

CURSA CU OBSTACOLE A DEZVOLTĂRII UMANE

CAPITOLUL I

Copiii în cursa socializării sau cum se perpetuează diferențele dintre băieți și fete.

Practic un copil nu posedă niciun fel de cunoaștere despre cum să evalueze ceea ce aude și vede. Tendința este deci de a accepta valorile ce îi sunt insuflăte.

Stereotipuri culturale: Băieții sunt descriși ca fiind mai mari, mai puternici, mai activi în timp ce fetele mai mici, mai delicate, mai pasive.

- Etichetele de sex pot fi corect folosite începând cu vârsta de 2 ani.
- După 2 ani jumătate identitatea sexuală este mult mai ferm stabilită.
- Identificarea identității sexuale dublează cunoștințele copilului în celelalte domenii.
- După 5 ani copiii demonstrează o constantă completă a sexului.

Indiferent de sex copilul este puternic influențat de mamă la început dar învață să devină matur după identificarea cu părințele de același sex și mai târziu cu persoanele reprezentante ale aceluiași sex din jurul său.

- Băieții în mediul urban, datorită faptului că nu-și vede tatăl exercitându-și meseria, trebuie să se descopere pe sine și să devină adult “împotriva” tatălui său, reiese că **băieții percep superioritatea paternă printr-un sentiment de rivalitate.**

Să-ți descoperi propria identitate sexuală înseamnă să imiți modelele sau modurile de a proceda, de a gândi și de a simți ale unei alte persoane de același sex.

- Pentru dezvoltarea identității masculine, despartirea de mamă este esențială.
- Băieții fără tată vor avea o identitate de sex confuză și capacitate mai redusă de expresie (opțiunea homosexuală a băieților ar deriva mai mult dintr-o atașare împiedicată față de tată decât din dominația maternă).
- Fetele nu au nevoie să se detașeze de mamă, motiv posibil pentru care se maturizează mai repede.
- Sentimental copilăriei masculine are o durată mai mare și sunt mai vulnerabili și mai greoi în înțelegerea/asimilarea ordinii sociale adulte.

Greutățile pe care le întâmpină fata în procesul de identificare se leagă de rolul pe care nu îl mai acceptă și pe care îl vede la mamă ei (gospodina, imobilă, pasivă etc), cu cât crește fata, identificarea cu mamă să nu mai apară ca o soluție satisfăcătoare, lucru care se întâmplă în special în familiile în care tatăl este autoritar, iar pentru a domina fata trebuie să se identifice cu el, dacă nu va reuși va suporta superioritatea paternă cu o admirație neputincioasă.

Există opinii potrivit cărora obținerea unei identități autentice a copilului, indiferent de sex trebuie să urmeze etapele: atașare de mamă, îndepărtare de mamă, atașare de tată, îndepărtare de tată.

- Tatăl este mai dur cu băieții și mai blând cu fetele.

- Parintii considera fetele mai sincere si arata mai multa retinere in a le pedepsi.
- Li invata pe baieti sa-si controleze emotiile si le acorda mai multa independent si descurajeaza agresivitatea la fete.
- Fetele sunt mult mai atent ascultate cand au nevoie iar baietii sunt incurajati in incercarile lor de afirmare.
- Fetelor li se acorda o prea mare protectie ceea ce inhiba dezvoltarea anumitor capacitati.
(femeile cu realizari notabile au avut mame severe care nu le-au considerat fragile sau vulnerabile si nu le-au protejat excesiv.)
- Fata cu frate poate manifesta trasaturi masculine (ambitie, spirit de competitie)
- In familiile cu dubla cariera copiii au mai putine reprezentari stereotipe in privinta rolurilor de gen.
- Copiii care se joaca cu papusi invata mai repede sa vorbeasca
- sunt mai activi cei care se joaca cu jucatii tipice baietilor, le creste creativitatea
- fetele primesc jucarii ce implica pasivitatea.

Cu ajutorul jucariilor cele doua sexe sunt influentate sa se indrepte catre anumite meserii:

- baietii – oameni de stiinta, muncitori, agricultori, etc.
- fetele – asistente medicale, profesoare, croitorese etc.

Cele mai importante procese de invatare prin care are loc socializare in familie sunt:

- **imitatia diferentia** – copiii sunt mai tentati sa imite pe cineva perceput ca similar cu ei adica parintele de acelasi sex.
- **Intarirea diferentia** – parintii, profesorii, prietenii intaresc comportamentele specifice sexului copilului si raspund negativ la comportamentele considerate drept negative sexului.
- **Auto-socializarea** – o data ce copilul s-a identificat cu un sex, el cauta in mod activ informatii despre cum barbatul/femeia trebuie sa se poarte.

Timpul pe care parintii il petrec alaturi de copii indeplineste 3 functii:

- Functia de intretinere si reparatii (activitati menajere)
- Functia de reconfort (momente de tandrete si confesiune) si
- Functia de dezvoltare (obiectivele educative explicite)

In familia traditional functiile dintre barbati si femei erau foarte clare, in timp ce femeia asigura toate cele 3 functii, barbatul era specializat exclusiv pe functia de reconfort.

In functie de categoriile socio-economice parintii transmit copiilor valori diferite :

- **Clasele mijlocii superioare (*sindromul de reusita*)** – autonomie, stapanire de sine, imaginative, creativitate
- **Clasele inferioare (*sindromul esecului*)** – ordine, curatenie, obedient, respect fata de varsta.

Datorita noului tip de cultura impus de prezent, **cultura prefigurativa (varstnicii invata alaturi de/de la tineri)** in societatea contemporana gasim la acelasi nivel socio-economic (clasa superioara) forme diferite de socializare, valori diferite, atitudini si comportamente uneori contradictorii.

In familia traditionala :

- Baietii erau socializati sa devina active, ostili si agresivi iar fetele obediente si politicoase
- Relatia parinte-copil era bazata pe intelegere si acceptare, pe convergenta valorilor, respectul fata de norme si obiceiuri si e liniaritatea rolurilor permitand o socializare lipsita de tensiuni si divergente.
- Modelul mamei traditionale – impune prin perseverenta si rigiditate
- Modelul tatalui traditional – asigura educatia copiilor de pe pozitia celui care are intotdeauna dreptatesi ultimul cuvnt

In familia moderna :

- Relatia parinte-copil are cu totul alte coordonate.
- Modelul mamei moderne – axat pe dezvoltarea capacitatilor instructiv-formative ale copiilor in conditiile unor libertati si flexibilitati crescute
- Modelul tatalui modern – foloseste mult mai putin metodele punitive-restrictive.

Nici familia traditionala si nici cea moderna nu asigura o socializare echilibrata, aceasta fiind posibila mai curand in cadrul celor doua forme de tranzitie in care unul din parinti compenseaza cu traditionalismul sau modernitatea celuilalt.

In societatea moderna s-a diminuat mult ceea ce sociologii au numit baza diferentei de socializare a celor doua sexe: axa sedentarism-mobilitate, public-privat (in cazul nereusitei fetei pe plan public – piata fortei de munca- e iertata mult mai usor decat un baiat, *inca i se cere sa nu-si piarda feminitatea*), axa activ-pasiv sufera modificari la fel si axa dependenta-autonomie.

- Baietii merg in continuare pe linia mobilitate-activism-autonomie actionand cu preponderenta in spatiul public, *in schimb trebuie sa devina mai expresivi, nu doar instrumentali, actionandu-si latura afectiv-emotionala nu doar cea economica.*
- *In conditiile actuale baiatul trebuie socializat astfel incat sa accepte ca va deveni dependent de femeie pentru ca ea tinde sa devina autonoma iar acest lucru implica o dependenta reciproca.*
- Tendinta este de regandire a procesului socializarii spre o societate unisex.
- Fetele cauta sa domine prin fizic nu prin intelect “obiecte sexuale”
- *Tendinta este ca femeile sa-si reproiecteze sensul vietii comutandu-se de la impresivitatea aparentei spre consistenta esentei, de la relevarea formelor la evidentierea personalitatii.*

Numarul parintiilor care pregatesc destinul copiilor in functie de sexul acestora este tot mai mic, cei care inca o fac sunt ghidati de 3 tipuri de logici parentale: **logica traditiei, functionalista si a utilitatii sociale a respectarii stereotipurilor.**

Alaturi de familie un rol important in socializarea diferentiata a celor doua sexe revine si altor instante:

- Grupelor de varsta (grupurile de baieti au activitati de echipa iar fetele activitati spontane mai putin organizate)
- Scoala (manualele inca contribuie la stereotipurile de gen)
- Mass-media la fel

Majoritatea copiilor isi schimba atitudinile stereotipizate cand vizioneaza programe de televiziune in contradictie cu stereotipurile lor.

Socializare si gandire pozitiva

Felul in care abordam lucrurile, capacitatea de adepasi greutatile vietii, nivelul de comptetenta si mai ales gradul de incredere pe care il avem despre noi insine depinde de felul in care ni s-au inoculat in copilarie anumite imagini despre capacitatile si potentialul nostrum, despre ceea ce suntem si ce am putea deveni.

Parintii sunt principalii responsabili de formarea noastra ca indivizi, pentru ca rolul lor – mai ales la varste foarte fragede – este determinant comparativ cu celalalte instante de socializare.

- Oamenii au tendinta de a deveni ceea ce isi imagineaza/sunt influentati sa-si imagineze in copilarie ca vor deveni.

Deasemenea situatii nedorite sunt si acelea in care parintii sau profesorii ii induc (de cele mai multe ori inconstient) copilului o imagine falsa asupra propriilor capacitati iar acesta ajunge sa interiorizeze imaginea eronata sis a creada cu adevarat in ea.

- Atunci cand elevul este etichetat ca fiind slab si plasat in pozitie de anonim, intr-o situatie de comparare sociala el isi mobilizeaza competentele ce-i permit sa reuseasca, pe cand, plasat in pozitie de vizibilitate, el esueaza.
- Atunci cand elevul este etichetat bun, oricare ar fi pozitia atribuita (vizibilitate, anonim), intr-o situatie de comparare sociala el se depaseste pe sine.
- La nivelul scolilor medii, la 18 copii cu gandire negative exista doar unul cu gandire pozitiva.
- Atitudinile noastre pot influenta realitatea, dar nu intr-un mod absurd.
- (profetia sinucigasa) Pe un adolescent, aprecierea unui profesor ca nu va termina niciodata o facultate il poate mobilize atat de puternic, incat va reusi sa fie licentiate.
- Numai 15-20% dintre copii se nasc timizi, timiditatea este achizitionata in perioada de dezvoltare, cand copiii se pot simti incapabili, stanjeniti de grupul lor de egali.
- Un climat familial lipsit de securitate emotional va genera copilului o perceptie asemanatoare asupra realitatii sociale.
- Criticile repetate, nejustificate, exagerate se pot intipari in subconstientul copilului, avand efecte dezastruase asupra estimarii de sine.
- Localizarea interna a controlului apare in cazul parintilor tolerant, care tin seama de aptitudinile si interesele copiilor si creeaza cadul necesar actiunilor independente ale acestor.
- Internii sunt mai motivati pentru reusita si efort.
- Oamenii pot fi modelati din perspective axei extraversiune-introversiune.

Prietenia din perspectiva dezvoltarii umane in creuzetul interactiunii psihosociale

Particularitati si metamorfoze ale relatiei de prietenie la copii

Prietenii sunt acele persoane care se caută reciproc în mod spontan; mai mult decât atât, ei fac acest lucru fără să existe o presiune din exterior care să-i împingă unul spre celălalt.

Componentele relației de prietenie:

- Un tip de comportament diferentiat al unuia în prezența celuilalt.
- Un tip diferentiat de desfășurare a activității în absența aceleiași persoane.
- O activitate conceptual relevantă pentru această relație.

Studierea în profunzime a ceea ce înseamnă o relație de prietenie necesită luarea în considerare a cel puțin **trei parametri**: modul în care cei doi se caută reciproc, cum reacționează atunci când sunt despartiti și tipul de limbaj folosit în relațiile interpersonale.

Analiza sociometrică a prieteniei

Relațiile de prietenie între prescolari sunt mult diferite de cele care se stabilesc între adulți.

- Stabilirea alegerii relațiilor de prietenie la prescolari este direct legată de vârsta copiilor implicați. (se alege având vârste apropiate)
- Studiile care se ocupă de viața de grup a adolescenților arată că aceștia se simt mai atrași unul de celălalt în cazurile în care sunt nemulțumiți de viața lor de familie.
- Efortul pe care copiii îl fac pentru a fi împreună este mai mare atunci când aceștia au un contact limitat cu părinții.
- Există motive să credem că experiența de a fi despartit de un prieten, trăită de un copil necesită toată atenția cercetătorilor.

Limbajul prieteniei

Toate studiile arată că există o transformare a limbajului pe măsură ce copilul se maturizează.

Cercetările au arătat următoarele:

- Școlarii și adolescenții își descriu atât prietenii, cât și pe cei care nu le sunt prieteni folosind frecvent termenii de diferențiere (îi place fotbalul la fel ca și mie)
- Copiii de vârste mai mari și-au manifestat o implicare personală într-o măsură mai mare decât cei mai mici.
- Cea mai consistentă în evaluare s-a manifestat la copiii școlari (între clasele a III-a și a VIII-a) mai mare decât la copiii de grădiniță sau elevii de liceu
- Subiecții de vârste mai mari recunosc vicisitudinile temporale și situaționale în descrierile pe care le fac.

Concluzii

Prescolarii care au avut un prieten imaginar, dupa spusele parintilor lor, sunt: primii nascuti, cei care initiaza jocuri, cei carora le plac jocurile zgomotoase, cei care participa la activitatile casnice impreuna cu membrii familiei, cei carora le place sa interactioneze si sa vorbeasca cu persoane adulte.

- Infantul este o entitate lipsita de agresivitate care ii prefera pe cei de aceasi varsta adultilor.
- In ceea ce priveste comportamentul de afiliere, cu cat este mai inalt nivelul educational al mamei, precum si statutul socioeconomic, cu atat mai mare este angajarea copilului fata de alti adulti si fata de copiii de aceasi varsta.
- Cu cat este mai inalt nivelul de educatie al mamei cu atat creste si nivelul de interactiune al bebelusilor in timpul jocului cu alti copii de varsta lor.
- Cu cat au fost mai multi frati in familie cu atat au existat mai putine comportamente de afiliatie ale bebelusilor fata de copiii de varsta lor.
- Valoarea functional a relatiei intre copii exista in copilarie si ea nu deriva din relatia copilului cu parintii lui.

Universal social al copilului

Copilul are, inca de la varste foarte mici, o retea sociala compusa din adulti, prieteni si straini si copii de aceasi varsta. Complexitatea mediului social al copilului necesita si, in acelasi timp, faciliteaza dezvoltarea sa cognitiva. Acest mediu social este format din obiecte sociale cu functii diferite: protectia si promovarea competentei sociale. Oamenii si functiile nu sunt intotdeauna constante. Copiii se pot juca cu adulti, iar alti copii pot fi protectorii lor. De aceea, atunci cand vorbim despre mediul social al copilului trebuie sa luam in considerare obiectele sociale si functiile independente.

Dezvoltarea personala a copiilor in grupul experiential – mic ghid de optimizare psihocomportamentala

Grupul therapeutic de dezvoltare si optimizare personala poate fi definit ca o “intalnire existenta intre oameni” ce permite fiecaruia sa se autodescopere si sa se autocreeze prin intalnirea cu celalalt. Procesul sinuos al cunoasterii de sine si al dezvoltarii personale se desfasoara cu succes in cadrul grupului in care persoanele participante se simt in siguranta, traiesc sentimentul acceptarii neconditionate si pe cel al increderii, al pastrarii confidentialitatii.

- Cresterea atutostimei prin capacitatea de a-i ajuta pe ceilalti

Desfasurarea celor 10 sesiuni de optimizare comportamentala:

In primele 3 sesiuni s-a urmarit deblocarea si motivarea copiilor pentru experienta e grup, crearea unui climat securizant (prin asigurarea cunoasterii si intercunoasterii), gratificant afectiv care sa permita ruperea tuturor "barierelor", diluarea rezistentelor copiilor, punandu-se bazele unei comunicari autentice. Pentru realizarea acestor deziderate s-au folosit ca mijloace terapeutice cu precadere terapia prin joc si miscare, art-terapia, tehnicile expresiv corporale raspunzand nevoii de miscare a copiilor. S-au pus astfel bazele coeziunii grupului.

In aceste conditii, urmatoarele sesiuni au permis utilizarea unor tehnici care au facilitat abilitarea pentru o mai buna comunicare, activarea si optimizarea resurselor creative si integrative, autoreglarea si dezvoltarea personala, optimizarea comportamentului rezolutiv-creativ in grup, promovarea cooperarii si autoafirmarii, dezvoltarea si exersarea capacitatilor empatice.

Copiii au beneficiat de efectele tehnicilor experiential de tip gestalt-expresiv: drama-terapia (joc de rol), art-terapia (modelaj, colaj), tehnica postural-sculpturala, povestire, terapia prin dans si miscare, care le-au permis sa experimenteze "aici si acum" anumite trairi, emotii, sentimente, sa se descopere, sa-si rezolve unele conflicte si nu in ultimul rand sa-I descopere pe ceilalti, sa invete din experienta lor prin producerea fenomenului de "extensie a constientizarii de grup" sa descopere impreuna norme ce duc la o mai buna comunicare in cadrul grupului.

Exercitiile-suport pentru atingerea obiectivelor au avut in vedere imbinarea unui numar cat mai mare de metode si tehnici experiential in mod flexibil. Au fost imbinate tehnicile art-terapeutice cu cele dramatice, considerand ca se obtine in acest mod un dublu beneficiu: atat experimentarea unor situatii de viata, trairea lor "aici si acum", cat si cresterea constientizarii de sine, realizandu-se in final o experienta de transfigurare, maturizare afectiva, cognitive si comportamentala.

Cea de-a treia si totodata ultima etapa a programului a avut in vedere validarea rezultatelor obtinute pe lotul de copii selectati. S-au avut ca mijloace de validare patru modalitati:

1. analiza comparativa a desenelor realizate de copii "Afisul grupului" din a doua si ultima sedinta, utilizandu-se ca metoda observatia cuantificata;
2. analiza fiselor de evaluare a progreselor obtinute in urma programului de optimizare psihocomportamentala, completate de parinti, calculandu-se diferentele semnificative ale unor parametric inregistrati la inceputul si la sfarsitul programului;
3. analiza progreselor inregistrate pe baza unei grile de observatie si a casetelor video, utilizandu-se ca metoda observatia cuantificata;
4. analiza efectelor programului pe baza interviuvarii copiilor participanti la experiment.

