariția psihoterapiilor scurte, centrate în mod deosebit pe prezent, face inoperant criteriul perspectivei

istorice propus de Loughley pentru a diferenția între consiliere și psihoterapie (Dafinoiu, 2001).

În concluzie, atât consilierea cât și psihoterapia sunt procese de influențare interpersonală reciprocă. În cadrul sesiunilor de consiliere sau de psihoterapie, chiar și simpla încurajare a persoanei care solicită ajutor să vorbească despre problemele sale va avea un efect benefic asupra evoluției viitoare a individului, într-o asemenea perspectivă termenii de „asistență, interviu, consiliere și psihoterapie” sunt folosiți din puncte de vedere variate. Din asemenea motive, o distincție clară între consilierea psihologică și psihoterapie este practic imposibilă (Tomșa, 1999).

Capitolul II

CONSILIEREA ÎN PSIHLOGIA CLINICĂ

1. Tipuri de consiliere psihologică și socială

Cu timpul diversificarea problematicii psihosociale generează noi aplicații, din ce în ce mai specializate și cu formări din ce în ce mai complexe. Apar astfel:

- *consilierea marginalilor și excluderii sociale, consilierea integratoare și de suport a copiilor străzii și persoanelor adulte fără adăpost* (vezi în acest sens și contribuțiile românești recente semnate Victor Badea, Marian Enache, Ed. Sper, 2002, Victor Badea și colab, Ed. Sper, 2003, Victor Badea, Laurențiu Mitrofan, Ed. Sper, 2004);

- *consilierea persoanelor afectate de SIDA și a familiilor lor* (vezi și Iolanda Mitrofan, Doru Buzducea, 1999 și 2001);

- *consilierea personalului care asistă persoanele aflate în iminența morții* - medici, asistenți sociali, consilieri spirituali etc.(gradul de suprasolicitare al cadrelor medicale și sociale care lucrează cu bolnavi neoplazici, leucemici, infectați cu HIV este recunoscut ca psihopatogen și depresor și în consecință acești profesioniști necesită ei înșiși asistență de suport psihologic); (Mitrofan, I.; Nuță, A., 2005).

- *consilierea toxicodependenților și a familiilor lor* (vezi și lucrarea sub coord. Iolande Mitrofan - „Terapia toxicodependenței - posibilități și limite”, Ed. Sper și „Salvați Copiii”, 2003);

- *consilierea persoanelor abuzate fizic și sexual* (copii și adulți);

- *consilierea familiilor și copiilor adoptați și în plasament;*
- *consilierea copiilor instituționalizați, a mamelor sociale și a personalului din instituțiile de ocrotire;*
- *consilierea vârstnicilor instituționalizați și neinstituționalizați (gerontoconsilierea);*
- *consilierea victimelor violenței domestice și a familiei dezorganizate;*
- *consilierea psihosexuală și contraceptivă;*
- *consilierea cuplului și familiei cu disfuncții de relație și comunicare;*
- *consilierea parental-filială - „Școala părinților”;*
- *consilierea premaritală;*
- *consilierea pre și postnatală (puerperală);*
- *consilierea părinților adolescenți;*
- *consilierea victimelor traficului de carne vie;*
- *consilierea imigranților;*
- *consilierea minoritarilor;*
- *consilierea persoanelor cu nevoi speciale și a familiilor lor;*
- *consilierea managerială și terapia organizațională;*
- *consilierea pastorală și spirituală.*

În ultimii ani a luat amploare *consilierea în domeniul școlar și al orientării profesionale*. Un loc special printre beneficiarii acestor servicii îl ocupă tinerii și copiii, *consilierea preventivă în special a comportamentelor dezadaptative, delicvențiale și toxicodependente* fiind actualmente o prioritate.

Din punct de vedere al obiectivelor și situațiilor care necesită acest tip de intervenție se pot distinge alte câteva tipuri:

- *consilierea preventivă* (ex. programe de educație sanitară și sexuală, de alegere a carierei, de integrare a copiilor cu nevoi speciale, de prevenire a riscului pentru consumul de droguri etc);

- *consilierea de facilitare și mediere* (ex. urmărește optimizarea comportamentului relațional individual, de grup sau familial, asumarea responsabilității propriilor acțiuni și dobândirea unui comportament mai asertiv și prosocial.

Corecția unor comportamente care predispun la eșec relațional sau la erori de înțelegere a anumitor situații, reacții și atitudini constituie obiectivul unei consilieri de remediere sau de adaptare. Opțiunile educaționale, comportamentele parentale, acomodarea între membrii unei familii disfuncționale, adaptarea la mediul școlar sau profesional, conștientizarea propriilor calități și defecte, a intereselor, disponibilităților, talentelor și aptitudinilor, integrarea într-un nou mediu socio-cultural, pot fi obiectivele unor demersuri de consiliere);

- *consilierea de dezvoltare personală, individuală sau în grup* își propune stimularea expresiei personale, a creativității și atitudinilor integratoare sau tolerante, a maturizării afective, cognitive și spirituale, a puterii de manifestare și afirmare a Eului, a competențelor profesionale și creatoare într-un domeniu. Ea urmărește realizarea procesului de autoactualizare de care vorbește C. Rogers și conștientizarea stadiului de dezvoltare în care se află fiecare client.

Consilierea stimulează conceptul de sine, modificarea stilului de viață pentru creșterea bunăstării și acceptarea modificărilor firești care țin de vârstă, ca și acceptarea morții ca pe un eveniment firesc, de tranziție în ordinea naturală și

spirituală;

- *consilierea centrată pe situațiile de criză* aduce sub focusul intervenției resemnificarea și acceptarea momentelor de criză ca momente de „creștere” personală și interpersonală, prilej de schimbare a strategiilor nepotrivite sau eronate care s-au dovedit inadecvate în raport cu ciclul de viață și cu contextul actual. Este un bun prilej de învățare a unor răspunsuri alternative la probleme vechi care se repetă și de reprocesare a semnificațiilor evenimentelor dintr-o perspectivă schimbată sau mai matură.

Consilierea ajută clientul aflat în situație de criză să se confrunte cu frustrările și să-și reformuleze noi obiective, să ierte și să accepte pe alții, iertându-se și acceptându-se pe sine. Îl învață să facă față traumei, decepției, dezamăgirii sau imprevizibilului năucitor al unor situații, investindu-le cu sens.

Ce tipuri de crize pot fi asistate?

Toate tipurile de pierderi și abuzuri, tentative suicidare, pierderi de sarcină și reacții postavort, sarcini nedorite sau rezultate în urma unui viol, pierderea locului de muncă, șomaj prelungit, pierdere în statut și prestigiu, dependențe diverse (alimentare, de droguri etc), decesul unei persoane dragi, detenție, dezechilibru financiar și emoțional, anxietate de separare, divorț, maladia gravă a unuia dintre membrii familiei, apariția unui copil cu handicap sever sau impasul educațional al acestuia - ex. copilul autist etc. (Mitrofan și Nuță, 2005).

2. Etapele unui proces de consiliere

Sunt destul de asemănătoare celor ale unui proces psihoterapeutic, cu diferența că durata și amplitudinea explorării sunt mai reduse în cazul consilierii. Iată care sunt aceste etape:

- evaluarea completă a cazului în contextul situației de viață cu care se confruntă;
- identificarea problemei de bază și a celor derivate din perspectiva clientului și a consilierului; schițarea obiectivelor consilierii împreună cu clientul și acceptarea contractuală a cadrului consilierii (durata și frecvența ședințelor, locația, costurile, clarificarea intențiilor, așteptărilor mutuale și maniera de colaborare pe parcursul consilierii, asigurarea clientului de respectarea principiului confidențialității);
- realizarea relației și stimularea alianței terapeutice, a contactului facilitator muncii de explorare și clarificare;
- explorarea problemei, analiza răspunsurilor emoționale, cognitive și comportamentale ale clientului la problema identificată și conectarea lor cu obiectivele inițiale; reformularea obiectivelor de lucru în funcție de evoluție;
- facilitarea insight-urilor și descoperirea împreună a soluțiilor posibile;
- conceperea și alegerea personală a noilor răspunsuri, comportamente și scenarii de viață, proiectarea și luarea noilor decizii;
- implementarea deciziilor și strategiilor alternative;
- susținerea clientului în validarea noilor soluții rezolutive practicate;
- evaluarea finală a rezultatelor consilierii;
- încetarea de comun acord a consilierii cu menținerea de reluare a unui nou ciclu în caz de nevoie (principiul „ușilor deschise”) (Mitrofan și Nuță, 2005).

Cercetările asupra eficienței psihoterapiei, efectuate în secolul XX, au fost sintetizate și prezentate recent într-un studiu de Lambert *et al.* (2002). Încercând să estimeze contribuția diverselor componente ale tratamentului psihoterapeutic la eficiența acestuia, rezultatele arată următoarea situație:

- *relația terapeutică* contribuie cu aproximativ 30% la eficiența psihoterapiei;
- *tehnicile de intervenție* psihoterapeutică contribuie cu 15%;
- *efectul placebo* contribuie cu 15% ; în aceste condiții, efectul placebo se referă la speranța că tratamentul urmat va duce la ameliorarea tabloului clinic; aceasta este rezultatul unei conceptualizări clinice eficiente;
- *factorul personal al clientului* acoperă 40 %. Elementele factorului personal pot fi împărțite în trei categorii: prima categorie include factori psihologici și de educație precum inteligența; a doua categorie include factori economici, iar a treia categorie se referă la suportul social pe care îl are clientul.

Un consilier eficient este cel care, prin elementele psihoterapiei, poate mobiliza la maximum acești factori personali.

2.1. Elementele de bază în evaluarea clinică

Activitățile de evaluare clinică în concepția lui D. David (2006) se referă la:

- investigarea și psihodiagnosticul tulburărilor psihice și a altor condiții de patologie care implică în etiopatogeneza mecanisme psihologice, în limitele competenței psihologului;

- evaluarea psihologică a stării de sănătate psihică ca prerechizită pentru desfășurarea unor activități care presupun examinare psihologică (ex. testarea profesorilor, a funcționarilor publici etc.);
- evaluare cognitivă și neuropsihologică;
- evaluare comportamentală;
- evaluare bio-fiziologică (ex. prin proceduri de bio-feedback);
- evaluare subiectiv-emoțională;
- evaluarea personalității și a mecanismelor de coping/adaptare/defensive;
- evaluarea unor aspecte psihologice specifice cuplului, familiei sau altor grupuri;
- evaluarea contextului familial, profesional, social (ex. calitatea vieții, funcționarea socială), economic, cultural în care se manifestă problemele psihologice;
- evaluarea gradului de discernământ al persoanelor, în limitele competenței psihologului;
- evaluarea dezvoltării psihologice;
- alte evaluări în situații care implică componente psihologice clinice (ex. chestionare de interes în consilierea vocațională etc.).

Evaluarea clinică psihologică parcurge următoarele secvențe (David, 2006):

- Descrierea tabloului clinic/problemelor clientului (Fazele 1 și 2 – se realizează prin interviu clinic și testare psihologică);
- Particularizarea, detalierea și sintetizarea datelor culese în Fazele 1 și 2 pentru a înțelege mai bine dinamica fiecărui individ, dincolo de tabloul său clinic (ex. calitatea vieții, funcționarea socială). De asemenea, aici se detaliază tabloul clinic în probleme concrete de viață

pentru fiecare pacient (Faza 3 – se realizează prin interviu clinic și testare psihologică).

Faza I (focalizare generală pe tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice psihologice) Este indicat ca *interviul* să înceapă cu o discuție despre situații care îl pun pe pacient într-o poziție confortabilă, de încredere și siguranță. Aceasta duce la dezanxietizarea lui și poate facilita comunicarea dintre pacient și clinician.

În această fază se înregistrează, de asemenea, *numele și prenumele clientului, vârsta, cetățenia, naționalitatea și domiciliul*, date furnizate de pacient sau aparținători - în cazul unor tulburări grave sau a copiilor. Se notează și motivul trimiterii și se stabilește cadrul de lucru (ex. contractul). Spre exemplu, în cazul unui student la fizică, se poate începe interviul cu discuții despre premiile luate, proiectele pe care le are, bursele în străinătate primite. Dacă consilierul dovedește cunoștințe în domeniul de interes al clientului, aceasta poate contribui la dezvoltarea pozitivă și mai rapidă a relației terapeutice. Apoi, treptat, se virează spre obiectul interviului, menținând un limbaj de interfață cu caracteristici diferite de la pacient la pacient.

Exemplu:

„Bun, hai acum să ne întoarcem puțin la problemele noastre. Întâi am să te rog să-mi spui ce te deranjează (supără) apoi am să te întreb cum a început. Deci, ce probleme (necazuri) sunt?, ce te supără (deranjează)?”

În continuare, interviul trebuie să vizeze următoarele aspecte:

- descrierea acurată a tabloului clinic, debutul și evoluția acestuia: „de când au început problemele?; de când ai observat aceste modificări?; înainte de

Crăciun ?” (în cazul în care clientul are dificultăți în a-și reaminti debutul, este ajutat cu amorse: Crăciun, ziua de naștere etc.);

- prezența altor boli somatice sau psihice, internări anterioare;
- condițiile social-economice, informații despre familie, situații stresante;
- perspectivă generală asupra stării clientului.

Această fază se încheie prin clarificarea tabloului clinic și identificarea unor factori etiopatogenetici ipotetici: declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a simptomatologiei. De asemenea, psihologul trebuie să se focalizeze și pe evaluarea stărilor de sănătate (chiar reziduale) și a mecanismelor care le generează/întrețin (factori de sanogeneză).

Exemplu:

Tulburare de adaptare cu elemente depresive, factori declanșatori (moartea mamei), factori predispozanți (personalitate de tip dependent), factori favorizanți (stresori anteriori repetați), factori de menținere (condițiile economice - trăiește din banii de la rude).

Faza II (focalizare specifică pe tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice). În faza a doua a interviului urmează o investigare detaliată a comportamentului și funcțiilor psihice, atât parte a tabloului clinic cât și parte a mecanismelor etiopatogenetice. De asemenea, psihologul trebuie să se focalizeze specific și pe evaluarea stărilor de sănătate (chiar reziduale) și a mecanismelor care le generează/întrețin (factori de sanogeneză).

Investigarea prin *interviu* trebuie să fie dublată de o investigare obiectivă prin teste psihologice acolo unde acest lucru este posibil. La sfârșitul acestei faze se clarifică și definitivează tabloul clinic.

Faza III (focalizare pe consecințele psiho-sociale ale tabloul clinic și a modului în care acesta se particularizează pentru fiecare pacient). În faza a treia, în cadrul psihodiagnosticului și evaluării clinice, se poate trece la o investigație detaliată care vizează surprinderea structurii și dinamicii individuale a clientului și oferă informații suplimentare prin reliefarea modului în care tabloul clinic se particularizează în cazul clientului în cauză (ex. funcționarea socială, calitatea vieții).

Analiza vizează cele patru niveluri de analiză a subiectului uman: subiectiv-afectiv (emoțional), cognitiv, comportamental și biologic/fiziologic. Mai precis, se urmărește aici evaluarea psihologică detaliată a:

- stării prezente a clientului și a modului în care acesta se adaptează la situațiile concrete;
- problematicii comportamentelor simptomatice;
- situației somatice a clientului;
- dinamicii și structurii personalității;
- comportamentului interpersonal;
- principiilor morale și atitudinilor sociale;
- mecanismelor defensive și de coping precum și a conflictelor și dinamicii lor;
- identității și imaginii de sine;
- determinanților sociali și situațiilor curente de viață;
- problemelor de ecologie socială și familială;
- controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor etc.

La sfârșitul fazei a treia avem atât un tabloul clinic cât și particularizarea acestuia prin surprinderea dinamicii individuale a clientului și a modului în care acesta se exprimă în relaționarea psiho-socială a clientului (ex. funcționarea socială, calitatea vieții etc.).

Trecerea de la etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică la etapa de intervenție psihologică propriu-zisă se poate face prin intermediul unei **liste de probleme**. Aici ne interesează modul în care tabloul clinic se exprimă în probleme concrete de viață pentru fiecare pacient. În acest scop se face o listă cu probleme concrete de viață. O problemă este o discrepanță între starea inițială și o stare finală (stare scop). Astfel, doi pacienți cu același tabloul clinic (ex., în timp ce în cazul unui pacient problemele se reflectă mai ales în relațiile la locul de muncă, la celălalt se reflectă în relațiile familiale). Se recomandă ca lista să nu cuprindă mai mult de 8-10 probleme. O listă prea lungă descurajează clientul și face dificilă organizarea procesului psihoterapeutic. Dacă numărul de probleme este foarte mare, sugerăm formularea uneia/unora dintre ele în termeni mai generali. De exemplu, dacă există probleme de comunicare cu soțul, cu copii și cu părinți nu vom formula trei probleme ci una: probleme de comunicare cu familia.

Intervenția psihologică trebuie începută cu o problemă importantă pentru pacient, dar despre care știm, în baza experienței și a literaturii de specialitate, că ***poate fi rezolvată relativ ușor***. Dacă începem cu o problemă periferică (ex., renunțarea la fumat în cazul unui pacient care are atacuri de panică), clientul poate considera tratamentul neimportant.

În cazul în care începem cu o problemă majoră, greu de rezolvat, clientul nu vede eficiența psihoterapiei; acest lucru este important de ținut minte dacă luăm în calcul că numărul

mediu de ședințe de psihoterapie în condiții ecologice este mai mic decât cinci! Așadar, problema cu care începem intervenția psihologică trebuie să fie una importantă și relativ ușor de ameliorat (ex., atacuri de panică). Negocierea acestui demers, în cazul în care clientul dorește un altul (atenție: dorința clientului de a începe cu o problemă periferică poate sugera defense și o problemă în relația cu clientul), se face transparent, mizând și pe autoritatea profesională a psihologului. Psihologii novici au tendință să abordeze mai multe probleme simultan. Acesta este o eroare psihoterapeutică care trebuie evitată. Abia după ce am rezolvat sau ameliorat o problemă trecem la următoarea.

Uneori intervenția psihologică poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales, dacă diagnosticul nosologic nu este cerut în mod formal sau dacă se lucrează pe probleme subclinice sau de autocunoaștere, optimizare și dezvoltare personală.

În funcție de pacient și de obiectivele consilierului (câtă informație consideră relevantă), etapa de psihodiagnostic și evaluare clinică se poate întinde pe parcursul a 1-3 ședințe; elementul de psihoeducație (pentru boală, pentru intervenția psihologică etc.) este o componentă fundamentală a acestor ședințe, implementarea ei realizându-se atunci când psihologul consideră că este momentul potrivit pentru clientul concret cu care lucrează.

Sumarizând, psihodiagnosticul și evaluarea clinică presupun următoarele componente principale (uneori se poate utiliza doar ultima componentă):

- Descrierea tabloului clinic al clientului (sau a problemelor și/sau cerințelor/obiectivelor/scopurilor clientului) (Fazele 1 și 2);

- Impactul tabloului clinic prin surprinderea dinamicii și consecințelor psiho-sociale ale acestuia în cazul unui client țintă (Faza 3);

Operaționalizarea tabloului clinic în probleme de viață specifice client (stabilirea listei de probleme) și/sau în obiective/scopurile clinice specifice clientului (David, 2006).

Prezentăm în continuare câteva sugestii pentru îmbunătățirea demersului clinic (David, 2006).

Reguli facilitatoare ale diagnosticării și evaluării clinice

1. alternanța întrebărilor deschise (mai ales la început) cu întrebări țintite/închise (mai ales după stabilirea unei comunicări deschise și fluente);
2. comunicare nonverbală adecvată;
3. reflectări empatiche frecvente;
4. atenție la ce spune clientul, dar și la cum spune. Modul în care spune un lucru arată perspectiva lui asupra lucrurilor (ex., ori de câte ori povestește despre soție apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre aceasta).

Tehnici de reducere a rezistențelor

În timpul interviului clinic pot să apară o serie de rezistențe din partea clientului și dificultăți de comunicare în obținerea de informații relevante pentru tratament. Sursele acestor rezistențe pot fi diverse:

1. clientul este prea grav afectat de boala sa pentru a susține o comunicare relevantă;
2. expectanțele sale față de consilier sau terapie sunt nesatisfăcute: consilier prea tânăr/bătrân; consilier

- femeie/bărbat; cabinetul de consiliere sărăcăcios/luxos etc.;
3. a fost adus împotriva voinței lui (ex., amenințat cu divorțul, cu pierderea pensiei, etc.).

În primul caz se apelează la obținerea de informații de la familie, rude, care trebuie apoi coroborate pentru a avea o perspectivă unitară și a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care clientul poate fi interviuat, pentru a compara perspectiva clientului cu cea a familiei sau rudelor etc.

În cazul al doilea, spargerea rezistențelor se bazează pe următoarea regulă susținută de studii de psihologie socială (Gilbert și colab., 1993): pe măsură ce clientul împărtășește clinicianului experiențe personale, clinicianul începe să fie perceput mai pozitiv de către pacient. Aceasta înseamnă că este important ca clientul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtășește consilierului tot mai multe elemente personale.

Este indicată următoarea strategie clinică:

Consilierul: - Ce probleme sunt?

Clientul: - Uite ce este, nu am ceva personal cu tine, dar cred că ești prea tânăr să mă înțelegi și să mă ajuți.

Consilierul: - Din cele ce îmi spuneți, înțeleg că sunteți dezamăgit să întâlniți un consilier prea tânăr (reflectare empatică a rezistenței lui).

Clientul: - Da, mă așteptam la cineva mai matur, la vârstă mă refer.

Consilierul: - Cred că aveți dreptate să gândiți astfel. Toți am dori, la neaz, să avem un om matur și puternic lângă noi care să ne ajute (suntem de acord cu rezistența lui).

Clientul: - Da.

Consilierul: - Am să încerc eu să vă ajut, recomandându-vă unui coleg mai în vârstă în care probabil veți avea mai multă încredere. Dar pentru asta ar trebui să știu ce probleme sunt ca să vă pot recomanda cel mai bun consilier pentru problemele respective. Deci ce necazuri sunt? (oportunitate de dialog).

Clientul: - (de cele mai multe ori începe să împărtășească problemele personale).

În al treilea caz, mecanismul angajat pentru spargerea rezistențelor este de aceeași factură:

Consilierul: - Ce probleme sunt?

Clientul: - Uite ce este, nu sunt nebun. De fapt, nici nu vreau să fiu aici, dar am venit de gura neveste – mii. Și nu am nici o problemă!

Consilierul: - Înțeleg că trebuie să fiți extrem de revoltat și nemulțumit că ați fost adus aici (reflectarea empatică a rezistenței clientului).

Clientul: - Da.

Consilierul: - Oricine în locul dumneavoastră ar simți la fel. Cred că și eu aș fi extrem de revoltat să fiu dus undeva împotriva voinței mele (suntem de acord cu rezistența lui). Dar oricum, cine v-a adus aici?

Clientul: - Nevasta. De o lună mă tot bate la cap să vorbesc cu un psiholog.

Consilierul: - De ce credeți că dorește acest lucru?

Clientul: - Crede că am tot felul de probleme. Dar eu nu am nici una, adică nu mai multe decât orice om.

Consilierul: - Totuși mi se pare că aveți o problemă mai ciudată (cu umor): cu soția dvs., gândiți cam diferit. Sau mă înșel? (oportunitate de dialog).

Clientul: - A, nu cred că aveți dreptate. Să vedeți (clientul începe să vorbească despre relația cu soția, rezultând și presupusele probleme pentru care soția i-a cerut să meargă la un psiholog).

Așadar, tehnicile pentru spargerea rezistențelor urmează trei pași principali:

1. reflectarea empatică a rezistenței clientului;
2. abordarea indirectă a clientului;
3. oferirea de întăriri pentru implicarea clientului în procesul de diagnostic.

2.2. Intervenție psihologică

Intervenția psihologică este de trei tipuri: (1) intervenția psihologică de bază (specifică psihologului clinician), (2) consiliere psihologică, și (3) psihoterapie. În timp ce intervenția psihologică de bază are un caracter mai general, consilierea psihologică și psihoterapia presupun formare într-o modalitate specifică de intervenție.

2.2.1. Intervenție psihologică efectuată de psihologul atestat în psihologie clinică

Acest tip de intervenție constă în:

- educație pentru sănătate, promovarea sănătății și a unui stil de viață sănătos (ex. prin prevenție primară și secundară);
- consiliere și terapie suportivă;
- consilierea în situații de criză și asistența bolnavilor terminali;
- optimizare și dezvoltare personală, autocunoaștere (ex. coaching);
- terapii de scurtă durată focalizate pe problemă, prevenție terțiară, recuperare și reeducare (individuale, de grup, cuplu și familie);
- terapii standard de relaxare și sugestive;

- consiliere (ex. prin tehnici comportamentale) specifică obiectivelor medicale (ex. creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.);
- managementul conflictului și negociere.

2.2.2. Intervenție psihologică efectuată de psihologul atestat în consiliere psihologică

Consilierea psihologică este intervenție psihologică (a) în scopul optimizării, autocunoașterii și dezvoltării personale și/sau (b) în scopul remiterii problemelor emoționale, cognitive și de comportament.

Consilierea psihologică se poate realiza în regim:

- individual;
- în grup;
- de grup (ex. cuplu, familie).

Componentele unui proces de consiliere psihologică sunt:

- evaluarea cerințelor (obiectivelor/scopurilor)/problemelor clientului;
- conceptualizarea psihologică a cerințelor (obiectivelor)/problemelor clientului;
- intervenții psihologice individuale și de grup;
- relația de consiliere;
- evaluarea procesului de consiliere psihologică și a rezultatelor acestuia.

Intervențiile psihologice ale consilierului psihologic presupun:

- optimizare, dezvoltare și autocunoaștere (ex. coaching);
- probleme psihologice subclinice;

- în sănătate (ex. educația pentru sănătate, prevenția primară etc.) și boală (ex. prevenție secundară, terțiară, recuperare etc.);
- cuplu și familie.

Utilizarea consilierii psihologice cere dovedirea competenței dobândite într-o formă specifică de consiliere psihologică, prin cursuri formative (formare continuă complementară) organizate de instituții acreditate de către Colegiul Psihologilor din România (David, 2006).

2.2.3. Un model al procedurilor de intervenție psihologică (David, 2006)

1. Designul intervenției psihologice

- *Stabilirea listei de probleme.* Diagnosticul nosologic medical (dacă există) sau condiția psihologică a client/clientului sunt particularizate în probleme de viață. Altfel spus, ne interesează modul în care aceste categorii nosologice (inclusiv condițiile psihologice nepatologice) se manifestă în probleme de viață pentru fiecare pacient, știut fiind faptul că același diagnostic nosologic se poate manifesta diferit la pacienți diferiți. O problemă este o discrepanță între starea inițială și o stare finală (stare scop).
- *Stabilirea scopurilor.* Scopurile stabilite trebuie să fie clare și precise, eventual organizate pe termen scurt, mediu și lung. Ele pot corespunde stării finale a problemei (ca în rezolvarea de probleme) dar pot fi și independente de aceasta (ca în unele intervenții focalizate pe soluții).

- *Stabilirea planului de tratament și a procedurilor utilizate.* Ele sunt strâns legate de conceptualizarea clinică și sunt proprii fiecărei modalități terapeutice, deși în practică asistăm adesea la un eclecticism metodologic. Prescripțiile terapeutice (sarcinile dintre ședințele de consiliere) sunt componente importante ale planului de tratament, cercetările arătând că ele au o contribuție importantă la eficiența intervenției.
- *Obstacole scontate.* Ele trebuie clarificate de la început, iar planul de tratament trebuie astfel conceput încât să nu fie afectat de aceste obstacole.
- *Rezultate obținute.* Se înregistrează rezultatele obținute și se urmărește evoluția client în timpul și o perioadă după intervenție.

2. Principii ale intervenției psihologice în grup

Implementarea intervențiilor psihologice în grup (de grup) nu angajează modificări semnificative în modul de utilizare a tehnicilor. Modificările intervin mai ales în organizarea grupului.

Construirea unui grup în consiliere/terapeutic

Acest aspect presupune, în principiu, următoarele:

- a) subiectul trebuie să beneficieze de pe urma grupului și grupul de pe urma subiectului;
- b) nu se introduc în grup subiecți extrem de agresivi deoarece aceasta afectează dinamica grupului; pentru subiecții agresivi se organizează grupuri speciale;

- c) numărul membrilor grupului este de obicei între 6-8 până la 12; un număr prea mare de subiecți poate afecta negativ dinamica grupului;
- d) pot fi incluși subiecți cu diverse probleme respectându-se doar grupele mari de vârstă (copii, adolescenți, adulți).

Ședințele de grup au loc de aproximativ două ori pe săptămână (numărul întâlnirilor este flexibil în funcție de pacienți și de modalitatea de intervenție). O atenție specială se acordă ședințelor inițiale de construcție a grupului. Exercițiile de încălzire și de familiarizare a subiecților în grup sunt foarte importante.

