

TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ PENTRU ADOLESCENȚII CONSUMATORI DE DROGURI

MANUAL DE TERAPIE PENTRU DEPENDENȚA DE DROGURI

TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ PENTRU ADOLESCENȚII CONSUMATORI DE DROGURI

Agenția Națională Antidrog, București, 2007

TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ PENTRU ADOLESCENȚII CONSUMATORI DE DROGURI

Autorii:

Dr. José Szapocznik,

Asistent social Olga Hervis,

Dr. Seth Schwartz

Centrul pentru Studii de Familie

Departamentul de Psihiatrie și Științe Comportamentale

Universitatea Miami Școala de Medicină.

Departamentul de Sănătate și Servicii Umane al Statelor Unite

Institutul Național de Sănătate

Institutul Național privind Abuzul de Droguri

6001 Executive Boulevard

Bethesda, Maryland 20892

Traducerea și adaptarea: drd. psiholog Doina NIȚĂ

Agenția Națională Antidrog, București, 2007

Editura Detectiv, București, 2007

ISBN: 978-973-1857-37-4

MULȚUMIRI

Acest manual de terapie a fost scris de dr. Jose Szapocznik, asistent social Olga Hervis și dr. Seth Schwartz, de la Centrul pentru Studii de Familie, Departamentul de Psihiatrie și Științe Comportamentale, al Universității din Miami, pe baza contractului cu Institutul Național privind Abuzul de Droguri (NIDA). Metoda terapeutică descrisă în acest manual a fost aplicată de-a lungul câtorva decenii de către o echipă de cercetători și medici. Printre cei implicați în întocmirea acestui manual menționăm pe: Mercedes Scopetta, fondatorul Centrului pentru Studiul Familiei al Universității din Miami; Daniel Santisteban - un pionier în ceea ce privește terapia de familie care respectă realitățile culturale ale familiilor hispanice; Michael Robbins, care coordonează cercetările Centrului referitoare la desfășurarea ședințelor terapeutice și realizarea raportărilor privind rezultatele terapiei; Angel Perez – Vidal - consilierul principal în multe studii privind Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată (TSFSD) și Victoria Mitrani, care a studiat intens modelele de funcționare a familiilor care au urmat această terapie.

Institutul Național privind Abuzul de Droguri dorește să mulțumească tuturor celor care au contribuit la realizarea acestui manual, incluzând familiile participante, fără de care această cercetare nu ar fi fost posibilă.

DENUNȚARE

Opiniile exprimate aici sunt punctele de vedere ale autorilor și nu reflectă neapărat politica oficială sau poziția Institutului Național privind Abuzul de Droguri sau orice altă parte a Departamentului de Sănătate și Servicii Sociale al Statelor Unite. Guvernul Statelor Unite nu sprijină sau favorizează comercializarea acestui material.

NOTIFICAREA DOMENIULUI PUBLIC

Întregul material care apare în acest raport este în domeniul public și poate fi reprodus fără permisiunea Institutului Național privind Abuzul de Droguri sau a autorilor. Citarea sursei este suficientă.

NIH Pub. Nr. 03 – 4751, tipărit în august 2003

PREFAȚĂ

Lucrarea „Terapia strategică de familie de scurtă durată pentru abuzul de droguri în rândul adolescenților” reprezintă un început pentru lansarea unei serii de lucrări specifice tratamentului psihoterapeutic al adolescenților și tinerilor consumatori de substanțe ilegale.

Această categorie de consumatori, în România, reprezintă un segment foarte important, având în vedere implicațiile sociale majore (abandonul școlar) dar, în același timp, ei fiind neglijați și de familie care nu le acordă atenția cuvenită .

Traducerea acestei lucrări este un prim moment important pentru toți terapeuții care doresc, dar mai ales înțeleg, necesitatea implicării familiei în lungul proces de recuperare.

Lucrarea abordează conceptele de bază ale terapiei strategice de familie, acestea fiind bine explicate, pentru a putea fi înțelese și de persoane care nu au o formare în terapia de familie.

Un capitol valoros este cel în care se face diagnosticarea problemelor din sistemul familial, capitol în care sunt abordate teme importante cum sunt: etapele de dezvoltare ale familiei, contextul social al vieții de familie, rezolvarea conflictului și nu în ultimul rând rezonanța afectivă.

Consider că este important să putem beneficia de acele lucrări în care se prezintă în mod structurat metodele care s-au dovedit eficiente pe parcursul timpului, pentru a putea fi aplicate și de profesioniștii din serviciile noastre axate pe patologia tinerilor consumatori de substanțe ilicite.

Lector univ dr. Sanda Luminița Mihai

Universitatea București

CUVÂNT ÎNAINTE

Peste 20 de ani de cercetare în domeniu au arătat că dependența de droguri poate fi tratată cu succes. Metoda terapeutică descrisă în acest manual a fost eficientă în reducerea consumului de droguri și în prevenirea infectării cu HIV asociată dependenței, reducând costurile serviciilor de sănătate și a celor sociale și diminuând comportamentul infracțional. Institutul Național privind Abuzul de Droguri, care sprijină mai mult de 85% din cercetările mondiale asupra consumului de droguri, a descoperit că abordările comportamentale pot fi foarte eficiente în tratarea dependenței de cocaină.

Pentru a se asigura că specialiștii în domeniul adicțiilor aplică pacienților lor cele mai noi abordări, fundamentate științific, NIDA a sprijinit întocmirea seriei „*Manuale de terapie pentru dependența de droguri*”. Această serie de manuale reflectă angajamentul NIDA de a implementa rapid descoperirile științifice importante în cadrul vieții reale. Manualele derivă din cele folosite cu eficiență în studiile terapiei consumului de droguri sprijinit de NIDA și se recomandă a fi folosite de consilierii specializați în adicții, de profesioniștii din domeniul sănătății mintale și de toți cei interesați de terapia consumului de droguri.

Manualele prezintă tehnici utile consilierilor din domeniul adicțiilor, pentru a oferi pacienților cea mai bună îngrijire. Acestea descriu terapii fundamentate științific, folosite în dependența de droguri, oferind îndrumare cu privire la conținutul sesiunii și a tehnicii specifice aplicate. Desigur, aceste manuale nu sunt un substitut pentru formare și supervizare, metodele terapeutice descrise în manuale nefiind valabile pentru toate tipurile de pacienți și nici nu sunt compatibile cu toate programele clinice sau abordările terapeutice. Aceste manuale conțin tehnici suplimentare utilizate în terapia comportamentului adictiv și nu înlocuiesc în totalitate formularea corespunzătoare a cazului, monitorizarea permanentă a stării clinice și a evaluării clinice a pacientului.

Terapiile prezentate în această serie exemplifică metodele cele mai eficiente dintre cele utilizate în prezent cu privire la tratarea dependenței de droguri. În timp ce cunoștințele noastre evoluează, apar terapii noi și îmbunătățite, iar rolul acestor manuale este de a vă aduce în atenție ultimele descoperiri științifice. Primim cu bucurie feedback-ul vostru cu privire la utilitatea acestei serii de manuale, precum și orice idee pe care o aveți în legătură cu îmbunătățirea sa.

Dr. Nora D. Volkow

Director

Institutul Național privind Abuzul Droguri

CUPRINS

CAPITOLUL 1	7
INTRODUCERE ÎN TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	7
1.1. PUNCTE FORTE ALE TERAPIEI STRATEGICE DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	9
1.2. OBIECTIVELE TERAPIEI STRATEGICE DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	9
1.3. PROBLEME FRECVENTE CU CARE SE CONFRUNTĂ FAMILIA UNUI ADOLESCENT CONSUMATOR DE DROGURI.....	10
1.4. CE NU ABORDEAZĂ TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	11
1.5. CE ABORDEAZĂ ACEST MANUAL.....	12
CAPITOLUL 2	13
CONCEPTE DE BAZĂ ALE TERAPIEI STRATEGICE DE	13
FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	13
2.1. CONTEXTUL.....	13
2.2. SISTEMELE.....	15
2.3. STRUCTURA.....	17
2.4. STRATEGIA.....	18
2.5. CONȚINUT VERSUS PROCES.....	19
CAPITOLUL 3	21
DIAGNOSTICAREA PROBLEMELOR DIN SISTEMUL FAMILIAL.....	21
3.1 ORGANIZAREA.....	21
3.1.1. CONDUCEREA.....	21
3.1.2. ORGANIZAREA SUBSISTEMULUI.....	22
3.2. REZONANȚA AFECTIVĂ.....	23
3.3 ETAPELE DE DEZVOLTARE ALE FAMILIEI.....	25
3.4. CONTEXTUL SOCIAL AL VIEȚII DE FAMILIE.....	27
3.5. PACIENTUL IDENTIFICAT.....	28
3.6. REZOLVAREA CONFLICTULUI.....	28
4.1 STABILIREA RELAȚIEI TERAPEUTICE.....	31
5.1. PROBLEMA.....	48
5.2. SARCINA DE A VENI LA TERAPIE.....	50
5.3. DIAGNOSTICAREA INTERACȚIUNILOR CARE ÎMPIEDICĂ FAMILIA SĂ VINĂ LA TERAPIE.....	52
5.4. COMPLEMENTARITATEA.....	53
5.5. RESTRUCTURAREA REZISTENȚEI.....	53
CAPITOLUL 6	58
CERCETAREA CLINICĂ –	58
SUPPORT PENTRU TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	58

6.1. TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ VERSUS CONSILIEREA DE GRUP A ADOLESCENTULUI.....	59
6.2. TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ CU O SINGURĂ PERSOANĂ.....	61
6.3. IMPLICAREA ÎN TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ.....	62
SELECTAREA CONSILIERILOR.....	71
FORMAREA CONSILIERILOR.....	73
SUPERVIZAREA CONSILIERILOR.....	74
STUDII DE CAZ.....	76
CAZUL 1: FAMILIA GUERRERO.....	76
CAZUL II: FAMILIA HERNANDEZ.....	81

CAPITOLUL 1

INTRODUCERE ÎN TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată (TSFSD) este o intervenție folosită în tratamentul dependenței de droguri a adolescenților precum și pentru a trata și celelalte probleme de comportament ale acestora, cum ar fi: relații defectuoase cu familia, probleme la școală, comportament sfidător, delincvență, asocierea cu grupuri antisociale, comportament agresiv și violent, comportament sexual riscant (Jessor and Jessor 1977; Newcomb and Bentler 1989; Perrino et. al. 2000).

Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată are **trei principii de bază**:

1. TSFSD este o abordare a sistemelor familiale, adică membrii familiei sunt interdependenți și ceea ce afectează un membru al familiei îi afectează pe toți membrii familiei (tot sistemul familial). Conform teoriei sistemice, adolescentul care consumă droguri este purtătorul de simptom al familiei sale, exprimat prin consum de droguri sau alte probleme de comportament. Aceste simptome indică, cel puțin în parte, că se mai întâmplă și altceva în sistemul familial (Szapocznik și Kurtines 1989). Pe de altă parte, cercetările arată că sistemul familial este mecanismul care acționează cel mai puternic asupra evoluției copiilor și adolescenților (Szapocznik și Coatsworth 1999). Din acest motiv, în urma studiilor făcute pe familiile incluse în terapie, s-a demonstrat faptul că acest tip de intervenție a fost eficient atât în tratarea consumului de droguri la adolescenți, cât și în tratarea problemelor comportamentale adiacente (Liddle și Dakof 1995; Robbins et al. 1998; Ozechowski și Liddle 2000).

2. Modelele de interacțiune din familie influențează comportamentul fiecărui membru al familiei. Aceste modele de interacțiune sunt comportamente defectuoase ale membrilor familiei care, prin repetiție, devin comportamente obișnuite (Minuchin et al. 1967). Un astfel de exemplu este cazul unei adolescente care atrage atenția asupra ei înseși pentru a întrerupe cearta dintre mamă și bunică. În cazuri extreme, adolescenta poate lua o supradoză sau poate fi arestată

pentru a atrage atenția asupra ei atunci când atmosfera din casă este foarte încărcată (ex. mama și bunica se ceartă continuu).

Rolul consilierului este acela de a identifica modelele de interacțiune din familie, care sunt asociate cu problemele de comportament ale adolescentei. Spre exemplu, când mama și bunica se ceartă în legătură cu stabilirea regulilor și consecințelor pentru o adolescentă-problemă, ele nu ajung niciodată la un compromis deoarece adolescenta le întrerupe discuțiile prin încercări autodestructive de a atrage atenția.

3. TSFSD planifică intervenții țintite pe modelele de interacțiune și oferă metode practice pentru a le schimba. De exemplu, modul în care mama și bunica încearcă dar nu reușesc să stabilească anumite reguli și consecințe în cazul încălcării acestora. Aceste reguli sunt în mod direct legate de folosirea drogurilor de către adolescent sau de alte probleme de comportament.

1.1. PUNCTE FORTE ALE TERAPIEI STRATEGICE DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Literatura de specialitate descrie diferite abordări terapeutice pentru adolescenții dependenți de droguri, incluzând terapie comportamentală, terapie multisistemică și câteva abordări ale terapiei familiei, fiecare dintre acestea având punctele sale forte. În cazul Terapiei Strategice de Familie de Scurtă Durată, aceste puncte forte includ:

- TSFSD este o **intervenție axată pe schimbările auto-susținute în mediul familial al adolescentului**. Acest lucru înseamnă că mediul terapeutic este construit în viața de zi cu zi a familiei adolescentului.
- **Durata terapiei este de 8-24 ședințe**, în funcție de severitatea problemei.
- TSFSD a fost evaluată timp de peste 25 ani și **este considerată eficientă** în tratarea consumului de droguri în rândul adolescenților, a problemelor de comportament antisociale și a funcționării defectuoase a familiei.
- **TSFSD este o metodă standardizată**, existând programe de formare acreditate pentru consilieri.
- **TSFSD este o abordare flexibilă**, care poate fi adaptată unei liste ample de situații familiale, într-o varietate de servicii (clinici de boli mintale, programe de terapie cu privire la consumul de droguri și alte servicii sociale) și într-o varietate de moduri de terapie (de ex., ca o intervenție primară a pacientului internat în ambulatoriu, în cazul pacienților internați care iau și medicație specifică și pentru pacienții externi care continuă tratamentul la domiciliu).
- **TSFSD ține cont de diferențele și de raporturile interpersonale** existente în familii care provin din diferite grupuri etnice și culturale.

1.2. OBIECTIVELE TERAPIEI STRATEGICE DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

În TSFSD, se dorește pe cât posibil păstrarea legăturilor de familie. Deoarece acest aspect este foarte important, **trebuie stabilite două obiective**:

1. Concentrarea asupra simptomului – adică eliminarea sau reducerea consumului de droguri de către adolescent și rezolvarea problemelor de comportament asociate;

2. Concentrare asupra sistemului - prin schimbarea interacțiunilor familiei care sunt asociate cu consumul de droguri al adolescenților (de exemplu, atunci când membrii familiei își direcționează sentimentele negative către tinerii care consumă droguri). Negativitatea părinților afectează în mod direct consumul de droguri de către adolescent, iar acest fapt sporește negativitatea părinților. La nivelul sistemelor familiale, consilierul intervine pentru a schimba modul în care membrii familiei interacționează. Acest lucru va încuraja membrii familiei să-și vorbească și să se poarte astfel încât să promoveze interacțiuni familiale pozitive, care, în schimb, vor face posibil ca

adolescentul să reducă consumul de droguri și să-și amelioreze celelalte comportamente problematice.

1.3. PROBLEME FRECVENTE CU CARE SE CONFRUNTĂ FAMILIA UNUI ADOLESCENT CONSUMATOR DE DROGURI

Profilul familiei unui adolescent care consumă droguri

Organizarea, componența și dinamica familiei sunt abordate ținând cont de simptomele adolescentului și de problemele familiei. Cercetările arată că multe dintre problemele de comportament ale adolescenților au cauze comune și că familiile joacă un rol important în apariția acestor probleme, în majoritatea cazurilor (Szapocznik și Coatsworth 1999). Multe dintre problemele familiei identificate ca fiind corelate cu problemele de comportament ale adolescentului includ:

- Părinți consumatori de droguri sau care au un alt comportament antisocial;
- Părinți care se implică excesiv sau, din contră, nu se implică deloc în viața adolescentului;
- Părinți care controlează excesiv sau nu controlează deloc adolescentul;
- Comunicare scăzută între părinți și adolescenți;
- Reguli imprecise pentru adolescent și nestabilirea clară a consecințelor în cazul încălcării acestora;
- Părinți inconsecvenți în aplicarea regulilor și a pedepselor pentru comportamentul adolescentului;
- Părinți care nu monitorizează și nu controlează suficient activitățile pe care adolescentul le are cu cei de vârsta sa;
- Legături slabe între adolescent și familie;
- Coeziune slabă a familiei.

Unii adolescenți pot avea familii care s-au confruntat cu astfel de probleme, înainte ca ei să înceapă să folosească droguri (Szapocznik și Coatsworth 1999), iar alte familii este posibil să fi dezvoltat astfel de probleme, ca răspuns la comportamentul deviant al adolescentului (Santisteban et al.).

Deoarece problemele de familie sunt parte integrantă din profilul adolescenților care consumă droguri și au legătură cu începerea și menținerea consumului de către aceștia, primul pas al

terapiei este îmbunătățirea condițiilor în mediul cel mai stabil și cu cea mai mare putere de influență al tinerilor: familia.

Profilul comportamental al adolescentului care consumă droguri

Adolescenții care necesită terapie, de obicei prezintă și alte probleme de comportament, printre care:

- Absenteism școlar;
- Delincvență juvenilă;
- Anturaj dubios (asocierea cu grupuri antisociale de adolescenți);
- Probleme de comportament acasă și/sau la școală;
- Comportament violent sau agresiv;
- Comportament sfidător;
- Comportament sexual riscant.

Atitudine negativă în familie

Famiiliile adolescenților dependenți de droguri prezintă grade mari de negativitate (Robbins et al. 1998). Foarte des, această atitudine negativă afectează membrii familiei care dau vina unul pe celălalt pentru problemele adolescentului și ale familiei. Exemplele pot include un părinte care își descrie băiatul consumator de droguri cu apelativele „*nu e bun de nimic*” sau „*e un ratat*”. Părinții dau vina unul pe celălalt pentru ceea ce ei consideră ca fiind o greșeală în creșterea copilului. Spre exemplu, un părinte îl poate acuza pe celălalt de faptul că este un „*exemplu rău*”, pentru că „*nu a fost alături de copil*” sau pentru că „*nu s-a implicat*” când tânărul a avut mai multă nevoie. În schimb, adolescentul poate să vorbească fără respect și cu resentiment despre părintele acuzat de faptul că a dat un exemplu rău. Comunicarea dintre membrii familiei este încărcată de furie, amărăciune și ostilitate, iar pentru consilier aceste semne de suferință emoțională și afectivă indică faptul că încercarea de a schimba comportamentele disfuncționale trebuie să înceapă prin schimbarea tonului negativ al emoțiilor membrilor familiei și conținutul negativ al interacțiunii lor. Cercetările arată că, atunci când atitudinea negativă din familie scade de la primele ședințe, familiile au mai multe șanse să rămână în terapie (Robbins et al. 1998).

1.4. CE NU ABORDEAZĂ TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Această terapie nu a fost aplicată dependenților adulți de droguri și, din acest motiv, nu poate fi considerată o metodă terapeutică pentru dependența adulților. În schimb, dacă un părinte este depistat că consumă droguri, consilierul trebuie să evalueze dependența părintelui, iar dacă

acesta consumă droguri moderat, poate fi ajutat ca parte din terapia copilului său. În orice caz, dacă un părinte este dependent de droguri, consilierul ar trebui să-l implice în terapie. Dacă părintele nu dorește să fie tratat, consilierul trebuie să-l protejeze pe adolescent de părintele dependent de droguri. Acest lucru se face prin crearea unei așa-numite granițe care separă adolescentul și membrii familiei care nu consumă droguri de părintele/ părinții dependent/ dependenți de droguri. Acest proces se va discuta în Capitolul 4 în secțiunea „*Granițe și alianțe*”.

1.5. CE ABORDEAZĂ ACEST MANUAL

Acest manual introduce consilierii în **conceptele** care le sunt necesare pentru a înțelege familia ca un context vital, în cadrul căruia are loc consumul de droguri al adolescentului. De asemenea, descrie **strategii** pentru crearea unui raport terapeutic cu familiile, **stabilind** și **diagnosticând** modele care nu se adaptează la modelele de interacțiune ale familiei și schimbând modelele interacțiunii familiei din neadaptate în adaptate. Astfel, consilierii care adoptă tehnicile TSFSD vor fi capabili să implice și să mențină familiile în terapia dependenței de droguri și îi va determina să se comporte mai eficient.

Capitolul 2 tratează conceptele teoretice de bază ale terapiei; Capitolul 3 prezintă tehnici de diagnosticare; Capitolul 4 explică cum se realizează schimbarea; Capitolul 5 descrie în detaliu modalitățile prin care consilierul implică familiile adolescenților care consumă droguri în terapie; Capitolul 6 face rezumatul unor cercetări care sprijină folosirea TSFSD cu adolescenți.

Acest manual are și două anexe, una despre formarea consilierilor în TSFSD și o alta care prezintă două studii de caz ale autorilor. Conceptele și tehnicile discutate de Minuchin și Fishman (1981) au fost adaptate în acest manual pentru a fi aplicate în cazul adolescenților dependenți de droguri. Mai mult despre această abordare terapeutică poate fi găsit în Szapocznik și Kurtines (1989).

CAPITOLUL 2

CONCEPTE DE BAZĂ ALE TERAPIEI STRATEGICE DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Capitolul anterior a introdus filosofia Terapiei Strategice de Familie de Scurtă Durată: ajutorarea și menținerea unității familiei, acolo unde este posibil. În continuare, acest manual se concentrează mai direct pe TSFSD ca o strategie pentru tratarea consumului de droguri al adolescenților și a problemelor de comportament asociate. Acest capitol prezintă cele cinci concepte teoretice de bază ale acestei abordări:

1. Contextul
2. Sistemele
3. Structura
4. Strategia
5. Conținut versus proces

2.1. CONTEXTUL

Influențele sociale pe care le suportă un individ au un impact important asupra comportamentului său. Astfel de influențe sunt deosebit de puternice pe perioada anilor critici ai copilăriei și adolescenței. Din acest motiv, consilierul nu va fi capabil să înțeleagă comportamentul adolescentului dependent de droguri, fără să înțeleagă ce se întâmplă în contextul social și familial în care acesta trăiește. Comportamentul de dependență de droguri nu se formează de la sine; el există în mediul care include familia, prietenii, vecinii și culturile care definesc regulile, valorile și comportamentul adolescentului.

Contextul familial

Contextul, așa cum a fost definit de Urie Bronfenbrenner (1977, 1979, 1986, 1988), include un număr de contexte sociale. Cele mai apropiate sunt cele care includ tinerii, cum ar fi familia, prietenii și vecinii. Bronfenbrenner a recunoscut influența majoră pe care familia o are și a sugerat că familia este contextul primar în care copilul învață și se dezvoltă, cercetările recente subliniind de asemenea importanța contextului familial pentru socializarea copiilor și adolescenților (pentru recenzii, vedeți Perrino et al. 2000; Szapocznik și Coatsworth 1999).

Anturajul

Cercetările au demonstrat influențele pe care atitudinea, normele și comportamentele prietenilor le au asupra adolescenților dependenți de droguri (Brook et al. 1999; Newcomb și Bentler 1989; Scheier și Newcomb 1991). În plus, acești adolescenți își introduc adesea prietenii în lumea lor, oferindu-le droguri (Bush et al. 1994). În fața acestor puternice influențe ale prietenilor, se considera că părinții nu pot face mare lucru pentru a-și ajuta copiii.

Totuși, cercetările recente demonstrează că, chiar și în prezența prietenilor dependenți de droguri (Steinberg et. al. 1994) sau delincvenți (Mason et al., 1994), părinții pot exercita o influență considerabilă asupra adolescenților. Cele mai multe dintre problemele critice de familie (implicare, control, comunicare, reguli și consecințe, monitorizare și supervizare, legături, coeziune familială și atitudinea negativă a familiei) scad influența pe care părinții o au și cresc influența negativă a prietenilor asupra folosirii drogurilor de către adolescent.

Contextul vecinătății

Interacțiunile dintre familie și contextul de viață, sunt de asemenea importante. O familie funcționează în cadrul unui context al zonei, membrii familiei trăiesc într-o vecinătate particulară, iar copiii din familie sunt elevi la o anumită școală. Spre exemplu, pentru a controla eficient problemele de comportament ale unui tânăr de 15 ani într-o anumită zonă, familia trebuie să lupte împotriva disponibilității mari a drogurilor, a infracționalității și a izolării sociale. În contrast, un oraș mic dintr-o comunitate semi-rurală, poate avea o rețea comunitară care include părinți, profesori, bunici și lideri civici, adică toți cei care colaborează la creșterea copiilor orașului. Astfel, contextul vecinătății poate introduce provocări adiționale originilor sau resurselor care trebuie luate în considerare atunci când se lucrează cu familiile.

Contextul cultural

Bronfenbrenner a sugerat de asemenea că familiile, prietenii și vecinătățile există într-un context cultural amplu, care influențează familia și pe membrii săi. Cercetarea vastă despre cultură și familie a demonstrat faptul că familia și copiii sunt influențați de contextul lor cultural (Santisteban et al. 2003; Szapocznik și Kurtines 1993). Mare parte din munca cercetătorilor a examinat modul în care valorile și comportamentele familiilor minorităților au un impact asupra raportului dintre părinți și copii și afectează implicarea adolescenților în consumul de droguri și problemele sale asociate (Santisteban et al. 2003; Szapocznik și Kurtines 1980,1993; Szapocznik et al. 1978).

Contextul terapeutic

Însăși terapia este un context care este asociat cu un set de reguli, speranțe și experiențe. Nivelul de cultură al clientului, a familiei, a consilierului, a instituției sau ONG-ului implicat, poate afecta natura terapiei, așa cum sentimentele clientului pot afecta receptivitatea „sistemului” la nevoile sale.

2.2 SISTEMELE

Sistemele sunt un caz special de context. Un sistem este format din părțile interdependente și interconectate. Familiile sunt sisteme formate din indivizi (*părți*) care sunt receptive (*interconectate*) la comportamentele fiecăruia.

Un organism întreg

Sistemele implică faptul că familia trebuie văzută ca un organism întreg. Cu alte cuvinte, este mai mult decât simpla sumă a indivizilor sau a grupurilor pe care le cuprinde. De-a lungul multor ani de conviețuire, membrii familiei își dezvoltă modele de comportament obișnuite după ce le-au repetat de mii de ori. Astfel, fiecare membru s-a obișnuit să acționeze, să reacționeze și să răspundă într-un mod specific în cadrul familiei. Acțiunile fiecărui membru provoacă o anumită reacție unui alt membru al familiei iar și iar de-a lungul timpului. Aceste secvențe repetitive dau familiei forma și stilul său.

