

CURS
NAVIGATOR PACIENTI

SUPORT DE CURS CONCEPT DE PSIHOLOG MALVINA ROȘU

Modul I
Comunicare și interrelaționare cu pacientul și aparținătorii

Cuprins

- 1. Comunicarea ca modalitate fundamentală de interacțiune umană**
 - 1.1 Principiile comunicării eficiente
 - 1.2 Bariere în calea comunicării eficiente
- 2. Terapia cognitiv – comportamentală și comunicarea eficientă**
 - 2.1 Tehnici cognitiv-comportamentale de îmbunătățire a comunicării
 - 2.2 Conduita asertivă
- 3. Studii de caz**
- 4. Aspecte legate de interrelaționare**
 - Vocea
 - Tonul
 - Accentul
 - Volumul
 - Dictia
 - Viteza (Ritmul)
 - Pauzele
 - Limbajul corpului
 - Postura
 - Gestică
 - Zona și distanța

Modul II
Noțiuni de psihologie aplicate în boli cronice

Cuprins

1. Depresia

- Simptome
- Prevalență și evoluție
- Factori genetici/biologici
- Elemente și tulburări asociate
- Depresia în termeni cognitivi-comportamentali/ Intervenții

2. Anxietatea generalizată

- Simptome
- Prevalență și evoluție
- Factori genetici/biologici
- Elemente și tulburări asociate
- Anxietatea în termeni cognitivi-comportamentali/ Intervenții

3. Stresul post-traumatic

- Simptome
- Prevalență și evoluție
- Factori genetici/biologici
- Elemente și tulburări asociate/ Intervenții

4. Pacienții suicidari

- Procesul suicidar
- Indicatori verbali
- Indicatori nonverbali
- Etapa 1 – Ideea
- Etapa 2 – Planificarea
- Etapa 3 – Pilotul automat
- Intervenții
- Strategii de influențare

I. Comunicarea ca modalitate fundamentală de interacțiune umană

Comunicarea poate fi definită ca mod fundamental de interacțiune a persoanelor, realizat prin intermediul simbolurilor și al semnificațiilor social generalizate ale realității, în vederea obținerii stabilității, ori modificării unor comportamente individuale sau de grup.

Procesele de comunicare umană sunt indispensabile în constituirea oricărui grup social, în organizarea activităților comune ale oamenilor, în coordonarea și conducerea acțiunilor colective, precum și în influențarea reciprocă; în munca de echipă comunicarea dintre persoane are un important rol de reglare și de sincronizare a eforturilor individuale, dezvoltându-se un "limbaj al muncii". Dar comunicarea se poate desfășura eficient doar dacă interlocutorii utilizează același cod, același sistem de semnale. Îmbunătățirea comunicării, reprezintă modalitatea principală de îmbunătățire a relaționării în orice grup, cu toate efectele pozitive ce decurg de aici.

După P.Hartley (1993), oamenii își obțin de la ceilalți componentele propriei identități pe două căi, directă și indirectă, caracteristici care se inferă din ceea ce individul este capabil să distingă că are în comun cu alți oameni, sau că are diferit de aceștia.

Comunicarea, ca orice interacțiune, poate fi descrisă ca un proces circular, în care partenerii schimbă mesaje, fiecare primind mesajul celuilalt și fiind modificat de acest mesaj, emițând apoi un răspuns, care îl va modifica pe celălalt. Comunicarea apare, astfel, ca o spirală, în care fiecare, prin acțiunea sa, îl modifică pe celălalt. Fiecare partener va transmite o cantitate de informație, care îi este proprie și apoi își va vedea oglindită, prin răspunsul celuilalt, informația transmisă, putând să infere o serie de elemente: 1) dacă mesajul a fost înțeles; 2) cum a fost înțeles; 3) cum a fost individul perceput de celălalt. Toate aceste semnale îi vor permite să confirme, sau să infirme, o serie de păreri proprii, inclusiv cu privire la sine.

Comunicarea reprezintă astfel esența naturii noastre umane deoarece este procesul prin care fiecare devine ceea ce este din și în relație cu ceilalți. Comunicarea este legată direct atât de nevoia pe care o avem de a ne individualiza (latura psihologică) cât și de nevoia de alții (latura socială). Prin intermediul comunicării ne facem cunoscuți pe noi înșine și reușim să-i cunoaștem pe cei din jur. Comunicarea umană este în același timp comunicare și metacomunicare. Comunicarea verbală reprezintă esența performanței și a competenței umane, sensul inert opunându-i orizontalității comunicării o tendință de verticalizare.

Universul comunicării se lărgeste prin învățare, conținuturile și instrumentațiile cele mai diverse mijlocindu-i omului contractul informațional cu natura, cu sine și cu alții.

Ascultarea este crucială, nu doar în termeni de ascultare deliberată, adică pentru a sesiza conținutul mesajului, ci și pentru a-i înțelege contextul și sentimentele care i se asociază. Empatia oferă abilitatea de a înțelege contextul și sentimentele care i se asociază. Chiar mai importantă decât înțelegerea sentimentelor proprii și ale celorlalți este folosirea informațiilor referitoare la acestea pentru ghidarea modului de a gândi și de acționa. Această abilitate a fost denumită inteligență emoțională.

Comunicarea interpersonală poate varia de la extrem de ineficientă la extrem de eficientă. Nici o întâlnire nu este un eșec total sau un succes total; fiecare putea să fi fost mai rea, dar ar fi putut să fie și mai bună. Au fost identificate mai multe trăsături care să caracterizeze o comunicare eficientă: sinceritatea, empatia, încurajarea, optimismul, expresivitatea și multe altele. Aceste trăsături pot fi specifice unei persoane sau nuși de aici apar diferențele în modul de comunicare a oamenilor. Aceste deficiențe în comunicare pot fi generate de mai multe surse. În primul rând personalitatea individului și apoi procesul de socializare. Relația dintre factorii de personalitate și comunicare a fost studiată și corelațiile descoperite au fost semnificative. Dar un rol deosebit îl joacă și acele dimensiuni ale personalității care rezultă din procesul de socializare cum ar fi imaginea de sine, stima de sine, percepția socială și percepția sinelui, inteligența emoțională. Astfel, de exemplu un comportament asertiv presupune o stimă de sine ridicată și relații interpersonale satisfăcătoare. Terapia cognitiv-comportamentală implică identificarea gândurilor și aprecierilor negative pe care un individ le face asupra propriei persoane și înlăturarea acestora deoarece ele constituie bariere pentru o comunicare eficientă.

Realizarea cadrului propice pentru o comunicare eficientă este absolut necesară oricărei persoane care dorește să reușească pe toate planurile de activitate umană. Abilitățile comunicaționale sunt în mod deosebit valorizate în cadrul procesului de soluționare a conflictelor, percepute nu ca o modalitate de a pune în joc mecanismele autorității și puterii, ci ca fenomene inevitabile ce fac parte integrantă din procesul schimbării, un anumit grad de conflict fiind util pentru vitalitatea relațiilor interpersonale. Negocierea reprezintă cel mai eficient mijloc de comunicare umană, acela care realizează în cel mai scurt timp efectul scontat.

I. 1. Principiile comunicării eficiente

În cadrul oricărei societăți atingerea obiectivelor individuale, succesul relațiilor dintre indivizi, rezultatele grupurilor și ale organizațiilor, eficiența generală a întregii societăți depinde și de comunicarea interpersonală.

Stephen R. Covei (2000) consideră că eficiența, atât personală cât și interpersonală, poate fi atinsă în 7 etape, numite de el deprinderi. Însușirea acestor deprinderi ar asigura succesul și reușita.

1. Principiul proactivității care se referă la ideea conform căreia comportamentul nostru e o funcție a hotărârilor noastre și nu a condițiilor de viață. Suntem în stare de a lua inițiative și de a ne asuma responsabilități.
2. Principiul orientării către finalitatea activității, care are la bază ideea că “Toate lucrurile sunt create de noi” – o creație inițială de ordin mental și o a doua creație în plan fizic.
3. Principiul priorității se referă la punerea în aplicare a primelor două și se referă la problema managementului vieții și al timpului.
4. Principiul reciprocității care se referă la faptul că înțelegerile și soluțiile adoptate sunt reciproc avantajoase, reciproc satisfăcătoare. Ambele părți câștigă dintr-o anumită situație. Presupune învățarea reciprocă, influența reciprocă, avantaje reciproce.
5. Principiul înțelegerii se referă la faptul că adevărat cheie a influenței constă în modul de comportament și pentru a te comporta într-un mod adecvat trebuie să cunoști în detaliu atât situația în general cât și persoana în cauză.
6. Principiul sinergiei. A se comunica sinergetic presupune deschiderea – intelectuală și afectivă – fără rețineri a unor noi posibilități, a unor noi alternative și opțiuni.
7. Principiul reînnoirii – păstrarea și sporirea abilităților în mod continuu și permanent. “Suntem instrumentele propriei noastre activități și pentru a fi eficienți, trebuie să găsim timpul necesar reînnoirii”.(S.R.Covey, 2000, p. 275)

I. 2. Bariere în calea comunicării eficiente

Neînțelegerile dintre oameni sunt obișnuite. Au loc permanent. De fapt, comunicarea eficientă poate fi excepție mai degrabă decât regulă. Heun și Heun (1975) (W. Weiten, 1985) au definit ca fiind o barieră comunicațională orice inhibă sau blochează o comunicare eficientă. Există multe bariere în cadrul comunicării care țin fie de cei doi parteneri, fie de mediul în care se desfășoară comunicarea. (Training Trust Management, 1992):

- defecte fizice și psihice ale participanților;
- modele culturale diferite;
- experiențe anterioare diferite sau contrare;
- stataturi și roluri sociale diferite;
- prejudecăți, presupozii, percepții false;
- neîncredere, lipsă de credibilitate;
- negativism în atitudini și comportament;
- încărcătura emoțională a mesajului;
- volumul și densitatea mesajului;
- forma inadecvată de transmitere;
- ora nepotrivită pentru comunicare;
- intervalul insuficient al comunicării;
- particularitățile mediului ținând de amplasament, umiditate, luminozitate, temperatură, zgomot.

W. Weiten citându-i pe Giffin an Patton (1971), Heun and Heun (1975) și Gibb (1961) aprofundează patru bariere comunicaționale:

Neglijența și nonșalanța fie a sursei fie a receptorului pot crea neînțelegeri. În cazul sursei este de obicei problema de a vorbi fără a gândi. O astfel de persoană va insulta adesea accidental spunând ceva ce nu intenționa. Neglijența poate fi întâlnită mai des din partea receptorului. Este ușor pentru receptor să devină neatent, pentru că oamenii pot procesa mesajele verbale într-un ritm de până la 600 de cuvinte pe minut, în timp ce majoritatea oamenilor vorbesc cu 100 până la 400 de cuvinte pe minut. (Alder & Town, 1975).

Distorsiunea motivațională apare atunci când nu auzim ceea ce nu vrem să auzim. Ca ascultător, fiecare are propriul cadru de referință. Aceasta include anumite atitudini și prejudecăți.

Din cauza aversiunii noastre față de disonanța cognitivă, adesea ascultăm selectiv informația care susține credințele noastre și ignorăm informația care o contrazice. Se poate citi înțelesuri și declarații ce nu au fost intenționate și se pot trage concluzii bazate pe o ascultare superficială.

Preocupare de sine. Unii oameni sunt prea self-centrați pentru a comunica eficient. Ei țin să vorbească neîncetat despre ei. Le place să se audă vorbind, atâta vreme cât au o audiență. Aceste persoane egocentrice au un interes scăzut pentru binele celorlalți și prin urmare au un interes scăzut de a asculta ce au ceilalți de spus.

Apărarea – este probabil cea mai întâlnită barieră în comunicare, și este o preocupare excesivă de protecție pentru a nu fi rănit. Oamenii reacționează defensiv atunci când se simt amenințați. Deși amenințarea poate fi mai mult imaginară decât reală, tot va provoca un comportament defensiv. Apărarea în comunicare a fost studiată de Jack Gibb (1961) ce a enumerat câteva comportamente de comunicare care declanșează defensivitatea:

- Evaluarea. Oamenii tind să fie defensivi când simt că cineva va face o evaluare asupra lor, de orice natură ar fi ea, și astfel devin precauți în comunicare.
- Controlul. Când oamenii se angajează în efortul de a manipula sau controla pe altcineva, persoanele respective reacționează defensiv.
- Superioritatea. Când o persoană încearcă să-și impună superioritatea, ceilalți devin defensivi.
- Siguranța. Persoană dogmatică care spune “eu am totdeauna dreptate”, naște defensivitatea în jurul ei.

După P.Brinster (1997), principalele caracteristici ale unei comunicări defectuoase sunt :

1. atacul la persoană - condamnarea persoanei în loc să se critice comportamentul sau acțiunea care deranjează;
2. apărarea – perceperea reproșurilor ca atac la persoană, fără a verifica dacă sunt justificate;
3. infailibilitatea – persoana consideră că perspectiva sa asupra problemei este cea mai bună și nu acceptă nici o discuție;
4. sentimentul nedreptății – persoana este ferm convinsă că are dreptate și că celălalt tinde să-l nedreptățească;
5. ermetismul – individul își disimulează sentimentele de teamă că ar putea pune în evidență slăbiciunile și ignoranța sa;
6. descentrarea – persoana se pierde în acuzații și reproșuri secundare;

7. deziluzia – persoana are convingerea că, oricum, prin discuție nu se va schimba nimic;
8. agresivitatea – persoana folosește expresii sau intonații ale vocii incisive și umilitoare ca, în mod voit, să-și accentueze amărăciunea și furia;
9. retragerea în sine – persoana refuză dezbateră considerând-o ca nedemnă de ea.

Burns (1989) prezintă o listă în care descrie caracteristicile comunicării ineficiente. (I. Holdevici, 2000).

1. Adevărul îmi aparține: persoana insistă, afirmând că numai ea are dreptate și că celălalt se înșală.
2. Blamul: subiectul afirmă că problema creată se datorează greșelii celuilalt.
3. Martirizarea: subiectul susține că este o victimă inocentă.
4. Descalificarea: persoana afirmă că celălalt greșește sau nu este “ratat”, pentru că acesta “totdeauna” face sau “niciodată” nu face anumite lucruri.
5. Lipsa de speranță: subiectul abandonează disputa, susținând că nu merită să mai încerce.
6. Spiritul revendicativ: individul susține că are dreptul la un tratament mai bun, dar refuză să ceară ceea ce dorește într-un mod deschis și direct.
7. Negarea: persoana insistă că nu se simte supărată, lovită sau deprimată atunci când de fapt așa cum stau lucrurile.
8. Agresivitate pasivă: subiectul se retrage fără să spună nimic; eventual iese “ca o furtună” din cameră, trântind ușa.
9. Autoblamarea: în loc să rezolve problema, subiectul se comportă ca și cum ar fi o persoană demnă de dispreț, autoacuzându-se.
10. Acordarea ajutorului cu orice preț: în loc să ascultăm cât de trist, lovit sau supărat este celălalt, încercăm cu orice preț să rezolvăm problema sau să-i acordăm ajutorul nostru.
11. Sarcasmul: cuvintele sau tonul reflectă tensiune și ostilitate, pe care subiectul nu le recunoaște deschis.
12. Tactica “țapului ispășitor”: subiectul pretinde că cealaltă persoană are o problemă, în timp ce el este fericit, echilibrat și neimplicat în conflict.
13. Defensivitatea: refuzul de a admite că facem ceva greșit sau că avem vreo imperfecțiune.
14. Contraatacul: în loc să conștientizăm ceea ce simte celălalt, îi răspundem la critică cu aceeași monedă.

15. Diversiunea: în loc să se preocupe de modul în care cei doi parteneri se simt “aici și acum”, unul dintre ei sau ambii prezintă liste ale neînțelegerilor și conflictelor trecute.

Tot Burns prezintă și 10 atitudini care ne împiedică să ne exprimăm sentimentele, neexprimarea sentimentelor afectând comunicarea eficientă.

1. Fobia de conflicte – subiectul se teme de conflicte sau de sentimentele de ostilitate exprimate de alte persoane; el crede că oamenii care au relații bune unii cu ceilalți nu se ceartă niciodată. Burns denumește aceste fenomen “politica struțului”, pentru că persoana își ascunde capul în nisip în loc să rezolve în mod deschis problemele care apar în relațiile cu ceilalți.
2. Perfecționismul emoțional – persoana consideră că nu trebuie să trăiască emoții negative ca mânia, gelozia, depresia sau anxietatea. Ea își impune să fie totdeauna rațională și cu un control perfect asupra emoțiilor sale, temându-se ca nu cumva să fie percepută ca slabă și vulnerabilă.
3. Teama de dezaprobare și respingere – individul este atât de îngrozit la gândul că va fi respins și că va sfârși în singurătate încât își inhibă total sentimentele, acceptând chiar ca ceilalți să abuzeze de el, în loc să-și manifeste ostilitatea riscând ca cineva să se supere pe el. El simte nevoia exagerată de a face pe plac celorlalți și de a veni în întâmpinarea dorințelor acestora. Subiectul se teme că oamenii nu îl vor agreea dacă își va exprima propriile idei și sentimente.
4. Agresivitatea pasivă – subiectul își exprimă sentimentele de frustrare și ostilitate în loc să le exprime în mod deschis. În relațiile cu ceilalți se refugiază în tăcere, încercând să-i facă să se simtă vinovați, în loc să-și împărtășească sentimentele.
5. Lipsa de speranță – persoana este convinsă de faptul că relațiile sale interpersonale nu se pot îmbunătăți, indiferent ce ar face, așa că renunță să mai facă vreo tentativă. De asemenea, subiectul crede că a încercat totul și că nimic nu a dat rezultate sau că partenerul său este prea insensibil pentru a se putea schimba. Aceste convingeri acționează ca o profeție autoîmplinită. De îndată ce subiectul renunță, lucrurile rămân neschimbate și acesta ajunge la concluzia că situația este într-adevăr lipsită de speranță.
6. Nivelul scăzut al autostimei – subiectul consideră că nu are dreptul să-și exprime sentimentele sau să le ceară celorlalți anumite lucruri. El își închipuie că trebuie totdeauna să-i mulțumească pe ceilalți și să vină în întâmpinarea dorințelor lor.
7. Spontaneitatea – persoana consideră că are dreptul să spună tot ce gândește sau ce simte când este supărată. Ea este de părere că orice modificare este ridicolă și pare falsă.

8. "Citirea gândurilor" – subiectul crede că ceilalți trebuie să știe ce simte și ce dorește el, fără a fi necesar să-și exprime în mod deschis sentimentele și dorințele. Această atitudine îi oferă o scuză pentru faptul că își ascunde sentimentele și nutrește resentimente întrucât celorlalți pare să nu le pese de ceea ce simte el.
9. Tendința spre maturizare – individul se teme să recunoască faptul că este supărat deoarece nu vrea să dea nimănui satisfacția de a afla că l-a rănit. El e foarte mândru de capacitatea sa de a-și controla sentimentele și de a suferi în tăcere.
10. Nevoia de a rezolva problemele – atunci când avem un conflict cu cineva, facem tot felul de încercări de a rezolva problema, în loc să împărțim în mod deschis sentimentele și să ascultăm ceea ce simte cealaltă persoană.

II. Terapia cognitiv – comportamentală și comunicarea eficientă

Principiul de bază al terapiei cognitiv – comportamentale este că "modurile în care individul se comportă sunt determinate de situațiile indicate și de felul în care subiectul le interpretează" (**Irina Holdevici**, 1996).

Din punct de vedere cognitivist, personalitatea apare ca o "caracteristică individuală a subiectului uman, care determină modul său particular de interacțiune socială, prin care evaluează impresiile, influențele și cerințele mediului și prin care se diferențiază de ceilalți" (**T.B.Sieler**, în vol. "Foundations of Cognitive Therapy", 1984); personalitatea se bazează pe structuri cognitive și pe sistemul structural specific, pe care individul și l-a dezvoltat în timpul vieții și istoriei sale, pe baza influențelor interne și externe. Schimbările la acest nivel se pot produce pe mai multe căi, prin dialog terapeutic persuasiv, sau prin participare directă.

Psihologia cognitivă se ocupă de modalitățile de procesare internă a informației și își are sursele de inspirație în modelele oferite de inteligența artificială, focalizându-se asupra a ceea ce se petrece în creierul subiectului, între stimulul exterior și reacția comportamentală de răspuns. Principiul care stă la baza acestei abordări terapeutice constă în faptul că informația externă este filtrată prin prisma schemelor cognitive de natură inconștientă ale subiectului. Aceste scheme structurează concepția despre lume a individului, acceptă anumite informații, le refuză sau le

deformează pe altele. Schemele cognitive nu sunt altceva decât sistemele de credințe și atitudini care formează stilul personal de valoare a realității specifice subiectului.

“Specialiștii în psihoterapie consideră că la baza formării și menținerii unor simptome și comportamente dezadaptative stau modele de gândire negativă pe care își propun să le restructureze.” (I. Holdevici, 1998).

Psihoterapia cognitiv-comportamentală îl ajută pe subiect să-și identifice și să-și modifice modelele de gândire negativă perturbatoare, precum comportamentele disfuncționale generate de acestea prin intermediul unor tehnici cum ar fi restructurarea cognitivă, dezvoltarea unor abilități de a face față problemelor vieții, desensibilizarea sistematică, precum și exersarea în plan real a unor comportamente dezirabile.

Obiectivul principal al terapiei cognitiv – comportamentale este învățarea de noi modele de comportament și a noi deprinderi de a face față situației, conștientizarea propriilor scheme cognitive și modificarea acestora în direcția unei adaptări eficiente la realitate prin comunicare eficientă cu mediul social.

Problema terapeutului constă în a avea acces la schemele cognitive pentru a le modifica și aceasta nu se poate realiza decât studiind manifestările lor conștiente (Meggle, 1990, după I. Holdevici, 2000):

1. Procesele cognitive (operațiile logice) pe care le folosește pacientul pentru a deveni deprimat sau anxios, pentru a plasa o situație oarecare în tiparele schemei sale cognitive.
2. Evenimentele cognitive care nu sunt altceva decât gândurile și imaginile automate care îi vin subiectului în minte atunci când se simte deprimat sau anxios și care sunt rezultatul interacțiunii “schema” – proces cognitiv și stau la baza tulburărilor emoționale și de comportament.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală îi ajută pe subiecți să-și modifice comportamentul prin modificarea modului de a gândi care la rândul lui va modifica stările afective.

Persoana care izbuteste să-și modifice modelele negative de gândire și să privească viitorul într-un mod mai optimist și mai realist va avea o imagine de sine mai bună, nu va trăi stări de depresie și anxietate, va avea relații satisfăcătoare cu ceilalți precum și un randament sporit de activitate.

Ceea ce trebuie să conștientizeze subiectul este faptul că deși este convins de validitatea gândurilor negative, majoritatea acestora sunt distorsionate și nerealiste. Există totuși situații în

care gândurile negative sunt adevărate și realiste, situație în care subiectul trebuie să facă față în mod adecvat situației. Ideea care se impune este că, subiectul doritor de autoperfecționare trebuie să facă distincția între gândurile realiste și emoțiile adecvate situației și cele distorsionate, autoperturbatoare.