Ce este psihopatologia si psihiatria copilului?

Cateva precizari conceptual si repere de analiza a tulburarilor psihice la varsta copilariei

Psihopatologia este considerate drept studiul starilor mintale anormale si comporta trei moduri posibile de abordare: perspectiva fenomenologica, perspectiva psihodinamica si cea experimentală.

Psihopatologia sau psihologia patologica este disciplina ce are ca obiect de studiu tulburarile de comportament, de constiinta si de comunicare, situandu-se la jumătatea drumului dintre psihologie si psihiatrie. Ea isi propune in primul rand sa inteleaga faptul pathologic printr-un effort de patrundere in universal morbid al subiectului, sesizand semnificatia simptomului asa cum este trait de acesta. In al doilea rand, psihopatologia cauta sa-l explice stabilind relatiile de cauzalitate intre fenomenele observate. In sfarsit, ea isi propune sa deduca legile generale de functionare a proceselor mintale si sa completeze abordarea clinica prin metode experimentale (studiul nevrozelor provocate la animale, de exemplu), teste si statistica.

Psihopatologia copilului abordeaza tulburarile psihice si de dezvoltare din perspective mecanismelor explicative, a contextului multifactorial causal (biologic, familial si socioeducational) si a efectelor dezadaptative pe termen scurt si lung in evolutia copilului.

Psihopatologia fenomenologica – se ocupa cu descrierea obiectiva a starilor mintale anormale, urmarind o cale ce evita pe cat posibil teoriile preconceptuate, aceasta abordare se centreaza pe experienta constienta si comportamentul observabil, aici si acum, si are ca scop cunoasterea trasaturilor esentiale ale experientelor morbid traite de pacient intr-o maniera unica si personalizata.

Psihopatologia psihodinamica – are ca punct de plecare teoria psihanalitica a personalitatii, avand drept scop explocarea cauzelor tulburarilor psihice, mai ales din perspective proceselor si mecanismelor inconstiente, cum ar fi refularea si mecanismele de aparare. Dincolo de avordarea descriptive si fenomenologica a experientelor morbideconstientizate, aceasta avordare avanseaza interpretari ale fenomenelor si conflictelor inconstite ce rabufnesc prin simptome si tulburari psihice.

Psihopatologia experimentală – cerceteaza relatiile dintre fenomenele anormale prin inducerea de modificari la nivelul fenomen, urmata de observarea modificarilor care apar la nivelul altora. Pentru explicarea acestora sunt formulate ipoteze, care sunt ulterior testate si validate prin alte experimente. Obiectivul acestei abordari este explicarea tulburarilor psihice prin intermediul acelorasi procese psihologice care au fost indentificate la baza experientelor normale ale persoanelor sanatoase. Cu alte cuvinte, atat experienta normal, cat sic ea anormala au o radacina comuna in planul procesualitatii psihologice, iar intelegerea lor poate plecat de la mecanismele de baza.

A hotari ce este normal/anormal in comportamentul copilului se bazeaza pe repere ce permit evaluarea stadiului si nivelului de dezvoltare (maturizare) psihica, pe de-o parte, ca si pe durata, frecventa, intensitatea si consecintele tulburarii sau perturbarii, pe de alta parte.

Abilitati si capacitati necesare psihoterapeutului

- arta si stiinta de a obtine un istoric al evolutiei copilului cat mai complet si mai putin viciat de interpretari personale, rationalizari sau confabulatii compensatorii (ale parintilor, dar si ale copilului)

- abilitatea de a obtine un tablou obiectiv al caracteristicilor comportamentale si cognitive ale copilului, precum si al manifestarilor diferite, survenite la un moment dat, implicate in perturbarea sa sau a relatiilor cu cei apropiati
- capacitatea de a realiza o buna evaluare a gradului de implicare emotional si a motivariilor personale ale celor care observa sau solicita consultarea copilului
- capacitatea de a realiza o evaluare adecvata a mediului familial, scolar, adica abilitatea de a elabora un diagnostic preofesionist, pertinent, al relatiilor familial si sociale (vezi psihodiagnoza familial si conjugal, sistematica si transgenerationala)

Criteriale ale dezvoltarii psihice normale - cateva elemente de baza pentru un diagnostic diferential al normalitatii/anormalitatii in dezvoltarea psihica a copilului

Semne si achizitii normale, grupate pe perioade cronologice importante in dezvoltarea copilului:

Primul an de viata

- dezvoltare motorie si si socioafectiva rapida: la 3 saptamani copilul zambeste neselectiv, la 6 luni surade preerential, selectiv iar la 8 luni apare frica de separare de mama, absenta sau indepartarea de aceasta generandu-i stari de neliniste, anxietate, plans, relativa agitatie. (o relatie calda si sigura, suportiva cu copilul este baza sanatatii emotionale de mai tarziu so deschide drumul unei socializari calme si eficiente)
- copilul are un orar ordonat de somn si alimentatie, cu imbogatire si diversificare progresiva a pincipiilor alimentare, fara respingeri si crize semnificative
- descoperirea si explorarea senzorio-motorie a obiectelor din jur este una dintre activitatile principale
- se inregistreaza rostirea primelor cuvinte simple, dupa exersarea sunetelor si a silabelor, la sfarsitul primului an de viata. Deasemeni se dezvolta progresiv postura si mersul biped incipient.

Al doilea an de viata

- dezvoltarea motorie este rapida, cu perfectionarea mersului biped, ceea ce confera copilului un grad mai mare de autonomie
- comportamentul de atasare este bine stabilit (incepe sa caute aprobarea parintilor, este anxios cand ei nu sunt de acord si incepe sa invete sa-si controleze comportamentul)
- apar si se manifesta emotiile de manie, in contextul experimentarii frustrarii in conduita exploratorie. Treptat invata sa accepte constrangerile
- leaga 2-3 cuvinte intr-o propozitie.

Etapa prescolara (2-5 ani)

- se dezvolta rapid capacitatile cognitive si creste complexitatea limbajului

- se inregistreaza progrese semnificative in socializare: pe masura ce se integreaza in familie, adopta identificare standardele si comportamentele parintilor, devine oglinda vie a titudinilor si conduitei acestora, dar dezvolta si primele raspunsuri personale fata de acestea
- apar exploziile de manie ca raspuns la frustrare. Desi se mentin, scad ca intensitate si, teoretic, ar trebui sa dispara inainte de intrarea la scoala, ceea ce implica un mai bun autocontrol emotional
- progresele cognitive sunt semnificative, copilul avand o imaginatie bogata, vie si intensa, sustinuta de o curiozitate crescuta. Intrebarile repetate si diverse sunt specifice perioadei, iar uneori indeplinirea dorintelor se face prin intermediul fanteziei, ca posibil substitut al lumii reale. Jocul este principala activitate si modalitate de cunoastere
- copilul dezvolta un atasament fata de anumite obiecte investite cu suport afectiv (papusa, jucarie preferata, "obiecte tranzitionale" etc) care il securizeaza sau il ajuta sa doarma, ori sa obtina pe plan simbolic anumite recompense sau sprijin
- descopera si invata despre identitatea sa sexuala, jocul si explorarea sexuala fiind comune. Intelege diferentele dintre femei si barbati dupa criteriile observabile - aspect, imbracaminte, comportament
- pe plan emotional dezvolta mecanisme de aparare care il ajuta sa faca fata anxietatii provocate de emotii neplacute sau inacceptabile: refularea, proiectia, negarea, regresia, formatiunea reactiva, deplasarea, rationalizarea, identificarea, sublimarea.

Perioada copilariei mijlocii (6-10 ani)

- copilul isi intelege si accepta identitatea de gen (baiat, fata) si pozitia in sistemul familial
- se realizeaza adaptarea la cerintele de integrare social-scolara: invata sa citeasca si sa scrie, dobandeste conceptele numerice si dezvolta capacitati operationale de tip concret
- se dezvolta mecanisme de aparare si standarde de comportament social. Copilul invata sa constientizeze posibilitatile si limitele de care dispune, ceea ce il ajuta in dezvoltarea imaginii de sine mai clare.

Perioada pubertatii si adolescentei

- in contextul unei intense maturizari fizice si neurohormonale se produce o crestere a constientizarii propriei identitati psihosexuale si a caracteristicilor de personalitate (cine sunt, ce pot face si ce doresc sa fac in viata)
- preocuparile morale si valorice sunt semnificative, iar pendularea intre alternative pentru viitor, intre sperante, idealuri si dezamagire este la fel de comuna. Criza adolescentei nu presupune neaparat o instrainare de familie si fragilitate emotionala ci mai curand experimentarea unui registru emotional mult mai variat, bogat si intens, in contextul cautarii unui stil personal, original, de manigestare, care sa exprime adevarata identitate de sine
- realtiile cu grupul de prieteni devin foarte importante, iar prietenii apropiate sunt frecvente, in special in cazul fetelor
- adolescentii devin treptat autonomi, manifesta interes crescut pentru relatiile heterosexuale si apar primele tentative de apropiere de sexul opus, primele atractii erotice si implicarea in relatii de parteneriat. Se experimenteaza dragostea pura, iar destul de frecvent debuteaza viata sexuala, aspect reglat in mare masura de standardele culturale familiale si grupale

Analiza tulburarilor psihice ale copilariei poate fi facuta din doua perspective:

- perspectiva nozografica, incluzand clasificari sau taxinomia patologiei psihice la copil
- perspectiva evaluatorie, incluzand aspectele etiologic, prognostic, epidemiologic, simptomatologic, sindromologic si metodologic

Evaluarea psihopatologica si psihodiagnostica a copilului

Clasificarea tulburarilor psihice din perioada copilarii si adolescentei

In *Tratatul de psihiatrie Oxford (Gelder, Gath si Mayou, 1994, p.599)* sunt precizate 7 mari grupe de tulburari psihice in copilarie:

Reactiile de adaptare:

1. tulburarile de dezvoltare globale (pervazive) (psihozele copilarii)
2. tulburarile de dezvoltare specifice
3. tulburarile de conduita (antisociale sau de exteriorizare)
4. tulburarile hiperkinetice (cu deficit al atentiei)
5. tulburarile emotionale (nevrotice sau de interiorizare)
6. tulburarile simptomatice

Dupa *DSM-III-R* tulburarile psihice ale copilului se clasifica in:

1. retardare mintala
 2. tulburari de dezvoltare globale (pervazive)
 3. tulburari de dezvoltare specifice:
 - tulburarea de limbaj si vorbire
 - tulburarea aptitudinilor scolare
 - tulburarea aptitudinilor motorii
 - alte tulburari de dezvoltare
 4. tulburarile de comportament disruptiv
 5. tulburarile de conduita
 6. hiperactivitatea cu deficit al atentiei
 7. tulburarea opozitional-refractara
 8. tulburarile anxioase ale copilarii si adolescentei
 9. tulburarile de alimentatie
 10. tulburarile de identitate sexuala
 11. ticurile
 12. tulburarile de eliminare
 13. alte tulburari ale copilarii si adolescentei
-

Intarziere mintala:

1. intarziere mintala usoara;
2. intarziere mintala moderata
3. intarziere mintala severa
4. intarziere mintala profunda
5. alte intarzieri mintale

Tulburari ale dezvoltarii psihologice:

1. tulburari specifice ale dezvoltarii vorbirii si limbajului (tulburari specifice ale vorbirii articulate, a limbajului expresiv, a limbajului receptiv, afazie asociata si epilepsie)
2. tulburari specifice ale dezvoltarii abilitatilor scolare (tulburarea specifica a citirii, a scrierii, a abilitatilor aritmetice si tulburarea mixta a abilitatilor scolare)
3. tulburari specifice ale dezvoltarii functiei motorii
4. tulburari specifice mixte de dezvoltare
5. tulburari invadante (pervazive) ale dezvoltarii (autism infantil, autism atipic, sindrom Rett, alta tulburare dezintegrativa a copilariei, tulburare hiperactiva cu intarziere in dezvoltarea psihica, sindrom Asperger)

Tulburari emotionale si comportamentale cu debut in copilarie si adolescenta:

1. tulburari hiperkinetice (tulburare a activitatii si atentiei, hiperkinetica de conduita)
2. tulburari de conduita (de conduita limitata intrafamilial, de conduita nesocializata, de conduita socializata, tulburare de tip opozitie-sfidare)
3. tulburari mixte ale conduitei si emotiei (tulburare de conduita depresiva, alte tulburari mixte ale conduitei si emotiilor)
4. tulburari emotionale cu debut specific in copilarie (tulburare a anxietatii de separare, anxios-fobica in copilarie, de anxietate sociala, rivalitate in fratrie)
5. tulburari ale functionarii sociale cu debut specific in copilarie si adolescenta (mutism electiv, tulburare reactiva de atasament, tulburare de atasament cu dezinhibitie)
6. tulburari ale ticurilor (tulburare tranzitorie a ticurilor, cronica a ticurilor motorii sau vocale, tulburare combinata - vocala si mototrie - a ticurilor)
7. alte tulburari emotionale si comportamentale cu debut specific in copilarie si adolescenta (enurezis neorganic, encompresis neorganic, tulburarea de alimentatie a copilului mic, pica sugarului si a copilului, tulburare a miscarilor stereotipe, balbism, vorbire neclara)

Multe dintre tulburarile psihice ale copilariei nu pot fi clasificate intr-o singura categorie codificata, de aceea s-a propus un sistem de evaluare multiaxial care include 5 axe:

Axa I - sindroame psihiatrice clinice

Axa II - intarzieri specifice in dezvoltare

Axa III - nivel intelectual

Axa IV - conditii medicale asociate

Axa V - situatii sociale anormale

Factori etiologici

Se considera ca in cazul copiilor, spre deosebire de adulti, majoritatea tulburarilor psihice sunt reprezentate mai curand de sindroame reactive la factorii de mediu (familie, scoala, comunitate) si in mai mica masura de entitati nozologice de intensitate mare si de gravitate psihopatologica.

Grupe de factori incriminati in etiologia tulburarilor psihice ale copilului:

- factori genetici (ereditari) factorii ereditari sunt poligenici si se refera la predispozitia pentru anumite tipuri de maladii, dar ei nu controleaza in mod direct aceste boli. Ei pot influenta nivelul de inteligenta precum si temperamental, acesta fiind la randul sau factor predispozat pentru diferite tulburari psihice in corelatie cu alti factori.
- factori temperamental (evidentiati chiar sub varsta de 2 ani, pot predispuce la tulburari psihice mai tarziu)
- factori somatic (organic – in special leziuni cerebrale, precum si o serie de maladii somatice) un concept larg folosit in studiile de etiologie este cel de “disfunctie cerebrala minima” sau “patologie cerebrala minora” (microleziune) implicata in manifestarea unor trasaturi ca: hiperactivitate, neatentie, conduit dezordonata si deficite in perceptivitate sau invatare. Anomaliile sarcinii si nasterii pot duce la diferite grade de afectare cerebrala ce pot conditiona dificultati de citire, tulburari de comportament, epilepsie, retard mintal.
- factori de mediu (familiali, sociali, culturali, economici si de risc ecologic)

Copilul are nevoie de un mediu familial stabil, coerent si sigur, de caldura emotionala si de incredere, de tolerant si ajutor, dar si de o disciplina constructiva, ordonatoare si pozitiv structurata.

Dintre factorii familiali disfunctionali cu cel mai mare impact patogen mentionam:

- separarea prelungita sau definitiva de parinti (decesul unuia sau al ambilor parinti fiind unul dintre factorii stresori cei mai importanti)
- separarea temporara a parintilor prin crize conjugale sau divort
- relatiile conflictuale si inadecvate (incest, abuz fizic sau sexual, alcoolism, violent familiala)
- relatii conflictuale in familii reconstituite sau mixte (fratriile si partenalitatea vitrega)
- relatiile familiale discordante (familia schizofrenogena sau schismatica)
- boala sau personalitatea devianta a unuia dintre parinti
- modelele de crestere si educare care implica abuzul fizic sau moral asupra copilului
- promiscuitate si saracie
- abandonul si privarea de mama – separarea prelungita de mama este o cauza a delincventei juvenile, separarea precoce de mama si amenintarea duce mai tarziu la anxietate si depresie

Prognostic

Tulburarile emotionale au un prognostic mai bun, cand tulburarile emotionale persista, ele se transforma, la adult, in depresie sau nevroza, pe cand copiii cu tulburari de comportament, ca adulti, decin

personalitati antisocial, sunt candidati la alcoolism, au probleme de integrare sociala, profesionala si marital, comit ilegalitati.

Epidemiologie

Frecventa tulburarilor psihice este influentata de factorul varsta (astfel la copiii de 3 ani predomina problemele usoare, in perioada de mijloc a copilariei rata tulburarilor psihice difera in functie de mediu, fiind de doua ori mai mare in mediu urban data de mediu rural). In functie de factorul sex, se demonstreaza o frecventa mai mare a tulburarilor psihice la baieti.

Metode de evaluare psihologica si psihodiagnostica a copiilor si a sistemului familial

Evaluare psihologica si psihodiagnostica de tip clinic a copiilor cu dificultati in dezvoltare si integrare, cat si a familiilor lor, constituie prima atributie a psihologului clinician pentru copii, precum si a consilierului psiholog scolar, ea necesitand un process de formare special, deci o competent profesionala academica specifica.

A doua tributie de baza se fundamenteaza pe prima si consta din conceperea si aplicarea unui program psihoterapeutic centrat pe copil si pe familie, stimuland complianta, participarea si optimizarea functionalitatii acesteia in tratamentul global, de echipa (medico-psiho-sociala)

Pornind de la un diagnostic psihologic coerent al copilului, integrat unui diagnostic clinic mai larg si mai complet, rezultat al investigatiilor complexe medicale (pediatria, pedopsihiatrica, neurologica, somatica) si al datelor sociale importante, rezultate din ancheta sociala la domiciliu si in mediul scolar, efectuat de asistentul social, se poate concepe un plan adecvat de tratament complex, in echipa.

Diagnosticul familial

Este un diagnostic de sistem, putand sa conduca la elucidarea semnificatiei reale, ascunse, metaforice (simbolice) sau reactive a unor simptome sau tulburari ale conduitei copilului ca mecanisme de aparare patologica, protest si reglare a homeostaziei si homeodinamicii din sistemul familial perturbat.

Planul terapeutic

Include obligatoriu in cazul asistarii copiilor lucrul permanent cu familia, sub forma consultatiei, consilierii (marital si parental-filiare) si a terapiei de familie propriu-zise.