Modelele care se dezvoltă în familie conturează de fapt comportamente și stiluri ale fiecăruia dintre membrii săi. Fiecare membru s-a obișnuit să se comporte în anumite feluri în familie. În esență, pe măsură ce unul dintre membri dezvoltă anumite comportamente, cum ar fi stilul responsabil, de preluare a controlului, acesta conturează comportamentele altor membri ai familiei. Spre exemplu, membrii familiei pot permite membrului responsabil să se ocupe de gestionarea banilor. În același timp, restul membrilor familiei pot să devină mai puțin responsabili. În acest fel, membrii familiei mai mult se completează decât concurează între ei. Aceste comportamente au apărut de atâtea ori, de obicei fără să ne fi gândit la ele, și au modelat membrii familiei astfel încât să se potrivească ca piesele unui puzzle – o potrivire perfectă, previzibilă.

Influențele sistemului familial

Influențele familiei pot fi denumite ca o „*forță invizibilă*”. Comportamentul membrilor familiei poate varia considerabil. Pot acționa foarte diferit atunci când sunt cu alți membri ai familiei decât atunci când sunt cu persoane din afara familiei. Forțele invizibile sau influențele sistemului familial care guvernează comportamentele membrilor familiei, acționează de fiecare dată când familia este împreună. Aceste „*forțe*” includ speranțe exprimate sau neexprimate, alianțe, reguli pentru rezolvarea conflictului și roluri distribuite implicit sau explicit.

În cazul unui adolescent cu probleme de comportament, abilitățile scăzute ale familiei de a face față comportamentului problematic, pot crea o forță (sau un model de interacțiune) care face ca adolescentul să devină extraordinar de puternic în familie. Spre exemplu, când adolescentul se opune în mod repetat încercărilor părinților de a-l disciplina, membrii familiei învață că adolescentul în general câștigă discuțiile și își schimbă comportamentul. Odată ce apare o astfel de situație în care speranțele familiei, alianțele, regulile și așa mai departe sunt întărite în mod

TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ PENTRU ADOLESCENȚII CONSUMATORI DE DROGURI

repetat, membrii familiei ar putea să nu fie capabili să schimbe aceste modele fără ajutor din exterior.

Principiul Complementarității

Ideea că membrii familiei sunt interdependenți, influențându-se reciproc, nu este unică Terapiei Strategice de Familie de Scurtă Durată. Folosind o terminologie diferită, terapia comportamentală de familie explică aceste influențe mutuale prin care membrii familiei servesc ca stimuli și își provoacă reacții unul celuilalt (Hazes et al. 1999), iar terapia existențială ale familiei descrie această influență ca fiind situația în care membrii familiei fie sprijină fie împiedică creșterea celorlalți membri (Lantz și Gregoire 2000). Ceea ce diferențiază TSFSD de terapia comportamentală de familie și de cea existențială este concentrarea acesteia mai mult asupra sistemului de familie decât asupra funcționării individuale.

Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată pornește de la ideea că un adolescent dependent de droguri își va îmbunătăți comportamentul când familia va învăța să se comporte corespunzător, deoarece membrii familiei, care sunt „legați” emoțional, sunt receptivi din punct de vedere al comportamentului la acțiunile și reacțiile fiecăruia. În TSFSD, *principiul complementarității* susține că pentru fiecare acțiune făcută de un membru al familiei există o reacție corespunzătoare a restului familiei. Spre exemplu, este posibil ca un copil să fi învățat să oblige părinții să-și întărească comportamentul negativ prin adoptarea unui comportament isteric, oprindu-se doar când părinții cedează (Patterson 1982; Patterson și Dishion 1985; Patterson et al. 1992). Doar atunci când părinții își schimbă comportamentul și încetează să întărească sau „să completeze” comportamentul negativ, copilul se va schimba.

2.3 STRUCTURA

Un schimb între membrii familiei, prin acțiuni sau conversații, este numit interacțiune. În timp, interacțiunile devin obișnuite și se repetă, transformându-se în **modele de interacțiune** (Minuchin 1974). Modelele de interacțiune familială sunt comportamentele obișnuite și repetate pe care membrii familiei le folosesc unul cu celălalt. Mai exact, modelele de interacțiune familială sunt formate din lanțuri de comportament care există între membrii familiei. Un exemplu simplu este observația că membrii familiei aleg să stea pe același loc la masa unde se ia cina în fiecare seară. Când persoanele stau jos, le este mai ușor să vorbească unul cu celălalt. Prin urmare, un model de interacțiune repetată, reflectat într-un model de „așezare” este mai probabil să prezică modelul de „vorbit”, în orice sistem dezvoltându-se un număr mare de astfel de modele. În familie, această constelație de modele de interacțiune repetitive este numită „*structura*” familiei.

Modelele de interacțiune repetitive care formează structura familiei funcționează ca un scenariu pentru o piesă pe care actorii l-au citit, memorat și îl joacă din nou în mod constant. Când un actor spune o anumită replică din scenariu și interpretează o anumită acțiune, acela este semnul pentru ceilalți actori să recite replicile lor particulare sau să interpreteze acțiunile lor particulare. Structura familiei este scenariul pentru piesa familiei.

Familiiile adolescenților care folosesc droguri tind să aibă probleme datorită faptului că ei continuă să interacționeze în moduri care permit tinerilor să se comporte greșit. Consilierii analizează

interacțiunile care mențin problemele din familie și se axează pe schimbarea acestora în cadrul terapiei. O interacțiune adaptativă este definită de măsura în care familia răspunde eficient la circumstanțe schimbătoare.

2.4. STRATEGIA

Cele trei puncte tari ale unei strategii eficiente

Un concept fundamental al Terapiei Strategice de Familie de Scurtă Durată este chiar strategia. Intervențiile TSFSD sunt strategice (Haley 1976) prin faptul că sunt practice, centrate pe problemă și planificate.

I. *Intervenții practice*

Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată utilizează strategii care funcționează rapid și eficient, chiar dacă pot să pară neconvenționale. Se poate folosi orice tehnică, abordare sau strategie care va ajuta la schimbarea interacțiunilor care nu se adaptează, care contribuie sau care mențin problema familiei. Unele intervenții folosite în TSFSD pot părea „în afara teoriei” deoarece ele pot fi împrumutate din alte terapii, cum ar fi modificarea comportamentului. Spre exemplu, contractul terapeutic, în care pacienții semnează un contract prin care sunt de acord să facă sau să nu facă anumite lucruri, este utilizat frecvent ca parte din TSFSD deoarece este un mod de a restabili figurile părințești pe post de lideri ai familiei. Deseori, cea mai mare provocare a consilierului este de a determina părintele (părinții) să se comporte într-un mod echilibrat și previzibil, iar contractul terapeutic poate fi un instrument ideal pentru a realiza acest lucru. Consilierul poate folosi orice strategie care să ajute la realizarea schimbărilor structurale dorite cu rapiditate maximă, eficacitate maximă și constantă. De obicei, decât să încerce surprinderea fiecărui aspect al problemei familiei, consilierul trebuie mai degrabă să sublinieze doar un aspect, acest lucru ajutând la mutarea terapiei într-o direcție particulară. Spre exemplu, un consilier poate sublinia îngăduința unei mame deoarece este legată de consumul de droguri al fiicei sale și nu subliniază relația mamei cu părinții săi, care poate fi de asemenea problematică.

II. *Intervenții centrate pe problemă*

Consilierul intervine pentru a schimba interacțiunile negative sau pentru a încuraja interacțiunile pozitive (când membrii familiei interacționează eficient unul cu celălalt), direct legate de problema prezentată (ex. consumul de droguri al adolescentului). Acesta este un mod de a direcționa terapia asupra dinamicii familiei care influențează în mod direct simptomele adolescentului. Consilierul poate surprinde faptul că familia are și alte probleme. Oricum, dacă acestea nu afectează în mod direct comportamentul adolescentului, aceste probleme ale familiei pot să nu fie

implicate în terapie. Asta nu înseamnă că terapia nu se poate concentra și pe aceste probleme. Mai degrabă, consilierul alege problemele pe care să se axeze ca parte a programului terapeutic limitat de timp. Spre exemplu, absența unor reguli clare de familie despre comportamentul adecvat și inadecvat, poate afecta în mod direct comportamentul adolescentului dependent de droguri, dar probleme în căsnicie pot să nu necesite modificarea și supervizarea, selectarea și întărirea regulilor în viața adolescentului.

Este posibil ca majoritatea familiilor cu adolescenții dependenți de droguri să experimenteze probleme multiple pe lângă simptomele adolescentului. Frecvent, consilierii spun că „*această familie are atâtea probleme încât nu știu de unde să încep.*” În aceste cazuri este important pentru consilier să observe cu atenție diferența dintre „*conținut*” și „*proces*” (vezi mai jos „*Conținut versus Proces*”). În mod frecvent, familiile cu probleme multe și diverse nu sunt capabile să abordeze problemele pe rând și continuă să lucreze asupra uneia până când se rezolvă (proces). Aceste familii trec (proces) de la o problemă la alta (conținut) fără să fie capabile să se concentreze asupra unei singure probleme destul timp pentru a o rezolva. În acest fel ei se simt copleșiți de un număr mare de probleme nerezolvate. Este greșit procesul lor sau modul în care ei rezolvă problemele. Sarcina consilierului este să ajute familia să continue lucrul (procesul) pe o singură problemă (conținut) destul timp pentru a o rezolva. În schimb, experiența de a rezolva problema poate ajuta schimbarea procesului familiei astfel încât membrii ei să poată aplica noile lor abilități altor probleme cu care se confruntă. Dacă consilierul nu se concentrează pe rezolvarea unei anumite probleme și se pierde în multitudinea de probleme ale familiei, încercând să le rezolve pe toate, ar putea fi copleșit de acestea fiind mai puțin eficient în demersul său de a ajuta familia în rezolvarea conflictelor.

III. *Intervenții planificate*

În cadrul terapiei, consilierul realizează un *plan strategic* de intervenție care conține și strategia pentru fiecare ședință. Intervențiile planificate înseamnă că, după ce consilierul determină care dintre interacțiunile problematice din familie contribuie la menținerea problemei, acesta întocmește un plan clar, bine organizat, pentru a le corecta.

2.5. CONȚINUT VERSUS PROCES

În Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată, **conținutul se referă la subiectele de discuției dintre membrii familiei**, incluzând explicațiile lor pentru problemele familiei, opinii despre cum trebuie gestionate problemele, despre cine sau ce cauzează problemele etc. În contrast, **procesul terapeutic se referă la modul în care interacționează membrii familiei**, incluzând gradul în care se ascultă, se sprijină, se întrerup, se subminează, își exprimă emoțiile unul pe celălalt, precum și celelalte moduri de interacționare. Distincția dintre conținut și proces este absolut decisivă în terapie. Pentru a fi capabil să identifice modelele de interacțiune

repetitive, *consilierul trebuie să se concentreze mai degrabă asupra procesului decât asupra conținutului terapiei.*

Procesul este identificat de comportamentele care sunt implicate în interacțiunea familiei. Comportamentul nonverbal este de obicei limbajul procesului așa cum este modul în care membrii familiei vorbesc unul cu celălalt.

Procesul și conținutul pot trimite mesaje contradictorii. Spre exemplu, în timp ce un adolescent poate spune „*Sigur mamă, voi veni acasă devreme*”, gesturile sale sarcastice și intonația pot indica opusul: el nu are nicio intenție de a asculta rugămintea mamei de a veni acasă devreme. În general, procesul este mai sigur decât conținutul deoarece comportamentele sau interacțiunile (de exemplu, nerespectarea regulilor familiei) tind să se repete de-a lungul timpului, în timp ce subiectul specific poate să se schimbe de la o interacțiune la alta (de exemplu, vine acasă târziu, nu se implică în treburile casnice etc.).

Astfel, terapia se axează pe schimbarea naturii acelor interacțiuni care constituie procesul familiei. Consilierul care ascultă conținutul și scapă din vedere procesul nu va fi capabil să facă schimbări eficiente în familie. Frecvent, un membru al familiei va dori să spună consilierului o poveste despre ceva ce s-a întâmplat cu un alt membru al familiei. De câte ori aude o poveste despre un alt membru al familiei, consilierul permite familiei să îl prindă în contextul său. Dacă consilierul dorește să redirecționeze ședința de la conținut la proces, când mama spune „*Dați-mi voie să vă spun ce a făcut fiul meu ...*”, consilierul spune: „*Vă rog să-i spuneți direct fiului dumneavoastră pentru ca eu să pot auzi cum vorbiți despre acest lucru*”. Când mama vorbește direct cu fiul său, consilierul poate observa procesul, pe lângă simpla ascultare a conținutului ce se relevă atunci când mama povestește consilierului ceea ce a făcut fiul său. Observații ca acestea vor ajuta consilierul să caracterizeze interacțiunile problematice din familie.

CAPITOLUL 3

DIAGNOSTICAREA PROBLEMELOR DIN SISTEMUL FAMILIAL

Abordarea terapeutică pentru fixarea și diagnosticarea problemelor sistemului de familie diferă radical de cele folosite de alte psihoterapii. Spre deosebire de alți psihoconsilieri care stabilesc și pun diagnosticul prin concentrarea asupra conținutului, cum ar fi povestirea istoricului familiei (terapii narative), TSFSD stabilește și pune diagnostic prin identificarea procesului familial curent, axându-se pe natura și caracteristicile interacțiunilor care au loc în familie, interacțiuni care fie ajută, fie împiedică încercările familiei de a scăpa de problemele de comportament ale adolescentului. În continuare vom examina în detaliu șase elemente ale interacțiunii familiei:

1. Organizarea
2. Rezonanța afectivă
3. Etapele dezvoltării familiei
4. Contextul social
5. Pacientul identificat
6. Rezolvarea conflictului

3.1 ORGANIZAREA

Deoarece modelele de interacțiune repetitive într-o familie au loc de-a lungul timpului, ele dau familiei o formă specifică sau „*organizată*”. Următoarele aspecte ale organizării sunt analizate în continuare: **conducerea**, **organizarea subsistemului** și **coerența în comunicare**.

3.1.1. Conducerea

Conducerea este definită ca distribuția autorității și responsabilității în cadrul familiei. În familiile în care sunt doi părinți, conducerea revine acestora. În societățile moderne, amândoi părinții împart de obicei autoritatea și luarea deciziilor. Frecvent, în familiile monoparentale, părintele împarte conducerea cu copilul mai mare, această situație favorizând apariția problemelor. În cazul unui singur părinte care trăiește în cadrul unei familii numeroase, conducerea poate fi împărțită cu un unchi, mătușă sau bunic. Pentru a se edifica în legătură cu adaptabilitatea conducerii, consilierul va analiza **ierarhia**, **controlul comportamentului** și **îndrumarea**.

Analizând **ierarhia** sau modul în care este ordonată familia, consilierul observă cine are funcția de conducere și cine deține pozițiile de autoritate în familie. Prin terapie se stabilește conducerea la

părinți, cu roluri de sprijin distribuite membrilor familiei mai în vârstă. Unele responsabilități de conducere pot fi delegate unor copii mai în vârstă, atât timp cât responsabilitățile nu sunt prea apăsătoare, sunt adecvate vârstei, sunt delegate de părinți și nu sunt uzurpate de copii.

Analizând *controlul comportamentului* în familie consilierul stabilește dacă cineva păstrează ordinea și stabilește disciplina în familie și cine este acea persoană. Controlul efectiv al comportamentului înseamnă că părinții dețin controlul și copiii acționează în conformitate cu regulile părintești.

Îndrumarea se referă la funcțiile de învățare și îndrumare în familie. Astfel consilierul stabilește dacă sunt acoperite nevoile de îndrumare ale tinerilor și dacă aceste roluri sunt îndeplinite de cine trebuie în familie.

3.1.2. Organizarea subsistemului

Familiiile au atât subsisteme formale (spre exemplu, soți, frați sau surori cu un părinte comun, bunici etc.) cât și subsisteme informale (de exemplu, femeile mai în vârstă, cei care gestionează banii familiei, responsabilii cu curățenia în casă, ci care fac cumpărăturile, microbiștii familiei etc.). Subsistemele importante trebuie să aibă un grad anume de intimitate și independență. Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată se referă la problemele cum ar fi caracterul adecvat sau corespunzător al subsistemelor într-o familie. De asemenea, stabilește natura relațiilor care susține aceste subsisteme și în special observă **membrii subsistemului**, **triangulația** și **cursivitatea comunicării**, care sunt discutate mai jos.

▪ Membrii subsistemului

Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată identifică subsistemele familiei, adică grupuri mici în cadrul familiei, care sunt formate din membrii familiei cu trăsături asemănătoare, cum ar fi vârsta, sexul, rolul, interesele sau abilitățile. Consilierul va acorda o atenție specială caracterului corespunzător al fiecărui membru al sistemului precum și granițelor dintre subsisteme. Spre exemplu, părinții trebuie să formeze un subsistem, în timp ce frații de vârstă apropiate ar trebui, de asemenea, să formeze un subsistem și fiecare din aceste subsisteme ar trebui separate de celelalte.

Subsistemele care traversează generații (de exemplu, între un părinte și un copil) cauzează probleme deoarece astfel de relații încalcă liniile ierarhice și subminează abilitatea unui părinte de a controla comportamentul. Relațiile în care un părinte și un copil se unesc împotriva celuilalt părinte sunt numite „*coalitii*”. Coalitiile sunt distructive în funcționarea familiei și sunt frecvente în familiile cu adolescenți dependenți de droguri. În aceste cazuri, adolescentul a câștigat atâta putere prin această relație încât îndrăznește să provoace în mod constant autoritatea și să scape nepedepsit. Adolescentul devine rebel, neascultător și fără control prin alianța cu unul dintre

părinți care, pentru a-l descalifica pe celălalt părinte, activează comportamentul necorespunzător al adolescentului.

▪ Triangulația

Uneori, când doi părinți au o divergență, în loc să-și rezolve problema dintre ei, aceștia implică un terț, o persoană mai puțin puternică pentru a spori conflictul. Acest proces este numit „*triangulație*”. Invariabil, acest terț triangulat, de obicei un copil sau adolescent, experimentează stresul și dezvoltă simptome de stres, cum ar fi problemele de comportament. Triunghiurile implică mereu probleme, deoarece ele împiedică rezolvarea unui conflict între adulți. Copilul triangulat receptează în mod obișnuit partea cea mai mare a nefericirii părinților săi și începe să dezvolte probleme de comportament care trebuie înțelese ca un strigăt de ajutor.

3.1.3. Coerența în comunicare

A treia caracteristică a organizării subsistemului se referă la natura comunicării. În familiile funcționale, cursivitatea comunicării este caracterizată prin sinceritate și specificitate. Buna cursivitate a comunicării este abilitatea a doi dintre membrii familiei de a spune unul celuilalt direct și specific ceea ce vor să spună. Spre exemplu, o declarație ca „*Nu îmi place când țipi la mine*” este un semn de bună comunicare deoarece este specific și direct. Comunicările indirecte sunt problematice. De exemplu, tatăl îi spune fiului său: „*Spune-i mamei tale că ar fi bine să vină imediat*”, sau mama care spune tatălui: „*Mai bine ai face ceva cu Johnny deoarece nu vrea să mă asculte*”. În aceste două exemple, comunicarea este realizată printr-o a treia persoană. Comunicările non-specifice cauzează, de asemenea, probleme, ca în cazul tatălui care îi spune fiului: „*Ești mereu în bucluc*”. Comunicarea ar fi mai constructivă dacă tatăl ar explica foarte clar care este problema. Spre exemplu: „*Mă enervez când vii acasă târziu.*”

3.2. REZONANȚA AFECTIVĂ

Rezonanța definește gradul de apropiere sau de distanță emoțională și psihologică dintre membrii familiei. Se poate spune despre un fiu de 6 ani care se ține de fusta mamei la petrecerea de ziua lui că este prea atașat de mama sa. O mamă care plânge când fiica ei se lovește este prea apropiată emoțional. Un tată pe care nu îl interesează că fiul său are probleme cu justiția poate fi descris ca distant din punct de vedere psihologic și emoțional.

Granița

Unul dintre conceptele-cheie cu privire la rezonanță este **granița**. O graniță interpersonală, așa cum implică cuvântul, este un mod de a marca unde se termină o persoană sau un grup de persoane și unde începe următorul. Oamenii își stabilesc granițele în funcție de comportamentele

celorlalte persoane pe care le acceptă sau nu în spațiul lor personal. În familii, rezonanța se referă la apropierea psihologică și emoțională sau distanța dintre oricare doi membri ai familiei. Distanța psihologică și emoțională este stabilită și menținută de granițele care există între membrii familiei. Granițele dintre doi membri ai familiei determină câtă afecțiune sau emoție poate trece de la o persoană la alta. Dacă granițele dintre două persoane sunt foarte permissive, atunci foarte multe sentimente vor trece de la una la cealaltă și va exista o rezonanță afectivă ridicată – o mare apropiere psihologică și emoțională – între ei. Bucuria unuia devine bucuria celuilalt. Dacă granițele dintre două persoane sunt prea rigide, una din ele poate nici să nu știe ce simte cealaltă.

Apropiere sau distanțare

Fermitatea și claritatea granițelor reflectă gradul de diferențiere în cadrul unui sistem al familiei. La o extremă, granițele pot fi impenetrabile. În acest caz, distanța emoțională și psihologică dintre membrii familiei este prea mare și se spune că acești membri ai familiei sunt „*distanțați*” unul de celălalt. La cealaltă extremă, granițele pot fi prea permeabile sau aproape inexistente, iar apropierea emoțională și psihologică dintre oameni este prea mare și se spune că acești membri ai familiei sunt „*prinși în mreje*”. Fiecare dintre aceste exemple este problematic și devine o țintă a intervenției terapeutice, pentru a stabili un echilibru mai bun între apropierea și distanța care există între diferiții membri ai familiei. Pentru fiecare familie, există o balanță ideală între apropiere și distanță care permite întotdeauna cooperarea și separarea.

Rezonanța afectivă în context cultural

Rezonanța afectivă trebuie analizată în contextul cultural. Acest lucru este important, deoarece unele culturi încurajează membrii familiei să fie foarte apropiați unul de celălalt, în timp ce alte culturi impun o distanță mai mare. Un aspect important al culturii implică grupurile rasiale și etnice cu care familiile se identifică. Spre exemplu, este posibil ca hispanicii să fie mai apropiați decât americanii albi și, astfel, să fie mai atașați unul de celălalt, adică să aibă o rezonanță afectivă mai mare (Woeher 1989). În mod asemănător, un bărbat asiatic poate fi destul de distant față de femeile din familia sa, ceea ce este considerat normal în această cultură (Sue 1998). Totuși, dacă cultura dictează distanța dintre membrii familiei, este important pentru consilieri să se întrebe dacă un anumit fel de interacțiune cauzează probleme familiei. Cu alte cuvinte, chiar dacă o interacțiune este tipică unei culturi, în cazul în care provoacă simptome, atunci trebuie schimbată. Această situație trebuie să fie abordată cu o mare abilitate și sensibilitate pentru a arăta respect pentru cultură și pentru a permite membrilor familiei să încerce o schimbare străină culturii lor.

- **Prinderea în mreje (rezonanță ridicată) sau distanțarea (rezonanță scăzută)**

Uneori, apropierea excesivă și distanța excesivă pot să apară simultan în aceeași familie. Acest lucru se întâmplă frecvent în familiile cu tineri dependenți de droguri, când un părinte este uneori foarte protector și este foarte aliat cu tânărul (activare), iar celălalt părinte poate fi oarecum dezinteresat și distant.

Consilierul va trebui să caute acele comportamente dintr-o familie care sunt semne fie de atașament excesiv, fie de distanțare. Evident, unele dintre aceste comportamente pot avea loc în orice familie. Totuși, când un număr mare de astfel de comportamente apar sau când apar într-o formă extremă, este probabil ca acestea să reflecte problemele în modelele de interacțiune ale familiei. Simptome de atașament ușor de observat includ răspunsul unei persoane în locul alteia, terminarea frazei celeilalte, cele două întrerupându-se una pe cealaltă. Simptome de distanțare care pot fi observate includ un membru al familiei care vrea să fie separat de altul sau un membru al familiei care vorbește rareori sau despre care se vorbește rareori.

3.3 ETAPELE DE DEZVOLTARE ALE FAMILIEI

Indivizii trec printr-o serie de etape de dezvoltare, din copilărie până la bătrânețe, în fiecare etapă având loc anumite condiții, roluri și responsabilități. De asemenea și familiile trec printr-o serie de etape de dezvoltare. Pentru ca membrii familiei să continue să funcționeze corespunzător în fiecare etapă de dezvoltare, ei trebuie să se comporte adecvat nivelului de dezvoltare al familiei.

De fiecare dată când o etapă de dezvoltare este atinsă, familia se confruntă cu un nou set de provocări. Pe măsură ce familia încearcă să se adapteze noilor condiții, ea experimentează stresul. Eșecul de adaptare, de a face tranziția, de a renunța la comportamente ce erau folosite cu succes în etapa de dezvoltare anterioară și de a stabili noi comportamente care se adaptează unei noi etape va duce la dezvoltarea unor noi probleme de comportament în cadrul membrilor familiei, una dintre schimbările de dezvoltare cele mai stresante apărând când copiii ajung la adolescență. În această etapă, un număr mare de familii întâmpină dificultăți de adaptare (de exemplu, de la îndrumarea directă la conducere și negociere). Părinții trebuie să fie capabili să continue să fie implicați și să monitorizeze viața adolescenților lor, dar dintr-o perspectivă diferită, care să permită fiicei sau fiului lor să dobândească autonomie.

În fiecare etapă de dezvoltare, anumite roluri și sarcini sunt așteptate din partea diverșilor membri ai familiei. Un mod de a verifica dacă familia a depășit cu succes diferite provocări de dezvoltare cu care s-a confruntat este stabilirea corespondenței rolurilor și sarcinilor care au fost atribuite fiecărui membru al familiei, luând în considerare vârsta și poziția fiecărei persoane din familie. Când se analizează o etapă de dezvoltare a familiei, se urmăresc patru seturi principale de sarcini și roluri:

(1) *Relația părinți – copii*: sarcinile și rolurile părinților sunt în concordanță cu vârsta copiilor;

(2) *Relația dintre parteneri*: sarcinile și rolurile dintre parteneri - cum cooperează soții și cum își împart funcțiile părintești;

(3) *Relația dintre frați*: sarcinile și rolurile fraților stabilesc dacă copiii sau adolescenții se comportă adecvat vârstei lor;

(4) *Relația cu familia extinsă*: sarcinile și rolurile familiei sunt preluate și de familia extinsă - bunici, mătuși și unchi - dacă aceștia fac parte din gospodărie sau împart responsabilitățile părintești.