Burns (1989) a identificat zece forme de gândire distorsionată (I. Holdevici, 1999):

1. **Stilul de gândire de tipul “totul sau nimic”** – reprezintă tendința de a aprecia lucrurile în culori extreme: alb – negru. Dacă un anumit lucru nu a realizat perfect, acesta va fi considerat un eșec.
2. **Suprageralizarea** – subiectul consideră un eveniment negativ singular ca reprezentând un model care se va repeta la nesfârșit, utilizând termeni ca “totdeauna”, “niciodată”.
3. **Filtrarea mentală cu concentrare asupra negativului:** subiectul alege un singur eveniment negativ și se concentrează atât de puternic asupra acestuia încât întreaga realitate devine deformată și întunecată.
4. **Desconsiderarea pozitivului** – persoana respinge total experiențele pozitive, afirmând că acestea nu contează. Astfel, dacă aceasta a realizat un lucru bun, își va spune fie că acel lucru nu este suficient de bun, fie că oricine altcineva ar fi procedat la fel.
5. **Desprinderea unor concluzii pripite** – se referă la interpretarea negativă a unor situații atunci când nu există suficiente date care să stea la baza concluziilor trase.
6. **Amplificarea** – subiectul exagerează importanța problemelor sau defectelor sale, minimalizându-și calitățile.
7. **Judecata afectivă** – subiectul presupune că stările sale afective negative reflectă în mod adecvat realitatea.
8. **Imperativele categorice** – individul își spune că lucrurile trebuie neapărat să fie așa cum dorește sau cum se așteaptă el. afirmațiile de tipul „trebuie neapărat”, referitoare la propria persoană conduc la culpabilitate și frustrare, în timp ce același tip de afirmații referitoare la ceilalți sau la lumea înconjurătoare conduc la supărare și frustrație.
9. **Etichetarea** – reprezintă o formă extremă a tipului de gândire „ totul sau nimic”. Etichetarea reprezintă o modalitate irațională de a gândi pentru că oamenii nu pot fi identificați în totalitate cu faptele lor.

10. **Personalizarea** – se referă la faptul că subiectul își asumă responsabilitatea unor evenimente exterioare care nu au nici o legătură cu persoana sa (se simte vinovat de nenorocirile care sepetrec în lume).

Toate comportamentele de eșec își au originea în trăirile anxioase ale subiecților și sunt atât de strâns legate de mecanismele acesteia, încât individul are impresia că nu ar face față existenței în absența respectivelor comportamente cu caracter dezadaptativ. Atunci când au fost puse în acțiune, comportamente de eșec păreau singura soluție logică de a înfrunța niște situații deosebit de stresante. Ulterior, acestea au fost fixate și s-au cristalizat sub forma unor modele comportamentale care conduc la eșec, deoarece subiectul nu a putut suporta intensitatea anxietății potențiale care s-ar fi putut declanșa în condițiile în care aceasta nu ar fi făcut apel la comportamentul dezadaptativ dinainte fixat. Comportamentele de eșec nu-și mai găsesc utilitatea în prezent, ele apărând ca un fel de „cârje” de care individul se ajută pentru a putea face față dificultăților vieții, acesta putând fi învățat că prețul pe care îl plătește pentru menținerea comportamentului de eșec este mult prea mare, atât sub aspect emoțional și comportamental, cât și sub aspectul eficienței în activitate.

Comportamentele de eșec își găsesc explicația în formarea unor convingeri negative ferme cu privire la propria persoană, pe baza unor afirmații întâmplătoare, realizate în copilăria subiectului de către alte persoane, în situații stresante, afirmații care se cristalizează creând o imagine de sine negativă și eronată. Percepțiile eronate și gândurile negative sunt reținute de copil atunci când este lipsit de dragostea și buna comunicare cu personajele semnificative din anturajul său. Comunicarea autentică este denaturată sau lipsește în momentele în care părinții sau educatorii sunt ocupați, supărați sau nepăsători.

În momentele stresante, oamenii tind adesea să spună lucruri neplăcute copiilor lor, iar aceste afirmații au caracter distructiv se stochează și rămân în mintea subiectului sub forma unor gânduri negative disfuncționale cu privire la propria persoană, gânduri care blochează manifestarea disponibilităților psihologice reale. Etichetele negative vor determina modul în care subiectul se va raporta și va interpreta viitoarele situații de viață și este nevoie de suficientă maturitate afectivă pentru ca acesta să înțeleagă faptul că respectiva etichetă nu-l reprezintă cu adevărat ca persoană.

II. 1. Tehnici cognitiv-comportamentale de îmbunătățire a comunicării

Elementele importante pentru o comunicare eficientă sunt:

1. responsabilitatea – acceptarea responsabilității pentru propriile idei și consecințele care pot decurge.
2. respectul pentru părerea celuilalt (chiar dacă nu este acceptată) și pentru persoana celuilalt.
3. Încrederea în forțele proprii și reducerea anxietății anticipatorii și legată de posibilele păreri negative ale altora.
4. feed-back-ul – solicitarea permanentă a feed-back-ului pentru a verifica impactul mesajului transmis.

După P.Brinster (1997) comunicarea defectuoasă poate fi contracarată prin :

1. dezarmare – găsirea a ceva adecvat în reproșurile celorlalți;
2. empatie – să încerce să se pună în locul celuilalt;
3. flexibilitate – se demonstrează interlocutorului că persoana este conștientă de caracterul subiectiv al propriilor opinii și se acordă importanță găsirii unui câmp de înțelegere;
4. centrare – persoana să rămână centrată pe problemă;
5. autenticitate – persoana să spună deschis ce gândește;
6. apreciere – să exprime stimă și respect față de interlocutor, în ciuda reproșurilor.

Burns prezintă următoarele tehnici ale terapiei cognitive:

1. Identificarea distorsionărilor cognitive:

- Identificarea evenimentului perturbator
- Identificarea tipului de distorsionare negativă
- Înlocuirea gândurilor automate iraționale cu răspunsuri mai raționale, ce trebuie să fie credibile, realiste și să le anuleze în mod eficient pe cele negative.

2. Căutarea și verificarea dovezilor

3. **Tehnica unui caz similar** – atunci când subiectul are gânduri excesiv de critice este bine să-și adreseze următoarea întrebare: “oare ce sfat i-aș adresa unui prieten apropiat care seamănă mult cu mine și are aceeași problemă?”.
4. **Tehnica experimentală** – în cazul în care apare un gând negativ, subiectul poate fi învățat să verifice sub forma unui experiment în ce măsură gândul respectiv este adevărat.

5. **Stilul de gândire în nuanțe de cenușiu** – subiectul este instruit să se întrebe dacă nu cumva gândește distorsionat în maniera alb – negru, totul sau nimic.
6. **Metoda interviului** – o modalitate de a evalua veridicitatea gândurilor negative este să ne întrebăm, dacă și alți oameni ar fi de părere că respectivul gând este adevărat.
7. **Definirea termenilor (metoda reducerii la absurd)** – subiectul care se confruntă cu un gând negativ este instruit să definească termenii pe care îi folosește în caracterizarea sa.
8. **Metoda semantică** – reprezintă o tehnică de combatere a afirmațiilor de tipul “trebuie”. Această metodă îl determină pe subiect să înceteze să-și adreseze mereu remarci cu caracter autocritic.
9. **Reatribuirea** – tehnică de combatere a personalizării și autoblamării, prin atribuirea cauzelor care au produs situația respectivă altor evenimente și nu propriilor deficiențe.
10. **Analiza costurilor și beneficiilor.** Această tehnică abordează gândurile negative din perspectiva motivației și nu a veridicității respectivelor gânduri. Analiza costurilor și beneficiilor ajută la evaluarea avantajelor și dezavantajelor stărilor afective a gândurilor negative, precum și a convingerilor disfuncționale în legătură cu propria persoană care îl demoralizează pe subiect.

Aplicarea în mod individual sau în grup a acestor tehnici conduce la construirea unei imagini adecvate despre sine și despre alții, o imagine care permite decentrarea și respectarea părerilor celorlalți. Aceasta imagine se constituie ca premisă pentru dezvoltarea unui mod eficient, asertiv de comunicare în care putem vorbi despre dialoguri și nu despre monologuri paralele.

II. 2. Conduita asertivă

Un comportament asertiv este acel comportament care îi ajută pe oameni să acționeze în direcția intereselor lor prin exprimarea directă și onestă a gândurilor și sentimentelor proprii. (Alberti & Emmons, 1974; Longe & Jakubowski, 1976). Comportamentul asertiv va permite individului să își îndeplinească propriile nevoi fără a le leza pe ale altora.

“Asertivitatea reprezintă o atitudine și o modalitate de acțiune în acele situații în care trebuie să ne exprimăm sentimentele, să ne revendicăm drepturile și să spunem “nu” atunci când nu suntem dispuși să facem un anumit lucru.” (I. Holdevici, 2000).

La bază, asertivitatea implică afirmarea și susținerea drepturilor personale atunci când cineva le încalcă. Acest lucru poate fi efectuat prin vorbire directă și nu răspunzând în același mod. Comportamentul asertiv reprezintă calea de mijloc între două extreme: agresivitatea și supunerea.

Conduita non-asertivă sau submisă presupune desconsiderarea propriilor drepturi și supunerea exagerată față de dorințele și nevoile celorlalți. În mod tipic, cea mai mare problemă a lor este că nu pot refuza cererile iraționale. Aceste persoane au dificultăți în a-și exprima dezacordul și dezaprobarea față de ceilalți și să ceară lucruri pentru ei. Conform terminologiei caracteriale pot fi caracterizate ca timide, rușinoase, retrase, defensive. În cazul în care transmit celorlalți un mesaj care reflectă nesiguranța lor în legătură cu dreptul de a cere ceva, aceștia din urmă vor avea tendința să le desconsidere solicitarea. Deși rădăcinile nonaservității nu sunt cunoscute, ele par a se găsi în grija excesivă de a câștiga aprobarea socială din partea celorlalți. Totuși, această strategie nu are șanse de reușită pentru că ea va atrage disprețul mai degrabă decât aprobarea celorlalți.

Comportamentul agresiv este mai greu de diferențiat față de cel asertiv. În principiu, diferența este foarte simplă. Comportamentul agresiv implică intenția de a-l lovi pe celălalt, în timp ce comportamentul asertiv nu include asemenea intenții. Problema în viața reală este că uneori cele două se pot suprapune. Oamenii în general izbucnesc în fața celorlalți în timp ce își susțin drepturile (în timpul aserțiunii). Provocarea este a fi asertiv și sigur pe tine, fără a merge prea departe și a deveni agresiv inutil. Persoanele agresive sunt insensibile față de sentimentele și drepturile celorlalți și încearcă să obțină ceea ce doresc prin utilizarea constrângerii și intimidării. Recurgând la forță, acești subiecți reușesc să creeze pretutindeni conflicte și animozități, determinându-i pe ceilalți să adopte un comportament defensiv sau să treacă la luptă deschisă.

Există și indivizi care nu-și manifestă în mod deschis agresivitatea, ei comportându-se într-o **manieră pasiv-agresivă** și opunând o rezistență indirectă la solicitările celorlalți. O asemenea persoană este caracterizată de F. LeLord și C. Andre (1988) astfel: manifestă rezistență la exigențele celorlalți, atât în domeniul profesional cât și în viața personală, discută excesiv de mult ordinele, critică figurile autorității, într-un mod ocolit “tărăgănează” lucrurile, este intenționat inefficient, stă îmbufnată, “uită” anumite lucruri, se plânge că ar neînțeleasă ori desconsiderată, sau că este rău tratată. Acest gen de comportament este inefficient, pentru că generează ostilitate și resentimente în rândul celorlalți și, datorită acestei atitudini din partea celor din jur, persoanele respective obțin rareori ceea ce vor.

Promotorii asertivității susțin că acest tip de comportament este mult mai adaptiv atât față de cel submisiv în cazul relațiilor interpersonale încordate, în timp ce comportamentul agresiv tinde să promoveze vina, dizarmonia și indiferența. Spre deosebire de acestea, comportamentul asertiv presupune o stimă de sine ridicată și relații interpersonale mai satisfăcătoare.

O altă variantă a comportamentelor non-asertive este reprezentată de **stilul manipulativ**. Persoanele caracterizate prin acest mod de comportament obțin ceea ce vor deoarece îi determină pe ceilalți să simtă vinovăție sau compasiune față de ei, pozând în victime sau în martiri. Metoda manipulativă funcționează numai în situațiile în care persoana vizitată nu realizează ceea ce se petrece.

“Spre deosebire de metodele de comportament descrise anterior, comportamentul asertiv implică solicitarea propriilor drepturi sau refuzul unor saecini într-o manieră simplă, directă, deschisă, care nu urmărește să nege, să atace sau să-i manipuleze pe ceilalți.

Această atitudine presupune respect și considerație față de propria persoană și față de cei din jur.” (I. Holdevici, 2000).

Antrenamentul asertiv a fost introdus de Andrew Salter. După Forsyth, antrenamentul asertiv este un program de dezvoltare, care se desfășoară individual sau în grup și care urmărește dezvoltarea abilităților de exprimare a sentimentelor, de respingere sau modificare a credințelor iraționale.

Scopurile antrenamentului asertiv au fost enunțate ca fiind:

- conștientizarea de către subiect a drepturilor sociale ce îi revin;
- operarea diferenței dintre nonaservitate și agresivitate;
- dezvoltarea unor deprinderi verbale și nonverbale.

Parcursul antrenamentului asertiv presupune:

- învățarea răspunsurilor specifice (modelare și instructaj);
- reproducerea răspunsurilor (joc de rol);
- redefinirea răspunsurilor în funcție de feed – back;
- restructurarea cognitivă (schimbarea credințelor iraționale);
- generalizarea instructajului, adaptarea la noi comportamente in vivo și încurajarea generalizării lor în noi situații.

Antrenamentul asertiv are la bază trei principii:

1. Atunci când cineva face ceva bun pentru tine, trebuie să faci ceva bun pentru el.
2. dacă oamenii fac ceva rău în defavoarea ta și nu conștientizează că au un comportament indezirabil, trebuie să le întorci și celălalt obraz, depășindu-ți furia, tolerându-le imaturitatea și discutând cu ei cu altă ocazie.
3. atunci când cineva îți face rău și după ce încerci de două ori să rezolvi problema cu acea persoană și nu obții nici o schimbare în comportamentul său, trebuie să-i provoci o frustrare sau un discomfort egal dar:
 - (1) fără furie,
 - (2) fără să te simți vinovat,
 - (3) fără compasiune exagerată,
 - (4) fără frică de reacția sa,
 - (5) fără frică de durere fizică sau
 - (6) probleme financiare care ar putea apărea.

Pentru a putea urma un program de antrenament asertiv, primul pas constă în înțelegerea naturii asertivității. Pentru persoanele care nu cunosc acest lucru, procesul de clasificare este esențial. Diferențele pot fi conceptualizate în termeni de cum se comportă oamenii față de propriile drepturi și față de drepturile celorlalți. Persoanele pasive își sacrifică propriile drepturi. Persoanele agresive tind să ignore drepturile celorlalți. Persoanele asertive iau în considerare atât drepturile proprii cât și ale celorlalți.

Al doilea pas constă în monitorizarea propriului comportament asertiv. Pentru majoritatea oamenilor, asertivitatea variază de la o situație la alta. Cu alte cuvinte, ei pot fi foarte asertivi în anumite situații și timizi în altele. De aceea, după înțelegerea naturii asertivității, se impune monitorizarea comportamentului și identificarea acelor situații caracterizate de nonasertivitate.

Al treilea pas îl constituie modelarea comportamentului asertiv. Odată identificate situațiile nonasertive, este recomandabilă observarea unei persoane care se comportă asertiv în aceste situații și imitarea acestui tip de comportament. Acest lucru este recomandat pentru că astfel se învață pe de o parte modul de comportare în situații dificile și pe de alta se observă recompensele pentru un comportament asertiv care vor întări tendințele spre asertivitate.

După module urmează punerea în practică a comportamentului asertiv. Aceasta împreună cu îmbunătățirea graduală constituie cheia către punctul optim. Punerea în practică poate lua forme

diferite, fie reprezentarea vizuală a unor anumite situații și a modului de comportament adecvat situației respective, fie apelând la un terapeut sau la un prieten pentru joc de rol. Apoi urmează transferul la situația reală a respectivelor comportamente.

Ultimul și cel mai important pas îl constituie adoptarea unei atitudini asertive. Majoritatea programelor de antrenament asertiv impun învățarea anumitor răspunsuri pentru situații specifice. Totuși, unii experți ca Shoemaker, Satterfield au subliniat faptul că, din nefericire, situațiile reale nu sunt acoperite de cele descrise în cărți. Prin urmare mult mai important decât învățarea anumitor răspunsuri, îl reprezintă însușirea unei noi atitudini care să exprime ideea că nu te mai vei lăsa dat la o parte de ceilalți. Deși, majoritatea programelor nu menționează explicit despre atitudine, ele o formează indirect și această atitudine este probabil crucială pentru însușirea comportamentului asertiv.

Antrenamentul asertiv face parte din psihoterapiile de orientare comportamentală. “Baza teoretică a terapiilor comportamentale își are originea în teoriile învățării, care considerau că personalitatea umană se structurează și funcționează în raport de stimuli exteriori, de situațiile, rolurile și interacțiunile sociale și nu de forțele psihice interne, abisale.” (I. Holdevici, 1998).

Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizată atât ca metodă de desensibilizare cât și de formare a unor abilități de a face față diverselor situații de viață. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul subiecților care în mod constant îi lasă pe ceilalți să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor sau au dificultăți în stabilirea unor contacte interpersonale datorită anxietății accentuate care îi împiedică să se exprime liber.

Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăța pe subiect să-și exprime deschis și adecvat gândurile și sentimentele. Se acordă o atenție specială dezvoltării unor abilități și deprinderi de relaționare interpersonală.

Bourne (1995) prezintă un model de antrenament asertiv în patru trepte. (I. Holdevici, 2000):

1. **Formarea comportamentului asertiv non – verbal.** Acest comportament presupune:
 - Persoana asertivă trebuie să privească interlocutorul drept în ochi când i se adresează. Orientarea privirii în jos sau spre lateral indică nesiguranța în legătură cu ceea ce solicită. Conduita diametral opusă, și anume fixarea interlocutorului cu privirea are de asemenea efecte negative, pentru că îl poate pune pe acesta într-o poziție defensivă.

- Adoptarea unei posturi care să exprime deschiderea. Astfel, dacă subiectul este așezat, el nu trebuie să-și încrucișeze picioarele și brațele și nici să țină trunchiul aplecat. În cazul în care stă în picioare, este indicat să mențină o poziție dreaptă, sprijinindu-se pe ambele picioare.
 - Subiectul care comunică trebuie să se plaseze drept în fața interlocutorului și nici să facă mișcări care să sugereze retragerea.
 - Interlocutorul trebuie tratat cu calm. În cazul în care subiectul în cauză este nervos este de dorit ca el să se descarce în altă parte.
2. ***Recunoașterea propriilor drepturi și efectuarea unor exerciții de luptă pentru obținerea acestora.*** Bourne prezintă o listă a drepturilor unui adult pe care mulți se pare că le uită din cauza educației sau a experiențelor de viață trăite anterior.

Lista drepturilor personale

1. Am dreptul să solicit ceea ce doresc.
2. Am dreptul să refuz solicitările cărora nu le pot face față.
3. Am dreptul să-mi exprim sentimentele, pozitive sau negative.
4. Am dreptul să-mi schimb opiniile.
5. Am dreptul să comit greșeli și să nu fiu totdeauna perfect.
6. Am dreptul să mă conformez propriilor mele sisteme de norme și valori.
7. Am dreptul să spun “nu” la tot ceea ce mi se pare că nu sunt pregătit să fac, este periculos sau îmi încalcă sistemele de norme și valori.
8. Am dreptul să-mi stabilesc propriile sisteme de priorități.
9. Am dreptul să nu mă simt responsabil pentru comportamentele, acțiunile, sentimentele și problemele celorlalți.
10. Am dreptul să solicit onestitate din partea celorlalți.
11. Am dreptul să mă supăr pe o persoană la care țin.
12. Am dreptul să fiu eu însumi.
13. Am dreptul să mă simt speriat și să spun acest lucru celorlalți.
14. Am dreptul să spun “nu știu”.
15. Am dreptul să nu prezint scuze și să nu-mi motivez comportamentul.
16. Am dreptul să iau decizii bazate pe propriile mele sentimente.

17. Am dreptul să-mi satisfac propriile trebuințe în timpul și în locurile pe care le consider potrivite.
18. Am dreptul să mă distrez și să fiu frivol.
19. Am dreptul să fiu mai sănătos decât cei din jurul meu.
20. Am dreptul să mă aflu într-o ambianță în care nu se abuzează de persoana mea.
21. Am dreptul să-mi fac prieteni și să mă simt bine în preajma celorlalți.
22. Am dreptul să mă schimb și să evoluez.
23. Am dreptul la respect din partea celorlalți față de propriile nevoi și dorințe.
24. Am dreptul să fiu tratat ca o persoană demnă și plină de respect.
25. Am dreptul să fiu fericit.

3. Conștientizarea propriilor sentimente, dorințe și trebuințe

Este dificil ca o persoană să devină asertivă dacă nu-și dă seama ce simte, ce dorește și ce nu dorește. Comportamentul asertiv presupune ca subiectul să spună deschis ce simte și ce anume dorește. Este greșită presupunerea că ceilalți știu ceea ce dorește el, fiind necesar să-și exprime clar dorințele pentru că ceilalți oameni nu au posibilitatea să citească gândurile.

4. Exersarea răspunsurilor asertive

- Descrierea problemei

Subiectului i se cere o descriere exactă a situației care îl supără. Aceasta trebuie să cuprindă atât referiri la persoana care îi crează probleme (cine), perioada când are loc interacțiunea disfuncțională (când), ce anume îl supără, cum consideră că ar putea rezolva situația, temerile legate de punerea în acțiune a comportamentului asertiv, cât și obiectivele vizitate în situația respectivă.

- Declanșarea răspunsului asertiv Odată definită situația, urmează elaborarea răspunsurilor asertive, care se realizează în mai multe etape:
 - Evaluarea drepturilor personale în cadrul situației date;
 - Precizarea perioadei de timp în care subiectul dorește să se producă schimbarea;
 - Interlocutorul trebuie informat cu exactitate care este problema și care sunt consecințele acesteia asupra persoanei în cauză;
 - Subiectul trebuie să-și exprime clar și sentimentele legate de situația creată, solicitările efectuate la schimbarea dorită și consecințele rezolvării problemei pentru ambele părți;

- Nu se acceptă sub nici o formă ca subiectul să se scuze atunci când solicită ceva. Astfel, aceasta nu trebuie să spună “vă rog să mă iertați că abuzez de timpul dumneavoastră, dar aş dori să ...”, ci doar “aş dori să ...”. În cazul în care interlocutorul reacţionează agresiv, critic sau sarcastic, solicitarea trebuie repetată cu calm şi fermitate;
- Pentru o obţine rezultatul dorit este necesar ca subiectul să solicite, nu să comande sau să impună ceva altei persoane. Impunerea şi comanda reprezintă moduri agresive de comportament care se bazează pe supoziţia falsă a subiectului că totdeauna are dreptate şi că cele solicitate i se cuvin;
- Este indicat să se negocieze în mod deschis şi să fie expuse câştigurile obţinute de ambele părţi în cazul în care partenerul cooperează.

Un aspect important al comportamentului asertiv constă în capacitatea de a refuza o solicitare ce contravine propriilor dorinţe şi nevoi. Pentru situaţiile mai dificile Bourne sugerează parcurgerea următoarelor etape (I. Holdevici, 2000):

1. repetarea solicitării pentru ca interlocutorul să fie încredinţat că s-a înţeles despre ce este vorba;
2. prezentarea motivelor refuzului;
3. exprimarea refuzului;
4. propunerea unei alternative convenabile pentru ambele părţi.