Depistarea si orientarea copiilor cu problem psihice si de conduita catre specialist

Un prim nivel il constituie consultatia pediatria, solicitata pentru simptome somatice care nu raspund la tratamentul standard si care se presupune ca nu au o cauzalitate probabil psihologica (de

exemplu, vomismente repetate fara substrat somatic identificat, enuresis fara component organica; aparitia unori complicatii psihice in cursul tratarii unor afectiuni somatic este de asemenea frecventa).

Un alt nivel de identificare il constituie gradinita si screening-urile efectuate cu ocazia intrarii la scoala. La sugestia educatoarei, a unui psiholog sau din propria initiativa, parintii se pot adresa unui cabinet de psihiatrie infantila, de aici copilul va ajunge la un psiholog clinician.

Desi exista o atitudine prunedata in ce priveste utilizarea unor tratamente farmacologice intensive si de lunga durata in cazul copiilor, atunci cand acestia prezinta patologii psihice si neuripsihice pe fond organic, rolul farmacoterapiei este prioritar, dar fara a se exclude suportul psihoterapeutic educational necesar.

Al treilea nivel de depistare si orientare a copiilor si adolescentilor cu probleme catre consult specializat este scoala, prin cabinetul de consiliere psihologica.

Scopurile evaluarii psihologice a copilului sunt:

- identificarea tipului de problema actual si a semnificatiei sale psihopatologice
- evaluarea modului in care problemele de baza ale copilului sunt legate de dezvoltarea sa, de contextual familial si social al existentei sale, de la nastere pana in prezent.
- conturarea determinismului multiplu si al tipului de tulburare predominant si al celor asociate
- elaborarea unui plan de interventie psihologica (psihoterapeutica si educationala) adecvata

Specificul evaluarii copiilor, spre deosebire de adulti, consta in flexibilitatea modalitatii de abordare, fiind dificil de urmarit un plan prestabilit, demersul investigativ bazandu-se pe corelarea unui numar foarte mare de informatii, observatii si masuratori psihodiagnostice obiective (testari). Este bine ca observatiile si informatiile vehiculate in ceea ce priveste copilul si familia acestuia de-a lungul mai multor interviuri initiale sa fie notate sistematic, dar discret, pentru a putea fi supuse ulterior unor comparatii, filtrari si interpretari pertinente.

Ideal este ca ambii parinti sa participe la interviul de evaluare, fiind utila si prezenta fratilor, lucru de altfel nu foarte usor de realizat. Prezenta unui parinte sau a ambilor la primul interviu este inasa absolut necesara si intru catva obligatorie, mai ales in cazul copiilor mici. Tot in primul interviu se asigura copilul si parintii de respectarea regulii confidentialitaii si se solicita permisiunea de a se putea culege informatiile necesare de la profesori sau alte persoane de contact, informatii utile pentru completarea imaginii asupra performatelor si a comportamentului copilului.

Este necesar ca pe tot parcursul interviurilor evaluative sa se adopte o atitudine deschisa, calda si suportiva care sa faciliteze motivarea decvata a copilului si familiei pentru intelegerea, acceptarea si aprtipicarea implicativa, adecvata in tratamentul ce urmeaza a fi, eventual, parcurs.

Respectul fata de valorile si nevoile familiei, ca si fata de nevoile, temerile si posibilitatile copilului trebuie facut manifestca baza reala a unei bune colaborari in evaluare si tratament. Acesta va spori credibilitatea si seriozitatea ajutorului oferit, precum si complianta "actorilor" principali intr-un travaliu comun, bilateral acceptat.

Oricare ar fi problema, parintii sunt de la inceput implicati, motivati si lamuriti asupra faptului ca autoritatea si increderea copilului in ei nu va fi subminata, ba dimpotriva, ei pot constitui veritabili evaluatori si co-terapeuti in procesul de rezolvare a problemei.

Pe de alta parte, psihologul, ca si medicul sau asistentul social implicati, trebuie sa faca fata cu maturitate, tact, discretie si eficienta eventualelor tentative de manipulare ale parintilor sau chiar ale copilului, care adesea acopera o realitate psihologica si relationala mult mai subtila, ce poate scapa intelegerii unui neavizat sau nespecialist.

Parintii sunt incurajati sa raspunda spontan, inainte de a li se adresa intrebari sistematice, tintite.

In cazul copiilor mai mici de 6 ani, interviurile si testarile au loc in prezenta parintelui si cu parintele, iar in cazul celor cu varsta peste 6 ani, interviul initial se realizeaza impreuna cu parintele, apoi separat cu copilul.

In special in cazul copiilor suspectati de abuz fizic sau sexual sau al celor cu evenimente familiale traumatizante importante, intalnirile separate cu copilul, dar si cu parintii, in repetate randuri, pot oferi cele mai pretioase indicii si elemente diagnostice.

Daca la primul interviu este bine ca familia sa fie reunita, ceea ce permite o prima evaluare a relatiilor "afisate" si a regulilor de comunicare practicate in familia respectiva, ulterior este necesara interviuarea separata a copilului, parintilor si a fiecaruia dintre soti, eventual a fratilor sau a unui bunic (dupa caz).

Dupa depasirea fazei de evaluare, la inceputul conceperii si desfasurarii planului terapeutic se reiau intalnirile reunite (copil/familie), avand ca obiectiv clarificare scopurilor si a participarii specifice a fiecaruia in procesul terapeutic sau recuperator.

Metode de evaluare psihologica si psihodiagnostica a copilului

Cele trei modalitati de evaluare interconectate sunt: observatia, interviurile anamnezice repetate si testele psihologice.

In cazul copiilor de peste 7-8 ani, observatia se completeaza si se desfasoara in cadrul unui interviu flexibil, dar care poate fi si structurat in functie de cativa pasi-reper, dupa cum urmeaza:

- stabilirea unei atmosfere prietenoase si castigarea increderii
- copilul este intreat cum prefera sa i se spuna (se foloseste prenumele sau preferat)
- se incepe o discutie despre subiecte neutre (sport, animale, jocuri, hobby-uri)

Cand s-a stabilit o relatie de prietenie, de deschide discutia asupra problemei copilului in contextul vietii lui, a sperantelor si dorintelor sale, a ceea ce ii place si nu ii place in modul lui de a fi, de a trai.

Limbajul utilizat de psiholog trebuie sa fie pe masura capacitatilor de intelegere a copilului, evitandu-se termeni de specialitate si preferandu-se un limbaj simplu, clar, emotional, cu expresivitate crescuta, securizant, dar cu un grad suficient de mare de spontaneitate, sensibilitate, si in context, de umor care sa destinda progresiv relatia si sa creasca increderea.

Este absolut necesara evitarea tonului persiflator, ironic, rigid sau ostil. Aceasta presupune din partea psihologului un nivel crescut de empatie si capacitatea de a iubi neconditionat copiii, factorul vocational fiind important.

Copilul poate fi provocat prin modalitati indirecte cum ar fi: "Daca te-ai intalni cu pestisorul de aur, care iti spune ca iti poate indeplini 3 dorinte, care ar fi acestea?" sau "Daca ai fi puiul unei leoaice parasit de mamica lui, cum te-ai simti si ce ai face?".

I se ofera posibilitatea e a-si exprima, dorintele, sentimentele si preocuparile prin desen, joc sau dramatizare. Jocul de rol poate fi extrem de util, ca si marionetele sau desenul familiei care pot fi punctul de plecare in cunoasterea relatiilor din familie, asa cum sunt ele percepute de copil si cum il afecteaza pe acesta.

In timp ce se exprima verbal, dar mai ales nonverbal, observatiile care reflecta modul de gandire, emotiile sau comportamentul copilului, sunt notate discret, iar in momentele de blocaj psihologul poate participa direct la jocul copilului sau la desen, intervenind minimal, atat cat sa deblocheze emotional micul pacient.

Se introduc treptat diverse teste sau scale de evaluare, sub forma de joc, fara a forta ritmul, acceptarea si motivatia copilului, dar stimulandu-i mereu curiozitatea sau interesul. Se vor evita testarile prea lungi si obositoare, dar un test odata inceput, mai ales in cazul celor de performanta, se va urmari sa fie dus pana la capat sau atat cat permit posibilitatile copilului.

Nu ne vom grabi sa tragem o concluzie, mai ales ca urmare a faptului ca la primul contact cu un psihiatru sau psiholog, multi copii pot fi tacuti si retrasi, fara ca aceasta sa releve neaparat un simptom depresiv sau anxios. De aceea, rabdarea in evaluare si introducerea mijloacelor de testare la momentul oportun sunt conditii ale realizarii unei evaluari de calitate.

Este momentul unor contacte evaluare comune, in echipa, solicitandu-se dupa caz, de comun acord, consultatii suplimentare, daca nu au fost inca efectuate si sunt necesare (de exemplu, investigarii somatice suplimentare), coroborandu-se datele examenilor psihice de pana acum. Se conecteaza datele suplimentare cu privire la interviurile si observatiile facute asupra familiei sau mediului social, scolar al copilului. Se aduca in discutie datele de diagnostic familial, acumulate in paralel de psiholog, printr-un travaliu evaluativ specific, tintit, care sa coreleze cu observatiile pedopsihiatrilor si, dupa caz, ale asistentului social.

La finele etapei de evaluare, psihologul formuleaza un psihodiagnostic descriptiv al dezvoltarii copilului comparativ cu copii normali de aceasi varsta, precizeaza principalele tiputi de tulburari psihice si/sau de comportament, semnaleaza principalele resurse psihice compensatorii individuale, dar si familiale, precizeaza principalele limite si riscuri in receptivitatea familiei, ca si in posibilitatile de moment ale copilului.

In baza acestei evaluari, el formuleaza obiective pentru un plan de tratament psihoterapeutic si familial (dupa caz) ca parte integrata dintr-un plan terapeutic si recuperator mai larg.

La finele evaluarii, psihiatru si psihologul explica parintilor si copilului (in functie de varsta) intentiile planului terapeutic si precizeaza daca este necesara conectarea altor persoane implicate (de

exemplu, medicul generalist, profesorul, asistentul social). Acestia pot oferi informatii clare asupra orcarui tratament propus si pot incuraja intrebarile si discutiile lamuritoare.

In cazul in care avizul echipei terapeutice indica mai curand sai in exclusivitate un demers psihoterapeutic individual, familial sau educational ori unul centrat pe optimizare comportamentala si consiliere, psihologul cu competenta in consiliere/psihoterapie va prelua cazul si va aplica programul stabilit.

La finele tratamentului psihologic, el va reevalua starea si achizitiile copilului si, daca este necesar, in caz de esec sau raspuns terapeutic nesemnificativ, va solicita o noua evaluare psihiatrica ori va reorienta cazul catre un terapeut mai competent.

Evaluarea terapeutica prin teste

Pentru conturarea unui psihodiagnostic complet se utilizeaza corelat **testele de dezvoltare** (abilitati sau achizitii educationale) - **instrumentele de masurare de tip screening, testele de inteligenta si performanta si testele proiective** (pentru obiectivarea trasaturilor de personalitate si a posibilelor tulburari emotionale si de comportament).

Dintre **testele proiective** ce mai frecvent folosite in cazul copiilor fac parte "desenul familiei", "testul omuleului", "testul culorilor", "testul fetei umane", "testul arboreului", "testul petelor negre - Holtzman", "testele situationale bazate pe imagerie, metafora si dramatizare", "testul asociativ-verbal".

Testele de tip screening identifica acei copii cu risc de dezvoltare psiho-comportamentala sau care prezinta handicapuri. Depistarea acestora se face cu intentia de a se alcatui programe speciale de interventie educational-terapeutica. Aceste teste cuprind anumite expectatii privind diferitele dimensiuni ale comportamentului copilului pentru o anumita varsta (motor, limbaj-comunicare, cognitiv, afectiv, relational-social). Testarea de tip screening se face la nivel de comunitate, selectand copiii ce necesita evaluari intensive suplimentare in vederea precizarii cat mai exacte a serviciilor educationale si terapeutice necesare.

Cele mai importante cerinte ale acestor instrumente de masurare sunt: sa fie scurte, raportate la norme, ieftine, standardizate in administrare, evaluate (scorate) obiectiv, orientate catre toate ariile dezvoltarii, demne de incredere si valide.

Examinarea pediatria implica:

- aflarea istoriei dezvoltarii copilului, obtinuta in baza interviului parintilor sau a celor ce au grija de ei cu ajutorul chestionarelor sau a listelor de control
- obtinerea de date de la parinti sau de la persoanele ce ingrijesc copilul privind problemele speciale sau preocuparile lor in legatura cu acesta
- evaluarea statutului general al evaluarii copilului, folosind un instrument de masurare de tip screening
- revizuirea dezvoltarii in 4 domenii: statutul fizic, dezvoltarea psihologica, statutul familial, statutul sociocultural

Dintre **instrumentele de evaluare de tip screening** utiliza in prezent amintim:

- testul Denver de evidentiare a achizitiilor in planul dezvoltarii
- inventarul de dezvoltare Battelle
- testul de triere Brigance (revizuit) pentru gradinita si copii de clasa I
- testul de triere Brigance pentru prescolari
- inventarul de triere pe baza activitatilor de dezvoltare
- indicatorii dezvoltarii pentru masurarea efectelor invatarii
- inventarul pentru trierea timpurie

Profilurile trierii timpurii:

- testul de triere al lui McCarthy
- testul Miller de masurare a prescolarilor
- teste de masurare de tip screening pentru arii comportamentale specifice

Testele de masurare a dezvoltarii sunt grupate pe niveluri de varsta si este foarte important ca in utilizarea lor sa selectam instrumentele care corespund exact varstei copilului evaluat.

Astfel, pentru evaluarea dezvoltarii nou-nascutilor dispunem de cale speciale cum ar fi: "scala de masurare a comportamentului copilului nascut inainte de termen", "scala de masurare a dezvoltarii copilului neonatal", "masurarea neurologica a copilului nascut inainte de termen", "chestionar pentru temperamentul copilului (revizuit)"

Pentru evaluarea dezvoltarii copiilor intre 0 si 2-3 ani se folosesc:

- Sistemul de evaluare, masurare si programare pentru copiii foarte mici si mici
- Scalele Bayley ale dezvoltarii copilului
- Carolina curriculum pentru copiii foarte mici cu nevoi speciale
- Profilul de dezvoltare a interventiei timpurii
- Profilul achizitiilor invatarii timpurii
- Inventarul Minnesota de dezvoltare a copilului
- Scalele ordinale ale dezvoltarii psihologice

Pentru evaluarea dezvoltarii copiilor prescolari si a scolarii mici, cele mai utilizate sunt instrumentele urmatoare:

- Inventarul dezvoltarii copilului
- Inventarul diagnostic al lui Brigance pentru dezvoltare timpurie (revizuit)
- Profilul achizitiilor invatarii
- Sistemul de planificare al serviciilor pentru copilaria timpurie
- Carolina curriculum pentru prescolarii cu nevoi speciale
- Testul Gesell pentru prescolari
- Scalele de dezvoltare Gesell
- Diagramele Gunzburg de evaluare a progresului
- Scala de maturitate sociala Vineland (care stabileste varsta sociala)
- Scala comportamentului adaptativ Nihira

- Scalele de achizitii educationale (analiza citirii - Neale, testul Schonell de citire gradata si de pronuntie gradata)

Foarte importante in evaluarea psihodiagnostica a copilului sunt testele de inteligenta si atitudini. Cele mai cunoscute si utile sunt:

- Scala de inteligenta Stanford-Binet
- Sclala de inteligenta pentru copii Wechsler
- Scala de inteligenta Wechsler pentru prescolari si scolari mici
- Scalele de aptitudini (britanice) cu 24 de subscale
- Testul de desen Goodenough-Harris

Schema anamnezei si examinarii psihiatrice (Graham, 1986):

1. Natura si severitatea problemei actuale:
 - Frecventa
 - Situatia in care apare
 - Factorii care o provoaca sau amelioreaza
 - Stresuri pe care parintii le considera importante
2. Prezenta altor probleme si acuze curente:
 - Somatice-cefalee, dureri gastrice
 - Auzul, vazul
 - Convulsii, lesinuri, alte tipuri de "atacuri"
 - Probleme de alimentatie, somn sau excretie
 - Relatii cu parintii si fratii (afectiune, intelegere)
 - Relatii cu alti copii, prieteni deosebiti
 - Nivelul de activitate, aria atentiei, concentrarea
 - Dispozitia, nivelul energetic (tristete, suferinta, depresie, sentimente legate de sinucidere)
 - Nivelul general de anxietate, frici specifice
 - Raspuns la frustrare, crize de furie
 - Comportament antisocial, agresivitate, furt, chiul
 - Achizitii educationale, atitudinea fata de mersul la scoala
 - Interesul si comportamentul sexual
 - Orice alte simptome, ticuri etc.
3. Nivelul curent de dezvoltare:
 - Limbaj, intelegere, complexitate a vorbirii

- Aptitudini speciale
 - Coordonare motorie, neindemanare
4. Structura familiei:
- a. Parintii:
 - Varsta, ocupatia
 - Starea somatica si emotionala curenta
 - Istoric de tulburare somatica sau psihiatrica
 - Bunicii
 - b. Fratii:
 - Varsta, existenta problemelor
 - Conditiiile acasa, conditiile pentru dormit
5. Functionarea familiei:
- Calitatea relatiei dintre parinti, afectiunea mutuala, capacitatea de a comunica si rezolva problemele, impartasirea atitudinilor fata de problemele copilului
 - Calitatea relatiei parinte-copil, interactiunea pozitiva, afectiunea reciproca, nivelul de multumire, ostilitate, respingere a parintilor
 - Relatia cu fratii
 - Modelul general al relatiilor de familie, alianta, comunicare, excludere, tendinta de a gasi "tapi ispasitori", confuzii intre generatii
6. Istoricul personal:
- Sarcina, complicatii, medicatie, febra de natura infectioasa
 - Nasterea si starea de nastere, greutatea la nastere, nevoia de ingrijiri speciale dupa nastere
 - Relatia precoce mama-copil, depresia materna post-partum, modurile initiale de alimantatie
 - Caracteristicile temperamentale precoce, comod sau dificil, schimbator, sugar sau copil mic fara astampar
 - Date importante (se vor obtine detalii exacte numai daca sunt in afara normalului)
 - Boli si leziuni trecute, spitalizari
 - Separari care au durat o saptamana si mai mult, felul ingrijirii de substitutie
 - Istoria scolarizarii, usurinta de a urma scoala, progresul educational
7. Observarea starii emotionale si a comportamentului copilului:
- Aspect, semne de diformism, stare nutritionala, semne de neingrijire, echimoze etc.
 - Miscari involuntare, capacitate de concentrare, nivelul de activitate
 - Dispozitie, expresie sau semne de tristete, suferinta, anxietate, tensiune
 - Raportul creat, capacitatea de a intra in legatura cu medicul, contactul vizual, vorbirea spontana, inhibitie si dezinhibitie
 - Obiceiuri si manierisme
 - Prezenta delirului, a halucinatiilor si tulburarilor de gandire
 - Nivelul de constiinta, indicii de epilepsie minora
8. Observarea relatiilor intrafamiliale:
- Modele de interactiune, aliante, tapi ispasitori
 - Claritatea limitelor dintre generatii, incurcaturi
 - Usurinta comunicarii dintre membrii familiei

- Atmosfera emotionala a familiei, caldura mutuala, tensiune, critici
9. Examenul somatic al copilului:
- Se va nota orice asimetrie faciala
 - Micarile ochilor: vom cere copilului sa urmareasca un deget care se misca si vom observa micarile ochilor - strabism, necoordonare
 - Apozitia deget-police: vom cere copilului sa puna fiecare deget pe police in succesiune rapida; vom observa neindemanarea, slabiciune
 - Copierea, desenarea unui om
 - Observarea abilitatii si dexteritatii in desen
 - Observarea competentei vizuale in desen
 - Saritura pe loc
 - Saritura intr-un picior
 - Auzul: capacitatea copilului de a repeta numere soptite la 2 m in spatele lui

Tulburarile psihice la copil

Devierile comportamentale la copil

Clasificarea tulburarilor de comportament

Comportamentul copilului este oglinda dezvoltarii sale psihice. Este reactia personalitatii lui in fata de lumea din afara, fata de munca, fata de alte persoane, fata de autoritatea educativa, fata de lucru si fata de propria persoana. Este expresia externa a nucleului personalitatii in formare.