Tranzițiile de dezvoltare pot fi stresante și pot fi provoca adevărate „cutremure” deoarece familiile pot continua să abordeze noile situații în maniera veche, făcând posibilă apariția unui conflict. Cel mai des, familiile intră în atenția consilierilor chiar în acest moment. Din toate aceste pietre de hotar de dezvoltare, adolescența pare să fie una dintre etapele cele mai riscante și mai critice, în care consumul de droguri poate apărea în majoritatea grupurilor etnice (Steinberg 1991; Vega și Gil 1999). Deși adolescentul este membrul familiei susceptibil să se comporte problematic, deseori alți membri ai familiei, cum ar fi părinții, de asemenea prezintă semne de comportamente și sentimente problematice sau care nu se adaptează (Silverberg 1996).

▪ **Evaluarea familiei în funcție de contextul cultural**

Consilierul trebuie să evalueze atent familie pentru a determina ceea ce este adecvat și/sau inadecvat din punct de vedere al dezvoltării pentru fiecare membru al familiei. Este deosebit de greu să faci aceste aprecieri când se fixează sarcinile și rolurile copiilor și membrilor unei familii numeroase. În fiecare ipostază, consilierul trebuie să țină cont de moștenirea culturală a familiei când face aceste aprecieri. Spre exemplu, este util să știm că anumite familii afro-americe și hispanice tind să-și protejeze copiii mai mult o fac decât non-hispanicii albi (White 1994). Prin urmare, nu va fi neobișnuit pentru copii să aibă o perioadă mai lungă de dependență printre grupurile hispanice tradiționale decât printre familiile de albi non-hispanici. În mod similar, nu este neobișnuit pentru un părinte afro-american al unui copil de 12 ani să continue să se poarte într-un mod autoritar fără ca acesta să nu protesteze sau să considere acest lucru ciudat. De fapt, cercetătorii au sugerat că tinerii afro-americi din oraș consideră o comandă autoritară un semn de afecțiune, în timp ce un copil din alt grup cultural o poate considera o respingere (Mason et al. 1994). Totuși, așa cum s-a sugerat mai înainte, pe măsură ce un adolescent în Statele Unite înaintea în vârstă, părintele său, care poate fi din orice cultură și orice locație, va trebui să-și tempereze nivelul de control și să-și sporească autoritatea de părinte, altfel tânărul va protesta.

▪ **Dificultăți întâmpinate de părinți când stabilesc ce este adecvat pentru vârsta copilului din punct de vedere al dezvoltării**

De obicei, este greu pentru părinți să identifice ce este adecvat pentru copiii de vârste diferite din punct de vedere al dezvoltării; spre exemplu, cât de multă sau cât de puțină responsabilitate ar trebui să aibă un copil de 6, 10 sau 16 ani în familie? În familiile cu adolescenți dependenți de droguri și cu probleme de comportament, părinții și copiii au de obicei probleme în a identifica ce este adecvat pentru vârsta copilului din punct de vedere al dezvoltării.

Una din problemele majore cu care se confruntă membrii familiei este cum să se determine gradul de supraveghere și autonomie pe care copiii îl au la fiecare nivel de vârstă. Este o zonă conflictuală de mare complexitate chiar și pentru cei mai buni părinți, deoarece, pe măsură ce copiii cresc, ei suportă o presiune considerabilă din partea prietenilor lor pentru a demonstra independență din ce în ce mai mare. Această perioadă de dezvoltare este de asemenea complexă deoarece mulți părinți pot să nu știe ce înseamnă norma în societatea de azi. Prin urmare, pot permite prea puțină sau prea multă autonomie, bazată fie pe nivelul lor de confort și disconfort, experiența proprie și/sau cultura lor. În plus, grupurile de prieteni ale copiilor pot varia considerabil în nivelul autonomiei pe care o așteaptă de la părinți. Lucrând cu noțiunea „*caracter potrivit al dezvoltării*”, consilierul va trebui să examineze rolurile și funcțiile, drepturile și responsabilitățile, limitele și consecințele, după cum sunt aplicate adolescenților în familie. Exemple ale acestor standarde se regăsesc în cercetarea dezvoltării adolescentului. (Steinberg 1998)

3.4. CONTEXTUL SOCIAL AL VIEȚII DE FAMILIE

În timp ce dimensiunile funcționării familiei analizate până acum se regăsesc în cadrul familiei, contextul social al vieții de familie se referă la relațiile pe care familia le are cu exteriorul și include familia extinsă, comunitatea, locul de muncă, prietenii adolescenților, școlile și alte grupuri care pot avea un impact asupra familiei, fie ca factori de risc, fie ca factori de protecție.

▪ Anturajul cu potențial delincent

O analiză atentă a contextului vieții este utilă în multe situații ce implică terapia împotriva consumului de droguri. Spre exemplu, un tânăr care consumă droguri poate fi implicat într-un grup de prieteni antisociali sau cu caracter deviant. Aceste prietenii afectează tinerii și familia într-un mod nefavorabil și vor trebui să fie modificate pentru a elimina cu succes dependența de droguri a tinerilor. Părinții trebuie ajutați să identifice prietenii adolescentului care pot fi acceptați și cei care nu pot fi acceptați astfel încât să-și poată încuraja copiii să-și aleagă prietenii cei mai potriviți și să îi descurajeze să se asocieze cu prieteni nepotriviți.

▪ Sistemele de sprijin ale părinților și resursele sociale

A fi părinte este o sarcină dificilă. Părinții de obicei nu au sisteme care să îi sprijine cu adevărat. Ei trebuie sprijiniți de prieteni, membrii familiei și alți părinți (Henricson și Roker 2000).

Disponibilitatea sistemului de sprijin trebuie să fie stabilită în special în cazul familiilor cu un singur părinte. Disponibilitatea resurselor sociale trebuie să fie fixată, atât cu privire la ceea ce este deja folosit, cât și la ceea ce ar putea fi folosit.

▪ Sistemul Juvenil de Justiție

Din ce în ce mai mult, ofițerii de probațiune și tribunalele au devenit o parte importantă a familiilor cu adolescenți dependenți de droguri. Este de datoria consilierului să stabilească modul în care reprezentanții justiției juvenile (ofițerii de probațiune) interacționează cu familia pentru a determina dacă ei ajută sau subminează familia. O modalitate de a stabili rolul pozitiv sau negativ al ofițerului de probațiune este aceea de a-l invita să participe la ședințele de terapie ale familiei.

3.5. PACIENTUL IDENTIFICAT

Pacientul identificat sau „*șapal ispășitor*” este membrul familiei care a fost etichetat de aceasta ca fiind problema. Familia învinovățește această persoană, de obicei adolescentul dependent de droguri, pentru mare parte din problemele sale. Totuși, așa cum s-a discutat mai înainte, viziunea TSFSD asupra familiei este aceea că adolescentul este doar un simptom al problemelor familiei. Astfel, cu cât membrii familiei insistă că întreaga lor problemă este reprezentată de o singură persoană, cu atât mai greu va fi pentru ei să accepte că întreaga familie este cea care trebuie să se schimbe. Pe de altă parte, familia care recunoaște că mai mulți membri ai familiei au probleme este de departe mult mai sănătoasă și mai flexibilă și vor face mai ușor schimbări în cadrul terapiei. Dacă consilierul consideră că problema constă în modelele de interacțiune repetitive ale familiei (obișnuite, rigide), atunci nu va încerca doar să schimbe persoana care prezintă problema, ci, de asemenea, să schimbe modul în care toți membrii familiei se poartă unul cu celălalt.

Un alt aspect al înțelegerii conceptului de „*pacient identificat*” dintr-o familie este acela că, de obicei familiile cu comportamente problematice identifică doar un singur aspect al pacientului socotit sursă a întregii dureri și îngrijorări. Spre exemplu, familiile cu tineri dependenți de droguri tind să se axeze doar pe dependența de droguri și poate pe însoțirea la școală și problemele legale corelate în mod direct și evident de consumul de droguri. De obicei, aceste familii ignoră faptul că tinerii pot avea și alte simptome sau probleme, cum ar fi depresia, deficitul de atenție sau dificultățile în învățare.

3.6. REZOLVAREA CONFLICTULUI

În timp ce rezolvarea diferențelor de opinie ridică mereu probleme, un context negativ va îngreuna și mai mult acest aspect. În continuare vom analiza modalități diferite (adaptative au nu) prin care familiile pot aborda sau administra conflictele. În cazul adolescenților dependenți de

droguri, cu câteva excepții, primele patru tind a fi ineficiente, iar a cincia modalitate tinde să fie eficientă în majoritatea cazurilor:

- I. Negarea conflictului
- II. Evitarea conflictului
- III. Devierea conflictului
- IV. Izbucnirea conflictului fără rezolvare
- V. Izbucnirea și rezolvare conflictului
- VI. Amânarea conflictului
- VII. Acceptarea compromisului

I. Negarea conflictului

Negarea se referă la situația în care conflictului nu-i este permis să apară. Uneori, acest lucru se face prin adoptarea atitudinii „*totul este în regulă*”. Alteori, conflictul este negat prin evitarea situațiilor care duc la confruntare sau prin stabilirea unor reguli nescrise cu care nimeni nu îndrăznește să nu fie de acord la suprafață, indiferent de ceea ce se crede de fapt. Cazul de negare clasică este acela în care familia spune: „*Nu avem probleme*”.

II. Evitarea conflictului

Evitarea se referă la o situație în care conflictul începe să apară, dar este oprit, acoperit, sau inhibat într-un anumit fel care să îl împiedice să se manifeste. Exemple de evitare includ amânarea („*Hai să nu ne certăm acum*”), umorul („*Ești așa drăguț când te înfurii*”) și inhibarea („*Să nu ne certăm; știi ce se poate întâmpla*”).

III. Devierea conflictului

Devierea se referă la situațiile în care conflictul izbucnește, dar discutarea lui este deviată în altă direcție. Această deviere împiedică rezolvarea conflictului prin distragerea atenției familiei de la conflictul original. Această schimbare de subiect este de obicei încadrată ca un atac personal împotriva persoanei care a ridicat problema inițială. Spre exemplu, o soție spune soțului său: „*Nu îmi place când ajungi acasă târziu*”, dar soțul schimbă subiectul răspunzând: „*Ce fel de mamă ești tu, să-l lași pe fiul tău să stea azi acasă în loc să se ducă la școală, când nu este nici măcar bolnav!?*”

IV. Izbucnirea conflictului fără rezolvarea problemei

Această situație apare atunci când, după izbucnirea conflictului, deși sunt exprimate clar opinii diferite, nicio soluție finală nu este acceptată. Fiecare știe exact unde se situează ceilalți, dar nu fac mare lucru pentru a ajunge la un acord negociat. Uneori, acest lucru se întâmplă deoarece familia, deși dorește să discute problema, pur și simplu nu știe cum să negocieze pentru a ajunge la un compromis.

V. Izbucnirea și rezolvarea conflictului

Izbucnirea și rezolvarea conflictului este în general considerată a fi rezultatul cel mai bun. Problemele din familie legate de acel conflict sunt clar exprimate și confruntate. În final, familia este capabilă să negocieze o soluție care poate fi acceptată de toți membrii implicați.

VI. Amânarea conflictului

În unele cazuri, conflictele trebuie să fie amânate pentru momente mai potrivite. Spre exemplu, dacă un membru al familiei este foarte nervos, obosit sau bolnav, este rezonabil să se amâne conflictul până când acesta este pregătit să poarte o discuție. Oricum, în astfel de situații, este indicat ca familia să stabilească un termen precis de a analiza conflictul. Cu siguranță, amânarea unei rezolvări a conflictului este un semn de evitare.

VII. Acceptarea compromisului

În alte situații, o persoană poate decide că problema nu merită discutată. Spre exemplu, o persoană poate dori să stea acasă în timp ce partenerul său dorește să meargă în oraș. Fiecare partener poate opta să ajungă la un compromis prin acceptarea preferinței celuilalt. Atât timp cât partenerii fac compromisuri pe rând, situația este echilibrată. Totuși, dacă de fiecare dată cedează aceeași persoană, acest lucru poate reflecta faptul că unul din parteneri neață existența unei probleme pentru a evita conflictul cu celălalt.

CAPITOLUL 4

PREGĂTIREA PENTRU SCHIMBARE

Acest capitol descrie abordarea Terapiei Strategice de Familie de Scurtă Durată pentru a pregăti schimbarea în familie. În prima secțiune se analizează modalitatea prin care consilierul stabilește relația terapeutică, accentuând pe importanța de a se alia cu familia, cum se evaluează interacțiunile familiei și ce presupune construirea unui plan de terapie. A doua secțiune descrie strategiile pentru producerea schimbării în familie, incluzând centrarea pe prezent, corectarea atitudinii negative a familiei, schimbarea modelelor de interacțiune prin modificarea comportamentului obișnuit, delimitarea clară a granițelor și „ruperea” alianțelor „scoțând din triunghi” membrii familiei prinși în mijlocul altor conflicte și deschizând sisteme închise de familie sau subsisteme prin realizarea noilor interacțiuni.

4.1 STABILIREA RELAȚIEI TERAPEUTICE

Primul pas al consilierului în lucrul cu familia este acela de a stabili o relație terapeutică, începând de la primul contact cu membrii familiei. Calitatea relației dintre consilier și familie poate să anticipeze dacă familiile vor veni, vor rămâne în terapie și își vor îmbunătăți relațiile pe parcursul terapiei (Robbins et al. 1998). Studiile au demonstrat că, în general, relația terapeutică poate fi un indicator al succesului în multe forme de terapie (Rector et al. 1999; Stiles et al. 1998). Validarea și sprijinirea familiei ca sistem și implicarea fiecărui membru al familiei sunt aspecte deosebit de importante ale dezvoltării și menținerii unei relații terapeutice bune (Diamond et al. 1999; Diamond și Liddle 1996).

Pentru stabilirea unei relații terapeutice, consilierul trebuie să formeze un nou sistem – un sistem terapeutic – format din consilier și familie. În acest sistem, consilierul este atât membru cât și lider, o mare provocare pentru consilier fiind aceea de a stabili raporturi cu toți membrii familiei, unii foarte probabil aflați în conflict unul cu celălalt. Spre exemplu, adolescenții dependenți de droguri încep în general terapia în conflict cu părinții sau tutorii lor. Amândouă părțile se orientează spre terapie având nevoie de sprijin. Sarcina consilierului este aceea de a găsi soluții pentru a sprijini indivizii aflați de o parte și de alta a conflictului. Spre exemplu, consilierul poate spune adolescentului: „Sunt aici să te ajut să le explici părinților tăi că liceul teoretic nu este pentru tine și că ești interesat de școala de comerț.” Pe de altă parte, consilierul îi poate spune părintelui: „Sunt aici să te ajut să îți îți fiul departe de droguri”. Oferind fiecărui membru al familiei ceva ce i-ar plăcea să realizeze, consilierul va fi capabil să stabilească o alianță terapeutică cu întreaga familie.

Această abordare se bazează pe viziunea că **întemeierea unei relații terapeutice bune este necesară pentru a aduce schimbare în familie**. Pentru a construi o bună relație terapeutică, se pot aborda câteva strategii: **alăturarea, urmărirea și întemeierea unui plan terapeutic**.

4.1.1. Alăturarea

Definirea alăturării

În TSFSD, alăturarea are două aspecte. Prin alăturare, consilierul realizează etapele de pregătire a familiei pentru schimbare. Alăturarea apare de asemenea când consilierul câștigă o poziție de conducere în cadrul familiei. Consilierii folosesc mai multe tehnici pentru a pregăti familia să accepte terapia și să accepte consilierul ca pe un lider de schimbare, printre care menționăm:

- **prezentarea consilierului ca aliat**, făcând apel la membrii familiei care au cea mai mare influență asupra unității familiei;
- **încercarea consilierului de a se integra în familie** prin adoptarea modului de a vorbi și a se comporta a acesteia. Se consideră că un consilier s-a alăturat unei familii atunci când acesta a fost acceptat ca un „*membru temporar special*” al familiei în scopul terapiei. Alăturarea are loc când consilierul a câștigat încrederea și s-a integrat în familie.

Consilierul trebuie să arate respect și sprijin fiecărui membru al familiei și să câștige încrederea tuturor, pentru a pregăti familia pentru schimbare și pentru a câștiga o poziție de conducere.

O strategie importantă în alăturare este **sprijinirea autorității existente** în familie. Consilierul îl va sprijini pe membrul dominant al familiei, arătându-i respect, deoarece acesta are rolul de a accepta consilierul în familie; liderul familiei decide dacă amplasează consilierul într-un rol de conducere sau dacă familia renunță la terapie. În majoritatea familiilor, cel mai puternic membru trebuie să accepte schimbările din familie, incluzând să se schimbe el însuși. Din acest motiv, cea mai puternică alianță a consilierului trebuie să fie inițial cu cel mai puternic membru al familiei, iar consilierul trebuie să aibă grijă să nu-l sfideze pe acesta prea devreme în procesul de stabilire a relației terapeutice. Frecvent, consilierii fără experiență greșesc atunci când iau apărarea unui membru al familiei împotriva celuilalt, comportându-se ca și cum unul ar avea dreptate și celălalt ar fi greșit în mod evident. În stabilirea relațiilor cu familia, consilierul trebuie să se alăture tuturor membrilor familiei, nu doar acelora cu care este de acord, frecvent, persoana cu care se stabilește mai greu o alianță sau o legătură fiind cel mai puternic și mai neplăcut membru al familiei.

Mulți consilieri în domeniul consumului de droguri pot considera oarecum inutil ajutorul familiilor cu tineri dependenți de droguri deoarece aceste familii au multe probleme grave. De asemenea, pot considera inutilă o discuție despre cum să se alăture și să devină un membru al familiei deoarece eforturile lor anterioare de a schimba familiile au eșuat. TSFSD învață consilierii cum să abordeze din interior familia pentru ca terapia să aibă succes. Ca persoane din exterior, consilierii încearcă în mod obișnuit să impună schimbarea asupra familiei, de obicei prin confruntare.

Totuși, consilierul care a învățat cum să devină parte a sistemului și cum să lucreze cu familiile din interior rareori recurge la confruntare, deoarece confruntarea erodează raportul și încrederea pe care consilierul le-a câștigat greu și poate schimba percepția familiei asupra consilierului ca fiind parte integrantă din sistemul terapeutic.

Prețul alăturării nereușite

Următorul exemplu ne poate ajuta să ilustrăm ceea ce se înțelege prin membrii puternici ai unei familiei. Sistemul juvenil de justiție a trimis o familie la terapie deoarece copilul cel mare avea probleme de comportament. Mama dorea să meargă la terapie cu fiul ei, dar prietenul mamei, care locuia cu ei, nu dorea ca familia să fie consiliată. Consilierul a sfătuit mama să vină totuși la terapie cu adolescentul. Prietenul mamei a simțit că poziția sa de putere este amenințată de alianța potențială dintre mamă și terapeut. Ca urmare, prietenul s-a impus din nou, cerându-i să renunțe la terapie. Atunci, ea a renunțat la terapie. Acesta este un caz clar în care consilierul a provocat prea devreme un șoc în modul de „funcționare” al familiei, fapt ce a dus la renunțarea la terapie a întregii familii. Consilierul ar fi trebuit să fie mai conștient și mai atent cu privire la structura de putere existentă în familie. Să arate respect față de liderul familiei, în acest caz, nu înseamnă că consilierul aprobă sau este de acord cu comportamentul prietenului. Mai degrabă, înseamnă că consilierul înțelege cum este organizată această familie și se alătură familiei în structura existentă.

O bună strategie terapeutică ar fi fost să insiste ca toți membrii familiei să participe la ședințele de terapie și, cu permisiunea mamei, să îl invite pe prietenul acesteia pentru a-i recunoaște poziția de putere în familie și pentru a-i cere sprijinul în demersul terapeutic al fiul prietenei lui.

Avertisment: Secrete de familie

Așa cum am menționat, prin alăturare se stabilește un raport cu fiecare membru al familiei. Uneori, un membru al familiei va încerca să saboteze procesul de alăturare prin folosirea secretelor de familie. Unele secrete pot provoca consilierului probleme atât de grave încât acesta să fie obligat să încredințeze familia unui alt terapeut. Secretele sunt tratate cel mai bine prin confruntare. Consilierul nu trebuie să dezvolte o relație specială cu un membru al familiei, relație bazată pe împărtășirea unui secret pe care ceilalți membri ai familiei nu îl știu. Consilierul care păstrează un secret este prins între membrii familiei, formând o alianță cu unul dintre membrii familiei până la excluderea celorlalți. În unele cazuri, nu este doar o alianță cu un membru al familiei, ci este o alianță cu un membru al familiei împotriva unui alt membru al familiei. Acest lucru înseamnă că membrul familiei care are un secret poate șantaja consilierul, amenințându-l că va dezvălui faptul că acesta știe acest secret și că nu l-a împărtășit familiei. Prin urmare, un secret este o strategie foarte eficientă pe care membrii familiei o pot folosi pentru a sabota terapia, dacă consilierul le permite.

Din aceste motive, consilierul trebuie să respecte regula de a anunța de la început fiecare familie că nu poate păstra secrete față de ceilalți membri ai familiei. Consilierul trebuie, de asemenea, să spună că oricine împărtășește secrete cu consilierul, va fi ajutat să le împărtășească membrilor familiei. Spre exemplu, dacă o soție sună și spune consilierului că are o relație extraconjugală, soțul va trebui să afle, deși copiii nu trebuie să știe problemele căsniciei părinților lor. În acest caz, consilierul va spune: „*Această relație extraconjugală este o problemă importantă în căsnicia dumneavoastră. Lăsați-mă să vă ajut să o împărtășiți soțului dumneavoastră*”. Consilierul trebuie să o ajute pe soție să înțeleagă că relațiile extraconjugale sunt simptome ale problemelor în căsnicie și pot fi catalogate ca fiind un strigăt de ajutor, o chemare la acțiune sau o nemulțumire de bază, iar aceste probleme ale cuplului trebuie discutate.

Este posibil ca, în ciuda tuturor eforturilor consilierului, soția să nu dorească acest lucru: „*Nu, nu vreau să îi spunefi. Mă va părăsi. În plus, această aventură nu înseamnă așa de mult*”. În mod clasic, TSFSD abordează problemele de cuplu doar în măsura în care aceste probleme influențează capacitățile partenerilor de a funcționa ca părinți. Cu toate acestea, consilierul trebuie să convingă soția să-i spună soțului despre relația în care a fost sau este implicată. Dacă soția refuză categoric, atunci consilierul a pierdut calitatea de lider, soția deținând acum controlul procesului terapeutic. Din acest motiv, consilierul trebuie să trimită familia la un alt specialist.

4.1.2. Urmărirea

În exemplul anterior despre prietenul mamei, se recomandă consilierului să analizeze modul în care familia este organizată și să implice în primul rând figură paternă aflată într-o poziție de putere, pentru a aduce și a menține familia în terapie. Această strategie prin care consilierul analizează modul de funcționare și interacțiune al familie și pe baza acestor date stabilește un plan terapeutic de acțiune se numește „*urmărire*”. Urmărirea este o tehnică prin care consilierul respectă modul în care familia interacționează dar, în același timp, profită de aceste interacțiuni ale familiei în scopuri terapeutice. Uneori, familiile interacționează spontan, permițând consilierului să observe dinamica familiei. Când acest lucru nu se întâmplă spontan, consilierul trebuie să încurajeze familia să interacționeze.

Încurajarea familiei să interacționeze

În cadrul unei ședințe de terapie, membrii familiei povestesc consilierului unul despre celălalt. Spre exemplu, o mamă poate spune: „*Fiul meu a făcut asta și asta*”. Față de alte abordări, consilierul TSFSD nu este interesat de conținutul povestirilor membrilor familiei dar este interesat de observarea și corectarea interacțiunilor problematice. Pentru a analiza modelele de interacțiune, consilierul invită membrii familiei să vorbească direct unul cu celălalt despre problemă și observă ce se întâmplă, urmărind interacțiunile familiei: cearta, disputa și problemele lor. Astfel consilierul va fi capabil să identifice modelele de interacțiune și să determine care din aceste modele pot provoca problemele sau simptomele familiei. Mai mult decât atât, urmărind

familia în cadrul procesului terapeutic, consilierul arată respect pentru modul în care familia interacționează.

Conținutul de urmărire și proces

Diferența dintre „conținut” și „proces” a fost discutată în Capitolul 2. Conținutul este subiectul discutat iar procesul se referă la interacțiunile care stau la baza comunicării. Prin observarea procesului, consilierul află cine este dominant, cine este supus, ce emoții sunt exprimate în interacțiune și care sunt regulile nescrise ce par să ghideze comunicarea și organizarea familiei. Spre exemplu, o mamă poate spune că o îngrijorează problema de dependență a fiului. Bunica răspunde țipând că mama exagerează și că trebuie să se calmeze. Conținutul interacțiunii – problema de dependență a fiului – nu este nici pe departe la fel de importantă ca procesul afișat – bunica subminând autoritatea mamei. Deseori consilierul va urmări sau va folosi conținutul familiei deoarece este un subiect important pentru familie. Totuși, TSFSD se concentrează în întregime pe procesul de schimbare. Ca prim pas în procesul de schimbare, părinții trebuie să cadă de acord cu existența unei probleme specifice legate de dependența de droguri a adolescentului, iar la modul general de tendința bunicii de a submina autoritatea mamei.

Mimetismul

„*Mimetismul*” este o formă de urmărire a familiei în scopul alăturării și se referă la imitarea comportamentului familiei pentru a se alătura întregii familii. Spre exemplu, un consilier poate fi jovial cu o familie jovială. Mimetismul poate fi folosit de asemenea pentru alăturarea unui singur membru al familiei. Mimetismul este folosit în viața de zi cu zi, astfel, urmărind modul cum unii oameni se îmbracă pentru o anumită ocazie, poți încerca să te integrezi în grup prin adoptarea unei ținute vestimentare similare (de exemplu la carnaval). Oamenii imită stările de spirit ale unor persoane acționând așa cum fac acestea în anumite situații. Spre exemplu, la înmormântare sunt triști, așa cum sunt și ceilalți, iar la aniversare sunt veseli. Când consilierul imită comportamentul unei familii, este posibil ca membrii familiei să accepte consilierul ca fiind unul de-al lor.

Mimetismul se referă de asemenea la imitarea modului de a vorbi al unei familii pentru a i se putea alătura. Fiecare familie și fiecare membru al familiei are vocabularul său și perspectiva sa. De exemplu, dacă tatăl este tâmplar, poate fi util să folosești un limbaj adaptat astfel: „*În educația fiului tău folosești diferite unelte: uneori trebuie să folosești un ciocan și multă forță, alteori trebuie doar să șlefuești puțin*”. Dacă o persoană este religioasă, poate fi folositor să se vorbească de voința Domnului.