În majoritatea cazurilor, comportamentul asertiv duce la obţinerea rezultatelor scontate. Trebuie subliniat faptul că un comportament asertiv implică dezvoltarea mai multor abilităţi de comunicare, cum ar fi, de pildă, abilitatea de a-l asculta pe celălalt şi de a negocia o formulă de compromis care poate satisface ambele părţi.

III. Studii de caz

Vom prezenta în cele ce urmează câteva studii de caz care pot exemplifica modul în care se poate lucra în direcţia învăţării unei conduite asertive în rezolvarea conflictelor astfel încât acestea să fie declarate, înţelese de către persoanele implicate şi rezolvate. S-a lucrat în cadrul unui grup real.

Situaţiile prezentate au pornit de la tehnica de caracterizare reciprocă.

Tehnica a fost descrisă în lucrarea "Teoria educației în sprijinul orelor de dirigentie" (Steliana Năstăsescu – Cluceru și Steliana Toma, 1993) și constă în caracterizarea fiecărui membru al grupului în fața celorlalți. Fiecare persoană își alege o grupă de patru sau mai mulți colegi care îl vor caracteriza. În etapa următoare acesta va trebui să se caracterizeze el însuși. În final consilierul poate prezenta rezultatele obținute la o probă obiectivă de evaluare a personalității.

Exercițiul este foarte util în special în grupurile reale, având ca efect și punerea în evidență a potențialelor conflicte între membrii grupului.

Exercițiul presupune un număr de participanți : 10-30 de persoane; durata : 20 de minute pentru fiecare participant; este posibil să fie necesare mai multe întâlniri, în funcție de dimensiunea grupului.

Fiecare participant își va alege o echipă de 4 – 7 colegi de care se simte mai apropiat, pentru a – l caracteriza; aceștia pregătesc o caracterizare pe care o prezintă în fața grupului; în a doua etapă subiectul caracterizat își exprimă opiniile cu privire la ceea ce au spus colegii și se descrie el însuși. Poate exista și o a treia etapă care presupune caracterizarea de către consilier, pe baza rezultatelor obținute la un inventar de personalitate.

Obiectivele sunt de intercunoaștere la nivelul grupului; de cunoaștere a părerilor celorlalți și de a oferi posibilitatea corectării acesteia; de conștientizare și verbalizare a opiniei proprii a persoanei despre el însuși.

O astfel de metodă permite, nu doar o autocunoaștere aprofundată, cât, mai ales, oferă individului posibilitatea de a cunoaște părerea celorlalți despre el. Fiecare subiect caracterizat poate cere lămuriri, poate face comentarii, își poate exprima opinia asupra a ceea ce cred ceilalți despre el, putându-se modifica astfel anumite prejudecăți sau păreri eronate, pe care le au unii în raport cu ceilalți.

Comunicarea devine mai adecvată, asertivă fiecare cunoscând, cel puțin parțial, ceea ce gândește celălalt despre el. Cunoscând distorsiunile oglinzii, fiecare se poate oglindi mai bine în ceilalți, astfel încât să obțină o imagine cât mai apropiată de adevăr a eului propriu. Persoana poate deveni mai sigur de posibilitatea de a descifra corect mesajele oferite, fiind capabil să dea un răspuns mai adecvat, care să fie recepționat mai aproape de realitate.

Ana și Florin

Încă de la începutul întâlnirii era evidentă existența unei atmosfere tensionate între cei doi, care, de altfel, sunt în relații destul de apropiate. Li s-a propus să discute problema dar au refuzat afirmând că “nu este nici o problemă”. Atmosfera tensionată persista.

În sesiunea respectivă Ana urma să fie caracterizată de ceilalți colegi. Vom reda în continuare un fragment de dialog.

Terapeutul : “Florin este rândul tău”

Florin : “Nu știu dacă vreau să spun ceva; tot ce aș spune acum ar fi de rău.”

T. :” Bine cum dorești.”

F. : “N-aș prea vrea să o caracterizez. Acum îmi vin în minte doar lucrurile rele. (Face o pauză; continuă să se uite în pământ) Este o fată deosebită, o prietenă nemaipomenită. Eu țin foarte mult la ea și mă deranjează când ea nu are încredere în mine.”

T.:” Nu are încredere în tine.”

F :” Era un moment în care aveam nevoie să aibă încredere în mine. Și în loc de asta m-a tratat ca pe un copil mic. Imi tot dă sfaturi, de parcă n-aș fi în stare să mă descurc singur.”

T.:”Florin, spune-i Anei toate acestea.”

(Ana stătea în banca din fața lui Florin cu fața către el; Florin stătea, în continuare cu ochii în pământ, ridicându-i doar din când în când către consilier.)

F.:” Nu pot să-i spun ei.”

T.:” Încearcă totuși!”

F.: (ridică ochii, începe să spună ceva, se întrerupe) “Nu, nu pot.”

T.:” Florin, spune-i Anei ce ți-ai dori de la ea.”

F.:(inițial cu ochii plecați, ulterior îi ridică) “Eu țin foarte mult la tine și mă deranjează când tu nu ai încredere în mine. Nu vreau să-mi dai sfaturi. Vreau să ai încredere că pot să mă descurc singur.”

T. :” Ana, ai vrea să-i răspunzi ?”

(deja cu lacrimi în ochi) “Da, Florin, știu că am tendința să dau prea multe (sfaturi; așa-i felul meu.”

F. :” Știu, dar pe mine mă deranjează. Am impresia că tu nu ții la mine.”

A.:” Ba da, Florin, asta-i modul meu de a arăta că-mi pasă. De fapt nici nu am știut că te deranjează atât de mult.”

F. :” Dar ți-am spus.”

A.:” Cred că nu te-am prea ascultat. Știi, am să încerc să am mai multă încredere în tine. Imi pare rău.” (se ridică și-l îmbrățișează; amândoi zâmbesc, Ana printre lacrimi).

În acest caz sarcina terapeutului a fost destul de ușoară, ambii protagoniști ai conflictului dorind rezolvarea acestuia. Problema a fost că, atâta vreme cât au discutat singuri nu au fost capabili să treacă de propriile sentimente rănite și să-l asculte pe celălalt. Terapeutul a mediat realizarea unei ascultări eficiente.

Ana a fost respinsă (sau a avut impresia că a fost respinsă) la intrarea ei în acest colectiv și de aceea are tendința, în mod compensator, să ofere altora ce și-ar fi dorit ea la venirea în clasă. Are tendința să fie “mămoasă”, protectivă cu membrii colectivului și să ofere sprijin afectiv.(Această tendință poate fi explicată și de faptul că ea este cea mai mare ca vârstă în grup). Această tendință a putut fi constatată și pe parcursul altor ședințe, în special față de noii veniți în colectiv.

Florin este un tânăr de 19 ani, care începe să își definească identitatea de bărbat. Modul în care l-a tratat Ana l-a deranjat foarte tare, cu atât mai mult cu cât acordă foarte mare importanță părerii celorlalți și este, într-o oarecare măsură, un lider al grupului. Este, de asemenea, foarte apropiat de Ana.

Conflictul a apărut pentru că Ana a oferit ceea ce credea ea că Florin are nevoie. Acesta, deranjat, a ripostat agresiv. Riposta lui agresivă a făcut-o pe Ana să se apere. Astfel fiecare era prea ocupat să se simtă prost și să se apere pentru a mai avea timp să-l asculte pe celălalt. Secvența de terapie a permis coborârea barierelor de apărare și realizarea, în final, a unei comunicări autentice.

Analiza dialogului pune în evidență o serie de elemente. La început, Florin afirmă că n-ar putea spune ceva bun despre Ana, dar începe cu ceva pozitiv, cu faptul că ține la ea. Contradicția apare datorită raționalizării, el considerând că va spune ceva negativ, pentru că starea sa este negativă. Dar dacă convingerile se schimbă mai rapid, sentimentele se schimbă mai încet. Astfel afirmația sa ținea de perioada de dinaintea conflictului. De altfel, afirmația a fost foarte bună, pentru că investiția pozitivă a condus la coborârea barierelor și, în acel moment Ana a început să-l asculte.

Dialogul a fost la început destul de impersonal. În ciuda distanței fizice foarte mici între cei doi, Florin era destul de departe. Se uita în jos și nu se adresa nimănui, sau se adresa, cel mult,

terapeutului. Când acesta i-a cerut să personalizeze discuția, să-i spună direct Anei ce avea de spus, a apărut blocajul. În urma insistențelor, blocajul a cedat și discuția a devenit din ce în ce mai personală, astfel încât la sfârșit nu a mai fost nevoie de intervenția terapeutului, ei fiind în stare să discute singuri, în mod real și autentic, ascultându-se unul pe celălalt.

Succesul demersului terapeutic a fost demonstrat de îmbrățișarea de la sfârșit, ca și de figurile și posturile mult mai destinse ale celor doi participanți.

Mihai

Mihai a spus inițial că nu dorește să fie caracterizat de ceilalți membri ai grupului. Ulterior, fără nici un fel de presiune, și-a schimbat părerea, afirmând că dorește totuși să cunoască părerea celorlalți despre el.

Pe măsură ce colegii îl caracterizau, figura lui Mihai devenea din ce în ce mai mohorâtă. Caracterizările tuturor au gravitat în jurul unui model general care îl prezenta pe Mihai ca fiind un tip închis, foarte puțin sociabil, atașat doar de un alt coleg nou venit (care fusese la rândul lui caracterizat ca fiind “ciudat”) incapabil să se impună și care se lasă călcat în picioare.

În final, a trebuit să-și exprime propria opinie despre ce spusese colegii lui despre el.
Mihai :” Da...probabil toți au dreptate. Dar, de fapt, ei nu mă cunosc.”

Terapeutul :” Atunci spune-le ce ar trebui să știe.”

M. :” Oricum nu vor să audă. Oricum nu mă ascultă.”

T. :” Acum te ascultă. Spune-le !”

M. : (ezită)” Știu de ce consideră ei că mă las călcat în picioare. Dar...”

Florin (îl întrerupe)” Nu zici nimic. Ne lași pe noi să facem ce vrem cu tine și nu zici nimic. Pe mine asta mă ambiționează, îmi vine să-ți fac și mai multe. Ca atunci în autobuz.”

T. :” Ce s-a întâmplat în autobuz ?”

Ana:” Florin și Alex l-au dus până la capătul unei linii de autobuz, la capătul celălalt față de unde stă Mircea.”

T. :” Mircea, vrei să ne spui ce s-a întâmplat ?”

M. :”Nu mi-au dat voie să cobor.”

T. :” Și cum te-ai simțit atunci ?”

M. :” M-am simțit neputincios, incapabil. Și ...”

F. :(îl întrerupe din nou) “Dar nu faci nimic. Nici atunci nu ai făcut nimic. Pe mine asta mă incită.”

T. :” Florin, vrei să asculți ce are Mihai de spus ? L-ai întrerupt deja de două ori. Mihai, cum te simți atunci când ești întrerupt?”

M. :” Ca de obicei. De obicei nu mă ascultă. Așa că, oricum nu are rost să mai zic ceva.”

Ana :” Ce-i drept, noi nu prea știm multe despre el.” (Ana le face semn să tacă lui Florin și Alex, care comentează ceva, în spate).

T. :” Mircea, acum ai ocazia să le spui ce vrei de la ei.”

M. :(cu ochii în pământ și vocea destul de scăzută) “Să mă asculte.”

T. :” Poți să spui asta ceva mai tare ?”

M. :(cu o voce ceva mai ridicată) “Să mă asculte. Să nu mă mai trateze așa, să nu-și mai bată joc de mine.”

T. :” Mihai, suie-te pe scaun și spune-le asta.”

M.:(ezită) “Nu pot face asta.”

T. :” Încearcă totuși !”

M. :” Nu, nu cred că pot să fac asta.”

Următoarea secvență a presupus un joc de rol, cu inversarea rolurilor.

T. :” Florin, am să te rog acum să treci în locul lui Mihai. Încearcă să te simți Mihai. Tocmai ai fost plimbat cu autobuzul prin tot orașul. Vezi cum te simți. Mihai, treci în locul lui Florin, fii Florin. Vezi ce simți acum față de Mircea. Spune-ne cum te simți.”

M. :” Este cam fraier. Nu prea știe ce vrea. Il disprețuiesc un pic.”

T. :” Florin, acum ești Mihai. Cum te simți?”

F. :” Neplăcut, neputincios, inferior.” (i se adresează în continuare lui Alex) “Da, este foarte nasol.”

T. :” Mihai, fii Mihai din nou. Ce ai vrea să le spui lui Florin și Alex ?”

M. (adresându-se direct celor doi) “Aș vrea să vă spun că mă deranjează glumele astea. Vouă vi se par glume, dar pe mine mă deranjează. Mie nu mi se par amuzante.” (se întoarce către terapeut) “Ar fi trebuit să le spun asta mai demult.”

T. :” Ce te-a împiedicat să o spui ?”

M. :” Eram sigur că nu or să mă asculte.”

T. :” Și acum ?”

M. :” Poate au să asculte; eu am să le spun oricum.”

Ultima secvență a constat într-un exercițiu de balansare. Într-un spațiu liber s-a format un cerc de opt participanți, printre care și Florin, Ana și Alex. Mihai a fost introdus în mijloc, i s-a cerut să închidă ochii și să se mențină drept (ca o scândură). Ceilalți urmau să-l împingă de la unul la altul, în cadrul cercului, având grijă să nu-l scape. Exercițiul a durat în jur de două minute, în care Mihai nu a deschis ochii și a păstrat o poziție relaxată, fără să-și miște picioarele.

T. :” Mihai cum a fost ?”

M. :” Bine, chiar mi-a plăcut.”

T. :” Ți-a fost temă că au să te scape ?”

M. :” Nu, știam că n-au să mă scape. Dar îmi este teamă că atitudinea lor va dura doar pe parcursul ședinței și, după aceea, totul va fi la fel.”

T. :” Ce te face să crezi asta ?”

M. :” Nu prea am încredere. Dar sper că totuși va fi altfel. “

T. :” Vom vedea. Cum a fost pentru ceilalți ? Florin ?”

F. :” Mi-a fost teamă să nu îl scap. Dar nu s-a întâmplat asta. Mă simțeam responsabil pentru Mircea.”

T. :” Alex?”

Alex. :(nu foarte convins) “Da, și eu mă simțeam responsabil.”

T. :” Bine. Ne vom opri aici.”

Mihai este, în general, mai retras, poate și din cauza faptului că a avut multe probleme de sănătate și a lipsit foarte mult. Este un tip interiorizat și timid. Ar putea fi caracterizat ca melancolicul grupului. Mihai își dorește foarte mult să fie inclus în colectiv, dar este prea timid pentru a face ceva în acest sens. De altfel, timiditatea a fost și motivul pentru care a fost luat ca obiect de glumă pentru Florin și Alex. Aceștia, incitați de atitudinea lui timidă, l-au pus într-o serie de situații neplăcute, fără să conștientizeze trăirile puternic negative ale lui Mihai.

Obiectivul secvenței terapeutice a fost ajutarea lui Mihai să-și depășească inhibițiile legate de afirmarea propriilor dorințe și nevoi în colectiv. Un alt obiectiv a fost de a-i ajuta pe ceilalți să-l cunoască mai bine pe Mihai, să-l înțeleagă, să-l accepte și să-l includă în colectiv.

Analiza dialogului arată că Mihai ajunge în final să-și exprime trebuințele, dar nu este încă pregătit să se impună (când i s-a cerut să urce pe scaun pentru a le spune celorlalți ce dorește de la ei nu a fost capabil să o facă; de asemenea dorințele au fost exprimate destul de tare, dar nu foarte tare).

Mihai a fost ajutat de către grup și de către terapeut să-și conștientizeze propriul său gând negativ automat : “Oricum nu are rost să spun ce gândesc pentru că, oricum, nu voi fi ascultat. A fost verificată veridicitatea acestui gând automat dovedindu-i-se că nu era justificat. Mihai a învățat că, dacă insistă ceilalți îl va asculta și că trebuie să persiste.

De asemenea ceilalți au înțeles că, dacă Mihai nu spune nimic, nu este din cauză că nu are nimic de spus ci pentru că îi este teamă că nu va fi ascultat.

Dialogul cu Mihai a condus la apropierea lui de ceilalți; el le-a devenit mai cunoscut, mai familiar și astfel mai apropiat.

Jocul de rol cu roluri inversate a avut ca obiectiv conștientizarea unor patternuri de interacțiune și dezvoltarea altora noi, eventual mai puțin agresive. A fost ales Florin să preia rolul lui Mihai pentru că el s-a dovedit liderul tandemului Florin – Alex. Florin a înțeles și a încercat să simtă ce simte Mihai când este supus unor asemenea glume, pe care cei doi le considerau nevinovate. A înțelege victima și a simți ce simte aceasta sunt modalități prin care persecutorul poate fi determinat să renunțe la acest rol (dacă este vorba de un individ normal). În același timp Mihai a înțeles cum era privit de alții și cum erau înțelese acțiunile sale de aceștia. Conștientizarea se constituie ca prim pas în dobândirea unei conduite asertive. În final, devine capabil să-și exprime în mod hotărât, dar neagresiv, dorințele.

Ultima secvență a vizat dezvoltarea încrederii lui Mihai în ceilalți, ca și dezvoltarea sentimentului de responsabilitate la ceilalți. Surprinzător a fost că Mihai a fost deosebit de relaxat în timpul exercițiului de balansare, fără să se teamă. Această atitudine poate fi, fie rezultatul desfășurării ședinței, în timpul căreia el a constatat că se poate baza pe ceilalți, că poate avea încredere în ei, fie este o atitudine anterioară ședinței. Ceea ce contează nu este proveniența atitudinii ci existența ei, încrederea în ceilalți fiind una dintre premisele de bază ale terapiei și consilierii de grup.

Ceilalți au fost puși în situația de a avea grijă de Mihai, de a fi responsabili față de el. Alegerea lui Florin și a lui Alex în acest grup care trebuia să-l susțină pe Mihai, a fost intenționată, obiectivul fiind de a dezvolta în aceștia sentimente de responsabilitate față de Mihai.

Un alt obiectiv al exercițiului a fost apropierea psihică pe baza apropierii fizice. Exercițiul presupune formarea unui cerc foarte strâns, în care cei de pe margine au umerii lipiți unii de alții, iar suprafața cuprinsă de cerc este de aprox 1 mp. Cel din centru este foarte aproape de toți ceilalți, iar balansarea implică atingere și acordarea permisiunii la atingere. Atingerea și apropierea fizică generează apropiere psihică.

Chiar dacă au lucrat efectiv doar o parte a membrilor grupului, ședința a fost importantă pentru toți. Participarea a fost generală, lucru dovedit de liniștea din grup și de atenția cu care a fost urmărit exercițiul până la sfârșit. Toți au ajuns să-l cunoască mai bine pe Mihai și să-l simtă mai apropiat.

Robert

Robert a venit în această colectiv de câteva luni.

Majoritatea celor care l-au caracterizat au spus că nu pot să afirme că-l cunosc pe Robert. Prima lor impresie este că este un tip destul de ciudat și care dorește să se impună într-un mod mai bizar. Când li s-a cerut să spună ce înseamnă acest mod mai bizar de a se impune s-au referit la faptul că aduce în discuție tot felul de idei care șochează. Foarte mulți au considerat că “se dă mare”. Totuși atitudinea generală era mai degrabă de expectativă decât de respingere.

Ana a fost ultima care l-a caracterizat pe Robert.

A:” De fapt eu îl cunosc cel mai bine. Eu cred că este un tip foarte de treabă și vrea să facă parte din grupul nostru. Eu am discutat cu el destul de mult și cred că am ajuns să-l cunosc. Este un tip deosebit.”

T. :” Radu, ai auzit ce su spus colegii tăi. Tu ce ai de spus ?”

R. :” Eu nu mă consider un tip ciudat. Sunt pur și simplu un om normal. Imi place să discut și asta este modul meu de a gândi. Este adevărat că Ana mă cunoaște mai bine și tocmai de aceea m-a deranjat ce a făcut.”

A. :” Adică ce am făcut ?”

R. :” Lasă că știi tu !”

T. :” Văd că există o problemă. Ați dori să o discutăm aici și să încercăm să o rezolvăm?” (cei doi aprobă) “Bine. Radu, spune-i Anei ce anume te-a deranjat.”

R. :” Ana a mers cu mine undeva și a făcut o remarcă nepotrivită în fața altcuiva. Cum a putut să zică așa ceva și, mai ales când mai era cineva de față?”

A. :” Tu m-ai rugat să vin cu tine. “

R. :” Tu te-ai oferit ! Nu ți-am cerut eu. Și ce-ți veni să spui așa ceva ?”

A. :” Eu ...”

R. (îi taie vorba) “M-am simțit ca un prost.”

T. :” Radu, las-o să spună ce are de spus.”

A. :” Eu nu mi-am dat seama că te deranjez atât de tare.”

R. :” Ar fi trebuit să-ți dai seama. Nu este prima oară când faci așa ceva.”

T. :” Radu, spune-i Anei ce anume îți dorești tu de la ea.”

R. :” Să se gândească la ce spune și că poate să deranjeze.”

T. :” Vorbești în general. Spune-i exact ce anume dorești de la ea.”

R. :” Să nu-mi mai spună chestii care să mă facă să mă simt prost, mai ales în fața altora.”

T. :” Mai exact.”

R. :” Ca ce a spus atunci. “

T. :” Ana ?”

A. :” Poate are dreptate. Pur și simplu nu m-am gândit.”

Discuția s-a terminat în acest moment, din cauză că s-a încheiat ședința. Dar se atinseseră deja o serie de puncte. În primul rând Radu a primit din partea grupului în care dorește să se integreze un feed – back pe baza căruia poate evalua eficiența strategiei sale de integrare.

În al doilea rând el a trecut de la nivelul discuțiilor la nivelul ideatic, la afirmarea a ceea ce simte; acest lucru i-a făcut pe ceilalți să îl privească altfel. Până în acest moment nu a discutat niciodată în mod real despre el ci doar expusese o serie de idei; în sfârșit, apare în fața celorlalți ca o persoană cu idei și sentimente și nu doar ca cel care expune niște idei, eventual șocante.

Un alt lucru pozitiv, care se constituie ca un indicator al programului desfășurat până în acest moment, este că cei doi au acceptat imediat, fără ezitări, medierea propusă de consilier. Aceasta dovedește că există o oarecare încredere în terapeut și în succesul tehnicilor propuse de acesta.

Ultima parte, discuția cu Ana, a presupus mai mult lucrul cu ea decât cu Radu. Astfel, Ana a conștientizat tendința ei de a juca rolul salvatorului și de a se constitui ca legătură între clasă și mai noii veniți. Pe de altă parte are tendința, de pe această poziție, să spună diverse lucruri care-l pun pe interlocutor într-o situație de inferioritate și pe ea într-una de superioritate.

Radu a avut și el de câștigat prin faptul că și-a conștientizat și și-a exprimat dorințele în mod concret. Exprimarea asumată a propriilor dorințe este primul pas în dezvoltarea unei conduite asertive și în rezolvarea conflictului.

O altă tehnică utilă pentru dezvoltarea conduitei asertive este *poziționarea individului în grup*. Aceasta presupune un număr de participanți : 10 -30 subiecți; durata : 25 - 30 minute.

Exercițiul presupune ca membrii grupului să - și imagineze că o tablă sau un flip-chart este reprezentarea grupului lor și să se plaseze acolo unde cred ei de cuviință; apoi se discută motivele plasării într-o anumită poziție ca și sentimentele asociate poziției respective; ulterior, dacă membrii grupului doresc, ei își pot schimba poziția inițială.

Obiectivele sunt de conștientizare a poziției în cadrul grupului și a modului în care îi văd ceilalți, de conștientizare a gradului de coeziune și a dificultăților de relaționare în grup, ca și nivelul de integrare a fiecăruia și a grupului în totalitate și de conștientizare a poziției dorite.