Comportamentul este diferit in functie de: varsta, factori temperamentali, factori constitutionali, factori sociali. El oscileaza intre anumile limite considerate normale pentru varsta respectiva.

In perioada copilariei, tulburarile de comportament sunt adesea confundate cu psihopatia sau cu delincventa juvenila.

Cauzele unei tulburari de comportament la copil sunt multiple: factori genetici, educatia necorespunzatoare (inconsecvent, libertate exagerata, sau o educatie prea autoritara, inflexibila, neunitara sau contradictorie), factorii de mediu extern defavorabili.

DELINCVENTA JUVENILA

N. Mitrofan ne prezinta in lucrarea "Psihologie judiciara" doua categorii de **factori ce stau la baza delincventei juvenile**:

Factori interni, individuali si factori interni sociali

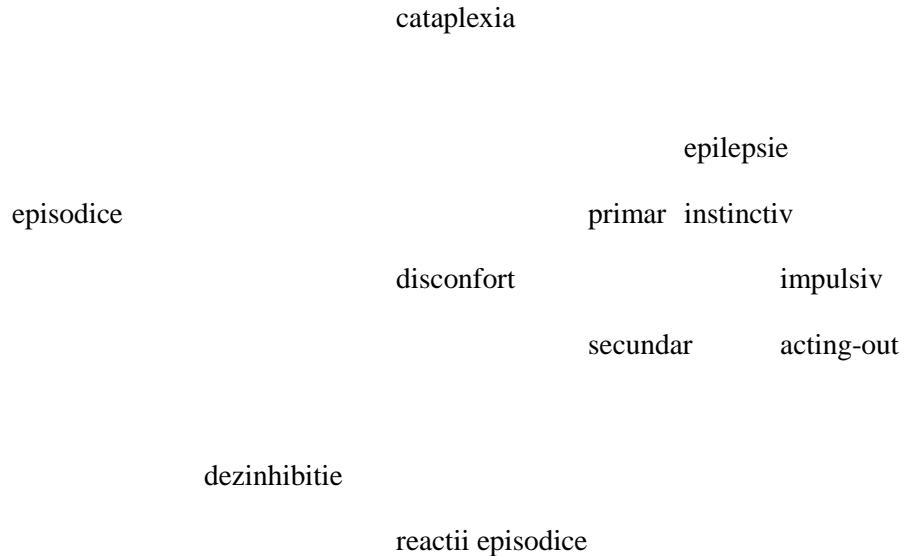
Factori individuali: disfunctii cerebrale, deficitetele intelectuale, tulburari ale afectivitatiei, tulburari caracteriale

Factori sociali: climatul educational familial, esecurile privind integrarea scolara

Exista patru ipoteze care duc la tulburari de comportament - de aici patru categorii de tulburari de comportament:

1. Tulburari de comportament de tip criza bio-psiho-sociala. (expresia trecerii prin starea de criza, raportate la etape critice de viata)
2. Tulburari de comportament de tip carential (carente afective sau materiale)
3. Tulburari de comportament de tip sociopatic (cu origini intr-un eveniment extrafamilial cu influente asupra individului)
4. Tulburari de comportament neepisodice (un rau duce la altul, trec una din alta si aproape ca nu le poti sesiza inceputul)
5. Tulburari de comportament episodice (dupa o perioada de echilibru apar perioade de dezechilibru)

		neascultarea	
		agresiunea	
	neepisodice	minciuna	
		furtul	
		fuga	
		vagabondajul	
Tulburari de			mutismul
comportament	inhibitie	narcolepsia	
			catalepsia



Tulburari de comportament neepisodice

Neascultarea - refuzul autoritatii, in primul rand familiale.

Apre in special la copii cu o dezvoltare dizarmonica, cu leziuni ale sistemului nervos central sau cu retard mintal, la copii educati intr-un climat de nedreptate si lipsa de respect, acolo unde nu exista un echilibru intre dragoste si punitie, unde sunt restrictii excesive sau libertate excesiva.

Specialistii sunt de parere ca orice punitie inainte de 4 ani creste tensiunea interioara si duce la neascultare.

Agresiunea - este tendinta catre comportamente incarcate cu reactii brutale, distructive si de atacare.

Exista doua tipuri de agresiune: **care vine dintr-un sentiment de ura si care izvoraste din tensiunea pulsionala.**

Agresiunea poate fi cauzata si de unele idei delirante sau de anxietate. Nevroticii agresioneaza total, pentru a nu fi ei agresionati.

Minciuna - este o reactie de afirmare neconforma cu adevarul.

Nu se poate spune despre un copil ca minte inainte de varsta de 7 ani, deoarece pana la acea varsta nu este asimilat conceptul de minciuna.

Furtul - este un comportament deviant care se structureaza foarte repede in deprinderi la copii.

Fuga - poate fi de doua feluri: **fuga de scoala si fuga cu caracter impulsiv**

Fuga de scoala, cauze: copilul nu face fata cerintelor, are un defect ce tine de sanatatea somatica si este blamat de colegi sau nivelul pretentiilor fata de rezultatele lui scolare depaseste cu mult nivelul dotarii

sale intelectuale; caracterul psihopat al pedagogilor, atitudinea agresiva a colegilor; devalorizarea constienta a scolii de catre parinti, grija excesiva a parintilor pentru copii

Fuga cu caracter impulsional, cauze: apare in special la epileptici, idioti, imbecili, psihopati impulsivi si isterici.

Vagabondajul - ambele forme de fuga pot continua cu vagabondajul, vagabondajul este o atitudine deliberata fata de mediul familial si fata de munca.

Tulburari de comportament episodice

Tulburarile de comportament episodice se caracterizeaza printr-o intrerupere brusca a modului de viata. Dupa o perioada de echilibru apar perioade de dezechilibru.

Aceasta categorie de tulburari se imparte in doua subcategorii:

1. Tulburari caracterizate prin-o stare de inhibitie a comportamentului general

Acestea sunt: mutismul, narcolepsia, catalepsia, cataplexia.

Mutismul - apare din cauza sistarii vorbirii din orgoliu. Are la baza anxietatea si poate fi de tip electiv sau isteric (dupa o criza)

Narcolepsia - este procesul de intrare in inhibitie, brusc, in situatiile cele mai nepotrivite. Copilul simte nevoia subtila si impetuasa de a dormi in timpul zile, somnul se poate instala si cand se merge pe strada, etc.

Catalepsia (catanonia) - se manifesta printr-o stare de rigiditate si crestere a tonusului postural. Aceasta hipertonie impiedica mersul, fata copilului devine imobila, complet lipsita de expresivitate. Catalepsia se poate asocia fie cu o stare de negativism (copilul executa invers comenzile), fie cu o stare de flexibilitate ceroasa (poate sta ore intregi in pozitia in care-l pui), fie, uneori, sugestibilitate foarte mare.

Cataplexia - se produce o pareza generalizata in toti muschii striati (suspendarea totala a tonusului muscular si a miscarilor voluntare, cu cadere)

2. Tulburari caracterizate printr-o stare de dezinhbitie a comportamentului general

In aceasta categorie de tulburari prevaleaza patologic procesul de crestere a excitabilitatii si se clasifica dupa cum urmeaza:

- a. Disconfortul episodic care poate avea caracter critic **primar** sau **secundar**

Disconfortul episodic primar, epileptic - si inceputul si sfarsitul crizei sunt bruste, se pierde contactul cu realitatea, comportamentul ulterior fiind haotic. Constiinta este ingustata si apar amnezii ulterioare. Finalizarea actiunii nu determina satisfactii.

Disconfortul episodic primar, instinctiv - si inceputul si sfarsitul crizei sunt bruste, finalizarea actiunii determina satisfactie, nevoile primare si obiectul pe care se descarca fiind cel cautat.

Disconfortul episodic secundar, impulsiv - se caracterizeaza prin aspect critic, durata scurta, inceput si sfarsit bruste, distanta de la impuls la raspuns, neingustarea constiintei, copilul in cauza actionand, desi isi da seama ca nu face bine (actiunea este antisociala)

Disconfortul episodic secundar, acting-out - caracterizeaza copiii care, in ciuda unui comportament supus, isi schimba comportamentul, devin agresivi, incep sa consume alcool. In general sunt si ei surprinsi de ceea ce fac.

- b. **Reactiile episodice** sunt de fapt tulburari de comportament ce apar ca simptome in celelalte tulburari psihice (nevroze, psihopatii, insuficiente psihice, psihoze), denumite ca tulburari de comportament de tip disruptiv. Acestea sunt: ***tulburari de conduita, opozitionism provocator si hiperactivitatea cu deficit de atentie.***

Tulburarea de conduita - incalcarea repetata a regulilor sociale importante si/sau drepturilor de baza ale persoanelor. Majoritatea simptomelor acestei tulburari pot avea repercursiuni legale.

Avem de-a face cu o tulburare de conduita atunci cand copilul manifesta cel putin trei dintre urmatoarele comportamente: fura, lipseste de acasa peste noapte cel putin de doua ori pe saptamana, minte des, pune foc deliberat, chiuleste des de la ore, intra in diferite locuri prin efracție, distruge proprietatea altora, se comporta crud cu animalele, forteaza pe altcineva la activitati sexuale, foloseste arme in dispute, initiaza des dispute fizice, se comporta crud cu altii.

Opozitionismul provocator - este un pattern comportamental caracterizat prin neascultare, negativism si opozitie fata de autoritate.

Avem de-a face cu opozitionism provocator atunci cand copilul manifesta cel putin cinci dintre urmatoarele comportamente deviante: isi pierde adesea cumpatul, se contrazice des cu adultii, este usor de distras, adesea sfideaza sau refuza cerintele adultilor de a se conforma la reguli, face deliberat lucruri care enerveaza pe cei din jur, ii invinovateste pe altii pentru propriile greseli, este usor de enervat de catre ceilalti, adesea este furios si ii respinge pe cei din jur, frecvent este razbunator si are tendinta de a face in ciuda, utilizeaza limbaj obscen si injura.

HIPERACTIVITATEA CU DEFICIT DE ATENTIE

Caracteristicile majore ale copiilor cu hiperactivitate cu deficit de atentie sunt:

1. Sustinerea slaba a atentiei si persistenta scazuta a efortului in sarcina
2. Controlul diminuat al impulsurilor sau intarzierea satisfactiei.
3. Activitate excesiva, irelevanta pentru sarcina sau slab reglata de cerintele situationale

4. Respectarea deficitara a regulilor
5. O varietate mai mare decat normala in timpul executarii sarcinii.

O parte a acestor caracteristici pot fi prezentate si la persoanele normale, in special la copiii mici. Ceea ce distinge copiii hiperactivi cu deficit de atentie de indivizii normali este gradul de frecventa mult mai mare cu care aceste caracteristici se manifesta. Urmatoarele caracteristici sunt, de asemenea, asociate cu aceasta tulburare:

1. Manifestarea timpurie a manifestarilor majore, majoritatea incep de la 7 ani.
2. Variatia situationala.
3. Evolutia relativ cronica. Principalele simptome se inrautatesc odata cu varsta.

Prevalenta si evolutia bolii

Este o tulburare frecventa (3-5%). Derivate din aceasta tulburare mai tarziu apar opozitionismul provocator si tulburarile de conduita, iar la adult tulburari de personalitate de tip antisocial, o treime din copii prezentand semnele tulburarii si in perioada adulta, are deci o evolutie defavorabila.

Etiologie

Factori genetici - evidenta primara este la tatii copiilor hiperactivi care prezinta o incidenta crescuta de alcoolism, sociopatie, precum si un istoric al copilariei incarcat de deficite de invatare si de comportament.

Factorii de mediu - capacitatea de a sustine un nivel eficient de concentrare intelectuala si afectiva deriva, cel putin in parte, din abilitatea parintilor de a intari urmarirea unor scopuri cu sens. De asemenea, conflictele psihologice interne pot determina orientarea atentiei spre sine si deci perturbari ale mecanismelor attentionale.

Indivizii epileptici sau cei care trebuie sa ia sedative sau medicamente anticonvulsive pot sa dezvolte aceasta tulburare ca efect secundar al medicatiei sau pot exacerba simptomele preexistente.

Criteriile de diagnostic

Un copil poate fi diagnosticat cu hiperactivitate cu deficit de atentie daca prezinta cel putin 8 din urmatoarele simptome inainte de varsta de 7 ani si pe o perioada de 6 luni:

1. Adesea da din maini sau din picioare ori se foieste pe scaun (la adolescenta poate fi limitat la sentimentul subiectiv de neliniste)
2. Are dificultati in a ramane asezat atunci cand i se cere acest lucru
3. Este usor de distras de stimulii externi
4. Are dificultati in a-si astepta randul in jocuri sau in activitati de grup
5. Adesea da raspunsuri rapide la intrebari inainte ca acestea sa fie complet formulate
6. Are dificultati in a urma instructiunile date de altii (si nu din cauza neintelegerii)
7. Are dificultati in a-si mentine atentia concentrata asupra temelor sau activitatilor ludice
8. Trece adesea de la o activitate neterminata la alta
9. Are dificultati in a sta linistit
10. Adesea vorbeste excesiv de mult

11. Adesea intrerupe sau ii deranjeaza pe ceilalti
12. Adesea pare a nu asculta ceea ce i se spune
13. Pierde frecvent lucrurile necesare pentru teme sau activitati, acasa sau la scoala
14. Se angajeaza adesea in activitati periculoase corporal, fara a lua in considerare consecintele posibile (nu cu scopul de a da emotii)

Manifestarea hiperactivitatii cu deficit de atentie

Elementele esentiale ale aceste tulburari sunt gradele neadecvate din punct de vedere al dezvoltarii, al atentiei, impulsivitatii si hiperactivitatii. Tulburarea se manifesta, de regula, in majoritatea situatiilor (casa, scoala, situatii sociale) in diferite grade, unii pot prezenta semnele tulburarii doar intr-un anumit mediu.

Semnele tulburarii pot fi minime sau absente cand persoana este stimulata frecvent sau se afla sub control strict ori intr-un mediu nou sau intr-o situatie "unu la unu".

Elementele specifice varstei

Copilul hiperactiv este inca din primele luni de viata un copil neobisnuit. El plange mult, este iritabil si doarme mai putin decat majoritatea copiilor. Nu reuseste sa se joace cu o singura jucarie sau sa o exploreze, distruge sau pierde pana si cea mai placuta jucarie.

De regula la 3 ani se observa clar hiperactivitatea, neatentia si imposibilitatea de a disciplina un astfel de copil.

La prescolari apar semnele hiperactivitatii motorii grosiere (alergatul sau cataratul excesiv)

La scolarul mic elementele predominante sunt neastamparul si nelinistea excesiva. Neatentia si impulsivitatea pot contribui la esec in indeplinirea sarcinilor.

In perioada gimnaziului, copiii sunt de regula adanciti in conflict. Pana acum unii au fost deja diagnosticati gresit ca prezentand tulburari de conduita sau dificultati de invatare.

Pe masura ce copilul devine constient de dificultatile lui de invatare, de izolarea sociala in care se adanceste, stima de sine scade, devenind tot mai pronuntate laturile depresiva si sociopatica a personalitatii. Stima de sine este in parte reactiva, fiind reflectarea nereusitei in indeplinirea sarcinilor, a reiectiei sociale, a sentimentelor de izolare si a incapacitatii de a sustine relatiile de atasament. Incapacitatea lor de a-si sustine atentia sau de a mentine un interes prelungit pentru o activitate determina sentimente de pliscitiseala si difuzia identitatii. Dezorganizarea interna evolueaza in paralel cu comportamentele simptomatice haotice. Acestor copii le lipses angajamentul si directia, ei neizbutind sa-si directioneze eforturile in secvente de reusita cu sens. Dezvoltarea continuitatii emotionale (realizarea legaturii interne dintre perceptii si intelegere, pe de-o parte, si sentimente, pe de alta parte) poate fi, de asemenea, dificila in cazul acestor copii.

Pubertatea constituie in punct crucial de tranzitie in manifestarea tulburarii. Schimbarile hormonale par sa mareasca controlul cortical si sa diminueze hiperactivitatea. Adolescentii care urmeaza tratament psihoterapeutic isi pot dezvolta mecanisme compensatorii care le permit sa-si controleze comportamentul.

Adolescentii care au suferit in copilarie de hiperactivitate cu deficit de atentie asociata cu o tulburare de conduita au tendinta de a adopta acum un comportament antisocial si criminal.