Consilierul trebuie să folosească limba maternă a familiei în cadrul terapiei, iar vocabularul nu trebuie să conțină termeni de specialitate. Un limbaj obișnuit, adaptat gradului de cultură și de înțelegere al familiei este mult mai eficient în procesul de alăturare. Spre exemplu, dacă familia nu se simte în largul ei cu termenul „*ședință de terapie*”, poate fi folosit termenul „*întâlnire*”.

Învățarea modului în care familia interacționează ajută în mare măsură consilierul să stabilească o relație terapeutică și să se integreze mai bine în familie. Totuși, nu putem afla cum interacționează familia în mediul ei obișnuit, dacă consilierul nu ar fi prezent, iar a-i face pe membrii familiei să interacționeze poate fi dificil deoarece familiile de obicei vin la terapie gândindu-se că este important să-i spună consilierului ce s-a întâmplat. Prin urmare, este esențială încurajarea comunicării directe și a interacțiunii între membrii familiei astfel încât ei să poate fi observați cum se comportă în mod obișnuit unul cu celălalt.

4.1.3. Construirea planului terapeutic

Identificarea modelelor de interacțiune adaptative și neadaptative ale familiei, ajută consilierul să planifice intervenții **practice, strategice și eficiente**. Scopul intervenției este acela de a îmbunătăți interacțiunile familiei direct implicate în declanșarea simptomelor adolescentului. Acesta, în schimb, va ajuta familia să administreze aceste simptome.

Punerea în scenă: Identificarea interacțiunilor neadaptative

Permițând familiei să interacționeze în ședința de terapie așa cum face acasă, consilierul poate analiza modul în care membrii familiei se comportă în mod obișnuit. Inițial, consilierul cere familiei să discute despre ceva. Când un membru al familiei vorbește consilierului despre un alt membru al familiei care este prezent, consilierul cere acestuia să repete ceea ce a spus direct persoanei vizate. Interacțiunile de familie care apar așa cum apar acasă și care arată modelele tipice de interacțiune ale familiei se numesc „*puneri în scenă*”. Punerea în scenă poate apărea spontan sau poate fi inițiată de consilier prin invitarea membrilor familiei să discute între ei. Crearea sau provocarea acestor modele de interacțiune tipice familiei respective prin punerea în scenă a unei situații conflictuale oferă consilierului posibilitatea de a lăsa familia „*în voia ei*” pentru a o observa mai bine.

Diferența dintre abordările terapeutice este că au explicații diferite în funcție de motivul pentru care o familie sau un adolescent are probleme și astfel au diverse ținte de intervenție. TSFSD țintește modelele în care familia interacționează, fiind o abordare a terapiei axate pe problemă, ținând acele modele de interacțiune care sunt cel mai direct legate de simptomul pentru care familia a venit la terapie. Centrarea pe problemele direct legate de simptom permite acestei terapii să fie o intervenție de scurtă durată și întărește raportul consilierului cu familia, demonstrând că consilierul va ajuta familia să rezolve problemele pe care membrii ei le-au identificat.

Familiile care dezvoltă simptome tind să fie organizate și să funcționeze în jurul acestor simptome. Se întâmplă astfel deoarece un simptom acționează ca un magnet, atrăgând familia în jurul lui, mai ales dacă simptomul este grav și amenință viața, așa cum este consumul de droguri. Prin urmare, cel mai eficient este să lucrezi cu familia prin concentrarea asupra simptomului în jurul căruia familia s-a organizat deja.

Punerea în scenă a crizelor familiei

Punerile în scenă sunt folosite pentru a observa modul în care o familie se comportă în mod obișnuit și pentru a identifica modelele defectuoase de interacțiune ale acesteia. Atunci când se pune în scenă o criză familială apare o mare încărcătură emoțională între membrii familiei, aceștia fiind mai dispuși să încerce noi comportamente. Pe lângă faptul că se obțin informații valoroase despre interacțiunile problematice din familie, consilierul câștigă încrederea familiei deoarece poate să o ajute într-un moment de mare criză.

Avertisment: Adolescenții care vin la terapie în timp ce se află sub influența drogurilor

Consilierii refuză de obicei să lucreze cu un client care vine la terapie sub influența drogurilor deoarece clientul este văzut ca „*nefiind în totalitate acolo*” pentru a face terapia. Totuși, în cazul TSFSD, consilierul consideră că aceasta este o decizie strategică, care îi permite să vadă problemele cu care se confruntă familia zi de zi. Prin urmare, când un adolescent vine la terapie sub influența drogurilor, poate fi văzut ca o oportunitate pentru consilier de a învăța familia cum să răspundă adolescentului când acesta ia droguri. Consilierul poate vedea cum fiecare membru al familiei face față acestei situații și caută interacțiuni care nu se adaptează și permit adolescentului să își continue comportamentul. Consilierul poate lucra apoi cu membrii familiei care nu folosesc droguri pentru a schimba modul lor de a răspunde adolescentului dependent. Prin urmare, în acest caz particular, munca în ședința de terapie nu se face cu adolescentul, ci cu alți membri ai familiei.

De la diagnosticare la planificare

Odată ce s-a stabilit relația terapeutică și s-a formulat un diagnostic, consilierul este gata să dezvolte un plan terapeutic. Planul terapeutic arată care sunt intervențiile necesare pentru a schimba acele modele de interacțiune care nu se adaptează și care au fost identificate ca fiind în legătură cu simptomul prezentat. Modelele de interacțiune familială problematice sunt diagnosticate analizând cele șase dimensiuni ale interacțiuni de familie discutate în Capitolul 3 (organizarea, rezonanța, etapele de dezvoltare, contextul vieții, pacientul identificat și rezolvarea conflictului). Adesea, unele dimensiuni sunt mai problematice decât altele și atunci intervențiile trebuie să se axeze pe cele mai problematice interacțiuni.

Cele șase dimensiuni ale interacțiunii familiei acționează interdependent, din acest motiv, poate să nu fie necesar să planificați o intervenție separată pentru a aborda fiecare problemă diagnosticată. Spre exemplu, abordarea tendinței unei familii de a da vina problemelor ei pe adolescent (pacientul identificat) poate scoate la iveală strategiile ineficiente ale familiei de rezolvare a unui conflict. Într-un mod asemănător, abordarea rolului fiului ca și confident al mamei

(etapă de dezvoltare nepotrivită) poate scoate la iveală limita rigidă și inflexibilă dintre figurile părintești.

4.2. Producerea schimbării

Așa cum a fost menționat anterior, scopul terapiei este de a schimba familia de la modele de interacțiune neadaptative la cele adaptive. Consilierii pot folosi mai multe tehnici pentru a facilita această schimbare sau „restructurare” a familiei, prin care consilierii aranjează și dirijează schimbarea modelelor de interacțiune ale familiei (adică structura familiei). Unele dintre tehnicile de restructurare folosite cel mai frecvent sunt descrise în acest capitol.

În urma restructurării, familia își dezvoltă abilitățile de comunicare și de management a situațiilor de criză, abilități care îi vor ajuta pe membrii familiei să rezolve problemele prezente și viitoare, rolul consilierului fiind acela de a ajuta membrii familiei să stăpânească aceste noi abilități și să-și dezvolte noi comportamente pe care să le folosească pentru a interacționa constructiv unul cu celălalt. După ce aceste comportamente noi sunt învățate, consilierul va ajuta familia să le fixeze prin întăriri pozitive, dând familiei sarcina de a exersa aceste noi comportamente învățate în situații obișnuite (spre exemplu, când izbucnește conflictul sau când se ia masa în familie) astfel încât membrii familiei pot exersa acasă aceste noi abilități învățate.

Aceste noi abilități de interacțiune oferă familiilor instrumentele de care au nevoie pentru a putea face față adolescentului dependent de droguri și problemelor de comportament ale acestuia. Unele comportamente sau interacțiuni adaptative care validează membrii familiei sunt auto-întăritoare. Totuși, consilierul trebuie să încurajeze aceste comportamente sau interacțiuni care inițial nu sunt auto-întăritoare (validat) pentru a se asigura că acestea vor fi menținute. Pe măsură ce membrii familiei își reîntăresc unul celuilalt abilitățile cele mai adaptative, ei învață cum să se comporte mai bine. Este important de menționat că însușirea acestor noi abilități de comunicare nu se face prin critică, interpretare negativă sau subminare a individului, ci mai degrabă prin conturarea progresivă a unui comportament pozitiv.

În continuare vom analiza șapte tehnici de restructurare (adică de schimbare a modelelor de interacțiune ale familiei) folosite frecvent, și care dau consilierului instrumentele de bază necesare pentru a ajuta o familie să își schimbe modelele de interacțiune. Aceste tehnici sunt:

1. lucrul în prezent
2. reformularea negativității
3. inversarea
4. lucrul cu granițe și alianțe
5. detriangularea
6. deschiderea sistemelor închise

7. sarcini

4.2.1. Lucrul în prezent

Deși anumite abordări terapeutice se axează pe trecut (Bergin și Garfield 1994), TSFSD se axează strict pe prezent, iar familiile nu vorbesc doar de problemele lor, deoarece a vorbi despre probleme de obicei implică povestirea unui lucru din trecut. Când se lucrează în prezent cu procesele de interacțiune care mențin simptomele familiei, este necesară aducerea unei schimbări prin intermediul terapiei. În consecință, consilierul încurajează familia să interacționeze în cadrul sesiunii de terapie la fel ca acasă. Când acest lucru se întâmplă și membrii familiei se comportă așa cum o fac în mod obișnuit, consilierul poate interveni pentru a ajuta membrii familiei să restructureze acest comportament. Câteva tehnici care cer lucrul în prezent cu situații familiale concrete pot fi găsite în secțiuni ulterioare din acest capitol.

Terapia Strategice de Familie de Scurtă Durată se centrează pe experiențele din trecut?

Consilierii TSFSD alocă experiențelor din trecut mai puțin de 5% din timpul unei ședințe. Un exemplu important de abordare a trecutului poate fi ilustrat de o ședință de terapie timpurie în care părintele și adolescentul sunt în roluri adverse. Părintele poate fi furios sau rănit adânc de comportamentul tânărului. O strategie de depășire a acestui impas în care niciunul din membrii familiei nu dorește să cedeze este aceea de a întreba părintele: *„Puteți să vă amintiți momentul când Felix s-a născut? Cum v-ați simțit?”* Mama poate spune nostalgic: *„Era un copil tare frumos. În momentul în care l-am văzut, am fost pur și simplu încântată. Îl iubeam atât de mult încât credeam că inima îmi va exploda.”*

Acest tip de intervenție se numește *„reconectare”* (întoarcere în trecut) (cf. Liddle 1994, 1995, 2000). Când părintele a trecut prin experiențe foarte grele cu un adolescent problemă, consilierii folosesc uneori strategia de întoarcere în trecut pentru a depăși impasul în care niciunul dintre părinți, nici tânărul nu dorește să cedeze primul. Reconectarea este o intervenție care ajută părintele să își amintească sentimentul pozitiv (dragostea) pe care l-a avut cândva pentru copil. După ce părintele își exprimă dragostea sa timpurie pentru copil, consilierul se poate adresa tânărului: *„Știai că mama ta te iubește atât de mult? Uită-te la expresia de fericire de pe fața ei”*.

Așa cum se poate vedea, ședința de terapie este transportată în trecut pentru o scurtă perioadă de timp pentru a reconecta părintele. Acest lucru este necesar pentru a schimba interacțiunea, acum și aici, dintre doi membri ai familiei. Reconectarea a permis consilierului să transforme o interacțiune caracterizată de resentiment într-o interacțiune caracterizată de afecțiune. Deoarece sentimentele de afecțiune și unire nu pot dura mult, consilierul trebuie să acționeze rapid pentru a folosi reconectarea ca o punte care mută terapia pe un teren de interacțiune pozitiv.

4.2.2. Reformularea: Restructurarea cognitivă sistemică

Prin „*reformulare*” consilierul creează o perspectivă sau un „*cadru*” al realității diferit față de cel în care familia funcționează. Consilierul prezintă acest nou cadru familiei într-o manieră convingătoare pentru a facilita schimbarea. Scopul sistemelor – orientate, restructurării cognitive (reformulării) este acela de a schimba percepțiile și/sau înțelesul în modurile care vor determina membrii familiei să își schimbe interacțiunile. De cele mai multe ori, în familiile cu adolescenți dependenți de droguri, negativitatea trebuie să fie reformulată. Negativitatea este de obicei prezentată ca învinuire, prin fraze critice și de invalidare („*Nu ești bun de nimic*”. „*Nu pot avea încredere în tine*”) și, în general, prin „*certuri încărcate de furie*”. Reformularea negativității poate implica descrierea critică a unei mame făcută fiului ei adolescent, dorința ei fiind ca el să aibă succes, sau reformularea conflictului drept o încercare de a avea o oarecare legătură cu un alt membru al familiei.

S-a sugerat că „...*niveluri ridicate de negativitate interferează cu rezolvarea efectivă a problemei și comunicarea în cadrul familiei*” (Robbins et al. 1998, p. 174). Robbins și colegii săi raportează că negativitatea în sesiunile de terapie ale familiei duce frecvent la renunțarea la terapia familiei. Pentru cei care rămân în terapie, negativitatea este legată de rezultate slabe ale terapiei familiei. Deoarece negativitatea afectează familia și rezultatele terapiei, multe terapii de familie contemporane se centrează pe negativitate (Alexander et al. 1994). Cea mai cunoscută strategie de a transforma interacțiunile negative în interacțiuni pozitive este reformularea (Robbins et al. 2000).

În timp ce consilierul încurajează membrii familiei să interacționeze unul cu celălalt în modul lor obișnuit și să se alătore înainte de a propune schimbarea, este necesar să intervină atunci când apare un conflict încărcat de sentimente negative intense. Dacă familia rămâne în terapie, membrii ei trebuie să experimenteze o anumită detașare față de sentimentele negative imediat după începerea terapiei. Prin urmare, consilierii sunt încurajați să folosească reformularea ori de câte ori este necesar, și mai ales în primele sesiuni pentru a atenua sentimentele negative intense ale familiei. Astfel de reformulări permit membrilor familiei să discute durerea și nemulțumirile lor într-un mod semnificativ.

Un exemplu arată cum este folosită reformularea sentimentelor negative pentru a crea sentimente pozitive printre membrii familiei. Mânia este un sentiment destul de obișnuit printre familiile cu un adolescent care este implicat în activități antisociale. Părinții pot fi furioși pentru că au eșuat deși și-au călăuzit copilul pe „*calea cea bună*”, copilul nu a ascultat de sfaturile lor. Este posibil ca adolescentul să interpreteze această furie ca o respingere și o lipsă de afecțiune. Amândouă părțile pot vedea un adversar în celălalt, ceea ce reduce drastic posibilitatea ca ei să poarte un dialog constructiv.

Prin reformulare se schimbă sentimentele de la furie, rănire și ceartă (negative) în sentimente de grijă și îngrijorare (pozitive); consilierul trebuie să reformuleze realitatea într-o manieră pozitivă și astfel, poate spune părintelui: „*Observ cât de îngrijorat sunteți pentru fiul dumneavoastră. Știu cât de mult țineți la el și de ceea sunteți atât de frustrat când vedeți cum își face singur rău*”.

Prin această intervenție, consilierul schimbă percepțiile părintelui de la furie la îngrijorare. În mod tipic, majoritatea părinților vor răspunde: „*Sunt foarte îngrijorat. Vreau să se descurce și să aibă succes în viață*”. Când tânărul aude îngrijorarea părintelui, poate începe să se simtă mai puțin respins. În loc să îl respingă, părintele își exprimă acum îngrijorarea, grija și sprijinul pentru copil. Prin urmare, dând o semnificație pozitivă realității, consilierul transformă o relație de adversari dintre părinte/părinți și adolescent, creând premisele pentru apariția unor noi canale de comunicare și pentru realizarea unor noi interacțiuni între ei.

Reformularea este printre intervențiile cele mai sigure (eficiente) în TSFSD și, prin urmare, consilierul aflat în supervizare este încurajat să o folosească foarte des, în special în situațiile conflictuale, deoarece este o intervenție care de obicei nu cauzează relației terapeutice.

Afectul: Crearea oportunităților pentru noile modalități de comportament

În TSFSD, consilierii sunt interesați de afect (un sentiment sau o emoție) așa cum se reflectă din interacțiuni. Strategia terapeutică este aceea de a folosi emoția drept o oportunitate de „*a muta*” familia către un set nou de interacțiuni, mai adaptabil. O modalitate eficientă de a lucra cu emoția se regăsește în următorul exemplu. Dacă mama plânge, consilierul poate sugera tânărului dependent de droguri: „*Roag-o pe mama ta să îți vorbească despre lacrimile ei*”. O alternativă ar fi: „*Ce crezi că încearcă să îți spună lacrimile mamei?*”. Dacă tânărul răspunde „*Cred că este ...*”, consilierul va continua cu o directivă tânărului: „*Întreab-o pe mama ta dacă ceea ce crezi tu că înseamnă lacrimile ei este motivul pentru care plânge*”. Astfel, plânsul este folosit pentru a iniția o interacțiune între membrii familiei, care recunosc nu doar emoția prin plâns, ci de asemenea experiența care subliniază plânsul. Cu alte cuvinte, plânsul este folosit pentru a introduce interacțiunile care arată respect pentru emoție și de asemenea pentru a înlesni un nivel de înțelegere mai profund între membrii familiei.

Într-un alt exemplu, o adolescentă dependentă de droguri și familia sa vin la prima lor ședință de terapie. Părinții își descriu fiica drept neascultătoare, rebelă și nerespectuoasă – o fată care își distruge viața și nu ajunge nicăieri. Ei sunt supărați pe ea, au o atitudine de respingere și o acuză pentru toate necazurile din familie. Această familie este „*blocată*”, nu știe ce să facă cu fata, iar această incapacitate de a lua o decizie se bazează pe percepția pe care și-au format-o despre ea și comportamentul ei. Pentru „*a deschide*” familia să încerce noi moduri de a comunica cu tânăra, consilierul trebuie să prezinte un nou „*cadru*” sau perspectivă care va determina familia să reacționeze diferit. Consilierul trebuie să transmită familiei că adolescenta își dă seama cât de frustrați și exasperați sunt părinții ei: „*părerea mea ca specialist este că problema principală a fetei dumneavoastră este că ea se simte foarte deprimată și că este atât de îndurerată încât nu știe cum să treacă peste acest lucru*”. Reformularea este un instrument practic folosit pentru a stimula o schimbare în interacțiunile familiei. În acest nou cadru, familia poate fi acum capabilă să se comporte mai adecvat cu adolescenta, să comunice mai natural și mai atent cu aceasta. Relațiile mai bune din cadrul familiei va face ca părinții să discute mai ușor despre dependența de

droguri a fetei, despre problemele care o pot conduce la consumul de droguri și își va dezvolta o strategie de familie pentru a ajuta adolescența să reducă consumul de droguri.

4.2.3. Inversarea

Când folosește tehnica numită „*inversare*”, consilierul schimbă modelul de interacțiune obișnuit prin antrenarea unui membru al familiei în a face și a spune opusul a ceea ce ar spune în mod normal. Astfel, se rupe modelul rigid de interacțiune anterior, care amplifică și menține simptomele, în timp ce permite alternativelor să apară. Dacă o adolescentă se înfurie când o cicălește tatăl său și îi răspunde țipând, tatăl și fiica încep să se certe. Prin această tehnică de „*inversare*” tatăl va învăța cum să-i răspundă diferit fiicei sale: „*Rachel, te iubesc când te enervezi așa*” sau „*Rachel, mă sperii când te enervezi așa*”. Inversările determină membrii familiei să interacționeze diferit decât o făceau atunci când familia a început să aibă probleme.

4.2.4. Lucrul cu granițe și alianțe

Este posibil ca anumite alianțe să fie adaptabile. Spre exemplu, când părinții se aliază, vor fi într-o poziție mai bună de a se confrunta cu comportamentele problematice ale adolescentului. Totuși, când o alianță se formează între părinte și unul din copii împotriva celuilalt părinte, este posibil ca familia să aibă probleme, în special cu comportamentul antisocial al adolescentului. Un adolescent care se aliază cu unul dintre părinți are o mare putere de influență în cadrul sistemului familiei și va fi dificil să i se limiteze comportamentul problematic. În acest sens, un obiectiv important al terapiei este de a rearanja alianțele.

O determinantă importantă a alianțelor dintre membrii familiei este bariera psihologică între ei, sau granița metaforică care distinge un membru al familiei de altul. Consilierii au ca scop în cadrul terapiei ca între membrii familiei să existe granițe clare astfel încât să existe intimitate și independență față de ceilalți membri ai familiei. Totuși, aceste granițe nu trebuie să fie rigide. Prin schimbarea granițelor, consilierul schimbă alianțele neadaptative de-a lungul generațiilor (de exemplu, între părinți și copil). Spre exemplu, într-o familie în care mama și fiica se aliază și se sprijină reciproc în aproape toate problemele în timp ce tatăl este exclus, e posibil ca mama să nu mai aibă destulă putere să-și controleze fiica atunci când aceasta ajunge la adolescență. În acest caz, trebuie restabilită alianța dintre mamă și tată, în timp ce coaliția dintre mamă și fată trebuie eliminată.

Unul din scopurile terapiei este acela de a schimba alianțele care există în familie pentru a se reface balanța puterii părinților sau tutorilor astfel încât ei să-și poată exercita rolul de conducere în familie și de control al comportamentul fiicei lor. Acest schimb de alianțe se realizează treptat, cu subtilitate și cu delicatețe. Decât să confrunte în mod direct alianța dintre mamă și fiică, de exemplu, consilierul poate mai degrabă să înceapă prin încurajarea tatălui să stabilească unele forme de interacțiune cu fiica sa.

Schimbarea granițelor se poate face în două sensuri: în timp ce unele granițe trebuie lărgite, altele trebuie întărite. Lărgirea granițelor relaxează relațiile din familie (spre exemplu, tatăl și fiica

să se apropie). Acest lucru va duce la găsirea unor zone de interes comun între ei și îi va încuraja să se apropie mai mult. Spre exemplu, în cazul unui adolescent atașat de mamă consilierul îl poate direcționa pe tată să se implice într-o activitate împreună cu fiul său (spre exemplu să meargă regulat la fotbal sau la pescuit). În plus, în cadrul sesiunilor terapeutice, consilierul poate să invite un membru al familiei să se așeze pe scaun lângă un alt membru al familiei cu care nu are o alianță, pentru a ajuta întărirea unor alianțe și slăbirea altora.

Pe lângă apropierea membrilor familiei, consilierul poate fi nevoit să întărească granițele dintre membrii familiei aliați pentru a crea mai multă detașare. Un exemplu este sistemul parental mamă–bunică, în care bunica permite folosirea drogurilor de către nepot prin protejarea lui față de încercările mamei de a impune limite. În loc să confrunte alianța bunică–adolescent în mod direct, consilierul trebuie mai întâi să încurajeze mama și bunica să conceapă un set de reguli și responsabilități pentru adolescent. Acest proces de concepere de reguli, de obicei, cere părintelui să rezolve unele conflicte nerezolvate în raportul lor, fără ca consilierul să trebuiască să se adreseze relației în mod direct. Acest lucru apropie mama de bunică și distanțează bunica de adolescent, rearanjând ierarhia în familie și restructurând sistemul.

Trebuie menționat că, în acest caz, consilierul urmează conținutul familiei (bunica ascunzând folosirea drogurilor de către adolescent față de mamă) ca o manevră de a schimba natura interacțiunii între mamă și bunică, de la o relație de adversari la una în care sunt de acord într-un punct. Folosirea drogurilor de către adolescent oferă motivul pentru a întări granițele dintre generații și de a slăbi granițele dintre figurile paterne.

În mod clar, aducerea mamei și a bunicii împreună la masa negocierilor este doar o etapă intermediară. După aceasta, începe munca cea mai grea, aceea de a ajuta mama și bunica să negocieze resentimentele și supărările adânc fixate una împotriva celeilalte. Deoarece consilierul urmează o abordare centrată pe problemă, nu încearcă să rezolve toate problemele pe care le au membrii familiei. În schimb, consilierul poate încerca să rezolve doar acele aspecte legate de dificultățile dintre ei, care interferează cu abilitatea lor de a rezolva problemele pe care le au cu adolescentul în familie.

Contractul comportamental ca o strategie pentru stabilirea granițelor atât pentru părinte, cât și pentru adolescent

Dintr-o perspectivă a procesului, stabilirea unor reguli și consecințe clare ajută la stabilirea granițelor între părinte/părinți și copil/ copiii. Uneori, când un părinte și un adolescent au o relație conflictuală foarte intensă, în care există un conflict constant referitor la încălcarea regulilor, regulile și consecințele lor sunt vagi și există o lipsă considerabilă de consistență în aplicarea lor. În aceste cazuri, se recomandă contractul comportamental pentru a ajuta părinții și adolescentul să fie de acord cu un set de reguli și cu consecințele ce rezultă dacă acesta nu le respectă. Consilierul încurajează părintele/părinții și adolescentul să negocieze un set de reguli clar

formulate și executorii și încurajează ambele părți să se angajeze să mențină și să urmeze aceste reguli.

Încurajarea părinților să folosească acest contract comportamental pentru a stabili granițele dintre ei în relația cu adolescentul are mare valoare terapeutică. Părinții care au stabilit reguli nu mai sunt răspunzători de comportamentul neadecvat al adolescentului în funcție de ceea ce simt la momentul respectiv (neglijență, oboseală, frustrare, furie). Părinții și-au luat angajamentul să răspundă în funcție de regulile convenite. Conform acestei abordări terapeutice, este foarte important pentru consilier să înceapă să ajute părinții să dezvolte reguli adecvate cu copiii lor adolescenți care au probleme de comportament.

În familiile care au probleme cu granițele, cea mai grea sarcină a consilierului este aceea de a determina părinții să respecte contractul. Consilierii se așteaptă ca adolescentul să nu respecte partea lui de contract și să încerce să testeze dacă părinții săi vor încerca să respecte partea lor de contract. Când adolescentul nu se poartă corespunzător, părinții tind să se comporte în modul lor obișnuit, care poate fi o reacție la modul cum se simt ei la momentul respectiv. Sarcina consilierului este aceea de a determina părinții să susțină partea lor din contract. Odată ce părinții au stabilit limite cu copiii lor adolescenți, comportamentele necorespunzătoare se reduc imediat. Desigur, uneori regulile și consecințele trebuie să fie renegociate pentru ca părinții și adolescenții să înceapă să dobândească experiență cu noțiunea de reguli de întărire și consecințe.