Exemplu:

Tehnica „scaunului”. Pentru a facilita discuțiile, subiectul se prezintă ca și cum ar fi o altă persoană care stă lângă el pe un scaun; se descrie la persoana a doua.

De asemenea, consilierul trebuie să fie atent să stimuleze toți membrii grupului: îi încurajează pe cei tăcuți, îi „strunește” pe cei prea vorbăreți și intruzivi etc. Numărul mediu de ședințe de grup este de 25 (se adaptează formelor specifice de intervenție).

Mecanisme intervenției în psihoterapia în (de) grup

Psihoterapia în (de) grup acționează prin mecanisme specifice. Dacă în psihoterapia individuală factorii principali ai reușitei sunt: o relație de consiliere adecvată, un psihodiagnostic și o conceptualizare clinică corecte și tehnici de intervenție eficiente, în psihoterapia de grup factorii reușitei sunt:

- a) accesul la o cantitate mai mare de informație despre particularitățile consilierii;
- b) instalarea speranței; văzând că unii membri ai grupului au reușit subiectul înțelege că și el poate reuși;
- c) învățarea prin modelare și imitație;
- d) suportul social al grupului;
- e) universalitatea; subiectul înțelege că problema pe care o are nu îl vizează doar pe el, ci apare și la alte persoane.

Adesea o combinație între intervenția individuală și în (de) grup este extrem de eficace; în funcție de evoluția clientului acesta poate fi orientat în diverse momente de la intervenția individuală la cea în (de) grup și invers.

În general, intervenția individuală este indicată în cazuri mai severe, iar intervenția în (de) grup în cazuri mai puțin severe, adesea cu rol educativ și profilactic (dificultăți de relaționare interpersonală, lipsa asertivității etc.) fără însă ca acest lucru să fie o prescripție. Ca regulă generală, înainte de intervenția în (de) grup este indicată o secvență (ex. câteva ședințe) de intervenție individuală.

3. Conceptualizarea cazului

Conceptualizarea (explicarea/interpretarea) făcută tabloului clinic al clientului (sau problemelor clientului) este fundamentală în reducerea simptomatologiei (problemelor) și implementarea tratamentului (intervenției). Există mai multe tipuri de conceptualizare clinică: cognitiv-comportamentală (nosologică, funcțională), dinamic - psihanalitică (numită adesea interpretare), umanist – existențial - existențială, tipuri corespunzând principalelor orientări/paradigme în psihologia clinică. Pe lângă o conceptualizare generală, focalizată pe tabloul clinic al clientului, pe parcursul tratamentului se fac conceptualizări specifice pentru problemele de viață concrete

prin care se exprimă tabloul clinic. Deși conceptualizările generale și specifice se fac în funcție de angajamentul teoretic al profesionistului, se pot evidenția anumite trăsături comune ale acestora, dincolo de angajament. Altfel spus, anumite evenimente stresante interacționează cu o stare de vulnerabilitate biologică și/sau psihologică generând tabloul clinic. Raportul dintre intensitatea evenimentelor stresante și vulnerabilitate este diferit în funcție de tulburări. Astfel, în cazul anumitor tulburări (ex., stres post-traumatic) un stresor foarte intens (ex., viol) poate declanșa tabloul clinic chiar dacă nu există o vulnerabilitate foarte mare. În cazul altor tulburări (ex., tulburare bipolară) o vulnerabilitate accentuată poate contribui la apariția tabloului clinic chiar în condițiile în care evenimentul stresant nu este foarte puternic, statistic descris (în funcție de cum l-ar considera majoritatea oamenilor). Alteori o combinație între un eveniment stresant puternic și o vulnerabilitate puternică generează tulburări severe (ex. psihoză reactivă). Conceptualizarea clinică specifică se face pentru fiecare problemă care operaționalizează tabloul clinic în funcție de angajamentul teoretic al psihologului.

Practic, conceptualizarea clinică trebuie să răspundă la trei întrebări: (1) ce probleme are clientul? (ex. tabloul clinic, durată, intensitate etc.) (pe baza diagnosticului și evaluării clinice efectuate); (2) de ce au apărut aceste probleme? (pe baza diagnosticului și evaluării clinice efectuate); (3) ce trebuie făcut pentru a ameliora aceste probleme? (care este schema de tratament propusă). Este important aici să facem distincția dintre conceptualizarea clinică profesională și cea de interfață. Conceptualizarea clinică profesională asigură comunicarea între profesioniști. Prin conceptualizarea de interfață ne asigurăm că clientul poate răspunde (pe tot parcursul intervenției) la cele trei întrebări descrise mai sus, indiferent de nivelul său educațional. La acest nivel se fac adesea diferențe între clinicieni experți și novici. Novici vor ignora adesea

conceptualizarea de interfață, ceea ce va determina o aderență la tratament scăzută a clientului.

Lipsa unei conceptualizări clinice sau o conceptualizare clinică inadecvată, negativă, poate amplifica sau genera simptomatologia. Spre exemplu, dacă modificările benigne ale ritmului cardiac, ca urmare a unui efort fizic, sunt interpretate frecvent ca semne ale unui atac de cord iminent sau ale unei boli severe, în timp unii dintre noi putem dezvolta atacuri de panică sau o nevroză cardiacă.

Caracteristicile esențiale ale unei conceptualizări clinice eficiente sunt:

- să fie acceptată de pacient;
- să conceptualizeze teoretic problemele clientului transformând incomprehensibilul în comprehensibil;
- să sugereze existența unor tehnici de intervenție eficiente în reducerea simptomatologiei;
- să fie fundamentată științific.

Trebuie înțeles faptul că uneori mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic nu sunt cunoscute; situația este similară celei din medicină, unde încă nu se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer. Asumarea acestui lucru transformă demersul psihologic într-o abordare serioasă, științifică care se dezvoltă continuu prin cercetări teoretico-experimentale.

4. Tehnicile de intervenție

Tratamentul utilizat, incluzând prescripțiile terapeutice (sarcinile dintre ședințe), este strâns legat de conceptualizarea clinică și vizează modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză. Tehnicile de intervenție pot fi de bază sau specifice modalităților de consiliere psihologică/ psihoterapeutice: (1) cognitiv-comportamentale (ex. restructurări

cognitive); (2) dinamic-psihanalitice (ex. asociațiile libere; interpretarea visurilor); (3) umanist-existențial-experiențiale (ex., tehnici paradoxale).

În practică însă se poate promova un *eclectism metodologic* (ex. se utilizează proceduri din diverse forme de psihoterapie) în condițiile în care avem o conceptualizare clinică riguroasă și formare profesională în utilizarea pachetelor de intervenție.

În principiu, tehnicile de intervenție vizează următoarele niveluri: (1) nivelul cognitiv (ex., modificarea cognițiilor disfuncționale); (2) nivelul comportamental (ex., modificarea comportamentelor dezadaptative); (3) nivelul biologic/fiziologic [modificări biologice prin tehnici de psihoterapie (ex., relaxare)]; modificările de la aceste niveluri se exprimă în modificări la nivel subiectiv-afectiv. Unele tehnici de intervenție psihologică sunt orientate asupra mediului subiectului, vizând modificări în acesta (ex., tehnica rezolvării de probleme). Tehnicile de intervenție psihologică pot fi grupate în pachete de intervenție pentru tulburări specifice, funcție de modalitate specifică de psihoterapie/consiliere psihologică.

Trebuie înțeles faptul că, deși uneori cunoaștem mecanismele etiopatogenetice implicate în apariția tabloului clinic, nu avem tehnici suficient de avansate pentru a le modifica; situația este similară celei din medicină, unde deși se cunosc mecanismele implicate în diverse forme de cancer încă nu există medicația adecvată pentru a le modifica.

5. Relația cu clientul

Relația terapeutică este în general caracterizată ca o alianță de lucru și este descrisă ca o atitudine colaborativă și de încredere a clientului față de consilier, determinată de speranța clientului că simptomatologia va fi eliminată și de acceptarea

necon condi ționată a clientului de către consilier. Ea poate reduce anxietatea clientului ceea ce reduce la rândul său simptomatologia, furnizând clientului o nouă experiență emo țională și oportunitatea de a discrimina între trecut și prezent.

În consiliere psihologică și psihoterapie relația terapeutică este strâns legată de conceptualizarea clinică:

- în abordarea *cognitiv-comportamentală*, nevoia de ra ționalitate face ca consilierul să adopte o atitudine colaborativ-empatică, de adult/model, caracterizată și prin acceptare necon condi ționată și congruență;
- în abordarea *dinamic-psihi analitică*, nevoia de revenire la conflictele bazale din copilărie duce la o atitudine de neutralitate binevoitoare și „infantilizare” inten ționată a clientului, generând în final o relație de tip transferen țial;
- în abordarea *umanist-existen țial-experien țială*, nevoia de acceptare și siguranță duce la o relație dominată de empatie, acceptare necon condi ționată, congruență.

6. Înregistrarea rezultatelor interven ției și urmărirea evolu ției cazului

Această secțiune include concluziile asupra cazului și evolu ției acestuia în timpul tratamentului și prezentarea planului de urmărire a evolu ției clientului după încheierea tratamentului, pentru a preveni recăderile.

În cadrul acestei etape, un element important este înregistrarea rezultatelor ob ținute.

Evaluarea rezultatelor în această etapă se face prin două modalități:

- subiectiv (ex. declara țiile/autoevaluarea clientului);

- obiectiv (înregistrarea datelor comportamentale sau frecvenței simptomelor pe parcursul terapiei, utilizând un instrumentar psihologic riguros).

Evaluarea rezultatelor intervenție este importantă din mai multe motive:

- În primul rând, ea oferă un feedback pozitiv consilierului și clientului referitor la intervenție (este ea eficientă? o putem stopa? dacă nu este eficientă, ce trebuie făcut? etc.);
- În al doilea rând, evaluarea este necesară activităților administrative din cadrul în care consilierul își desfășoară activitatea (ex., statistica intervențiilor, a reușitelor și eșecurilor într-o anumită perioadă de timp în cadrul unui spital);
- În al treilea rând, datele culese pot face obiectul unor analize științifice și a publicării.

UN EXEMPLU DE STUDIU DE CAZ – D. David (2006)

1. Istoricul cazului

Dana are douăzeci și opt de ani, este medic, are un copil, locuiește cu soțul ei și, în ultimii trei ani, a lucrat ca rezident într-o secție de medicină internă.

A. Acuzele principale

Dana a primit tratament psihologic pentru atacuri de panică și anxietate generalizată în perioada de sfârșit a anului 1999 și început a anului 2000 (optsprezece ședințe). Cu două luni înainte de începerea tratamentului, avusese deja trei atacuri de panică și se temea de probabilitatea de a mai face un altul. De asemenea, ea menționa:

De prin 1991, m-am simțit agitată și extrem de anxioasă în legătură cu viața mea (de exemplu, „viitoarea mea profesie de medic”), relațiile interpersonale (de exemplu, „cu colegii și cu soțul”) și cele mai importante activități ale mele (de exemplu, „rezultatele școlare, doctoratul”) deși, sincer vorbind, sunt mult mai îngrijorată de recente atacuri de panică.

a. Istoricul tulburării prezente

În 1991, Dana s-a mutat într-un alt oraș, departe de părinții ei supraprotectivi, pentru a studia medicina la o universitate de prestigiu. De atunci, a început să se simtă neajutorată și să aibă atacuri de anxietate și „îngrijorare în legătură cu orice” (simptome emoționale). Aceste trăiri emoționale se asociau adesea cu tensiune musculară, senzație de slăbiciune, oboseală și tulburări de somn (simptome fiziologice), întrucât simțea că îi este greu să controleze aceste manifestări fiziologice, Dana a început să evite activitățile care

presupuneau efort fizic (simptome comportamentale). Se gândea de multe ori că toate aceste simptome arată că valoarea sa ca persoană este scăzută (simptome cognitive). În consecință, se simțea deseori neajutorată și avea o stimă de sine scăzută. Inițial, medicul de familie, iar apoi un psihiatru i-au prescris Buspar (Buspirona), în 1993. După ce a urmat prescripțiile medicale timp de câteva luni, Dana a întrerupt tratamentul medicamentos, întrucât simptomatologia se ameliorase mult mai puțin decât se așteptase ea. Primul atac de panică a survenit în timp ce își pregătea examenul de doctorat, cam la două luni înainte de prima noastră întâlnire (în 1999).

Aproximativ o lună mai târziu, a avut un al doilea atac de panică, în timp ce făcea curățenie în apartament. Cel de-al treilea atac de panică a survenit cu o săptămână înainte de prima noastră întâlnire, în timp ce se afla singură acasă, pregătind o lucrare pentru un congres științific de gastroenterologie.

Simptomele de panică au inclus următoarele: simptome emoționale - teamă intensă de a nu-și pierde controlul, neajutorare și disconfort; simptome cognitive - convingerea că va muri, că are probleme cu inima și că va leșina și va cădea jos; simptome comportamentale - evitarea efortului fizic și căutarea unor locuri în care să fie în siguranță în caz că leșină; simptome fiziologice - palpitații, tremurături și dureri de piept. Din cauza acestor simptome de atac de panică, Dana a consultat un psihiatru care i-a prescris Xanax, cu aproximativ două luni înainte de prima noastră întâlnire.

Stresorii majori din viața Danei erau, în principal, psihosociali. Ea fusese un copil supraprotejat de către părinții ei. Depărtarea de casă și de protecția acestora în perioada facultății a constituit stresorul principal, care s-ar putea să fi precipitat instalarea anxietății generalizate (1991). Mai mult, înainte de căsătorie (care a avut loc în 1998), Dana spera că viitorul ei soț se va dovedi de un real ajutor în viața sa; credea

că el o va ajuta să își depășească anxietatea și „îngrijorarea în legătură cu orice”. Din nefericire, soțul Danei avea o profesie care presupunea extrem de multă muncă. Acesta era asistent universitar și cercetător, astfel încât se întâmpla frecvent să lucreze până seara târziu și în week-end, implicându-se destul de puțin în întreținerea familiei și educația copilului (nașterea fiului lor a constituit pentru Dana un alt motiv de stres și o ocazie de îngrijorare: „Fiind atât de ocupată, cum voi putea oare să îmi fac suficient timp pentru fiul meu?”). Ca urmare, Dana s-a simțit copleșită de viața sa ca soție, mamă, medic și studentă, împărțită între slujba de medic cu normă întreagă, asigurarea curățeniei apartamentului, gătitul meselor, educarea copilului și pregătirea examenelor de doctorat. Acestea au fost împrejurările în care a avut loc primul său atac de panică (1999).

b. Istoric personal și social

Dana era copil unic la părinți. Ea își descria tatăl ca fiind foarte rigid, autoritar și preocupat de viitorul fiicei sale; ea susținea că, din cauza atitudinii lui autoritare, i-a fost mereu teamă să discute cu el sau să îi ceară ceva (acest lucru fiind valabil și în perioada adultă). Pe mama sa o descria ca fiind o persoană caldă și preocupată de educația și de viitorul fiicei sale. Dana își amintește că, în timp ce era la grădiniță și apoi în școala primară și gimnaziu, era supraprotejată de către părinții ei, ceea ce nu îi plăcea deloc.

De exemplu, aceștia o duceau la școală în fiecare dimineață, iar după-masa veneau și o luau acasă. Astfel, ea nu reușea niciodată să își facă prieteni sau să intre în grupul colegilor.

În acest context, ea se descria ca fiind o fetiță (iar acum o femeie) cu abilități sociale limitate și puțin asertivă, atât

acasă cât, și în alte situații sociale. În perioada liceului, a început pregătirea pentru admiterea la Facultatea de Medicină. Ambii părinți își doreau mult ca ea să devină medic. Aceștia au lăsat-o să aibă un prieten (deși relația dintre ei nu a fost prea intensă), cu toate că tinerilor li se permitea să se întâlnească doar acasă la Dana și puteau ieși împreună câteva ore după-masa.

După admiterea la facultate (1991), Dana a fost nevoită să se mute în alt oraș. În timpul anului I (ea avea 18 ani), părinții obișnuiau să o viziteze în mod regulat. Nu i-au permis să locuiască într-un cămin studentesc și i-au închiriat un apartament, pentru a putea să învețe în liniște. În timpul primului an de facultate, a început să experimenteze puternic simptomele de anxietate generalizată și unele simptome de depresie subclinică. Se simțea singură, neajutorată și începuse să se îngrijoreze în legătură cu orice (însă nu și de faptul că fusese separată de părinții ei - acesta a fost unul dintre motivele pentru care am respins un posibil diagnostic de anxietate de separare!).

În cel de-al doilea an de facultate (1993), a consultat un medic generalist și un psihiatru, care i-au prescris Buspar (Buspirona). După câteva luni, Dana a renunțat la tratament, deoarece simptomele de anxietate generalizată persistau, în ciuda medicației. În ciuda prezenței simptomatologiei, a absolvit cu succes Facultatea de Medicină în 1997, devenind medic stagiar în gastroenterologie în același an. În aceeași perioadă l-a cunoscut și pe viitorul său soț, pe care îl descrie ca fiind un bărbat inteligent, puternic și matur, cu cincisprezece ani mai în vârstă decât ea. Cei doi s-au plăcut și s-au căsătorit în 1998.

În prezent locuiesc în orașul în care ea a absolvit facultatea. La un an de la căsătorie s-a născut fiul lor. Tot în 1998, Dana și-a început studiile doctorale în medicină. Pe parcursul celui de-al doilea an de căsnicie (1999), ea are primul

atac de panică. Eu am cunoscut-o în 1999, după ce avusese deja trei atacuri. În paralel cu intervenția psihoterapeutică, Dana a urmat un tratament medicamentos (Xanax), prescris de medicul psihiatru.

B. Istoric medical

Dana nu avea nici un fel de probleme medicale care să îi influențeze funcționarea psihică, problemele psihice curente sau procesul de tratament.

C. Status mental

Pacienta era bine orientată tempo-spațial, cu o dispoziție anxioasă.

D. Diagnostic DSM IV

Axa 1 (tulburări clinice): Tulburare de panică fără agorafobie și tulburare de anxietate generalizată; depresie subclinică - pacienta prezenta unele simptome de depresie, fără însă a fi îndeplinite toate criteriile pentru nici una dintre tulburările depresive.

Axa 2 (tulburări de personalitate): Nimic semnificativ clinic. Pacienta prezenta unele caracteristici de personalitate dependentă. Totuși, în urma unei analize atente, comportamentele dependente au rezultat a fi legate de tulburările de anxietate, iarcelelalte caracteristici ale personalității nu îndeplineau toate criteriile pentru un diagnostic separat de tulburare de personalitate de tip dependent.

Axa 3 (boli somatice sau alte condiții medicale): Nimic semnificativ.

Axa 4 (stresori psihosociali): Suport social inadecvat, copleșită de împrejurările vieții (probleme la domiciliu, condiții de muncă solicitante, solicitări academice).

Axa 5 (indicele general de funcționare - GAF): GAF 60 (curent: 1999). Indicele cel mai ridicat în decursul ultimului an - 70.

2. Conceptualizarea cazului. O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. Factori etiologici

Probabil că separarea Danei de părinții săi supraprotectivi (factori declanșatori), lipsa de abilități sociale și lipsa asertivității (factori predispozanți), precum și integrarea ei într-un context cu totul nou (factori favorizanți - cum ar fi alt oraș, alți colegi, cerințe diferite) au precipitat și apoi menținut anxietatea generalizată și simptomele de depresie subclinică.

Este posibil ca tulburarea de panică să fi fost precipitată de lipsa de suport din partea soțului și de faptul că se simțea copleșită de sarcinile asumate (factori declanșatori). Dana se așteptase la suport emoțional din partea soțului său; în schimb, simțea că după căsătorie avea și mai multe obligații decât înainte, astfel încât acestea au sfârșit prin a o copleși. Acest moment coincide cu declanșarea primului atac de panică.

B. Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

O situație problematică tipică pentru Dana este cea legată de primul său atac de panică. În timp ce își pregătea examenul de doctorat în camera sa, a avut un gând automat de genul: „Nu voi reuși să mă pregătesc cum trebuie în următoarele zile, deoarece nu mă ajută nimeni cu celelalte sarcini și nu am suficient timp pentru a-mi pregăti examenul”.

Din punct de vedere emoțional, s-a simțit foarte anxioasă, s-a oprit din citit și s-a ridicat din fotoliu. Apoi a simțit că nu mai poate respira, dureri la nivelul pieptului, palpitații și tremurături incontolabile. În acel moment, a avut un alt gând automat/interpretare catastrofică: „Sunt bolnavă și am un atac de cord!”.

Simptomele anterioare s-au intensificat (panică legată de panică - emoție secundară), iar lumea i s-a părut ciudată și ireală. Emoțional, a experiențiat puternice trăiri de teamă și disconfort. A ieșit din cameră și a încercat să ajungă la baie pentru a se spăla pe față cu apă rece.

O a doua situație tipică este ilustrată de cel de-al doilea atac de panică. În timp ce făcea curățenie în apartament, Dana a observat că are palpitații. Gândul automatinterpretarea catastrofică a fost: „Nu din nou! Voi muri și nimeni nu va mai avea grijă de fiul meu”. În minutele următoare s-a declanșat un nou atac de panică, cu palpitații, dureri de piept și tremurături. A încercat să ajungă la un fotoliu (în caz că leșină) și la telefon pentru a-l suna pe soțul său (până la urmă nu l-a mai sunat).

O a treia situație a apărut pe când își pregătea lucrarea pentru un congres științific de gastroenterologie. Atunci s-a gândit: „Nu am suficient timp pentru a face o lucrare bună. Nimeni nu mă ajută să am mai mult timp”. A simțit că are palpitații și aproape imediat i-a venit în minte următorul gând/interpretare catastrofică: „Vai de mine, sunt cu adevărat bolnavă! Voi leșina și voi cădea jos!”. În câteva minute, a trăit un al treilea atac de panică, însă de data aceasta teama de a nu-și pierde controlul și de a nu înnebuni au fost mai puternice. A ieșit din cameră și a mers în sufragerie pentru a fi mai aproape de telefon și s-a așezat într-un fotoliu, încercând să se relaxeze.

În ciuda asigurărilor repetate, date de medicul generalist, că nu este nimic în neregulă cu sănătatea ei, Dana a continuat să pună atacurile sale de panică și stările de anxietate pe seama unei boli somatice nediagnosticate.

În consecință, deși s-a dovedit deschisă la ideea urmăririi unui tratament psihoterapeutic, nu a fost la fel de receptivă la o conceptualizare psihologică a problemelor sale.

C. Evaluarea longitudinală a cognițiilor și comportamentelor

Dana a crescut într-o familie cu părinți extrem de protectivi. Responsabilitatea ei era să învețe bine, în timp ce părinții îi asigurau toate cele necesare. Avea, așadar, suficient timp la dispoziție pentru a-și organiza activitățile școlare și, în consecință, era o elevă foarte bună. Experiențele ei de viață au dus la dezvoltarea a trei credințe centrale.

Prima credință centrală (schemă cognitivă) se referă la competență: „a face totul la standarde înalte”. Această credință este frecvent evaluată: „Trebuie să fac totul la standarde înalte, altfel sunt incapabilă, detestabilă și slabă”.

Cea de-a doua credință centrală se referă la responsabilitate și control: „Dacă ceilalți nu mă ajută, nu mă pot concentra și nu pot să dețin controlul și să reușesc în situațiile importante din viața mea”. Această cogniție este evaluată: „Persoanele apropiate mie trebuie să mă ajute să controlez situația, pentru ca să mă pot concentra și să îmi ating obiectivele importante. Dacă nu mă ajută, este groaznic și nu pot suporta așa ceva”.

Cea de-a treia credință centrală se leagă de confort și control și pare a fi implicată în apariția emoțiilor secundare (panica legată de panică): „Dacă sunt neajutorată și nu mă pot controla, atunci și eu, și ceilalți vom avea de suferit”. Această cogniție este evaluată negativ : „Trebuie să dețin întotdeauna controlul, altfel este groaznic și insuportabil”.

D. Aspecte pozitive și puncte tari ale clientului

Dana este o persoană inteligentă, sănătoasă fizic. Iubește medicina și este foarte disciplinată își dorește tot ce este mai bun pentru ea și familia ei, nici un efort nefiind prea mare pentru a obține acest lucru. A trăit cu anxietate generalizată timp de aproape șapte ani. Mecanismele coping utilizate în toți acești ani au fost: evitarea problemelor, evitarea eforului fizic și studiul intens.

E. Ipoteza de lucru

Dana a dezvoltat anxietate generalizată deoarece credințele ei centrale (factori predispozanți) au făcut-o să interpreteze o gamă largă de situații (factori declanșatori) ca fiind amenințătoare. Probabil că separarea de părinții supraprotectivi și integrarea într-un mediu complet nou (factori favorizanți, cum ar fi alt oraș, alți colegi, cerințe mai ridicate decât în liceu) au precipitat anxietatea generalizată și depresia subclinică, activând aceste credințe centrale. Mai mult, lipsa de asertivitate și abilități sociale (caracteristici ale personalității dependente) s-ar putea să fi amplificat și să fi contribuit la simptomatologia anxioasă și depresivă.

Ulterior, în urma asocierii acestui fond de anxietate generalizată (factor predispozant) cu (1) presiunile evenimentelor de viață de după căsătorie și (2) frustrarea generată de așteptările legate de susținerea din partea soțului (factori declanșatori), s-au dezvoltat atacurile de panică. Acestea au fost stimulate de interpretările catastrofice, care duc frecvent la instalarea panicii în legătură cu panica.

3. Tratament/Planul de intervenție. O abordare din perspectiva terapiei cognitive

A. Lista de probleme

(1) atacurile de panică ale Danei; (2) sentimentul de îngrijorare în legătură cu orice lucru (anxietate generalizată și depresie subclinică); (3) relația cu soțul legată de suportul din partea acestuia; (4) stimă de sine și asertivitate scăzute și abilități sociale deficitare.

B. Scopuri terapeutice

(1) reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii în legătură cu panica); (2) reducerea gândirii distorsionate negative cu impact asupra anxietății generalizate și depresiei subclinice; (3) stimularea asertivității și dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor în vederea îmbunătățirii relației cu soțul și a capacității de soluționare a problemelor practice; (4) îmbunătățirea abilităților sociale, cu impact asupra trăsăturilor de personalitate dependentă.

C. Planificarea terapiei

Planul de tratament a vizat, în prima fază, reducerea atacurilor de panică (inclusiv a panicii legate de panică) și, apoi, diminuarea anxietății generalizate și a depresiei subclinice. Ne-am propus, de asemenea, să lucrăm asupra asertivității, stimei de sine și a abilităților sociale (cu impact asupra unora dintre trăsăturile de personalitate dependentă). În ultima parte a terapiei, au fost abordate unele probleme practice și a fost introdus un program de prevenție a recăderilor.

Pentru atacurile de panică, am folosit un pachet de tratament ce conține : (1) tehnici de restructurare cognitivă (Clark, 1995), pentru reducerea interpretărilor catastrofice (gândurilor automate) și (2) hiperventilație/tehnici de control al respirației (Ost, 1987), pentru a explica (în parte) și controla

simptomele de panică. De asemenea, la începutul intervenției a fost utilizată o tehnică de distragere a atenției, atât în scop didactic (cogniție versus emoție), cât și terapeutic (managementul rapid al simptomelor).

Ulterior, pachetul de intervenție pentru panică a fost adaptat pentru anxietate generalizată și depresie subclinică, constând în:

(1) tehnici de restructurare cognitivă (Beck, 1976; Clark, 1995), pentru modificarea gândurilor automate și a credințelor centrale și

(2) tehnici de relaxare (Ost, 1987), pentru reducerea activării fiziologice cronice.

Ne-am centrat, de asemenea, și pe modificarea (la diferite nivele de abstractizare) a cognițiilor evaluative asociate credințelor centrale.

Pentru a crește asertivitatea și a îmbunătăți abilitățile sociale, am folosit antrenamentul asertiv. Trainingul pentru dezvoltarea abilităților sociale și de rezolvare a problemelor a fost folosit cu scopul de a ajuta pacienta să devină mai încrezătoare în sine și mai puțin dependentă.

Pachetul de tehnici a fost implementat după cum urmează:

(1) Pentru *panică*, pacienta a fost învățată o tehnică de *distragere a atenției* (de exemplu, să descrie în detaliu toate obiectele din cameră). Această tehnică a avut ca scop: (a) combaterea convingerii Danei că nu are control asupra anxietății sale; (b) să îi ofere o modalitate de management a simptomelor, utilă pentru situațiile în care atacarea gândurilor automate ar fi dificilă; (c) să constituie o demonstrație de impact a modelului cognitiv al anxietății, față de care Dana a fost destul de reticentă la început. Apoi i s-a prezentat tehnica *hiperventilației*. Aceasta a fost utilă în modificarea interpretărilor catastrofice a senzațiilor corporale experimentate

în timpul atacurilor de panică. Tehnica de control a respirației a fost de asemenea folosită, deoarece reduce hiperventilația.