Subtipurile clinice ale hiperactivitatii cu deficit de atentie

Potentialele subtipuri clinice au fost identificate pe baza urmatoarelor criterii:

- Istoric familial ce cuprinde tulburari attentionale, tulburari comportamentale, alcoolism sau tulburari afective
- Istoric medical ce cuprinde traume prenatale, perinatale sau boli
- Simptome fizice si neurologice ce cuprind anomalii fizice minore cum ar fi o intarziere a coordonarii motorii fine
- Varsta de debut
- Prezenta simptomelor comportamentale, cum ar fi agresivitatea, tulburarile de conduita si discontrolul exploziv
- Dificultati cognitive ca tulburarile specifice de invatare
- Simptome afective, inclusiv depresia si anxietatea de separatie

Diagnosticul diferential

- a. In mediile inadecvate, dezorganizate sau haotice, copiii pot avea dificultati in mentinerea atentiei si in comportamentul orientat spre scop. In acest caz, este necesar sa se determine daca comportamentul dezorganizat este in primul rand un rezultat al ambitiei haotice sau daca se datoreaza hiperactivitatii cu deficit de atentie.
- b. In caz de retardare mintala, in care pot aparea elemente ale hiperactivitatii cu deficit de atentie, se pune diagnosticul aditional de ADHD doar daca simptomele sunt excesive pentru varsta mintala a copilului
- c. In cazul tulburarilor de dezvoltare de tip pervaziv, diagnosticul de ADHD este exclus.
- d. La manifestarea tulburarilor afective, unde apare agitatie psihomotorie si dificultate de concentrare, se in in considerare diagnosticul de tulburare afectiva inainte de a pune diagnosticul de ADHD
- e. La ADHD nediferentiat, nu apar impulsivitate si hiperactivitate

Diagnosticile aditionale posibile ce trebuie luate in considerare atunci cand se pune diagnosticul de ADHD sunt: tulburarile de invatare, tulburarile afective, tulburarile anxioase, tulburarea de personalitate antisociala, tulburarile de conduita si opozitionismul provocator.

Tulburarile de invatare

O tulburare specifica de invatare apare atunci cand functionarea cognitiva este slabita comparativ cu alte aptitudini intelectuale mai generale. Multi copii cu ADHD pot avea tulburari lexice sau aritmetice specifice.

Copiii cu tulburari de invatare primare au mai multe dificultati in procesarea informatiei (perceptie, orientare secventiala, abstractizare, stocare in memorie sau reproducere), in integrarea motrica si in producerea miscarilor, dar sunt mai putin impulsivi si hiperactivi. Acesti copii, de regula, nu pot beneficia de pe urma medicatiei si au nevoie de educatie speciala.

Tulburarea de conduita

Copiii cu ADHD prezinta un risc crescut pentru dezvoltarea unei tulburari de conduita. Variabilele familiale si sociale inflenteaza puternic probabilitatea ca acei copii hiperactivi sa dezvolte o tulburare de conduita. Multi copii hiperactivi respecta drepturile altora, sunt loiali in relatiile interpersonale, isi mentin prietenii si adera la un sistem organizat de valori.

Tulburarea afectiv-depresiva, maniaco-depresiva

Depresia poate surveni ca un raspuns subiectiv la evenimente de viata stresante. Incidenta depresiei la copiii ce sufera de ADHD este intre 30-50%. In adolescenta timpurie, multi copii cu dificultati de invatare si comportamentale au o stima de sine scazuta si dezvolta simptome de depresie.

Pe plan clinic, depresia primara se caracterizeaza prin diminuarea intensitatii proceselor afective, inclusiv stima de sine scazuta, scaderea interesului si implicarii in activitate sau in evenimentele sociale, lipsa de speranta in legatura cu viitorul, alterarea episodica a energiei, a nivelului de activitate, a dispozitiei, a somnului si apetitului.

Expresia faciala nefericita a copilului sau dispozitia iritabila pot fi evidente la interviul clinic. Este posibil ca neatentia sa se manifeste mai mult prin ingrijorare si preocupare de sine decat prin distragerea atentiei. Cand depresia apare timpuriu este mai putin probabil ca ea sa se caracterizeze prin hiperactivitate si neatentie severa.

Dezvoltarea de personalitate atipica a copilariei

Acesti copii sunt dificil de caracterizat avand in vedere simptomele acestora, care se situeaza intre ADHD, schizofrenie si autism. Ei indeplinesc criteriile ADHD-ului dar la acestea se adauga personalitatea schizoida, afectele slabe sau nepotrivite, dificultatea discursului si a inflexiunilor, legaturile sociale slabe, impredictibilitatea comportamentului, preocuparea pentru detalii si rigiditatea personalitatii. Acesti copii dezvolta comportamente stereotipe sau devin mai dezorganizati la tratamentul cu medicatie psihostimulanta.

Particularitatile scolare ale copiilor suferinzi de ADHD

Educarea unui copil cu deficit de invatare (cu sau fara hiperactivitate) este o adevarata piatra de incercare pentru invatator. Copiii cu deficit de atentie fara hiperactivitate sunt incapabili sa-si mentina atentia la sarcina, sunt dezorientati si adesea uita sarcinile si rutina clasei. Acesti copii dau impresia ca traiesc intr-o alta lume si sa arate o atitudine pasiva in clasa.

Copiii cu ADHD au de asemenea dificultati de organizare, mentinere a atentiei si uitarea procedurilor scolare, insa prin comportamentul lor impulsiv si hiperactiv tulbura activitatea normala a intregii clase. Ei devin o figura proeminenta in clasa, in sens negativ. Acesti copii prezinta un pattern al acestui comportament inca din gradinita, in lipsa tratamentului, comportamentul pastrandu-se si la scoala.

Tulburarile psihogene la copil

Clasificarea psihogeniilor la copil

Psihogeniile la varsta copilariei se impart in trei categorii:

A. Reactiile psihogene

1. Reactii acute:
 - De soc
 - De subsoc
2. Reactii subacute:
 - Reactia depresiva
 - Reactia paranoida
 - Reactia pseudocatatonica
 - Forma de protest

B. Nevrozele

1. Dereglarile regimului zilnic de viata:
 - Anorexie (simpla sau mintala)
 - Bulimie
 - Constipatie
 - Diaree
 - Varsaturi
2. Deprinderile nevrotice:
 - Dureroase
 - De placere
3. Nevrozele propriu-zise:

La prescolar - stari prenevrotice:

- Spasmul hohotului de plans
- Crizele de furie
- Manifestari anxioase
- Manifestari functional-isterice

La scolarul mic:

- Ticurile
 - simple (de scurta durata si cronice)
 - complexe (de scurta durata si cronice)
- Boala lui Gilles de la Tourette
- Enureziul
- Ecomprezisul

- Balbismul
 - Tulburările cardiace, respiratorii și digestive
 - Cefaleea
4. Tulburările anxioase ale copilăriei:
- Anxietatea de separație
 - Tulburarea evitantă a copilăriei
 - Anxietatea excesivă
 - Fobiile
 - Panica
 - Tulburarea obsesiv-compulsivă
 - Stresul post-traumatic

C. Dezvoltările prevalente de personalitate la copil

(de făcut tabelul psihogeniilor la copil pagina 124 - 134)

Tulburările endogene la copil

Clasificarea endogeniilor la copil

Endogeniile la copil se clasifică în două mari categorii:

A. Psihozele endogene:

- Depresia
- Schizofrenia infantilă:
 - Schizofrenia sugarului (Bender)
 - Autismul infantil tipic (descriș de Kanner)
 - Autismul atipic
 - Sindromul lui Rett
 - Dementa Heller
 - Schizofrenia simbiotică hiperkinetică
 - Forma perioadei de latentă (6-12 ani)
 - Schizofrenia infantilă (Bleuer) - între 7 și 14-15 ani

B. Insuficiențele psihice (oligofreniile)

(de făcut tabelul tulburărilor endogene la copil pagina 135 - 144)

Experiența pierderii și a durerii la copil

Pierderi așteptate versus pierderi neașteptate

Definim pierderi așteptate ca fiind acele pierderi conștientizate pentru care te poți pregăti în avans. Pierderile neașteptate sunt rezultatul întâmplării, al evenimentelor care nu pot fi anticipate.

Probabil ca cele mai pregnante schimbari se produc la pubertate, schimbari esentiale trecerii spre maturitate, e sursa a stresului pentru multi copii. Acolo unde exista violenta sau abuz, efectele asupra copilului necesita interventia imediata a unui specialist.

Nu toate pierderile sunt cauzate de separatie. Copiii pot experimenta un intreg nivel al pierderii interioare ca pierderea indentitatii, confidentei sau stime de sine.

Exista reactii comune experimentate de majoritatea copiilor aflati la suferinta. Reactiile imediate includ: soc, negare, protest, apatie.

Fazele durerii si reactiile comportamentale caracteristice la copii

Fiecare experienta dureroasa este unica. Fiecare proces dureros prin care trece copilul include trei faze: durerea de inceput, durerea acuta si durerea subsidiara. Fazele se desfasoara una dupa alta si includ, la randul lor, mai multe componente.

S-a constatat ca acei copii care primesc ajutor din exterior vor trece mai usor si mai sanatos prin pierdere si chiar mai productiv pentru varietatea sentimentelor exprimate.

Durerea de inceput (timpurie) cele mai comune reactii: negarea (disocierea, hiperactivitatea, iritabilitatea, protestul), alarma si panica. Regresia este o alta caracteristica ce poate insoti durerea.

O data ce copiilor li se permite sa-si exprime suprararile si sa faca unele reajustari necesare, ei revin de obicei la nivelul de echilibru anterior. Regresia poate fi o parte a procesului de vindecare dupa o pierdere, pentru majoritatea copiilor. Desi nu trebuie sa fie duri cu copilul, parintii trebuie sa-si impuna deciziile cu fermitate.

Distragerea, devierea si hiperactivitatea sunt alte reactii comportamentale la pierdere. (pentru a evita durerea oamenii incep sa fie foarte activi, sa se concentreze pe altceva)

Etapă secundară a procesului de jeliere include cateva componente: dor si cautare, tristete, teama, anxietate, vinovatie si rusine, experienta dezorganizarii si disperarii si, in final, inceperea procesului de reorganizare.

Fiecare faza ajuta copilul sa depaseasca pierderea prin acceptarea a ceea ce s-a intamplat si prin inceperea procesului de refacere si reasezare sufleteasca. Uneori copiii prezinta o mixtura a acestor sentimente, in procesul de vindecare trebuie urmarite si tratate fiecare in parte.

Este onest, ca copilul sa cunoasca faptul ca plansul este o parte a acestui proces si ca trebuie sa inteleaga si sa gaseasca o modalitate de a-i permite sa se produca. Este foarte important pentru copil sa simta ca este in centrul perocuparilor adultului si ca experienta sa are valoare in ochii acestuia.

Refacere si reasezare. Consilierea copiilor (tristi, depresivi, tematori si agresivi) si a familiilor lor

Pentru cei mai multi copii ajutorul trebuie sa soseasca inainte ca ei sa integreze in mod pozitiv pierderea. In caz contrar, acesti copii raman furiosi sau depresivi si chiar striviti sub ruinele propriilor pierderi.

Pentru copiii aflati in suferinta, nimic in afara de eradicarea pierderii nu va aduce confortul real, iar efortul care nu se incununeaza cu acest rezultat este privit ca nefolositor si chiar poate provoca furie si teama.

Este de preferat consultarea unui specialist in pierdere si separare, deoarece chiar acei profesioniști care lucreaza de mult timp cu copiii se simt depasiti si neajutorati in fata pierderilor traumatice pe care le suporta copiii.

Copiii trebuie asigurati de faptul ca nu sunt singuri si ca ceea ce simt este absolut normal in asemenea situatii. Cei care vor lucra cu copiii aflati in suferinta pot gasi o sursa importanta de informatii la ingrijitorii acestora. O modalitate corecta de lucru este aceea de a-i include in planul de actiune si pe ingrijitorii copiilor. Intalnirile de inceput pot fi facute in mod separat cu copilul, ingrijitorii si alti membri ai familiei, iar, la cel puțin cateva sedinte, este indicata prezenta unuia dintre ingrijitorii copilului.

Atunci cand se intervine la nivel familial, trebuie indentificate si respectate regulile familiei respective. Trebuie cunoscute modalitatile de exprimare a emotiilor in cadrul acesteia, forma de comunicare, obiceiurile etc.

Nu este profesionist si nici uman sa consideram ca acei copii care refuza sa vorbeasca despre ceea ce s-a intamplat si despre ceea ce simt nu sunt afectati de pierdere si nici sa consideram ca ar putea evolua ara ajutor intr-o directie sanatoasa.

Copiii trebuie incurajati si ajutati sa scoala la lumina - cu cuvintele lor - propriile sentimente nu numai in primele luni dupa pierdere, ci in mod repetat. Exprimarea, revizuirea si reasezarea sentimentelor reprezinta componente vitale ale procesului de insanatosire. Una dintre modalitatile de a ajuta copiii care nu-so pot exprima sentimentele este aceea de a converti sentimentele cauzatoare de disconfort in alte simtaminte: "Poti sa-mi spui cateva lucruri despre George? Mi-ai spus saptamana trecuta ca se supara foarte repede. Ce lucruri il fac sa se supere atat de repede?". O parte a copiilor convertesc sentimentele de durie in depresie, iar altii convertesc sentimentele de tristete in ostilitate, iritabilitate, planset, violenta. Chiar si atunci cand isi convertesc sau reprima sentimentele trebuie ajutati sa inteleaga ca sentimentele sunt sentimente care nu sunt nici bune, nici rele.

Cateva tehnici specifice de lucru

Atunci cand copiii nu sunt dispusi sau nu se simt confortabil sa vorbeasca despre sentimentele lor, putem sa apelam la combinarea discutiilor cu activitati externe, ca, de exemplu, imagini video sau carti de povesti.

O modalitate simpla dar eficienta, o reprezinta tehnica celor cinci sentimente: tristete, furie, fericire, frica si singuratate. Este foarte important sa nu se anticipeze si nici sa nu se sugereze raspunsul copilului. Se urmareste consonanta dintre comportamentul verbal si cel nonverbal al copilului atunci cand raspunde la test. Daca este cazul, intrebarile se reiau.

"Stiu ca este greu pentru tine sa vorbești despre suferinta ta, dar eu sunt aici, langa tine, si, daca te pot ajuta in vreun fel, as fi foarte incantat sa o fac."

Copiii adopta un comportament pasiv-agresiv din cauza unuia sau mai multor motive: refuza sa-si exteriorizeze furia, dar cauta sa fie pedepsiti pentru a-si valida comportamentul exprimat, cauta sa-si exprime nedreptatea sau neglijarea la care sunt supusi ca sa obtina sentimentul de control al situatiei.

O tehnica deosebit de utila este tehnica de "rezolvare mutuala a problemei"

Copiii si vestile rele: durerea si comunicarea terapeutica. Repere in consiliere

Vestile rele sunt cele care altereaza drastic imaginea despre trecut si/sau prezent, producand un disconfort psihoafectiv de scurta sau lunga durata.

Esentialul intr-o dezvaluire este sa fii in legatura continua cu gandurile si sentimentele copilului.

Copiii pot veni cu intrebari pe care le-au pus mai intai parintilor, iar pentru a verifica raspunsurile primite - daca le primesc - testeaza si opinia specialistului. In aceste situatii, psihoterapeutul sau consilierul incurajeaza copilul sa-si impartaseasca gandurile si sentimentele folosind intrebari deschise: "Ce simti in legatura cu asta?", "In ce mod te gandesti la asta?"

Comunicarea deschisa a vestilor rele trebuie incurajata, dar nu cu pretul tensionarii relatiei parinte-copil.

Stabilirea unor circumstante ideale pentru cand si unde sa dai vestile rele este dificil de realizat, dar urmatoarele sugestii pot fi retinute si aplicate acolo unde este posibil:

"Mai degraba mai devreme decat prea tarziu", "Cand toti cei implicati sunt de fata", "Atentie maxima!", context familiar, "Acolo unde reactiile si raspunsurile nu vor fi inhibate", "Stati impreuna dupa aceea"

Toti specialistii implicati in munca cu copiii au obligatia si responsabilitatea profesionala si umana de a se pregati in comunicarea vestilor rele. Ei trebuie sa aiba abilitatea de a gasi cea mai adecvata abordare la orice situatie particulara. Acest proces implica introspectie, empatie, planificare si repetitie. Ambele tipuri de dezvaluiri (proactiva si reactiva) pot fi anticipate si apoi planificate.

Prin tehnica pasilor marunti, vestile rele vor fi introduse gradual si progresiv, fiecare pas relevand putin cate putin din continutul vestilor. In felul acesta, copilul nu se va simti singur pe parcursul intregului proces de comunicare a acestor mesaje nedorite. Prin aceasta modalitate, copilul este pregatit treptat, printr-o serie de incercari (glume etc), anumite parti din dezvaluire facandu-se lent, astfel incat copilul sa nu fie supus brusc unui soc emotional. Sprijinul oferit poate fi dat atat verbal, cat si nonverbal, ceea ce poate insemna caldura, atentie, bunatate, afirmare.

Ce se intampla cu adolescentii abuzati?

Abuzul familiei asupra adolescentilor

Adolescenta este perioada de trecere de la copilărie la viața de adult; este o perioadă care presupune schimbări, tulburări, restructurări, atât pentru adolescent, cât și pentru familia în care acesta trăiește. Aceasta este o etapă importantă a conturării personalității, a definirii valorilor morale, ce apar la adolescenți în contextul existenței anumitor modele.

Cunoașterea de sine se realizează prin percepția valorilor individuale, a așteptărilor și dorințelor, dar și a slăbiciunilor.

Ce este psihoterapia copilului?

Câteva repere conceptuale

În concepția noastră, obstacolele și blocajele în cursa dezvoltării umane se exprimă prin tulburări și dificultăți adaptative, psihice, familiale și sociale, iar calea dezarmonizării, rezolvării și depășirii lor o constituie consilierea și psihoterapia copilului și a familiei sale.

În psihoterapia experiențială, scopul final este de a-l ajuta pe copil să devină conștient de sine și de existența sa în lume. Se urmărește deblocarea procesului de evoluție normală, ajutând copilul să intre în contact cu nevoile sale neconstientizate, realizarea unei mai bune acceptări de sine ca persoană și în relație cu lumea. Se consideră în acest sens, că în baza constientizării, autoacceptării și a dreptului de a fi așa cum ești, organismul poate crește, iar intervenția forțată retardează acest proces. Psihoterapia va avea astfel un efect pozitiv asupra comportamentului etic al copilului, asupra personalității și filosofiei lui de viață.

Terapeuții experiențialiști cred că oamenii au un impuls natural spre sănătate, iar creativitatea, umorul și spontaneitatea sunt privite ca aspecte ale unei bune sănătăți mintale.