Tudor

Tudor s-a poziționat la periferia hărții, fiind unul dintre primii care s-a poziționat. La final rămâne persoana cea mai depărtată de grup în condițiile în care ceilalți se aglomerează în jurul mijlocului.

Consilierul: Tudor, ce crezi că spune despre rolul tău în grup, poziția aleasă de tine?

Tudor: (după o lungă ezitare) Nu știu ce spune... Cred ca spune ca nu prea sunt în grupul asta.

C: Adică?

T: Nu știu... acum realizez ca aproape întotdeauna adopt rolul de observator. Stau pe margine și ma uit la ceilalți.

C: Și ești mulțumit de poziția ta ?

T : Nu prea. Uneori mi-aș dori să ma implic mai mult..

C: Și ce te împiedică să te implici mai mult?

T: (zâmbește). De fapt, nimic. Eu mă împiedic. Nu știu de ce.

C: Vrei să schimbi? Acum poți avea această ocazie.

Tudor își schimbă poziția cu una mai aproape de centru. Este tot la periferie dar are câteva persoane destul de aproape.

C: Cum ți se pare acum?

T: Mult mai bine. Nu ma mai simt atât de izolat. (ezită) De fapt cred că nu mă mai izolez.

C: Ce ți-ar plăcea să faci colegii care sunt mai aproape de tine?

T: (ezită) Să nu mă respingă...

C: Hai să îi întrebăm dacă accepta poziția ta aici.

Ceilalți confirmă că sunt de acord cu poziția lui Tudor. Ar fi vrut și ei să îl aducă mai aproape dar au avut impresia ca Tudor nu dorește asta.

C: Cum te simți acum.

T: Bine. Ma simt relaxat aici.

Tudor nu a dorit sa se integreze în grup pentru că îi era teamă că va fi respins. Exercițiul l-a ajutat pe de o parte să realizeze modul în care alege să se poziționeze (alege să se izoleze și să adopte un rol de martor) și pe de alta sa realizeze că poate schimba dacă nu este mulțumit.

IV. Concluzii

Pentru a dezvoltarea conduitei asertive, este necesară învățarea anumitor abilități de ascultare și exprimare cum ar fi, de pildă, abilitatea de a-l asculta pe celălalt și de a negocia o formulă de compromis care poate satisface ambele părți.

Comportamentul asertiv nu garantează succesul 100%, dar mărește semnificativ șansele de reușită. Putem spune că în majoritatea cazurilor, comportamentul asertiv duce la obținerea rezultatelor scontate și la apariția unor situații de cooperare care se vor solda cu satisfacție pentru toate persoanele implicate.

VOCEA

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

Limbajul paraverbal se refera la toate manifestarile vocale separate de continutul lor verbal, anume intonatie, accesnt, dictie, volum, ritm, pauze, modulatii. Tot aici intra o gama larga de manifestari expresive precum suspinele, bombanelile, mormaitul, rasul, plansul, jelitul, tipetele, urletele, vaicareala, scancetul, gemetele, bolboroseala, plescaitul, murmurul, balmajeala, oftatul.

Dupa cum se poate vedea, cuvintele nu inseamna totul. Ba inseamna chiar foarte putin, 7% sau, dupa cercetari mai recente, 10% din impactul mesajului. Ele transmit informatii al caror inteles este nuantat, amplificat, diminuat, sau con strans de celelalte 2 limbaje, paraverbalul si nonverbalul. De aceea, a te focaliza exclusiv pe cuvinte este contraindicat, cu atat mai mult in profesie (psihologie, psihoterapie) in care a intelege cu adevarat un am inseamna a asculta cu a treia ureche si a privi cu al treilea ochi.

Registrul comunicarii are si un nivel inconstient, nivel pe care sunt transmise dispozitii, trairi emotionale, sentimente, atitudini, nevoi si dorinte secrete. Acest nivel acopera 90 % din comunicare, iar tu, ca viitor specialist, va trebui sa inveti sa-l recunosti si sa-l decodifici.

TONUL

Prin ton se intelege inaltimea cu care se pronunta o silaba , adica felul in care urca sau coboara glasul in timpul vorbirii. Termenii sinonimi pentru ton sunt „intonatie” sau „inflexiune”. Inaltimea sunetului se refera la numarul de vibratii pe secunda ale unui sunet. In termenii fizicii, aceasta este frecventa sunetului. Cu cat numarul de vibratii este mai mare, cu atat vocea este mai „inalta”.

Tonul inalt este asociat cu nemultumirea, iritarea, frica sau revendicarile infantile. „Tonul de copil” sugereaza nesiguranta, experienta redusa sau lipsa de autoritate. E dificil sa fii convingator daca il folosesti si risti sa nu fii luat in considerare sau tratat cu o superioritate ingaduitoare.

Cand numarul de vibratii este mai mic, avem de-a face cu o voce „joasa”. Este o voce care exprima calm, competenta, siguranta de sine. Acesta este „tonul parantal”, la care creierul tinde sa rapunda automat prin supunere, deoarece evoca autoritatea parintilor, bunicilor sau profesorilor.

Daca esti la un examen oral si nu stapanesti prea bine subiectul, vorbești cu o voce joasa, chiar apasat si, in ciuda prostiilor pe care e posibil sa le debitezi, vei face impresia unui om care stie ce spune, o persoana serioasa si responsabila care merita o nota buna.

Tonul scazut (inaltimea mica a sunetului) creeaza senzatia de relaxare, control pe situatie, forta bine temperata. Este un ton bland, consolator sau securizant. Insa cand scade foarte mult nu este exclus ca interlocutorul sa adoarma.

Stridentele si vocea „subtire”, pe de o parte, apar in conditii de tensiune sau anxietate, cand corzile vocale par a se intinde asemenea corzilor unei viori. Vocea se ascute si poti resimti chiar o senzatie de agresiune. E ceva asemanator cu felul in care o creta ascutita zgaria tabla.

Tonul exprima emotii si atitudini intr-o asemenea masura incat cuvintele rostite devin, la un moment dat, irelevante. Tonul face muzica, iar un ton suparat va face, desigur, o muzica „suparata”.

ACCENTUL

Este o alta forma de modulatia a vorbirii, legata de ton. Se refera la rostirea mai puternica sau pe un ton mai inalt a unui silabe, un cuvânt sau chiar un grup de cuvinte.

Cate animale din fiecare specie (accentuat) a luat Moise cu el pe arca ?

Poate stii insa cand in istorie Romania (accentuat) a inceput cu R si sfarsit cu S ?

Capacitatea de a manipula accentele este echivalenta cu capacitatea de a manipula interlocutorul, determinandu-l sa dea un anumit raspuns. De asemenea, mutarea accentului de pe un cuvânt pe altul poate schimba total intelesul unui propozitii sau fraze.

„ Tu trebuie sa citesti aceasta carte” (Nu avem ce negocia, nu ai de ales, trebuie sa faci asta)

„Tu” trebuie sa citesti aceasta carte” (E ceva ce te priveste pe tine, e ceva ce are legatura cu tine)

„Tu trebuie sa citesti aceasta carte” (Este o carte deosebita)

Persoanele cu un fond afectiv mai sarac sau social inhibitate se exprima plată si monoton, semanand cu niste roboti. Chiar daca spun lucruri foarte interesante, felul cum le comunica, lipsit de inflexiuni, le face sa para plictisitoare. La celalalt pol, un mare histrionic te poate captiva citind din „Pagini Aurii” sau din cartea de telefon.

VOLUMUL

Vocea este „tare” sau „moale” în funcție de intensitatea sunetului. 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.

Există și oameni care dispun în mod natural de un potențial energetic înalt. Pentru vocea lor „tare și răsucită” risca să fie percepuți ca agresivi sau conflictogeni când sunt pur și simplu fermi sau moderat angajați într-un dialog. Aceste interpretări greșite sunt făcute mai ales de cei „liniștiți”, neobisiți cu intensități sonore peste un anumit prag.

Cele mai frecvente asocieri pe axa mare-mic a volumului sunt:

- Volum mare: obraznic, dominator, vrea să impresioneze, face pe seful, puternic, vrea să-ți dea frică, crede că ești surd
- Volum mic: pasiv, bleg, fricos, fără inițiativă, nesigur, păpa lapte, mototol, evitant, molatec

Retine că 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, chiar dacă la nivel conștient nu îți propui asta.

DICTIA

Numită și „dictiune” este arta de a pronunța corect și clar cuvintele. Ca și în cazul volumului mic (vocea „stinsă”), cei care vorbesc neclar sau se balbaie 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 opozițiile, astfel încât exprimarea lui este inteligibilă și clară. Echivalentul vizual al unei dicții excelente este un text scris de mână ce poate fi înțeles de oricine.

Sunt situații în care oamenii ce nu au probleme de articulare devin, brusc, neclari. Acestea sunt situațiile în care nu sunt siguri de ceea ce afirmă, nu se simt confortabil, găsesc subiectul amenințator sau vor să ascundă ceva. Oricine vorbește în fața unui auditoriu se va pronunța mai încet sau neclar pe marginea aspectelor pe care nu le stăpânește sau care nu-i plac.

Un exercițiu minunat pentru împleticirea limbii (pentru un nivel superior de articulare a cuvintelor) este să reciti, cât de repede poți, următoarele versuri:

„S-a suit capra pe piatra
Piatra a crapat in patru
Crapa-i-ar capul caprei negre-n patru
Cum a crapat si piatra-n patru”

„La tamplar, in tamplarie
S-a-ntamplat o intamplare.
Un tamplar, din intamplare
S-a lovit la tampla tare”

VITEZA (RITMUL)

In limbile indo – europene, ritmurile vorbirii sunt considerate ca:

- Lente, cand se rostesc pana la 200 -250 silabe /minut
- Normale, cand se rostesc intre 250 – 500 de silabe /minut
- Rapide, cand se rostesc mai mult de 500 de silabe /minut

Aceste viteze sunt relative, intrucat ceea ce este „normal” pentru nemti este lent pentru francezi sau italieni, ceea ce este „normal” pentru olteni este rapid pentru moldoveni, etc.

De asemenea, cel care vorbeste foarte repede nu este neaparat si inteligent. Poti sa vorbești repede nu pentru ca gandesti repede, ci pentru ca esti repezit sau palavragiu.

Riscul cand vorbești lent este sa plictisesti. Si atunci solutia este sa fii flexibil, adica sa treci mai repede peste ceea ce este banal sau de bun simt, staruind mai mult pe ceea ce este esential sau semnificativ. Persoanele echilibrate trec cu usurinta, in functie de context, de la un ritm la altul, fara a exagera. Cei care nu-si modifica deloc ritmul sunt perceputi ca rigizi, inertii, controlati, disciplinati, incapabili sau putin disponibili sa-si arate sentimentele. Labilii emotionali, dimpotriva, inregistreaza mari fluctuatii in viteza de vorbire. Persoanele cu o vulnerabilitate de tip histrionic (versatilitate si permeabilitate dispozitionale) intra in aceasta categorie.

PAUZELE

In comunicare, pauzele pot fi la fel de sugestive ca si cuvintele sau modulatia vocii. Cum spunea cineva, „sunt cuvinte care iti trec pe langa ureche si taceri care iti merg la suflet”.

Pauzele subliniaza cuvintele care au fost rostite sau introduc idei importante. Acestea sunt pauzele retorice, „de efect”. Alte tipuri de pauze sunt invitatii adresate interlocutorului, pentru a se exprima sau reprezinta modalitati de control al rezultatului.

Pauzele sunt nimic din punct de vedere al continutului. Cu toate acestea, ele pot transmite informatii mai dense /puternice decat cuvintele. Suna paradoxal, insa si tacerea vorbeste. Invata sa o asculti!

Si acum, sa recapitulam. Principalele componente ale limbajului paraverbal sunt: tonul, accentul, volumul, dictia, ritmul pauzele. Cauta sa le urmaresti constient, adica sa participi la comunicarea orientandu-ti perceptia si asupra lor, nu doar asupra cuvintelor. Vei fi uimit sa descoperi cate semnale ti-au scapat pana acum.

Intr-un fel, este ca si cum ai invata o limba straina pe care, de fapt, ai vorbit-o tot timpul. A fi mai constient de stimulii paraverbali inseamna a fi mai aproape de ceea ce oamenii comunica, atunci cand vorbesc sau tac, dar si a comunica tu insuti mai armonios, daca se intampla sa-ti doresti asta.

LIMBAJUL CORPULUI

In 1944, Ray Birdwhistell, un profesor de la Universitatea din Toronto, a tinut un curs prin care a pus bazele unei discipline noi in cadrul stiintelor comunicarii: kinezica. Obiectul de studiu al acestei discipline era constituit din ansamblul modalitatilor de comunicare prin gesture si mimica. “Kinesis”, in limba greaca, inseamna miscare. A cui miscare? A corpului. De aceea, kinezica mai este cunoscuta si ca o disciplina centrata pe analiza limbajului corpului.

Unul dintre primele lucruri care trebuie stiut in materie de kinezica este ca nu exista un dictionary de kinezica. Un anumit gest nu inseamna intotdeauna acelasi lucru. Mana sprijinita in sold, de pilda, cu cotul scos in afara, creeaza impresia de dominare, fiind un gest intimidant. Sunt insa si situatii in care sprijinirea mainilor in sold semnifica dezamagirea sau neajutorarea, ca atunci cand faci autostopul si e uiti lung dupa masini, incercand sa-ti dai seama de ce nu opresc.

“Legile” limbajului corpului surprind regularitati de exprimare in comunicare, deci descriu cu aproximatie o realitate, aceea a comunicarii nonverbale. Desi este posibil, dupa multiple exercitii, sa-l poti “citi” pe celalalt, eroarea de interpretare este intotdeauna posibila. Din acest

motiv intrebarile de control sunt sfante ! Ele sunt fie deschise (“Cum te simti in clipa asta?”), fie inchise (“Am senzatia ca esti ingrijorata, este adevarat?”).

De asemenea, trebuie sa stii ca un semnal nonverbal ofera un indiciu pe cand un grup de semnale este mai credibil (daca ofera indicia care se valideaza unele pe altele). De exemplu, daca stai la masa cu cineva si il vezi incrunandu-se fara motiv te poti gandi ca este nemultumit de ceva. Daca iti si impinge usor tigarile, bricheta sau stiloul, incepi sa te dumiresti: e nemultumit, intr-adevar, de faptul ca i-ai incalcat teritoriul.

In limba romana exista 2 carti excelente, pe care le recomand cu caldura:

- Horst Ruckle, “Limbajul corpului pentru manageri”, Editura Tehnica, 1999
- Vera Birkenbihl, “Semnalele corpului”, Editura GemmaPress, 1999

Pana ajungi sa te delectezi cu ele (si apoi sa aplici noile cunostinte), retine ca exista 4 mari categorii de semnale nonverbal.

POSTURA

Se refera la felul cum sta un om la un moment dat si la miscarile prin care isi schimba pozitia corpului. Aici intra felul cum sta in picioare, modul in care se deplaseaza (mersul), felul in care sta pe scaun. In acest ultim caz, iata cele 10 tipuri de analiza a pozitiei bratelor si picioarelor:

- Picioarele intinse
- Picioarele indoite din genunchi
- Picioarele stranse
- Picioarele indepartate
- Picior peste picior
- Genunchi peste genunchi
- Incrucisarea picioarelor la nivelul gleznelor
- Mainile si bratele sub masa
- Mainile si bratele pe masa
- Mainile si bratele care nu au pe ce sa se sprijine

MIMICA

Se refera la toate fenomenele pe care le putem observa pe fata unui om. Aici intra miscarile capului, contactul vizual si directia privirii, zambetul, reactiile psihosomatice (inrosire, palire), miscarile sprancenelor, gradul de deschidere ochilor, umflarea narilor, pozitia buzelor.

Iata, de pilda, subcomponentele exprimarii cu ajutorul capului:

- Capul plecat
- Miscarea capului indreptata inainte
- Inaltarea capului
- Datul din cap
- Miscarea capului spre spate si in sus
- Inclinarea lateral a capului (stanga / dreapta)
- Leganarea capului
- Scuturarea capului
- Intoarcerea fetei intr-o parte

Un aspect pe care vreau sa-l subliniez este strict legat de natura si durata contactului vizual. Pentru a construi o relatie buna cu cineva este necesar sa privesti in ochii celui cu care comunic, fara insa ca aceasta intalnire a privirilor sa depaseasca 60-70 % din durata comunicarii.

Cel care minte sau care are ceva de ascuns va evita sa-ti intalneasca privirea mai mult de 1/3 din timpul interactiunii. Pe de alta parte, cel care sustine un contact vizual mai mult de 2/3 din durata conversatiei are sentimente puternice fata de tine (este foarte atras sau, dimpotriva, iti este ostil). Intre 2 oameni care se plac tinde sa existe un grad inalt de contact vizual. Aceasta este o regula banala, descoperita de oricine a fost vreodata indragostit. In schimb, daca partenerul tau declara ca te iubeste, dar abia daca iti mai arunca o privire, nu trebuie sa-ti mai indic eu adevaratele lui sentimente. Urmareste contactul vizual si vei avea indicia despre tipul de relatie in care se afla doi oameni. Ai grija sa nu fie japonezi, deoarece ei sunt invatati de mici sa priveasca la marul lui Adam. Pentru ei, un contact vizual prelungit inseamna lipsa de respect !

Contactul vizual semnaleaza si nevoia de afiliere. Oamenii cu puternice nevoi de afiliere vor returna frecvent privirile celorlalti.

Normele sociale regleaza durata contactului vizual intre necunoscuti la maxim 3 secunde. In acest sens, putem face urmatorul experiment: stabileste contactul vizual cu un trecator din directia opusa.

Vei vedea ca, inainte de a va apropia prea mult , unul dintre voi isi va muta privirea. Aceasta norma a fost numita “neatentie civila” si este valabila mai ales pentru spatii limitate (transportul in comun, lift). In astfel de imprejurari, oamenii par fascinate de butoanele liftului, podea, usa, trafic sau peisajul exterior. Explicatia este simpla. Contactul vizual este o modalitate de a intra in zona intima a celuilalt. Ori intr-un spatiu déjà stramt, acest nivel de intimidare nu este tolerabil in relatia cu un necunoscut. Exista insa si o categorie speciala de oameni care nu prea tin cont de aceasta norma. E vorba de copii, cei care se uita la tine fara niciun fel de jena.

Nu in ultimul rand, suspendarea contactului vizual indica dorinta de a finaliza interactiunea. Daca vrei sa pui punct discutiei cu cineva, priveste-l tot mai putin. Atentie, acest truc nu functioneaza cu cei care incearca sa-ti vanda ceva.

GESTICA

Se refera la “limbajul mainilor”, in termeni de viteza a miscarilor, grad de tensiune, pozitie, zone de miscare, mod de tinere a degetelor, distanta intre mana si corp, activitatea mainii stangi sau a celei drepte. Iata, de pilda, microanaliza focalizata pe pozitia mainilor:

- Palmele orientate in sus
- Palmele in plan vertical
- Palmele orientate inainte
- Palmele orientate in jos

Interesanta este si simbolistica asociata zonei in care actioneaza mainile:

- Zona inferioara, sub linia centurii
- Zona mediana, intre linia centurii si umeri
- Zona superioara, deasupra umerilor

Este greu sa-ti controlezi mimica, dar la fel de greu este sa “menti” cu mainile. O gestică accentuată va însoți exprimarea intensă a sentimentelor. Un furios poate pretinde că este calm. Pumnul încheștat sau, mai subtil, degetul arătător tip “sageata” îl vor da de gol.

ZONA SI DISTANTA

Se refera la modul de comportare a oamenilor in raport cu spatial care ii inconjoara. Disciplina care analizeaza relatia dintre componenta spatiala si cea comunicationala a vietii sociale a fost initiata de Edward Hall in anii '60 si a fost numita proxemica.

Hall a identificat si masurat zonele in care o persoana isi imparte spatial. Acestea sunt:

- Zona intima (de la suprafata corpului pana la un brat lungime)
- Zona personala (intre 60 si 120 centimetri)
- Zona sociala (intre 120 si 300 centimetri)
- Zona publica (dincolo de 300 centimetri)

Conceptul de “zona” este analog celui de “teritoriu” din etologie, domeniul pe care un animal il marcheaza, il apara si ii disputa. La oameni, teritoriul cel mai investit este zona intima. Aceasta inconjoara corpul asemenea unui invelis, iar criteriul unic pe baza caruia se permite accesul unei alte persoane este increderea.

Cand cineva depaseste aceste granite invizibile fara a fi primit “viza de intrare”, te simti iritat, presat, deranjat, chiar amenintat. Inclusiv plasarea unor obiecte inaintea zonei intime poate fi asimilata unei agresiuni. Ca reactie, celalalt se indeparteaza sau se trage inapoi, “refacandu-si” zona.

Intinderea relativa a zonei intime depinde de 2 factori: statutul, respectiv siguranta de sine. O persoana cu un statut mai inalt are o zona intima mai mare, pe care ceilalti o recunosc. Oricat de prietenos ar fi un professor, studentii simt o nevoie instinctiva de a pastra o anumita distanta.

In ce priveste siguranta de sine, oamenii cu un excelent nivel al acesteia tolereaza mult mai bine incalcarea zonei intime. Daca nesiguranta e mare si suferinta corespunzatoare agresiunii zonei intime este mare. Reactiile defensive in acest caz sunt de tipul:

- Miscari nelinistite ale capului, ca si cum ar cauta o cale de retragere
- Ridicarea umerilor pentru a proteja gatul (partea cea mai ingusta a corpului, unde se afla si vena jugulara)
- Punerea unui picior peste celalalt, ca pentru a bara avansul “agresorului”
- Apucarea de obiecte, cu mesajul simbolic ‘iata, sunt inarmat’

O clasa speciala de gesturi este reprezentata de autoadaptorii cu scop erotic, semnale mimico-gestuale care pot face deliciul unui observator atent. Aici, intra aranjarea cravatei sau

a parului la barbatul care intentioneaza sa abordeze o femeie, privirea lateral (“cu coada ochiului”), gura intredeschisa, cu buzele umezite, lasarea capului pe spate, pozitia picior peste picior cu incrucisarea foarte sus a picioarelor si chiar un gest mai explicit la femei, anume scoaterea si introducerea periodica a piciorului in pantof.

Exista insa si situatii (prima intalnire a unor grupuri de lucru) in care aceleasi manifestari sunt cu totul lipsite de implicatii de tip sexual. Posturile hipertone, gesturile de “toaleta” (aranjarea parului si a imbracamintii), contactul vizual mai intens, mangaierea cu mainile a propriului corp, incrucisarea foarte sus a picioarelor au semnificatii erotice mai restranse. Pe masura ce grupul se cristalizeaza, aceste semnale pseudoerotice dispar.