(2) Pentru *modificarea gândurilor automate, a interpretărilor catastrofice și, mai târziu, a credințelor centrale, pacienta a fost învățată tehnici de restructurare cognitivă și tehnici comportamentale*. De asemenea, ne-am focalizat și pe modificarea cognițiilor evaluative, prin intervenție la diferite nivele de abstractizare. Aceste tehnici au ajutat-o pe Dana să își înțeleagă gândurile și asumptiile dezadaptative și să își reducă semnificativ simptomele de anxietate și de panică, depresia subclinică și unele trăsături specifice personalității dependente.

(3) Dana a învățat o *tehnică de relaxare și o tehnică de control a respirației*. Tehnica de relaxare a avut cel mai mare efect asupra anxietății generalizate prin reducerea arousal-ului cronic.

(4) *Antrenamentul asertiv și training-ul pentru îmbunătățirea abilităților sociale și a abilităților de rezolvare a problemelor* au fost introduse pentru a îmbunătăți relațiile interpersonale ale Danei (în special cu soțul ei) și capacitatea sa de rezolvare a problemelor. Aceste intervenții au avut, de asemenea, obiectivul de a o ajuta să fie mai puțin dependentă.

(5) La sfârșitul tratamentului, a fost introdus un program de *prevenire a recăderilor*.

D. Obstacole în terapie

Întrucât Dana era medic și deci pregătită în modelul bio-medical, a fost greu de convins de legătura dintre cogniții și emoții printr-o abordare convențională. În consecință, s-a evitat impunerea logicii tratamentului (de exemplu, relația dintre cogniții și atacul de panică). În schimb, s-a optat pentru utilizarea unui număr mai mare de metode decât în mod obișnuit, pentru ilustrarea acestei relații: (1) biblioterapia –cărți

de medicină psihosomatică și lucrări despre emoții și cogniții; (2) exemple incluzând literatura privind experimentele lui Schachter și Singer, 1962 (asupra emoțiilor și cognițiilor).

La sfârșitul acestui program educațional, pacienta a fost foarte surprinsă de impactul cognițiilor asupra emoțiilor și a fost interesată să introducă aceste idei nu doar în demersul nostru terapeutic, ci și în practica sa de gastroenterolog.

4. Rezultate, concluzii și urmărirea evoluției pacientului

Tratamentul Danei s-a extins pe parcursul a optsprezece ședințe. La șase luni după încheierea terapiei, nu s-au mai înregistrat atacuri de panică sau simptome de depresie subclinică. Totuși, au persistat unele simptome de anxietate generalizată, însă acestea nu au mai îndeplinit criteriile DSM IV pentru tulburarea de anxietate generalizată. Asertivitatea Danei și abilitățile sale sociale s-au îmbunătățit semnificativ, fapt care a avut un impact pozitiv asupra relațiilor sale (inclusiv cu soțul și părinții) și a reducerii trăsăturilor specifice personalității dependente.

Capitolul III

PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII ÎN CONSILIERE

1. Aspecte generale ale comunicării: definire, caracteristici, funcții și forme

Comunicarea reprezintă un act tranzacțional ce apare în situațiile de interacțiune socială, fiind importantă pentru viața și dezvoltarea personală și socială a individului. Frank Dance și Cari Larson au găsit 126 de definiții ale comunicării, dar după 20 de ani de studiu, nici una dintre acestea nu s-a dovedit a fi satisfăcătoare. Pare că semantica conceptului de „comunicare” nu-și găsește locul într-o singură definiție, dar fiecare definiție posibilă surprinde câte ceva din ceea ce este comunicarea.

În accepțiune largă, comunicarea este acțiunea prin care un individ situat într-o anumită epocă, într-un anumit loc, membru al unor diferite grupuri sociale își însușește experiența referitoare la datele și evenimentele ambianței de la un alt individ sau sistem.

Comunicarea este forma fundamentală de interacțiune psihosocială pentru că este *mediatorul* și *instrumentul de realizare* al interacțiunii și influenței.

Când două persoane interacționează, influențarea atitudinilor lor nu se face imediat, ci printr-un proces mediator, care este comunicarea (Golu, 2000).

1.1. Funcții ale comunicării

Comunicarea se raportează la individ și la grupul social, fapt pentru care Gerard Wackenheim (1969) a considerat că limbajul și comunicarea îndeplinesc, în raport cu individul, funcțiile următoare:

- funcția de *integrare* a individului în mediul său (condiționează și însoțește socializarea);

- funcția de *dezvăluire și autodezvăluire* (se face cunoscut altora, dar și sieși);
- funcția de *valorizare* (prin comunicare individul răspunde nevoii de apreciere personală);
- funcția *reglatoare* a conduitei altora;
- funcția *terapeutică* (comunicarea are rol curativ, mărturie sunt toate psihotehnicile bazate pe ea);

iar în raport cu grupul:

- funcția *productiv-eficientă* (asigură cooperarea în realizarea sarcinilor de grup);
- funcția de *facilitare a coeziunii* de grup;
- funcția de *valorizare a grupului* (prin comunicare, ca și la nivel individual, este afirmată prezența grupului, își relevă importanța etc);
- funcția *rezolutivă* a problemelor grupului (prin comunicare grupul își rezolvă problemele ca entitate socială).

Funcția fundamentală a comunicării și limbajului este cea reglatoare - fie că este vorba de sistemul psihic, de conduita sau comportamentul individual și de grup - din aceasta derivă și se pot explica toate celelalte (Tomșa, 2010, p. 146).

1.2. Forme ale comunicării

Omul este o ființă care comunică și în virtutea acestui fapt se formează și se manifestă ca om. Din această perspectivă Rodolphe Ghiglione (1986), a introdus conceptul de „om comunicant” (homo comunicam) și a făcut din comunicare și „a- fi- în- comunicare” modul esențial și specific ființei umane.

Pentru a semnifica acest fapt, De Vito stabilea cinci scopuri esențiale (nu singurele) ale comunicării: a) descoperirea personală; b) descoperirea lumii externe; c) stabilirea relațiilor cu sens; d) schimbarea atitudinilor noastre și ale altora; e) jocul (De Vito, 1988 *apud*. Tomșa, 2010)

Formele comunicării se pot clasifica după mai multe criterii (Myers și Myers, 1990; Prutianu, 2000; Radu, 1994):

- a) Implicarea activă: unilaterală, bilaterală și poli-interactivă (ex. dezbaterile de grup).
- b) Finalitate: de consum, de influențare, instrumentală (când se cere coordonarea unei activități) și de susținere psihologică (aprobare, încurajare, justificare).
- c) Numărul de persoane implicat: comunicare interpersonală, comunicare de grup și comunicare de masă.
- d) Instrumentul de codificare și transmitere: comunicare verbală (prin limbaj) și comunicare non-verbală (prin mijloace para- și extralingvistice).

1.2.1. Comunicarea verbală

Din **punct de vedere psihosocial**, comunicarea realizată prin mijloace verbale comportă:

- forme stabilite și recunoscute (discurs, conversație);
- ocazii de recurgere la forme determinate de limbaj (intimitate, mediu academic);
- situații în care pot fi abordate anumite teme;
- variații geografice și sociologice.

După **gradul de influențare prin comunicare** există:

- *comunicarea verbală simplă* - transmiterea de informații pentru coordonarea activităților unor actori sociali. Nu implică o influență mare (ex.:avizierul);
- *convingerea* - implică restructurări de montaj psihologic. Se bazează pe un sistem de demonstrații logice și presupune că cel ce primește informațiile este conștient (prelucrează și gândește);
- *sugestia* presupune tot restructurări de limbaj, dar pe bază percepției necritice a mesajului. Presupune incapacitatea celui sugestionat de a controla curentul

informațional primit. Este posibilă în situația hipnozei în masă sau a atmosferei de încredere nelimitată a persoanelor și grupurilor în autoritatea izvorului de informații.

Comunicarea verbală simplă și convingerea folosesc funcțiile cognitive și comunicative ale limbajului. Sugestia utilizează funcțiile expresive și persuasive.

1.2.2. Comunicarea non-verbală

Tonul, privirea, expresia facială sunt la fel de importante pentru comunicare ca și informația transmisă verbal (mijloacele verbale vehiculează doar 30%-35% din informație afirmă Birdwhistell, iar Mehrabian consideră că numai 7% din comunicarea unei emoții se realizează pe canal verbal, în timp ce 60% se face pe canal vizual și 33% pe canal paralingvistic).

Ansamblul mesajelor non-verbale care acompaniază, suplimentează sau substituie mesajele verbale poartă numele de *semne paralingvistice*.

Tipuri de paralimbaj:

- aparența și modul de a se prezenta (îmbrăcăminte, postură, stil de a face);
- paralimbajul gestual și motor (mișcările corpului care se asociază mimicii);
- paralimbajul asociat cuvintelor:
 - a) efectele verbo-motorii (ritm, debit, metrică, caracteristici de articulație);
 - b) efectele vocii (variații de intensitate, înălțime, timbru);
- paralimbajul mimicii și ală privirii.

Important este că funcțiile comunicării nonverbale accentuează, completează, contrazice, reglează, repetă, substituie, disimulează comunicarea verbală (De Vito, 1993).

2. Structura verbală a procesului de consiliere

2.1. Arta de a pune întrebări

În bună măsură, activitatea consilierului /psihoterapeutului constă în a explora limitele imaginii pe care o are clientul despre realitatea în care trăiește și de a-i completa această imagine mărindu-i astfel posibilitățile de alegere. Limitele reprezentării sale sunt limitele limbajului utilizat pentru a o descrie.

Meta-modelul pentru limbaj este unul din primele modele realizate de fondatorii neuroprogramării lingvistice, J. Grinder și R. Bandler.

Acest model valorifică în egală măsură experiența unor terapeuți de excepție (F. Perls, V. Satir, M. Erickson), regulile de funcționare ale limbajului propuse de gramatica generativă transformațională, școală al cărei reprezentant cel mai cunoscut este N. Chomski, precum și o serie de idei lansate de A. Korzybski.,

Pentru a înțelege Meta - modelul, un instrument care facilitează accesul la înțelegerea mai profundă a ceea ce oamenii spun, trebuie să știm că traducerea universului nostru interior în cuvinte nu este o operație ușoară. Universul nostru interior este alcătuit din imagini, trăiri (senzații, emoții etc), cuvinte. Imaginile transportă simultan o foarte mare cantitate de informații, iar verbalizarea lor este în mod inevitabil lacunară; pentru trăirile și senzațiile noastre, care sunt atât de concrete, unice, de cele mai multe ori, nu avem cuvintele

potrivite pentru a le exprima. Mai adecvat este limbajul metaforic, deși și el are limitele lui.

De aceea lingviștii deosebesc două niveluri ale limbajului: *structura profundă* și *structura superficială*.

Structura superficială este cea propusă unui interlocutor, este discursul oral sau scris al unei persoane; ea cuprinde și enunțurile utilizate în dialogul nostru interior.

Exemplu:

„Mă doare capul”.

Structura profundă a limbajului este rareori exprimată în comunicarea verbală; este discursul nerostit. Ea este reprezentarea lingvistică completă a experiențelor, trăirilor - într-un cuvânt, a universului nostru interior.

Exemplu:

„Începând din data... ora... am dureri pulsatile, intermitente... în zona frontală a capului...” etc.

Sarcina consilierului este aceea de a descoperi elementele lipsă din discursul manifest al clientului, de a reconstitui cât mai complet posibil imaginea pe care acesta o are despre realitatea în care se află. Totuși, „harta nu este teritoriul” (Korzybski), imaginea realității nu este realitatea, harta este o reprezentare schematică, fidelă și redusă a teritoriului. Neuroprogramarea lingvistică (N.P.L.) vorbește despre „modelul lumii” pe care fiecare persoană și-l construiește pornind de la propria realitate. Diferențierea lumii de „modelul lumii”, a teritoriului de hartă, permite consilierului să facă distincția fundamentală între schimbarea lumii și schimbareaideii pe care clientul și-o face despre lume.

Consilierul nu va schimba lumea clientului său, ci ideea pe care acesta o are despre ea; oamenii se comportă în funcție

de imaginea pe care o au despre lumea lor și, prin urmare, schimbând imaginea, harta, schimbăm implicit comportanentele, iar acestea din urmă pot modifica lumea, teritoriul.

Când comunicăm realizăm un *proces de derivare* din structura profundă a experienței noastre a structurii superficiale care este receptată de interlocutor.

În acest proces de derivare informațiile suferă o serie de transformări, în primul rând, *selecționăm* doar o parte din informațiile disponibile în structura profundă; mare parte va fi abandonată, omisă.

În al doilea rând, *simplificăm*, ceea ce implică o distorsiune inevitabilă a sensului. Apoi, *generalizăm*; enumerarea tuturor excepțiilor și condițiilor posibile ar face comunicarea foarte dificilă.

Meta-modelul dezvoltat de N.P.L. cuprinde o serie de întrebări cu ajutorul cărora se recuperează informațiile pierdute în procesul derivării prin omisiuni, distorsiuni, generalizări. Utilizând întrebările și instrumentele lingvistice propuse de Bandler și Grinder, consilierul:

- accede la structura profundă a limbajului;
- identifică o serie de violări semantice în procesul comunicării;
- utilizează o serie de întrebări pertinente în raport cu omisiunile, generalizările și distorsiunile identificate în structura superficială a limbajului.

Acest demers are ca scop reconectarea limbajului unei persoane la experiența sa senzorială specifică și unică.

Pentru ilustrare putem lua primele secunde din două interviuri consilierice:

Clientul: Îmi este teamă.

Consilierul: De ce anume îți este teamă?

Clientul: Îmi este teamă de lucrările de control.

Consilierul: La ce obiect de studiu anume te referi?

Clientul: Lucrarea de control la matematică.

Consilierul: Mai concret, ce anume te sperie etc.?

2.1.1. Tipuri de bariere în comunicare și depășirea lor

În procesul comunicării există numeroase bariere ce afectează interacțiunea dintre emițător și receptor datorate neînțelegerii mesajului ce exprimă idei, sentimente, comportamente și a contextului în care se manifestă, în cele ce urmează vom analiza cele mai frecvente bariere în comunicarea verbală oferind modele practice pentru depășirea lor în demersul de consiliere.

A. Omisiunile

Reprezentând un fenomen de modelare a experienței – omisiunea – ne permite să ignorăm anumite informații în detrimentul altora; ea este întâlnită, practic, în majoritatea frazelor pe care le pronunțăm. Când suntem preocupați de anumite dimensiuni, aspecte ale experienței noastre, le excludem pe celelalte. În acest caz, întrebările meta-modelului au ca obiectiv principal recuperarea informațiilor lipsă și reconstituirea mai precisă a conținutului experienței.

Verbe nespecifice

Acest tip de omisiune este cel mai frecvent deoarece majoritatea verbelor au un caracter nespecific. De cele mai

multe ori, evidențiem acțiunea fără a spune cum anume a fost ea realizată.

Exemplu:

„*Ea m-a ajutat*”.

„*Învăț pentru examen*”.

„*El m-a supărat*” etc.

Pentru a **afla** cum anume au fost realizate aceste acțiuni, **contextul** sau condițiile în care ele s-au desfășurat, putem pune următoarele întrebări:

„*Cum anume te-a ajutat?*”.

„*Cum înveți?*”.

„*Ce faci pentru a învăța?*”.

„*Ce anume te-a supărat?*”.

Substantive nespecifice

„*Copilul a avut un accident*”; „*Măria, fiica mea de șase ani, a încercat să ia ceva de pe un dulap suindu-se pe un scaun și a căzut rănindu-se la mâna dreaptă*”.

Deși enunțurile anterioare vor să spună același lucru, în mod evident, a doua frază conține mai multe informații specifice.

Sunt situații în care subiectul activ al unei fraze este omis, suprimat prin folosirea diatezei pasive: „*Sunt căutat*”; „*Casa a fost construită*”. Acest tip de omisiune poate implica o imagine despre lume în care vorbitorul asistă ca un spectator neputincios și în care evenimentele se produc fără ca nimeni să fie responsabil.

Substantivele nespecifice sunt clarificate prin întrebarea: „*Cine sau ce, mai precis... ?*”.

Comparațiile

O comparație implică cel puțin doi termeni. Deși acest fapt pare evident, atunci când comunicăm, lăsăm deseori în umbră cel de-al doilea termen al comparației.

Exemplu:

„*Sunt mai puțin pregătit*”.

„*Sunt cel mai nefericit om*”.

Majoritatea frazelor care conțin cuvinte precum „Mai...”, „cel mai...” “introduc o comparație; nu putem face o comparație decât dacă avem un clement cu care să comparăm. Dacă el lipsește, trebuie să solicităm denumirea lui. Întrebările trebuie să vizeze și criteriul după care se efectuează comparația; acesta trebuie să fie clar formulat, să conțină indicatori observabili.

Exemplu:

„*Mai puțin pregătit decât cine ?*”.

„*Cum își dau seama ceilalți că ești mai puțin pregătit?*”.

Se recomandă și precizarea contextului în care este valabilă comparația. Acest fapt ar putea relativiza comparațiile nefavorabile.

În general, omisiunile comparative sunt clarificate prin întrebarea: „*Comparativ cu cine (ce)... ?*”.

B. Generalizările

Prin generalizare, fragmente sau elemente ale „modelului lumii” pe care îl are o persoană sunt detașate de experiența sau experiențele sale pentru a exprima o întreagă categorie; un singur exemplu este ridicat la rang de regulă, lege. Generalizarea are un caracter foarte limitativ deoarece ne împiedică să vedem diferențele, să identificăm excepțiile. Desigur, în mod natural, avem tendința de a introduce informațiile și experiențele noastre în categorii generale, dar acest proces de inducție are la bază, cel puțin inițial, un proces de reflecție asupra diferențelor.

Generalizările ne oferă o „hartă” a realității, uneori nebuloasă și inexactă, care ne împiedică să vedem copacii din cauza pădurii și în baza căreia avem tendința să luăm decizii de tipul „totul sau nimic”, „a fi sau a nu fi”, incapabili de a vedea nuanțe.

Dacă dorim să schimbăm această imagine prea generală, trebuie să provocăm o reflecție asupra diferențelor, asupra excepțiilor. A admite existența excepțiilor înseamnă a fi mai realist.

În categoria generalizărilor, diferențiem:

- a) Cuantificatori universali;
- b) Operatori modali;
- c) Judecăți de valoare fără origine specificată.

Cuantificatorii universali

Aceștia sunt cuvinte și expresii care introduc o suprageneralizare: *tot, toată lumea, nimeni, nimic, niciodată, totdeauna, de fiecare dată, tot timpul* etc. Când cineva utilizează aceste cuvinte dă impresia că enunță o lege universală; de pildă: „*nimeni nu mă înțelege*”. Dacă dorim să

contestăm această „lege” trebuie să identificăm una sau mai multe *excepții* care, desigur, există în realitate dar sunt mascate, trecute sub tăcere de acest proces al generalizării.

Cea mai simplă și mai directă cale este de a relua, într-o manieră interogativă, cuvântul utilizat: „*nimeni?*”. Alteori putem introduce cuvântul respectiv într-o construcție oarecum paradoxală: „*Dacă înțeleg bine, niciodată nimeni nu v-a înțeles?*”. Această construcție ilustrează și un alt procedeu prin care putem provoca identificarea excepțiilor: exagerarea afirmației inițiale prin adăugarea altui cuantificator universal (în exemplul de mai sus - „*niciodată?*”), fapt ce evidențiază caracterul absurd al acesteia.

Cuantificatorii universali pot fi puși sub semnul îndoielii prin întrebări care vizează specificarea contextului sau a excepțiilor:

„*Nu a existat niciodată un moment în care... ?*”.

Operatorii modali

Există reguli comportamentale pe care gândim că nu putem sau nu trebuie să le încălcăm. Expresii precum „*nu pot*” sau „*nu trebuie*” sunt numite în lingvistică operatori modali; ele stabilesc limite postulate de reguli nescrise. Operatorii modali pot fi de *necesitate* sau de *posibilitate*.

a) Operatorii modali de posibilitate

Aceștia stabilesc limitele cele mai puternice: „*pot*”, „*nu pot*”, „*posibil*”, „*imposibil*”. Acestea sunt expresii care decupează pe harta locutorului spațiul în care el acționează și ia decizii. În mod evident, fiecare are limitele sale naturale, însă acești operatori se referă la limitele impuse de credințele individului.

Exemplu:

„Așa sunt eu, nu mă pot schimba”.

„Nu pot să-l refuz”.

„Îmi este imposibil să-i spun adevărul” etc.

Operatorii modali de posibilitate indică o limită, o imposibilitate, fără a specifica felul în care funcționează această limită. Deseori *„nu pot să...”* este trăit ca o stare de incompetență absolută, fără speranța vreunei schimbări. Când cineva spune *„nu pot să...”*, el și-a fixat un obiectiv, apoi l-a plasat pe „harta” sa într-un teritoriu care nu mai este sub controlul său.

Limitele impuse de acest tip de operatori modali pot fi depășite printr-un proces de reflecție asupra obstacolelor ce ne separă de obiectivul propus și asupra consecințelor atingerii lui.

Acest proces de reflecție poate fi provocat utilizând întrebări precum:

„Ce vă împiedică să... ?”.

„Ce s-ar întâmpla, dacă ați face lucrul respectiv?”.

În N.P.L. nu există întrebarea „De ce?”. În cel mai bun caz, ea provoacă o serie de raționalizări, justificări și explicații care nu schimbă cu nimic situația.

Uneori, oamenii se justifică spontan: *„Nu pot vorbi cu vecinii pentru că sunt prea bănuitori”.*

În acest caz, întrebările trebuie să provoace interlocutorul să descrie în termeni comportamentali ceea ce ar putea fi doar o credință rezultată dintr-un proces de generalizare.

Exemplu:

„După ce vă dați seama că vecinii sunt bănuitori ?”.

„Cum altfel ați putea explica comportamentul lor?” etc.

b) Operatorii modali de necesitate

Expresii precum „trebuie”, „nu trebuie”, „este necesar să”, „nu este necesar să” vehiculează reguli de conduită ale căror motivație și consecințe nu sunt în mod explicit formulate.

Exemplu:

„Trebuie să mă gândesc mai întâi la ceilalți!”.

„Nu trebuie să vorbesc cu astfel de oameni!”.

„Trebuie să salut persoanele pe care le întâlnesc!” etc.

Doar în cazul în care motivele și consecințele acestor reguli sunt explicitate ele vor putea face obiectul unui examen rațional, critic; altfel, ele vor limita pur și simplu comportamentul și capacitatea noastră de decizie.

Deseori „trebuie” sau „nu trebuie” sunt expresia unor judecăți morale.

Exemplu:

„Trebuie să fii cinstit cu ceilalți!”.

„Nu trebuie să furi!” etc.

Dacă comparăm aceste propoziții cu:

„Trebuie să citesc zilnic 10 pagini!”.

„Trebuie să mă scol în fiecare dimineață la ora 6!”,

vom înțelege mai bine limitele pe care le avem în vedere.

Din nefericire, educația este frecvent un teren minat de astfel de operatori de necesitate: „La vârsta ta un copil trebuie să...!”. Utilizarea lui „trebuie” cu referire la capacități este în general considerată un reproș; ar trebui să fiți capabil să faceți cutare lucru, dar nu puteți - fapt ce determină sentimentul eșecului. În acest context „trebuie” induce un sentiment de

culpabilitate, creând o prăpastie artificială între așteptări (nejustificate) și realitate. Deși se proclamă frecvent că oamenii sunt unici, acest adevăr este uitat când se afirmă că „fiecare trebuie să...”, propoziție continuată cu norme, standarde și reguli care au ca scop uniformizarea lor.

Operatorii modali de necesitate - „Nu trebuie/trebuie să...” - sunt **clarificați prin întrebarea**

„Ce s-ar întâmpla dacă ai face/nu ai face...?” (Având în vedere exemplele anterioare:

„Ce s-ar întâmpla dacă nu v-ați gândi mai întâi la ceilalți?”
„Ce s-ar întâmpla dacă nu ai citi zilnic 10 pagini?” etc.)

Judecățile de valoare (afirmațiile) fără origine specificată

În această categorie intră afirmațiile a căror origine este ignorată, pierdută. În literatura americană se utilizează, pentru a desemna acest tip de generalizare, expresia **lost performatives** și ea evidențiază dispariția agentului responsabil al afirmației; unii autori francezi utilizează expresia „afirmații peremptorii” (M. Dovero, E. Grebot, 1993; Cudicio, 1992 etc), deși sunt de acord că nu totdeauna ea acoperă sensurile acestui gen de generalizare.

Afirmația „*Nu este bine să nu ții cont de ceilalți*” poate fi considerată o afirmație peremptorie deoarece ne propune ceva drept adevăr incontestabil, fără a ne informa în nici un fel despre autorul ei. Însă dacă cineva anume spune: „Eu cred că nu este bine să nu ții cont de ceilalți”, atunci această afirmație ne informează clar despre opinia cuiva care nu se ascunde în spatele unor enunțuri generale, impersonale.

Unele din aceste afirmații ar putea avea un conținut moral și nu este necesar să fie contestate, însă identificarea lor,

în discursul cuiva, este utilă și interesantă deoarece ne informează despre natura credințelor partenerului nostru.

Sunt însă multe alte afirmații enunțate într-o manieră impersonală, care permit interlocutorului să se folosească de ele ca de un paravan: nu știm dacă el aderă sau nu la opinia exprimată și nici care este autorul ei.

De *exemplu*, dacă cineva spune: „Acest lucru nu se face!”, este important să punem o serie de întrebări care au ca scop precizarea sursei informației, a contextului în care această informație a fost elaborată.

Exemplu:

„*Ce anume nu se face?*”

„*Cine spune asta?*” etc.

Sau dacă un elev spune:

„*Bac-ul nu servește la nimic*”,

i-am putea pune următoarele întrebări:

„*De ce bac-ul nu servește la nimic?*”.

„*Cine spune asta?*”.

„*Cum de știe el (ea) acest fapt?*” “

Aceste întrebări ne permit să înțelegem cum a ajuns elevul sau părinții săi la această credință.

Când afirmațiile se referă la competențe, ele pot induce sentimente de culpabilitate și eșec pentru că raportează interlocutorul la standarde aparent universal valabile: „Ortografia este totuși ceva foarte simplu”;

În acest caz este util să știm pentru cine este ceva simplu. Emițătorul ar putea răspunde că pentru el ortografia este ceva simplu; astfel, el deschide calea contestării adevărului prezentat inițial ca ceva general valabil!

Pentru clarificarea afirmațiilor fără origine cunoscută se poate pune, în general, următoarea întrebare:
„Cine face această afirmație și pe ce se bazează el (ea)?”.

C. Distorsiunile

Distorsiunile implică procese importante de modelare a experienței noastre cu efecte neașteptate asupra „hărții” pe care o avem fiecare despre ceea ce numim realitate. Creativitatea, inventivitatea, înălțuirile, uneori surprinzătoare, ale ideilor și imaginilor noastre au la bază, între altele, procesele distorsiunii. Totuși, distorsiunea poate realiza și veritabile violări și malformații semantice cu efecte negative asupra „modelului lumii”.

Nominalizările

Nominalizările sunt cuvinte nespecifice care au ca principală caracteristică aceea de a „îngheța” un proces transformându-l în ceva fix, static. Prin nominalizare, verbele care exprimă acțiuni sunt înlocuite cu substantive, realizându-se astfel conversia unui proces în ceva static; dacă verbele implică acțiune, schimbare, substantivele descriu un eveniment finit, neschimbare. Aparent inofensive, nominalizările maschează diferențe esențiale între diferitele „hărți ale lumii”.

Să luăm, de **exemplu**, termenul „memorie”. Observați diferența dintre următoarele două enunțuri:

„Am o memorie slabă”.

„Memorez greu numele proprii”.

Primul enunț realizează o autoatribuire, vehiculând implicit ideea unei permanente, a unei calități constante a

persoanei respective; al doilea enunț exprimă o acțiune, și orice acțiune poate fi îmbunătățită, efectuată în mai multe feluri.

Exemplu:

„În ce context memorezi mai greu?”.

„Cum procedezi pentru a memora?” etc.

În majoritatea cazurilor nominalizările se realizează prin utilizarea unor cuvinte abstracte (dragoste, libertate, decizie, fericire, speranță etc.) și tocmai de aceea semnificația lor variază sensibil de la o persoană la alta. Fiecare are ideea lui despre fericire și, de aceea, când cineva spune că e fericit nu veți afla de ce este fericit decât întrebându-l. S-ar putea să fiți mirat când îi veți auzi răspunsul, pentru că veți cunoaște o „hartă” a realității celui alt pe care nici nu o bănuiați.