Psihoterapia îi ajută pe copii într-o varietate de moduri: primesc suport emoțional, își înțeleg sentimentele și problemele, își rezolvă conflictele cu alți oameni, încearcă noi soluții la probleme vechi. Sarcina terapeutului este să-i ajute pe copii să vadă lumea din jurul lor așa cum este ea în realitate. Se dorește ca ei să știe că au o posibilitate să facă alegeri în viața lor, și unele alegeri sunt imposibile de făcut.

Un terapeut gestaltist, Arnold Beisser, a lansat paradoxul schimbării care spune că "schimbarea survine când ceva devine ceea ce este în prezent, și nu când devine ceea ce nu este". În acest sens, este important pentru copil să fie ajutat să devină conștient de sine ca persoană întreagă (senzatii fizice, corp, emoții, gânduri, dorințe și posibilități) și abia apoi să i se faciliteze schimbarea, iar nu să i se impună modelul de schimbare al terapeutului.

Psihoterapia nu este pedagogie, ci mai curând o artă în care sunt imbinat tehnicele și cunoștințele teoretice cu experiența, creativitatea, flexibilitatea terapeutului.

Un factor de influențare de prim-ordin este relația terapeutică. Pentru asigurarea succesului terapiei, este necesar ca terapeutului să-i placă copiii, să-i respecte, să realizeze o relație de încredere, să dezvolte o atitudine empatică, onestă și deschisă în relațiile cu copiii. El trebuie să poată fi direct, fără a fi deranjant, și amabil, fără a fi prea indirect și permisiv; trebuie să dea dovadă de flexibilitate. De asemenea,

terapeutul trebuie sa cunoasca modul cum se dezvolta si invata copiii si sa inteleaga momentele importante care corespund fiecarui nivel particular de varsta.

Terapeutul trebuie sa fie familiarizat cu tipurile de dificultati de invatare care afecteaza copilul, cauzate adesea de factori emotionali. El trebuie sa cunoasca lucrul cu dinamica sistemului familial si sa aiba in atentie mediul care il influenteaza pe copil - casa, scoala, alte institutii in care este implicat -, precum si lucrul cu expectatiile culturale manifestate fata de copil. Atunci cand este cazul se intervine asupra mediului in care traieste copilul si psihoterapia este combinata cu metode educationale si tehnici comportamentale.

Pentru a reusi o relatie buna cu copilul, terapeutul trebuie sa aiba simtul umorului si sa permita copilului jucas si expresiv din el sa se manifeste liber. Este important ca el sa creada in mod ferm ca fiecare copil este un unicat, o persoana valoroasa.

Tratamentul copilului pleaca de la nevoile sale specifice, de la problemele sale emotionale si situatiile obiective in care el se afla. Realitatea copilului este mai importanta decat tehnica si teoria terapeutului.

Obiectivele si desfasurarea procesului terapeutic

Procesul de lucru cu copilul este unul curgator, amabil, prietenos. Fiecare terapeut isi va gasi propriul stil in realizarea unui balans intre sesiunile directive si de ghidare, pe de-o parte, si cele permissive, in care sa-l lase pe copil "sa conduca", pe de alta parte. Deoarece tratamentul fiecarui copil este unic si diferit, procesul terapeutic trebuie sa fie foarte flexibil. Totusi, el urmareste o progresie, care are un inceput, un mijloc si un sfarsit, si terapeutul trebuie sa fie constient de aceasta etapizare si de structura pe care o impune terapiei.

Toate aceste stadii au teluri comune:

- Primul este reducerea problemelor emotionale sau comportamentale ale copilului
- Al doilea este imbunatatirea adaptarii la scoala, in familie sau cu egalii
- Al treilea este imbunatatirea stimei de sine

Diagnoza si strangerea de informatii se fac permanent in cadrul demersului terapeutic, in plus, fiecare faza a procesului terapeutic are telurile ei specifice.

Prima faza

Telul primei faze este stabilirea aliantei terapeutice intr-un mediu securizant, predictibil, care-i permite copilului sa se dezvaluie pe sine. Prima sesiune este importanta in realizarea aliantei terapeutice. De aceea, trebuie sa fie o experienta placuta pentru copil, pentru ca el sa-si doreasca sa revina la cabinet. Prima intalnire este momentul stabilirii unei relatii de incredere cu copilul, acesta poate vedea daca terapeutul este un participant corect si impartial, interesat de fiecare membru al familiei si in special de copil.

Copilul trebuie sa descopere ca terapeutul este interesat de el, il vede, il aude, il trateaza cu respect, vorbeste cu el in mod serios si nu priveste problema sa ca pe un fapt dificil.

Primele sesiuni au si o valoare diagnostica: se strang informatii din mai multe surse (copil, familie, scoala, medic de familie) se formuleaza ipotezele si obiectivele terapeutice. Insa terapeutul strange informatii pe tot parcursul tratamentului, care pot duce la transformari sau imbogatiri a obiectivelor in timp.

Inca de la prima sedinta terapeutul este preocupat de motivul pentru care copilul a fost adus la cabinet, acesta cauta sa vada daca problema este a copilului, daca el o accepta, sau este a parintilor sau a profesorilor.

O sursa importanta de informatii este observarea relatiilor dintre parinti si copil (si frati eventual) in timp ce ei sunt in cabinet. Primul lucru de observat este proximitatea fizica. Copilul si parintii stau impreuna sau separati? Daca stau impreuna, se afla in contact fizic si aparent dependent, legati unii de altii? Daca stau despartiti, indica aceasta o lipsa a contactului emotional sau o independenta sanatoasa? Apoi se observa daca copilul se misca liber prin camera sau parintele ii controleaza comportamentul. Ce reactii au parintii la comportamentul copilului lor? Cere acesta aprobare atunci cand vorbeste? Vorbeste liber sau este blocat de prezenta parintilor? Il lasa parintii sa vorbeasca sau raspund in locul lui? Plecand de la aceste informatii, terapeutul formuleaza ipoteze cu privire la masurile educative pe care parintii le aplica copilului, la aliantele si la conflictele intrafamiliale.

Cand ramane singur cu copilul, terapeutul il informeaza despre ceea ce presupune relatia terapeutica. Cea mai buna modalitate de a face acest lucru, este sa i se explice copilului in termeni practici : "Cand ne vom intalni vom vorbi despre multe lucruri, inclusiv despre problemele tale, si uneori putem sa ne folosim de desen, de modelaj, de jocuri si jucarii. Astfel pot invata ceva despre tine si te pot ajuta sa te simti mai bine, in special daca esti speriat sau nefericit".

Prima sesiune este momentul cand i se explica copilului confidentialitatea. Aceasta are doua consecinte importante: in primul rand copilul simte ca primeste un respect special si se va raporta pozitiv la terapeut si terapie, si in al doilea rand, copilul va avea libertatea de a fi deschis cu terapeutul sau si, cu cat incepe sa faca asta mai devreme, cu atat mai bine. In general, prima sesiune este un moment in care terapeutul incearca sa promoveze stima de sine a copilului si valorizarea propriei persoane.

Daca copilul devine iritat cand se abordeaza anumite situatii, terapeutul devine flexibil si schimba discutia, ii respecta disponibilitatea. Inseamna ca ori este prea devreme acum sa se forteze o discutie posibil stresanta, ori problema atinsa este prea dureroasa pentru copil. De asemenea, terapeutul trebuie sa evite sa invinovateasca copilul sau sa ia aprte la dezacordul parinte-copil, facand alianta cu vreunul dintre ei. Se pot folosi acum testele de desen (familie-casa-copac, persoana) sau jucariile, in functie de varsta copilului.

Din evaluarea psihologica, anamneza, interviul preliminar cu parintii si cu copilul, terapeutul defineste obiectivele terapeutice. Initial se pot desprinde trei tipuri de obiective: din perspectiva parintilor, din perspectiva copilului si din cea a terapeutului, care se afla in diferite grade de departare sau apropiere, insa o data cu progresul terapiei ele se aproprie din ce in ce mai mult, dand o coerenta procesului procesului terapeutic.

A doua faza

A doua faza a psihoterapiei este formata din sesiunile de mijloc, care au un focus diferit. Acestea ocupa, de obicei, cea mai mare parte a tratamentului si se concentreaza pe problemele personale, pe problemele de zi cu zi, cu intensificarea relatiei terapeutice. Este momentul in care are loc cel mai important demers terapeutic.

Copiii prezinta adesea blocaje in comunicarea verbala, se simt singheriti sau opun rezistenta in a-si exprima direct trairile interioare sau nu le constientizeaza. Folosirea tehnicilor expresive contribuie la eliminarea acestor blocaje, si copiii isi pot dezvalui direct sau simbolic sentimentele, trairile si credintele in mod deschis, ceea ce duce la integrarea personalitatii. Aceste tehnici incurajeaza proiectia.

Terapeutul experientialist nu-i interpreteaza copilului materialul pe care acesta il ofera prin proiectie, desi el traduce pentru sine ceea ce aude si vede pentru a ghida interactiunea sa cu copilul. Astfel, terapeutul trebuie sa-si dezvolte o buna relatie intre Eul sau actor si Eul sau spectator.

Prin realizarea de asociatii intre tehnicile expresive si situatiile din viata reala a copilului, acestuia ii creste capacitatea de a fi constient de sine si de existenta lui in lume. Tot tehnicile expresive stimuleaza creativitatea, limbaj primar pentru realizarea insight-ului si vindecarii.

Copilul, prin unicitatea personala si raspunsul diferit la tehnicile terapeutice, ghideaza cum sa se lucreze cu el si orienteaza spre ceea ce are el nevoie.

Este important ca copilul sa simta ca terapeutul este o persoana puternica pe care se poate baza, careia sa i se incredinteze, si nu una usor de manipulat sau prea permisiva. Prin faptul ca terapeutul il intelege, il accepta si este sincer cu el, copilul invata sa se autoaccepte si sa creasca si sa se dezvolte emotional. In psihoterapia experientiala se considera ca in fiecare "perete de rezistenta" se afla noi arii de crestere. Terapeutul poate trata direct frica ce se ascunde in spatele rezistentelor sau poate sa-i permita copilului sa decida pentru el insusi cand este fata sa riste ceva care este dificil pentru el.

In terapie se vorbeste despre trei tipuri de schimbari:

- schimbari comportamentale - in modul in care copilul se comporta sau actioneaza, cum relationeaza cu alti oameni sau obiecte din spatiul sau de viata
- schimbari cognitive - se refera la capacitatea de a se intelege pe sine si pe cei din mediul sau, de a distinge intre ceea ce este important de ceea ce nu este important
- schimbari emotionale - schimbari in confortul, fericirea si satisfactia personala

Copilul este o unitate, in sensul ca, aceste aspecte sunt strans legate intre ele, atunci cand el incepe sa inteleaga ceva diferit, se va comporta diferit, va simti ceva diferit.

A treia faza

Incheierea terapiei poate fi un moment dificil pentru copil din mai multe motive si poate prezenta probleme care se centreaza in jurul separarii, pierderii unei relatii importante si a increderei in sine. De aceea incheierea terapiei nu se face brusc, ci copilul trebuie pregatit pentru acest lucru. Un bun moment de stopare a terapiei este atunci cand se atinge un platou de schimbare. Este semn ca nu se mai poate avansa in terapie si copilul are nevoie de a intefra si de a asimila in propriul sau mod de maturizare si de

crestere schimbarile care au avut loc ca rezultat al terapiei. Uneori, acest platou este un semn de rezistenta ce trebuie respectat.

Terapia nu trebuie sa se incheie niciodata in mijlocul unei crize. Chiar daca copilul este pregatit sa sfarseasca terapia, terapeutul trebuie sa-l ajute mai intai sa faca fata crizei.

Exista anumite chei de a cunoaste cand trebuie oprita terapia.

Una este aceea cand comportamentul copilului s-a schimbat prin raportare la scoala, la parinti si la egali. El incepe sa fie implicat in activitati exterioare - cluburi, fotbal, prieteni - semn ca terapia incepe sa-l plaseze pe drumul vietii sale.

O alta este atunci cand se produce o raceala in relatia sa cu terapeutul si materialul din sesiunea de terapie este din ce in ce mai putin productiv din punct de vedere terapeutic.

Copiii inteleg vag conexiunea dintre problemele lor emotionale si terapie. Ei sunt egocentri si aprecierea lor este emotionala: ei agreeaza sau nu terapeutul si terapia. Aceasta face ca atata timp cat se implica in terapie sa vina la cabinet de placere. Cand devin plictisiti si doresc sa petreaca mai mult timp cu prietenii, relatia terapeutica racindu-se emotional, este semn ca se apropie sfarsitul terapiei.

Scopul ultimei etape in terapie este consolidarea si intarirea castigurilor obtinute, terapeutul intrebându-se daca copilul poate promova sau mentine aceste castiguri.

Ghid de intrebari pe care terapeutul trebuie sa si le puna inainte de a sti daca este momentul oportun pentru finalul terapiei:

- problemele emotionale ale copilului sunt sub control. Copilul a invatat sa-si controleze comportarile impulsive si are o mai buna toleranta la frustrare
- nivelul de gandire al copilului este adecvat varstei. Copilul normal trebuie sa aiba o buna intelegere a cauzei si efectului, sa fie realist in judecarea situatiilor si sa fie capabil sa discrimineze importantul de neimportant in viata sa
- nivelul fanteziei copilului este adecvat pentru incheierea terapiei. Fanteziile adecvate varstei indica creativitate, sunt un mod natural de a lucra cu conflictele si, in general, un semn al adaptarii si cresterii emotionale
- copilul are abilitatea de a invata din traume emotionale. Acesta este unul dintre cele mai importante castiguri terapeutice care indica incheierea. Terapeutul observa si compara modurile in care copilul se adapta la schimbarile care aveau loc in viata sa la inceputul terapiei cu modul in care face fata unor schimbari in momentul prezent. Cand copilul poate tolera aceste schimbari si chiar poate beneficia de ele, el a invatat reactii emotionale noi si mai adaptative care anunta o prognoza pozitiva pentru viitor
- copilul poate sa-si revina din traume emotionale. Viata oricarui copil este plina de suparari, dar copiii normali au abilitatea de a trece peste aceste experiente si de a se

intoarce la un echilibru emotional normal. Abilitatea de a se reface emotional este un prognostic foarte bun pentru incheiere

Cum abordam copiii prin metode si tehnici experientiale (expresive si gestalt-creative)

Desenul ca abordare diagnostica si terapeutica a copilului

Desenul liber sau tematic constituie o cale foarte potrivita de evaluare a personalitatii in formare a copilului si a problemelor sale emotionale, precum si relatiilor sale cu familia, a traumelor pe care le-a suferit, a nivelului de anxietate existentiala, a capacitatilor si a dificultatilor sale de a se adapta la mediul social.

Mecanismul psihologic prin care conflicte inconstiente nerezolvate, probleme incommunicabile, atitudini si sentimente fata de persoanele importante din viata sa, frustratii si anxietati, blocaje si suferinta reprimata sau devalata il constituie **proiectia**.

Atat desenele cat si jocurile sunt considerate drept cele mai relevante modalitati de expresie a primilor ani de viata, ele oferind date importante despre inteligenta si afectivitatea copilului.

Dintre testele proiective bazate pe desen utilizate special in psihodiagnoza copilului sunt:

Testul "**omulețului**" care ofera indicii despre inteligenta si afectivitatea copilului. In functie de nivelul sau de dezvoltare psihomotrică, de perceptia propriei scheme corporale si de proiectarea sa in desenul unui omuleț, acesti indici pot fi semnificativi pentru dezvoltarea cognitiva, evaluata concret prin gradul de perfectiune si completitudine a desenului, prin echilibrul general si bogatia detaliilor.

Testul "**femeii plimbându-se prin ploaie**" solicita o integrare mai complexa a unor elemente ale desenului liber ce permit evaluarea nivelului de inteligenta.

Testul desenului liber al lui G. Minkowska (reprezentand personaje sau orice altceva) permite aprecierea modului particular de perceptie in doua tipuri diferite: **tipul senzorial** si **tipul rational**.

La tipul senzorial, modalitatea de realizare a desenului nu este prea precisa, dar detaliile sunt legate unele de altele printr-un viu dinamism, **tipul rational**, dimpotriva, are o maniera mai precisa de a desena. Fiecare element, obiect si fiinta sunt redati riguros si adesea simetric, dar fiecare este izolat, imobil si fara nicio legatura cu restul desenului.

Testul "**desenului figurii umane**" se pleaca de la testul omulețului, dar se cere desenarea succesiva a doua persoane de sex diferit.

Testul "**casa-copac-persoana**" imbogateste situatia proiectiva, avand doua etape de lucru: momentul creator nonverbal si momentul verbal, interpretativ (in care copilul este solicitat sa descrie, sa defineasca

si sa interpreteze ceea ce a desenat). Aceasta a doua etapa creeaza asociatii libere deosebit de relevante in cunoasterea problemelor emotionale si relationale ale copilului. Din acest desen pot fi intelese modul in care percepe copilul mediul inconjurator, proiectia propriului sau mod de a fi si simti in raport cu sine si cu ceilalti.

Testul "**desenului familiei**" este relevant pentru cunoasterea raporturilor pe care le are copilul cu familia, ele fiind decisive in formarea personalitatii sale. Dimensiunile personajelor familiale, centralitatea si excentralizarea lor in spatiul grafic, distantele dintre membrii familiei si dintre figurile centrale si copilul investigat sunt elemente de diagnostic importante si totodata factori de suport pentru o discutie relevanta de constientizare si chiar de optimizare a raporturilor perturbate din familie.

Alegerea culorilor pentru sine si anumite personaje nu este nici ea la intamplare. Desenarea in culori vii, luminoase, sau terne, intunecoase, este in directa legatura cu emotiile si sentimentele copilului fata de persoanele desenate, iar preferinta lui precum desenul alb-negru ne poate sugera blocaje emotionale, elemente de depresie, retragere sau lipsa de rezonanta afectiva, dificultati de exprimare a sentimentelor si trairilor.

In final copilul este intrebat daca este multumit de desenul facut si daca ar dori sa mai schimbe ceva la el sau sa-l mai faca o data asa cum i-ar placea acum. Noul desen poate furniza date suplimentare despre relatia copilului cu familia, despre asteptarile si sperantele acestuia.

Orice deformare sau omisiune a unui personaj ne aduce date pretioase din punct de vedere al cunoasterii lumii sale interioare, dar si al comportamentului sau in raport cu aceste personaje ce exprima simbolic relatiile sale in familie.

Modalitati de lucru expresiv-metaforice

Desenul lumii interioare din linii, figuri si culori: copilul este rugat sa inchida ochii si sa patrunda in lumea lui interioara si sa-si imagineze in linii, culori si figuri lumea, este rugat apoi sa deschida ochii si sa deseneze ce si-a imaginat.