Modul II

Noțiuni de psihologie aplicate în boli cronice

Cuprins

5. Depresia

- Simptome
- Prevalență și evoluție
- Factori genetici/biologici
- Elemente și tulburări asociate
- Depresia în termeni cognitivi-comportamentali/ Intervenții

6. Anxietatea generalizată

- Simptome
- Prevalență și evoluție
- Factori genetici/biologici
- Elemente și tulburări asociate
- Anxietatea în termeni cognitivi-comportamentali/ Intervenții

7. Stresul post-traumatic

- Simptome
- Prevalență și evoluție
- Factori genetici/biologici
- Elemente și tulburări asociate/ Intervenții

8. Pacienții suicidari

- Procesul suicidar
- Indicatori verbali
- Indicatori nonverbali
- Etapa 1 – Ideea
- Etapa 2 – Planificarea
- Etapa 3 – Pilotul automat
- Intervenții
- Strategii de influențare

1. Depresia

Simptome

Pentru ca o persoana sa fie diagnosticata cu aceasta tulburare, cinci sau mai multe dintre urmatoarele noua simptome trebuie sa persiste timp de cel putin doua saptamani:

- Dispozitie depresiva
- Ideatie suicidara
- Sentimente de inutilitate sau de culpa
- Pierderea interesului sau a placerii
- Tulburari de somn
- Modificari in greutate
- Retard psihomotor sau iritabilitate
- Oboseala sau nivel scazut de energie
- Dificultate de concentrare sau luare de decizii

Prevalenta si evolutie

Riscul cel mai mare pentru dezvoltarea TDM (tulburare depresiva majora) o prezinta persoanele cu varste cuprinse intre 18 si 44 ani, iar riscul cel mai scazut persoanele peste 65 de ani. Rata tentativei de suicid este mai ridicata la femei, dar suicidul este mai frecvent in cazul barbatilor, care folosesc metode letale de suicid (de exemplu arme de foc sau spanzurarea, spre deosebire de femei care prefera supramedicatia sau taierea venelor).

Riscul cel mai mare pentru suicid il prezinta persoanele separate, divortate, cei care au ramas recent vaduvi; riscul cel mai mic il prezinta persoanele casatorite.

Factori genetici/ biologici

S-a indicat o anumita predispozitie biologica pentru transmiterea TDM subliniind in acelasi timp faptul ca alti factori (evenimente de viata, dinamica proceselor de dezvoltare si mecanismele de coping) ar putea avea un efect mai puternic.

Elemente si tulburari asociate

TDM este deseori asociata cu alte tulburari, cum ar fi atacul de panica, agorafobia, fobia sociala, anxietatea generalizata, tulburarea de stres posttraumatic si abuzul de substante. Conflictele conjugale sunt un predictor excelent pentru depresie.

Depresia in termeni cognitiv-comportamentali

1. Factori comportamentali

Modelele comportamentale considera depresia ca fiind pierderea, reducerea sau absenta recompenselor sau inabilitatea individului de a obtine recompense. Evenimentele de viata stresante, indiferent daca sunt evenimente dramatice individuale sau tracasari cotidiene, sunt predictori buni ai episoadelor depresive.

Depresia este uneori rezultatul comportamentelor pasive, repetitive care nu ofera recompense. (de ex. O persoana care sta in casa si se uita la tv, are acces la un numar limitat de oportunitati pentru a primi recompense).

Un alt factor comportamental, care poate contribui la dezvoltarea depresiei, este reprezentat de componentele care fusesera anterior recompensatorii, dar care si-au pierdut aceasta caracteristica. (cerinte sau standarde mai ridicate din mediul inconjurator).

Persoanele depresive declanseaza spirala depresiei prin faptul ca incep sa se planga, deseori obtinand atentie sau incurajari. (cu timpul acest comportament va determina respingerea celor din jur, adica scaderea recompenselor care va fi considerata de individ ca o dovada a unei imagini de sine negative).

Abilitatile sociale sau asertivitatea inexistente sau nepotrivite pot, de asemenea, fi scopuri comportamentale utile de abordat in terapie. Multi clienti depresivi trebuie sa invete comportamente sociale potrivite (fundamente ale igienei sau ale infatisarii personale pot fi scopuri importante). Abilitatile asertive slab dezvoltate pot duce la inabilitatea persoanei de a obtine recompense, in consecinta putem introduce trainingul de asertivitate ca parte importanta a tratamentului depresiei.

Depresia se poate datora lipsei abilitatilor si a comportamentelor necesare rezolvarii de probleme, acestea contribuind la dezvoltarea si mentinerea sentimentului de neajutorare. Terapeutul il poate ajuta pe client prin tehnica rezolvarii de probleme – care este problema?,

de ce resurse dispunem?, cum au reusit altii sa rezolve aceasta problema?, in cate feluri ar putea fi rezolvata aceasta problema?.

Modelul depresiei care se bazeaza pe auto-control, propune ideea potrivit careia depresia este consecinta functionarii deficitare ale unor mecanisme de auto-control (de ex auto-directionarea, auto-recompensa). In acest sens terapeutul il poate ajuta pe pacient sa identifice elementele necesare auto-recompensei, ca unul dintre scopurile terapiei, deoarece comportamentele pozitive se sting daca nu sunt sustinute prin auto-incurajari.

Ca si teme, accentul cade pe imbunatatirea comportamentelor inaintea imbunatatirii starilor emotionale.

2. Factori cognitivi

Cele trei niveluri ale distorsiunilor cognitive

Mai multe modele cognitive ale depresiei – printre care si cel al lui Beck – sustin ca simptomele depresiei sunt cauzate fie mentinute de trei tipuri de distorsiuni, specifice diferitelor niveluri ale sistemului cognitiv: gandurile automate distorsionate, convingerile dezadaptative si schemele negative.

Gandurile automate distorsionate.

Potrivit lui Beck, persoana depresiva sufera de o imagine de sine, de experiente si de asteptari de viitor negative. Adica pacientul are convingeri de genul – sunt un ratat, nimic din aceasta experienta nu are sens, viitorul nu are valoare etc. (citirea viitorului, 5b, etichetarea, stilul de gandire totul sau nimic etc).

Exemple:

Etichetarea – sunt un ratat.

Prezicerea viitorului – viata mea nu se va imbunatati niciodata.

Convingerile dezadaptative

Sunt reguli sau principii care stau la baza gandurilor automate si care includ enunturi de genul „ar trebui” sau „trebuie” – ar trebui sa imi reuseasca tot ceea ce imi propun, trebuie sa fiu acceptat de toata lumea. Aceste convingeri contin in acelasi timp si relatia „daca-atunci” – daca nu reusesc sa rezolv aceasta situatie, atunci inseamna ca sunt un ratat.

Aceste convingeri sunt dezadaptative, datorita faptului ca sunt rigide, punitive si aproape imposibil de atins.

Exemple:

Daca nu reusesc la acest examen inseamna ca sunt un ratat.

Faptul ca am o problema inseamna ca sunt o persoana slaba.

Nu merit sa fiu fericit.

Scheme negative

Beck sustine ca o persona care se confrunta cu o pierdere sau un esec, atunci se activeaza conceptele dezadaptative timpurii despre sine, despre altii si despre lume. Aceste „scheme” reprezinta elementele cele mai profunde ale gandirii, reflectand convingerile bazale despre sine. (sunt incompetent, neajutorat, vulnerabil, controlat de ceilalti etc). – orice as face in viata mea nu are nicio importanta, nu conteaza.

Exemple:

Ceilalti ma trateaza urat pentru ca nici nu merit ceva mai bun

Voi reusi si voi fi acceptat numai daca voi fi perfect.

3. Factori si consecinte interpersonale

Desi nu este considerata o abordare cognitiv-comportamentala, teoria interpersonala a depresiei are la baza ideea conforma carei, depresia se datoreaza disfunctiilor interpersonale, cum ar fi conflictele interpersonale sau terminarea/ intreruperea unei relatii importante.

Potrivit acestui model, relatii deficitare din copilarie (pierderea unui parinte, lipsa afectivitatii, comunicarea ineficienta cu parintii), precum si dificultati personale curente (conflict conjugal, lipsa suportului social, lipsa intimitatii) pot precipita sau exacerba depresia.

50% dintre persoanele care se prezinta la sedintele de terapie pentru depresia lor mentioneaza existenta unor asemenea conflicte.

2. Anxietatea generalizată

Simptome

Elementele esențiale ale anxietății generalizate sunt anxietatea excesivă și simptome fizice de neliniște, fatigabilitate rapidă, dificultate de concentrare, iritabilitate, tensiune musculară și perturbarea somnului. Persoana are temeri, este neîncrezătoare și timidă în cele mai multe acțiuni zilnice. – faza de anxietate din atacul de panică, sau din TOC etc.

Prevalența și evoluție

Studiile indică faptul că riscul pe viață pentru AG este estimat între 5.8 – 9%, riscul fiind mai ridicat în cazul femeilor. Persoanele diagnosticate cu AG relatează faptul că instalarea tulburării a fost treptată și că erau anxioși încă din copilărie. Unele studii arată că durata medie a acestei probleme, înainte să fie tratată este de 25 de ani. Datorită cronicității și a calității de a se mentine, unii clinicieni consideră AG o tulburare care durează toată viața, similar diabetului.

Factori genetici/ biologici

Unele studii indică un grad moderat de 30% de moștenire a AG, alte studii sugerează lipsa specificității transmiterii genetice. AG este asociată cu alte trăsături specifice, cum ar fi iritabilitatea, depresia, toleranță scăzută la frustrare și inhibiția.

Elemente și tulburări asociate

Majoritatea pacienților diagnosticați cu AG prezintă o serie de alte tulburări, cum ar fi fobia socială și specifică, depresia majoră, sindromul colonului iritabil și tulburări de personalitate. 90% dintre persoanele care dezvoltă AG vor avea de-a lungul vieții și alte tulburări psihiatrice, 42% dintre aceștia îndeplinind condițiile necesare pentru diagnosticarea cu depresie majoră. Dintre tulburările de personalitate cel mai frecvent asociate cu AG, sunt Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă, Tulburarea de personalitate dependentă, Tulburarea de personalitate evitantă.

Diagnostic diferencial

Unul dinter aspectele fundamentale ale AG il reprezinta faptul ca persoana se ingrijoreaza referitor la un numar mare de evenimente si activitati. In consecinta AG trebuie distinsa de fobia specifica, in care clientii experimenteaza niveluri ridicate de teama determinate de stimuli specifici, bine definiti (animale).

Anxietatea generalizata in termeni cognitiv-comportamentali

4. Factori cognitivi

Conform abordarilor lui Back si colaboratorii, de-a lungul evolutiei speciei umane, reactiile anxioase au avut valoare adaptativa.

Apararea activa, care implica hipervigilenta, sensibilitate auditiva, ritm cardiac accelerat, pot fi de ajutor individului in cazul reactiilor de lupta sau fuga. Reactiile inhibitorii, cum ar fi blocajele de gandire, incetosarea constiintei si rigiditatea musculara il pot impiedica pe individ sa isi asume riscuri inutile (fobia de inaltime, fobia sociala). Demobilizarea este reprezentata de reactii de slabiciune, oboseala, tensiune arteriala scazuta, ritm cardiac redus, care pot duce la proabusire sau incremenire, reactii caer scad probabilitatea detectarii individului de catre pradatori. – fuga, lupta, incremenire.

Acest model are ca substrat cognitiv – trebuie sa ies de aici, nu ma pot misca, ce mi se intampla etc.

Modelul cognitiv admite faptul ca indivizii sunt diferiti din punct de vedere al predispozitiei biologice, al nivelului de activare a simptomelor de anxietate si al modului in care percep amenintarea. Cu toate acestea, in momentul in care anxietatea se instaleaza, ea este mentinuta si sporita de distorsiunile cognitive specifice.

Modelul lui Barlow

AG poate fi explicata prin interactiunea urmatorilor cinci factori:

- Evenimente negative de viata
- Vulnerabilitate fiziologica

- Raspuns difuz la stres
- Vulnerabilitate psihologica
- Lipsa abilitatilor de coping sau absenta suportului social/emotional.

Modelul lui Wells si Butler

Avanseaza ideea ca pacientii diagnosticati cu AG au atat convingeri negative, cat si pozitive despre ingrijorare. Adica ei se ingrijoreaza din cauza ingrijorarii, insa sunt de asemenea convinsi ca, daca ar inceta sa se ingrijoreze, s-ar expune la amenintari si primesdii neprevazute. (ingrijorarea ma ajuta sa fac fata la toate lucrurile viitoare – daca ma gandesc la toate lucrurile negative care se pot intampla, voi reusi sa ma pregatesc si sa ma confrunt cu ele).

Autorii fac distinctia intre doua tipuri de ingrijorare:

- Tipul 1 – se refera la grija si vigilența legate de amenintarile interne sau externe (interne – legate de sanatate) externe (legate de evenimentele de viata).
- Tipul 2 – sau metaingrijorarea se refera la evaluarea negativa a propriilor procese cognitive – de exemplu – voi innebuni din cauza ingrijorarii.

Astfel se creeaza un cerc vicios.

5. Factori comportamentali

Potrivit lui Wolpe, frica se achizitioneaza prin asocierea unui stimul neutru cu unul neconditionat care induce frica. Prin modelul inhibitiei reciproce, Wolpe propune ideea ca persoana poate fi “dezvatata”, prin asocierea stimulului sau cu un rasuns incompatibil cu frica, cum ar fi relaxarea, expunerea, excitatia sexual, habituarea, schimbarea asteptarilor etc.

Aplicarea modelului lui Wolpe sau a altor modele comportamentale pentru reducerea fricii sau a anxietatii ar putea fi mai complicata in cazul interventiei AG decat in cazul altor tulburari (pacientul cu AG experimenteaza anxietatea legata de mai multi stimuli si nu doar cateva elemente bine definite). Din acest motiv, terapeutul care trateaza o persoana cu AG poate utiliza combinatia mai multor tehnici comportamentale in functie de nevoile clientului.

Evaluare si interventie

Tinand seama de natura cronica, de lunga durata si deseori rezistenta la interventie a AG, se recomanda ca planul de interventie sa fie conceput pentru cel putin 20 de sedinte, cu posibilitatea reevaluarilor periodice si dupa terminarea acestui set de sedinte.

Sumar al tehnicilor folosite in anxietatea generalizata

Tehnica		Exemplu
1.	<i>Costuri beneficii</i>	Trebuie sa facem distinctia intre „ingrijorarea productiva” – mai am bani in portofel, benzina in rezervor etc si „ingrijorarea neproductiva” – ce s-ar intampla daca as avea un accident, cancer, etc. <i>Oferim fisa – Intrebări pentru ingrijorare.</i> – asa fiecare isi poate evalua predictiile specifice, tendinta de a sari la concluzii, tendinta de catastrofizare precum si alte aspecte ale negativismului exagerat si nefondat. Aici descoperim si distorsiunile cognitive, convingerile dezadaptative.
2.	<i>Monitrizarea ingrijorarii</i>	Aici folosim <i>Jurnalul ingrijorarilor</i> – il asistam in identificarea tendintelor sale de a face predictii false. Ca tema – ii cerem sa se ingrijeze pentru o perioada de timp (20-30 min) – AG poate fi reduca la un numar concret de teme si poate fi limitata, insa nu complet eliminata.
3.	<i>Planificarea activitatilor</i>	Modalitati prin care se poate imbunatati starea emotionala si se poate reduce durata ruminatiilor.
4.	<i>Planificarea recompenselor</i>	Modalitati prin care se poate imbunatati starea emotionala si se poate reduce durata ruminatiilor.
5.	<i>Scenariu antiruminatie</i>	Ce pot sa fac diferit atunci cand incep sa ma ingrijorez, ce as putea sa fac productiv, sa imi indrept atentia catre altceva.
6.	<i>Interventii interpersonale</i>	Clientii cu AG se confrunta deseori cu probleme interpersonale, ceea ce contribuie la intensificarea ingrijorarii, a disconfortului in general. Ii putem asista in invatarea sau optimizarea unor abilitati cu ar fi asertivitatea, recompensarea si ascultarea altor persoane

		in loc de plangere; acceptarea celorlalti, negocierea si rezolvarea de conflicte. (complimentarea zilnica a 5 persoane, contactarea telefonica a 3 persoane saptamanal).
7.	Training de relaxare	De cele mai multe ori gandurile si emotiile anxioase apar mai ales in momentele in care acesta are un nivel de activare fiziologica mai ridicat. Clientul poate fi invatat o serie de tehnici de relaxare – relaxarea musculara progresiva, relaxarea prin respiratie, imageria dirijata sau meditatie.
8.	Expunerea	Concepem impreuna cu clientul o lista, o ierarhie a situatiilor evitate, pentru fiecare situatie sa identifice gandurile negative asociate situatiei respective. Expunerea in vivo si in vitro.

Identificarea problemelor intampinate in cadrul terapiei

Majoritatea clientilor cu AG au experimentat niveluri semnificative de anxietate de-a lungul vietii. In consecinta asemenea persoane ar putea fi nerabdatoare, pretentioase, sceptice, lipsite de speranta. Urmatoarele aspecte sunt deseori intampinate in procesul terapeutic.

Problema	Exemplu
Concentrarea excesiva asupra emotiilor negative	Multi clienti se focuseaza pe aspectele legate de cat de rau se simt. Terapeutul trebuie sa ii indice faptul ca scopul interventiei este asistarea in dezvoltarea unei stari de bine mai accentuata, in vederea careia trebuie stabilite cateva scopuri. Monitorizare, intensitate, observarea emotiilor, etimulii etc. Planuri de auto-recompensa.
Dificultati in identificarea gandurilor negative automate	Datorita intensitatii emotiilor experimentate, multi clienti nu reusesc sa identifice gandurile automate. Folosim imageria dirijata sau descrierea unui eveniment si il ajutam sa le identifice. Simt ca ii explodeaza inima – la ce te gandesti cand simti ca iti explodeaza inima...ca imi pierd controlul, ca voi innebuni etc.
Nevoia rezultatelor imediate	Persoanele cu niveluri ridicate de anxietate au nevoie de reducerea imediata a emotiilor negative, sperand sa existe un panaceu. Asemenea nevoi se clarifica prin normalizare – anxietatea este o stare care persista toata viata, rezolvarea AG necesita timp si eforturi sustinute, stilurile de gandire si comportamentele nu se pot schimba peste noapte etc.

<i>Convingeri perfectioniste legate de nivelul de anxietate</i>	Nu vreau sa mai simt niciodata anxietatea – cat traим vom avea stari de anxietate. Mergem pe gestionarea anxietatii, a cotelor la care ea poate sa ajunga.
<i>Nevoia certitudinii</i>	Transformam incertitudinea (ce ar fi daca?) in probabilitati – care este sansa sa fii bolnav? Examinam costurile si beneficiile. Terapeutul explica clientului ca nu poate fi responsabil pentru toate evenimentele din viata lui, ci trebuie sa ia precautii rezonabile in limitele unei vieti rezonabile.
<i>Convingeri potrivite carora ingrijorarile sunt realiste</i>	Unii clienti considera ca ingrijorarile lor sunt realiste. Chiar daca nivelul colesterolului este de 140 o clienta cu colesterol 120 considera ca „s-ar putea intampla sa creasca”. Ii ducem spre probabilitatea acestor actiuni. Statistic, o persoana poate zbura zilnic pe o ruta comerciala obisnuita timp de 45.000 de ani fara sa aibe un accident fatal.
<i>Dificultati de relaxare</i>	Training de relaxare in cadrul sedintei pentru cateva saptamani. Sa ii invatam mai multe exercitii. – tinem cont de preferintele lor – muzica, lumina etc.
<i>Refuzul de a participa la expunere</i>	Interventiile optime pot include imageria dirijata in cadrul sedintelor, inaintea expunerii, completarea unei liste de evenimente anxiogene – ca sa incepem cu evenimentele care provoaca o anxietate cat mai redusa.
<i>Terminarea interventiei</i>	Pachetul de interventie standard este in jur de 20 de sedinte, desi in unele cazuri rezultatele pot sa apara mult mai repede. Clientul este incurajat sa isi dea teme singur – care reprezentau anterior o problema.

3. Stresul posttraumatic

Simptome

SPT este reactia individului la un eveniment traumatic extrem. Pentru a fi considerat „extrem”, evenimentul trebuie sa implice moartea, amenintarea cu moartea, vatamarea serioasa sau amenintarea integritatii corporale a persoanei.

Experiente tipice care pot duce la instalarea acestei tulburari sunt: lupta, abuzul sexual sau/ si fizic, accidente severe, dezastru natural sau provocate de om, incarcerearea sau tortura si diagnosticarea cu o boala care ameninta viata.

Cele trei grupe de simptome ale SPT sunt:

- Retrairea persistenta a evenimentului traumatic (amintiri intruzive, vise, cosmaruri, flas-back-uri).
- Evitarea stimulilor interni si externi asociati evenimentului traumatic (printre acestea se numara si senzatia de „amnezie emotionala” sau sentimente de detasare).
- Niveluri ridicate de activare (insomnie, iritabilitate, dificultate de concentrare si hipervigilenta).

Prevalenta si evolutie

Studiile arata ca prevalenta pe viata a SPT variaza intre 1-14%. In cazuri specifice (veteranii de razboi din Vietnam) studiile arata o prevalenta de peste 30%, in timp ce prevalenta in cazul supravietuitorilor unui viol variaza intre 31-57%.

SPT se poate instala la orice varsta. In general simptomele incep sa se manifeste imediat dupa confruntarea cu evenimentul traumatic, desi, in anumite cazuri, simptomele se dezvoltă la mai multe luni sau chiar ani dupa confruntarea traumatica.

In aproximativ jumatate din cazuri, simptomele se remit spontan in decurs de trei luni, in timp ce in mai multe cazuri, simptomele persista uneori chiar mai multi ani, provocand disfunctii de durată in mai multe domenii de functionare – pe plan personal, profesional etc.

Deocamdata, nu s-au clarificat motivele exacte pentru care unele persoane expuse unui eveniment traumatic dezvoltă SPT, in timp ce altele nu.

Se stie insa ca unele caracteristici ale evenimentului traumatic pot prezice probabilitatea dezvoltarii simptomatologiei – expunerea directa, severitatea ridicata, durata mai lunga la expunere si niveluri ridicate de amenintare perceputa a supravietuirii sunt factori asociati riscului crescut de dezvoltare a SPT.

Factori genetici/ biologici

Au fost foarte putin studiate datorita faptului ca stimulii din mediu au un rol crucial in dezvoltarea tulburarii.

Elemente si tulburari asociate

Intre 60-100% dintre pacientii diagnosticati cu SPT indeplinesc criteriile pentru cel putin inca o tulburare de pe AXA 1. Tulburarile cel mai des intalnite sunt: depresia majora si abuzul de substante; atacul de panica si agorafobia, tulburarea obsesiv-compulsiva si fobia sociala.

Cele mai frecvente tulburari pe AXA 2 sunt tulburarile de personalitate: borderline, antisocial, paranoid si schizoid.

Cel mai des in SPT intalnim: sentimente intense de vinovatie, rusine, dezgust si/sau disperare; furie si ostilitate excesiva; relatii interpersonale dezadaptative, probleme maritale/ de cuplu si probleme sexuale; impulsivitate si comportamente auto-distructive; acuze somatice (dureri de cap, de articulatii, probleme de respiratie).

Diagnostic diferential

SPT trebuie diferentiat de tulburarea de adaptare in care stresorul poate fi de o intensitate oarecare. Pentru a pune diagnosticul de SPT, evenimentul traumatic trebuie sa aiba intensitate extrema.

Stresul posttraumatic in termeni cognitiv-comportamentali

6. Factori cognitivi

Foa si colaboratorii au propus un model cognitiv pentru SPT care incorporeaza si elemente ale modelului comportamental. Conform acestor autori, in momentul in care persoana se confrunta cu un eveniment traumatic, se formeaza in memorie o „retea a fricii”, care contine trei elemente:

- Stimuli (imaginile, sunetele si alte senzatii asociate evenimentului)

- Raspunsuri (reactii fiziologice si emotionale la eveniment)
- Sensurile asociate stimulilor si raspunsurilor.

„Reteaua fricii” creeaza un „program” neuronal ceea ce duce la retrairea amintirilor si a raspunsurilor, precum si la evitarea acestor stimuli.

Potrivit modelului lui Foa, tensiunea dintre nevoia de a atribui sens evenimentului si nevoia de evitare mentine persoana intr-o stare continua de activare.