Identificarea nominalizărilor trebuie urmată de formularea unor întrebări care să-l determine pe interlocutorul nostru să treacă la o comunicare dinamică, concretă. Pentru aceasta, de cele mai multe ori, este suficient ca întrebarea să înlocuiască cuvântul abstract sau substantivul cu un verb, provocându-l astfel pe interlocutor să descrie elementele concrete ale experienței sale care înainte fuseseră etichetate într-o manieră abstractă și încremenită.

Exemplu:

Clientul: *Doresc reușita copiilor mei.*

Consilierul: *Cum anume doriți ca ei să reușească ?*

Clientul: *Doresc să îmbunătățesc comunicarea mea cu ceilalți.*

Consilierul: *Ce înseamnă pentru dumneavoastră a comunica?*

Clientul: *Îmi propun o schimbare în relațiile mele cu soția.*

Consilierul: *Ce anume doriți să schimbați?*

Numele unor afecțiuni medicale, etichetele nosologice, în general, sunt exemple interesante de nominalizare: ce înseamnă „depresie”, „anxietate” etc.? Un client poate merge la clinică din cauza câtorva nopți nedormite, a unor gânduri care nu-i dau pace și află că are anxietate, stres etc. El ar putea avea unele idei pentru a putea dormi (adevărul este că are și nopți în care doarme bine!), dar nu știe deloc cum să lupte împotriva anxietății, stresului!

Echivalențele complexe

Echivalențele complexe produc distorsiuni prin stabilirea unei analogii între o propoziție specifică și una mai generală.

Exemplu:

„Nu zâmbeste... nu se distrează”.

„Nu mă privește... este supărat pe mine”.

„Dacă nu te uiți la mine când îți vorbesc înseamnă că nu ești atent la ceea ce-ți spun”etc.

De cele mai multe ori, aceste echivalențe au la bază generalizarea experienței proprii. Autorul enunțurilor prezentate mai sus, pornind de la experiența personală, crede că toți oamenii, atunci când se amuză, zâmbesc, când sunt supărați, evită să-i privească pe ceilalți, sau, când sunt atenți, își fixează privirea asupra interlocutorului!

Echivalențele complexe pot fi puse sub semnul îndoielii prin întrebări ce vizează identificarea de contra-exemple

relației de echivalență propuse, disocierea celor doi termeni ai echivalenței.

Dacă ne raportăm la unul din exemplele anterioare, aceste întrebări ar putea fi:

„Dacă te-ar privi ar însemna că nu este supărat?”.

„Cunoști oameni care, când sunt supărați, își privesc interlocutorul?” etc.

Presupozițiile

Toți avem credințe, așteptări, ipoteze care au la bază experiența noastră anterioară. Practic, este imposibil să trăim fără ele; credințele și așteptările noastre devin grile de lectură a realității, pun ordine și selecționează informațiile care ne bombardează în orice moment. Așteptările, ipotezele mai mult sau mai puțin explicite au un rol pozitiv („dacă nu știi ce cauți nu vei găsi nimic!”), dar, în egală măsură, ele ne pot limita comportamentul, capacitatea de decizie („nu găsești decât ceea ce cauți!”).

Supozițiile fundamentale care limitează comportamentul nu sunt în mod necesar exprimate într-un mod ușor observabil. Deseori, ele sunt deghizate sub forma întrebărilor „Pentru ce?” „, „Pentru ce nu ești atent?” - presupoziția implicită: „Nu ești atent”. A răspunde direct la o astfel de întrebare înseamnă a pierde din start.

A întreba un copil: „Te culci la ora 8 sau la ora 8 și 15 minute?” „ înseamnă a-i întinde o capcană pentru că, dându-i iluzia că poate alege, alegerea lui este, de fapt, limitată. Indiferent ce alternative de răspuns alege, alegerea lui semnifică acceptarea presupoziției de bază - merge la culcare! Rămânând la acest exemplu, presupoziția poate fi scoasă la lumină și pusă sub semnul întrebării astfel: „Ce te face să crezi că vreau să mă culc?”.

Alte **exemple:**

„*Când vei fi matur, vei înțelege.* (Nu ești matur)”.

„Nu cumva vrei să-mi spui o altă minciună ? (Deja m-ai mințit)”.

„*De ce nu zâmbești mai mult?* (Nu zâmbești suficient etc.)”.

În general, presuposițiile pot fi puse în evidență și combătute prin întrebarea:

„*Ce vă face să credeți că... ?*”

Relațiile cauză-efect

Oamenii au nevoie de explicații; ele securizează pentru că introduc o anumită ordine ce asigură înțelegerea evenimentelor pe care le trăiesc. Totuși „ordinea”, „harta” pe care o propm explicațiile cauzale simple, frecvent întâlnite în limbajul cotidian, realizează o distorsiune a realității cu consecințe importante asupra opțiunilor comportamentale consecutive. Deseori este greu să ne asumăm responsabilitatea comportamentelor și stărilor noastre afective; tocmai de aceea auzim frecvent propoziții precum:

„*X mă enervează..., mă supără...*”.

„*Întreținerea la care lucrez mă împiedică să...*”.

„*Aș pleca în concediu, dar nu am mașină...*”.

În mod evident, astfel de afirmații postulează existența unor cauze exterioare comportamentelor și stărilor afective ale oamenilor. Nimeni nu exercită un control direct asupra stărilor afective ale celuilalt. Dacă n-ar fi așa, fiecare dintre cuvintele și comportamentele noastre ar deveni, cu voie sau fără voie, mesageri ai fericirii sau nefericirii celorlalți! Ar trebui, prin urmare, să acordăm o grijă (evident exagerată) fiecărui gest, fiecărui cuvânt care, prin forța lor intrinsecă, ar putea provoca

atâtea neplăceri celorlalți; sau imaginați-vă cât de ușor am putea să ne facem prietenii fericiți!

Totuși, controlul facil al fericirii sau nefericirii celorlalți este o responsabilitate prea mare!

Pentru a pune sub semnul întrebării această explicație cauzală simplă putem proceda cel puțin în două moduri:

a) Putem solicita o *descriere* mai detaliată a procesului prin care un stimul extern provoacă o stare afectivă sau un comportament; de cele mai multe ori, descrierea „procesului cauzal” poate evidenția și alte opțiuni comportamentale la îndemâna actorului social respectiv. Totuși, procedând astfel, credința că ceilalți sunt responsabili de reacțiile noastre rămâne intactă.

b) Această credință poate fi vizată direct punând întrebări de genul: „*Cum anume faceți să vă simțiți rău auzind ce spune el?*”.

Astfel se realizează trecerea verbului a face de la diateza pasivă („*El mă face să mă simt rău*”) la diateza activă, evidențiind în acest mod responsabilitatea fiecăruia pentru ceea ce simte și modul în care acționează. Deoarece nu totdeauna este ușor să ne asumăm o astfel de responsabilitate, această abordare trebuie utilizată doar după ce am stabilit o relație bună cu interlocutorul; în caz contrar, ea ar putea fi receptată ca o provocare.

Lectura gândurilor

Ceea ce în programarea neurolingvistică se numește lectura gândurilor (*mind reading*), este fenomenul care face ca unele persoane să se comporte ca și cum ar ști ceea ce cred sau gândesc ceilalți, fără a avea o probă directă. Uneori, acest fenomen este expresia unei reacții intuitive la indici non-

verbali pe care i-am sesizat la nivel inconștient; altele, avem de-a face cu adevărate halucinații care au la bază fenomenul proiecției: gândim că celălalt gândește exact cum am gândi noi, dacă ne-am afla în aceeași situație.

Există două modalități de manifestare a divinației:

a) ***O persoană crede că știe ce gândește altcineva.***

„ Știu dinainte ce va spune când va intra... “.

„ X este deprimat... “.

„ Era enervat, dar i-a fost greu să recunoască acest fapt... “.

Verbe precum „a gândi”, „a crede”, „a presimți” etc. introduc deseori „lecturi (nejustificate) ale gândurilor” și de aceea ele trebuie să ne rețină atenția când le auzim sau le utilizăm:

„El trebuie să gândească, probabil, că-i consum prea mult timp!”.

„Da, este posibil, dar cum vă dați seama de acest fapt?”.

Lectura gândurilor poate conduce la adoptarea de comportamente în funcție de ceea ce credem, de ceea ce ne imaginăm sau gândim, în loc să acționăm în raport cu mesajele pe care ni le oferă persoana cu care comunicăm.

b) ***Există și situații în care noi acordăm celorlalți puterea de a citi în mintea noastră, de a ne ghici gândurile:***

„ Dacă m-ai iubi, ai ști ce doresc!”.

„ Ar trebui să știi că-mi place acest lucru!” etc.

O persoană care utilizează acest mod de comunicare nu spune celorlalți exact ceea ce dorește, deoarece presupune că aceștia ar trebui (cum?) să știe. Ea introduce astfel posibilitatea unor neînțelegeri grave.

Întrebând direct cum anume interlocutorul nostru știe ce gândim sau gândesc ceilalți, obținem de obicei răspunsuri sub forma unor credințe sau generalizări:

Exemplu:

„George nu mă iubește.”

„Cum știi că George nu te iubește?”

„Pentru că nu face niciodată ceea ce-i spun”.

Răspunsul este o „echivalență complexă” cel puțin contestabilă:
„De ce crezi că a face întotdeauna ce ți se spune este o dovadă de iubire?”

2.2. Ascultarea

Ascultarea reală se organizează în jurul intenției conștiente de a face unul din următoarele patru lucruri: a înțelege pe cineva; a te bucura alături de cineva; a învăța ceva; a oferi ajutor.

Din nefericire, ceea ce trece deseori ca ascultare reală este de fapt *pseudo-ascultare*. În relația pe care o stabilește cu clientul său, consilierul și, de asemenea, oricine dintre noi angajat într-o interacțiune, este subiectul posibil al urmăririi uneia dintre următoarele nevoi ascunse:

- a-i face pe oameni să creadă că ești interesat de ceea ce spun, așa încât să te placă;
- a fi atent pentru a descoperi dacă există pericolul să fii respins;

- a-ți oferi timp pentru a pregăti propriile comentarii;
- a căuta informații anume și a ignora ceea ce nu te interesează;
- a asculta ca parte a unei tranzacții comerciale: eu te ascult, dar, după aceea, și tu mă ascuți;
- a căuta vulnerabilitățile celuiilalt pentru a profita ulterior de ele;
- a căuta cu lumânarea erori în argumentare, astfel încât să ai întotdeauna dreptate;
- a verifica reacțiile celuiilalt, pentru a te asigura că ai obținut rezultatul dorit;
- a te conforma modelului de persoană amabilă care ascultă cu politețe, indiferent ce i se spune;
- a te teme că întreruperea contactului este o ofensă adusă partenerului.

Nimeni nu este un ascultător perfect și oricare dintre noi, din când în când, practică pseudo-ascultarea în relația profesională. Este important ca aceste nevoi să fie conștientizate astfel încât ascultarea să devină atât un angajament, cât și o gratificație acordată celuiilalt.

Ascultarea reală, angajată, înseamnă a înțelege ceea ce celălalt/clientul gândește, simte și cum își experimentează lumea. Pentru moment, prejudecățile, anxietățile și subiectele proprii de interes sunt puse între paranteze, pentru a vedea lumea cu ochii celui care vorbește, pentru a-i înțelege perspectiva. Ascultarea reală este și o recompensă emoțională, deoarece îi comunică interlocutorului, prin faptul simplu de a-l asculta, un mesaj de genul „cred că ceea ce-mi comunică despre tine și despre viața ta este important”. Recompensa, la rândul ei, atrage altă recompensă. Cel care ascultă în mod real sfârșește prin a fi plăcut și apreciat.

2.2.1. Blocaje în ascultare

1. Comparația

Acest blocaj apare atunci când începi să te compari cu celalalt: cine este mai competent, cine este mai puternic, cine este mai stabil emoțional. Consilierul se poate gândi că el a suferit chiar mai mult sau că, dimpotrivă, a avut o familie minunată și e cazul să facă o vizită părinților pentru a le mulțumi.

Când te gândești: „eu m-aș fi descurcat?”, „eu am întâmpinat greutăți și mai mari”, „oare așa simt și copiii mei?” este dificil să-ți ascuți interlocutorul, deoarece ești ocupat cu măsurătorile.

2. Recapitularea

Când îți cauți cuvintele pentru a răspunde și repeți în minte propozițiile pentru a părea cât mai sigur, nu mai ai timp pentru a asculta. Întreaga atenție este focalizată pe pregătirea și rostirea răspunsului tău. Pari interesat, dar mintea ta repetă povestea pe care o ai de comunicat, observațiile sau recomandările precise pe care le ai de făcut.

Unii oameni exersează variante diverse de răspuns, asemenea șahiștilor care anticipează mutările adversarului: „eu voi spune asta, el îmi va replica, după care eu voi contra-ataca”. Când ești atașat de propriile puncte de vedere pe care vrei cu orice preț să le faci cunoscute, opiniile și sentimentele celuilalt sunt oprite de zidul dincolo de care îți faci exercițiile de vorbire.

3. *Vederea paranormală*

Este un blocaj care apare atunci când te joci de-a ghicitul gândurilor. Nu-l ascuți pe celălalt, nu ai încredere în el și te străduiești să afli ce simte și ce gândește „cu adevărat”. Te interesează mai puțin cuvintele și mai mult indiciile subtile oferite de comportamentul nonverbal. Devii medium sau superpsiholog, încercând să emiți ipoteze cu privire la ceea ce partenerul tău crede sau vrea de la tine în timpul comunicării.

Consilierul care gândește „i se pare că sunt un fraier” sau „acum face pe nebunul” este în pericolul de a pierde un conținut important pe care clientul s-a hotărât să-l transmită.

4. *Filtrarea*

Când filtrele sunt prezente, unele informații intră, altele sunt oprite. Ești atent, de exemplu, numai dacă celălalt este calm sau nefericit. Dacă țipă, dacă este furios sau dacă plânge, te concentrezi imediat la altceva, deoarece respectivele procese emoționale te fac să te simți inconfortabil.

Un alt mod de a filtra este hotărârea inconștientă de a asculta doar anumite lucruri. Ceea ce ai auzit de cel puțin zece ori, de la zece clienți, nu te mai interesează, dar ești sensibil pentru tot ce poate fi o critică sau o amenințare a muncii tale.

5. *Condamnarea*

Confecționarea de etichete este una dintre cele mai îndrăgite activități pentru cei a căror imagine de sine este continuu amenințată. Când l-ai evaluat deja pe celălalt ca șmecher, agresiv sau mincinos, nu te mai interesează ce spune. Portretul lui este reactivat de memoria ta de specialist și se interpune între tine și realitatea concretă.

Regula de bază în comunicare nu este să încetezi a mai emite judecăți, ci de a le suspenda pe parcursul interacțiunii pentru a le formula abia în final, după ce te-ai asigurat că ai ascultat și ai înțeles mesajele.

6. *Reveria*

Apare mai ales atunci când ești plictisit, obosit sau anxios. Un fragment din ceea ce interlocutorul tău spune îți declanșează un șir de asociații, fără nici o legătură cu informațiile transmise. Uneori e nevoie de adevărate eforturi pentru a asculta, mai ales dacă ai început să-ți consideri munca drept nesatisfăcătoare.

Consilierul visează în timp ce pare a purta un dialog cu clientul sau își exprimă indirect lipsa de angajare în profesie sau absența aprecierii reale a celui ce vorbește.

7. *Identificarea*

Este un proces care „te fură”, în clipa în care interlocutorul îți reamintește de ceva ce ai de făcut, ai simțit sau ai suferit. El își spune povestea lui iar tu, înăuntrul tău, îți ascuți propria poveste. Ești atât de ocupat să o parcurgi sau să o retraiești încât nu mai ai timp pentru a afla ce i s-a întâmplat celuilalt.

8. *Sfătuirea*

Indiferent dacă ești consilier debutant sau cu experiență, ispita este la fel de mare. După numai câteva propoziții „ți-ai dat seama” despre ce este vorba. În loc de a asculta până la capăt, îți oferi ajutorul și sugestiile prețioase.

Când te străduiești să-l convingi pe celălalt să facă ceea ce tu crezi că este mai bine, fără a-i înțelege trăirile și durerea, îi anulezi posibilitatea de a se dezvoltă.

9. *A avea dreptate*

Nevoia compulsivă de a avea dreptate se traduce în incapacitatea de a asculta critica și eventualele sugestii de a te schimba. Când convingerile îți sunt de nezdruccinat, poți merge suficient de departe pentru a distorsiona faptele, a căuta scuze, a acuza sau a invoca erori precedente ale interlocutorului. Ironia este că, atât timp cât nu îți recunoști greșelile, vei continua să le faci.

10. *Contestarea*

Acest blocaj apare atunci când ești atât de nerăbdător să-l întrerupi pentru a-ți manifesta dezacordul, încât nu te mai interesează alte idei expuse. Când ai o nevoie puternică de a argumenta, a dezbate și a contesta-autoritatea celuilalt, atenția se focalizează pe lucrurile sau zonele vulnerabile din discurs. Dacă la nivel inconștient ești nesigur de propriile credințe sau preferințe, în plan conștient le vei apăra excesiv de puternic, chiar dacă ele nu au fost în nici un fel atacate în relația de comunicare la care participi. Consilierul care își apără cu intensitate competențele sau vocația, într-o interacțiune pe care o interpretează ca agresivă, fără a o urma cu răbdare până la capăt, este în mod vădit bântuit de ideea secretă a eșecului profesional.

Modalitatea alternativă de contestare, separată de reacția acerbă, este sarcasmul. Remarcile caustice blochează comunicarea și o împinge în forme stereotipe de interacțiuni ostile.

11. *Deraierea*

Constă în schimbarea bruscă a subiectului, atunci când ești plictisit sau, dimpotrivă, atins emoțional și incapabil de a face față. Consilierul pe care clientul îl pune în dificultate cu întrebări directe privind ostilitatea sau credința reală în ceea ce face schimbă brusc subiectul pentru a se apăra.

În altă variantă, deraierea presupune a răspunde unei topici „fierbinți” cu o glumă, pentru a evita anxietatea sau disconfortul generat de ascultarea completă a celuilalt.

12. *Placarea*

Este modalitatea prin care încerci să fii agreabil, drăguț și suportiv, prin cuvinte-clișeu de genul: „Da... Da... Serios?... Chiar așa?... Bineînțeles... Desigur... Absolut... Incredibil...”. Pentru ca celălalt să te placă, ești de acord cu tot ce spune. În timpul acesta, ești pe jumătate absent. Consilierul care aude aceeași poveste din nou și din nou poate apela la acest joc pentru a se face acceptat de client. În realitate, el pierde unități importante de informație și chiar încrederea clientului, care sesizează mesajele incongruente din planul relațional al comunicării.

2.2.2. Etapele ascultării eficiente

A. Ascultarea activă

A asculta cu adevărat înseamnă mai mult decât a sta cu gura închisă. Ascultarea este un proces activ ce reclamă participare. Mai mult decât a absorbi pasiv ceea ce se spune, ești un partener real în procesul de comunicare.

Ascultarea activă este susținută prin 3 tehnici de bază:

1. *Parafrizarea*

Înseamnă a formula, cu propriile cuvinte, ceea ce crezi că ai auzit. Pentru o bună ascultare, parafrizarea este esențială. Stăpânirea ei presupune să fii tot timpul atent, încercând să înțelegi ceea ce interlocutorul spune, fără a-1 bloca. De fiecare dată când auzi o informație care pare a fi importantă pentru el și/sau pentru tine, obligația ta este să o parafrizezi.

Efectele pozitive ale acestei tehnici, corect aplicate, pot fi deduse cu ușurință:

- oamenii se simt apreciați atunci când sunt ascultați;
- acumularea furiei este întreruptă, iar conflictele se pot rezolva încă din stadiile incipiente;
- erorile de comunicare, ipotezele și interpretările greșite sunt corectate pe loc;
- ceea ce s-a spus este uitat mai greu, tocmai pentru că a fost repetat prin parafrizare;
- blocajele în ascultare sunt mai puțin frecvente.

Deși este o tehnică fundamentală pentru realizarea unei comunicări eficiente, nici o disciplină din școală, liceu sau universitate nu-i alocă un spațiu pentru a fi exersată și deprinsă corect. Cei mai mulți oameni își dobândesc abilitățile de ascultare din exemple și, din păcate, exemplele proaste sunt numeroase.

2. *Clarificarea*

Înseamnă a pune întrebări pentru a completa și clarifica o imagine. Este o modalitate de a lupta împotriva ambiguității sau vaguității exprimării și de a-i transmite celuilalt un mesaj de tipul: „Mă străduiesc să înțeleg ceea ce îmi spui, iar ceea ce îmi spui este important pentru mine”.

3. *Feedback-ul*

După ce ai parafrizat și ai clarificat ceea ce s-a spus, îți poți comunica propriile reacții. Într-o manieră nonevaluativă, poți împărtăși ceea ce gândești sau ceea ce simți. Cu alte cuvinte, poți împărtăși ceea ce se întâmplă sau ceea ce s-a întâmplat înăuntrul tău.

Feedback-ul este și un instrument grație căruia interlocutorul verifică impactul mesajului său. Este o șansă suplimentară pentru a corecta erorile sau interpretările distorsionate.

Un feedback eficient este:

- *imediat* - feedback-ul amânat, chiar și numai cu câteva ore, are o valoare mai redusă.
- *onest* - onestitatea nu presupune faptul de a fi brutal. Dacă reacția reală este de furie sau intensă nemulțumire, ea poate fi pur și simplu comunicată, fără a-i asocia un comportament violent.
- *suportiv* - fără a genera suferință sau noi apărări, cea ce este necesar poate fi comunicat cu blândețe. De exemplu, „Am impresia că ai făcut o greșală” este mai suportiv decât „Te-ai purtat ca un prost”.

B. *Ascultarea cu deschidere*

O altă abilitate importantă este capacitatea de a asculta cu deschidere. Când asculți pentru a-1 judeca și a-1 pedepsi pe celălalt, când îi cauți erorile și imperfecțiunile pentru a-1 sancționa pentru ele, când asculți selectiv doar pentru a descoperi ceea ce pare stupid sau inutil, poți plăti în următoarele feluri:

- pierzi informații importante sau valoroase;
- îi îndepărtezi de tine pe oameni;

- dacă opiniile tale sunt false, vei fi ultimul care vei afla;
- încetezi a mai crește din punct de vedere intelectual deoarece te agăți de propriile idei, fără a mai fi deschis la altceva.

Secretul dezvoltării abilității de a asculta cu deschidere este de a deveni asemenea unui antropolog. În relația de comunicare pe care ai stabilit-o, imaginează-ți că celălalt este din altă țară sau chiar de pe altă planetă. Dintr-o dată tot ceea ce face și ceea ce spune devine foarte interesant, iar sarcina ta ca antropolog este să-l înțelegi în totalitate.

Consilierul care-l ascultă în această manieră pe client, fără a-l judeca sau evalua prematur, are șanse mult mai mari de a-i înțelege punctul de vedere, felul cum percepe lumea, sistemul social din care provine și istoria sa de viață (Mitrofan și Nuță, 2005).

2.3. Reformularea

A reformula înseamnă a spune cu alți termeni într-o manieră mai concisă sau mai explicită ceea ce clientul tocmai a exprimat. O reformulare este corect efectuată și devine eficientă doar în măsura în care întrunește acordul celui căruia îi este destinată.

Teoretizată îndeosebi de către C. Rogers, reformularea - tehnică de bază în terapia centrată pe client - își are originea în concepția generală a acestuia despre om. A considera acordul clientului criteriul principal al validității reformulării înseamnă a-l considera pe acesta „expert” în problema sa: clientul este cea mai informată persoană în legătură cu situația pe care o trăiește. Prin urmare, el știe exact despre ce vorbește. Această concepție se situează la polul opus concepției psihanalitice conform

căreia subiectul este înconștient de adevărata natură a problemei sale. De altfel, pe această idee promovată de psihanaliză se bazează ideea atotputerniciei intuiției psihologului.

În acord cu ideea că consilierul trebuie să adopte o atitudine pozitivă necondiționată în relația sa cu clientul - una din condițiile necesare ale unei terapii eficiente în concepția lui C. Rogers - reformularea implică credința că orice comportament uman are o logică specifică și că toate reacțiile afective, comportamentale, verbale etc. au o semnificație anume care se dezvăluie doar în cadrul universului intim al fiecăruia dintre noi. De aceea sarcina consilierului este aceea de a asculta, a înțelege și a returna clientului un mesaj care să fie expresia acestei înțelegeri.

Astfel, consilierul face din client un partener deoarece reformularea implică deopotrivă reflexie activă din partea consilierului, dar și din partea clientului. Acest tip de relație are la bază încrederea în capacitatea de autocunoaștere și în puterea de autoreglare finală a omului prin el însuși. Reamintind că o reformulare validă este cea care întrunește acordul clientului, am putea rezuma astfel consecințele imediate ale acesteia:

- consilierul este sigur că nu a introdus nimic în plus de natură interpretativă în mesajul pe care i l-a transmis clientul;
- cu cât clientul se recunoaște mai ușor în reformularea consilierului, cu atât mai mult va avea sentimentul că este ascultat și înțeles și se va angaja mai activ în relația terapeutică;
- o bună reformulare este o bună dovadă și că consilierul însuși este activ implicat în relația terapeutică, ascultă și înțelege.

Analizând reformularea în concepția lui C. Rogers, R. Mucchielli (1994) evidențiază trei procedee principale ale

acesteia cu efecte progresive care vor fi prezentate în cele ce urmează.

2.3.1. Reformularea-reflectare

Ea reia o secvență importantă a discursului ori ultimele cuvinte care sunt urmate de o pauză mai lungă. Putem astfel să evidențiem ideile importante și să facem o invitație la continuarea discursului. Procedând astfel dovedim clientului că înțelegem și gândim împreună cu el.

Modul cel mai simplu al acestui tip de reformulare este *răspunsul ecou*.

Exemplu:

Clientul:...Și eram foarte deprimat... (pauză)

Consilierul: ...Înțeleg... Erați foarte deprimat...

Utilizarea lui în exces ar putea sfârși prin a crea clientului impresia unui efort superficial de înțelegere. De aceea reformularea care utilizează *alți termeni*, considerați ca echivalenți, este superioară în măsura în care evidențiază un efort real de înțelegere, este vorba de solicitarea unui feedback, de verificare a unei informații. Consilierul stabilește dacă a înțeles bine sau nu: astfel..., după dumneavoastră..., vreți să spuneți că..., cu alți termeni...

Exemplu:

Clientul:...Și eram foarte deprimat... (pauză)

Consilierul:... Vreți să spuneți că felul cum v-a privit v-a necăjit foarte mult... ?

Însă modul cel mai complex al acestui tip de reformulare este reformularea-rezumat care își propune să evidențieze, pentru client, aspectele esențiale ale mesajului său. Există riscul ca rezumând să interpretăm!

De aceea consilierul trebuie să sublinieze aspectele esențiale, păstrând cadrul de referință propus de client.

Exemplu:

Clientul: Problema, cu acest gen de sentimente plăcute, este că mă simt nefericit pentru că știu că, după aceste extraordinare momente de înflorire a forțelor, voi recădea în starea de depresie.

Consilierul: Dacă înțeleg bine, vă spuneți că aceste reacții tonice sunt pasagere și acest fapt vă interzice orice satisfacție.

2.3.2. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond

Acest procedeu își are originea în teoria gestaltistă și exprimă foarte bine concepția rogersiană privind „restructurarea câmpului”. La fel ca în percepția figurilor duble în care, în funcție de focalizarea atenției, alternativ, obiectul percepției devine fond, iar fondul obiect al percepției, acest tip de reformulare inversează raportul „figură-fond” al unei situații. Ea evidențiază aspectele implicite ale unei propoziții.

Exemplu:

Clientul: ...Sunt singurul din clasă care nu face nimic niciodată bine!

Consilierul: ...După părerea dumneavoastră toți ceilalți reușesc mai bine decât dumneavoastră ?

Această intervenție, deși nu scoate și nu introduce nimic nou în mesajul inițial, provoacă clientul să-și perceapă situația sub un alt unghi, să-și precizeze sau să-și modifice ideile. De câte ori nu se spune că nu vedem pădurea din cauza copacilor ori copacul din cauza pădurii! De câte ori oamenii nu rămân prizonierii unui anumit punct de vedere, al unui anumit

aspect al situației!

Apariția bruscă a unui alt raport între elementele situației poate provoca stări afective intense și accentuează o priză de conștiință mai reflexivă asupra situației. Având în vedere stările afective ce pot însoți acest tip de reformulare, și care nu totdeauna pot fi benefice pentru evoluția terapiei, consilierul trebuie să aibă o atitudine și un ton empatic.

2.3.3. Reformularea-clarificare

De multe ori „povestea” clientului este confuză, fără sens, neorganizată. Prin clarificare - tipul cel mai complex, dar și cel mai dificil de reformulare - consilierul evidențiază și returnează spre client sensul mesajului pe care acesta l-a emis. Mucchielli dă un bun exemplu de astfel de reformulare.