Pictura sentimentelor din acest moment: se realizeaza cu degetele de la maini sau chiar picioare, copilul este rugat sa-si deseneze starea actuala sau dupa caz starea de fericire sau suparare.

Desenul serial este o metoda individuala de lucru cu copilul cu dificultati comportamentale si de adaptare. Metoda este de inspiratie jungiana si implica o serie de 12 sedinte a cate 20-25 de minute o data pe saptamana, cand i se cere copilului sa deseneze un tablou in prezenta consilierului-psiholog.

J.A.B. Allan observa ca atunci cand copilul deseneaza in prezenta terapeutului, potentialul de vindecare este activat, conflictele sunt exprimate si rezolvate treptat, iar terapeutul poate castiga o viziune clara si mai exacta asupra inconstientului copilului. Cadrul cabinetului de consiliere si ritmicitatea efectuarii desenele in acest cadru, totdeauna la aceasi ora, creeaza un ritual cu functie terapeutica.

Patternurile expresive devin vizibile doar in timp, de aici rezultand natura seriala a acestei abordari terapeutice.

Utilizarea desenului serial evidentiaza trei stadii principale in aplicarea metodei pe copiii cu tulburari si dezorganizari moderate. Fiecare stadiu reflecta anumite imagini si teme tipice.

In stadiul initial, intre prima si a 4-a sedinta, desenele reflecta:

- o viziune globala asupra lumii interioare a copilului;
- pierderea controlului intern si prezenta sentimentelor de disperare si deznadejde;
- stabilirea unui raport initial cu consilierul, care uneori este incorporat intr-un desen in forma simbolica a uriasului prietenos, a pilotului de avion, a doctorului sau asistentului.

In stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a sedinta, continutul desenele poate reflecta:

- expresia unei emotii in forma ei pura;
- conflictul intre contrarii (rau/bine) si izolarea sentimentelor ambivalente;
- adancirea relatiei dintre copil si ajutorul sau; la sfarsitul aceste faze, copilul foloseste desenul pentru a comunica direct despre problema dureroasa sau pentru a dezvalui un secret.

In stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a sedinta, copilul tinde sa deseneze:

- imagini care reflecta sensul stapanirii de sine, al autocontrolului si valorizarii;
- scene ce reflecta o imagistica pozitiva: absenta razboiului, violentei, luptei, distrugerii;
- simbolul central al sinelui (autoportret, forme de mandale);
- scene umoristice;
- tablouri ce reflecta deplasarea legaturii de atasament de la consilier catre alte persoane.

Desenul liber este cerut de obicei la inceputul terapiei. Copiii doresc mai degraba sa deseneze ce vor ei decat sa li se spuna ce sa faca. In aceasta maniera, ei abordeaza lumea din in mdul in care doresc si sunt mult mai dispusi sa coopereze la instructiunile viitoare. Cand copiii deseneaza liber si fara nicio indicatie, ei exprima o parte din propria personalitate, isi elibereaza propriile sentimente si atitudini care ar fi putut fi inhibitate si ascunse. Aceasta exprimare de sine si aceasta libertate a gandirii si actiunii reprezinta de altfel primul tel al interventiei terapeutice.

Dupa ce copilul si-a terminat desenul, terapeutul poate ghida procesul terapeutic pe mai multe cai. De exemplu:

1. Copilul este incurajat sa verbalizeze gandurile si sentimentele pe care le-a trait in timpul efectuării desenului.
2. Copilul poate realiza o povestioara plecand de la desen, poate descrie desenul in propriul sau mod.
3. I se cere copilului sa descrie desenul ca si cand el ar fi desenul, sa foloseasca pronumele personal "Eu". De exemplu "Eu sunt acest desen. Am linii rosii peste tot si un mic patrat in interiorul meu".
4. Terapeutul selecteaza lucrurile specifice din desen si-l ghideaza pe copil sa se identifice cu ele: "Fii micul patrat si descrie-te cum arati, care este rolul tau etc.". Pentru a ajuta procesul, i se pot pune copilului intrebari ajutatoare: "Ce faci tu?", "Ce ai inchis tu?"
5. I se poate cere copilului sa realizeze un dialog intre doua parti din desen.
6. Se incurajeaza copilul sa dea atentie culorilor.

Toate aceste modalitati de lucru terapeutic conduc spre revelarea sinelui copilului si spre autoexprimare. Urmeaza apoi munca de identificare, terapeutul ajutand copilul sa se recunoasca atunci cand este exprimat prin desen sau prin parti din desen. Se folosesc intrebari de tipul: "Tu te-ai simtit vreodata asa?", "Ai facut vreodata acest lucru?", "Se potriveste asta cu viata ta in vreun fel?"

Jocul "Desenul unei povestiri", in acest joc interactional, terapeutul deseneaza primul o simpla linie pe hartie si-l directioneaza pe copil sa traseze alte linii pentru a realiza un desen. Dupa ce termina, copilul este intrebat: "Ce este acesta?" sau "Ce se petrece aici?", si se poate porni astfel o discutie mai indelungata.

Dupa aceasta faza initiala, copilul este rugat sa traseze o linie si terapeutul o incadreaza intr-un desen care este o urmare la desenul copilului. Acest proces alternativ conduce la interactiune stransa intre terapeut si copil, dar furnizeaza si un bogat material diagnostic si care conduce la o mai buna constiinta de sine a copilului.

Cand o serie de desene cu o poveste acompaniatoare a fost realizata, desenele pot fi revazute pentru a accentua morala si ii este sugerat copilului sa gaseasca noi finaluri mai satisfacatoare povestirii. In acest mod terapeutul il face pe copil constient de noi alternative de a simti si a actiona, de solutii mai adaptate la problemele sale.

Mazgaleala este o metoda neamenintatoare de a-i ajuta pe copii sa exprime ceea ce nu ar impartasi cu usurinta. Copilul este rugat sa realizeze prin miscari ale trunchiului si a membrilor un desen in aer, dupa care cu ochii inchisi sa-l reproduca pe hartie. Urmatorul pas este de a gasi formele ce sugereaza un desen cu sens. Se aduce apoi desenul spre forma la pe care si-o imaginase initial plus eventuale completari. Produsul final seamana foarte putin cu linile originale de pe hartie. Copiii vor povesti apoi despre formele lor sau isi vor imagina ca devin acele forme exprimandu-se astfel pe ei insisi, devenind mai spontani si mai creativi.

Desenarea sentimentelor

Prin reprezentarea grafica a unora dintre sentimentele lor, copiii le exteriorizeaza, se confrunta cu ele si invata sa le controleze. Castigarea unui mai bun control emotional conduce la dobandirea unui mai bun sens al identitatii personale.

Observarea procesului desenarii este un aspect crucial al folosirii artei ca instrument terapeutic. Este mai bine ca terapeutul sa ramana un observator pasiv, obiectiv, in timp ce copilul deseneaza. Este dezirabil, ca inainte de a incerca orice interpretare, terapeutul sa obtina de la copii cat mai multe informatii, autointerpretari si exprimari ale sentimentelor legate de propriile desene.

Alte mijloace expresive in psihoterapia copilului

Fantezia

Tehnicile fanteziei presupun folosirea intregului potential imagistic si ele pot fi imbinat sau nu cu desenul si miscarea fizica. Analiza unei fantezii este o problema foarte controversata. Se pare insa ca pot avea lor schimbari semnificative si fara prodecerea vreunui insight.

Un frumos exercitiu de fantazare, se numeste "Lupta". Copilul isi imagineaza cu ochii deschisi ca este un mic vapor in timpul unei furtuni puternice.

Incearca sa-ti imaginezi ca tu esti unicul vapor si explica ceea ce simti. Vantul este puternic si incearca sa scufunde vaporul. Valurile il izbesc cu putere.

Vorbeste-mi despre modul cum diferite parti ale corpului tau trebuie sa lupte cu furtuna. Cum iti comunica diferite parti ale corpului tau daca vei iesi invingator sau invins din furtuna? Pe neasteptate, vantul ataca pentru ultima data micul vapor si apoi moare. Vaporasul a castigat lupta!

Ce experiente reale de viata ai avut tu, care sa fie asemanatoare cu situatia dintre vantul muribund si vaporasul invingator? Imagineaza-ti ca tu esti micul vaporas care tocmai a invins furtuna. Ce simti tu fata de furtuna? Imagineaza-ti ca esti marea furtuna care tocmai a esuat in a scufunda vaporasul. Ce simti tu fata de el?

Acum fa un desen despre tine insuti ca vaporas intr-o furtuna.

Din aceasta situatie imaginara se desprind informatii valoroase despre locul copilului in lumea sa si despre modul cum face fata fortelor exterioare.

Alte exercitii de fantazare sunt "fantezia zidului" sau "Pestera" in care apar temerile si conflictele ascunse ale copilului.

Modelajul

Materialele pentru modelaj pot fi lutul, plastilina, aluatul, fiecare cu calitati diferite. Lutul ofera atat experiente kinestezice, cat si tactile. Flezibilitatea si maleabilitatea lutului se potrivesc unei varietati de nevoi. El pare sa sparga adesea blocajele copilului putand fi utilizat cu succes si de cei care au mari probleme de in exprimarea sentimentelor. Copiii suparati isi pot exprima supararea modeland diverse forme din lut, cei care sunt nesiguri si fricosi pot simti un sentiment al controlului si stapanirii de sine, iar copiii agresivi pot utiliza lutul pentru a-l lovi si sfarama.

Exemplu de exercitiu cu lut:

Inchide ochii si intra in spatiul tau interior. Simte lutul cu ambele maini pentru cateva minute. Respira de doua ori profund. Acum eu doresc sa faci ceva cu lutul, cu ochii inchisi. Degetele tale incep sa se miste. Observa daca lutul pare sa doreasca sa urmeze propriul sau drum. Sau poate ca tu vrei ca el sa urmeze drumul tau. Realizeaza o forma, o figura. Lasa-te sa fii surprins de ceea ce se intampla. Vei avea doar cateva minute pentru a face asta. Cand ai terminat, deschide ochii si priveste la ceea ce ai realizat. Intoarce obiectul si priveste-l din diverse parti si unghiuri. Acum fii aceasta bucata de lut. Tu esti lutul!

Limita de timp este de trei minute pentru fiecare tema si s-a constatat ca aceasta elimina perfectionismul si adesea conduce la rezultate mult mai interesante decat timpul indelungat.

Colajul

Colajul este realizat prin lipirea sau atasarea de materiale de o mare varietate pe hartie sau panza. Pot fi utilizate in colaj: hartie de toate tipurile, variate texturi, lucruri moi si aspre, nasturi, poleiala, celofan, cartoane de oua, capace de sticla, macaroane, fire de lana, frunze, coji, seminte de toate felurile etc. Se utilizeaza cu succes pozele decupate din reviste sau carti, fotografiile.

Copii pot povesti despre colajul in sine, ii pot da un titlu sau pot povesti despre procesul de realizare a acestuia. Colajul ajuta la eliberarea imaginatiei si poate fi utilizat ca exprimare senzoriala si emotionala.

Jocul cu nisip

Este o tehnica terapeutica de sorginte jungiana, unde simbolul joaca un rol important.

Jocul cu nisip in viziunea **Dorei Kalff**:

Se utilizeaza o cutie de nisip (57x72x7cm), limitele sale actionand ca factor de reglare si de protectie pentru imaginatia celui care se joaca. Jucariile sunt de o mare diversitate, ele reproducad cam tot ce poate sa existe in jurul copilului. Jocul cu nisip al unui copil poate fi interpretat ca o reprezentare tridimensionala a unei situatii psihice. O problema inconstienta se exprima in cutia de nisip, jucandu-se acolo ca o drama.

Gratie exteriorizarii sale prin joc, problema interna a copilului a devenit vizibila si evolutia psihica face un pas inainte. Dora Kalff considera ca, adesea, primul joc lamureste deja situatia; el contine inaintea simbolului telul de atins - realizarea sinelui. Dupa aceea sunt eliberate energii noi pentru a duce la dezvoltarea sigura a eului.

Crearea de povesti

Crearea de poveste o practica de prima importanta in psihoterapia copilului. Utilizarea lor in terapie implica: realizarea povestilor de catre terapeut si povestirea lor copiilor, realizarea povestilor de catre copii, utilizarea unor lucruri care sa stimuleze povestile (cum ar fi picturile, testele proiective, marionetele, desenatul, jocul cu nisip), deschiderea catre fanteziile interioare sau utilizarea mijloacelor video sau audio, a microfonului de jucarie sau a unui televizor imaginar.

Din povestile pe care le realizeaza copilul terapeutul este capabil sa faciliteze insight-uri asupra conflictelor, frustrarilor sau mecanismelor de aparare ale copilului.

Se considera ca povestile copilului sunt mai usor de interpretat decat visurile, asociatiile libere si alte productii ale adultului.

Problema principala a terapeutului de copii ar fi sa utilizeze insight-urile sale terapeutice.

Dr. Richard Gardner a creat "Tehnica mutuala a realizarii de povesti", aceasta presupune ca mai intai sa i se ceara copilului sa povesteasca o istorioara, terapeutul fiind atent la atmosfera si cadrul povestirii, la reactiile emotionale ale copilului atunci cand spune povestirea, sa determine figura sau figurile care-l reprezinta pe copil sau care corespund persoanelor semnificative din mediul sau. Apoi terapeutul spune propria sa povestioara pornind de la aceleasi personaje, atmosfera si solutii initiale ca si in povestirea copilului, dar ofera o rezolvare mai potrivita la cele mai importante conflicte. Fiecare poveste se incheie cu o lectie sau o morala derivata din situatia povestii. Se incearca astfel sa i se ofere copilului mai multe alternative.

Terapeutul trebuie sa deschida noi cai neluate in considerare in schema de gandire a copilului. Copilul trebuie ajutat sa devina constient de multitudinea de obtiuni care ar putea sa le inlocuiasca pe cele mai inguste, autodistructive, alese de el.

Si basmele si legendele ofera un material foarte bun de lucru cu copiii. Ele se refera la emotiile universale de baza: dragoste, ura, frica, furie, singuratate, sentimente de izolare si de lipsa de valoare.

O modalitate de folosire a povestii este: copilului cu o anumita tulburare socioemotionala i se citeste o poveste ce abordeaza o tema care sa-l ajute sa iasa din situatia existenta. De exemplu, unui copil care este fricos si nu are incredere in fortele proprii i se spune o poveste in care eroul este invingator, se caracterizeaza prin curaj si nu are nevoie de ajutoare exterioare pentru atingerea scopului. Se asteapta ca micutul sa se identifice cu personajul principal din poveste si sa incerce sa-l imite.

Lucrul cu basmul

Din perspectiva psihologica, basmul are o mare valoare ca expresie a unui drum initiatic. Copii, fara a constientiza, refac, generatie dupa generatie, drumul eroului mitologic care, inainte de a intra in randul oamenilor maturi, este supus unui numar de incercari care-i verifica vitejia, intelepciunea, forta fizica, taria de caracter.

Putandu-se identifica in plan imaginar cu eroul basmului, copilul ramane in universul sau infantil si, in acelasi timp, se vede in lumina basmului ca si cum ar fi crescut si ar fi invingator.

Structura basmului nu numai ca o preia pe cea a ritualurilor de initiere, ci, intr-un fel, repeta structura experientelor infantile care este o succesiune de misiuni si dueluri, de incercari grele si deziluzii. Astfel, el isi propulseaza treptat universul cu aliati puternici si dusmani diabolici.

Alt aspect este cel al rezolvarii problemelor copilului, educarea manierelor de a face fata crizelor sau situatiilor stresante. Prin intermediul basmelor se stimuleaza intelegerea de sine si a celorlalti, stabilind relatii reciproce semnificative.

Basmul stimuleaza decentrarea copilului, creandu-i jocul de perspectiva, care-l face sa se puna in locul altuia si sa regaseasca in altul ceva din el insusi. Basmul actioneaza nu doar la nivelul constientului si al inconstientului personal, ci si la nivelul inconstientului colectiv. C.G. Jung a explicat aceasta

influenta prin functia terapeutica a simbolurilor arhetipale care au rolul de a directiona energia arhetipurilor din inconsiient in constient.

Cu cat este lasat mai liber copilul sa-si imagineze, cu atat ii va fi mai incurajata creativitatea, cu atat va fi el mai receptiv la sensul ascuns al simbolurilor arhetipale, in stare sa sesizeze atat latura pozitiva, cat si cea negativa a arhetipurilor.

Tehnica de lucru cu basmul prezentata poate fi utilizata in mai multe moduri:

1. Ca mijloc de diagnosticare a personalitatii si vietii socioemotionale a copiilor, a tipurilor de relatii parinti-copii, copii-educatoare, jucand rolul unei tehnici proiective;
2. Ca mijloc de stimulare a creativitatii (demonstrat statistic), creativitatea fiind un garant al sanatatii psihice;
3. Ca tehnica psihoterapeutica ce se poate inscrie in randul celorlalte tipuri de terapie prin metafora la copii.

Personajele si obiectele miraculoase din basm, privite ca metafore, au doua niveluri de intelegere: a) la nivel constient sunt prieteni care ajuta copiii sa depaseasca situatia grea in care se afla; b) la nivel inconsiient ele functioneaza ca resurse si puteri interioare alese de copii sa le vina in ajutor.

Metafora terapeutica

Povestile metaforice. Un element pe care atat metafora literara, cat si metafora terapeutica il au in comun este corespondenta "Noi trebuie sa fim capabili sa experimentam o sincronie imediata intre metafora si referentul sau".

In timp ce descrierea este functia principala a metaforei literare, tintele metaforei terapeutice trebuie sa evoce atat familiaritatea imagistica a metaforei literare, cat si familiaritatea rationala bazata pe o intelegere a experientei personale. Povestea, personajele, evenimentele, locurile trebuie sa vorbeasca despre viata obisnuita a celor ce o asculta si ea trebuie sa aiba un limbaj care sa fie familiar.

Pentru a functiona terapeutic este necesar sa se creeze ceea ce Rossi numea "portiune de realitate fenomenologica", in care lumea creata prin metafora terapeutica este experimentata de catre copil. Aceasta creeaza trei cai de relationare empatica intre copil, terapeut si poveste, care ii da posibilitatea copilului sa se identifice cu personajele si evenimentele descrise. Acesta este sentimentul idendificarii care constine puterea transformatoare a metaforei.