Granițe între familie și lumea exterioară

Este important să înțelegem nu doar natura alianțelor și granițelor care apar în cadrul familiei, dar, de asemenea, să înțelegem granițele care există între familie și lumea exterioară. (vezi capitolul 3 despre contextul vieții sociale).

Unele familii au granițe foarte rigide, împiedicând interacțiunea cu lumea exterioară. Alte familii au granițe foarte slabe care permit persoanelor din exterior să aibă o influență excesivă asupra membrilor familiei. În fiecare dintre aceste situații problematice este oportună intervenția TSFSD. De exemplu, dacă părinții nu sunt implicați în activitatea școlară a copiilor sau nu le cunosc prietenii (granițe rigide), consilierul poate interveni pentru a determina părinții să se implice mai mult în viața școlară a copilului lor și să interacționeze mai mult cu prietenii acestuia.

4.2.5. Detriangularea

Așa cum s-a menționat mai devreme, triunghiurile apar când o terță persoană, de obicei mai puțin puternică, este implicată într-un conflict între ceilalți doi. Este un concept de bază a TSFSD că singurul mod în care conflictul dintre două persoane (numit „diadă”) poate fi rezolvat este menținerea conflictului între ele. Aducerea unei a treia persoane și formarea unui triunghi devine un obstacol în rezolvarea conflictului. A treia persoană este de obicei atrasă în coaliție cu una dintre părțile aflate în conflict și împotriva celeilalte. Coaliția rezultă dintr-un dezechilibru în diada

originară. Problemele implicate în conflict sunt mai degrabă ocolite prin a treia persoană decât înfruntate în mod direct. De exemplu, când părinții se ceartă, tatăl poate ataca adolescentul răzbunându-se pentru comportamentul mamei (sau încearcă să capete sprijinul tânărului pentru partea sa de discuție) în loc să-și exprime furia direct către mamă. Astfel de adolescenți, prinși în triunghi, sunt de obicei învinuiți pentru problemele de familie, pot deveni pacienți și pot dezvolta simptome ca consumul de droguri.

Deoarece triangularea împiedică părțile implicate să-și rezolve conflictele, scopul terapiei este acela de a rupe triunghiul. Detriangularea permite părinților aflați în conflict să-și discute direct și mai eficient problemele și sentimentele. Detriangularea îl eliberează de asemenea pe adolescent, acesta nemaifiind folosit ca porțiță de scăpare pentru problemele părinților.

Unul din modurile în care consilierul realizează detriangularea este prin împiedicarea celei de-a treia părți (adolescentul) să participe la discuțiile dintre cei doi sau chiar să nu participe la ședință de terapie, astfel încât cele două părți aflate în conflict să poată lucra asupra problemelor lor fără intermediari. Spre exemplu, când se lucrează cu o familie în care fiul este nerespectuos de fiecare dată când părinții săi încep să se certe, consilierul poate instrui părinții să-și ignore fiul și să-și continue discuția. Dacă comportamentul neadecvat al fiului devine imposibil de stăpânit, consilierul poate ruga fiul să părăsească încăperea astfel încât părinții să se poată certa fără ca fiul să intervină. Eventual, consilierul va cere părinților să colaboreze în controlarea fiului.

Încercările familiei de a introduce în triunghi consilierul

Triangulația nu trebuie să implice în mod necesar doar membrii familiei, uneori chiar consilierul poate deveni parte a unui triunghi. În mod frecvent familia încearcă să-l determine pe consilier să se alieze cu unul din membrii familiei împotriva altuia. De exemplu, un membru al familiei ar putea spune consilierului: *„Este adevărat că eu am dreptate și că el greșește?”* *„Tu știi mai bine, spune-i tu.”* *„Am avut această discuție aseară și i-am spus că ai zis ...”*

Triangulația este întotdeauna o formă de evitare a conflictului. Indiferent dacă consilierul sau un membru al familiei este cel inclus în triunghi, triangulația împiedică doi membri ai familiei aflați în conflict să ajungă la o soluție. Singurul mod în care doi membri ai familiei pot rezolva conflictul dintre ei este de a discuta față în față.

Un motiv important pentru care consilierul nu trebuie să fie prins în triunghi este acela că o persoană din mijlocul triunghiului fie își pierde puterea, fie devine simptomatică. În cazul consilierului, *„simptomul”* pe care acesta îl dezvoltă îl face inefficient ca consilier, deoarece libertatea sa de mișcare (de exemplu, schimbarea alianțelor, alegerea celui căruia să i se adreseze etc.) a fost restricționată. Dacă consilierul nu este capabil să iasă din triunghi, este învins și nu are nicio șansă să fie eficient, indiferent de ceea ce spune sau face.

Când un membru al familiei încearcă să introducă în triunghi consilierul, acesta trebuie să aducă conflictul înapoi la persoanele implicate. Spre exemplu, consilierul poate spune: *„În fine, contează mai puțin ceea ce cred eu. Ceea ce contează acum este să cădeți la o înțelegere. Eu sunt aici să*

vă ajut să vorbiți, să negociați, să vă ascultați unul pe celălalt și să ajungeți la o înțelegere.” Astfel, consilierul plasează probleme înapoi în familie. Consilierul poate să răspundă: „Înțeleg cât de greu vă este, dar este fiul dumneavoastră și trebuie să ajungeți la un compromis unul cu celălalt, nu cu mine.”

4.2.6. Deschiderea sistemelor închise

Famiiliile în care conflictele nu sunt exprimate deschis au nevoie de ajutor în discutarea conflictului, astfel încât să se poată negocia schimbarea. Uneori, un consilier poate lucra cu un membru al familiei care are un conflict neexprimat sau implicit, și-l poate ajuta să discute problema astfel încât să fie rezolvată. Acest lucru scoate la iveală conflicte și facilitează rezolvarea lor prin intensificarea și axarea pe probleme emoționale ascunse. În familiile cu adolescenți care consumă droguri, un exemplu tipic de conflict neexprimat și suprimat implică tați detașați, care tind să nege sau să evite orice discuție despre problemele tinerilor. Atunci când un adolescent urșuz sau îmbufnat este rugat să spună ce îl frământă de fiecare dată când trebuie să interacționeze cu tatăl său, îl poate ajuta pe tată să-și învingă temerile și să reușească să comunice cu fiul său într-un mod pozitiv.

4.2.7. Sarcini

Folosirea „sarcinilor” sau temelor **este centrală în lucrul cu familiile**. Consilierul folosește sarcini atât în timpul, cât și în afara sesiunilor terapeutice ca instrument de bază pentru schimbare. Deoarece în TSFSD accentul se pune pe promovarea capacităților membrilor familiei la ambele niveluri de comportamente individuale și în interacțiunile familiei, sarcinile servesc ca vehicul prin care consilierii construiesc oportunități de schimbare.

Exemplul în care mama și fiul au fost inițial aliați și tatăl a fost lăsat în afara alianței, tatăl și fiul au primit sarcina de a negocia împreună pentru a defini un set de reguli cu privire la tipurile de comportamente pe care le-ar permite fiului și consecințele pe care le-ar atribui comportamentului neadecvat al acestuia.

Regulă generală

Ca regulă generală, consilierul atribuie prima sarcină familiei în ședința de terapie, pentru ca să poată observa și ajuta familia să îndeplinească cu succes sarcina. Doar după ce sarcina a fost îndeplinită cu succes în cadrul sesiunii, consilierul poate da o sarcină similară familiei pentru a fi îndeplinită în afara terapiei.

În plus, scopul consilierului este de a furniza familiei o experiență de succes. Prin urmare, consilierul trebuie să încerce să atribuie sarcini realizabile în fiecare etapă a procesului

terapeutic, începând de la sarcini ușoare până la cele mai dificile, construind ușor o bază de succese cu familia înainte de a încerca mișcări de restructurare într-adevăr dificile.

Sperați ce a mai bine; fiți pregătiți pentru ce e mai rău

Consilierul nu trebuie să se aștepte ca familia să îndeplinească cu succes sarcinile atribuite, pentru că, de fapt, dacă ar reuși acest lucru, ei nu ar mai avea nevoie de terapie. Atunci când atribuie sarcinile, consilierul trebuie să spera întotdeauna că acestea vor fi îndeplinite cu succes, dar să fie pregătiți pentru ce e mai rău. La urma urmei, o sarcină reprezintă un nou mod de comportare pentru familie, iar o sarcină poate părea dificilă pentru că membrii ei s-au obișnuit ani întregi cu modurile vechi de comportament.

Pe măsură ce familia încearcă să îndeplinească o sarcină, consilierul trebuie să o ajute să treacă peste potențialele obstacole. Totuși, în ciuda tuturor eforturilor consilierului, sarcina nu este mereu îndeplinită. Rolul consilierului este aceea de a observa, de a descoperi ce s-a întâmplat și de a identifica obstacolele care au împiedicat familia să realizeze sarcina. Când o sarcină eșuează, consilierul o ia de la capăt pentru a depăși noile obstacole, totuși, aceste încercări eșuate sunt o sursă importantă de informații noi cu privire la interacțiunile care împiedică o familie să funcționeze optim.

Prima sarcină pe care consilierii o dau familiei este aceea de a aduce pe toată lumea la ședința de terapie. Consilierul care lucrează cu tinerii-problemă și familiile lor știe foarte bine că majoritatea celor care au nevoie de terapie nu ajung niciodată la prima ședință. Prin urmare, aceste familii nu au reușit să îndeplinească prima sarcină primită, aceea de a veni la terapie. Această sarcină, numită angajament, este atât de importantă încât i-am dedicat următorul capitol.

CAPITOLUL 5

IMPLICARE FAMILIEI ÎN TERAPIE

Capitolele anterioare au descris conceptele de bază ale Terapiei Strategice de Familie de Scurtă Durată:

- cum se identifică și să diagnostichează interacțiunile neadaptative;
- care sunt relațiile acestora cu simptomele;
- caracteristica strategiilor de intervenție ale acestei abordări.

Aceste concepte stau la baza tehnicilor care sunt folosite pentru a implica în terapie familiile rezistente. Capitolul 5 definește, în termenii sistemelor, natura rezistenței la terapie și redefiniște alăturarea consilierului la familie, diagnosticarea și restructurarea intervențiilor, într-un mod care ia în considerare modelele de interacțiune care împiedică familiile să intre în terapie.

5.1. PROBLEMA

Indiferent de orientarea profesională sau de locul și modul în care practică, toți consilierii au avut experiența dezamăgitoare și frustrantă de a întâlni „*rezistența la terapie*” în forma ratărilor sau anulărilor primelor întâlniri. Pentru consilieri, acest lucru devine o problemă obișnuită, dar complexă, deoarece trebuie implicat mai mult de un individ în terapie pentru ca acesta să aibă succes.

Din nefericire, unii consilieri manevrează cu dificultate problemele legate de angajament și acceptă rezistența unor membri ai familiei. Astfel, consilierul este de acord cu aprecierea familiei că doar un membru este bolnav și are nevoie de terapie. În consecință, consilierul bine intenționat inițial acceptă în terapie doar unul sau doi membri ai familiei. Aceste persoane care vin la terapie sunt de obicei adolescentul și mama. În acest fel, consilierul a fost cooptat în procesul disfuncțional al familiei.

În acest fel, consilierul nu a acceptat doar definiția dată problemei de către familie, ci a acceptat ideile familiei despre pacientul identificat. Când consilierul este de acord să vadă doar unul sau doi membri ai familiei, în loc să provoace modelele de interacțiune ale familiei care nu se adaptează și care i-au ținut la distanță pe ceilalți membri, reîntărește acele modele ale familiei. În exemplul în care mama și fiul sunt aliați împotriva tatălui, dacă consilierul acceptă mama și fiul la terapie, reîntărește detașarea figurii paterne.

La un nivel mai complex, apar implicații clinice serioase atunci când consilierul acceptă versiunea familiei în legătură cu problema. În acest fel, consilierul își pierde poziția de expert și lider. Dacă

consilierul acceptă opinia familiei în legătură cu „*cine este problema*”, familia va percepe expertiza și capacitatea consilierului de a nu înțelege probleme mai mari decât ale ei. Credibilitatea consilierului ca ajutător și percepția competenței sale de către familie vor fi în joc. Unii membri ai familiei pot percepe consilierul ca incapabil de a aduce status quo-ul în familie, deoarece, de fapt, acesta a eșuat să realizeze prima sarcină și să definească reformularea problemei.

Când consilierul este de acord să primească în terapie doar o parte a familiei, atunci s-a predat autorității acesteia prea repede și poate fi incapabil să direcționeze schimbarea și să se miște liber de la un membru al familiei la altul. Prin urmare, începând terapia doar cu o parte a familiei, membrii familiei excluși pot vedea consilierul ca făcând parte dintr-o coaliție cu membrii familiei care au participat de la început la terapie. Prin urmare, cei care nu au urmat ședințele inițiale pot ajunge să nu aibă niciodată încredere în terapeut. Astfel consilierul nu va fi capabil să observe sistemul ca întreg așa cum funcționează de obicei acasă, iar membrii familiei care nu au fost implicați în terapie de la început nu vor avea destulă încredere în consilier pentru a se comporta în mod firesc. Consilierul va lucra cu familia doar câte un aspect legat de interacțiunea familială tipică.

Unii consilieri răspund rezistenței unor membri ai familiei de a urma terapia, fiind de acord să-i vadă doar pe cei care doresc să vină. Alți consilieri adoptă o atitudine distantă spunând: „*Sunt prea multe familii motivate care așteaptă ajutorul. Familiile care opun rezistență vor suna când simt în sfârșit nevoia; nu trebuie să fii implicat într-un conflict de putere.*” Realitatea este că aceste familii care opun rezistență nu vor veni la terapie singure. Ironic, familiile care au nevoie cel mai mult de terapie sunt acele familii ale căror modele și obiceiuri interferează cu capacitatea lor de a primi ajutor.

Modalități de abordare a rezistenței față de intrarea în terapie

Când unii membri ai familiei refuză să vină la terapie, consilierul trebuie să descopere motivele. În majoritatea cazurilor, când un părinte¹ a contactat consilierul cerând ajutor, acel părinte nu este destul de puternic pentru a aduce adolescentul la terapie. Dacă consilierul dorește să consilieze familia, va trebui să admită că tânărul (sau figura părintească care nu cooperează) este cea mai puternică persoană din familie. Odată ce este înțeles motivul pentru care nu a venit întreaga familie la terapie, consilierul se poate inspira din conceptul de urmărire (așa cum este definit în Capitolul 4) pentru a găsi o modalitate directă de a ajunge la această persoană puternică și de a negocia cu aceasta un contract terapeutic.

În această etapă, consilierii nu trebuie să se descurajeze, misiunea lor fiind de a identifica obstacolele cu care se confruntă familia, ajutând-o să le depășească. Este esențial să ții-neți cont că familia dorește să fie consiliată deoarece nu este capabilă să depășească singură un obstacol. Sarcinile eșuate, cum ar fi neprezentarea întregii familii la terapie, tind să fie o sursă de informații

¹ Amintim cititorului că termenii „mamă”, „tată” și „părinte” se referă și la celelalte figuri părintești.

noi și importante cu privire la motivele pentru care membrii familiei nu pot face ceea ce este bine pentru ei. Cea mai importantă întrebare în terapie este: „*Ce s-a întâmplat, ce nu va putea permite anumitor familii să facă ce poate fi mai bine pentru ele?*”

Încercând să angajeze familia în terapie, consilierul trebuie să aplice conceptul de modele neadaptative repetitive de interacțiune care sporesc și mențin simptomele problemei de rezistență de a intra în terapie. Aceleași principii care se aplică înțelegerii funcționării familiei și terapia familiei se aplică de asemenea în înțelegerea și tratarea rezistenței familiei de a intra în terapie. Când familia dorește să scape de simptomele tinerilor care folosesc droguri prin căutarea unui ajutor profesionist, aceleași modele interactive care o împiedică să scape de simptomele adolescentului împiedică familia să găsească ajutor. Termenul „*rezistență*” este folosit pentru a face referire la modelele interactive neadaptative care împiedică familiile să intre în terapie. Dintr-o perspectivă a sistemelor de familie, rezistența nu este altceva decât afișarea incapacității familiei de a se adapta eficient situației existente și de a colabora unul cu celălalt pentru a căuta ajutor. Prin urmare, cheia eliminării rezistenței la terapie constă în schimbarea modelelor de interacțiune ale familiei; dacă se depășește rezistența în modelele de interacțiune, atunci familia va veni la terapie.

Sarcinile joacă un rol vital în depășirea modelelor de rezistență ale interacțiunii familiei, deoarece ele sunt singurele intervenții folosite în afara sesiunii terapeutice. Din acest motiv, sarcinile se dau în mod special în timpul perioadei de angajare, când familia face mari eforturi de a depăși rezistența la terapie și trebuie discutate în afara biroului – în mod evident – deoarece familia nu a venit încă.

Sarcina centrală în jurul căreia este organizat angajamentul este aceea de a determina toată familia să vină la terapie. Prin urmare, în angajament, consilierul atribuie sarcini care implică tot ceea ce trebuie făcut pentru a aduce familia la terapie. Spre exemplu, tatăl contactează consilierul și îi cere ajutorul pentru fiul său care consumă droguri. Consilierul îi sugerează tatălui că ar trebui să aducă întreaga familie la terapie, astfel încât să poată implica toți membrii acesteia în rezolvarea problemei. Tatăl răspunde că fiul său nu va veni niciodată la terapie și că nu știe ce să facă. Prima sarcină pe care consilierul o poate atribui tatălui este aceea de a vorbi cu soția sa și de a o implica în efortul de a-l aduce pe fiul lor la terapie.

5.2. SARCINA DE A VENI LA TERAPIE

Cazul simplu. Consilierul îi dă sarcina de a aduce întreaga familie la terapie membrului familiei care cere ajutorul. Consilierul îi explică de ce este necesar ca toată familia să fie prezentă și promite să sprijine familia pe măsură ce lucrează la această sarcină. Deseori acest lucru este suficient pentru ca familia să vină la terapie. În mod obișnuit, oamenii nu solicită terapie de familie deoarece această abordare terapeutică nu este suficient cunoscută și astfel, persoanele cu probleme nu se gândesc la o rezolvare prin terapie.

Frica, un obstacol care poate fi depășit cu ușurință. Uneori, membrii familiei se tem de ceea ce se va întâmpla în cadrul terapiei. Unele din aceste temeri pot fi reale, altele pot fi doar imaginate, dar frecvent familiile au nevoie de câteva sfaturi de reasigurare pentru a-și depăși temerile. Astfel de temeri pot include: „Mă vor ataca din toate părțile” sau „Toată lumea va ști ce ratat sunt”. Odată ce membrii familiei au fost ajutați să-și depășească temerile, vor fi gata să intre în terapie.

Sarcina de a schimba modul în care membrii familiei se poartă unul cu celălalt. Frecvent, o simplă clarificare și reasigurare nu sunt suficiente pentru a mobiliza o familie. Acesta este punctul în care este important ca consilierul să se alăture familiei, să formuleze un diagnostic și să aplice strategiile de restructurare pentru a implica toți membrii în terapie. Consilierul trebuie să prescrie sarcini pentru membrii familiei care doresc să vină la terapie. Aceste sarcini trebuie să provoace modurile în care membrii familiei interacționează atunci când discută dacă să vină sau nu la terapie. În procesul de îndeplinire a acestor sarcini, va ieși la iveală rezistența familiei. Când acest lucru se întâmplă, consilierul va avea informația de diagnostic de care are nevoie pentru a lucra cu modelele de interacțiune ale familiei care mențin simptomele de rezistență. Odată ce aceste modele se schimbă, familia va veni la terapie.

Nu ar trebui să fie o surpriză că familiile nu reușesc să-i aducă pe toți membrii la terapie. De fapt, rolul consilierului este acela de a ajuta familiile să îndeplinească sarcini pe care nu sunt capabile să le realizeze singure. Așa cum s-a discutat mai înainte, când se atribuie orice fel de sarcină, consilierul trebuie să se aștepte ca sarcina să nu fie dusă la bun sfârșit, cum este cazul în care familia este rugată să realizeze sarcina de a veni împreună la terapie.

Despre alăturare, diagnosticare și restructurare tehnicilor angajamentului familiilor care opun rezistență vom discuta separat mai jos. Totuși, aceste tehnici sunt folosite simultan pe perioada implicării și pe perioada terapiei.

Alăturarea

Alăturarea consilierului la familiile care opun rezistență începe de la primul contact cu membrul familiei care cere ajutorul și continuă prin stabilirea relației cu întreaga familie.

În cazul familiilor rezistente, tehnicile de alăturare descrise anterior trebuie să fie adaptate acestei faze a terapiei. Spre exemplu, atragerea membrilor familiei care opun rezistență se face prin intermediul persoanei care a solicitat inițial ajutor și oricare alt membru al familiei care poate fi implicat în procesul de aducere a familiei la terapie. Consilierul implică treptat familia prin „urmărirea” de la primul membru al familiei la următorul membru al familiei disponibil, la următorul și tot așa. Această urmărire sau atragere este făcută fără provocarea modelelor de interacțiune ale familiei. Deseori, atragerea se realizează prin câștigarea acceptului unui membru al familiei de a ajunge la ceilalți.

Stabilirea unei alianțe terapeutice

Un mod eficient pentru consilier de a stabili o alianță terapeutică, este acela de a le spune membrilor familiei care opun rezistență, că știe că vor să-și rezolve problemele și că și el vrea același lucru. Trebuie recunoscut totuși, că fiecare membru al familiei poate vedea problema diferit. Spre exemplu, mama poate dori să-l determine pe fiul ei să se lase de droguri, în timp ce fiul poate dori liniște acasă.

Alianța terapeutică se construiește în jurul scopurilor individuale pe care membrii familiei le pot atinge în terapie. În mod ideal, consilierul și membrii familiei sunt de acord asupra țintei iar terapia este concepută în vederea realizării aceluși scop. Totuși, în familiile în care membrii sunt în conflict cu privire la scopuri, este necesar să se găsească ceva pentru fiecare dintre ei pentru a realiza terapia. Spre exemplu, consilierul poate spune mamei că terapia poate să îi ajute fiul să renunțe la droguri, fiului că terapia poate să îl ajute să scape de cicăleala mamei și să o determine pe aceasta să nu îl mai cicălească, iar tatălui că terapia poate pune punct rolului său de „băiatul rău”. În fiecare caz, consilierul poate oferi ajutor ca un mijloc pentru ca fiecare membru să-și poată realiza scopul personal.

În implicarea familiilor care opun rezistență, consilierul lucrează inițial cu și prin unul sau câțiva membri ai familiei. Deoarece întreaga familie nu este disponibilă inițial, consilierul va trebui să formeze o legătură cu persoana care a cerut ajutorul și orice alt membru al familiei care se arată a fi disponibil. Totuși, această fază de implicare timpurie se axează strict pe lucrul cu aceste persoane pentru a aduce schimbările necesare pentru a implica întreaga familie în terapie. Accentul nu trebuie să cadă pe discuția despre problemă ci mai degrabă pe modalitatea de a aduce pe toată lumea la terapie. Folosind persoana de contact drept „vehicul” (prin urmărire) pentru alăturarea cu alți membri ai familiei, consilierul poate stabili eventual o alianță terapeutică cu fiecare membru al familiei și astfel să implice întreaga familie.

5.3. DIAGNOSTICAREA INTERACȚIUNILOR CARE ÎMPIEDICĂ FAMILIA SĂ VINĂ LA TERAPIE

Scopul diagnosticului este de a identifica acele modele de interacțiune care mențin rezistența. Totuși, deoarece nu este posibil să se observe întreaga familie, consilierul va lucra cu o informație limitată pentru a diagnostica acele modele de interacțiune care mențin rezistența.

Pentru a identifica modelele neadaptative care mențin rezistența, se pune un diagnostic (se emite o ipoteză) de la primul contact telefonic. Deoarece nu este posibil să se observe modalitățile de interacțiune ale membrilor familiei înainte ca aceștia să intre în terapie, ipoteza emisă inițial se poate modifica după ce au fost strânse mai multe informații despre familie.

La primul contact telefonic, consilierul pune cât mai multe întrebări, astfel încât să poată formula o ipoteză în legătură cu modelele de interacțiune ale familiei. Spre exemplu, consilierul întreabă: „L-ați rugat pe soțul dumneavoastră să vină la terapie?” „Ce se întâmplă când îl rugați să vină la terapie?” „Ce faceți când se înfurie pe dumneavoastră pentru că îl rugați să vină la terapie?” Prin

aceste întrebări, consilierul încearcă să identifice interacțiunea dintre soți care contribuie la opunerea rezistenței. Spre exemplu, este posibil ca soția să roage soțul să vină la terapie într-un mod acuzator, care îi provoacă furia: „Este vina ta că fiul tău are probleme deoarece **tu ești bolnav. Trebuie să mergi la terapie.**”

Așa cum am menționat mai sus, consilierii nu trebuie să se bazeze pe tot ceea ce le spun membrii familiei deoarece fiecare membru are punctul său de vedere și probabil nu poate oferi o informație obiectivă despre funcționarea familiei. Totuși, când consilierii au acces la o singură persoană, ei muncesc cu acea persoană, strict în scopul de a o implica în terapie.

În al doilea rând, consilierii studiază sistemul prin care familia se opune terapiei. Acest lucru se face punând întrebări de explorare pentru a descoperi rezistențele care împiedică familia să vină la terapie. Spre exemplu, în cazul de mai sus, consilierul poate sugera soției să își roage soțul să vină de dragul ei, nu pentru că este ceva în neregulă cu el. În acel moment, soția poate spune consilierului „Nu pot să-l rog să vină de dragul meu pentru că știu că e prea ocupat să vină la întâlnirile familiei.” Această frază sugerează că soția nu este complet convinsă să își aducă soțul la terapie. Pe de-o parte, ea pretinde că dorește ca el să vină la terapie, dar pe de altă parte caută să-l scuze. Scopul explorării rezistenței, începând cu primul apel telefonic, este acela de a identifica din timp obstacolele care pot împiedica familia să vină la terapie, pentru a le putea preveni.

5.4. COMPLEMENTARITATEA

Complementaritatea sau înțelegerea modului în care „piesele” familiei se potrivesc pentru a opune rezistență.

Ceea ce face posibil acest tip de diagnosticare timpurie este înțelegerea *principiului complementarității*, descris în Capitolul 2. Așa cum este menționat mai sus, pentru ca o familie să funcționeze ca o unitate (chiar dacă nu se adaptează), comportamentul fiecărui membru al familiei trebuie „să se potrivească” cu comportamentul oricărui alt membru al familiei. Prin urmare, pentru fiecare acțiune din cadrul familiei, există o acțiune și o reacție complementară. De exemplu, în cazul opunerii rezistenței, soțul nu dorește să vină la terapie (acțiune) și soția îl scuza pentru faptul că nu a venit la terapie (acțiune complementară). În mod similar, o persoană care apelează la consilier îi spune acestuia că de fiecare dată când ea spune ceva soțului său despre terapie (acțiune), acesta se enervează (reacție complementară). Consilierul trebuie să știe exact care este contribuția soției la această tranzație circulară, adică partea ei în menținerea modelului de rezistență.