Exemplu:

Clientul: Cumnatul meu este un tip literalmente plin de pretenții. După el, numai persoana lui contează. Numai el are ceva de spus. Imediat ce apare, conversația este monopolizată de el. Pot să urez bună seara la toată lumea și să plec.

Consilierul: Nodul problemei nu sunt atât aceste maniere... cât faptul că ele, într-un fel sau altul, vă deranjează, ajung să vă elimine.

Reformularea favorizează un dialog autentic între doi actori sociali, dialog ce se desfășoară într-un deplin respect față de punctul de vedere al celuilalt. Consilierul trebuie să fie capabil să recunoască sentimentele sau semnificațiile exprimate de client în cadrul unui discurs liber, fără constrângeri impuse de consilier în ceea ce privește durata, tema dialogului etc. Ele sunt recunoscute și acceptate ca exprimând un punct de vedere subiectiv și tocmai acest punct de vedere trebuie înțeles; înțelegerea acestui punct de vedere implică și acceptarea

responsabilității clientului referitoare la situația descrisă, concomitent cu păstrarea de către consilier a unei atitudini pozitive necondiționate asupra acestuia, care se simte astfel înțeles și neacuzat, neevaluat.

După această scurtă trecere în revistă a tehnicilor de reformulare, putem rezuma astfel utilitatea lor (Mucchielli, 1994, p. 50). Deși utilă, simpla *reflectare* este insuficientă; ea dovedește centrarea atenției asupra clientului și este, în calitatea de oglindă, o reflexie obiectivată. În măsura în care *reformularea* este corectă, clientul este obligat să se recunoască în această imagine ce-i este furnizată din exterior; acest fapt are un impact reflexiv și-i furnizează sentimentul că este înțeles și ascultat.

Reformularea ca inversare a raportului figură-fond este, de fapt, o nouă formulare ce evidențiază aspectele implicite ale mesajului; ea realizează un pas înainte față de tehnica precedentă, deoarece dă un nou sens acelorași fapte subiective și păstrează clientul în centrul acestui nou sistem de semnificații.

În sfârșit, *reformularea-clarificare*, cu ajutorul unui rezumat clar, coerent, extrage din discursul clientului aspectele experiențiale esențiale pe care acesta le recunoaște ca fundamentale pentru el, deși nu le-a formulat niciodată ca atare.

În ultimii ani, neuroprogramarea lingvistică furnizează un meta-model care permite depășirea limitelor structurii superficiale a limbajului și accesul la structura profundă a mesajului.

Tehnicile care alcătuiesc acest Meta-model completează reformularea rogersiană și are, în general, același scop: evidențierea sensurilor implicite (nu totdeauna conștientizate), înțelegerea clientului, a imaginii pe care acesta o are despre „realitate”, precum și a limitelor acestei imagini.

2.4. Resemnificarea

Acest tip de intervenție poate fi ușor ilustrat cu ajutorul bine cunoscutei butade conform căreia, în fața aceluiași pahar cu apă, pesimistul vede partea goală, iar optimistul, partea plină! De altfel, majoritatea glumelor reușite (a „bancurilor”) au la bază un astfel de procedeu: ele implică luarea unui obiect sau a unei situații și transpunerea lor neașteptată într-un alt context, ori atribuirea unor semnificații neașteptate.

Resemnificarea presupune „schimbarea contextului conceptual și/sau emoțional al unei situații sau al perspectivei din care ea este trăită, plasând-o într-un alt cadru, care corespunde la fel de bine sau chiar mai bine «faptelor» acestei situații concrete, al cărei sens, prin urmare, se schimbă complet” (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1975, p. 126).

Utilizând desemnificarea aderăm la filosofia constructivistă conform căreia „harta nu este teritoriul” (Korzybski); într-adevăr, operația de recadrare are loc la nivelul meta-realității, unde schimbarea se poate produce chiar dacă condițiile obiective ale situației rămân neschimbate; putem schimba grila de lectură, sistemul de referință și „realitatea” ne oferă altă imagine. Acest adevăr nu este de dată recentă; el are rădăcini în filosofia antică și este regăsit, multe secole mai târziu, în opera lui Shakespeare: „Nu există lucruri bune sau rele, gândirea noastră le face astfel”. Semnificația fiecărui eveniment depinde de cadrul în care este plasat. Când schimbăm cadrul, schimbăm și semnificația evenimentului; schimbarea semnificației antrenează schimbări în comportamentul nostru. De aceea, recadrarea evenimentelor furnizează o mai mare libertate și multiplică alternativele comportamentale.

În terapia strategică promovată de Școala de la Palo Alto, desemnificarea este o intervenție deosebit de utilă, deoarece permite consilierului să orienteze clientul spre o gamă întreagă de conduite posibile; nu este vorba de a găsi un adevăr

exterior clientului, comportamentul bun ce trebuie prescris, ci de a deschide calea utilizării unor soluții noi, originale. Prin resemnificare nu ne propunem să furnizăm pacienților niște ochelari cu lentile roz, cu care să privească realitatea și să descopere doar partea plină a paharului; problemele nu dispar spontan, dar cu cât imaginea noastră despre ele este mai completă și cu cât avem mai multe alternative de a le aborda, cu atât mai mult crește posibilitatea de a le rezolva.

Prezentăm câteva exemple de resemnificare a unor trăsături de personalitate, comportamente, credințe etc. (Wilkinson, 1998, p. 67)

Tabelul 1. - Exemple de resemnificare

<i>Caracteristici individuale</i>	
- închidere în sine - slab, temător - nefericit, se indispuie ușor	/ gânditor / sensibil / sensibil, milos,
<i>Comportamente</i>	
- solicită atenția celorlalți - comportament argumentativ, agresiv	/ „se simte bine” cu oricine / pasionat, înflăcărat
<i>Credințe</i>	
- totdeauna dorește să argumenteze - nevoia de a controla	/ gândește că dezbateră este un lucru bun / crede în asumarea responsabilității
<i>Factori cauzali</i>	
- vede totdeauna probleme - solicită atenția celorlalți	/ „clopoțel de alarmă” / capacitatea de a abate gândurile oamenilor de la problemele lor
<i>Efecte</i>	
- determină discuții în contradictoriu - presiuni asupra altora	/ este interesat de problema ta / testează cât de hotărâți sunt

Deși practicarea resemnificării solicită din partea consilierului experiență și „intuiție”, acesta trebuind să sintetizeze o mare cantitate de informații, „un recadraj nu reușește decât dacă ține cont de opiniile, așteptările, motivațiile, ipotezele - într-un cuvânt, de cadrul conceptual al celui căruia trebuie să-i schimbăm problemele” (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1975, p. 125). Prin urmare, utilizarea resemnificării presupune ca consilierul să învețe limbajul clientului, să utilizeze forța simptomului, a credințelor acestuia, ca într-un „judo psihologic”. Watzlawick subliniază faptul că recadrul nu atrage atenția asupra unui lucru anume - nu produce o priză de conștiință, ci învață clientul un nou joc care îl face pe cel vechi inutil. Clientul „vede acum ceva altfel și nu mai poate continua să joace naiv” ca și cum nu ar cunoaște și celelalte fațete ale situației. Astfel, contrazicând pe cineva care afirmă sentimente și gânduri negative față de el însuși, nu facem decât să-l provocăm la organizarea argumentelor necesare susținerii credințelor sale; dacă evităm acest fapt și inițiem un „joc” în care suntem de acord cu el, sunt mai multe șanse ca acesta să descopere el însuși alternative rezonabile la credințele sale. De altfel, de câte ori nu reușim să ieșim, în cele din urmă, dintr-o situație problematică spunând „tot răul spre bine!” (sunt cazuri în care intrarea în șomaj a făcut din unele persoane oameni de afaceri prosperi!).

Watzlawick et al. (1975, p. 161) prezintă cazul unui elev de liceu căruia i s-a interzis temporar să intre în clădirea școlii unde studia și care a decis să se răzbune învățând cât mai puțin posibil. Acceptând ideea răzbunării, consilierul propune un alt „joc”. Astfel, mama elevului, sfătuită de consilier, l-a făcut pe acesta să valorizeze atitudinea sa inițială ca venind în întâmpinarea dorinței profesorului „care, fără îndoială, l-a exclus pentru a-l putea lăsa repetent”. Elevul a înțeles că se poate răzbuna muncind mai bine pentru a-i demonstra profesorului că nu-l poate lăsa repetent.

La baza resemnificării, recadrării, găsim distincția între comportament și intenție, adică distincția între ceea ce facem și ceea ce încercăm să realizăm prin comportamentul respectiv. Deseori comportamentele noastre nu au efectul dorit.

Exemplul anterior evidențiază bine acest fapt. Putem menționa și altele: de pildă, o mamă poate să se afle într-o stare de îngrijorare continuă cu privire la familia sa. Este felul ei de a-și manifesta dragostea față de cei apropiați, deși familia găsește acest comportament indezirabil, neplăcut, greu de suportat.

Sau, alt *exemplu*, un bărbat poate încerca să-și demonstreze dragostea pentru familia sa făcând, la serviciu, cât mai multe ore suplimentare, în timp ce familia sa ar dori să-și petreacă mai mult timp acasă, chiar dacă aceasta ar implica mai puțini bani.

Resemnificarea se poate realiza fie prin recadrarea contextului, fie prin recadrarea conținutului (J. O'Connor, J. Seymour, 1995, pp. 145, 146).

Recadrarea contextului pornește de la ideea că aproape toate comportamentele noastre sunt, sau au fost utile într-un anume context spațio-temporal, altfel ele nu ar persista. M. Erickson afirmă că simptomul însuși nu este altceva decât un comportament care, într-un anumit moment, a avut caracter adaptativ, a fost cea mai bună soluție la care a ajuns clientul, comportament care ulterior a fost menținut, generând problemele pe care clientul le acuză, întrucât contextul inițial s-a schimbat.

Pentru a realiza această recadrare trebuie să ne punem următoarele întrebări: „Când anume acest comportament ar fi

util?” și „în ce situație acest comportament ar constitui o resursă?”.

Recadrarea contextuală realizează o conotație pozitivă a unor însușiri sau comportamente, consolidând astfel alianța terapeutică și facilitând achiziția unor noi comportamente mai adecvate situației prezente.

De exemplu, unui părinte hiperprotectiv i se poate spune că grija deosebită manifestată față de copil a fost benefică pentru dezvoltarea lui, dar acum, când acesta a devenit deja un bărbat, el poate apela la forme mai subtile de protecție și control pe care „copilul” să nu le observe!

Acest tip de recadrare se realizează, în mod frecvent, și cu ajutorul metaforelor terapeutice. În acest context ne putem aminti de „Povestea lui Harap Alb” unde însușirile caricaturale ale unor personaje - Setilă, Gerilă, Flămânzilă, Păsări-Lăți-Lungilă - s-au dovedit a fi în cele din urmă resurse surpriză care i-au asigurat succesul eroului principal.

Recadrarea conținutului. Istoria fiecăruia dintre noi nu este alcătuită din fapte, evenimente, ci din semnificațiile pe care le atribuim acestora. Un insucces poate fi trăit ca o înfrângere dramatică, sau poate fi o „lecție” care să ne orienteze în acțiunile noastre viitoare!

Pentru realizarea acestui tip de recadraj putem utiliza următoarele întrebări:

„Ce altă semnificație ar putea avea aceasta?”.

„Care este valoarea pozitivă a acestui comportament?”.

„Cum altfel aş putea descrie acest comportament?”.

Toate exemplele de resemnificare menționate în tabelul anterior (după I. Wilkinson) au la bază recadrarea conținutului.

Utilizând acest tip de recadraj, unei cliente care a dezvoltat o serie de manifestări depresive, consecutive unui accident grav suferit de un prieten apropiat, și care s-au dovedit rezistente la chimioterapia obișnuită, i-am spus următoarele: „Fiecare dintre noi ajunge, mai degrabă sau mai târziu, să-și pună întrebări fundamentale: «Ce este viața?», «Ce este moartea?», «Merită viața să fie trăită ?» etc. Pentru dumneavoastră, acum a venit vremea acestor întrebări. Depresia este felul dumneavoastră de a medita la aceste întrebări fundamentale. Prin urmare, nu are rost să luptați împotriva depresiei; mai important este să fiți atentă la gândurile, răspunsurile care vă vin în minte”.

Conotația pozitivă a simptomului este o etapă necesară în abordarea paradoxală a acestuia; într-adevăr, nu putem prescrie simptomul, non-schimbarea, decât dacă evidențiem valoarea pozitivă a acestuia.

Utilizată acum în mod frecvent de consilierii și terapeuții care aderă la paradigma sistemică, conotația pozitivă este un procedeu dezvoltat îndeosebi în cadrul consilierii familiale practicate de reprezentanții Școlii de la Milano. În concepția acestora, conotația pozitivă este un recadraj oferit familiei sub forma unor concluzii la sfârșitul unei întâlniri terapeutice; consilierul rezumă și reinterpretează ansamblul de informații obținute, într-o manieră care diferă de credințele actuale ale familiei. Comportamentele *fiecăruia* dintre membrii familiei sunt relaționate în așa fel încât ele, definite până atunci de către familie ca problematice, sunt redefinite de către consilier ca necesare sau benefice pentru funcționarea actuală a familiei. Totuși, nu comportamentul simptomatic în sine este conotat pozitiv, ci *relația* sa cu alte comportamente importante.

G. Salem (1997) distinge două categorii de recadraj, în funcție de scopul consilieric și de gradul de accesibilitate pentru client:

- *recadrajul cu semnificație deschisă*: acestea sunt comentarii logice, ușor de înțeles de către client și/sau membrii familiei;
- *recadrajul cu semnificație ascunsă*: comentarii aparent absurde și ilogice care derutează clientul și/sau sistemul familial.

Resemnificările deschise, în cadrul consilierii familiale, cuprind majoritatea comentariilor de inspirație sistemică realizate de consilier pentru redefinirea naturii conflictului, a unei relații etc.

Resemnificările mascate, ascunse au fost în mod deosebit, studiate de adepții modelului sistemic. Exemplul tipic al acestei categorii de desemnificare este conotația pozitivă, amintită mai înainte. Semnificația vehiculată de conotația pozitivă a simptomului are un caracter paradoxal și maschează adevărata intenție a consilierului. Procedând astfel, consilierul pare să ignore deliberat cererea de schimbare pe care o exprimă, indirect, simptomul. De fapt, scopul consilierului este acela ca, prin prescrierea simptomului, acum conotat pozitiv, să dezechilibreze și mai mult sistemul familial, până la punctul în care, în virtutea tendințelor sale homeostatice, familia să acționeze contrar prescripției emise în ședința de consiliere.

2.5. Interpretarea

Interpretarea este actul care evidențiază interdependența faptelor conform unei concepții deterministe în care, examinându-se efectele (simptomele), se caută cauzele. Faptul psihologic” este un ansamblu de semnificații; sensul unui „fapt psihologic” este dat printr-un sistem de semnificații trăite de

subiectul care este implicat în el, inclusiv prin contextul uman în care el apare. „Realitatea” este sensul adevărat la care trebuie să ajungă clientul străbătând întunecatul labirint al fantasmelor.

O consiliere bine condusă determină clientul ca, în final, să facă al său sensul care inițial îi era străin, lărgindu-și astfel sfera conștiinței; el devine, prin aceasta, ceva mai liber și, poate, ceva mai fericit.

În analiza și interpretarea realității psihice astfel definite putem vorbi despre cauze; relația cauzală poate descrie relația de determinare ce există între fapte observabile, dar este improprie pentru descrierea și interpretarea unui sistem de semnificații.

2.6. Metafora în consilierea psihologică

Metafora este indispensabilă comunicării în procesul de consiliere și psihoterapie, fiind generatoare de noi sensuri și cadre de referință, iar discursul consilierului are o componentă retorică incontestabilă, întrucât urmărește să persuadeze, să seducă, să sensibilizeze.

Ceea ce în mod obișnuit numim, „metafore terapeutice” sunt, de fapt, în majoritatea cazurilor, povestiri mai mult sau mai puțin complexe și care se apropie ori se identifică cu ceea ce retorica numește alegorie, fabulă și parabolă. De aceea, termenii de metaforă terapeutică și poveste terapeutică - vor fi considerați echivalenți.

Poveștile sunt cronică vie, autentică, dramatică, a tuturor conflictelor trăite de oameni în confruntarea lor cu interdicțiile și structurile sociale, dar și cu diverse forțe ale naturii. De aceea, este ușor să înțelegem reînvierea interesului oamenilor de toate vârstele pentru povești. De altfel, J.A. Malarewicz, abordând această problemă dintr-o perspectivă terapeutică, afirmă că „prin intermediul povestirilor, basmelor,

simbolismului, alegoriilor, comparațiilor analogice și metaforelor, consilierul propune clientului o nouă construcție, o nouă înțelegere a realității” (1992, p. 73).

Fiecare poveste prezintă un conflict și modul său, uneori neașteptat, de rezolvare. Când conflictul din poveste se aseamănă cu ceea ce a trăit sau trăiește cel ce ascultă, atunci soluția propusă poate sugera un nou cadru de rezolvare a problemei sale. Dacă o poveste este utilizată cu intenția de a-1 sfătui pe ascultător, sau dacă se alege o anumită povestire cu acest scop, atunci ceea ce aude acesta devine o metaforă (Gordon, 1990). Permițând o mare libertate a spiritului, amestecând realul cu imaginarul, sfatul direct cu aluzii abia schițate și, mai presus de orice, favorizând proiectarea speranțelor, poveștile au fost utilizate în scopuri terapeutice încă din cele mai vechi timpuri.

Prezentăm una din poveștile utilizate de Ph. Caille și Y. Rey într-o consiliere familială (1988, pp. 40-41):

„Au fost odată într-o țară în întregime imaginară, dar în timpurile noastre, patru copii care trăiau la bunicii lor. Ei locuiau, toți șase, într-o mare suburbie a unui oraș modern. Apartamentul, situat la ultimul etaj al unui bloc imens, gri și anonim, era minuscul.

Bunicii și copiii erau înghesuiți în câțiva metri pătrați. Trăiau profund lipsa confortului și a banilor. Bunica, foarte bătrână, începuse să bată câmpii și să fie din ce în ce mai arțăgoasă. Cât despre bunic, pe el nu-l interesa deloc ce se petrecea în jurul lui: el fusese totdeauna un distrat, singurul său lucru de valoare era un telescop și singura sa pasiune era să observe stelele.

Copiii acestei povești, dintre care doi erau deja adolescenți, începuseră să găsească spațiul prea strâmt și atmosfera prea înăbușitoare. Certurile și strigătele deveniseră din ce în ce mai frecvente, iar momentele de liniște prea

apăsătoare. Copiii sufereau chiar și de foame. Pe scurt, ei visau la un orizont mai larg, mai calm, la un loc în care ar fi putut râde și unde ar fi putut crește în liniște.

De îndată ce seara venea, când bunica era, în sfârșit, adormită și bunicul contempla stelele, începeau să depene proiecte. Nu se gândeau decât la călătorii, aventuri, evadări, descoperiri. Dar, trebuie să o spunem, entuziasmul celor mai în vârstă era, oarecum, temperat de neliniștea celor mai mici, mai ales când era vorba de fixarea datei plecării. Bineînțeles că era tentant să părăsească acest adăpost strâmt și precar, dar marele oraș necunoscut îi speria foarte mult. Ei presimțeau că orașul era plin de lucruri minunate, dar la fel de plin și de pericole. Cine i-ar proteja în acest nou univers?

Totuși, seară după seară, proiectul prindea formă și, într-o noapte foarte întunecată, când totul era liniștit în jurul lor, ieșiră tiptil ducând cu ei puținul pe care îl aveau. Copilul cel mai mic era și cel mai neliniștit și cu reținerile cele mai mari în a părăsi acest loc, desigur inconfortabil, dar bine cunoscut și securizant. De aceea, fără a spune urt cuvânt celorlalți trei, băiatul a început să deșire lungul fular pe care i-l făcuse bunica. El agață ici-colo bucăți de lână, ca repere, în caz că ar trebui să se întoarcă. Copiii, conduși de cel mai mare dintre ei, dar tresărind la cel mai mic zgomot neobișnuit, au mers unul în spatele celuiilalt o bună parte a nopții.

Orașul începuse să-și schimbe aspectul: bulevardelor largi mărginite de blocuri le-a urmat un cartier liniștit și mai întunecos cu locuințe mai scunde și înconjurat cu grădini întinse. Fosforescența veselă a neoanelor dispăruse și noaptea părea din ce în ce mai amenințătoare.

Copiilor le era foame și frig, ar fi dorit să se odihnească, să doarmă. Cel mai mare i-a anunțat că un prieten i-a vorbit de un han care ar fi trebuit să fie foarte aproape. Era un fel de casă de primire, un adăpost pentru copiii în dificultate.

«Luminile, din vale, spre dreapta, trebuie să fie ale acestui han. Hai să vedem dar să fim prudenți», a spus fratele cel mare, adăugând «Mi s-a spus și că acest loc s-ar putea să fie periculos, că s-ar putea ca sub acoperirea casei de primire să fie un loc de întâlnire al răufăcătorilor, că, în orice caz, ar fi riscuri».

Copiii sunt foarte obosiți, ce credeți ? Ce ar putea fac ? Povestea noastră se oprește aici, noi nu cunoaștem sfârșitul și vă rugăm pe fiecare dintre voi să o termine și să inventeze sfârșitul său”.

Clienții erau părinții cu cei doi copii ai lor.

În această variantă, povestea terapeutică este o poveste neterminată. Ea se oprește în momentul unei alegeri sau a unei situații cu un grad mai mare sau mai mic de ambiguitate. După o scurtă pauză, consilierul cere fiecăruia dintre membrii familiei să furnizeze în scris idei privind finalul poveștii.

O modalitate deosebită de utilizare a metaforei constă în a face apel la un *obiect metaforic*. „Obiectul metaforic - spune C. Angelo (1987,p. 107) - este un mijloc de comunicare ce vehiculează ca atare numeroase mesaje legate de caracteristicile sale structurale și, într-o manieră mai largă, legate de semnificațiile care îi sunt atribuite de familie și consilier.” Deseori, obiectul metaforic este concretizarea materială a unei metafore verbale. Obiectul metaforic aparține deopotrivă universului obișnuit al familiei, dar și noii realități pe care o creează relația terapeutică dintre familie și consilier. El exprimă într-o manieră vizibilă și concretă relațiile, regulile, comportamentele familiei sau ale unuia dintre membrii săi. Pentru a fi eficient, obiectul trebuie plasat într-un anume moment al procesului de consiliere, în funcție de obiectivele acesteia; în caz contrar, se poate ajunge nu numai la eșecul metodei, ci și al întregului proces de consiliere.

La fel ca și povestea terapeutică, obiectul metaforic permite consilierului să evite absorbția lui într-o situație dificilă și confuză și să rămână în exteriorul unui proces care implică obiectul metaforic și familia. Obiectul metaforic permite consilierului să introducă un cod nou în definirea și interpretarea faptelor petrecute, cod ce va provoca o serie de procese de redefinire între diferiți membri ai familiei și între aceștia și consilier.

Putem ilustra aceste considerații asupra obiectului metaforic cu un exemplu furnizat de C. Angelo (1987), în care familia tratată este compusă din tată, mamă și fiu (adoptat) de 18 ani.

Motivația de participare a celor trei la terapie era oarecum diferită (părinții pentru homosexualitatea fiului, fiul pentru a obține mai multă autonomie). Mama nu ar fi dorit să se discute despre faptul că fiul este adoptat, decât dacă acesta ar fi declanșat primul discuția. După ce membrii familiei și-au expus motivația de participare la procesul de consiliere, a urmat un moment în care era evident că demersul de consiliere stagnează datorită complicității tacite a celor trei de a nu vorbi despre ceea ce îi frământa de fapt cel mai mult. Pentru a învinge această rezistență, consilierul utilizează ca obiect metaforic (metafora „materială” a secretului!) un plic în care se află o coală albă de hârtie nescrisă:

Consilierul (întinzând fiului plicul cu un aer hotărât): „Ascultă, aș vrea să te oprești să vorbești de nevroză și de bisexualitate și să vorbești despre problema care se află aici în interior”.

Fiul (ia plicul, îl privește, apoi îl deschide scoțând foaia de hârtie): „Adică ?”

Consilierul: „Adică despre problema care este prezentată acolo, în interior (arătând spre plic), care nu este nici o problemă de bisexualitate, nici de nevroză, ci o problemă de alt tip”.

Este inițiat astfel un dialog în care consilierul, utilizând obiectul metaforic ca expresie figurativă a unor atitudini și comportamente, îi provoacă pe membrii familiei la explicații și redefiniri până când ei ajung în situația de a comunica deschis, autentic, în legătură cu problema care îi frământă.

Deoarece concluziile formulate de C. Angelo în legătură cu acest caz vizează funcțiile generale ale obiectului metaforic, considerăm util să le enunțăm pe scurt:

- a) Prezentarea plicului permite întreruperea unei discuții sterile în care toți evită, din motive personale diferite, stabilirea unui scop consilieric comun și verbalizarea unei probleme (adopția) care îi implică emoțional;
- b) Consilierul impune familiei o anumită direcție pe care o dorește, negând, în aparență, că acționează îndepărtând toate argumentele care nu sunt în acord cu obiectivul propus; când un membru al familiei nu urmează direcția sau rezistă, obiectul este trecut altcuiva pentru a-l ajuta pe primul;
- c) Obiectul metaforic devine un puternic mijloc de control, un mijloc care permite consilierului să se retragă din joc când situația devine periculoasă, sau să creeze un impas relansând mingea în terenul familiei și verificând, din exterior, ceea ce se întâmplă;
- d) Obiectul metaforic are funcția de a elimina factorii de interferență în linia intervenției programate și de a solicita revenirea la aceasta la sfârșitul fiecărei paranteze interactive.

2.6.1. Alcătuirea metaforei

Se spune deseori că soarta unui cuvânt nu depinde de gura care îl rostește, ci de urechea la care ajunge. Totuși, pentru ca metafora să producă efectul așteptat la cel care o ascultă, ea trebuie să se conformeze unor exigențe. Deși creativitatea și experiența consilierului sunt factori importanți în alcătuirea și utilizarea metaforelor terapeutice, este utilă, credem, trecerea în revistă a unor reguli și etape care ar putea orienta orice consilier în acest demers. Expunerea care urmează respectă, în prima ei parte, în linii mari, modelul propus de D. Gordon (1990).

1) Pentru o consiliere/terapie de succes și, implicit, pentru a crea o metaforă eficientă, este important ca *consilierul să înțeleagă și să formuleze corect problema*, să evidențieze că soluția se află într-un domeniu controlat de client.

2) *Metafora trebuie să întâlnească, să intre în acord cu reprezentarea clientului privind problema sa*. Acesta se recunoaște, mai mult sau mai puțin conștient, în personajele și evenimentele poveștii metaforice. De aceea, izomorfismul vizează nu numai persoanele și faptele situației problematice a clientului, ci și relațiile dintre acestea. Accentuând asupra acestui ultim aspect, Gordon notează: „*Când se alege personajele, nu are importanță ce sunt, ci în ce relație se găsesc unele cu altele*” (figura 1).

3) *Soluția problemei* - finalul poveștii. Orice metaforă propune o soluție. Aceasta poate fi ori expresia intuiției consilierului, ori construită din elementele furnizate de client. De cele mai multe ori, clienții cunosc soluția, dar rămân blocați când trebuie să realizeze „podul” dintre situația problematică și finalul dorit. Deseori suntem atât de aproape de copaci încât nu

mai vedem pădurea. Metafora nu face altceva decât, depărtându-ne puțin de elementele cotidiene ale problemei, să ne ofere o imagine mai clară, o altă perspectivă, hartă de care avem nevoie pentru a ieși din labirint!

În general, soluția are două componente: scopul și strategia. Formularea corectă a problemei implică și o formulare corespunzătoare a scopului. De aceea, în continuare, vom insista asupra strategiei. În mod evident, clientul a încercat deseori să-și atingă scopul. Faptul că se află la consilier dovedește că nu a reușit. Strategia de legătură este „podul”, pe care consilierul îl formulează metaforic și care trebuie să permită trecerea de la situația problematică actuală la soluția dorită. Strategia de legătură are la bază o bună înțelegere a situației-problemă. Conceptele de „calibrare” și „recalibrare”, propuse de Gordon, sunt foarte utile pentru realizarea acestui fapt.

a) De cele mai multe ori problematica se repetă. Configurații identice sau asemănătoare de evenimente se repetă, ducând de fiecare dată la experiențele conflictuale nedorite. Dar elementele situației problematice, deși pot fi mereu prezente, nu provoacă „explozia” decât atunci când ating un anumit „prag critic”. Este vorba de „picătura care umple paharul”. Prin urmare, transformarea situației problematice în problemă este o chestiune de „calibrare”.

b) Recalibrarea cuprinde procesul prin care clientul este ajutat să conștientizeze momentul în care proporția diverselor elemente ale situației tinde să alcătuiască „un amestec exploziv” și apoi este învățat să utilizeze diverse mijloace pentru a controla ca elementele situației să nu atingă acest prag. Prin recalibrare, clientul întrerupe vechiul model ce conducea de fiecare dată la apariția problemei.