Exemple pentru cele trei tipuri de distorsiuni cognitive specifice SPT:

Ganduri automate distorsionate:

- din vina mea s-a intampalt totul, ar fi trebuit sa pot preveni situatia, ar fi trebuit sa imi revin deja, sunt un om slab etc.

Convingeri dezadaptative

- daca nu am reusit sa controlez aceasta situatie, nu are sens sa incerc sa mai controlez ceva; nu as fi in stare sa mai suport vreo pierdere; e mai bine sa evit orice situatie ce ar pute fi periculoasa.

Scheme disfunctionale

- lumea este periculoasa, nu pot avea incredere in nimeni, viata nu are niciun sens.

7. Factori comportamentali

Conform acestui model, anxietatea si celelalte emotii resimtite in cadrul confruntarii cu un eveniment traumatic se asociaza in mintea pacientului cu imagini, sunete si alte senzatii percepute simultan in cadrul confruntarii. Acest proces are la baza mecanismele conditionarii clasice, iar imainile, sunetele etc pot deveni stimuli declansatori ai anxietatii cu ocazia altor experiente ulterioare. Un alt model comportamental are la baza procesul evitarii. In momentul in care un astfel de stimul este evitat, nivelul de anxietate resimtit de persoana se va reduce. Reducerea anxietatii functioneaza ca o recompensa, ceea ce va creste probabilitatea evitarii aceluiasi stimul si pe viitor. – este o forma a conditionarii operante, astfel evitarea va fi din ce in ce mai folosita ca strategie de coping.

Unui pacient i apeleaza la consumul de droguri sau alcool ca forma de evitare a stimulilor interni, ceea ce duce in timp la abuz si dependenta.

Evaluare si interventie

Pachetul de interventie in vederea ameliorarii SPT are la baza o abordare care combina managementul anxietatii, expunerea prelungita si restructurarea cognitiva.

Se recomanda 10-15 sedinte cu o durata de 60-120 min, programate o data sau de doua ori pe saptamana. De recomandat 90 min pentru primele sedinte, dupa reducem pana la 50 min.

Dupa ce clientul a inceput sa vorbeasca despre evenimentul traumatic, acesta trebui rugat sa descrie amanuntit evenimentul. Acest proces poate avea efect terapeutic, deoarece poate fi prima ocazie in care pacientul poate povesti unei persoane neutre si empaticice ceea ce i s-a intamplat.

Dupa ce a terminat de relatat evenimentul avem in vedere sa il inrebam despre:

- Reactiile fiziologice si emotionale din jurul evenimentului (peritrauma)
- Deciziile luate si actiunile efectuate inaintea, in timpul si dupa confruntarea cu evenimentul;
- Sensurile alocate evenimentului, reactiile si comportamentele avute
- Reactiile celorlalti in timpul si dupa confruntarea cu evenimentul;
- Stimuli care pot activa amintiri legate de trauma;
- Caracteristici ale simptomelor de retraire a evenimentului traumatic
- Toate tipurile de evitare, incluzand ganduri/ amintiri/ emotii pe care clientul incearca sa le evite, anestezia emotionala;
- Simptome de activare fiziologica (insomnie, reactii de tresarire etc)
- Orice dificultati interpersonale, profesionale sau de alta natura aparute ulterior confruntarii.

Sumar al tehnicilor folosite in stresul posttraumatic

Tehnica		Exemplu
9.	Trainingul de management al anxietatii	<p>Scopul este ajutarea clientului sa abandoneze mecanisme de coping cu care sa fac fata nivelului ridicat de anxietate.</p> <p>Relaxare prin respiratie; relaxarea musculara progresiva; distragerea atentiei, intreruperea gandurilor negative.</p>
10.	Intreruperea gandurilor negative - STOP	<p>Tehnica intreruperii gandurilor negative poate fi aplicata in cazul in care pacientul este copleșit de gânduri și imagini intruzive. Această tehnică este utilă mai ales dacă este privită ca un mecanism de coping provizoriu, până când pacientul învață cum să formuleze răspunsuri eficiente la gândurile negative sau să implementeze expunerea la imaginile intruzive. De obicei, este și mai eficient dacă se combină tehnica intreruperii gândurilor negative cu un exercițiu de distragere a atenției. Etapele predării tehnicii de intrerupere a gândurilor negative sunt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descrierea tehnicii: În prima etapă, terapeutul va trebui să îi descrie pacientului procedura și să îi explice raționamentul din spatele tehnicii. 2. Prezentarea tehnicii: În continuare, pacientul este rugat să își activeze imagini sau gânduri negative. După câteva minute, terapeutul îi spune pacientului cu voce tare „Stop!” și bate din palme. Pacientul este rugat să relateze ce s-a întâmplat cu gândul sau imaginea activată. De obicei, răspunsul pacienților este că au încetat să se mai gândească la gândul respectiv. Procedura se va repeta de câteva ori. În următoarea etapă, pacientul va fi rugat să încerce să implementeze procedura de unul singur, prima dată spunând cu voce tare „Stop!” și să bată din palme. După câteva repetiții, pacientul va fi rugat să încerce să spună în sine sa „Stop!” și să își imagineze un semn imens de stop. 3. Exercițiul: În ultima etapă, pacientul va fi îndemnat să exerseze zilnic tehnica de câteva ori sau ori de câte ori are gânduri intruzive sau ruminatii. <p>Trebuie însă menționată una dintre contraindicațiile intreruperii gândurilor negative: nu</p>

		se recomandă pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă, deoarece raționamentul subiacent al acestei tehnici contravine scopurilor de intervenție specifice acestei tulburări, în care se urmărește tolerarea și nu evitarea gândurilor.
11.	<i>Expunerea</i>	<p>Expunerea are trei tinte majore: memoria traumei; stimulii interni și externe care decalınseaza anxietatea și sentimentul de retraire al evenimentelor; situațiile evitate.</p> <p>Terapeutul directioneaza procesul și pune întrebări legate de sunete, mirosuri, imagini, emoții, senzații fiziologice specifice) –sa se sigure ca toate detaliile importante au fost incorporate în naratiune. Il rugăm periodic să relateze nivelul de stres pe o scară de la 1-100. În a doua etapă, este rugat să închidă ochii și să replăteze iar evenimentul, scalam până când nivelul se reduce semnificativ.</p> <p>Reducerea anxietății din cadrul expunerii contravine convingerilor clientului potrivit cărora focalizarea pe amintirile traumatice ar intensifica de fapt anxietatea, ceea ce poate deveni o sursă de motivație pentru continuarea sesiunilor de expunere.</p>
12.	<i>Expunerea in vivo</i>	După ce clientul a experimentat suficient expunerea in vitro se vor începe expunerile in vivo. Dacă a avut accident de mașină – va primi sarcina să înceapă să conducă mașina – de preferat în prezența unei persoane. Concepem o listă ierarhică a situațiilor care generează teama.
13.	<i>Restructurarea cognitivă</i>	<p>Urmărim identificarea GAN, convingeri și a schemelor asociate cu trauma. Cel mai des întâlnim suprageneralizarea, gândirea dihotomică, imperativele categorice – trebuie.</p> <p>Totuși lumea este un loc sigur în anumite limite în care evenimentele sunt predictibile și controlabile iar persoana este capabilă să gestioneze majoritatea evenimentelor.</p>
14.	<i>Gestionarea problemelor de viață</i>	<p>Tratarea abuzurilor sau dependența de substanțe. Stare de sănătate stabilă.</p> <p>Dezvoltarea și optimizarea unor abilități sociale. Să îl învățăm cum să își caute suport social, mediu în care să se integreze.</p>

Identificarea problemelor intampinate in cadrul terapiei

Problema	Exemplu
<i>Rezistenta fata de temele de acasa bazate pe expunere</i>	<p>Teama de a nu fi copleșit de emotie – investigăm și lucrăm aceste convingeri</p> <p>Teama ca expunerea nu ar avea efect – dacă ar trebui să povestim de 10 ori ceea ce vi s-a întâmplat, cât de neajuns credeți că vă-ați simți după a zecea povestire? Dar după 100? Dar după 1000? – s-ar plăti să tot povestească ☺</p>
<i>Pacientul este copleșit de anxietate în timpul expunerii</i>	<p>Programăm mai multe sesiuni pe săptămână, nu trecem la un nivel superior de anxietate decât după ce clientul s-a obișnuit ...putem să ne oprim să distragem atenția sau să facem o tehnică de relaxare.</p>
<i>Noncompliance la temele pentru acasa</i>	<p>Discutăm fiecare aspect. Gen – lipsa timpului; facem unmanagement al timpului</p> <p>Investigăm factorii motivaționali – vedem avantajele și dezavantajele temelor pentru acasă</p> <p>Beneficiile secundare ale menținerii simptomatologiei.</p>

4. Pacienți suicidari

În general, un terapeut experimentat privește psihoterapia ca pe o adevărată călătorie ce poate lua uneori întorsături neașteptate. Sunt obstacole de întâmpinat care necesită alegerea unor rute alternative. De asemenea, el nu dezvoltă și nu introduce în planul de tratament doar cele mai reușite intervenții. Clinicianul experimentat deține, mai curând, abilitatea de a face o schimbare de direcție și de a crea o nouă intervenție terapeutică, atunci când alta eșuează.

Cu toate acestea, psihoterapeutul care se ocupă de un pacient suicidar, nu beneficiază de luxul de a elabora o altă intervenție, după ce o intervenție eșuează. E posibil să nu poată să reevalueze diagnosticul și planul de tratament, deoarece nu există o a doua șansă după sinuciderea unui pacient.

Considerat ca „*singura problemă filosofică serioasă*” (A. Camus), suicidul rămâne de multe ori cea mai impresionantă enigmă a psihologiei și psihopatologiei. Se vorbește despre etiologie plurifactorială a suicidului, care include condițiile favorizante și situațiile conjuncturale, personale și ambientale, în care el s-a consumat. La ora actuală, devine tot mai pregnantă ideea că suicidul are de cele mai multe ori o sorginte psihopatologică. „Studiile idiografice asupra etiologiei fenomenului suicidar vor determina o deplasare a opiniilor de la explicațiile social-economice la cele medical-psihopatologice” (G. Ionescu, 1985).

Majoritatea terapeuților care doresc să trateze eficient pacienții suicidari au nevoie de pregătire suplimentară, deoarece a încerca să învețe din încercare și eroare poate fi dăunător sau chiar letal pentru pacienți. O greșală în tratamentul unui pacient suicidar poate fi mortală pentru pacient, precum și devastatoare pentru persoanele dragi din anturajul pacientului și, firește, pentru terapeut. Această situație generează o stare de neliniște și teamă în cazul majorității psihoterapeuților care, la rândul lor, deseori sfârșesc prin a-și gestiona greșit pacienții suicidari, tocmai ca urmare a propriei lor neliniști și anxietăți. H.I. Kaplan și R.J. Sadock (1983) consideră suicidul cea mai importantă condiție psihopatologică și „*cea mai frecventă urgență psihiatrică*.”

Pe de altă parte, clinicienii cu experiență au învățat să aibă încredere în propriile lor opinii medicale și în abilitatea lor de a stabili adevăratul potențial de letalitate al pacientului. Ei au renunțat la concepțiile eronate care îi împiedică pe mulți dintre colegii lor să îi gestioneze eficient pe pacienții suicidari. Iată câteva dintre aceste concepții eronate cu privire la pacienții suicidari (după J. Cummings, 1996):

Concepția eronată nr. 1: Toți cei care amenință cu sinuciderea necesită spitalizare psihiatrică

În încercarea de a evita pierderea de vieți omenești și devastarea care urmează, mulți terapeuți greșesc prin faptul că se bazează prea mult pe spitalizarea psihiatrică atunci când au în terapie pacienții suicidari. Pentru unii terapeuți, spitalul de psihiatrie este singura intervenție folosită pentru a preveni suicidul. Chiar dacă doar 1 din 23 de pacienți care amenință cu sinuciderea recurge cu adevărat la acest gest (Cummings și Sayama, 1995), mulți clinicieni spitalizează toți pacienții care amenință cu sinuciderea, din cauza propriei lor incapacități de a diferenția pacienții suicidari care vor comite suicidul, de cei care nu-l vor comite. Altă cauză datorită căreia recurg la spitalizare imediată ar fi aceea că nu au altă intervenție la dispoziție.

Prin urmare, mulți terapeuți au spitalizat în mod inutil pacienți, tocmai pentru a-și ascunde propria incompetență și nesiguranță cu privire la gestionarea pacienților suicidari. Mai degrabă, ar trebui să fie obligația noastră, a terapeuților, să ne șlefuiim abilitățile, astfel încât să fim capabili să diferențim pacientul suicidar care va comite suicidul de cel care nu-l va comite și pentru a-i trata pe fiecare în mod corespunzător. Pentru a ajunge la acest stadiu, firește, e nevoie de experiență clinică și, cel mai probabil, de o pregătire continuă în acest domeniu. Cu toate acestea, chiar și un terapeut care poate aprecia cu exactitate că 12 din 23 de pacienți care amenință cu sinuciderea nu vor comite gestul, va reduce internarea inutilă într-un spital de psihiatrie pentru suicid cu mai mult de 50%. Pe măsură ce terapeutul devine tot mai mult adeptul diferențierii pacientului cu potențial letal versus potențial nonletal, el va putea fi în cele din urmă capabil să indice cu precizie pe acel 1 pacient (din cei 23) care va comite gestul și să aibă încredere în opinia sa conform căreia toți ceilalți 22 din 23 de pacienți, nu vor comite gestul suicidar. Această abilitate, mai mult decât oricare alta din repertoriul unui psihoterapeut, îl califică pe acesta ca fiind un psihoterapeut expert (J. Cummings, 2006).

Concepția eronată nr. 2: Spitalizarea inutilă nu poate dăuna, așa că este mai bine să fim precauți

Spitalizarea de rutină a pacienților care amenință cu suicidul este extrem de inefficientă din punctul de vedere al reducerii costurilor, fiind vorba de 22 de spitalizări inutile pentru fiecare spitalizare utilă. Mai important, rămâne faptul că spitalizările inutile fac un imens deserviciu multor pacienți, în special din punct de vedere psihologic. Spre exemplu, spitalizarea inutilă a

pacienților histrionici îi face pe aceștia să se gândească la ei înșiși ca fiind mult mai bolnavi decât sunt în realitate, fapt care, la rândul lui, poate chiar să crească în viitor riscul de suicid, decât să îl diminueze. Spitalizarea inutilă a pacienților cu tulburări de personalitate de tip borderline îi învață să continue să folosească amenințările și gesturile de suicid, în scopul manipulării terapeuților lor. Cu alte cuvinte, terapeuții le dau pacienților un *as în mânecă* pe care aceștia îl pot scoate și-l pot folosi pentru a-și manipula terapeuții în orice moment. Mulți pacienți cu tulburare de personalitate de tip borderline caută o modalitate de a intra în spital, ori de câte ori viața devine stresantă pentru ei. Prin spitalizări repetate, își pot pierde motivația de a învăța cum să abordeze diversele situații din afara spitalului. Din aceste motive, spitalizarea inutilă poate fi dăunătoare tratamentului ulterior sau chiar să accentueze letalitatea, în cazul pacienților despre care, în prealabil, se credea că nu vor comite suicidul.

Concepția eronată nr. 3: Cea mai bună intervenție este să-ți asumi responsabilitatea pentru viața pacientului suicidar

Majoritatea oamenilor care recurg la suicid fac acest gest pentru a pedepsi pe cineva. Prin asumarea responsabilității pentru viața unui pacient suicidar, terapeutul se oferă voluntar să substituie persoana pe care aceștia vor să o pedepsească prin suicid. Astfel, pacientul poate *pedepsi* terapeutul prin gestul său suicidar.

Suicidul constituie „o crimă la 180°”, situație observată de S. Freud care manifesta rezerve asupra faptului că ar putea exista un suicid „în afara dorinței precoce reprimată” de a omorî pe cineva. G. Zilboorg (1937, cit. din G. Ionescu, 1985) avansează un punct de vedere original conform căruia, alături de o puternică ostilitate inconștientă, suicidarul prezintă o „neobișnuită incapacitate de a iubi pe alții.”

Un clinician experimentat își folosește abilitățile pentru a ajuta pacientul să-și găsească propria voință de a trăi, bazată pe motivele sale personale de a decide să reziste tentației de a se sinucide. Acționând astfel, pacientul își asumă responsabilitatea pentru decizia sa de a nu se sinucide și, probabil, va continua să rezolve dificultățile vieții în moduri mult mai sănătoase și mai eficiente.

Concepția eronată nr. 4: Medicația antidepresivă diminuează riscul de suicid și-l ține pe pacient în siguranță

Aceasta este o presupunere greșită, deoarece medicația antidepresivă poate, de fapt, să crească riscul de suicid în unele cazuri.

De exemplu, pacienții cu schizofrenie cărora li se prescrie medicație antidepresivă (în special inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei), fără medicație antipsihotică, pot deveni mai violenți și mult mai expuși riscului, atât pentru omucidere, cât și pentru suicid. În depresiile bipolare, tratamentul antidepresiv (în special în absența medicației de stabilizare a dispoziției) poate avea rezultate nedorite, incluzând o trecere la delir și creșterea nivelului de energie necesar pentru a-și pune în practică ideea suicidară.

Mulți pacienți depresivi devin mai pasibili de a comite suicidul în timpul tratamentului timpuriu cu medicație antidepresivă. Din punct de vedere psihopatologic, fenomenul se explică prin faptul că pulsivitatea suicidară presupune atât inițiativă, cât și un anumit fundal motivațional pentru a-și duce planul la bun sfârșit.

În multe cazuri, semnele vegetative ale depresiei (incluzând lentoare psihomotorie) se îmbunătățesc înaintea simptomelor cognitive ale depresiei (de exemplu, deznădejdea). Rezultatul este o persoană care subiectiv se simte în permanență deprimată și deznădăjduită, dar care brusc are energia și mijloacele necesare pentru a-și planifica și executa sinuciderea. Pentru a complica și mai mult problema, mulți psihiatri și psihoterapeuți răsuflă ușurați atunci când un pacient este pus pe medicație antidepresivă și începe să arate îmbunătățiri în semnele vegetative ale depresiei. În loc să devină mai vigilenți din cauza riscului crescut de suicid, ei devin mai puțin atenți, ca rezultat a opiniei eronate că medicația îl va ține pe pacient în siguranță.

În plus, suicidul poate fi întâlnit nu numai ca act de debut al puseului psihotic, dar și ca act final al acestuia sau ca un „epilog tardiv al bolii” (G. Ionescu, 1985). Riscul de suicid nu scade pe măsura ameliorării depresiei, ci dimpotrivă, se manifestă mai intens după ce pacientul a traversat episodul depresiv.

În consecință, terapeuții ar trebui să dețină următoarele cunoștințe și abilități:

1. Înțeleg procesul suicidar în trei etape și pot recunoaște semnele de avertizare asociate cu fiecare dintre cele trei etape.
2. Știu cum să intervină și să prevină ceea ce în alte condiții ar însemna moartea iminentă a pacienților cu potențial letal.
3. Sunt adepții dezvoltării unor intervenții individualizate de tratament pentru pacienții cu potențial nonletal.

Vom contura procesul suicidar în trei etape și semnele de avertizare asociate cu fiecare etapă și vom aduce în discuție un repertoriu limitat de strategii eficiente de tratament pentru pacienții pasibili de a comite suicidul. În final, vom oferi câteva strategii terapeutice utile în gestionarea pacienților paranoizi, precum și în aplicarea unui tratament eficient în cazul pacienților cu potențial nonletal.

Procesul suicidar

Majoritatea persoanelor suicidare urmează un proces în trei etape (Cummings și Cummings, 2000; Sattem, 1989). Excepția notabilă de la această regulă este pacientul paranoid, iar această excepție va fi discutată separat. Pe durata procesului suicidar, persoanele suicidare decid dacă să-și sfârșească sau nu viața. Dacă decid în favoarea comiterii suicidului, ele aleg timpul, locul și metoda propriei morți. Procesul suicidar poate fi întrerupt în orice moment prin intervenție terapeutică sau poate fi pur și simplu abandonat, dacă pacientul decide să nu se sinucidă. Cu toate acestea, dacă procesul își desfășoară întregul său curs, rezultatul final este tentativa de suicid sau suicidul.

Reținem faptul că pulsiunea suicidară se manifestă numai în anumite și foarte scurte momente care nu sunt caracteristice ansamblului atitudinal, bazal al individului. Mai mult chiar, ca dovadă a caracterului episodic al pulsiunii suicidare este faptul că cel în cauză, împiedicat ori salvat de la actul suicidar, este surprins că în momentul respectiv a fost animat de astfel de pulsiuni autodistructive (G. Ionescu, 1985).

Pe măsură ce persoanele avansează în procesul suicidar, ele deseori afișează următorii indicatori prodromali ai suicidului: verbali, nonverbali și tactili (Sattem, 1989, cit. din J. Cummings, 2006).

Indicatorii verbali

Majoritatea persoanelor suicidare au tendința de a fi mai deschise în a discuta posibilitatea de suicid la începutul procesului suicidar. Ele se pot plânde de problemele lor de viață și își pot exprima dorința de a muri față de oricine îi va asculta. Pe măsura derulării procesului suicidar, au tendința să discute tot mai puțin despre suicid. Este posibil ca ceilalți să le arate că s-au saturat să-i tot asculte. Sau persoanele suicidare simt că ceilalți nu-i înțeleg suficient și nu le mai pasă, așa că încetează să mai abordeze problema suicidului.

Persoanele suicare de obicei vorbesc despre moarte și suicid în general, dar nu le spun întotdeauna cu ușurință celorlalți despre propriile lor gânduri sinucigașe. Spre exemplu, la aflarea veștii că un avion s-a prăbușit, își pot exprima părerea că moartea pasagerilor și a echipajului a fost mai degrabă o binecuvântare menită să-i scutească de dificultățile vieții, decât o tragedie. Este important să observăm că nu toate persoanele suicare își exprimă în mod deschis ideea suicară. De fapt, unii oameni comit suicidul fără să-și fi discutat vreodată gândurile sau intențiile sinucigașe cu nimeni.

Pe măsură ce avansează în procesul suicar, exprimarea verbală devine din ce în ce mai mult dominată de emisfera cerebrală dreaptă. Sarcinile atribuite în general emisferei stângi devin tot mai dificile pentru ei. Deseori vorbesc de faptul că sunt copleșiți de sentimente și incapabili să se concentreze. Pot să pară din ce în ce mai puțin logici, dar mai afectivi și creativi în discursul lor verbal sau în scriere. Nu este neobișnuit ca ei să manifeste abilități artistice pentru prima dată în viața lor, pe măsură ce avansează în procesul suicar. Aceste persoane pot compune muzică sau pot scrie povești și poezii pentru prima dată, iar exprimarea artistică poate conține teme de deznădejde și moarte.

Indiacatorii nonverbali

Persoanele suicare continuă să asculte sau să interpreteze stilurile obișnuite de muzică, deoarece gusturile în materie de muzică rareori se modifică în mod dramatic pe măsură ce avansează în procesul suicar. Cu toate acestea, deseori atenția lor diminuează, până când ascultă sau interpretează doar foarte puține cântece sau poate chiar un singur cântec. Alegerea pentru melodia respectivă are un anumit înțeles și, în general, va spune ceva despre sursa suferinței lor sau despre modificarea percepției lor cu privire la moarte, văzută ca o eliberare, nicidecum ca o tragedie.

Exprimarea artistică a persoanelor suicare tinde să se concentreze asupra temelor de moarte, suicid, durere și deznădejde. În desene, mărimea corpului personajelor poate fi destul de redusă, reflectând un respect de sine scăzut, iar gâtul și încheieturile pot fi omise sau tăiate. Sunt utilizate deseori culori închise sau linii groase în realizarea desenelor.