5.5. RESTRUCTURAREA REZISTENȚEI

În procesul de implicare a familiilor care opun rezistență, consilierul vede inițial doar unul sau câțiva membri ai familiei. Totuși este posibil ca prin acești indivizi, să apară schimbări pe termen

scurt în modelele de interacțiune, care vor permite familiei să vină la terapie. O mulțime de intervenții care produc schimbări au fost deja descrise în Capitolul 4: reformularea, inversiunile, detriangularea, deschiderea sistemelor închise, schimbarea alianțelor și atribuirea sarcinilor. Consilierul poate folosi toate aceste tehnici pentru a depăși rezistența familiei la terapie. În procesul de implicare a familiilor care opun rezistență, stabilirea sarcinii este utilă în mod special în procesul de restructurare.

Vom analiza în continuare tipurile de familii care opun rezistență, procesul de aducere a familiei în terapie și rolul central pe care sarcinile le pot avea în realizarea acestui scop. Mare parte din munca de terapie cu familiile care opun rezistență, a fost făcută cu structuri în care părinții știau sau bănuiau că adolescentul folosea droguri și că era implicat în comportamente negative asociate, cum ar fi absenteismul școlar, delincvența, cearta și fuga de acasă. Aceste tipuri de familii sunt foarte greu de implicate în terapie. Totuși, exemplele nu pot reprezenta toate tipurile posibile de configurație a modelelor de interacțiune ale familiei care opune rezistență terapiei. Consilierii care lucrează cu alte tipuri de probleme și familii sunt încurajați să revizuiască dosarele cu familiile care se implică cu dificultate în terapie și să identifice rezistențele sistematice la terapie. Astfel pot constata că familiile pe care le au în terapie și opun rezistență sunt asemănătoare celor descrise mai jos și pot găsi diferite modele de rezistență. În orice caz, consilierii vor fi mai bine pregătiți pentru a lucra cu aceste familii dacă înțeleg anumite tipuri de rezistență obișnuită în familiile cu un adolescent ce consumă droguri.

Tipuri de familii care opun rezistență

Sunt patru tipuri generale de modele de interacțiune a familiei care se opun implicării în terapie, frecvent întâlnite în terapia dependenței de droguri la adolescenți. Aceste patru modele sunt discutate mai jos din punctul de vedere al modului în care se manifestă interacțiunea, al modului cum intră în atenția consilierului și cum rezistența poate fi depășită pentru a aduce familia în terapie.

Pacientul dominant identificat

Tipul cel mai frecvent în care familia opune rezistență este caracterizat de un pacient identificat care are o poziție dominantă în familie și pe care părinții nu-l pot influența. Aceasta este o problemă, în special în cazurile care nu ajung în justiție și în care pacientului adolescent identificat nu i se cere să se implice în terapie. Foarte des, părintele unui astfel de pacient va admite că este slab sau ineficient și va spune că fiul sau fiica sa refuză categoric să vină la terapie. Consilierii pot presupune că pacientul identificat opune rezistență terapiei din două motive: îi amenință poziția de putere, iar acordul va întări autoritatea părintelui.

Ca un prim pas în alăturare și urmărirea regulilor familiei, consilierul arată respect adolescentului și se aliază cu acesta. Consilierul va contacta telefonic sau personal adolescentul (poate pe terenul său, cum ar fi după școală, în parc) și va asculta reproșurile acestuia cu privire la părinții

săi iar apoi se va oferi să-l ajute pe tânăr să schimbe situația de acasă, astfel încât părinții să nu îl mai cicălească. Acest lucru nu amenință poziția adolescentului din cadrul familiei și, prin urmare, este posibil să fie acceptat. Consilierul îl tratează cu respect și cu înțelegere pe tânăr și aduce o listă de schimbări pe care adolescentul va dori să o împărtășească prin alianță.

Pentru a aduce familia care opune rezistență la terapie, consilierul nu provoacă în mod direct poziția de putere a tânărului în familie. În schimb, se aliază cu adolescentul astfel încât să poată fi mai târziu în măsură să-l influențeze să își schimbe comportamentul. Inițial, în formarea unei alianțe cu un adolescent puternic, consilierul descrie nevoia de terapie într-o manieră care întărește adolescentul într-un mod pozitiv. Acesta este un exemplu de urmărire – folosire a puterii adolescentului pentru a-l aduce în terapie. Modul de reformulare cel mai util cu adolescenții puternici este acela care transferă simptomul de la un adolescent puternic/pacient identificat la familie. Spre exemplu, consilierul poate spune: „*Vreau să vii la terapie să mă ajuți să schimb anumite lucruri care se petrec în familia ta*”. Mai târziu, odată ce adolescentul vine la terapie, consilierul poate înfrunta poziția de putere a acestuia.

Trebuie notat că, în cazurile în care adolescenții puternici au părinți mai puțin puternici, formarea alianței inițiale cu părinții este posibil să fie inefficientă deoarece părinții nu sunt destul de puternici pentru a-și aduce adolescentul la terapie. Încercările lor eșuate de al aduce la terapie vor face părinții și mai slabi iar familia va eșua să intre în terapie. În plus, este posibil ca tânărul să perceapă consilierul ca fiind un aliat al părinților, ceea ce va determina imediat adolescentul să-și piardă încrederea în consilierul neexperimentat.

Persoana de contact care protejează structura

Al doilea tip de rezistență foarte întâlnit la intrarea în terapie este caracterizat de un părinte care protejează modelele de interacțiune inadapabile ale familiei. În aceste familii, persoana (de obicei mama) care contactează consilierul pentru a cere ajutor este de asemenea persoana care – fără a-și da seama – menține rezistența în familie. Modul în care pacientul identificat este menținut în familie este, de asemenea, modul în care se opune rezistență terapiei. Mama, de exemplu, poate transmite mesaje contradictorii consilierului cum ar fi: „*Vreau să îmi aduc familia la terapie, dar fiul meu nu poate veni la ședință deoarece a uitat și a adormit, iar soțul meu are atât de mult de lucru încât nu are timp.*”

Mama își exprimă dorința de a fi ajutată de consilier în timp ce se protejează și se aliază cu rezistența familiei de a fi implicată în rezolvarea problemei. Mama protejează această rezistență afirmând că scuzele de neimplicare sunt valide. Cu alte cuvinte, ea sprijină argumentele pe care ceilalți membri ai familiei le folosesc pentru a menține status quo-ul. Se observă faptul că, în mod obișnuit același mesaj contradictoriu care apare în familie menține structura simptomatică. Cu alte cuvinte, cineva se plânge cu privire la comportamentul problematic și totuși sprijină menținerea comportamentelor care alimentează problema. Acest model este tipic familiilor în care persoana care contactează consilierul (de exemplu, mama) și pacientul identificat sunt aliați.

Pentru a aduce această familie la terapie, consilierul trebuie mai întâi să formeze o alianță cu mama, prin realizarea frustrării ei în dorința de a fi ajutată și de a coopera cu ceilalți membri ai familiei pentru a obține ajutorul. Prin această alianță, consilierul cere permisiunea mamei de a contacta ceilalți membri ai familiei „*chiar dacă sunt ocupați și consilierul recunoaște cât de greu le este să se implice*”. Cu permisiunea mamei, consilierul îi sună pe ceilalți membri ai familiei și îi separă de mamă cu privire la problema de a veni la terapie. Consilierul își dezvoltă propria sa relație cu ceilalți membri ai familiei atunci când discută despre importanța venirii la terapie. Astfel, consilierul învinge comportamentele protectoare ale mamei. Odată ce familia vine la terapie, comportamentul protectiv exagerat al mamei față de comportamentul neadecvat al adolescentului de către mamă și față de neimplicarea tatălui (și dorința expresă a adolescentului și a tatălui ca ea să îi protejeze în continuare) va fi ținta terapiei, deoarece poate fi, de asemenea, legată de comportamentele-problemă ale adolescentului.

Părintele detașat

Aceste structuri familiale în care un părinte protejează modelele de comportament inadaptable ale familiei sunt caracterizate de capacitatea scăzută sau inexistentă de atașare și lipsa alianței dintre părinți sau figurile părintești ca subsistem. Unul dintre părinți, de obicei tatăl, refuză să vină la terapie. Acesta este un tată tipic, care a rămas detașat de problemele de acasă. Detașarea tatălui nu îl protejează doar de problemele adolescentului, ci îl protejează de înfruntarea relației matrimoniale, care de obicei este cea mai problematică dintre relațiile pe care le evită. În mod obișnuit, mama este implicată (prinsă) prea mult cu pacientul identificat și, fie nu are capacitatea de a ghida tânărul, fie îl sprijină într-un mod ascuns.

De exemplu, dacă tatăl încearcă să controleze comportamentul adolescentului, mama se plânge că el este prea dur sau că îi este frică să nu devină violent². Tatăl nu reacționează față de această caracterizare. Se simte inutil și se distanțează din nou, restabilind detașarea dintre soț și fiu și dintre soț și soție. În această familie, dimensiunea de rezonanță este de o mare importanță în a planifica cum să schimbi familia și cum să o aduci la terapie. Consilierul trebuie să aducă mama mai aproape de tată și să o distanțeze de fiu. Adică, prăpastia dintre părinți trebuie micșorată pentru a-i apropia, iar granița dintre mamă și fiu trebuie întărită pentru a crea distanța dintre ei.

Pentru a implica aceste familii în terapie, consilierul trebuie să formeze o alianță cu persoana care a cerut ajutorul (de obicei mama). Apoi, consilierul trebuie să o ajute pe mamă să își schimbe modelele de interacțiune cu tatăl, pentru a îmbunătăți cooperarea lor, măcar temporar, aducând familia la terapie. Sarcinile date de consilier mamei, trebuie să se axeze strict pe aducerea familiei la terapie și pe îngrijirea de problemele fiului lor. Aceste sarcini inițiale nu trebuie să răscolească conflictul profund al căsniciei. Pentru a atribui sarcina, consilierul trebuie

² Desigur, anumiți tați sunt violenți și frica poate fi justificată. Totuși, chiar în aceste cazuri, tatăl violent trebuie adus la terapie pentru a-și schimba comportamentul și pentru a asigura că părinții colaborează în funcțiile lor de părinți.

să întrebe mama, care crede ea că este motivul real pentru care soțul ei nu vrea să vină la terapie. Odată ce acest motiv este identificat, consilierul o învață pe mamă cum să-l facă pe soțul său să accepte să vină la terapie. De exemplu, dacă nu vrea să vină deoarece a renunțat la fiul său, ea poate fi învățată să îi sugereze că venirea la terapie o va ajuta să facă față situației.

Deși modelul de rezistență este similar cu cel al persoanei de contact care protejează structura, în această circumstanță, rezistența iese la iveală diferit. În acest caz, mama nu scuză distanța tatălui, dimpotrivă, se plânge de dezinteresul manifestat de soț; această mamă este de obicei nerăbdătoare să facă ceva pentru implicarea soțului; ea are nevoie doar de ghidare pentru a o putea face.

Secrete de familiile

Uneori terapia sperie pe unul sau mai mulți indivizi din familie, iar persoanei care se opune să vină la terapie fie îi este teamă să devină nu țapul ispășitor, fie îi este frică de faptul că pot fi revelate secrete periculoase (exemplu, infidelitate). Aceste temeri individuale sau idei preconcepute despre terapie sunt de obicei o extensie a cadrului în care o familie funcționează, adică, este o familie cu secrete.

Consilierul trebuie să reformuleze ideea sau scopul terapiei într-un mod care elimină consecințele negative potențiale și le înlocuiește cu scopuri pozitive. Acest lucru se poate realiza printr-o întâlnire cu persoana care respinge cel mai mult terapia și asigurarea acesteia că terapia nu trebuie să ajungă la punctul la care el/ea nu dorește. Consilierul trebuie să explice clar că va depune tot efortul pentru a se concentra asupra problemelor adolescentului și nu asupra problemelor care pot privi membrul familiei care nu dorește să participe. Consilierul trebuie de asemenea să asigure acest individ că în ședința de terapie „*Vom dezbate doar acele probleme pe care vreți să le dezbatem. Dumneavoastră veți fi șeful. Sunt aici doar să vă ajut până unde doriți dumneavoastră*”.

CAPITOLUL 6

CERCETAREA CLINICĂ –

SUPORT PENTRU TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Acest capitol descrie cercetări anterioare asupra eficacității terapiei strategice de familie de scurtă durată, în cazul adolescenților dependenți de droguri cu probleme de comportament. Această abordare s-a dovedit eficientă în reducerea problemelor de comportament ale adolescenților, folosirea drogurilor și asocierea cu prieteni antisociali și în îmbunătățirea relațiilor din familie. În plus, TSFSD crește implicarea familiei și perioada de menținere în terapie.

Așa cum este prezentat în acest manual, accentul primar al terapiei cade pe identificarea și modificarea modelelor de interacțiune inadapabile ale familiei care sunt legate de simptomele adolescentului. Versiunea ecologică a TSFSD (Robbins et al. în curs de tipărire), aplică acest principiu de identificare și modificare a modelelor de interacțiune inadapabile la contextele sociale multiple în care adolescentul este prins (cf. Bronfenbrenner 1979). Contextele sociale principale vizate în TSFSD Ecologică sunt: familia, relațiile familie-prieteni, familie-școală, relațiile cu justiția pentru tineri și sistemele de sprijin ale părinților. Alăturarea, diagnosticarea și restructurarea, așa cum se dezvoltă în TSFSD, pentru a folosi în cadrul sistemului familiei, sunt aplicate celorlalte contexte sociale sau sisteme care influențează comportamentele adolescentului. Spre exemplu, consilierul stabilește modelele de interacțiune repetitive, inadapabile care au loc în fiecare din aceste sisteme sau domenii. Consilierul poate pune un diagnostic sistemului familie-școală în același mod în care va pune un diagnostic sistemului familial. În diagnosticarea structurii, consilierul întreabă: „*Părinții păstrează permanent legătura cu profesorii copilului lor?*” În diagnosticarea rezonanței, consilierul întreabă: „*Părinții și profesorii sunt dezinteresați?*” Diagnosticând rezolvarea conflictului, întrebările consilierului vor fi: „*Cum se rezolvă conflictul dintre părinte și profesor? Părinții și profesorii trebuie să evite conflictul dintre ei (prin detașare) sau trebuie să amplifice conflictele dând vina unii pe ceilalți?*” În TSFSD Ecologică, tehnicile de restructurare sunt folosite pentru a îmbunătăți relația dintre părinte și profesorul copilului său.

6.1. TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ VERSUS CONSILIEREA DE GRUP A ADOLESCENTULUI

Un studiu recent (Santisteban et al.) a examinat eficiența TSFSD în reducerea problemelor de comportament ale adolescentului (asociate cu anturajul antisocial sau delincvent și consumul de marijuana) și în îmbunătățirea funcționării dintre membrii familiei. În acest studiu, pacientul inclus în TSFSD a fost comparat un pacient care a urmat consiliere de grup. Participanții, 79 familii hispanice cu adolescenți cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani, cu comportament problematic și antisocial, au fost orientați către terapie de către consilierul școlii sau la cererea unuia dintre părinți. Familiile au fost incluse aleator în TSFSD sau în consiliere de grup. Studiul comparativ al integrității a arătat ambele intervenții terapeutice au urmat îndeaproape un plan terapeutic, și că cele două abordări s-au putut distinge clar.

Stabilirea criteriului de tulburare de conduită³ și asociere cu egali antisociali, s-a realizat cu ajutorul *Listei de Revizuire a Problemelor de Comportament*⁴ (RBPC) (Quay și Peterson 1987). Aceasta este o evaluare a problemelor de comportament ale adolescenților raportate de către părinți. Tulburarea de conduită a fost măsurată folosind 22 de itemi iar anturajul antisocial folosind 17 itemi. Fiecare item cere părintelui (părinților) să evalueze măsura în care un comportament specific al adolescentului (de exemplu agresivitatea sau petrecerea timpului cu prieteni „de proastă calitate”) nu constituie o problemă (0), constituie o mică problemă (1) sau constituie o problemă gravă (2). În final sunt evaluați toți itemii pe fiecare scară, pentru a da un scor total.

Efectele TSFSD asupra tulburării de conduită, asocierea cu un anturaj antisocial și consumul de marijuana au fost evaluate sub două aspecte:

1. *Analiza varianțelor*: s-a examinat dacă TSFSD a redus problemele de comportament, a scăzut influența prietenilor antisociali și a redus consumul de marijuana, într-o măsură mai mare decât consilierea de grup.
2. *Analiza exploratorie* a urmărit dacă au avut loc schimbări profunde și semnificative din punct de vedere clinic, ale tulburării de conduită și cele legate de influența anturajului antisocial. Aceste analize exploratorii au folosit criteriul semnificativității clinice dublu, recomandat de Jacobson și

³ N.T.: "tulburare de conduită" (engl. *conduct disorder*) se referă la un ansamblu de probleme comportamentale și emoționale ale adolescenților. Copiii și adolescenții cu această tulburare au mari dificultăți în a respecta regulile și a se comporta într-un mod acceptat social. Ei sunt frecvent etichetați de alți copii, adulți sau servicii de asistență socială ca fiind mai degrabă „răi” sau delincvenți, decât bolnavi mintal. Mulți factori pot contribui ca un copil să dezvolte o tulburare de comportament, printre care afecțiuni neurologice, abuz, predispoziție genetică eșec școlar și experiențe de viață traumatizante. Copiii și adolescenții cu tulburare de comportament pot prezenta următoarele comportamente problematice: agresivitate asupra oamenilor și animalelor, distrugeri de bunuri, perfidie, minciună sau furt; încălcări grave ale regulilor sociale (vezi DSM-IV, cod 312)

⁴ Revised Behavior Problem Checklist

Truax (1991). Pentru a putea clasifica o schimbare în simptome pentru un subiect dat ca și semnificativ clinic, trebuie să existe două condiții: în primul rând, dimensiunea schimbării trebuie să fie destul de mare pentru a putea fi sigură – adică să se elimine fluctuația aleatorie ca o explicație plauzibilă; în al doilea rând, subiectul trebuie „să se recupereze” de la niveluri clinice la cele nonclinice, adică să treacă pragul diagnosticării.

Tulburările de conduită. Analiza varianțelor indică faptul că scorurile tulburării de comportament pentru adolescenții incluși în TSFSD, în comparație cu cele pentru adolescenții care au urmat consilierea de grup, sunt reduse semnificativ între pre- și post-terapie. În studiul de semnificație clinică, o proporție destul de mare de adolescenți implicați în TSFSD au avut o îmbunătățire semnificativă din punct de vedere clinic, față de cei incluși în consilierea de grup. La admitere, 70 % dintre adolescenții incluși în TSFSD au avut scoruri peste limitele clinice ale tulburării de comportament, adică aveau un punctaj mai mare decât pragul stabilit empiric pentru diagnosticarea clinică de tulburare de conduită. La sfârșitul terapiei, 46% dintre adolescenți au avut o îmbunătățire sigură, iar 5% au prezentat o deteriorare clară. Printre cei 46% care au arătat îmbunătățire sigură, 59% și-au revenit la niveluri nonclinice de tulburare de conduită. În contrast, 64% din adolescenții implicați în consiliere de grup au avut la admitere un scor de tulburare de conduită peste limitele clinice. Dintre aceștia, niciunul nu a arătat o îmbunătățire sigură, iar 11% au prezentat o deteriorare sigură. Prin urmare, în timp ce adolescenții implicați în TSFSD care au intrat în terapie la niveluri clinice de tulburare de conduită au avut 66% probabilitate de ameliorare, niciunul dintre adolescenții incluși în consiliere de grup nu s-a ameliorat în mod sigur.

Asocierea cu prietenii antisociali. Analiza varianțelor indică faptul că, pentru adolescenții care au urmat TSFSD, punctajele pentru asocierea cu prietenii antisociali au fost reduse semnificativ între pre- și post-terapie, în comparație cu acelea pentru adolescenții incluși în consiliere de grup. În studiul semnificației clinice, 79% din adolescenți incluși în TSFSD aveau scoruri la admitere peste limitele clinice pentru asocierea cu prietenii antisociali. Printre adolescenții care au urmat TSFSD, criteriile clinice pentru asocierea cu prietenii antisociali, 36% au prezentat o ameliorare sigură și 2% au arătat o deteriorare sigură. Din cei 36% de adolescenții incluși în TSFSD cu ameliorare sigură, 50% au fost clasificați drept recuperați. Printre adolescenții incluși în consiliere de grup care au arătat îmbunătățire sigură în asocierea cu prietenii antisociali, 50% s-au recuperat la niveluri nonclinice. Prin urmare, adolescenții implicați în TSFSD care au intrat în terapie la niveluri clinice de asociere cu prietenii antisociali, au avut o probabilitate de 2,5 ori mai mare să se amelioreze în mod sigur, față de adolescenții care au urmat consiliere de grup.

Consumul de marijuana. Analiza varianțelor a arătat faptul că TSFSD a fost asociată cu reducerea semnificativă a consumului individual de marijuana față de consilierea de grup. Pentru a investiga dacă au avut loc schimbări⁵ clinice semnificative în consumul de marijuana, subiecții au fost împărțiți în patru categorii (Brooks et al. 1998), în funcție de numărul de zile dintr-o lună în care un individ consumă marijuana, înainte de admitere în tratament și la sfârșitul terapiei:

⁵ Testele formale de schimbare clinică semnificativă în consumul de marijuana nu au fost posibile deoarece măsurarea consumului de marijuana nu oferă norme clinice și nonclinice.

- abstinent – 0 zile
- utilizator săptămânal – 1 la 8 zile
- utilizator frecvent – 9 la 16 zile
- utilizator zilnic – 17 sau mai multe zile

În TSFSD, 40% dintre participanți au raportat folosirea marijuanei la admitere și/sau terminare. Dintre aceștia, 25% și-au menținut consumul, 60% s-au ameliorat iar 15% s-au deteriorat. Dintre indivizi incluși în TSFSD care au trecut la categorii mai puțin grave, 75% nu mai consumau marijuana la terminare. În consilierea de grup, 26% din participanți au raportat consumul de marijuana la intrare și/sau la terminare. Dintre aceștia, 33% nu au arătat nicio schimbare, 17% s-au ameliorat și 50% s-au deteriorat. 17% dintre adolescenți incluși în consiliere de grup care s-au ameliorat, nu au mai consumat marijuana la sfârșitul terapiei. Prin urmare, adolescenții implicați în TSFSD dovedesc de 3,5 ori mai mare probabilitate să scadă consumul de marijuana decât adolescenții incluși în consiliere de grup.

De asemenea, terapiile au fost comparate privind modul în care au influențat funcționarea familiei. Funcționarea familiei a fost apreciată folosind „*Evaluarea structurală a sistemelor familiei*” (Szapocznik et al. 1991). Această scală a fost construită pentru a stabili funcționarea familiei așa cum e definită în Capitolul 3. În baza punctajelor obținute la intrarea în terapie, familiile au fost separate de o linie mediană în: familii care au o bună funcționare și familii care au o proastă funcționare. Înăuntrul fiecărui grup, un test statistic care compară mijloacele grupului (analiza varianțelor) a măsurat schimbările în funcționarea familiei, înainte și după intervenția terapeutică.

S-a observat că, dintre familiile care aveau la admitere o funcționare scăzută, cele incluse în TSFSD și-au îmbunătățit funcționarea, în timp ce familiile atribuite consilierii de grup nu au avut o îmbunătățire semnificativă.

Rezultatele au arătat că, dintre familiile care aveau o bună funcționare la admitere, cele care au urmat TSFSD și-au menținut un bun nivel de funcționare, în timp ce familiile care au fost incluse în consiliere de grup au prezentat o deteriorare semnificativă. Aceste descoperiri sugerează faptul că, nu toate familiile tinerilor dependenți de droguri încep terapia având o funcționare slabă, dar dacă familiei nu îi este acordat ajutorul adecvat pentru a face față problemelor tânărului, funcționarea familiei se poate deteriora.

6.2. TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ CU O SINGURĂ PERSOANĂ

Începând cu anii '70, odată cu creșterea consumului de droguri în rândul adolescenților, majoritatea consilierilor care au lucrat cu tineri dependenți de droguri au raportat că, deși au preferat să folosească terapia de familie, în multe cazuri nu au reușit să aducă întreaga familie la terapie (Coleman și Davis 1978). Ca răspuns la această nevoie, a fost dezvoltată o abordare care ar atinge scopurile TSFSD (de a schimba interacțiunile inadaptable de familie și comportamentul

simptomatic al adolescentului), fără a cere întregii familiei să urmeze sesiunile de terapie. Procedura este o adaptare a TSFSD, numită *TSFSD cu o singură persoană* (Szapocznik et al. 1985; Szapocznik și Kurtines 1989; Szapocznik et al. 1989 a). Această metodă pune accent pe conceptul sistemic de complementaritate, care sugerează că, atunci când un membru al familiei se schimbă, restul sistemului răspunde fie prin refacerea procesului de familie la modurile ei vechi, fie prin adaptarea la noile schimbări (Minuchin și Fishman 1981). Scopul acestei terapii este de a schimba modul inadapdat de interacțiune cu familia a adolescenților dependenți de droguri. Atunci când aceste schimbări creează situații de criză, pe măsură ce familia încearcă să revină la vechile comportamente, consilierul poate profita de această situație de criză pentru a-i implica și pe membrii familiei care opun rezistență.

Pentru a compara eficiența *TSFSD cu o singură persoană* cu *TSFSD cu întreaga familie*, s-a realizat următorul experiment clinic (Szapocznik et al. 1983,1986) în rândul familiilor hispanice care aveau un adolescent cu vârstă cuprinsă între 12 și 17 ani. Aceste familii au fost repartizate la întâmplare la terapie *TSFSD cu o singură persoană* și *TSFSD cu întreaga familie*. Amândouă terapiile au fost concepute să folosească exact teoria TSFSD, astfel încât o singură variabilă (o persoană vs. întâlnirile de familie) să difere între terapii. Analiza integrității terapiei a arătat că intențiile în ambele terapii s-au pliat instrucțiunilor și că cele două terapii s-au putut distinge clar. Rezultatele au arătat că *TSFSD cu o singură persoană* a fost la fel de eficientă ca *TSFSD cu întreaga familie* în reducerea semnificativă a folosirii drogului de către adolescent și a problemelelor de comportament și, de asemenea, în ameliorarea funcționării familiei la sfârșitul terapiei. Aceste rezultate s-au menținut și la 6 luni de la încheierea terapiei, în ședința de urmărire⁶ (Szapocznik et al. 1983,1986).