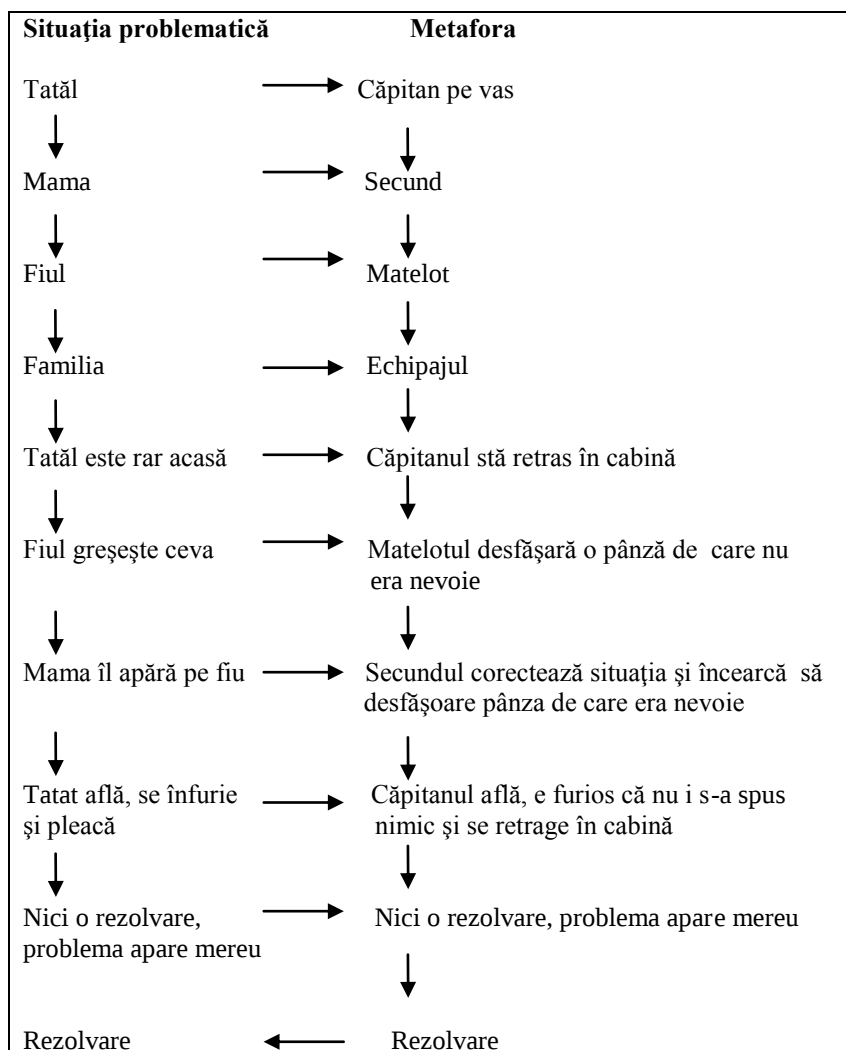


Figura 1. Exemplu de utilizare a metaforei în descrierea unei situații problematice

Exemplu:

Când Maria privi în urmă, constată că ceea ce o supărase nu era faptul că mama o rugase să facă anumite lucruri - pentru că luate în parte le-ar fi făcut cu plăcere -, ci faptul că mama dorea ca ea să le termine imediat.

Ca și scopul, strategia este cuprinsă aproape întotdeauna în descrierile clientului privind problema sa. Desigur că există mai multe posibilități de a atinge același scop, dar cea mai bună cale este cea care ne este indicată, de cele mai multe ori într-o manieră implicită, de clientul însuși. Atunci când clientul descrie eșecurile sale în rezolvarea problemelor cu care se confruntă, el ne indică deopotrivă atât modelul său de rezolvare, cât și limitele pentru a ajunge la o strategie eficientă. Această situație ne amintește de una din metaforele lui J.A. Malarewicz: „între bine și rău nu există decât o eroare de apreciere, dar în mod invers” (1992, p. 76). Exemplul clientului care își agravează problema pentru că nu poate discuta sincer cu soția sa, de teamă ca aceasta să nu râdă de el, este ilustrativ în acest sens. Strategia pe care ne-o indică clientul vizează depășirea temerii și realizarea comportamentului dorit (care ar putea să-i dovedească faptul că frica lui era complet neîntemeiată!).

4) *Resemnificarea*. Metafora propune o nouă lectură a realității prin evidențierea altor cadre de referință. Ea se comportă ca o hartă pe care consilierul o suprapune peste realitatea, teritoriul clientului. Ea este astfel o ilustrare a faimosului aforism al lui Korzybski - „harta nu este teritoriul”. Ea „disociază” clientul de realitatea sa, în general greoaie și invalidantă, pentru a-l plasa la un nivel unde alternativele posibile prind formă (Malarewicz, 1992). Clientul poate învăța, de pildă, că tristețea și teama - de care vrea să scape - au și aspecte pozitive, iar exprimarea lor poate fi uneori utilă!

Rezumând aceste etape, propuse de Gordon, procesul formulării unei metafore consilierice ar putea arăta până acum astfel:

A) Adunarea de informații :

- 1) Identificarea persoanelor importante implicate și a relațiilor dintre ele;
- 2) Precizarea elementelor caracteristice situației problemă și a felului în care evoluează problema (calibrare);
- 3) Precizarea transformărilor urmărite de client (scopul), având grijă ca să fie bine formulate și în domeniul controlat de client;
- 4) Identificarea încercărilor clientului de rezolvare a problemei și a limitelor acestor încercări.

B) Conceperea metaforei:

- 1) Alegerea unui context;
- 2) Alegerea personajelor și acțiunii metaforei astfel încât acestea să fie izomorfe cu situația - problemă descrisă de client (punctele A1, A2, A3);
- 3) Stabilirea soluției. Aceasta va trebui să includă, în conformitate cu informațiile furnizate de client, o strategie de reechilibrare, rezultatul dorit și, eventual, redefinirea situației problematice inițiale.

C) Povestirea metaforei:

Dacă punctele A și B, prezentate mai sus, descriu doar cadrul general al metaforei, felul în care trebuie să acționeze consilierul pentru a transpune în practică principiul izomorfismului dintre situația clientului și povestea metaforică, povestirea metaforei se referă la „sintaxa metaforei” (Gordon) și răspunde la întrebarea: Ce fel de cuvinte utilizăm, cum povestim, pentru ca povestea să declanșeze la client căutarea transderivațională ce-l va duce, în cele din urmă, la soluția „unică” a problemei sale?

Izomorfismul metaforei este expresia imaginii pe care consilierul și-a făcut-o despre problema clientului. De cele mai multe ori însă, nu știm niciodată exact ce simte și ce gândește el. De aceea modelul propus de poveste poate întâlni modelul clientului, doar în măsura în care cunoștințele utilizate lasă o anume libertate de proiecție de semnificare. Cum metafora a fost construită pentru client, singura interpretare adecvată, „corectă” este cea propusă de el.

În concepția lui Gordon, modelul sintactic al metaforei cuprinde:

a) *Lipsa indicilor de relație*. De cele mai multe ori, cuvintele utilizate (substantive, adjective, pronume etc), atunci când povestim un eveniment, se referă la ceva clar precizat din experiența noastră.

Când însă povestim o metaforă trebuie să ne ferim să fim foarte exacti, foarte clari, tocmai pentru a provoca clientul la o „investire de sens”. Astfel, spunând „unde, departe...” “lăsăm clientului libertatea de a situa într-un loc anume („locul lui”) acțiunea poveștii.

Absența indicilor de relație îl vor provoca pe client să-și pună întrebări precum „Cine?”, „Ce?” etc, la care va găsi propriile răspunsuri.

b) *Utilizarea unor verbe neprecizate*. Verbele descriu felul în care acționăm. Cu cât sensul lor este mai puțin precizat de diverse complemente, cu atât clientul are o mai mare libertate în a-și imagina cum a acționat eroul povestirii. „într-un târziu, după mai multe încercări, el a ajuns...”

c) *Utilizarea nominalizărilor*. Acest procedeu presupune substantivizarea expresiilor ce denumesc în realitate procese, acțiuni. În acest fel, sunt omise o serie de informații. Astfel, dacă spunem „În momentul de răgaz pe care îl avea, și-a amintit că...” „, în mod logic trebuie să continuăm să spunem noi ce anume și-a amintit eroul. Dar dacă spunem „în

momentul de răgaz pe care îl avea, o amintire nu-i dădea pace”, lăsăm clientului libertatea să-și imagineze ce anume și-a amintit eroul.

d) *Utilizarea, în cadrul metaforei, a unor comenzi și sublinieri.* Metafora vehiculează în mod indirect mesaje ce propun schimbarea modelului de depășire a unei situații. Există mai multe momente în cadrul poveștii, în care sunt enunțate idei semnificative în acest sens. Aceste idei pot fi subliniate cu ajutorul intonației, utilizând anumite gesturi ori atingând clientul cu mâna. Alteori putem încastra o anume comandă în textul poveștii, înscriind numele clientului, înaintea unor propoziții semnificative.

Exemplu:

„*Atunci, zâna cea bună s-a apropiat de el și i-a spus «Nu te teme!»*“; această frază poate deveni: „*Atunci, zâna cea bună s-a apropiat de el și i-a spus: «George, Nu te teme!»*“.

Subliniind eficiența terapeutică a metaforelor, J.A. Malarewicz (1992) face și el precizări utile privind sintaxa acestora. Astfel, atunci când construim o metaforă trebuie să avem în vedere următoarele:

- să definim orientarea senzorială a clientului, pentru a utiliza cuvintele potrivite; optimizarea comunicării din această perspectivă este pe larg analizată de neuroprogramarea lingvistică (Bandler și Grinder);
- să utilizăm activitățile favorite ale acestuia;
- să nu ne temem să fim repetitivi;
- să utilizăm umorul și/sau detaliile incongruente;
- să ne jucăm cu cuvintele și simbolurile;
- să asigurăm metaforei mai multe niveluri de comprehensiune etc.(Malarewicz, 1992, pp. 77-78).

Având ca model de inspirație basmul tradițional, J.C. Mills și R.J. Crowley (1986) propun o schemă foarte utilă de construcție a metaforelor terapeutice. Principiul general este tot cel al izomorfismului, principiu aplicat, în mod explicit, și în raport cu conflictul trăit de client.

Pentru a construi o metaforă eficientă trebuie să parcurgem următoarele etape:

- 1) Stabilirea unui cadru general al conflictului metaforic în relație cu protagonistul.
- 2) Personificarea proceselor inconștiente sub forma unor eroi sau a unor persoane care sar în ajutor (reprezentând abilitățile și resursele protagonistului) și a unor personaje rele ori a unor piedici (reprezentând temerile și credințele negative).
Uneori chiar solicitarea ajutorului poate fi un semn al înțelepciunii și puterii. „Inteligența celui puternic constă adesea în a nu se teme să ceară ajutor celui slab” (Malarewicz, 1992, p. 75). Să ne amintim de câte ori eroii pozitivi ai basmelor noastre nu sunt ajutați de o broască, un pește, o albină etc.
- 3) Personificarea situațiilor de învățare paralelă în care protagonistul a avut succes.
- 4) Prezentarea crizei metaforice într-un context al rezolvării inevitabile, prin care protagonistul își depășește sau își rezolvă problema.
- 5) Dezvoltarea de către protagonist a unui nou sentiment al identității, a unei noi imagini de sine, ca rezultat al acestei victorioase „aventuri eroice”.
- 6) Culminarea cu o sărbătorire în care este recunoscută prețuirea specială de care se bucură protagonistul.

2.6.2. Funcțiile metaforei

Prezentarea de până acum a problematicii metaforei a evidențiat deja o serie de funcții ale acesteia.

a) *Declanșează căutarea transderivațională*

Fiecare individ are o anume reprezentare despre situația în care se află. Mesajele pe care le putem integra în această reprezentare au sens, celelalte, nu. Informațiile transmise de metaforă sunt izomorfe celor conținute de reprezentarea, modelul clientului. Dacă în baza acestei asemănări se creează o punte între lumea metaforei și universul individual, atunci înseamnă că informația primită are sens. Căutarea și verificarea au fost realizate cu succes. Acest proces poartă numele de căutare transderivațională și face ca metafora să fie un atât de bun „transportor” al schimbării.

Spunând o poveste, provocăm clientul la un proces de căutare transderivațională cu scopul de a da sens celor auzite. Aceste căutări conștiente sau inconștiente vor mobiliza resursele clientului ce vor conduce, în final, la modificarea modelului despre lume, în sensul rezolvării problemelor.

b) *Funcția de mediator*

Povestea terapeutică creează o realitate psihologică ce se interpune între client și consilier, evitându-se astfel confruntarea directă dintre aceștia. Această realitate aparține deopotrivă amândurora; ea aparține consilierului care spune povestea, dar și clientului care îi dă un sens anume, păstrându-și deplina libertate a gândurilor sale.

Comentariile și interpretările pe care clientul le dă povestirii îi furnizează informații care, în alte situații, ar determina activarea rezistențelor. Metaforele dau persoanei

șansa de a se exprima într-o formă de comunicare pe care, în mod normal, nu o utilizează prea des.

c) *Funcția regresivă*

Povestea mobilizează capacitățile imaginative ale subiectului și comportă o dimensiune regresivă accentuată. Copilăria este, toți știm, perioada poveștilor, este vârsta la care totul este posibil deoarece granița dintre realitate și ficțiune poate fi foarte ușor trecută. Însăși formula tradițională cu care încep poveștile - „A fost odată...” - are o conotație regresivă. Poveștile deschid ușa spre fantezie, spre gândirea metaforică, spre o reacție lipsită de teamă față de conținuturile fantastice, spre mitul venerației și al minunii. Sunt autori care accentuează acest proces regresiv, spunând povestea, în mod explicit, copilului care există în fiecare dintre noi! Astfel, J.A. Malarewicz (1992, p. 86) propune o „metaforă-tip” pe care o introduce în cadrul consilierii cu următoarea formulă:

„Este vorba despre o poveste pe care aș dori să o povestesc fetei (băiețelului) care se află în tine. Deoarece doar fetele (băieții) pot înțelege această poveste și pot apoi să-l ajute, peste câteva zile probabil, pe adultul care se află în tine și care relatează dificultățile despre care îmi vorbești”.

Această formulă invită clientul să abandoneze regulile rigide ale gândirii logice specifice adultului și să regăsească spontaneitatea, fantezia și creativitatea ce caracterizează gândirea și comportamentul infantil.

d) *Funcția de „oglindă”*

Povestea metaforică favorizează distanțarea clientului de propriul conflict, externalizarea lui. În poveste, procesul intrapsihic generat de situația problematică este externalizat și

devine astfel mai accesibil unui examen rațional când este reprezentat de personajele și evenimentele poveștii.

e) *Funcția de model*

Poveștile furnizează situații test, în care clientul poate încerca soluții, răspunsuri neobișnuite în raport cu gândurile și sentimentele lui de până atunci, și apoi să le aplice la propriile conflicte, într-o manieră experimentală.

f) *Funcția de resemnificare*

Am aminti: deja această funcție cu ocazia prezentării modelului de construcție al poveștilor metaforice. Orice poveste schimbă perspectiva și cadrele de referință, dezvăluind noi semnificații, oferind o imagine mai completă asupra problemelor noastre. Nimic nu este în mod absolut bun sau rău. Lucrurile nu sunt bune sau rele, spunea W. Shakespeare, gândurile noastre le fac astfel. Această schimbare de perspectivă o întâlnim și în multe din zicalele, proverbele și poveștile populare românești: „Rău cu rău, dar mai rău fără rău” spunem deseori când, cu înțelepciune, constatăm că „răul” suferit ne-a ferit de un alt „rău”, mai mare!

2.7. Intervențiile paradoxale în consilierea psihologică

Intervențiile terapeutice paradoxale au la bază ideea că în gândirea oricărui individ coexistă mai multe niveluri logice, în plan conștient sau inconștient, și că acestea pot fi emise simultan într-o comunicare interumană. Paradoxul este o propoziție în același timp falsă și adevărată, mobilizează un „joc” între ceea ce este ascuns și ceea ce este aparent, între ceea ce este spus și ceea ce este nespus în mesajul comunicat.

Paradoxul se manifestă în același fel, consilierul suprapunând intenționat două sau mai multe niveluri logice în

cadrul interacțiunii din procesul de consiliere. Deseori, paradoxul vizează mobilizarea atenției clientului pentru a-l conduce indirect la un nivel logic (în general, perceput ca adevărat) prin critica unui alt nivel logic (perceput ca fiind fals). În plan comportamental, sfidarea sau conformarea în raport cu prescripția de tip paradoxal conduce clientul la un comportament adaptativ, deși acesta este (aparent) altul (uneori contrariul) a ceea ce solicită consilierul (exemplu de prescripție paradoxală pentru un client ce suferă de insomnii: „Nu dormi!”).

Pentru a multiplica nivelurile logice ale comunicării sale, consilierul recurge deseori la un limbaj imagistic și metaforic. Utilizarea negației se poate înscrie în aceeași dimensiune plurisemantică paradoxală a limbajului consilierului.

Astfel, enunțul „Gândiți-vă la un papagal albastru” sau „Ascultați-mă cu atenție” (enunț deseori întâlnit în discursul unor terapeuți) vor mobiliza, mai degrabă, procese de rezistență, în timp ce, dacă aceste enunțuri sunt înlocuite cu „*Nu vă gândiți la un papagal albastru*” sau „*Nu sunteți obligați să mă ascultați*”, paradoxul introdus prin negație stârnește curiozitatea și are toate șansele de a provoca efectul invers dorit!

Și limbajul nonverbal poate introduce un nivel logic suplimentar prin plasarea mesajului verbal într-un anumit context spațio-temporal. În general, acest mesaj nonverbal, pentru a fi mai bine perceput, va intra în opoziție cu un mesaj verbal. (De exemplu, pare destul de logic să spui unei cliente că, dacă nu poate dormi, să se ridice din pat și să spele vesela din bucătărie; pare însă mai puțin obișnuit dacă acest lucru trebuie făcut doar după miezul-noptii!)

Am amintit deja că clientul care se prezintă la consilier se găsește deseori în situația paradoxală de a solicita non-schimbarea. Conform logicii obișnuite, consilierul se opune

simptomului, într-o manieră mai mult sau mai puțin directă; utilizarea paradoxului pune consilierul în situația inversă, aceea de a prescrie „non-schimbarea”. Folosind în mod subtil prescripții care aparent au ca scop menținerea simptomului, consilierul pune clientul în fața propriilor contradicții, obligându-l să acceadă la un alt nivel logic.

Exemplu:

„Nu schimba nimic!”,
„Faceți ceea ce ați mai făcut!” etc.

Prin îndeplinirea unor astfel de prescripții, nivelul logic la care clientul ajunge este cel al controlabilității simptomului!

2.7.1. Tipuri de intervenții paradoxale

Prescripțiile paradoxale sunt modalități frecvent utilizate de consilier și care conduc clientul la un nou nivel logic, prin spargerea automatismelor logice ce închid clientul în cercul vicios al „soluțiilor ce mențin problema”.

Cele cinci „soluții” care constituie ținta intervențiilor paradoxale sunt:

- 1) încercarea de autoconstrângere pentru a face ceva care nu poate apărea decât spontan;
 - 2) încercarea de a depăși teama de un eveniment, amânându-1;
 - 3) încercarea de a ajunge la un acord într-un conflict;
 - 4) încercarea de a obține consimțământul prin constrângere;
- confirmarea bănuielor acuzatorului prin încercarea de autoapărare.

1) *Încercarea de autoconstrângere pentru a face ceva care, prin natura sa nu apare decât spontan*

Clientul care încearcă o astfel de soluție se plânge de probleme și disfuncții psihosomatice sau comportamentale care, de cele mai multe ori, au etiologia în individul însuși, și nu în sistemul de reacții în care acesta este integrat (tulburări sexuale, tulburări digestive, ticuri, spasme musculare, bâlbâială, dureri, insomnie, transpirație excesivă, obsesii și compulsii, depresie etc).

Toate aceste „tulburări” sunt de cele mai multe ori consecința unor variații „normale” ale funcțiilor corporale sau psihocomportamentale, variații cărora, în mod obișnuit, nu le acordăm o atenție deosebită, deoarece, de cele mai multe ori, ele dispar spontan. Ele se transformă în „probleme” doar atunci când viitorul client încearcă să controleze voluntar desfășurarea acestor funcții și comportamente care, prin natura lor, se desfășoară spontan, „fără să ne gândim” la ele.

Prin urmare, problema nu este modificarea psihocomportamentală trăită, ci încercarea de a o controla voluntar. În aceste condiții, sarcina consilierului este aceea de a opri clientul să mai facă ceea ce face (adică de a încerca să oprească voluntar apariția simptomului). De cele mai multe ori, o interdicție directă poate avea efecte contrare atât pentru că ea contravine „logicii” clientului, cât și pentru că este posibil ca aceasta să conducă la o mai bună conștientizare și fixare a comportamentului de autocontrol. De aceea, „ca regulă generală, se cere doar implicit clientului să renunțe la unul sau altul din comportamentele sale: explicit, se dă doar instrucția de a pune în act un nou comportament care face imposibilă continuarea comportamentului anterior” (p. 165).

De exemplu, în cazul clientului ce acuză insomnie îi putem cere ca timpul pe care îl petrece în pat, forțându-se să adoarmă, să-l consume făcând unele treburi (nu prea plăcute) în casă (ar putea spăla vesela din bucătărie!). Dacă urmează această prescripție terapeutică, el nu va mai putea să se

comporte ca mai înainte, adică să se forțeze să doarmă, deoarece cele două comportamente se exclud reciproc.

Strategia generală pentru a întrerupe acest tip de „soluții” ce mențin problema este cea care are la bază **prescrierea simptomului**. În cazul de mai sus, prescrierea simptomului (a insomniei) s-a făcut într-o manieră indirectă. În alte probleme de natură comportamentală aceasta poate avea un caracter mai direct, dar, pentru a evita riscurile amintite ale intervențiilor directe, prescripția simptomului poate fi susținută de două *argumente*:

a) *declanșarea simptomului este utilă clarificării diagnosticului*; când simptomul apare spontan, clientul este ocupat cu lupta împotriva lui și nu poate sesiza detaliile și mecanismele producerii simptomului! Producerea deliberată a simptomului poate favoriza conștientizarea unor informații utile diagnosticului și consilierii!

De fapt, încercarea de a reproduce voluntar simptomul va conduce la eliminarea lui, deoarece ***ceea ce facem bine, involuntar, facem prost, voluntar*** (cât de frumos zâmbim în situații obișnuite de viață, iar la fotograf afișăm, de cele mai multe ori, o strâmbătură! ; am putea aminti și povestea în care un miriapod, care a răspuns provocării de a arăta cum procedează pentru a-și coordona așa de bine picioarele în timpul mersului, a sfârșit prin a se împiedica!);

b) se poate spune clientului că doar ***prevenind simptomul, va reuși să-l controleze***.

Sentimentul de autocontrol poate fi crescut nu doar prin eliminarea simptomului (așa cum încercase clientul până atunci), ci și prin provocarea lui într-un anumit moment stabilit de comun acord de client și consilier.

Fisch, Weakland și Segal citează cazul unui client care suferea de ruminății obsesive și căruia consilierul i-a spus:

„Aceste gânduri, mi-ați relatat, par să prefere să nu se manifeste în jurul orei 9 dimineața. Ei bine, dumneavoastră le puteți controla. La ora 9 veți face să apară în mintea dumneavoastră aceste gânduri îngrijorătoare și le veți păstra până la ora 9 și 30 de minute, cel puțin. Dacă gândurile tind să vă abandoneze înaintea acestei ore, veți proceda în vreun fel ca să le mențineți. Dacă veți începe să gândiți la altceva, forțați-vă să reveniți la obsesiile dumneavoastră. Alteori, aceste obsesii vor pune stăpânire pe dumneavoastră spontan, din senin. În acest caz nu le lăsați să vă abandoneze când vor ele. Continuați să le țineți în minte încă cel puțin cinci sau zece minute. Ele vor putea decide când vor apărea dar dumneavoastră veți fi cel care va decide când vă vor părăsi”.

2) *Clientul încearcă să depășească teama de un eveniment, amânându-l*

Problemele clientului care apelează la această soluție au un caracter „autoreferențial”, adică ele apar și persistă fără concursul vreunei alte persoane. Clientul este prins în propriul sistem de gânduri anxiogene ce-i accentuează vulnerabilitatea în raport cu anumite situații. Fobiile sunt un exemplu tipic în care se utilizează soluția la care ne referim. Teamă de examen, teamă de a conduce automobilul sau teamă tânărului de a fi refuzat de femeia căreia i-ar putea solicita o întâlnire sunt probleme care de cele mai multe ori sunt „soluționate” prin amânare; clientul speră că amânarea îi va permite să se pregătească foarte bine pentru a putea controla din timp evenimentul respectiv. Rezultatul este că clientul nu se va simți niciodată bine pregătit și, pentru a-și demonstra acest lucru, este în stare să se angajeze în activitățile respective în care, evident, va eșua, deoarece credințele lui se transformă în predicții ce se autoîmplinesc (știm cu toții - „de ce ți-e teamă nu scapi!”).

Strategia paradoxală propusă are la bază următorul principiu: „*punem clientul în fața sarcinii de care se teme, împiedicându-l, în același timp, să o ducă la bun sfârșit; cum am mai explicat, acesta este principiul director al strategiei noastre, deoarece «soluția» cea mai frecventă a clientului constă în a evita sarcina, forțându-se în același timp să vrea să o controleze*” (p. 175). Cu alte cuvinte, clientul evită o sarcină pentru că se teme de eșec, iar consilierul îi prescrie (paradoxal) eșecul! Ilustrăm acest principiu cu ajutorul unui exemplu clinic:

Consilierul (către clientul ce suferea de fobia conducerii automobilului):

Deși mi-ați spus că vă preocupa foarte mult pericolele conducerii automobilului, mi se pare că, de fapt, le-ați tratat superficial. Dacă doriți să vă rezolvați problema, trebuie să începeți prin a vă sensibiliza mai întâi la pericolele pe care le implică faptul de a conduce. Pentru a vă pune în starea de spirit corespunzătoare, vreau să vă gândiți la acestea stând pe fotoliul mașinii dumneavoastră oprite. Va trebui să nu lăsați, în nici un caz, spiritul dumneavoastră să devieze spre plăcerile pe care le-ați putea avea conducând sau călătorind cu mașina. Cred că ar trebui să consacrați acestui exercițiu cel puțin o jumătate de oră pe zi.

(Dacă clientul revine și spune, după cum este de așteptat, că a suportat greu încetineala procedurii - de pildă, că nu a putut rezista tentației de a porni motorul - consilierul va trebui să continue tactica sa „restrictivă”. Încet, încet întregul comportament de conducere va putea fi formulat într-o manieră restrictivă: „Vreau să nu depășiți colțul străzii” sau „Vreau să nu rulați mai departe de magazinul cel mai apropiat. Apoi, indiferent

dacă v-ați descurcat sau nu, să lăsați mașina acolo și să vă întoarceți pe jos”)

3) *Clientul încearcă să ajungă la un acord într-un conflict*

Această „soluție” este utilizată de client în cazul conflictului apărut într-o relație interpersonală, ca urmare a unor probleme a căror rezolvare necesită de obicei cooperarea părților implicate. Exemplele tipice se referă la disputele conjugale, conflictele dintre părinți și copii, conflictele profesionale.

Terapia unor astfel de probleme este cu atât mai dificilă cu cât, de cele mai multe ori, „acuzatul” nu participă la terapie, iar clientul speră să aibă în consilier un ajutor împotriva celui absent.

Clientul confruntat cu acest tip de probleme alege ca „soluție” lupta continuă pentru a-l convinge pe celălalt să se comporte conform dorințelor sale și, fapt uneori mult mai important, cererea adresată părții adverse de a fi tratat cu respectul, atenția sau considerația care crede că i se cuvin. Este evident că „soluția” aleasă plasează clientul într-o *poziție de superioritate* în raport cu celelalte persoane aflate în conflict.