Copilul trebuie sa creeze o punte de conectare personala intre sine si evenimentele din poveste. In metafora terapeutica, aceasta este facilitata prin reprezentarea problemei copilului suficient de exact, astfel incat el sa nu se simta singur si suficient de indirect ca sa se simta stanjenit, rusinat sau rezistent. O data cu idendificarea stabilita intre copil si poveste, sentimentul de izolare a copilului din jurul problemei sale (nimeni nu are problema mea) este inlocuit de sentimentul impartirii experientei (ei au o problema ca a mea). Totusi, conectarea dintre problema metaforica si problema copilului ramene insuficient constientizata, aceasta reprezentand finetea metaforei terapeutice.

Basmele sunt un exemplu excelent despre cum metafora poate fi utilizata atat literar, cat si terapeutic. Intr-un mod sau altul multe basme clasice:

1. stabilesc o tema globala a conflictului metaforic in relatie cu protagonistul;
2. personifica procese inconstiente in forma eroilor sau salvatorilor (reprezentand abilitatile si resursele protagonistului) si ticalosii sau obstructionari (reprezentand fricile si credintele negative ale protagonistului);
3. personifica situatiile de invatare paralele, in care protagonistul este victorios;
4. prezinta o criza metaforica in interiorul unui context de rezolvare inevitabila, in care protagonistul isi invinge sau isi rezolva problemele;
5. dezvolta un sentiment al identificarii cu protagonistul ca rezultat al victorioaselor sale "calatorii eroice";
6. culmineaza cu o sarbatoare in care este recunoscuta vitejia protagonistului.

Metaforele terapeutice pot fi create prin diverse strategii : prelund teme din povestile populare sau cele S.F., folosind povesti originale cu motive din basme si povesti originale bazate pe propria imaginatie a copilului si pe cea a terapeutului.

O alta sursa bogata de creare a metaforelor este experienta din viata reala. Terapeutul solicita si utilizeaza experiente pozitive ale copilului: hobby-urile sale, filmele, personajele din desenele animate, tovarasii de joaca, animalele, evenimentele, amintirile care au avut un efect benefic. Aceste asociatii placute pot folosi ca "bilet de intrare" in lumea resurselor interne ale copilului. De asemenea, ele ajuta la formarea "structurii-cadru" a metaforei, utilizand scene, activitati si evenimente familiare copilului.

Metafora artistica. Utilizeaza strategii de desenare, jocuri din carton create de catre copil, dand o alta dimensiune experientei terapeutice. Utilizand obiectele in spatiu, metafora artistica este atat multisenzoriala, cat si tridimensionala. Aceasta ajuta mesajul terapeutic sa se exprime in termeni tangibili, fizici.

Metafora "Cum sa faci fata mai bine suferintei" ii ajuta pe copii sa faca fata durerii fizice si presupune trei pasi simpli in care copilul este pus sa deseneze:

1. cum apare durerea chiar acum;
2. cum apare starea de bine (lipsa durerii);
3. cine poate ajuta primul desen sa se transforme in al doilea.

Aceste desene servesc mai multor scopuri:

- il pot ajuta pe copil sa se disocieze de durere prin transformarea ei intr-o imagine pe hartie. Rolul incercarii de a aduce o imagine vizuala durerii activeaza "nivelul secund al constiintei" care-l ajuta pe copil sa se deconecteze de la simtul durerii;
- redarea durerii intr-o imagine tangibila da copilului un sens al cunoasterii care este in relatie cu sensul miscarii de la necunoscut la cunoscut. Acesta este un pas important in a ajuta copilul sa castige un simt al controlului durerii;
- ajuta sa se manifeste sistemul senzorial care este nefolosit de catre copil. Copilul bolnav este blocat pe un dureros canal kinestezic. Taota atentia copilului este in mod obisnuit centrata pe sentimentul de a fi bolnav. Desenarea modului cum arata durerea ajuta sa se activeze alte parti ale creierului care difuzeaza atentia si surnizeaza o bogatie de resurse pretioase;

- sugerarea ca exista "mai bine" prin cererea terapeutului catre copil de a desena o stare de "mai bine". Cand copilul intelege si incepe sa deseneze, actiunea sa semnifica ca "mai bine" este de asemenea o realitate potentiala. Incepe acum sa construiasca un "pod" metaforic de la disconfort la confort, utilizand propriul sau "medic inconstient". Acest pod este produs in interiorul celui de-al doilea desen si apoi devine real si concret in cel de-al treilea, care descrie in mod simbolic abilitatile si resursele copilului pentru a-l actualiza.

Metafora "terapia prin desen animat", exemplu in cazul unui copil cu cosmaruri:

1. "Deseneaza cum arata cosmarul tau!"
2. "Deseneaza ce personaj din desene animate te-ar putea face sa te simti mai in siguranta!"
3. "Cum poate arata starea ta de mai bine?"

Marionetele

In terapie ele pot fi utilizate in diferite moduri: in exercitii conduse de terapeut, spontan in timpul terapiei sau in teatrul de marionete. Iata cateva exemple:

I se cere copilului sa aleaga marioneta si sa fie vocea marionetei: "Spune de ce ai fost aleasa". Apoi copilul vorbeste prin intermediul marionetei despre sine.

In timp ce restul grupului priveste, copilul si terapeutul sau doi copii aleg cate o marioneta si acestea comunica nonverbal una cu alta.

Un copil alege doua marionete si ele interactioneaza nonverbal, apoi verbal, in timp ce restul grupului priveste.

Se constata ca copiii se exprima mult mai usor prin intermediul marionetei si chiar comunica mai usor cu marioneta aleasa de terapeut, decat cu terapeutul insusi (mai ales la copiii mici).

In teatrul de marionete, copiii povestesc cu ajutorul acestora o tema aleasa de terapeut sau de ei, bazata pe o situatie problematica din viata lor.

Se folosesc o varietate de marionete: un barbat, o femeie, un cuplu de fete, un cuplu de baieti, un diavol, o vrajitoare, un crocodil, un tigru, un bebelus, un rege, un caine si multe animale si papusi. Poate fi de ajutor adaugarea unei papusi-doctor, a unui lup, a unor figuri de bunici, a unui politist, a unui sarpe.

Terapia prin joc (Ludoterapia)

Jocul continua sa fie una dintre caile principale de lucru cu copiii in terapie. El ajuta la realizarea raportului necesar dintre terapeut si copil si poate si un bun instrument diagnostic.

Se pot observa la copil cand se joaca multe lucruri despre maturitatea, inteligenta, imaginatia si creativitatea sa, organizarea cognitiva, orientarea in realitate, volumul atentiei, abilitatile de rezolvare a problemelor, modurile de a intra in contact si asa mai departe.

Copilul poate de asemenea sa se joace evitand sa-si exprime sentimentele si gandurile. Psihanalista M. Klein priveste jocul ca un tip de reprezentare simbolica a fanteziei inconstientului si-l interpreteaza ca

atare. Waelder declara ca jocul aduce copilului oportunitatea de a asimila treptate ceea ce in viata reala ar putea fi dificil sa integreze; iar Erickson numeste jocul "calea regala de intelegere a eforturilor ego-ului infantil la sinteza".

Se considera chiar ca jocul este forma copilului de auto-terapie, prin care lucreaza adesea asupra confuziilor, anxietatilor si conflictelor sale.

In terapie, jocul se poate realiza in acelasi mod cum se utilizeaza o poveste, un desen, o scena din jocul cu nisip, un spectacol cu marionete sau un joc dramatic improvizat.

"Observ procesul copilului. Cum se joaca el, cum se apropie de materiale, pe care le alege, pe care le respinge? Care este stilul sau general de joaca? Este organizat sau dezorganizat? Care este patternul sau de joc?"

Observ continutul jocului in sine. Se joaca el dupa numite teme? Agresiune? Ingrijorare? Exista o seama de accidente de masini, de avioa?

Observ modurile de contact ale copilului. Realizeaza el un bun contact cu sine si cu jocul cand se joaca? Realizeaza contact intre obiecte? Intra oamenii, animalele, masinile in contact unele cu altele? Se privesc, vorbesc unele cu altele?"

Terapeutul poate directiona constientizarea copilului asupra procesului jocului si contactului din joc. Ii poate spune: "Pari sa fi cam lent"; "Nu te-am observat niciodata sa le atingi"; "Acest avion este singur". Daca patternul se repeta in timpul jocului, terapeutul poate directiona intrebarile catre viata copilului. Il poate intreba: "Iti plac lucrurile ordonate acasa?"; "iti murdareste cineva camera?". I se poate cere copilului sa se opreasca in orice moment al jocului si sa-l repete, sa accentueze sau sa exagereze actiunea sa. Sau i se poate cere sa se identifice cu orice om, animal, obiect si apoi se aduce situatia inapoi la copil si la viata sa. "Te-ai simtit vreodata ca aceasta maimuta?"; "Te-ai simtit vreodata ingramadit?", "Te-ai aflat vreodata intr-o lupta cu acesti doi soldati?".

Drama-terapia

Drama-terapia este o forma de psihoterapie a copilului in care spontaneitatea jocului dramatic, ca si interventiile terapeutului ajuta copilul sa se exprime, sa inteleaga si sa lucreze asupra conflictelor sale, sa produca insight-ul si schimbarea.

R. Gardner, creatorul "tehnicii povestirii mutuale", a observat cum, in timpul povestirii, copiii doreau in mod spontan sa gesticuleze, sa intoneze, sa joace anumite roluri si cum, intr-adevar, dramatizarea sporeste eficacitatea tehnicii. El crede ca terapeutul insusi trebuie sa aiba libertatea de a se rostogoli pe podea, de a imita diferite animale etc., trebuie sa poata juca mai multe roluri in acelasi timp si sa aiba capacitatea de a fi simultan actor, regizor, scenarist si coregraf.

Dramatizarea imbogateste comunicarea terapeutica si poate servi la antrenarea copilului in tratament.

In dramele creative, copiii pot dezvolta o constiinta totala a sinului si a corpului (prin miscari corporale si expresie faciala, simturi, imaginatie, intelect).

Se considera ca pantomima simplelor imagini senzoriale, utilizand expresiile vocale si miscarile corpului in afara cuvintelor, intensifica constientizarea senzoriala.

Jocul de rol direct si inversarea rolurilor sunt tehnici dramatice ce pot fi utilizate in terapia copilului.

In prima situatie, copilul se joaca pe sine (isi joaca propriul rol) fata de o alta persoana care joaca un alt rol.

In a doua situatie, eroul dramei joaca rolul celui care i se opune in viata reala. Astfel, se produce rapid si eficient constientizarea, copilul se vede pe sine cu ochii altora si invata sa se puna pe sine in situatia altuia.

In gestalt-terapie este prezenta "tehnica scaunului gol". Pe scaunul gol pot fi puse diferite persoane din viata copilului, "parti" din personalitatea lui sau simboluri ale altcuiva. Tehnica scaunului gol este un ajutor in clarificarea unei sciziuni si polaritati din personalitate, o clarificare esentiala in procesul de centrare.

In gestalt-terapie, scopul este de a-l ajuta pe copil sa invete despre el si despre viata proprie prin intermediul viselor sale. Copilul poate juca diferite parti din vis, poate angaja un dialog sau poate descrie cadrul visului. Terapeutul trebuie sa fie atent la respiratia, postura, expresia faciala, gesturile si inflexiunile vocii copilului. Insa el nu trebuie sa analizeze si sa interpreteze visul. Numai copilul singur poate deveni constient de ceea ce visul incearca sa-i comunice.

Tehnici de miscare si dans

Daca copiii devin deconectati de la corpurile lor, ei isi pierd simtul de sine si nu au acces la o mare parte din senzatiile fizice si la emotiile lor. In terapie, miscarile corporale servesc unor scopuri variate: eliberarea de energie si tensiune, deblocarea emotionala, dezvoltarea sensibilitatii catre sine si catre ceilalti, cresterea constientizarii corporale, dezvoltarea spontaneitatii.

Copiii cu insecuritate, anxiosi, au blocaje la nivel corporal si o respiratie superficiala. In cazul lor, exercitiile de miscare se imbina cu cele de respiratorii prin care sunt invatati sa respire profund, amplu.

Copiii cu hiperactivitate nu au un sentiment de control al corpului lor. De aceea, exercitiile de miscare corporala sunt foarte importante in cazul lor.

Exemple de exercitii de miscare:

1. Folosindu-ne de diferite tipuri de muzica, ii cerem copilului sa isi miste mai intai fiecare parte a corpului si apoi corpul in ansamblu, sa realizeze un dans al lui, care sa-l reprezinte.
2. Ii sugeram copilului sa realizeze diferite tipuri de mers: sa-si imagineze ca merge pe gheata, pe nisip fierbinte, nisipuri miscatoare, prin ploaie, pe iarba plina de roua etc.
3. Copilul poate imita anumite animale: se misca precum ele, incearca sa se simta ca ele.
4. Uneori, putem sa-i cerem copilului sa exagereze o anumita miscare sau un anumit gest si il intrebam ce miscare particulara ii aminteste de ceva sau ce-l face aceasta sa simta. Astfel, poate asocia respectivei miscari situatii din viata sa.
5. Stiut fiind faptul ca fiecare emotie are un contrapunct fizic, sunt utile exercitiile prin care ii cerem copilului sa exprime corporal diferite emotii.

Se poate utiliza urmatoarea metoda:

"I se cere copilului sa inventeze o poveste in care, de exemplu, i se intampla ceva unui copil, si acesta devine apoi foarte manios. Ii sugeram sa fie el acest copil din poveste, sa se miste prin camera pentru a-si exprima sentimentul de manie si sa realizeze un dans al maniei".

6. Jocul statuiilor poate fi utilizat cu succes intr-un grup de copii astfel:
 - a) un copil "ingheata" intr-o statuie, iar un altul ghiceste ce vrea sa exprime statuia;
 - b) copiii se misca pe muzica, si cand muzica se opreste, "ingheata" intr-o statuie si spun ce emotie exprima statuile lor.

Gestalt-terapia la copii

Integrarea polaritatilor prin metafora si miscare corporala

Un copil este foarte ingrijorat atat de distorsiunile din el, cat si de distorsiunile celorlalti adulti pe care ii cunoaste. Orice copil este derutat atunci cand simte ura, rautate fata de persoana pe care, de fapt, o iubeste. El este uimit atunci cand o persoana pe care o considera curajoasa, puternica si protectoare se simte in anumite contexte situationale slaba si neajutorata.

De asemenea, copilul incepe sa-si puna intrebari, incepe sa aiba probleme in a-si accepta anumite parti ale sinelui, care nu-i plac sau pe care parintii si uneori profesorii le critica. De exemplu, daca parintii il acuza de hedonism, in momentul in care prefera sa se joace in loc sa-i ajute la activitati (gospodaresti, de pilda), copilul se va intreba daca nu cumva este egoist sau lenes. El va incerca sa "fuga" de aceste parti largind prapastia dintre eurile polare. Acesta este "drumul" catre alienarea de sine.

O dezvoltare dinamica si sanatoasa a vietii presupune integrarea, reconcilierea, sinteza partilor opuse, pozitive si negative, ale unei persoane.

In gestalt-terapia copilului este bine ca si copilul sa inteleaga rolul si caracterul inerent al polaritatilor in personalitate. Partile opuse pot fi reliefate in sentimentele pe care copiii le cunosc: dragoste/ura, tristete/bucurie etc. Exista de altfel numeroase tehnici care se centreaza pe aceste polaritati.

Desenul. I se cere copilului sa deseneze anumite obiecte care bucurie si altele care produc tristete sau sa deseneze starea sa atunci cand este relaxat si apoi atunci cand se simte incordat, tensionat. Copiilor mai mari li se poate sugera sa schiteze eul, sinele, atunci cand se simt slabi sau cand se simt puternici.

Modelajul. Copilul poate modela din plastilina sau din lut starea lui asa cum o vede el din interior, iar apoi asa cum crede ca apare in fata celorlalti; aceasta este o metoda adecvata pentru a descoperi discrepanta dintre cele doua imagini, cea a sinelui interior si cea a sinelui exterior.

Tema "stil scoala". Un astfel de exercitiu implica repetarea intrebarii "Cine sunt?" si notarea fiecarui raspuns asa cum apare el.

Metafora. Este una dintre caile de imersie in inconstient, de destructurare si restructurare profunda a personalitatii, de deblocare si activare a resurselor interioare. Formele sub care se utilizeaza metafora in psihoterapie sunt: afirmatiile cu caracter metaforic facute de pacient, povestirile cu caracter metaforic, productiile imaginative, metaforice si actiunile sau ritualurile metaforice.

In cazul copiilor, cea mai profitabila metoda este combinarea aceste tehnici valoroase cu alte tehnici psihoterapeutice. Totusi, avand in vedere caracteristicile gandirii copilului (magica, animista, predominant metaforica), este bine sa se puna accentul pe metafora.

Miscarea corporala. Miscarea este considerata a fi unul din simturile noastre. Miscarea sau perceptia kinestezica reprezinta o senzatie de atingere internalizata, este ceea ce simtim atunci cand muschii, tendoanele, si articulatiile functioneaza.

In ceea ce-l priveste pe copil este evident ca isi foloseste in totalitate corpul, acesta pare sa dispuna de o energie nelimitata si de posibilitati motrice multiple, de aceea executa toate activitatile corporale cu mai mare preocupare si cu mai viu interes.

Este posibil ca la un moment dat, in copilarie sa se intample ceva care sa blocheze acest proces. Deconectarea de corpul lui il ca face pe copil sa piarda sensul sinelui, ca si puterea lui fizica si morala. De aceea, acesti copii trebuie ajutati sa-si redobandeasca corpul, sa-l cunoasca, sa se simta bine cu el, sa invete sa-l foloseasca.

Respiratia este un aspect foarte important al constientizarii corpului. Teama, frica, emotia determina o respiratie superficiala. Spre deosebire de aceasta, respiratia adanca are efecte pozitive asupra prartilor corpului.

Fiecare emotie se asociaza cu o miscare corporala. Astfel se explica relatia dintre afectivitate si motricitate. De multe ori ne abtinem in a ne manifesta natural, iar daca aceasta "tinere in chingi" se repeta, in timp vor aparea tulburari emotionale.

Exista multe modalitati prin care un copil poate fi convins sa-si exprime trairile emotionale. Un exemplu este realizarea unei povestioare in care unui copil i se intampla ceva rau, care-l enerveaza foarte tare, dupa care i se zice copilului: "Fi tu acel copil, arata-mi cum esti tu suparat, inventeaza un dans nervos!"

Constientizarea, intelegerea si acceptarea partilor sinelui permit o intarire a sinelui si o mai mare autodeterminare.

Specificul relatiei terapeutice in psihoterapia copilului