TSFSD cu o singură persoană nu va fi detaliată în acest manual deoarece este considerată a fi o tehnică clinică foarte avansată. Mai multe informații despre această abordare terapeutică sunt disponibile în Szapocznik și Kurtines (1989).

6.3. IMPLICAREA ÎN TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Așa cum s-a discutat în Capitolul 5, ca răspuns la problema implicării în terapie a familiilor care opun rezistență, s-au dezvoltat un set de proceduri de implicare bazate pe principiile TSFSD (Szapocznik și Kurtines 1989; Szapocznik și al. 1989 b). Aceste proceduri pleacă de la premisa că rezistența de a intra în terapie ține de interacțiunile familiei.

Tehnicile *TSFSD cu o singură persoană* sunt utile în această fază inițială, deoarece persoana care contactează consilierul pentru a cere ajutorul, poate deveni elementul cheie prin care se pot restructura interacțiunile neadaptate care mențin rezistența familiei. Succesul procesului de implicare se măsoară prin prezența familiei și a tânărului simptomatic în terapia de familie. În parte, succesul în implicare permite consilierului să redefinească problema ca pe o problemă de familie, în care toți membrii au ceva de câștigat. Odată ce familia este implicată în terapie,

⁶ *followup*

concentrarea intervenției este schimbată de la implicare, la înlăturarea simptomelor prezentate de adolescent.

Eficiența TSFSD a fost evidențiată de trei studii pe tineri hispanici (Szapocznik et al. 1988; Santisteban et al. 1996; Coatsworth et al. 2001). Primul studiu (Szapocznik et al. 1988) a inclus în principal familii cubaneze cu adolescenți care aveau probleme de comportament și care au fost surprinși sau suspectați de părinți sau de consilierii școlari ca fiind consumatori de droguri, în 93% din cazuri confirmându-se acest fapt. Familiile au fost repartizate aleator pentru una din cele două terapii: TSFSD sau terapia clasică (terapia de control). Terapia clasică este folosit în mod uzual de serviciile sociale comunitare și constă în principal în supravegherea adolescentului. Toate familiile care s-au implicat cu succes au urmat TSFSD. În terapia experimentală, familiile s-au implicat și au rămas în terapie datorită tehnicilor de implicare TSFSD. Implicarea cu succes a fost definită drept familia unită (cel puțin pacientul identificat și părinții și frații săi care trăiesc sub același acoperiș) care se prezintă la prima ședință de TSFSD, destinată de obicei evaluării adolescentului dependent de droguri și a familiei sale. Analiza integrală a tratamentului a relevat faptul că, intervențiile de implicare din ambele terapii au fost evaluate folosind șase niveluri de efort de implicare deus de consilieri pentru a aduce o familie în terapie, niveluri care au fost definite operațional.

Aceste șase niveluri ale efortului de implicare al consilierilor sunt (Szapocznik et al. 1988, p.554):

- Nivelul 0 – consilierul își exprimă cu delicatețe îngrijorarea, programează întâlnirea inițială, stabilește dacă familia îndeplinește criteriul de admitere în studiu și își clarifică ce trebuie să urmărească la ședința de evaluare a familiei;
- Nivelul 1 – consilierul încearcă să se alătore puțin familiei, încurajează persoana care solicită terapie să implice familia, pune întrebări despre gravitatea și amploarea problemelor adolescentului și pune întrebări despre membrii familiei;
- Nivelul 2 – consilierul încearcă să se alătore mai mult familiei; pune întrebări despre interacțiunile din familie; culege informații despre problemele, valorile și de ce sunt interesați membrii familiei; stabilește o alianță și este suportiv cu cel care apelează la terapie; începe să se impună ca lider; se interesează dacă toți membrii familiei sunt dispuși să vină la o primă întâlnire;
- Nivelul 3 – consilierul restructurează relațiile din familie: sfătuiește persoana care a cerut ajutor cum să negocieze, cum să reformuleze și cum să ducă până la capăt dialogul cu membrii familiei (fie prin telefon sau invitând persoana în biroul consilierului) pentru a fi sigur că programările inițiale vor fi respectate.
- Nivelul 4 – consilierul face intervenții minime asupra mediului familiei, se alătură membrilor familiei sau dirijează restructurarea relațiilor interpersonale (mai degrabă cu membrii familiei decât cu persoana de contact inițială) la telefon sau în biroul consilierului și contactează ceilalți membrii cu putere de decizie din familie (prin telefon), pentru a culege mai multe informații;

- Nivelul 5 – consilierul intervine mai mult asupra mediului familial, vizitează familia și pe celelalte persoane importante pentru aceasta și se folosește de puterea de influență a acestora pentru a restructura relațiile din familie.

Nivelurile de implicare 0 – 1 au fost permise pentru ambele abordări terapeutice, iar nivelurile 2 – 5 au fost permise doar pentru abordarea TSFSD.

Eficiența celor două metode de implicare a consilierului a fost măsurată prin procentul familiilor care au intrat în terapie și procentul familiilor care au terminat terapia. Rezultatele au relevat faptul că 42% dintre familiile în care consilierul s-a implicat în terapie prin metoda obișnuită (nivelul 0-1) și 93% din familiile care au fost angajate prin TSFSD s-au implicat cu succes. În plus, 25% din cazurile implicate prin metoda obișnuită și 77% din cazurile la care s-a aplicat TSFSD au terminat cu succes terapia. Aceste diferențe în implicare și rămânere în terapie dintre cele două metode au fost semnificative din punct de vedere statistic. Au avut loc ameliorări ale simptomelor adolescentului, dar nu au fost diferențe semnificative între cele două metode de implicare. Astfel, distincția semnificativă dintre terapii a constat în procentele diferite dintre implicare și rămânere în terapie. Prin urmare, implicarea cu ajutorul TSFSD a avut un impact pozitiv asupra mai multor familii decât a avut modalitatea obișnuită de implicare a familiilor.

În plus, pentru a repeta studiul anterior asupra implicării, al doilea studiu (Santisteban et al. 1996) a explorat de asemenea factorii care pot modera eficiența intervențiilor de implicare. În contradicție cu studiul anterior asupra implicării familiei în terapie, (Santisteban et al., 1996) a definit mai strict succesul implicării prin minim două vizite la birou: prima întâlnire programată și prima ședință de terapie. Cercetătorii au distribuit aleator 193 familii hispanice în trei grupuri: un grup în terapia experimentală (TSFSD) și două grupuri în terapia de control. Terapia experimentală a conținut și metodele de implicare ale familiei în terapie, iar terapia de control a presupus metode uzuale de implicare ale familiei și de consiliere de grup. În ambele terapii de control, metodele uzuale de implicare ale familiei nu au inclus nicio strategie specifică de implicare.

Rezultatele au arătat că 81% din familii s-au implicat cu succes prin intervenția TSFSD. În schimb, numai 60% din familiile incluse în cele două grupuri de control s-au implicat cu succes. Aceste diferențe în implicare au fost semnificative din punct de vedere statistic. Totuși, eficiența metodelor TSFSD a fost moderată de identitatea culturală sau etnică a familiilor hispanice din studiu. Printre familiile implicate cu ajutorul tehnicilor TSFSD, 93% din hispanicii non-cubanezi (formate în special din familii nicaraguane, columbiene, portoricane, peruviene și mexicane) și 64% din hispanicii cubanezi s-au implicat în terapie. Aceste constatări au dus la studierea în continuare a mecanismului prin care cultura/etnicitatea și alți factori contextuali pot influența procesele clinice legate de implicare (Santisteban et al. 1996; Santisteban et al.). Rezultatele studiilor lui Szapocznik et al. (1988) și Santisteban et al. (1996) dovedesc eficiența metodelor TSFSD în implicarea familiei. În plus, al doilea studiu axat pe identitatea culturală și etnică, sprijină convingerea că interacțiunile terapeutice trebuie să răspundă schimbărilor contextuale în tratamentul populației (Sue et al. 1994; Szapocznik și Kurtines 1993).

Un al treilea studiu (Coatsworth et al. 2001), comparând grupul de subiecți care au urmat TSFSD cu grupul de control care a urmat procedura clasică dezvoltată de serviciile sociale, cu privire la posibilitatea de a implica și reține adolescenții și familiile lor în terapie, a dezvăluit un aspect important: faptul că o agenție de terapie externă (serviciile sociale) a aplicat intervenția de control. Datorită acestui fapt, intervenția de control a fost mai puțin influențată de intervenția cercetătorilor. Descoperirile din acest studiu, ca și în studiile anterioare, au arătat că TSFSD a avut mult mai mult succes, în 81% din cazuri familiile s-au implicat în terapie, față de numai 61% din cazuri pentru terapia de control aplicată de serviciile sociale. În același fel, 71% din adolescenții și familiile lor care au urmat TSFSD, față de 42% din subiecții care au urmat o terapie folosită în mod curent de serviciile sociale de asistență s-au menținut în terapie, iar 58% din adolescenți și familiile lor au terminat TSFSD, în comparație cu 25% dintre cei care au urmat intervenția obișnuită a serviciilor sociale. Familiile care au urmat TSFSD au avut de 2,3 ori mai multe șanse de a fi implicate și totodată menținute în terapie decât au avut familiile atribuite terapiei de control a serviciilor sociale.

O descoperire adițională a studiului lui Coatsworth et al. (2001) certifică o mențiune specială. În TSFSD, familiile adolescenților cu probleme de conduită mai grave au mai multe șanse să rămână în terapie decât familiile adolescenților care au probleme de conduită mai puțin grave. Modelul opus a fost evident prin intervenția de control a serviciilor sociale, cu familiile ce erau menținute în terapie arătând niveluri mai scăzute de probleme de conduită decât ale familiilor care au renunțat. Aceste descoperiri sunt foarte importante, deoarece sugerează faptul că adolescenții care au mai mare nevoie de servicii au mai multe șanse să rămână în TSFSD decât în terapiile tradiționale abordate de serviciile sociale.

BIBLIOGRAFIE

- Alexander, J.F.; Holtzworth-Munroe, A.; and Jameson, P.B. The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A.E. Bergin, and S.L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons, pp. 595-630, 1994.
- Bergin, A.E., and Garfield, S.L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons. 1994.
- Bronfenbrenner, U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* 32:513-531, 1977.
- Bronfenbrenner, U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.
- Bronfenbrenner, U. Ecology of the family as a context for human development. *Developmental Psychology* 22:723-42, 1986.
- Bronfenbrenner, U. Interacting systems in human development: Research paradigms: Present and future. In N. Bolger; A. Caspi; G. Downey; and M. Moorehouse (eds.), *Persons in Context: Developmental Processes*. New York: Cambridge University Press, pp. 25-49, 1988.
- Brook, J.S.; Brook, D.W.; de la Rosa, M.; Duque, L.F.; Rodriguez, E.; Montoya, I.D.; and Whiteman, M. Pathways to marijuana use among adolescents: Cultural/ecological, family, peer, and personality influences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:759-766, 1998.
- Brook, J.S.; Kessler, R.C.; and Cohen, P. The onset of marijuana use from preadolescence and early adolescence to young adulthood. *Development and Psychopathology* 11:901-914, 1999.
- Bush, P.J.; Weinfurt, K.P.; and Iannotti, R.J. Families versus peers: Developmental influences on drug use from grade 4-5 to grade 7-8. *Journal of Applied Developmental Psychology* 15:437-456, 1994.
- Coleman, S.B., and Davis, D.E. Family therapy and drug abuse: A national survey. *Family Process* 17:21-29, 1978.
- Coatsworth, J.D.; Santisteban, D.A.; McBride, C.K; and Szapocznik, J. Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process* 40:313-332, 2001.
- Diamond, G.M.; Liddle, H.A.; Hogue, A.; and Dakof, G.A. Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy* 36:355-369, 1999.

- Diamond, G.S., and Liddle, H.A. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:481-488, 1996.
- Haley, J. *Problem-Solving Therapy: New Strategies for Effective Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass. 1976.
- Hayes, S.C.; Strosahl, K.D.; and Wilson, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press, 1999.
- Henricson, C., and Roker, D. Support for the parents of adolescents: A review. *Journal of Adolescence* 23:763-783, 2000.
- Jacobson, N.S., and Truax, T. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:12-19, 1991.
- Jessor, R., and Jessor, S.L. *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press. 1977.
- Lantz, J., and Gregoire, T. Existential psychotherapy with Vietnam veteran couples: A twenty-five year report. *Contemporary Family Therapy* 22:19-37, 2000.
- Liddle, H.A. The anatomy of emotions in family therapy with adolescents. *Journal of Adolescent Research* 9:120-157, 1994.
- Liddle, H.A. Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy* 32:39-58, 1995.
- Liddle, H.A. *Multidimensional Family Therapy: A Treatment Manual*. Cannabis Youth Treatment Manual Series Vol. 5. DHHS Pub. No. BKD388. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment. 2002.
- Liddle, H.A., and Dakof, G.A. Family-based treatment for adolescent drug use: State of the science. In E. Rahdert, ed., *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. NIDA Research Monograph Series No. 156. NIH Publication No. 95-3098. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, pp. 218-254, 1995.
- Mason, C.A.; Cauce, A.M.; Gonzales, N.; Hiraga, Y.; and Grove, K. An ecological model of externalizing behaviors in African-American adolescents: No family is an island. *Journal of Research on Adolescence* 4:639-655, 1994.
- Minuchin, S. *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1974.
- Minuchin, S., and Fishman, H.C. *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1981.
- Minuchin, S.; Montalvo, B.; Guerney, B.G.; Rosman, B.L.; and Schumer, F. *Families of the Slums*. New York: Basic Books. 1967.
- Mitrani, V.B.; Szapocznik, J.; and Robinson Batista, C. Structural ecosystems therapy with HIV+ African-American women. In W. Pequegnat, and J. Szapocznik (eds.), *Working With Families in*

the Era of HIV/AIDS. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 243-279, 2000.

- Newcomb, M.D., and Bentler, P.M. *Substance use and abuse among children and teenagers*. *American Psychologist* 44:242-248, 1989.
- Ozechowski, T.J., and Liddle, H.A. Family-based therapy for adolescent drug abuse: Knowns and unknowns. *Clinical Child and Family Psychology Review* 3(4):269-298, 2000.
- Patterson, G.R. *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia. 1982.
- Patterson, G.R., and Dishion, T.J. *Contributions of families and peers to delinquency*. *Criminology* 23:63-79, 1985.
- Patterson, G.R.; Reid, J.B.; and Dishion, T.J. *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia. 1992.
- Perrino, T.; Gonzalez-Soldevilla, A.; Pantin, H.; and Szapocznik, J. The role of families in adolescent HIV prevention: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 3(2):81-96, 2000.
- Quay, H.C., and Peterson, D.R. *Manual for the Revised Behavior Problem Checklist*. Unpublished manuscript, University of Miami, Coral Gables, FL, 1987.
- Rector, N.A.; Zuroff, D.A.; and Segal, Z.V. Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy* 36:320-328, 1999.
- Robbins, M.S.; Alexander, J.F.; and Turner, C.W. Disrupting defensive family interactions in family therapy with delinquent youth. *Journal of Family Psychology* 14:688-701, 2000.
- Robbins, M.S.; Schwartz, S.J.; and Szapocznik, J. Structural ecosystems therapy with adolescents exhibiting disruptive behavior disorders. In J.R. Ancis, ed., *Culturally Based Interventions: Alternative Approaches to Working With Diverse Populations and Culture-Bound Syndromes*, New York: Brunner-Routledge, in press.
- Robbins, M.S.; Szapocznik, J.; Alexander, J.F.; and Miller, J. Family systems therapy with children and adolescents. In M. Hersen, and A.S. Bellack (series eds.), and T.H. Ollendick, vol. ed. *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 5, Children and Adolescents: Clinical Formulation and Treatment*. Oxford, United Kingdom: Elsevier Science Limited, Inc., pp. 149-180, 1998.
- Santisteban, D.A.; Coatsworth, J.D.; Briones, E.; and Szapocznik, J. *Acculturation and Parenting*, manuscript submitted for publication. University of Miami. 2003.
- Santisteban, D.A.; Coatsworth, J.D.; Perez-Vidal, A.; Kurtines, W.M.; Schwartz, S.J.; LaPerriere, A.; and Szapocznik, J. The efficacy of Brief Strategic Family Therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology*, in press.
- Santisteban, D.A.; Muir-Malcolm, J.A.; Mitrani, V.B.; and Szapocznik, J. Integrating the study of ethnic culture and family psychology intervention science. In H. Liddle, D. Santisteban, R. Levant, and J. Bray (eds.), *Family Psychology: Science Based Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association Press, pp. 331-352, 2002.
- Santisteban, D.A.; Szapocznik, J.; and Kurtines, W.M. Behavior problems among Hispanic youths: The

family as moderator of adjustment. In J. Szapocznik, ed., *A Hispanic/Latino Family Approach to Substance Abuse Prevention*. OSAP Prevention Monograph No. 8. DHHS Pub. No. 91-1725. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, pp. 19-40, 1994.

Santisteban, D.A.; Szapocznik, J.; Perez-Vidal, A.; Kurtines, W.M.; Murray, E.J.; and Laperriere, A. Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology* 10:35-44, 1996.

Scheier, L.M., and Newcomb, M.D. Differentiation of early adolescent predictors of drug use versus abuse: A developmental risk-factor model. *Journal of Substance Abuse* 3:277-299, 1991.

Silverberg, S.B. Parents' well-being at their children's transition to adolescence. In C.D. Ryff, and M.M. Seltzer (eds.), *The Parental Experience at Midlife*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 216-254, 1996.

Steinberg, L. Adolescent transitions and alcohol and other drug use prevention. In E.N. Goplerud, ed., *Preventing Adolescent Drug Use: From Theory to Practice*. OSAP Prevention Monograph No. 8. DHHS Pub. No. 91-1725. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Substance Abuse Prevention, pp. 13-51, 1991.

Steinberg, L. *Adolescence*, 5th ed. New York: McGraw-Hill. 1998.

Steinberg, L.; Fletcher, A.; and Darling, N. Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics* 93:1060-1064, 1994.

Stiles, W.B.; Agnew-Davies, R.; Hardy, G.E.; Barkham, M.E.; and Shapiro, D.A. Relations of alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:791-802, 1998.

Sue, S. In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist* 54:440-448, 1998.

Sue, S.; Zane, N.; and Young, K. Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A.E. Bergin, and S.L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons, Inc., pp. 783-817, 1994.

Szapocznik, J., and Coatsworth, J.D. An ecodevelopmental frame-work for organizing the influences on drug abuse: A develop-mental model of risk and protection. In M. Glantz, and C.R. Hartel (eds.), *Drug abuse: Origins and Interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, pp. 331-366, 1999.

Szapocznik, J., and Kurtines, W. Acculturation, biculturalism, and adjustment among Cuban Americans. In A.M. Padilla (ed.), *Psychological Dimensions on the Acculturation Process: Theory, Models, and Some New Findings*. Boulder, CO: Westview, pp. 139-159, 1980.

Szapocznik, J., and Kurtines, W.M. *Breakthroughs in Family Therapy With Drug-Abusing and Problem Youth*. New York: Springer. 1989.

- Szapocznik, J., and Kurtines, W.M. Family psychology and cultural diversity: Opportunities for theory, research, and application. *American Psychologist* 48:400-407, 1993.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.M.; Foote, F.; Perez-Vidal, A.; and Hervis, O.E. Conjoint versus one person family therapy: Some evidence for effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51:889-899, 1983.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.M.; Foote, F.; Perez-Vidal, A.; and Hervis, O.E. Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54:395-397, 1986.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.M.; Perez-Vidal, A.; Hervis, O.E.; and Foote, F. One person family therapy. In R.A. Wells, and V.J. Giannetti (eds.), *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York: Plenum, pp. 493-510, 1989a.
- Szapocznik, J.; Foote, F.; Perez-Vidal, A.; Hervis, O.E.; and Kurtines, W.M. *One Person Family Therapy*. Miami: Miami World Health Organization Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Alcohol, and Drug Dependence, Department of Psychiatry, University of Miami School of Medicine (soft cover). 1985.
- Szapocznik, J.; Perez-Vidal, A.; Brickman, A.; Foote, F.H.; Santisteban, D.; Hervis, O.E.; and Kurtines, W.M. Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A Strategic Structural Systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56:552-557, 1988.
- Szapocznik, J.; Perez-Vidal A.; Hervis, O.E.; Brickman, A.L.; and Kurtines, W.M. Innovations in family therapy: Strategies for over-coming resistance to treatment. In R.A. Wells, and V.J. Giannetti (eds.), *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York: Plenum, pp. 93-114, 1989b.
- Szapocznik, J.; Rio, A.T.; Hervis, O.E.; Mitrani, V.B.; Kurtines, W.M.; and Faraci, A.M. Assessing change in family functioning as a result of treatment: The Structural Family Systems Rating Scale (SFSR). *Journal of Marital and Family Therapy* 17:295-310, 1991.
- Szapocznik, J.; Scopetta, M.A.; and King, O.E. Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology* 6:112-122, 1978.
- Vega, W.A., and Gil, A.G. A model for explaining drug use behavior among Hispanic adolescents. *Drugs and Society* 14:57-74, 1999.
- White, L. Co-residence and leaving home: Young adults and their parents. *Annual Review of Sociology* 20:81-102, 1994.
- Woehrer, C.E. Ethnic families in the Circumflex Model: Integrating nuclear with extended family systems. In D.H. Olson, C.S. Russell, and D.H. Sprenkle (eds.), *Circumflex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families*. New York: Haworth Press, pp. 199-328, 1989.

ANEXA A

FORMAREA CONSILIERILOR ÎN TERAPIA STRATEGICĂ DE FAMILIE DE SCURTĂ DURATĂ

Unul dintre punctele forte ale acestui program, îl reprezintă flexibilitatea sa deosebită, care îi dă posibilitatea să se adapteze foarte bine unei game variate de situații și de probleme caracteristice familiei și tinerilor. Dezavantajul îl constituie faptul că nu e tocmai o rețetă simplă de urmat (un strop de empatie și un dram de alăturare). Această abordare terapeutică este mai degrabă un model modern care necesită abilități deosebite din partea consilierilor care o pun în practică.

SELECTAREA CONSILIERILOR

Pentru a practica TSFSD, consilierii trebuie să parcurgă trei niveluri de pregătire și de experiență practică. Dacă un consilier nu are abilități formate în terapie sistemică, atunci va trebui să le învețe. Totuși, dacă are formare de bază și formare în terapie sistemică, consilierul va trebui să învețe doar acele abilități specifice terapiei. Natura instruirii și a abilităților consilierului trebuie să reprezinte un argument important în selectarea consilierilor pentru instruirea în acest program. Fiecare dintre următoarele niveluri de instruire va fi discutat în detaliu în cele ce urmează:

- Formare clinică de bază comună pentru multe intervenții comportamentale;
- Formare teoretică în terapie sistemică de familie, folosită în multe abordări terapeutice ale familiei;
- Formare în terapia strategică de familie de scurtă durată

Nivelul 1: Instruirea în abilități clinice fundamentale întâlnite frecvent în intervenții comportamentale

La acest nivel se predau abilitățile clinice de bază ale consilierului comune pentru multe tipuri de intervenții comportamentale, precum:

- Abilități de interviu clinică;
- Ascultarea activă – reflectarea sau repetarea conținutului și a sentimentelor pe care clientul le transmite;
- Sincronizarea – identificarea momentului potrivit pentru a spune sau a face lucrul de care are nevoie clientul;

- Empatia – transpunerea în situația clientului la nivel afectiv și cognitiv și capacitatea de a exprima acest lucru;
- Tratarea tuturor clienților cu respect;
- Asigurarea serviciilor de terapie în beneficiul clientului și nu al consilierului; plasarea nevoilor clientului înaintea nevoilor consilierului;
- Înțelegerea personalității clientului – sentimente, reacții, ce îl enervează și ce îl emoționează;
- Asigurarea unor servicii autentice și suportive pentru clienți.

Nivelul 2: Formare în Terapia Sistemică de Familie

Cel de-al doilea nivel de instruire este un nivel furnizat adesea în cadrul programelor de formare cu orientare clinică, în cadrul unui master, în cadrul terapiei de cuplu și de familie și întâlnit uneori în consilierea psihologică. În cadrul acestui tip de formare, consilierii învață să perceapă familia mai degrabă ca sistem și nu ca un conglomerat de indivizi. Terapia sistemică, așa cum a fost definită în Capitolul 2, se bazează pe noțiunea interdependenței dintre membrii familiei și pe faptul că familia reprezintă mai mult decât suma tuturor persoanelor care o alcătuiesc. Cu alte cuvinte, membrii unei familii se comportă foarte diferit atunci când sunt împreună și când sunt separat. Prin urmare, consilierul nu va putea întotdeauna să prevadă felul în care un membru al familiei se comportă în sânul acesteia comparativ cu felul în care acesta se comportă în afara familiei. În același fel, percepțiile asupra membrilor unei familii sau prezentările raporturilor familiale pot fi eronate. Consilierii sunt învățați să gândească și să acționeze la nivel sistemic, adică să țină cont de modul în care contextul social afectează comportamentul individual. De asemenea, consilierii învață principiile de bază ale intrării într-un sistem, de pildă, identificarea și respectarea sistemului de putere al structurii.

Nivelul 3: Formarea specifică terapiei strategice de familie de scurtă durată

Consilierii cu abilități clinice fundamentale și experiență în terapia sistemică de familie, pot fi instruiți în ceea ce privește conceptele și tehnicile terapiei strategice de familie de scurtă durată. Pe de altă parte, consilierii care nu dețin aceste abilități vor fi nevoiți să urmeze cursuri îndelungate de pregătire. Consilierii care nu au o pregătire în terapie sistemică de familie, trebuie să urmeze cursuri de formare (vezi capitolul 2), înainte de a fi instruiți cu privire la conceptele și tehnicile TSFSD. Este de preferat să nu se subestimeze de către consilieri și supervizorii lor importanța obținerii unor abilități suplimentare de terapie sau pregătirile de specialitate necesare obținerii acestor abilități de terapeut.

FORMAREA CONSILIERILOR

Programul de pregătire pentru terapia de familie are patru faze:

- **Faza 1** – consilierii învață metodele terapeutice prezentate în acest manual. Un rol deosebit în predarea acestor metode îl are ilustrarea diferitelor aspecte ale acestui model.