Consecvenți strategiei paradoxale, terapeuții Școlii de la Palo Alto propun ca pentru interzicerea acestei „soluții” să se utilizeze tehnica ce constă în a conduce clientul să adopte o poziție de inferioritate, adică de slăbiciune. Totuși, o astfel de abordare prezintă cel puțin două **riscuri** :

- a) având în vedere intensitatea luptei interpersonale, clientul ar considera că adoptarea unei poziții de inferioritate ar fi un semn de slăbiciune și ar echivala cu un ultim pas pe drumul renunțării la drepturile „legitime” pe care le are ca soț, părinte, șef etc.;

b) în plus, dacă am convinge clientul să adopte totuși o astfel de soluție fără să dea celeilalte părți o explicație, există riscul ca această schimbare să fie considerată tot o manifestare a superiorității (adică în loc de a se plânge și a reproșa, așteaptă liniștit momentul potrivit de a „lovi”!).

Pentru a evita aceste riscuri, consilierul trebuie să recadreze, să resemnifice situația familială, astfel încât clientul să poată lua o poziție de inferioritate, având în același timp impresia că se află într-o poziție de superioritate. În acest sens ni se pare utilă metafora utilizată de J. A. Malarewicz pentru a transforma cererea de ajutor (poziție de inferioritate) în înțelepciune (poziție de superioritate): „inteligența celui puternic se manifestă deseori prin lipsa de teamă de a cere ajutor celui slab” (1992, p. 75).

Pentru a aplica această strategie există mai multe tehnici. Una dintre ele este aceea prin care li se explică pacienților că pot controla mai bine situația dacă devin, în raport cu ceilalți, imprevizibili.

Consilierul (către părinți): *„Ei bine, să ne gândim puțin. Când el iese seara, cred că aveți obiceiul să-i spuneți «Amintește-ți, în principiu, că trebuie să te întorci înainte de ora zece. Descurcă-te cum știi ca să fii acasă la timp. Nu vrem să te vedem afară mai târziu». Nu ați putea să-i comunicați acest fapt schimbând stilul, devenind mai puțin previzibili?”*

Unul din părinți: *„Și dacă îi cerem să ne spună care este, după părerea lui, cea mai potrivită oră pentru a reveni acasă?”*

Consilierul: *„Ar fi ceva diferit, dar... dacă el vă va răspunde: «la miezul nopții»? Nu, cred că ce v-am propus mai*

înainte e mai bine, dar mi-ați dat totuși o idee. I-ați putea spune: «Ne-ar plăcea să te întorci în jurul orei zece, dar, firește, noi nu putem să te forțăm»; acesta ar fi un fapt neobișnuit din partea dumneavoastră? “

Unul din părinți: *„Da (râzând), sigur că aceasta ar fi cu totul altceva. Dar el, el cum ar reacționa?”*

Consilierul: *„Ei bine, nu veți ști cu adevărat decât după ce veți fi încercat. Ce ați risca dacă ați face această încercare săptămâna viitoare?”*

O altă tehnică utilizată ar putea fi numită „sabotajul binevoitor”. Ea constă, în cazul în care avem de-a face cu un conflict părinți-copil, în a cere părinților să procedeze în așa fel încât acțiunile copilului lor să fie urmate de consecințe reale, și nu doar de simple muștrări.

Pentru a fi eficiente, aceste consecințe trebuie să pară „accidentale” și chiar să antreneze, eventual, scuzele părinților: „îmi pare într-adevăr rău că ai găsit ieri seară firimituri în patul tău. Când ți-am făcut curat în cameră era ora la care îmi luam micul dejun și a trebuit să fac un du-te-vino cu tartina după mine. Voi încerca să nu se mai întâmple acest lucru”.

Uneori, convingerea părinților de a adopta această poziție se poate realiza prin redefinirea poziției de superioritate ca o poziție de slăbiciune și poziția de inferioritate ca o poziție de forță. Astfel, consilierul le va recomanda să adopte o poziție de inferioritate, adică o poziție de „forță”.

Tehnica „negociatorului irațional” este utilă atunci când consilierul este confruntat cu o problemă care se înscrie într-un context triangular: unul dintre părinți poate, de

exemplu, să fie în conflict cu copilul său, adolescent, în timp ce celălalt încearcă să joace rolul de conciliator. Cu cât acesta din urmă intervine mai intens cu argumente raționale pe lângă fiecare din părțile aflate în conflict, cu atât conflictul se agravează.

De cele mai multe ori, persoana care solicită ajutor consilierului este tocmai cea care își propune să negocieze rațional, rezonabil, conflictul dintre ceilalți doi membri ai familiei, iar ajutorul cerut este acela ca consilierul însuși să joace „mai bine” acest rol; ea îl împinge astfel pe consilier „să facă din nou mai mult din același lucru, dar mai bine”, adică să aplice mai bine algoritmul „soluțiilor ce mențin problema”.

Consilierul trebuie să evite această capcană și, de asemenea, să nu se mulțumească doar cu prescripția, adresată „conciliatorului”, de a nu mai interveni și a lăsa părțile combatante să-și regleze conturile singure.

În cazul care ilustrează această tehnică, consilierul convinge „conciliatorul” (mama) să-și păstreze poziția de intermediar, dar modificând-o:

Consilierul: *„Ei pot continua să se încaiere deoarece contează pe faptul că dumneavoastră sunteți un intermediar rezonabil. Dumneavoastră sunteți vocea rațiunii și, din nefericire, ei cred că puteți negocia în locul lor. Ei evită astfel să-și dezvolte propriile lor capacități de a negocia și de a se servi de ele. Acum, dacă vă voi spune ce ar trebui să faceți pentru ca situația să se schimbe, s-ar putea să găsiți sfatul meu oarecum ciudat: va trebui să deveniți o **negociatoare irațională**. (...)”*

Pentru a le arăta că nu sunteți așa de rațională cum vă cred ei, va trebui nu numai să fiți de acord cu pozițiile fiecăruia dintre ei, dar să împingeți conflictul dincolo de limitele pe care nici ei nu le-au trecut -ajungând chiar la limita absurdului astfel încât ei, amândoi, să fie nevoiți să se arate

raționali față de dumneavoastră, remarcând că ați mers prea departe. Dacă veți putea să-i aduceți în această situație veți ști că, sigur, tactica dumneavoastră este pe cale să dea roade” (p. 189).

După ce clienta a acceptat această strategie, consilierul a mers mai departe propunându-i ca, ulterior, să înceteze să-i mai provoace pe cei doi adversari și să manifeste o atitudine de compasiune care are un efect mai calmant decât opoziția (fie ea și „irațională”).

4) Clientul încearcă să obțină consimțământul prin constrângere indirectă

Încercarea de a provoca la ceilalți, fără a încălca universul intim și libertatea de decizie a acestora, comportamente pe care le dorim ne conduce într-o situație paradoxală asemănătoare celei în care ne forțăm să fim spontani.

Clientul aflat în această situație trăiește dilema celui care dorește din partea persoanei iubite o declarație de dragoste: dacă dorința sa nu este cunoscută de partener, s-ar putea să aștepte în zadar, dacă și-o manifestă direct, declarația de dragoste își pierde din valoare pentru că nu mai este spontană! Același fenomen se întâmplă și în cazul în care unul dintre parteneri nu poate spune „Nu și așteaptă ca această libertate să-i fie dată de celălalt.

Soluția la care se apelează este un limbaj indirect, care mărește distanța psihologică între cei doi, întrucât solicitarea indirectă va fi urmată de unrefuz indirect ce va avea drept consecință credința că o solicitare directă nu ar avea sens. Se poate ajunge astfel la un „dialog al surzilor”, la un schimb bizar de cuvinte, la o politețe bolnăvicioasă, schizofrenică, în care de fapt partenerii se ascund în spatele cuvintelor: „într-adevăr, nu

încerc să-ți spun că aş pretinde să faci ceva pentru mine, spune primul. - Foarte bine, răspunde celălalt, nici eu, într-adevăr, nu te refuz”.

Strategia utilizată în astfel de cazuri constă în a face în așa fel încât persoana care cere ceva să o facă în mod direct, chiar când cererea nu are o motivație foarte clară. Singura problemă pentru consilier este aceea de a găsi un nou cadru de referință care să poată să-l conducă pe client la schimbarea atitudinii sale în acest sens.

Astfel, bunăvoința, „atitudinea pozitivă” a clientului față de partenerul său, pe care nu vrea să-l supere prin cererea sa directă, poate fi redefinită ca involuntar distructivă și, invers, ceea ce el apreciază ca distructiv, adică cererile directe, ca fiind un fapt pozitiv. *De exemplu*, reținerile unui soț de a solicita anumite comportamente din partea soției ar putea fi redefinite ca „o modalitate de a o priva involuntar de ceea ce ea are nevoie cel mai mult: de a simți că el acceptă să-și asume un rol mai «activ»”.

O recadrare asemănătoare poate fi realizată cu ajutorul **metaforelor**:

La nunta de argint, un soț își invită soția la restaurant. în așteptarea mâncărurilor, soția își spune în gând, uitându-se la chiflele de pe masă: „Atâția ani am tăiat de fiecare dată chifla în două și i-am dat lui partea crocantă și bună de deasupra și am oprit pentru mine partea moale și fără gust de dedesupt. Este timpul să procedez invers. Zis și făcut! A tăiat chifla în două și i-a dat soțului partea moale și fără gust! Când Soțul a observat gestul soției, i-a spus: „Draga mea, îți mulțumesc pentru bucuria pe care mi-o faci. Atâția ani mi-ai dat partea uscată a chiflei în care uneori îmi răneam gura, în timp ce tu luai partea pufoasă și moale de dedesupt. (Prelucrare după N. Peseschkian)

5) *Clientul confirmă bănuielile acuzatorului, apărându-se*

Acest tip de soluție (apărarea împotriva bănuielilor) este utilizat în situația în care o persoană bănuiește altă persoană de a fi comis un act pe care cele două părți au convenit să-l condamne - de exemplu, infidelitatea, consumul de alcool, delictul sau necinstea.

Acest „joc acuzare/apărare” poate fi întâlnit la originea unor probleme conjugale („Sunt sigur că are o legătură!”), a unor probleme ce vizează relațiile părinți-copii („Știu sigur că este pe cale să intre în bucluc!”) ori a problemelor de serviciu („Se știe deja că bea la birou!”).

În aceste situații, apărarea acuzatului întărește bănuielile acuzatorului și, cu cât argumentele apărării sunt mai vehement prezentate, cu atât ele devin mai puțin credibile. Știm cu toții - „Nu iese fum fără foc” și „Cine se scuză se acuză!”.

Jocul se va opri când una din cele două părți va pune capăt repetiției. De cele mai multe ori, este suficient ca consilierul să vadă doar „acuzatul” pe care îl va convinge (nu totdeauna este ușor!) că singura cale pentru ca acuzatorul să-și dea seama că a greșit în formularea acuzațiilor sale este aceea de a le accepta și chiar de a împinge acceptarea sa până la absurd!

În cadrul acestei strategii se poate utiliza și tehnica „bruiajului”: scopul său este reducerea valorii informaționale a comunicării interpersonale făcând inutile, în măsura în care nu mai există nici un mijloc de a ști cine spune în mod real adevărul, schimburile verbale între părțile prezente.

Ilustrăm această tehnică cu unul din cazurile pe care Fisch, Weakland și Segal le prezintă în cartea lor. Este vorba de un cuplu în care soția își acuză soțul ca bea alcool pe ascuns. Acesta neagă, fapt ce declanșează jocul fără sfârșit acuzare/apărare.

Consilierul (către soț): *„Indiferent dacă beți sau nu, este foarte important, dacă doriți să vă rezolvați problema, ca soția dvs. să ajungă să ghicească cu mai mare precizie dacă ați băut sau nu. Eu cred că ea nu este așa de perspicace pe cât ar dori ea să fie și tocmai acest fapt trebuie verificat. Va trebui să o ajutați. În această săptămână vreau ca, bând zilnic o cantitate diferită de alcool, să nu vă comportați totdeauna la fel. Într-o seară, de exemplu, vreau ca, după ce ați băut doar un singur pahar, să vă comportați, când ajungeți acasă, ca un om beat. Într-o altă seară, lucrurile se vor întâmpla invers. Și tot așa! De asemenea, va trebui să notați zilnic cât ați băut și maniera în care v-ați comportat.*

Consilierul (Întorcându-se spre soție): *Sarcina dumneavoastră va fi aceea de a stabili dacă apreciați corect cantitatea de alcool băută de soțul dvs. zilnic. Va trebui, de asemenea, să aveți și dvs. propria «agendă». Vreau să nu vă comparați însemnările dvs.; acest lucru îl vom face împreună săptămâna viitoare”.*

Prin această prescripție, consilierul a „bruia” valoarea informațională a comportamentului soțului (ca indicator al consumului de alcool), punând soția într-o situație de incertitudine ce întrerupe practica repetitivă a soluției ce menține problema (acuzare/apărare).

2.7.2. Intervenții generale

Sub acest nume Fisch, Weakland și Segal prezintă câteva atitudini terapeutice cu largă aplicabilitate care, înscriindu-se în același context al intervențiilor paradoxale, pot avea prin ele însele un efect terapeutic specific, ori pot pregăti terenul pentru intervenții ulterioare mai precise.

Dintre acestea prezentăm, pe scurt, următoarele intervenții: „Avansează lent”, „Pericolele ameliorării”, „Agravarea problemei”.

a) *Avansează lent*

Această prescripție este una dintre cele mai utilizate. Deseori trebuie să argumentăm clientului de ce trebuie să progreseze lent; putem să-i spunem, de pildă, că orice schimbare necesită o perioadă de acomodare cu noua situație și că, din această perspectivă, o schimbare rapidă ar solicita la maximum capacitatea sa de adaptare. În plus, nu totdeauna schimbarea cea mai mare este și cea mai utilă din punct de vedere al demersului de consiliere. Adevărata schimbare, cea care durează, este cea care se produce încet, pentru că doar astfel se produc modificări profunde în fiecare dintre noi.

Acest tip de intervenție este foarte util cu clienții care presează consilierul pentru schimbări rapide (sunt clienți care atunci când află câte ședințe săptămânale de psihoterapie sunt necesare pentru rezolvarea problemelor lor, doresc să facă rapid - eventual zilnic - toate ședințele, pentru a grăbi vindecarea), dar și cu cei care afirmă o schimbare rapidă, precisă, după prima intervenție.

Eficiența acestei intervenții este determinată de faptul că, despovărând clientul de obligativitatea schimbării, crește implicit capacitatea de colaborare cu consilierul; rezistența normală a subiectului capătă semnificația unei strategii menite să conducă la o schimbare stabilă.

În plus, principiul avansării lente întrerupe cercul vicios al menținerii problemei generat de încercările prea intense de a o rezolva.

b) *Pericolele ameliorării*

Acest tip de intervenție, deși parțial este o extensie a celei anterioare, capătă o anumită specificitate prin faptul că este utilizat cu scopuri diferite și este în mod deosebit util în anumite cazuri de rezistență.

De cele mai multe ori, clientul este întrebat direct dacă este conștient de existența unor pericole inerente rezolvării problemei sale. După cum ne așteptăm, clientul surprins neagă posibilitatea existenței unor astfel de pericole, cu atât mai mult cu cât el vede în rezolvarea problemei principala sursă de confort și fericire! Consilierul nu trebuie să facă eforturi prea mari pentru a evidenția faptul că orice schimbare are nu numai avantaje, ci și dezavantaje: clientul care vrea să slăbească va trebui să-și retușeze garderoba sau să și-o înlocuiască complet; cel care în urma consilierii devine mai sigur pe el poate deveni ținta criticilor colegilor, critici inhibate de starea lui depresivă anterioară; clientul care-și rezolvă problemele sexuale va avea tendința să recupereze în acest domeniu timpul pierdut neglijând astfel problemele de serviciu etc.

Aceste argumente pot fundamenta atitudinea terapeutică a progresului lent și stimula motivația de colaborare a clientului, mai ales când „pericolele schimbării” ar putea fi trăite de persoanele dragi din jur (soțul ar putea fi destul de necăjit dacă nu ar mai putea să-și manifeste sentimentele sale, ajutându-și soția; cu cât aceasta se schimbă mai lent, cu atât mai mult timp are el pentru a învăța și alte comportamente prin care să-și manifeste sentimentele etc.).

Atitudinea terapeutică ce evidențiază pericolele schimbării ar putea fi utilizată pentru optimizarea colaborării cu clienții care-și manifestă rezistența prin neîndeplinirea prescripțiilor formulate de consilier: „Nu trebuie să vă scuzați că nu ați urmat prescripția dată săptămâna trecută. Este posibil ca, astfel, inconștientul dumneavoastră să vrea să ne spună

ceva. De aceea permiteți-mi deci să vă pun această întrebare: Vedeți vreun pericol oarecare în faptul de a merge mai bine?”.

Consilierul pasează, astfel, mingea în terenul clientului, obligându-l să acționeze. De altfel, una din caracteristicile prescripțiilor paradoxale este aceea că, urmate sau nu, creează obligativitatea schimbării.

c) *Agravarea problemei*

În mod obișnuit, clientul se așteaptă ca intervențiile consilierului să-i amelioreze situația. Cu atât mai surprins ar putea fi el ascultându-l pe acesta spunând că acțiunile sale ar putea să-i facă mai degrabă rău decât bine. Important este însă faptul că consilierul captează astfel mai bine atenția clientului care, având acum o imagine mai clară a lui non-A, se va orienta spre A!

Consilierul ar putea proceda astfel: „Nu știu cum să vă sfătuiesc pentru a vă ajuta, dar pot oricând să vă dau câteva sfaturi clare pentru a agrava situația”. După care el enumera o serie de „soluții care mențin problema” din categoria celor încercate deja de client. Consilierul delimitează astfel foarte clar „terenul minat”, soluțiile ce trebuie evitate, orientând astfel implicit clientul spre zona soluțiilor eficiente.

După această scurtă trecere în revistă a prescripțiilor paradoxale în terapia strategică putem concluziona că, în ciuda diversității lor aparente, ele se rezumă la două tipuri, ambele împrumutate de la M. Erickson (Haley, 1973, 1976): prescrierea simptomului și provocarea rezistenței la schimbare.

Acestea transformă rezistența naturală la schimbare într-un factor al schimbării pentru că, reacționând la cererile (paradoxale) ale consilierului, clienții rezistă, schimbându-se într-un anume fel care rezolvă problema prezentată.

2.7.3. Simularea simptomului

Contrar celor două tipuri de intervenții care-și datorează eficiența provocării rezistenței clienților, tehnica dezvoltată de C. Madanes necesită conformarea acestora la directiva terapeutică. Fiind puși în situația de a se comporta ca și cum ar avea simptomul, clienții ajung în situația de a controla comportamente (manifestări ale simptomului) care sunt, în același timp, definite ca involuntare, incontrolabile. Aspectul ludic evident și faptul că nu implică confruntarea cu clientul diferențiază acest tip de paradox de celelalte.

Această tehnică depozitează simptomul de beneficiile pe care le furnizează purtătorului în cadrul sistemului relațiilor intrafamiliale. Când un client simulează un simptom, membrii familiei sunt rugați să critice performanța sa pentru a o face mai realistă. Astfel, comportamentul familial, care face parte din contextul problemei și care constă de obicei în a ajuta persoana să depășească simptomul, trebuie să se modifice. În loc să ofere susținere și confort psihic, membrii familiei trebuie să se arate critici; în loc de a scoate clientul din situația problemă prin încurajări și mângâieri, ei trebuie să-l incite să-și joace mai bine rolul. Cu cât familia se manifestă mai critic, cu atât devine mai evident că simptomul este artificial și că acest rol nu convine clientului.

Astfel, într-o terapie de cuplu, în care soțul acuza o depresie cronică - reetichetată de consilier ca „iresponsabilitate” întrucât aducea grave prejudicii personale și familiale - clientul primește directiva paradoxală de a simula, de trei ori în săptămâna următoare, că este iresponsabil și incapabil, în timp ce soția trebuia să descopere dacă soțul simulează sau nu. Soțul declară prescripția stupidă, dar în final o acceptă. Prin această prescripție, consilierul creează un context în care, dacă soțul se manifestă ca iresponsabil și incapabil, soția nu va ști dacă el se simte ca

atare sau doar urmează directiva consilierului. De aceea ea nu va mai putea reacționa ca de obicei. În săptămâna următoare totuși, soțul nu a respectat prescripția dată. I s-a cerut atunci să se manifeste ca iresponsabil și incapabil în cadrul ședinței. El se conformează cu mare dificultate, sub ochii critici ai soției sale și ai consilierului, care nu-l găsesc prea credibil în acest rol. Interacțiunea obișnuită a cuplului era, pentru soț, de a se plânge de problemele sale și, pentru soție, de a-i oferi susținere și confort. În ședință, soțul simulează că se plânge de problemele sale, iar soția îl acuză că nu o face într-o manieră convingătoare. Interacțiunea semnifică implicit că este dificil pentru soț să se arate iresponsabil și incapabil (Madanes, 1991, p. 55).

Când o secvență interacțională este etichetată ca simulată, este dificil pentru participanții la interacțiune să revină la vechiul cadru - „acest comportament este real”. Această dificultate va antrena o anume confuzie utilizată de consilier pentru a schimba sistemul de relații pe care se bazează realitatea simptomului. Tehnica simulării simptomului se dovedește deosebit de utilă cu copiii care prezintă probleme ce se dovedesc a fi metafore ale problemelor unor adulți din jurul lor (pe drept cuvânt se spune deseori că problemele copilului sunt simptomul familiei!). Într-un astfel de context, un părinte poate, de exemplu, să primească prescripția de a simula în fața copilului că are nevoie de ajutorul lui (Madanes, 1991).

O prescripție de acest tip este dată când se dorește modificarea eforturilor copilului de a-și proteja părinții prin intermediul unui comportament simptomatic. Consilierul cere părinților să adopte vizibil o poziție de inferioritate în raporturile lor cu copilul, scopul fiind acela de a face în așa fel ca părinții și copilul să reziste împreună la această organizare ierarhică inadecvată și ca familia să se reorganizeze, în cele din urmă, pentru a reda părinților o poziție normală, adică superioară (Madanes, 1991, p. 86).

EXEMPLE DE POVEȘTI UTILIZATE ÎN CONSILIERE

Profesorul, un grădinar

„Munca unui profesor este ca a unui grădinar care are grijă de diferite plante. O plantă iubește strălucirea soarelui, alta umbra răcoroasă; una iubește malul râului, alta piscul sterp al muntelui. Una rodește în sol nisipos, alta în pământ argilos. Fiecare necesită cea mai bună îngrijire potrivită pentru ea; altfel rezultatul este nesatisfăcător”.

Judecata lui Solomon

Două prostituate au venit la rege și s-au plecat în fața lui. Una din femei a spus: „O, doamne, această femeie și cu mine locuim în aceeași casă. Eu am născut un copil și, la trei zile după mine, a născut și ea un copil. Și nu mai era nimeni cu noi în casă. Într-o seară fiul acestei femei a murit deoarece ea s-a așezat din greșeală peste el. Atunci, în toiul nopții, ea mi-a luat fiul de lângă mine, în timp ce eu dormeam, și a pus în locul lui fiul ei mort. Când m-am deșteptat dimineața pentru a-mi hrăni copilul, ce să văd, era mort; dar când m-am uitat mai bine la el, am văzut că acela nu era copilul pe care l-am născut eu”.

Dar cealaltă femeie a spus: „Nu, copilul care trăiește este al meu, iar copilul mort este al tău”. Prima a spus: „Nu, copilul mort este al tău, iar copilul care trăiește este al meu”. Astfel au vorbit ele înaintea regelui. Atunci regele a spus: „Una spune «Fiul meu este cel care trăiește, iar fiul tău este mort»; iar cealaltă spune «Nu, fiul tău este mort, iar al meu este cel care trăiește». Aduceți o sabie”. Astfel, o sabie a fost adusă regelui, iar acesta a spus: „Tăiați copilul în două și dați o jumătate uneia și o jumătate celeilalte”. Atunci femeia al cărei fiu trăia i-a spus regelui: „O, doamne, dă-i ei copilul care trăiește și nu-l ucide”. Dar cealaltă a spus: „Dacă nu va fi al meu, nu va fi nici al tău; împarte-l”. Atunci regele a răspuns: „Dați copilul primei femei și nu-l ucideți; ea este mama sa”. Și

întreg Israelul a auzit de judecata pe care a împărțit-o; și ei s-au plecat cu teamă în fața regelui, deoarece au înțeles că înțelepciunea Domnului era în el, pentru a împărți dreptate.

Trandafirul cu spini

Într-o primăvară, grădinarul unui împărat i-a adus acestuia un trandafir minunat, pe care îl cultivase cu multă grijă. Împăratul l-a luat în mână, încântat de frumusețea lui, dar, înțepându-se în spinii lui, l-a scăpat din mână. Furios, l-a certat pe grădinar: „Degeaba ai lucrat cu atâta silință, floarea ta nu este perfectă. Vezi de lucrează mai bine, altoiește-1, încearcă să obții un trandafir fără spini și vei fi bine răsplătit”.

Grădinarul s-a întors în grădina lui și, după mai multe încercări, a reușit să obțină ceea ce i se ceruse. Repede a dus trandafirul împăratului. Acesta l-a luat în mână și s-a bucurat când a văzut cât de netedă îi era tulpina, dar, când l-a dus la nas pentru a se bucura de parfumul lui, a constatat cu surprindere că nu avea nici un miros. „Ce-ai făcut cu trandafirul?”, l-a întrebat împăratul, din nou furios, pe grădinar. „Nu mai are parfumul minunat pe care i-l știam”. „împărate”, i-a răspuns grădinarul, „orice lucru se schimbă dacă vrei să-1 alto-iești. Și nimic pe lumea asta nu este fără cusur, arbori, flori, oameni. Astfel și acest trandafir, ori înțeapă și are miros, ori nu-nțeapă, dar rămâne fără nici un parfum”.

EXEMPLE DE PRESCRIPTII PARADOXALE

I. Întreruperea cercului vicios al „soluțiilor care mențin problema”

1. *Obținerea unui comportament compulsiv voluntar*

Această abordare presupune o serie de intervenții care vizează reetichetarea unui comportament trăit într-un mod compulsiv (clientul se plânge că nu poate controla simptomul) pentru a-l face „voluntar”: ticuri, compulsii, dureri sau stări dureroase ca urmare a unor situații stresante, enurezis, insomnie etc. Watzlawick citează cazul unei femei care, în timpul zilei, se comporta din punct de vedere profesional impecabil, în timp ce seara se compromitea „incontrolabil”, acostând bărbați și provocând astfel situații periculoase, cu atât mai mult cu cât, deși îi aducea în apartament, îi dădea afară imediat, înainte ca aceștia să obțină „favorurile sale”.

Consilierul recadrează simptomul ca expresie a unei nevoi inconștiente, care n-ar putea fi înțeleasă niciodată, de autopedepsire; el îi cere deci să se expună în mod voluntar unei situații degradante, rușinoase, de fiecare dată când ar mai trăi din nou această nevoie; de exemplu, deși este o persoană care se îmbracă ireproșabil, ar putea să iasă din casă purtând pantofi de culori diferite, sau cu o pată murdară pe față etc. (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

2. *Acuzații inatacabile și negări fără dovezi*

Este vorba aici despre acele situații, frecvente în activitatea educatorilor și asistenților sociali, în care o persoană, cunoscută în trecut pentru „comportament inadecvat”, este bănuită mereu de a fi reluat vechile sale obiceiuri: alcoolism, consum de droguri, furt, imoralitate

sexuală etc „Acuzatorul” găsește ușor argumente pentru a crede că persoana respectivă a recidivat, cu atât mai mult cu cât cel în cauză își proclamă nevinovăția.

În această situație, consilierul își exprimă părerea că a cunoaște exact care este realitatea nu numai că este imposibil pentru el, ci este până la urmă chiar de o importanță secundară. El invită cele două părți în conflict la o întâlnire, își afirmă înțelegerea pentru „acuzator”, dat fiind faptul că toată lumea recunoaște că în trecut a existat un „comportament inadecvat”, apoi lasă să se înțeleagă că „acuzatorul” nu este, poate, un observator destul de bun pentru a aduna noi indicii și îi recomandă să învețe să-și rafineze capacitatea de percepție. Pentru aceasta, ar trebui ca acuzatul să-l „ajute”, prezentându-i diferite modalități de „simulare”.

Unui copil, pe care părinții săi îl bănuiesc de „comportament inadecvat”, i se va ține mai întâi o predică despre ceea ce înseamnă un comportament responsabil, care constă, între altele, în a fi propriul tău sfătuitor. Pentru a pune în practică acest lucru, copilul va trebui, în săptămâna următoare, să facă de mai multe ori ceva care va face plăcere părinților săi, având însă grijă să ascundă acest lucru. Părinții, la rândul lor, vor trebui să încerce să ghicească ceea ce le ascunde copilul lor. Dacă acesta din urmă simte că părinții sunt pe cale de a-l face să vorbească, atunci el va trebui, ca ultimă soluție, să recurgă la minciună, încercând să-i facă să creadă că a comis o faptă rea. Așa după cum ne putem imagina, regulile jocului de sistem, care întrețineau simptomul, sunt complet dezorganizate (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

3. Sabotajul binevoitor

Această abordare este recomandată în special părinților cu adolescenți rebeli. Copilul, devenit adolescent, încearcă să scape controlului exercitat de părinți, care, în schimb, își

întăresc comportamentul autoritar, totul într-o escaladare progresivă, până ia forma unor transgresiuni din ce în ce mai grave și mai periculoase („mai mult din același lucru”).