Indicatorii tactili

Deși nu toate persoanele suicare manifestă indicatori tactili, aceștia sunt destul de evidenți atunci când se manifestă. Persoanele suicare pot să ascundă în mod selectiv indicatorii

verbali și nonverbali față de ceilalți, însă au mult mai puțină abilitate în a-și masca sau a-și face nevăzuți indicatorii tactili.

Persoanele suicidare deseori se îndepărtează de ceilalți. Mai mult, ele nu mai suportă atingerea și nu le mai permite altora să stabilească un contact fizic direct. Evită să se atingă pe sine, ceea ce este deseori evident prin neglijarea igienei personale. Unele persoane suicidare vor scoate sau vor acoperi oglinzile din casele lor, deoarece nu mai doresc să se uite la ele însele. Dau la o parte fotografiile lor și ale membrilor familiei lor, pentru a nu mai fi expuse la vedere. Cu alte cuvinte, nu mai doresc să se vadă și nu mai vor să-i vadă pe cei dragi. Acționând astfel, persoana suicidară se poate desprinde de alții (și chiar de sine), pentru a-i fi mai ușor să părăsească viața.

Unele persoane suicidare se odihnesc sau dorm în poziția fetală. Devin tot mai puțin atente și mai predispuse la diverse accidentări. În unele cazuri, zona încheieturilor și a gâtului devin puncte de iritare pentru ele, chiar dacă nu iau în considerare o modalitate de suicid care să implice aceste zone.

Firește, acești indicatori de suicid (verbali, nonverbali și tactili) diferă mult de la persoană la persoană. Unele persoane suicidare pot manifesta relativ puține semne premergătoare actului suicidar, altele mai multe de un anumit tip sau altul.

În continuare, vom prezenta un posibil proces suicidar în trei etape și care poate fi aplicat tuturor pacienților suicidari, cu excepția pacienților paranoizi care necesită o discuție separată.

Etapa 1: Ideea

Persoanele aflate în această primă etapă a procesului suicidar consideră suicidul o soluție posibilă pentru problemele lor și văd suicidul ca pe o eliberare de durere. Ele pot petrece mult timp gândindu-se la moarte și suicid, dar în general sunt foarte speriate de sinucidere și de propriile lor gânduri sinucigașe. Datorită acestei frici, le este greu să-și planifice suicidul, dar probabil se gândesc la un număr de metode posibile. Deseori își imaginează că mor datorită unor cauze naturale sau își doresc să fie ucise într-un accident, dar nu au un plan concret pentru propria lor sinucidere.

În etapa de idee, de obicei, pacienții își exprimă propria ambivalență cu privire la suicid, vorbind atât despre dorința de a muri, cât și despre frica de moarte. Discutând cu acești pacienți care vorbesc deschis despre suicid, terapeutul va observa, în general, că frica de moarte a

pacientului cântărește mult mai greu în acest moment. În etapa 1, indicatorii tactili sunt încă absenți sau foarte mici, pe când indicatorii nonverbalii încep să-și fac treptat simțiți prezența.

În general, etapa 1 durează cel puțin câteva luni și poate continua ani de zile (Sattlem, 1989, cit. din J. L. Cummings, 2006). Unii oameni își petrec cea mai mare parte a vieții lor adulte cochetând cu ideea de suicid și se află în mod cronic în această etapă. Persoanele aflate în etapa 1 pot să avanseze sau nu la etapele ulterioare, așa că etapa 1 nu este delimitată în timp.

Etapa 2: Planificarea

În etapa planificării, atracția suicidului devine mai proeminentă decât frica de suicid, deși aceste persoane încă mai păstrează această frică și nu s-au hotărât să moară. Ambivalența rămâne, însă o persoană aflată în această etapă este capabilă să formuleze un plan foarte clar al sinuciderii, alegând momentul, locul și modalitatea exactă a propriei sale morți.

Un clinician experimentat înțelege că alegerea de către pacient a unei metode oferă indicii valoroase cu privire la letalitate. O persoană care se gândește foarte serios la suicid va alege, în general, o metodă mortală. Ea se va gândi la un moment și la un loc pentru moartea sa, astfel încât să existe șanse minime ca cineva să o găsească, să intervină și să zădărnicească planul. De cealaltă parte, persoana al cărei plan include mijloace mai puțin mortale și o probabilitate mai crescută de a fi salvată, poate face gesturi sinucigașe, dar este puțin probabil ca acestea să fie letale. Excepția remarcabilă de la această regulă este personalitatea histrionică, care uneori calculează greșit salvarea și moare accidental, ca urmare a ceea ce a fost menit să fie doar un gest.

Pe măsură ce o persoană avansează în etapa planificării, este probabil să se manifeste o diminuare a indicatorilor verbali și o creștere a celor nonverbalii și tactili. Spre sfârșitul etapei 2, indicatorii verbali se pot reduce sau pot lipsi în întregime. În general, etapa 2 durează cel puțin câteva săptămâni și uneori chiar luni, dar rareori se întinde pe mai mult de un an de zile. Odată ce persoana și-a făcut planuri concrete, ea simte o presiune extraordinară de a decide dacă să moară sau nu. Explicată pe scurt, ambivalență manifestată în etapa planificării este atât de dureroasă, încât persoana simte că trebuie, într-un fel sau altul, să ia o decizie.

Etapa 3: Pilotul automat

O persoană suicidară trece de la etapa planificării la cea a pilotului automat exact în momentul în care decide să comită suicidul. Imediat ce a luat decizia de a muri, această decizie va

fi reprimată, expulzată în afara conștiinței, persoana trecând pe “*pilot automat*” (Cummings și Sayama, 1995). Deși persoanele din etapele 1 și 2 ale procesului nu au potențial letal, cele care ajung în etapa 3 sunt pasibile de a comite suicidul, chiar dacă nu mai sunt conștiente că au luat decizia de a muri.

În etapa pilotului automat există, în general, o absență totală sau cel puțin o descreștere semnificativă a indicatorilor verbali, nonverbali și tactili. Persoana aflată pe pilot automat va manifesta în mod inevitabil o creștere bruscă a dispoziției, odată cu atenuarea simptomelor depresive. Ea simte un extraordinar sentiment de ușurare pentru că a luat decizia de a se sinucide. Dureroasa ambivalență cu privire la suicid caracteristică etapei planificării a fost, iată, rezolvată!

Cu toate că pacientul a luat decizia de a se sinucide, va da cuiva un indiciu cu privire la faptul că a decis să moară. Aflat în psihoterapie, un pacient va oferi acest indiciu terapeutului său. Din păcate, aceste indicii sunt rareori identificate de persoanele semnificative din viața pacientului sau chiar de către terapeut. Prietenii, familia și profesioniștii în sănătate mintală respiră ușurați atunci când văd diminuarea simptomelor depresive ce caracterizează faza de pilot automat.

Etapa 3 rareori durează mai mult de 48 de ore (Sattem, 1989, cit. din J. Cummings, 2006). Odată ce decizia este luată, pacientul va duce la bun sfârșit această decizie, în mod rapid și decisiv.

Intervenții terapeutice utilizate la pacienții cu potențial letal, aflați în faza de pilot automat

După cum am menționat anterior, persoanele aflate în etapa de pilot automat, de obicei, dau cuiva un indiciu cu privire la faptul că au decis să se sinucidă. În cazurile în care persoana suicidară a discutat despre gândurile și planurile sale cu un membru al familiei, prieten apropiat sau terapeut, ea îi va da în mod inevitabil acelei persoane un indiciu cu privire la faptul că a decis să moară. Voința umană de a trăi este atât de puternică încât, chiar dacă decizia de a muri a fost luată, persoana dă o ultima șansă la intervenție.

Din păcate, aceste indicii sunt de cele mai multe ori trecute cu vederea până după producerea suicidului. În studiile de specialitate este consemnată încă prezumția conform căreia, abordarea directă a problemei suicidului, „rana deschisă” a pacientului cu potențial autolitic, i-ar accentua acestuia preocupările și intențiile (G. Ionescu, 1985). Multă vreme s-a acreditat ideea conform căreia cei care vorbesc despre suicid, nu recurg la realizarea sa. Această aserțiune nu

corespunde realității, mulți suicidari urmărind, prin interogațiile lor, să sondeze opiniile anturajului asupra tentative suicidare plănuită.

Beck, Rush și colab. (cit. din I. Holdevici, 2009) consideră că după evaluarea riscului suicidar și după înțelegerea motivației pacientului pentru acest tip de comportament autodistructiv, primul obiectiv al terapeutului este acela de a intra în cadrul intern de referință al pacientului. „Empatizarea cu starea de disperare a acestuia, afirmarea faptului că terapeutul îi înțelege motivele și convingerile ..., conferă pacientului sentimentul că este înțeles și acceptat.”

Fiindcă etapa 3 aduce o creștere a dispoziției și o diminuare a simptomelor depresive, familia, prietenii și chiar terapeutii au tendința de a se simți ușurați și de a fi mai puțin vigilenți, în loc să-și sporască atenția. Ei nu reușesc să ia în calcul posibilitatea că persoana suicidară este pe pilot automat. Totuși, odată ce pacientul a comis suicidul, aceste indicii deseori devin extrem de evidente și servesc la accentuarea sentimentelor de vină ale supraviețuitorilor.

Tipul de indiciu oferit are un caracter intim și personal, făcând imposibilă întocmirea unei liste atotcuprinzătoare. Cu toate acestea, oferim câteva caracteristici comune ale lor (după J.L. Cummings, 2006):

1. Pacientul poate face o referire cu privire la dorința lui de a-și lăsa toate lucrurile în ordine. Ca o remarcă întâmplătoare ce poate fi trecută ușor cu vederea, el poate menționa planul său de a-și revizui testamentul sau de a-și pune în ordine documentele personale.
2. Pacientul poate face o referire, tot ca o remarcă întâmplătoare, la faptul că dispune de o anumită posesiune personală sau imobiliară (obținută prin cumpărare sau donație), fără să menționeze că nu va mai avea nevoie de respectiva posesiune.
3. Pacientul poate face o referire întâmplătoare la anularea unor planuri, fără să spună că nu are de gând să mai fie în viață la momentul respectiv. Indiciul poate fi o simplă afirmație conform căreia pacientul se simte mai bine și nu mai este nevoie să programeze o ședință de continuare a psihoterapiei. De asemenea, poate să anuleze o întâlnire, fără menționarea unei reprogramări.
4. Pacientul poate afirma, din nou ca o remarcă întâmplătoare, că nu i-a mai rămas nicio resursă sau nicio speranță.

Prin urmare, este imperativ ca terapeutul care lucrează cu pacienți cu potențial letal să ia următoarele măsuri (Cummings și Sayama, 1995):

1. Să fie vigilenți atunci când, brusc, starea unui pacient care suferă de depresie ce nu dă semne de ameliorare, se îmbunătățește considerabil, mai ales dacă lipsește orice motiv psihoterapeutic logic pentru ameliorare bruscă. Cu alte cuvinte, să recunoască faptul că pacientul se găsește în faza de pilot automat.
2. În loc să se relaxeze atunci când un pacient care suferă de depresie pare, în cele din urmă, că se simte mai bine, terapeutul ar trebui să devină mai vigilent ca niciodată și să caute orice cuvânt sau acțiune care ar putea indica decizia de suicid. Indiciul poate fi foarte subtil, asemenea unei remarci întâmplătoare și poate fi ușor trecut cu vederea, dacă este inserat într-o conversație mai interesantă.
3. Dacă există orice bănuială că un pacient poate fi pe pilot automat, terapeutul ar trebui să utilizeze o confruntare frontală, de tipul: "*Când și cum ai decis să te sinucizi?*" Întrebarea ar trebui repetată ori de câte ori este necesar, până când pacientul îl convinge pe terapeut că nu s-a decis să moară (din trei pacienți, doi vor face mărturisirea că nu au luat această decizie). De asemenea, întrebarea se va repeta până când pacientul nu va mai putea rămâne pe pilot automat și își va mărturisi planul și intenția de a se sinucide. Este mai bine să le cerem iertare celor doi pacienți, pentru că i-am acuzat pe nedrept de intenție suicidară, decât să riscăm o sinucidere din cauză că am eșuat să facem acest pas al confruntării. Ar trebui să se ia în calcul faptul că vorbim despre o confruntare îndrăzneță, agresivă și nu despre o examinare delicată. Un clinician experimentat știe când să fie delicat și când să fie viguros și ferm. Fără vigoarea potrivită, intervenția nu va reuși să-l scoată pe pacient din etapa de pilot automat!
4. Dacă un pacient aflat pe pilot automat își amintește și își mărturisește decizia de a se sinucide (ca urmare a utilizării confruntării descrise mai sus), terapeutul ar trebui să discute planul cu el. Această discuție se impune să fie una detaliată și să acopere fiecare aspect al planului. Este bine să se repete această discuție ori de câte ori este necesar, pentru ca terapeutul să fie sigur că planul nu mai este reprimat și situat la nivel subconștient. Poate fi util, în anumite cazuri, ca planul să fie demontat. Acest lucru se obține prin diverse căi, depinzând de detaliile planului, dar poate include și convingerea pacientului de a renunța la mijloacele pe care vrea să le utilizeze pentru a-și pune în act

suicidul. De asemenea, terapeutul poate să-l determine pe pacient să-i alerteze pe ceilalți cu privire la propriul său plan, astfel încât aceștia să nu îl mai lase singur, diminuând astfel oportunitatea de a-și curma viața. Deoarece un clinician experimentat știe că nu-și poate asuma responsabilitatea pentru viața unui pacient, el înțelege importanța încurajării pacientului de a-și demonta și nărui planul, mai degrabă decât să facă el însuși acest lucru.

În sinteză, este important să ne familiarizăm cu procesul suicidar și să putem identifica pacienții suicidari care sunt reticenți în a-și dezvălui intenția de suicid. De asemenea, ar trebui să fim capabili să recunoaștem pacienții care amenință cu sinuciderea doar în scopuri manipulative (cazul pacienților cu tulburări de personalitate de tip borderline).

Gestionarea pacienților paranoizi cu potențial letal

Pacienții paranoizi necesită o discuție separată deoarece ei nu urmează același proces suicidar în trei etape, fiind necesare intervenții terapeutice mult mai diferite. Paranoidul folosește *proiecția* ca principal mecanism de apărare, de aceea, el nu este conștient de propriile lui sentimente suicidare. Prin urmare, el nu are nevoie să ajungă în faza de pilot automat pentru a duce la îndeplinire actul suicidar. În plus, s-ar putea ca paranoidul să nu privească suicidul ca moarte, ci mai degrabă ca obținerea libertății și invulnerabilității față de problemele vieții, văzând moartea ca o cale de acces spre un plan superior al existenței.

Fiindcă paranoizii cu potențial letal își exprimă ideea suicidară prin intermediul proiecției, mai degrabă decât în mod direct, mulți terapeuți nu reușesc să identifice gradul lor de letalitate. Atunci când un paranoid spune că cineva (C.I.A.-ul, extraterestrii sau arhi-prezentul „ei”) planuiește să-l omoare, de fapt el plănuiește să se sinucidă, dar proiectează acele gânduri și sentimente suicidare asupra C.I.A.-ului, a extraterestrilor sau a oricui altcuiva. De asemenea, dacă un paranoid spune că știe de un complot pentru uciderea altei persoane, înseamnă că el însuși experimentează ideea homicidară față de respectiva persoană.

Multe bilete de adio de la sinucideri reușite prezintă o calitate paranoidă (Cummings și Sayama, 1995). În plus, multe decese duale (una sau mai multe omucideri urmate de un suicid) sunt comise de paranoizi care cred că se ajută pe sine și pe cei dragi să ducă o existență superioară,

unde pot fi împreună fără amestecul celor care conspiră împotriva lor și fără problemele pe care le experimentează în această lume (Sattem, 1989, cit. din J.L. Cummings, 2006).

Un posibil contract încheiat între terapeut și pacient, prin care pacientul se angajează să nu comită suicidul pentru anumite perioade de timp, ar fi inefficient în cazul paranoizilor. În primul rând, acești pacienți nu se recunosc pe sine ca fiind suicidari. În plus, ei nu cred în moarte, ci mai degrabă în anumite niveluri superioare ale existenței. Mai mult, paranoizii pur și simplu nu respectă contractele!

Ar fi un exercițiu de zădărniciie dacă am încerca să-l convingem pe pacientul paranoid să renunțe la ideile sale. Cel mult, nu vom face altceva decât să-l convingem că noi, ca terapeuți, avem o înțelegere secretă cu o persoană care dorește să-l rănească sau conspiră într-un fel împotriva lui. Deși terapeutul trebuie să pună întrebări foarte concrete și specifice pentru a obține informații din partea pacientului paranoid, acestea pot fi obținute fără să-i provoace neîncredere față de terapeut. Un clinician experimentat se alătură delirului pacientului și pune întrebări în moduri în care doar cineva care *crede* cu adevărat în ele ar putea. Terapeutul folosește răspunsul pacientului pentru a evalua riscul de mortalitate. Poate formula întrebări complice despre felul în care „ei” plănuiesc să-i facă rău pacientului sau altcuiva, precum și despre locul și timpul în care ar urma să aibă loc tragicul eveniment .

Pacienții paranoizi aflați în pericol iminent de suicid sau omucidere necesită două intervenții: (1) izolarea, respectiv spitalizarea psihiatrică într-o unitate cu supraveghere permanentă) și (2) medicația antipsihotică. Pacientul nu ar trebui să fie externat din spital până când nu este stabilizat și nu mai reprezintă un pericol pentru sine sau pentru alții. El trebuie să continue tratamentul ambulatoriu (incluzând atât medicație antipsihotică, cât și psihoterapie suportivă). Altfel, el poate manifesta din nou pulsuni suicidare și/ sau homicidare într-un timp relativ scurt (J.L. Cummings, 2006).

Intervenții terapeutice utilizate la pacienții fără potențial letal

Diversitatea intervențiilor care pot fi eficiente asupra pacienților nonletali este practic nelimitată. Din acest motiv, clinicienii experimentați dispun de o mare flexibilitate în personalizarea intervențiilor terapeutice, în funcție de fiecare pacient în parte. În structurarea unei intervenții, terapeutul poate lua în calcul dacă pacientul se găsește în plin proces suicidar sau pur

și simplu face doar amenințări manipulative. De asemenea, va lua în calcul stilul de personalitate al pacientului, diagnosticul și viziunea sa asupra lumii.

Firește, șantajul cu suicidul sau veleitatea suicidară nu pot fi minimalizate, deoarece, în aceste cazuri, deși nu este vorba despre o tendință autentică, suicidul se poate produce în mod incidental, prin subaprecierea posibilităților, împrejurărilor, eficacității mijlocului suicidar etc. (G. Ionescu, 1985).

Deși crearea unei liste exhaustive de intervenții ar fi practic imposibilă, vom prezenta câteva dintre ele mai frecvent utilizate în practica clinică.

Contractul

Pe lângă spitalizarea psihiatrică, contractul ar putea să fie o intervenție folosită de terapeuți. De obicei, terapeutul îl roagă pe pacient să promită că nu va comite suicidul pe toată durata tratamentului. Pacientul este deseori rugat să semneze un document (de obicei un formular standard), ca parte a înțelegerii. Nu există dovezi științifice în legătură cu eficiența acestor contracte. Reinecke (2000, cit. din I. Holdevici, 2009) este de părere că aceste contracte au mai mult rolul de a-l securiza pe terapeut. Iată câteva probleme inerente ale acestei intervenții:

1. Unele persoane sunt incapabile de a respecta un contract. Acestea îi includ pe paranoizi (după cum am discutat anterior) și pe cei care suferă de demență și alte probleme degenerative, care pur și simplu nu-și amintesc că se află sub incidența unui contract. Alți pacienți pot alege, pur și simplu, să îl încalce, în timp ce se află sub efectul drogurilor sau al alcoolului.
2. Persoanele aflate în etapa de pilot automat a procesului suicidar sunt lipsite de conștiința sinuciderii lor iminente. Este foarte puțin probabil ca aceste contracte să aibă vreun impact asupra acestor pacienți.
3. Un contract aflat în vigoare pe o lungă perioadă de timp poate fi foarte greu de respectat pentru mulți pacienți depresivi și suicidari.
4. Asemenea contracte îi pot induce terapeutului un fals simț al securității, împiedicându-l astfel să folosească în mod abil alte intervenții.

Pentru a preveni asemenea dificultăți, putem folosi în mod creativ o serie de contracte scurte ce pot fi reînnoite la fiecare întâlnire cu pacientul. Psihoterapeutul îl poate întreba pe pacient la fiecare convorbire (față în față sau la telefon), ce perioadă de timp ar fi potrivită pentru

încheierea următorului contract. În funcție de răspuns, programează următoarea întâlnire cu pacientul. Unele persoane suicidare pot fi capabile să-și ia un angajament pe perioade scurte de timp (ore chiar) la început, iar terapeutul extinde lungimea contractului doar pe măsură ce pacientul este capabil să respecte contractul pentru perioade mai lungi de timp. Pentru a utiliza în mod eficient acest tip de intervenție, recomandăm ca terapeutul să programeze întâlniri mai scurte, dar mai frecvente cu pacienții suicidari, în scopul căutării indicatorilor de suicid nonverbal și tactili. Ședințele standard, o dată pe săptămână și cu durată de 50 de minute, nu pot să ne fie de prea mare folos în acest caz. De asemenea, contactele telefonice pot fi folosite între întâlnirile față în față, atunci când sunt necesare discuții mai dese.

Tehnica „balonului spart”

În cazurile în care pacientul dorește să pedepsească alte persoane prin suicidul său, psihoterapeutul îi poate permite acestuia să-și exprime fanteziile cu privire la propriul său suicid. Acesta este încurajat să descrie în detaliu cine îl va găsi, cum vor afla alții despre suicid și care va fi reacția lor. Prin urmare, terapeutul va asculta cu atenție pacientul său, pentru a descoperi pe cine intenționează să pedepsească prin sinucidere. Odată ce viitoarea victimă a fost descoperită și pacientul și-a împărtășit toate fanteziile cu privire la suicid, îi vom explica faptul că pacientul nu va obține rezultatul dorit și că viitoarea victimă nu va suferi, de fapt, atât de mult pe cât ar spera el să o facă. Spre exemplu, unui pacient furios pe soția sa, i se poate spune că soția va trece, probabil, printr-o perioadă de doliu, dar apoi își va continua viața și este posibil să-și găsească o nouă pasiune romantică, odată cu dispariția pacientului.

O variațiune a acestui tip de intervenție poate fi foarte eficientă la pacienții histrionici. Acestor pacienți le este teamă de desfigurare mai mult decât le este frică de moarte (Cummings și Sayama, 1995, cit. din J.L. Cummings, 2006). După ce îl lăsăm pe pacient să discute despre fanteziile sale cu privire la suicid, terapeutul îi explică faptul că, probabil, va fi desfigurat ca urmare a metodei alese, indiferent dacă metoda reușește sau nu. Din cauză că histrionicii aleg, în general, metode suicidare *curate* (pastilele), mai degrabă decât metode *murdare* (focurile de armă), acest lucru poate constitui o provocare. J.L. Cummings (2006) relatează câteva succese terapeutice avute cu acești pacienți, descriindu-le dezavantajele care pot apare în cazul în care pacientul nu moare (incontinență, probleme motorii care duc la incapacitatea de a se îngriji etc.). Mai mult, coma de durată anterioară decesului poate provoca desfigurări faciale pe care toți ceilalți le-ar

vedea la înmormântare. Mai degrabă decât să riște desfigurarea, mulți pacienți histrionici preferă să facă terapie, pentru a învăța cum să trăiască într-un mod mai sănătos.