Pentru a inversa ciclul („mai puțin din același lucru”), strategia sabotajului binevoitor recomandă adoptarea unei poziții slabe, în care părinții să mărturisească copilului că nu mai pot să-l controleze, în care să se arate depășiți, deprimați sau neputincioși, scuzându-se în același timp pentru această situație. Se poate recurge, pentru a convinge părinții să adopte această atitudine, la dorința lor, mereu prezentă, de a plăti copilului cu vârf și îndesat pentru toate neplăcerile. Este important, totuși, ca părinții să acționeze împreună ca să restabilească un front unit, pentru a ieși din „triunghiul vicios”. Dacă acest lucru pare riscant, se poate face „o prescripție a simptomului în interiorul simptomului”, spunându-le că cel mai slab dintre cei doi va face, fără îndoială, ceva pentru ca proiectul să eșueze, dar că este imposibil de prevăzut care dintre ei va fi mai slab.

Sabotajul binevoitor răstoarnă situația tipică a familiei delincventului: în locul părinților ce pedepsesc la vedere, dar care sunt în secret permisivi și ademenitori, avem de-a face cu niște părinți permisivi în mod deschis, binevoitori și fără apărare, dar care pedepsesc în secret într-o manieră împotriva căreia adolescentul nu se mai poate revolta (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975)

4. Pactul diavolului

În disperare de cauză, mai ales în fața unui client care a consultat destui alți „experți” fără a găsi vreodată soluția, sau atunci când simțim că acesta tergiversează fără sfârșit pentru a evita să treacă la acțiune, peconizăm ceea ce Haley a descris, atunci când a trecut în revistă tehnicile utilizate de Erickson, drept „pactul diavolului”. Acesta constă în a obține, din partea

clientului, un angajament „în alb” că va urma prescripția primită de la consilier, oricât de ciudată sau dificilă ar fi ea.

Consilierul îl va asigura că deține un mijloc de a rezolva problema, dar că acest lucru implică un efort din partea clientului și că acesta trebuie să se gândească bine înainte de a da un răspuns, în timpul celei de a doua ședințe. Acest lucru, spune Watzlawick, pune clientul în următoarea dilemă: sau refuză, și încetează terapia, recunoscând astfel că cererea sa, și deci problema sa nu sunt atât de importante, sau acceptă, și se pregătește să efectueze un efort real și deci să iasă din imobilism.

Haley dă drept exemplu niște părinți care își aduc la consultație fiica ce suferă de „fobie școlară”. Întâmplător se află că în familie se mai găsește o fiică psihotică și o bunică senilă. După ce s-a obținut, prin forța argumentelor, acordul părinților că se vor conforma prescripției, oricare ar fi aceasta, consilierul le cere să debranșeze toate televizoarele din casă, atât timp cât fiica nu se întoarce la școală. Cum cealaltă fată și bunica își petrec zilele în fața micului ecran, părinții refuză, amenințând să nu mai pună niciodată piciorul în cabinetul consilierului. Câteva săptămâni mai târziu totuși, ei sună pentru a spune că s-au conformat prescripției și că și-au înscris fiica la o școală unde sunt hotărâți s-o ducă cu forța, dacă este necesar (cf. Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

5. Mai puțin din același lucru

Un cuplu vine la consultație, plângându-se în legătură cu dependența excesivă a soțului față de părinți: aceștia vin la ei, de la celălalt capăt al Statelor Unite, de patru ori pe an, pentru trei săptămâni de fiecare dată, și se ocupă de menaj, controlând și plătind totul. Tânărul cuplu se pregătește cu spaimă pentru aceste vizite, face curățenie generală și umple

cămara cu provizii pentru a preveni inevitabilele sentimente de culpabilitate.

Invocând „imensa nevoie a părinților” de a se simți niște buni părinți care fac totul pentru copiii lor, consilierul le recomandă ca data viitoare, din contra, să lase casa în dezordine, frigiderul gol și să nu protesteze în nici un fel, să nu încerce să-i ajute atunci când părinții se vor comporta ca de obicei. Mai rău: să nu le mulțumească decât din vârful buzelor. Ne putem imagina cum tatăl, la sfârșitul viitoarei vizite, îl va lua pe fiul lui deoparte pentru a-i spune, cu amabilitate dar în mod ferm, că el și soția lui sunt prea răsfățați și că vor trebui să învețe, de acum înainte, să se comporte ca niște adulți independenți! (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

6. *Anunțăm în loc să ascundem*

Problema constă în existența unui sentiment de jenă în legătură cu un comportament pe care clientul se teme că nu-l poate ascunde, deși acesta îi provoacă un puternic sentiment de rușine: a avea trac, a roși, a se bâlbâi, a se teme să nu facă o gafă etc. Tratatamentul va consta în a cere persoanei să arate sau să-și mărturisească jena, în împrejurări pe care le va putea alege singură și pe care le va putea controla. Oratorul va putea anunța în public că are trac. Tânăra fată care roșește ușor va fi poate convinsă că, în toată literatura sentimentală, este lăudat farmecul eroinei care se înroșește de emoție.

Celui care se teme să nu facă vreo gafă (și aici este vorba de o intervenție foarte tipică a școlii strategice) i se va recomanda să planifice cu grijă, în timpul săptămânii următoare, două ocazii în care își va propune să facă o mică gafă jenantă, dar fără consecințe deosebite; această prescripție va putea fi susținută de argumentarea că este vorba de o „experiență” pentru a explora „ce simte el în astfel de împrejurări” și pentru a descoperi „cum poate dezvolta

controlul voinței în astfel de împrejurări” (Watzlawick, Weakland, Fisch, 1975).

7. Prescripția non-schimbării

În acest caz, ce interesează mai ales consilierii care lucrează cu tineri neadaptați, consilierul (supervizat de un alt consilier/co-terapeut) adoptă strategia care constă în a prescrie non-schimbarea. Este vorba de o adolescentă care are un comportament inacceptabil față de mama sa vitregă, îi răspunde grosolan etc. Tatăl mai are doi copii mai mici (tot de la prima sa soție) și un bebeluș de la actuala soție.

Într-o primă întâlnire, fiica plânge și nu vrea deloc să vorbească; mama vitregă își manifestă frustrarea și mânia; tatăl explică faptul că fiica sa a avut o copilărie mizerabilă cu o mamă alcoolică, de care și el a reușit cu greu să se separe.

Consilierul încearcă, mai întâi, să sugereze mai multe activități care vizează implicarea fetei și a mamei vitrege, dar acest lucru nu reușește să îndepărteze obiecțiile mamei.

Co-terapeutul, care observă în spatele oglinzii false (obiect omniprezent în terapiile familiale), trage concluzia că s-a ivit o problemă de comunicare între consilier, care este o femeie tânără și neexperimentată, și mamă, care refuză ca aceasta să-i dicteze comportamentul. Ea convoacă consilierul în sala de observație și recomandă o strategie de restricție a comportamentului: aceasta le va spune că nu este sigură că ar fi bine ca fiica să se schimbe, deoarece în situația în care fiica și mama vitregă ar deveni foarte bune prietene, tatăl ar putea să se simtă exclus, cei doi copii mici ar deveni poate geloși, și chiar mama vitregă s-ar putea, probabil, să nu accepte faptul că a reușit să-și facă datoria mai bine decât propria mamă etc.

Fiecare din aceste profeții în legătură cu eventualele nenorociri ce s-ar putea ivi a fost respinsă cu forță de diverși membri ai familiei, dar la următoarea ședință s-a aflat că mama vitregă a

fost la cumpărături cu fiica și că i-a cumpărat o fustă scurtă îmbrăcămintă care nu era pe placul tatălui). Fata a făcut curățenie în casă și a spălat rufe.

La următoarea ședință, consilierul observă că mama vitregă se coalizează cu fata împotriva tatălui, datorită fustei scurte, și că s-a întâmplat exact lucrul de care îi era teamă: s-ar putea ca tatăl să nu tolereze o astfel de schimbare. Tatăl o asigură că nu este nici o problemă.

Consilierul își exprimă îndoielile privitor la valoarea schimbării observate, este de părere că mama și fiica se achită de obligațiile familiale, dar că, în mod sigur, nu le face plăcere să muncească împreună, și le sugerează să reflecteze mai mult asupra consecințelor nefaste ale unei schimbări înșelătoare.

Săptămâna următoare s-a aflat că tatăl a fost plecat câteva zile de acasă, iar mama vitregă și fiica au petrecut câteva seri împreună, jucând diferite jocuri și simțindu-se foarte bine împreună (Haley, J., 1976).

II. Prescripția simptomului și introducerea unor elemente voluntare în desfășurarea acestuia

1. Modificarea contextului

Modificând contextul în care se desfășoară simptomul, modificăm simptomul și, adesea, acesta dispare brusc sau progresiv.

O clientă avea tendința să-și smulgă părul din cap (ceea ce în limbaj medical se numește tricotilomanie); i s-a cerut ca, pentru fiecare fir de păr smuls din zona din care îl smulgea de obicei (o zonă situată deasupra frunții), să-și smulgă un alt fir de la ceafă. Pacienta și-a dat seama că avea mai puțin tendința de a-și smulge părul de pe frunte, știind că trebuie să facă același lucru și cu părul de la ceafă, în mod deliberat. I s-a dat

apoi o sarcină dificilă, să înfășoare în jurul unui băț de chibrit fiecare fir de păr pe care și l-ar smulge.

Această sarcină s-a dovedit a fi foarte utilă deoarece ceea ce nu știa consilierul era că aceasta avea tendința de a îndepărta rădăcina firului de păr după ce îl smulgea; acest lucru făcea parte din ritual. Clienta și-a dat seama că nu putea să înfășoare firul de păr pe bățul de chibrit deoarece îi lipsea rădăcina firului. A început să-și smulgă mai rar părul. Părul a început să-i crească și pacienta a început să se arate mai interesată de aspectul acestuia: și-a schimbat coafura și a început să poarte unghii lungi artificiale. Descoperind că lungimea unghiilor o împieda să-și mai smulgă părul, a încetat definitiv să mai facă acest lucru (Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

2. Modificarea frecvenței sau ritmului

Un client avea obiceiul să mănânce dulciuri cu frenezie, în timpul unor accese de bulimie. I s-a cerut să mănânce bomboane, în mod deliberat, într-un ritm lent și în afara crizelor de bulimie (Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

3. Schimbarea organizării simptomului în timp

O clientă deprimată a fost sfătuită să-și programeze criza de depresie mai degrabă la o anumită oră în fiecare noapte decât să aștepte ca ea să apară la întâmplare (Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

4. Schimbarea duratei simptomului

Unui client care își spăla mâinile într-un mod „compulsiv” i se poate cere să spele mâna stângă timp de cel

puțin cinci minute și mâna dreaptă nu mai mult de 30 de secunde, la fiecare spălare de mâini (*apud ibidem*).

5. *Schimbarea locului de desfășurare a simptomului*

Un cuplu se plângea de faptul că între ei aveau loc, adesea, certuri inutile și destul de violente, lucru pe care cei doi îl regretau în final.

Consilierul le-a cerut ca, în momentul în care vor începe următoarea dispută, să se ducă imediat în sala de baie. Acolo, soțul ar trebui să-și scoată toate hainele și să intre în cadă; soția trebuia să rămână îmbrăcată și să se așeze pe scaunul de la closet. Pe cât posibil, ar trebui să-și continue cearta, în aceste condiții. Cei doi n-au reușit să continue disputa: au început să râdă de absurdul situației. Mai târziu, atunci când ridicau tonul în timpul unei discuții, unul dintre ei arunca o privire spre camera de baie și începeau amândoi să râdă, evitând, astfel, cearta (Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

6. *Introducerea unui element nou în schema de desfășurare a simptomului*

Unei cliente care avea accese de bulimie i s-a cerut să-și pună pantofii preferați înainte de a începe să se îndoape cu mâncare. Acest lucru a fost suficient pentru a întrerupe schema de comportament și pentru a face să înceteze crizele de bulimie (cf. Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

7. *Schimbarea succesiunii elementelor sau a evenimentelor în schema de desfășurare a simptomului*

O adolescentă era sătulă să tot audă reproșurile tatălui în legătură cu comportamentul său reprobabil. A fost sfătuită să

înregistreze aceste reproșuri și, la momentul potrivit, să-1 depășească pe tatăl său în viteză, dând drumul la înregistrare (Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

8. Divizarea schemei simptomului în elemente mai mici

Unui cuplu i s-a propus să nu se mai certe decât în scris. Bărbatul trebuia să-și rezerve cinci minute pentru a scrie propria sa versiune asupra disputei, apoi trebuia să dea foaia soției, pentru ca aceasta să și-o scrie pe a ei (cf. Hudson O'Hanalon, Weiner-Davis, 1995).

9. Legarea desfășurării simptomului de unele activități neplăcute

Un cuplu, care se afla pe punctul de a divorța, a venit să consulte un consilier. După spusele celor doi, soțul era un „împătimit de muncă” care nu-și ținea niciodată promisiunile de a se întoarce acasă, seara, devreme. Atunci când se întorcea la ora 20 și 30 de minute sau la ora 21, deși ar fi trebuit să plece de la serviciu la ora 17, soția sa îl primea, în mod invariabil, cu reproșuri, după care se pornea cearta. Soțul a început să se întoarcă din ce în ce mai târziu acasă, în speranța că soția sa va fi deja adormită și că va putea astfel să evite cearta lor nocturnă. Singura lui zi liberă era duminică, pe care și-o petrecea, de obicei, dormind sau privind la televizor de pe canapeaua din salon. Soția se plângea că ea nu-și dorea un astfel de bărbat drept soț. Ea prefera, în zilele de duminică, să facă vizite la părinții săi sau la socri, dar soțul său nu agreea aceste vizite și făcea totul pentru a rămâne pe canapea. Soțul a admis că ar putea, în mod rezonabil, să se întoarcă acasă în jurul orei 20. S-a convenit ca soția să nu-i mai reproșeze întârzierile, dar ea trebuia, în schimb, să-și noteze toate aceste întârzieri de după ora 20. La sfârșitul săptămânii,

ea trebuia să facă totalul lor, iar soțul trebuia să consacre acest timp pentru a face vizite rudelor, duminica, fără să se plângă. În scurt timp, soțul s-a întors la timp acasă (Hudson O'Hanlon, Weiner-Davis, 1995 *apud*. Dafinoiu, 2001).

III. Strategii paradoxale în consilierea familiei

Părinții cer copilului să-și manifeste simptomul

Uneori, simptomul unui copil exprimă, în mod analogic, problema unuia din părinții săi. De exemplu, dacă slujba tatălui este una foarte „solicitantă”, copilul poate avea migrene. Simptomul copilului exprimă problema parentală și, în același timp, încearcă să o rezolve, deoarece tatăl uită de „problemele sale de le serviciu”, încercând să facă să dispară migrena fiului său. Cu cât părinții se ocupă mai mult de copil, cu atât ei păstrează funcția simptomului. Relația dintre părinți și copii se bazează pe această susținere binevoitoare. Altfel spus, prin simptom, copilul vine în ajutorul părinților; iar părinții încearcă, fără succes, să ajute copilul să scape de simptom. O modalitate de a rezolva problema este de a face ca părinții să încurajeze copilul să-și manifeste simptomul. În acest mod, asistența mutuală a părinților și a copilului este blocată. Simptomul nu mai are funcția de a ajuta părinții și de a provoca, în schimb, ajutorul lor; astfel el poate dispărea.

Un băiat de doisprezece ani este adus la consilier deoarece își udă patul în fiecare noapte. Această problemă nu are cauze somatice. Mama a fost internată o dată pentru o depresie. Tatăl lucrează multe ore pe zi. Mama se plânge de faptul că soțul îi acordă prea puțin interes și, în schimb, este atras de alte femei.

Consilierul face ipoteza că enurezisul este, pe rând, expresia metaforică a comportamentului incorect al tatălui față de mamă și o tentativă de a-i ajuta, îngrijorându-i destul de mult pentru a-i distra de la problemele lor. Din cauza simptomului, mama se concentrează mai mult asupra enurezisului fiului decât asupra propriei sale depresii sau asupra conflictului conjugal. Tatăl ar trebui să-și ajute mai mult fiul, ar trebui să discute cu mama despre problemele acestuia, uitând și el de problemele conjugale; astfel băiatul își ajută părinții.

Terapia începe prin utilizarea mai multor metode obișnuite pentru a se rezolva problema fiului, cu ajutorul tatălui. Dacă băiatul udă patul, tatăl va fi acela - nu mama - care va trebui să spele cearșaful. Enurezisul fiului va deveni astfel o grijă a tatălui, nu a mamei. Tatăl va trebui, de asemenea, să cumpere un ceas deșteptător pentru ca fiul său să se scoale noaptea și să meargă la baie. Și tot tatăl va trebui să recompenseze fiul dacă acesta nu mai udă patul. Tatăl nu se achită de nici una din aceste sarcini. El se scuză și promite mereu că se va ocupa de această problemă săptămâna următoare.

După mai multe săptămâni, consilierul îi cere tatălui să promită că va fi de acord să îndeplinească o sarcină mult mai dificilă (soluție la care s-a recurs deoarece acesta a dovedit că nu este în stare să se țină de promisiune). Tatăl își dă acordul și consilierul îi cere ca, în fiecare seară, timp de o săptămână, să dea băiatului să bea un pahar mare de apă, să-l oblige să urineze în pat și apoi să-l forțeze să se culce în patul ud. Trebuia să rămână în cameră până când copilul a adormit în patul ud.

Familia a revenit la terapie după opt zile, iar tatăl povestește că a fost torturat de dilema de a se supune sau nu prescripției. A încercat de două ori, dar fiul său a plâns și l-a rugat să nu-l oblige să ude patul. Și-a dat seama atunci că

consilierul nu a dorit cu adevărat ca el să acționeze în acest mod, ci a dorit să-l facă să înțeleagă faptul că are un rol de jucat în rezolvarea problemei.

În următoarele zile tatăl a petrecut mult mai mult timp cu fiul său, a lipsit chiar de la serviciu o zi pentru acest lucru. Fiul n-a mai udat patul în ultimele zile, a fost recompensat pentru aceasta. Tatăl a spus că dorește să-și ajute copilul în felul său, petrecând mai mult timp cu el, ceea ce consilierul a acceptat (Madanes, 1991).

3. Vocea componentă esențială în procesul consilierii

Cărțile consacrate comunicării citează frecvent o cercetare a lui Mehrabian (1969): din totalul mesajelor emise de o persoană, 7% sunt verbale (semnale verbale, cuvinte), 28% sunt paraverbale (semnale transmise de voce) și 65% sunt nonverbale (semnale transmise de corp). Prin urmare, ponderea comunicării verbale este de 35%, restul de 65% revenind comunicării nonverbale.

Limbajul paraverbal se referă la toate manifestările vocale separate de conținutul lor verbal, anume la intonație, accent, dicție, volum, ritm, pauze, modulații ș.a.m.d.

3.1. Tonul

Prin ton se înțelege *înălțimea* cu care se pronunță o silabă, adică felul în care urcă sau coboară glasul în timpul vorbirii. Termenii sinonimi pentru ton sunt „intonație” sau „inflexiune”. Variația înălțimii muzicale a vocii provine din variațiile de ton laringian sau fundamental al vocii.

Înălțimea sunetului se referă la numărul de vibrații pe secundă ale unui sunet. În termenii fizicii, aceasta este *frecvența* sunetului. Cu cât numărul de vibrații este mai mare, cu atât vocea este mai „înaltă”.

Tonul înalt este asociat cu nemulțumirea, iritarea, frica sau revendicările infantile. „Tonul de copil” sugerează nesiguranță, experiență redusă sau lipsă de autoritate. E dificil să fii convingător dacă îl folosești și riști să nu fii luat în considerare sau tratat cu o superioritate îngăduitoare. Există însă și situații în care tonul înalt, copilăros își dovedește eficiența. Acestea sunt, bineînțeles, situațiile de manipulare emoțională.

Când numărul de vibrații este mai mic, avem de-a face cu o voce „joasă”. Este o voce care exprimă calm, competență, siguranță de sine. Acesta e „tonul parental”, la care creierul tinde să răspundă automat prin supunere, deoarece evocă autoritatea părinților, bunicilor sau profesorilor.

Tonul scăzut (înălțimea mică a sunetului) crează senzația de relaxare, control pe situație, forță bine temperată. Este un ton blând, consolator sau securizant, însă când scade foarte mult nu e exclus ca interlocutorul să adoarmă (de aceea se și folosește în hipnoză).

3.2. Accentul

Este o altă formă de modulație a vorbirii, legată de ton. Se referă la rostirea mai puternică sau pe un ton mai înalt a unei silabe, un cuvânt sau chiar un grup de cuvinte.

Mutarea accentului de pe un cuvânt pe altul poate schimba total înțelesul unei propoziții sau fraze.

„Tu trebuie să citești această carte”. (Nu avem ce negocia, nu ai de ales, trebuie să faci asta).

„Tu trebuie să citești această carte” (E ceva ce te privește pe tine, e ceva ce are legătură cu tine).

„Tu trebuie să citești această carte” (Este o carte deosebită).

Persoanele cu un fond afectiv mai sărac sau social inhibitate se exprimă plat și monoton, semănând cu niște roboți. Chiar dacă spun lucruri foarte interesante, felul cum le comunică, lipsit de inflexiuni, le face să pară plictisitoare. La celălalt pol, un mare histrionic te poate captiva citind din „Pagini Aurii” sau din cartea de telefon.

3.3. Volumul

O voce puternică inspiră forță și vitalitate, dar la fel de bine îl poate indica pe cel combativ sau agresiv, care se simte în pericol și încearcă să facă ceva. Cele mai frecvente asocieri pe axa mare-mic a volumului sunt:

- volum mare: obraznic, dominator, vrea să impresioneze, face pe șeful, puternic, vrea să-l știi de frică, crede că ești surd;
- volum mic: pasiv, bleg, fricos, iară inițiativă, nesigur, mototol, evitant, molatec.

Ambele polarități sunt modalități excelente de a atrage atenția. În raport cu cei al căror volum este mediu, a vorbi „tare” sau „moale” este un mijloc de a ieși în evidență.

3.4. Dicția

Numită și „dicțiune”, este arta de a pronunța corect și clar cuvintele. Ca și în cazul volumului mic (vocea „stinsă”), cei care vorbesc neclar sau se bâlbâie își constrâng interlocutorii să le acorde mai multă atenție decât le-ar acorda în mod obișnuit. Cel care are o dicție bună delimitează net sunetele, cuvintele și propozițiile, astfel încât exprimarea lui este inteligibilă și clară.

3.5. Viteza (ritmul)

Ritmul lent este foarte potrivit când informațiile pe care i le transmiți ascultătorului îi sunt total necunoscute. A vorbi lent înseamnă a ține cont de capacitatea lui de a asimila. Marii pedagogi țin întotdeauna cont de nevoile copiilor, pe când „micii” pedagogi, vorbind repede, nu încearcă decât să arate ce

grozavi sunt (iar această nevoie, cum sperăm că îți dai seama, este o nevoie de tip infantil).

Riscul când vorbești lent este să plictisești. Și atunci soluția este să fii flexibil, adică să treci mai repede peste ceea ce este banal sau de bun simț, stăruind mai mult pe ceea ce este esențial sau semnificativ.

Persoanele echilibrate trec cu ușurință, în funcție de context, de la un ritm la altul, fără a exagera. Cei care nu-și modifică deloc ritmul sunt percepuți ca rigizi, inerti, controlați, disciplinați, incapabili sau puțin disponibili să-și arate sentimentele. Labilii emoționali, dimpotrivă, înregistrează mari fluctuații în viteza de vorbire. Persoanele cu o vulnerabilitate de tip histrionic (versatilitate și permeabilitate dispoziționale) intră în această categorie.

3.6. Pauzele

În comunicare, pauzele pot fi la fel de sugestive ca și cuvintele sau modulația vocii. Cum spunea cineva, „sunt cuvinte care îți trec pe lângă ureche și tăceri care îți merg la suflet”.

Pauzele subliniază cuvintele care au fost rostite sau introduc idei importante. Acestea sunt pauzele retorice, „de efect”. Alte tipuri de pauze sunt invitații adresate interlocutorului, pentru a se exprima sau reprezintă modalități de control al rezultatului (impactul mesajului asupra interlocutorului).

Pauzele sunt nimic din punct de vedere al conținutului. Cu toate acestea, ele pot transmite informații mai dense/putemice decât cuvintele (Mitrofan și Nuță, 2005).

4. Evaluarea muncii de consiliere

Succesul unei consilieri, ca și al unei psihoterapii, constă în posibilitatea clientului de a nu rămâne ancorat sau dependent de consilier, ca urmare a deblocării capacității sale de a-și gestiona și rezolva problema într-un mod responsabil. Aceasta presupune că persoana(ele) consiliată(e) învață să emită soluții discriminative, să-și asume consecințele, să evite repetarea erorilor și, în caz de eșec, să aibe capacitatea de a se remotiva pentru o nouă încercare de soluționare a problemelor, utilizându-și toate disponibilitățile și neașteptând permanent o nouă formă de ajutor. Adică, altfel spus, învață să se auto-ajute acceptându-și în același timp limitele și solicitând sprijin numai atunci când nu și-l poate oferi singură, cu adevărat.

Acceptarea unei situații ireversibile, de genul unui handicap și învățarea conviețuirii cu el în condiții de liniște, optimism și menținere a contactelor sociale integratoare poate fi de asemenea un succes al unei consilieri.

Un nivel crescut de autoîncredere și de clarificare asigură autonomia clientului și așterne calea unor comportamente responsabile și unei bune capacități de a face față stressurilor, crizelor sau provocărilor existențiale ulterioare.

Eșecul muncii unui consilier este lesne de observat atunci când persoana consiliată stagnează în reacții de negativism, inerție, lamentativitate, neajutorare și dependență sau își agravează reacțiile dezadaptative ori se ancorează în conduite de șantaj emoțional, comportament protestatar sau revendicativ, perseverând în eroare și autosabotându-se. Acesta este fie semnul unei intervenții neprofesioniste a consilierului, fie este indicatorul necesității unui proces terapeutic mai adânc

și mai bine structurat. În consecință cazul poate fi orientat către un alt consilier.

Uneori, condițiile externe, contextul socio-familial sau socio-cultural pot frâna sau defavoriza demersul unei consilieri individuale, de aceea este necesar ca intervenția să fie pe cât posibil multidisciplinară și să nu ignore nici unul din factorii care pot contribui la o situație de criză. Lucrul cu familia extinsă, de pildă, sau cu colectivitatea implicată, într-o manieră sistemică, lărgeste șansele unei intervenții corecte, de succes (Mitrofan și Nuță, 2005).

BIBLIOGRAFIE RECOMANDATĂ

- Dafinoiu, I. (2001). Elemente de psihoterapie integrativă, Editura Polirom, Iași.
- David, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie*, Editura Polirom, Iași.
- De Vito, J. A. (1993) *Fondements de la communication humaine*. Éditeur: Morin & Associes, Gaetan.
- Frankl, V.E. (1985). "Paradoxical intention" in Weeks, G.R., *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Homewood, Illinois, Dow Jones-Irwin.
- Gherghinescu, R. (2006). *Sinteze de psihologie socială*. Vol.1, Editura Argument, București.
- Golu, P. (2000). *Fundamentele psihologiei sociale*, Editura Ex. Poto, Constanța.
- Lazarus, A.A. (1998). „La therapie multimodale: eclecticisme methodique et integration minimale”, in Norcross, J.C. Goldfried, M.R. (eds.) , *Psychotherapie integrative*, Desclee de Brouwer, Paris.
- Mitrofan, I.; Nuță, A. (2005). *Consilierea psihologică*, Editura SPER, București.
- Myers, G.; Myers,M. (1990). *Les bases de la communication humaine. Une approche théorique et pratique*, Mc.Graw Hill, Montréal.
- Prutianu, Ș. (2000). *Manual de comunicare și negociere în afaceri*. Comunicarea, Polirom, Iași.
- Radu, I. (1994). "Procese și relații de comunicare" în Radu, I.; Petru, I.; Matei, L. *Psihologie socială*, Editura Exe, Cluj Napoca.
- Tomșa, Gh. (1999). *Consilierea și orientarea în școală*, Editura Viața Românească, București.
- Tomșa, I.R. (2010). *Fundamentele psihologiei. Procesualitatea psihică*, Editura Argument, București.

* Ghiduri de bune practici în domeniul clinic
http://www.copsi.ro/index.php?option=com_content&view=