Găsirea unei metode alternative de obținere a rezultatului dorit prin comiterea suicidului

Această tehnică este asemănătoare tipului anterior de intervenție în care terapeutul ascultă cu atenție fanteziile pacientului cu privire la ceea ce speră acesta să obțină prin sinucidere. Apoi, îl va ajuta pe pacient să vadă că ar putea obține același rezultat, fără să comită suicidul. În mod constant, pe parcursul derulării terapiei, pacientul va fi ajutat să înțeleagă că s-ar putea bucura de rezultat fiind în viață. De exemplu, un pacient care are sentimente de ostilitate față de partenerul său de viață, poate decide să caute o rezolvare echitabilă în instanță, printr-un proces de divorț, mai degrabă decât să moară și să-i lase acestuia toate bunurile comune. Pacienții sunt ajutați să înțeleagă că a duce o viață fericită și împlinită poate furniza o *răzbunare* mai mare decât ar fi putut-o face vreodată suicidul lor.

Utilizarea automonitorizării

Unii pacienți suicidari intră într-o stare de panică la fiecare gând sinucigaș. Ca urmare, își sună frenetic terapeutul de mai multe ori pe zi. În aceste cazuri, ar putea fi util să învățăm pacientul cum să-și măsoare gradul propriu de probabilitate a comiterii suicidului. Pe o scală de la 0 la 10, pacientul va fi instruit să-și sune terapeutul doar dacă gradul de probabilitate a comiterii suicidului depășește un anumit nivel, spre exemplu valoarea 8. Pacientul mai poate fi instruit, de asemenea, să întocmească un grafic al gradului de probabilitate a comiterii suicidului, astfel încât să poată vedea îmbunătățirile mai târziu. Folosind această tehnică, J.L. Cummings (2006) a redus apelurile telefonice de criză ale pacienților suicidari cu până la 90% în doar câteva săptămâni.

Utilizarea sprijinului social exterior

Ar trebui să acordăm o atenție sporită sprijinului social exterior de care poate beneficia pacientul suicidar cu potențial nonletal. Familia, cercurile de prieteni, biserica și alte instituții, pot oferi un sprijin extraordinar. Cu toate acestea, mulți pacienți depresivi și suicidari nu sunt capabili să recunoască și să folosească sprijinul care le este pus la dispoziție. Prin urmare, terapeutul îl poate ajuta pe pacient să recunoască sprijinul social disponibil, putând contribui la mobilizarea acestui suport pentru binele pacientului. Cu aprobarea lui, putem mobiliza sprijin pentru pacientul

suicidar din partea familiei și a altor rețele sociale. Deși poate părea un efort suplimentar din partea terapeutului, practica clinică ne demonstrează că acest demers eficientizează tratamentul. În plus, se creează o situație în care nu se va mai face apel doar la resursele terapeutului, văzut ca singurul suport de sprijin pentru pacient. În finalul terapiei, pacientul învață cum să continue să identifice și să valorifice suportul social exterior aflat la dispoziția sa.

În finalul prezentării noastre, vom ilustra un caz interesant și foarte dificil al lui J. Cummings (2006).

Destiny este o pacientă în vârstă de 28 de ani și care suferea de tulburare de personalitate de tip borderline. A intrat pentru prima dată în sistemul de sănătate mintală de la vârsta de 9 ani. De-a lungul timpului, i s-au atribuit un număr impresionant de diagnostice psihiatrice, inclusiv tulburare cu deficit de atenție, anorexie/ bulimie, abuz de substanțe, tulburare de stres posttraumatic, tulburare de personalitate multiplă, tulburare bipolară, tulburarea identității de gen (sexuală) și tulburare schizofreniformă. Ea avea o întreagă istorie a numeroaselor internări în spitale de psihiatrie și a urmat aproape toate tratamentele medicamentoase psihotrope existente.

Destiny a făcut ravagii în sistemul de îngrijire medicală la care a fost abonată în ultimii ani. Ea a folosit toate tacticile obișnuite ale unui pacient cu tulburare de personalitate de tip borderline. Nu se prezenta în mod frecvent la ședințe, doar ca să abuzeze de serviciul de după program. Când toate celelalte lucruri eșuau, Destiny încerca să joace *cartea sinuciderii*. Îi amenința cu suicidul pe psihiatrul și pe psihoterapeutul ei sau pur și simplu apărea la spitalul de psihiatrie și se folosea de amenințările de suicid ca de un bilet de intrare. Persoanelor din jurul ei le era atât de frică de ea încât rareori îi refuzau vreuna din cereri. În loc să o stăpânească, cei din jur nu au făcut altceva decât să scape și mai mult lucrurile de sub control.

Destiny era o femeie foarte corpolentă, ce avea o privire îndârjită, ceea ce o făcea să pară mult mai bătrână decât vârsta ei cronologică. Când a fost salutăta pentru prima dată de terapeut în sala de așteptare, privirea disprețuitoare de pe fața ei indica faptul că plănuise „*să-l mănânce la prânz*”.

La începutul primei ședințe, Destiny s-a lansat într-o litanie bine repetată de plângeri cu privire la copilăria ei abuzivă și la modul în care toată lumea a persecutat-o pe parcursul întregii ei vieți. Terapeutul s-a prefăcut în mod deliberat neinteresat și a așteptat reacția lui Destiny. A devenit vizibil iritată și i-a spus: „Ce e în neregulă cu tine? Ești terapeut și se presupune că trebuie să mă ascuți.” Terapeutul i-a răspuns: „Nu am auzit nimic cu adevărat interesant până acum. Fac

asta de ceva timp și nu am mai auzit nimic nou sau captivant în ultima vreme. Poți să te străduiești mai mult?” Ședința a continuat cu un număr de runde în care Destiny a încercat să inventeze o poveste suficient de dramatică încât să trezească interesul terapeutului, urmată de observația că va trebui să se străduiască și mai mult. Când Destiny a încercat să vorbească despre numeroasele ei „tentative” anterioare de suicid (care erau, de fapt, doar minciuni), i s-a spus: „Ei, cred că asta e suficient de bine. E material bun de *Oprah*, dar nu te va duce la Jerry Springer.” În acest moment, atât terapeutul cât și Destiny au chicotit. Restul ședinței, pacienta a colaborat și a admis, cel puțin aparent, că terapeutul era cel care *câștigase băătălia* în ședința respectivă. Cu toate acestea, era evident că Destiny are un nou plan de luptă.

Următoarele câteva ședințe au fost un meci de *psihojudo* în care Destiny l-a atacat în mod violent și repetat pe terapeut, iar acesta i-a redirecționat impulsul, mai degrabă decât să-l abordeze frontal. Spre exemplu, Destiny a părut neașteptat de liniștită la începutul celei de-a doua ședințe. După ce a fost remarcabil de tăcută timp de vreo zece minute, a anunțat că a luat o doză letală de pastile înainte de a veni la întâlnire și că pastilele începeau să își facă efectul. A spus că se aștepta să leșine în orice moment. Terapeutul s-a întors liniștit către birou, a scos o carte de telefoane și a început să-i răsfoiască paginile. După câteva minute, Destiny l-a întrebat ce se întâmplă. I-a răspuns: „Încerc să găsesc numărul unui medic legist. Dar nu găsesc nimic. A, știu ce am greșit. Caut la agenții naționale în loc de agenții județene.” A fost liniște cât timp terapeutul a continuat să se uite în cartea de telefoane. Acesta a rupt tăcerea spunând: „Nu există rezultate pentru *medic legist*. Cred că trebuie să încerc să caut *examinator medical*.” Destiny s-a înfuriat și a cerut să știe ce se întâmplă și de ce trebuia sunat medicul legist. Răspunsul a dezarmat-o complet: „Nu vreau să mori în biroul meu. Nu aș ști ce să fac cu o persoană moartă. M-am gândit că ar trebui să mori la morgă, din moment ce ei știu acolo ce să facă cu oamenii morți. Și dacă mori înainte ca ei să ajungă aici, cel puțin ei pot să te ia de aici, iar eu pot să-mi curăț biroul înainte de venirea următorului pacient.” Destiny și-a așternut un rânjel pe față, încercând să-și ascundă amuzamentul, dar a izbucnit într-un râs zgomotos. Atunci a mărturisit că nu luase, de fapt, acele pastile.

La câteva zile după a doua ședință, Destiny a telefonat după program, cerând internare în spital pe motivul probabilității de a comite suicid. Terapeutul anticipase un telefon de la ea după terminarea programului și ceruse ca serviciul de preluare a apelurilor să-l anunțe în caz că va suna. Când terapeutul a refuzat să precertifice internarea în spital, Destiny s-a înfuriat și a amenințat că se va sinucide chiar după ce va face o plângere împotriva lui la Comisia Națională de examinatori

psihologici. I s-a răspuns, spunându-i: „Te vei sinucide înainte sau după întâlnirea cu mine din această zi de joi? Trebuie să știu dacă ai de gând să te sinucizi înainte de întâlnire, ca să programez în acel interval orar pe cineva de pe lista de așteptare.” Destiny a spus (pe un ton destul de strident) că își vroia programarea și că nu dorea ca terapeutul să o dea altcuiva. Astfel, terapeutul a fost sigur că Destiny va fi în viață la următoarea întâlnire programată.

Destiny a venit la a treia ședință cu sânge picurând din ambele încheieturi, din cauză că își tăiasese venele în drumul spre cabinet. Tăieturile nu erau în mod evident letale și terapeutul i-a înmănat un pachet de șervețele pentru a-și șterge sângele, rugând-o să încerce să nu picure sânge pe covorul său. Apoi a întrebat-o dacă ar dori un plasture. Ea a urlat: „Ești culmea!”, pe care a interpretat-o ca pe o recunoaștere de către Destiny a înfrângerii sale, în acea rundă de psihojudo.

În cele din urmă, Destiny a urmat un program de psihoterapie de grup pe o perioadă de 20 de săptămâni, creat în mod special pentru gestionarea pacienților cu tulburări de personalitate de tip borderline. Ea a învățat să adopte stiluri mai sănătoase de a face față unei situații, a încetat să mai amenințe cu suicidul și a devenit în final o pacientă cooperantă și agreabilă. Continuă să-și viziteze ocazional terapeutul. Din când în când, Destiny își exersează strategiile sale manipulative, doar ca să se asigure că terapeutul a rămas suficient de puternic pentru a o ajuta să evite acest proces al ei de autodistrugere.

Rezumat

Suicidul constituie o formidabilă provocare pentru psihoterapeuți. De cele mai multe ori, spitalizarea pacienților suicidari le conferă terapeuților un sentiment de siguranță. Cu toate acestea, spitalizarea inutilă sau încercarea de a-ți asuma responsabilitatea pentru viața unui pacient, pot fi proceduri contraproductive sau chiar dăunătoare pacientului, crescând riscul de suicid. În consecință, este important să facem diferența între pacienții cu potențial letal și cei cu potențial nonletal și să procedăm în mod corespunzător, pentru a preveni decesul în primul caz, dar și pentru a elimina amenințările și încercările repetitive de suicid, în cel de-al doilea caz.

Procesul suicidar trebuie înțeles în trei etape, iar terapeutul învață să identifice semnele de avertizare ale fiecărei etape. De asemenea, el știe cum să intervină și să prevină ceea ce, în alte condiții, ar reprezenta moartea iminentă a pacienților cu potențial letal. Nu în ultimul rând, terapeutul dezvoltă intervenții particularizate de tratament pentru pacienții care nu sunt pasibili de

a comite suicidul, ci îl folosesc doar în scopuri manipulative. Există indicatori verbali, nonverbali și tactili de suicid și există trei etape ale procesului suicidar: ideația, planificarea și pilotul automat. Dacă nu identificăm acești indicatori și nici primele două etape ale procesului suicidar, etapa de *pilot automat* rămâne singura oportunitate pentru terapeut de a interveni și de a preveni suicidul. Din păcate, această ultimă etapă a pilotului automat se manifestă și se deghizează în îmbunătățiri exterioare la nivelul pacientului, iar posibilitatea iminentă ca acesta să comită suicidul, poate să nu fie observată de terapeut. Odată cu diminuarea simptomelor depresive, persoana aflată pe pilot automat va manifesta o creștere bruscă a dispoziției. Cu alte cuvinte, apare un puternic sentiment de ușurare pentru că a luat decizia de a se sinucide. Prin urmare, se impune identificarea etapei de pilot automat, în scopul prevenirii suicidului.

Strategii de influentare

Anumite tipare lingvistice maresc in mod semnificativ probabilitatea ca ceilalti sa adopte fata de noi o atitudine colaborativa:

1.	Puterea explicatiei	Va rog sa-mi dati voie sa trec in fata pentru ca....	Ne-ar ajuta sa folosim cat mai des expresia „Pentru ca” – oamenii au nevoie de o explicatie.
2.	Falsele alegeri	Vrei sa...sau vrei sa? Preferi sa...sau doresti sa?	Oamenii prefera sa faca alegeri, au senzatia ca ei sunt cei care stapanesc situatia. Daca privim mai atent numarul de alegeri este limitat.

3.	Provocarea liberului arbitru	Poti sa...Poti sa...pentru ca... Ai putea sa...Ai putea sa...nu-i asa? Crezi ca esti in stare sa...? Ai putea sa...sau nu...Nimeni nu stie mai bine ca tine ca...Numai tu poti sa hotarasti daca...	Sigur ca pot, ca sta in puterea lor ! Subliniaza clar ca alegerea le apartine, asadar cum ar putea sa refuze!
4.	Ca si cand lucrurile sunt deja cunoscute	Probabil stii deja ca... Poti observa (remarca, intelege) cu siguranta ca... Incearca sa rezisti tentatiei de a ...	Cum ar putea sa opuna rezistenta unui lucru pe care il stiu deja? Vor avea senzatia ca el doar le este reamintit, se atrage doar atentia supra lui...ca nu sunt fortati sa il accepte.
5.	Indreptarea atentiei catre interior	Ai putea remerca senzatia de...in timp ce... Ai putea observa ce placut te simti cand...	Este o modalitate foarte eficienta de a induce o stare modificata de constiinta prin bifurcarea atentiei.
6.	Ca si cand lucrurile s-au intamplat deja	Ce s-ar intampla daca...Cum ar fi daca... Ma intreb cum te-ai simti daca...Iti poti imagina ca...	Solicitarea imaginatiei ii face pe oameni sa se gandeasca la un lucru fara a da voie ratiunii sa cantareasca mai mult argumentele pro si contra.
7.	Este doar o chestiune de timp pana se va intampla	Mai devreme sau mai tarziu... Intr-o zi... Poate ca vei... Poate ca inca nu...pana acum.	Puterea sugestiei implicite consta in faptul ca ea indreapta atentia de la CE se va intampla spre momentul CAND, inevitabil, se va intampla acest lucru.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Aldwin, C. M. (1999). Stress, Coping, and Development: An integrated perspective. New York: The Guilford Press.
2. Amado G., Guittet A. (2007). Psihologia comunicării în grupuri. Iași: Editura Polirom.
3. Anderon, R., Cissna, K.N. (1997). The Martin Buber - Carl Rogers Dialogue: A New Transcript with Commentary. New York: State University Press.
4. Atkinson, R.L., Atkinson, R.C. (2002). Introducere în psihologie. București: Editura Tehnică.
5. Băban, Adriana (1998). Stres și personalitate. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
6. Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 59:525-537.
7. Boria, G. (1997). Lo psicodramma classico. Milano : Franco Angeli.
8. Bosscher, R.J., Smit, J.H. (1998). Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale, Behavior Research and Therapy, 36, 339-343.
9. Brinster, P. (1997). Terapia cognitivă, București: Editura Teora.
10. Burns, D.D. (1999). Feeling Good: The New Mood Therapy. Canada: Publisher Harper Collins.
11. Burns, D.D. (2007). When Panic Attacks: The New, Drug-Free Anxiety Therapy That Can Change Your Life, London : Publisher Barnes & Noble.
12. Butcher, J. N., Carson, R. C. (1992), Abnormal Psychology and Modern Life, Canada: Harper Collins Publisher.
13. Chelcea, S. (1994). Personalitate și societate în tranziție. București: Editura Știință și Tehnică.
14. Clark, D.A., Beck, A.T, & Alford, B.A. (1999). Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression, New York: John Wiley & Sons.

15. Cohen, S., & Edwards, J.R.(1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In R.W. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress.*, Chicester : John Wiley & Sons.
16. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
17. Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
18. Columbus, Alexandra, M. (2006). (editor), *Advances in Psychology Research*, Vol.46, London: Nova Science Publishers Inc.
19. Costa, P. J., McCrae, R. R. (1993). Psychological stress and coping in old age. In L. Goldberger and S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd ed.) (pp. 403-412), New York: The Free Press.
20. Cottraux, J. (2003). *Terapiile cognitive*. Iași: Editura Polirom.
 - a. Cristea, D. (2001). *Tratat de psihologie socială*. Cluj: Editura Pro Transilvania.
21. Dafinoiu, I. (2001). *Elemente de psihoterapie integrativă*. Iași: Editura Polirom.
22. Dafinoiu, I., Vargha J.L. (2005). *Psihoterapii scurte*. Iași: Editura Polirom.
23. Dantzer, R.(1989). *L'illusion psychosomatique*. Paris : Odile Jacob.
24. David, D. (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași : Editura Polirom.
25. Dean, K. (1989). Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation, *Social Science Medicine*, 29, (8), p.137-152.
26. Doise, W. Deschamp, J-C, Mugny, G. (1996). *Psihologia socială experimentală*. Iași: Editura Polirom.
27. Dohrensend, B. P. (1998). *Adversity, stress and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
 - i. *Encyclopedia of Stress***** (2000), New York: Academic Press.
 - b. Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific coping components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 332-350.

28. Eysenck, H. J. (1988). Personality and stress as causal factors in cancer and coronary heart disease. In: M. P. Jaisse, (Ed.) Individual Differences, Stress, and Health Psychology (pp. 42-89). New York: Springer-Verlag.
29. Fisher, S. (1993). Stress, heal and disease. British Journal of Hospital Medicine, vol. 49, (10), 74- 98.
30. Fryer, Marilyn (1988), Rezolvarea conflictelor și creativitatea - o abordare psihologică. In Neculau, A., Ana-Stoica Constantin, Psihosociologia rezolvării conflictului. Iași : Editura Polirom.
31. Goldberger, L., & Breznitz, S. (Eds.) (1993). Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd ed.). New York: The Free Press.
32. Golu, M. (1993). Dinamica personalității. București: Editura Geneze.
33. Guilford, J.P. (1982). Cognitive psychology's ambiguities: Some suggested remedies. Psychological Review, 89, 48-59.
34. Guimón, J. (2006). Introducere în terapiile de grup. Iași : Editura Polirom.
35. Greenberg, J.S. (1999). Stress management, Sixth edition. Boston Burr Ridge: WCB McGraw-Hill.
36. Greenglass, E.R. (1993). The contribution of social support to coping strategies. Applied Psychology: an international Review, 42, 323-340.
37. Hammen, C. (2005). Stress and Depression. Annual Review of Clinical Psychology, 1, 293-319.
38. Holdevici, Irina (1996). Elemente de psihoterapie. București: Editura ALL.
39. Holdevici Irina (2000). Psihoterapia tulburărilor anxioase. București: Editura Ceres.
40. Holdevici, Irina (2002). Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie. București : Editura Orizonturi.
41. Holdevici, Irina (1995). Autosugestie și relaxare. București: Editura Ceres.
42. Holdevici, Irina (2001). Psihoterapii scurte. Să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient. București: Editura Ceres.
43. Holdevici, Irina, Neacșu, Valentina (2006). Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză. București: Editura DUAL TECH.

44. Holdevici, Irina, Neacșu, Valentina (2008). Sisteme de Psihoterapie și Consiliere Psihologică, București: Editura Kullusys.
45. Huber, W. (1997). Psihoterapiile, Terapia potrivită fiecărui pacient. București: Editura Știință și Tehnică.
46. Hyson, M.C. (1983). Going to the doctor: A developmental study of stress and coping. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24 (2), 247-259.
47. Iamandescu I.B. (1997). Psihologie medicală. Ediția a II-a. București: Editura Medicală.
48. Iamandescu, I.B. (2002). Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică, București : Editura InfoMedica.
49. Ionescu, G. (1990). Psihoterapie. București: Editura Științifică.
50. Ionescu, G. (1997). Tulburările personalității. București: Editura Asklepios.
51. Jones, F., Bright J., Searle B., & Cooper, L., (1998). Modelling occupational stress and health: The impact of the demand-control model on academic research and on workplace practice. *Stress Medicine*, (14), 231-236.
52. Karasek, R., & Theorell, T.(1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York : Basic Books.
53. Kesler, R.C., Kendler, K.S., & Heath, A. (1994). Perceived support and adjustment to stress in a general population sample of female twins. In *Psychological Medicine*, vol. 24, nr.1, p. 317-335.
54. Kiev, A., Kohn, V.(1979). *Executive Stress*. New York: AMACOM.
55. Kobasa, S. (1979), Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37:1-11.
56. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
57. Lazarus, R.S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
58. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In A. M. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.

59. Lehrer, P. M., & Woolfolk, R. L. (1993). (Eds.). Principles and practices of stress management (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
60. Lorient, M. (2004). Quand la relation devient stressante, difficultés et adaptation lors du contact avec les usagers. *Humanisme et entreprise*, (8) 262, 1-18.
61. Lowenfeld, V. (1947). Creative and mental growth. New York : Macmillan Co.
62. Luban-Plozza B., Iamandescu I.B. (2003). Dimensiunea psihosocială a practicii medicale, Ediția a II-a. București : Editura Infomedica.
63. Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56(3), 239-249.
64. MacLeod, C., Hagan, R. (1992). Individual differences in the selective processing of threatening information, and emotional responses to a stressful life event. *Behavior Research and Therapy*, 30, 151-161.
65. Madelon, L. Peters, M.L., Guido L. R. Godaert, G.L.R. & Ballieux, R.E. (1999). Immune Responses to Experimental Stress: Effects of Mental Effort and Uncontrollability. In *Psychosomatic Medicine* 61, (8), 513-524.
66. Maslow, A. (2008). Motivație și personalitate. București: Editura Trei.
67. Matthews, G., Deary, I.J., Whiteman, Martha, C. (2005). Psihologia personalității, Trăsături, cauze, consecințe. Iași: Editura Polirom.
68. McFarland, R. (1988). Coping through self-esteem. New York: Rosen Publishing Group, Inc.
69. Miclea, M. (1994). Psihologie cognitivă. Cluj-Napoca: Editura Gloria.
70. Miclea, M.(1997). Stres și apărare psihică. *Presa Universitară Clujeană*, 4-43, Cluj-Napoca.
71. Miller, T. W. (Ed.), (1997). Clinical disorders and stressful life events. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
72. Minulescu, Mihaela (1996). Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică, București.: Garel Publishing House.
73. Minulescu, Mihaela (2000). Psihodiagnoza modernă, Chestionarele de personalitate. București: Editura Fundației România de Măine.
74. Mitrofan, Iolanda (1997). Psihoterapia experiențială. București: Editura Infomedica.

75. Mitrofan, Iolanda (2005). Orientarea experiențială în psihoterapie; Dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală, București: Editura SPER.
76. Mitrofan N., Mitrofan, L. (2005). Testarea psihologică. Iași: Editura Polirom.
77. Papalia Diane, E., Olds Wendkos Sally, & Feldman-Duskin, Ruth (2003). Human Development (9th edition), NY : Publisher McGraw-Hill College.
78. Pitariu, H. (1994). Stresul ocupațional la ingineri: o realitate contemporană. In: Psihologia, n1, 2-4, Societatea Știință și Tehnică S.A.