- **Faza 2** – consilierii analizează o serie de casete video pentru a învăța să identifice procesul și interacțiunile din cadrul familiei. Această serie de casete video prezintă familii ce au fost tratate la Centrul de Studii Familiale din cadrul Universității din Miami, unde a fost creat programul TSFSD. În acest set de casete video pot fi văzute familii care nu se află în prezența unui consilier și care răspund la trei stimuli standard. Acești stimuli standard reprezintă anumite sarcini pe care membrii familiei au fost rugați să le ducă la bun sfârșit: (1) să alcătuiască cu toții un meniu cu care fiecare membru să fie de acord; (2) să spună fiecare ce apreciază și ce nu apreciază la ceilalți; și (3) să discute despre o controversă recentă, incluzând subiectul controverselor, cine a fost implicat și ce anume s-a întâmplat. Aceste casete video se folosesc pentru a le arăta consilierilor cum să identifice procesul și interacțiunile din cadrul familiei, la nivelul cel mai amănunțit, după cum s-a discutat în Capitolul 3. Astfel, consilierii sunt învățați să identifice liderul familiei, felul în care familia face față conflictelor, care sunt alianțele și cine este pacientul identificat din cadrul familiei. Consilierii învață de asemenea, să distingă viziunea pe care familia o are asupra sa, dacă se confruntă și cu alte probleme în afara celor care se referă la pacientul identificat în cadrul familiei, care sunt alianțele în familie, care membrii au o relație deteriorată și așa mai departe. Tot în această fază, consilierii sunt instruiți să identifice în ce mod comportamentul unui membru al familiei este legat de comportamentul altui membru. De exemplu, într-o familie pot exista doi membri care întotdeauna cad de acord sau au disensiuni, lucru care denotă o legătură puternică între acești membri ai familiei.

- **Faza 3** - consilierii analizează casetele video pentru a afla cum au fost conduse intervențiile de terapie de către consilieri la Centrul de Studii Familiale, cu familii care se confruntă cu cazuri de adolescenți consumatori de droguri. Aceste ședințe sunt utilizate pentru a ilustra felul în care reacționează consilierii în diferite situații din cadrul unei familii, de exemplu cum să se alăture unei familii, cum să diminueze negativitatea, cum să modifice granițele și alte tehnici. Cursanții vor observa cum acționează consilierii cu experiență în anumite situații în care au loc interacțiuni în familie (de ex. a da vina pe pacientul identificat din cadrul familiei). Este important să se constate dacă conversația este redirecționată sau remaniată de către consilier, dacă acesta permite continuarea negativității sau canalizează discuția asupra sa către membrii familiei. De asemenea, este important să se observe felul în care consilierul aplică aceste metode terapeutice, atât pe cele eficiente cât și pe cele ineficiente.

- **Faza 4** – Supervizorul programului îi urmărește pe consilieri pe parcursul ședințelor de terapie sau analizează casetele video cu terapia dacă supervizarea reală nu este posibilă. Consilierii stagiarii sunt instruiți să se obișnuiască cu înregistrarea video a ședințelor, să discute cu familiile despre acest lucru și să obțină permisiunea în scris din partea familiei de a înregistra ședințele. Pe lângă acestea, consilierul stagiar le va explica familiilor în ce constă activitatea de

pregătire și de supervizare, pentru a le da posibilitatea de a fi pe deplin informați în legătură cu faptul că ei participă la formarea consilierului.

Teama curentă a consilierilor este aceea că familiile cu care lucrează nu vor fi de acord cu înregistrările video, însă pe parcursul a 30 de ani de experiență în domeniu, s-a demonstrat că familiile sunt dispuse să încerce acest lucru și se simt în largul lor atunci când și consilierii se simt la fel cu privire la înregistrarea ședințelor. De regulă, adolescenții dependenți de droguri și familiile acestora sunt de acord să fie filmați. Totuși, din experiența noastră am constatat că în cazurile în care părinții sunt implicați în infracțiuni grave, este posibil să refuze să fie filmați.

În timp ce în unele abordări terapeutice activitatea se bazează în primul rând pe experiența proprie a consilierilor și a clienților, TSFSD se preocupă în special de interacțiuni sau comportamente legate de acestea. Atât interacțiunile dintre membrii familiei cât și interacțiunile dintre consilier și membrii familiei, vin în sprijinul consilierului pentru a înțelege care sunt relațiile problematice din cadrul familiei. Pentru a pune un diagnostic asupra problemelor unei familii, consilierul pune mai mult accent pe felul în care familiile interacționează în prezent (adică procesul), decât pe detaliile aspectelor din viața de familie despre care discută (adică conținutul). În același fel, pentru a înțelege modul în care interacționează consilierul cu o familie, se presupune că este extrem de dificil să se descrie corect interacțiunile dintre consilier și familie, astfel încât este necesară supervizarea reală sau utilizarea înregistrărilor video ale ședințelor de terapie.

Este de preferat să se colaboreze cu stagiarii pe parcursul ședințelor, ca și modalitate de predare a TSFSD. De aceea, supervizorii se vor afla de partea cealaltă a oglinzii sau a camerei de filmat pentru a-i ajuta pe consilierii stagiați în primele lor cazuri. Acest lucru se numește „*supervizare pe viu*”. Cea mai frecventă abordare în cazul supravegheților pe viu, este cea a camerei video. Camera cu unghi larg de cuprindere este așezată în încăperea în care are loc ședința de terapie și este conectată prin cablu la un monitor care se află în încăperea alăturată. Astfel, instructorul poate privi ședința de terapie în direct, pe monitor, pe măsură ce ea se desfășoară în camera alăturată.

În cazul supravegheții în direct, supervizorul are rolul unui colaborator, care participă alături de consilierul stagiar la succesul ședinței. Din când în când, supervizorul îl poate chema afară pe consilier, pentru a discuta despre direcția în care trebuie să se îndrepte ședința și pentru a face câteva observații. Dacă există și un telefon la dispoziție, supervizorul poate lua legătura prin telefon cu stagiarul pentru a-i face câteva sugestii. Uneori, în cazuri foarte dificile, supervizorul poate chiar să ia parte la ședința de terapie, alături de consilierul stagiar, pentru a dirija ședința.

SUPERVIZAREA CONSILIERILOR

Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată a fost creată și evaluată în condițiile în care consilierii au fost intens supervizați. De aceea, pentru ca terapia să fie implementată în mod corespunzător, consilierii trebuie să fie continuu supervizați. Acest lucru este important din mai multe motive. În primul rând, supervizarea reprezintă un sistem de sprijin pentru consilierul

stagiar, ajutându-l să respecte întocmai modelul. În al doilea rând, în activitatea pe care un consilier o desfășoară cu familiile, pot apărea anumite situații primejdioase, care pot fi prevenite cu ajutorul sistemului de supraveghere. Cel mai mare pericol este acela de a integra consilierul în sistemul familial astfel încât acesta să nu mai poată ajuta familia. Din acest motiv, consilierii începători sau intermediari, trebuie supravegheați frecvent pe parcursul ședințelor de terapie. Supervizorii au responsabilitatea de a asigura îmbunătățirea continuă a abilităților de consilier și respectarea modelului TSFSD de către terapeuți.

Există patru niveluri de expertiză în terapie:

- (Trainee) Consilier în formare - se află la începutul formării
- (Counselor) Consilier în supervizare - cunoaște deja modelul dar nu are suficientă experiență practică
- (Senior counselor) Consilier autonom - este formator în TSFSD dar poate necesita din când în când supervizare
- (Master counselor) Consilier formator - a tratat câteva sute de familii sub supervizare și este recunoscut ca fiind un excelent profesor. Înregistrările video ale ședințelor sale sunt folosite ca exemplu pentru instruirea altor terapeuți. Consilierul expert poate face demonstrații în direct în fața unui public larg și poate dirija cu succes o ședință de terapie fără să cunoască familia, într-un loc necunoscut, în fața unui auditoriu larg, cuprinzând peste 100 de terapeuți.

Rapiditatea cu care consilierii avansează în carieră, depinde de amploarea activității pe care o desfășoară, de intensitatea supervizării de care dispun și de sârguința cu care studiază înregistrările proprii, participă la studiul individual, la grupurile de supervizare și cât de interesați sunt de o pregătire suplimentară. Bineînțeles, acest lucru depinde și de stadiul la care sunt, de experiența și de numărul de familii consiliate în cadrul pregătirii profesionale.

ANEXA B

STUDII DE CAZ

În această anexă sunt prezentate două studii de caz ale unor familii care au urmat Terapia Strategică de Familie de Scurtă Durată. Aceste familii prezintă diferite tipuri de probleme, cu diferite tipuri de interacțiuni problematice. Exemplele selecționate ilustrează modul în care poate fi folosită TSFSD în abordarea problemelor familiale.

Studiile de caz reflectă realitatea cazurilor pe baza cărora au fost construite, protejând identitatea membrilor familiei.

CAZUL 1: FAMILIA GUERRERO

Prezentarea clinică

Familia Guerrero este alcătuită din mamă, tată și doi fii de 11, respectiv 14 ani. Au fost trimiși la clinică de către consilierul de la școala fiului lor de 14 ani, după ce acesta din urmă a fost prins fumând marijuana în baia școlii. Consilierul a făcut o vizită la domiciliul familiei, unde i-a găsit pe fiul cel mic și mama acestuia luând cina. Pacientul identificat și tatăl nu erau prezenți. Mama i-a justificat imediat lipsa fiului cel mare printr-o serie de motive. Nu putea accepta acțiunea consilierului, insistând că profesorul care l-a reclamat pe fiul ei avea ceva cu el.

Spre sfârșitul vizitei consilierului, tatăl a ajuns acasă. Și-a ignorat soția și pe fiul cel mic, mergând direct la bucătărie. Negăsind mâncare pregătită, a strigat la soție, întrebând de ce nu i-a pregătit masa. Când a fost rugat să se alăture ședinței, tatăl a refuzat, spunând că soția sa este cea care se ocupă cu disciplina și că nu se descurcă în acest aspect. Pe parcursul vizitei, fiul de 14 ani nu a venit acasă.

Stabilirea sistemului terapeutic

La sosirea consilierului la domiciliul familiei Guerrero, acesta a încercat să stabilească o legătură cu mama. S-a așezat la masă lângă ea și fiul cel mic și a aprobat-o în timp ce se plângea de nepăsarea tatălui și de comportamentul scăpat de sub control al fiului cel mare. Fiul cel mic a participat cu câteva remarci legate de atitudinea irascibilă a fratelui mai mare, iar consilierul i-a înțeles doleanțele.

Deși încercările consilierului de a se apropia de tată nu au avut succes în prima fază, mai târziu, acesta a adoptat o abordare mai concentrată. Consilierul i-a explicat tatălui că este necesar să se

implice pentru a-și împiedica fiul să aibă probleme mai grave. De asemenea, consilierul l-a asigurat pe tată că, participând la terapie, l-ar putea scuti de cicălele soției cu privire la ruptura sa de familie.

Apropierea de adolescentul dependent de droguri a fost însă mai dificilă. Acesta s-a împotrivit primelor încercări ale consilierului de a se întâlni și a lipsit de acasă pe timpul vizitelor consilierului la domiciliu. Într-un sfârșit, consilierul l-a abordat pe adolescent în parc, în urma unui scandal pe care acesta îl avusese cu tatăl său. Consilierul l-a asigurat că, participând la programul TSFSD, l-ar putea ajuta ca aceste certuri să înceteze.

Diagnosticul

La întâlnirea cu întreaga familie, mama a început să-i povestească consilierului problemele fiului său. Consilierul i-a cerut mamei să-i explice fiului ei temerile sale. Pe măsură ce consilierul a încurajat membrii familiei să discute între ei, a observat de asemenea tipul de interacțiuni și a formulat un diagnostic.

Organizarea familiei (structura familiei)

Există o legătură puternică între mamă și fiul său (problematic) de 14 ani; copiii comunică cu tatăl lor în mare parte prin intermediul mamei. Tatăl și mama nu petrec destul timp împreună ca și cuplu. Mama este cea care răspunde de creșterea copiilor în totalitate. Mama și tatăl se aliază ocazional, dar numai în aspectele fără importanță, ca de exemplu ce să mănânce la cină.

Rezonanța afectivă

Mama știe ce anume preferă fiul său de 14 ani să mănânce și râd împreună, ambele fiind semne de legătură afectivă puternică. Tatăl este constant „*prea ocupat*” pentru a participa la activitățile de familie, un semn de nepăsare. Specifice sunt plângerile unor membri ai familiei la adresa altor membri pe parcursul interviului, un semn al adaptării de-a lungul acestei dimensiuni.

Stadiul de dezvoltare

Copiii nu au voie să se joace afară noaptea. Mama îl ia drept confident pe fiul său de 14 ani, plângându-se că tatăl ajunge târziu acasă.

Contextul social

Tatăl are un job solicitant, pe când mama își termină treaba devreme și ajunge acasă la 3 după amiază. Familia locuiește într-un cartier rău famat; există bande distribuitoare de droguri care caută recruți în cartier. Mama și tatăl nu se implică în activitatea fiului adolescent și a colegilor săi, nu îl supraveghează. Fiul de 14 ani se alătură unor tineri cu comportament antisocial din cartier.

Pacientul identificat

Tatăl vine acasă târziu și nu ajută la treburile casnice. Fiul său de 14 ani este rebel, refuză să participe la treburile casnice și are probleme de conduită acasă și la școală. Și el vine acasă târziu, adesea fiind foarte irascibil și nervos. Stă treaz până târziu ascultând muzică și doarme până la prânz. Fiul de 11 ani este un copil model.

Rezolvarea conflictului

Conflictele iau forma unor învinuiri furioase și acuzații reciproce.

Examinarea generală a diagnosticului

În familia Guerrero, părinții și-au atribuit responsabilități separate. Mama este pe deplin responsabilă de tot ceea ce înseamnă creșterea copiilor, iar rolul tatălui este foarte limitat în acest aspect. Se pare că există un acord tacit între părinți de a păstra distanța între ei, astfel încât, se poate presupune că ambii preferă responsabilități separate din motive personale. Acesta este un comportament greșit sub aspectul creșterii copiilor, deoarece tatăl și mama nu cooperează în exercitarea funcției de părinți. Pare mai degrabă că mama și fiul cu probleme sunt aliați împotriva tatălui. La o examinare mai atentă s-ar putea constata fără surprindere că aceleași tipuri de interacțiuni sunt prezente și în alte aspecte în afara celui de creștere a copiilor. De fapt, aceste tipuri de interacțiuni sau structuri se regăsesc aproape întotdeauna în majoritatea aspectelor vieții de familie. Odată apărute într-un aspect, este aproape imposibil să nu le găsim și în alte aspecte, dacă nu cumva în toate. Lipsa unei uniuni parentale puternice cu privire la problemele care apar în creșterea copiilor subminează capacitatea familiei de a trasa un curs al acțiunii eficient și de succes. Această situație este tipică pentru influențele ce pot interveni din afara familiei și care se manifestă asupra dezvoltării comportamentului adolescentului. Aceste influențe includ grupul cu care adolescentul socializează și așteptările la nivel de comportament care există sau cărora adolescentul este supus în afara familiei. Aceste influențe îi creează oportunitatea și antrenamentul necesar adolescentului pentru a se răzvrăti total.

Intervenția terapeutică va avea ca scop schimbarea tipului de interacțiuni care stau în calea capacității familiei de a-i îndruma cu succes calea adolescentului, îndepărtându-l de grupurile antisociale și de comportamentul exteriorizat. Această intervenție implică restabilirea ierarhiei în familie și controlul parental, inițial prin crearea unei alianțe între părinți.

Este clar că, atâta timp cât tatăl nu face parte din alianța mamă-copil, este mai puțin preocupat de ceea ce se întâmplă în interiorul acelei alianțe. Rămânând în afara acesteia, el este distant din punct de vedere emoțional (desprins) atât față de soție cât și față de copil. Pe partea opusă, mama și fiul de 14 ani sunt mult mai apropiați din punct de vedere emoțional și psihologic și astfel, este foarte posibil să fie uniți. Indiferent dacă privim situația ca fiind o apropiere între mamă și fiu sau o desprindere între mamă și fiu pe de o parte și tată pe de alta, există o diferență clară între distanța psihologică și emoțională dintre tată și mamă și tată și fiu pe de o parte și mamă și fiu pe de alta.

În ceea ce privește dimensiunea stadiului de dezvoltare, se pare că fiul de 14 ani se simte împovărat de responsabilități emoționale care mai degrabă i s-ar cuveni unui soț, precum responsabilitatea de a fi confidentul mamei. Celălalt copil nu are voie să stea afară târziu. Acest lucru pare să fie corespunzător având în vedere gradul de pericolozitate al cartierului.

În această familie, pacientul identificat se regăsește uneori în persoana fiului cu probleme, iar alte ori în persoana tatălui izolat. În timp ce negativitatea pe care mama și fiul de 14 ani o manifestă față de tată funcționează, în sensul că îl ține departe de familie, atât mama cât și tatăl îl învinuiesc pe fiul cel mare pentru problemele lor. Dacă acesta nu ar avea un comportament rebel, aranjamentul lor privind rolurile separate pe care le au, ar funcționa destul de bine. Din păcate, conflictele dintre mamă și tată nu se rezolvă deoarece încercările lor de a-și face cunoscute diferențele de opinii, se transformă în reproșuri reciproce.

Planificarea terapiei pe baza diagnosticului

Înțelegerea structurii care stă la baza interacțiunilor în familie, îl ajută în mare măsură pe consilier să pună un diagnostic asupra problemei, referindu-se la dimensiunile specifice din cadrul interacțiunilor din familie și apoi să implementeze strategii care să corecteze problemele de-a lungul acestor dimensiuni. Adesea, unele dimensiuni ridică mai multe probleme decât altele și necesită o concentrare mai atentă în cadrul intervenției. Consilierul a diagnosticat problema dependenței de droguri a fiului cel mare pe fondul unui control inefficient al comportamentului, ce rezultă din:

- *Organizare:* absența unui subsistem parental care să funcționeze. Mama și tata trebuie să aibă sarcini de colaborare care să-i unească.
- *Organizare:* alianțe necorespunzătoare. Trebuie accentuate granițele între mamă și fiul de 14 ani.
- *Impact:* granițe necorespunzătoare în care un părinte este prea apropiat (alianță) de copilul cu probleme, în timp ce al doilea părinte este prea depărtat (desprindere) de soție și de același copil. Granițele trebuie mutate astfel încât părinții să fie mai apropiați unul de celălalt din punct de vedere emoțional și al interacțiunii, copiii să fie cam pe aceeași linie și să existe o separare normală între părinți și copiii.

- *Stadiul de dezvoltare:* Stadiul de dezvoltare poate fi necorespunzător prin faptul că acel copil acaparat este împovărat și confuz prin atribuirea rolului de soț (confidentul nefericirii mamei sale în relația cu tatăl). Consilierul trebuie să-i încurajeze pe părinți să se sprijine reciproc.
- *Pacientul identificat:* Copilul acaparat este identificat ca reprezentând principala problemă a familiei. Consilierul trebuie să redirecționeze atenția familiei pentru a-i ajuta pe membrii familiei să înțeleagă că „întregul sistem” face parte din problemă și nu doar adolescentul. De asemenea, membrii familiei trebuie să elimine atitudinea negativă manifestată față de adolescentul identificat ca și pacient și să îl „elibereze” pentru a se comporta sociabil și corespunzător.
- *Contextul social:* Pacientul identificat este implicat într-un grup antisocial. Mama, tatăl și pacientul identificat trebuie să stabilească regulile și consecințele pentru comportamentul neadecvat al adolescentului și să accentueze granițele între familie și mediul extern. În plus, părinții trebuie să se implice mai mult în relația cu părinții copiilor cu care socializează fiul lor, pentru a putea supraveghea cu mai multă ușurință și eficiență activitatea fiului lor.
- *Rezolvarea conflictului:* Există posibilitatea ca în familie să apară în mod repetat anumite conflicte nesoluționate, deoarece, de fiecare dată când intervin divergențe, acestea sunt evitate și/sau de cele mai multe ori se transformă în scandaluri. Consilierul trebuie să redirecționeze atenția asupra problemei, de fiecare dată când membrii familiei încearcă să o evite sau să schimbe subiectul, astfel încât conflictul să poată fi soluționat.

Producerea schimbărilor

Diagnosticând problema sub aceste dimensiuni, consilierul a direcționat intervențiile direct către interacțiunile problematice din cadrul acestor dimensiuni. Una dintre primele acțiuni întreprinse de către consilier a fost aceea de a-l ajuta pe tatăl desprins de situație să se apropie cât mai mult de fiul său de 14 ani. În același timp, consilierul a inițiat un dialog între cei doi părinți în legătură cu adolescentul, pentru a încerca să stabilească o conexiune între părinți pe fondul preocupării reciproce pentru fiul lor. Următorul pas a fost acela de a-i ajuta pe părinți să negocieze reguli la adresa tânărului, care odată puse în funcțiune să-l readucă pe acesta pe calea cea bună. Pe perioada acestor schimbări, familia a așezat în mod frecvent evitarea conflictului. Atunci când familia încerca să evite conflictul, consilierul intervenea și redirecționa subiectul conversației către conflictul original. În acest proces, familia a achiziționat noi abilități de rezolvare a conflictului. Părinții au căzut de acord asupra unor reguli și consecințe pentru comportamentul pacientului identificat, reguli ce au fost discutate și au fost negociate de către părinți și copil. În ultimă instanță, părinții au reușit să stabilească limite consistente, iar comportamentul adolescentului s-a îmbunătățit.

CAZUL II: FAMILIA HERNANDEZ

Prezentarea clinică

Familia Hernandez a fost trimisă la clinică de către avocatul din oficiu, atunci când Isabela a fost arestată pentru a treia oară, de data aceasta pentru posesie de droguri. Isabela are 15 ani și locuiește cu fratele de 12 ani și cu mama sa care este singurul părinte. Deoarece mama sa vorbește doar limba spaniolă, cazul a fost preluat de un consilier TSFSD de origine hispanică, care a sunat la domiciliu auzind pe fundal strigăte și certuri. Consilierul a luat legătura cu mama, care părea copleșită. Atunci când consilierul i-a explicat că încearcă să stabilească o ședință de familie, Dna Hernandez i-a răspuns furioasă că nu va reuși niciodată să o convingă pe Isabela să participe.

Consilierul i-a cerut D-nei Hernandez permisiunea de a veni acasă la ea când vor fi amândouă prezente. Deoarece Dna Hernandez lucra ca menajeră în timpul zilei, programarea a fost stabilită pentru următoarea seară la ora 19. Când a ajuns la domiciliu, consilierul a găsit-o doar pe mamă împreună cu fiul de 12 ani. Dna Hernandez i-a explicat că Isabela stă adesea târziu cu prietenii săi și că nu știa la ce oră s-ar putea întoarce. Fiul de 12 ani a confirmat cele spuse de mama sa adăugând că Isabela îi provoca mereu neplăceri mamei sale și că și-ar dori ca ea să plece pur și simplu.

Stabilirea terapiei sistemice

Consilierul a început să se apropie de Dna Hernandez, ascultându-i greutățile pe care le are în această țară și greutățile pe care le are cu Isabela. Dna Hernandez i-a mărturisit că se simte foarte copleșită din cauza comportamentului Isabelei și că nu știe ce poate face în această privință. De fapt, a spus „*totul depinde de Dumnezeu în momentul de față*”, ca și cum nu putea face absolut nimic. Din cele spuse reieșea că Dna Hernandez nu avea un set de reguli și consecințe bine stabilite pentru comportamentul Isabelei. De asemenea reieșea că, în mare parte, comunicarea dintre mamă și fiică se reducea la nervi, învinovățiri și certuri. D-na Hernandez era de părere că se puteau certa ore întregi pe aceeași temă fără să ajungă la niciun rezultat și să reia cearta a doua zi.

Isabela a ajuns acasă în jurul orei 20:15 seara. Consilierul și-a dat seama că se clătina și vorbea stâlcit. Avea ochii roșii. A intrat năvală pe ușă năpustindu-se la bucătărie. Când D-na Hernandez i-a spus Isabelei că venise cineva care dorea să vorbească cu ea în legătură cu arestul, ea a răspuns „*să-l ia naiba, mi-e foame*”.

D-na Hernandez s-a dus la bucătărie să îi servească Isabelei cina, strigând „*Ți s-a răcit mâncarea! Iar ai întârziat! Noi am mâncat acum două ore!*”. Țipetele dintre mamă și fiică au durat cam 10 minute, după care consilierul a mers în bucătărie în încercarea de a face cunoștință cu

Isabela, din dorința de a extinde procesul de apropiere. În cadrul acestei prime întâlniri consilierul a ascultat și li s-a alăturat.

Diagnosticul

În timp ce asculta, consilierul a observat de asemenea interacțiunea dintre mamă și fiică. Înarmat cu aceste observații, consilierul a înțeles interacțiunile din cadrul acestei familii pe parcursul procesului de diagnosticare care a urmat.

Organizarea (structura familiei)

Există o problemă de ierarhie și de șefie în această familie. Pacientul identificat se află într-o poziție superioară, în timp ce mama nu are nicio putere și se simte copleșită. Mama nu are niciun control asupra comportamentului pacientului identificat. Nu există nicio alianță, fiul de 12 ani triangulează între mamă și pacientul identificat.

Rezonanța afectivă

Familia este foarte dezbinată. Situația dintre mamă și fiică este foarte ostilă și conflictuală.

Stadiul de dezvoltare

Toți membrii familiei se comportă total necorespunzător vârstei și statutului lor. Pretențiile pacientului identificat la adresa mamei sale sunt caracteristice pentru un copil mai mic și nu ajută la treburile casnice. Mama este copleșită și nu știe cum să-și controleze fiica. Fiul este prea atașat și implicat de mamă în a o sprijini și nu se comportă corespunzător vârstei (nu se joacă ca un copil de vârsta lui).

Contextul social

Familia este nou venită în Statele Unite, iar mama este desprinsă de societatea în care trăiește (nu vorbește limba engleză). Pacientul identificat își petrece majoritatea timpului în compania unor grupuri multiculturale care practică sex neprotejat și consumă droguri.

Pacientul identificat

Pacientul identificat este extrem de rigid și iese în evidență prin comportamentul său negativ. Relațiile dintre pacientul identificat și membrii altor familii se caracterizează prin negativitate intensă. În cadrul acestei familii nu s-au identificat alte persoane sau alte probleme.

Rezolvarea conflictului

Modelul tipic de interacțiune în această familie este apariția continuă a conflictelor fără soluționare.

Diagnosticarea familiei

În familia Hernandez, mama este copleșită de situație și nu este capabilă să controleze comportamentul fiicei sale consumatoare de droguri. Fiica, la rândul ei, s-a distanțat de familie și își petrece majoritatea timpului în compania unor prieteni consumatori de droguri, având o viață sexuală activă. Când este acasă, fiica și mama se ceartă mereu, iar fratele intervine pentru a-i lua apărarea mamei, împotriva surorii. Acțiunea fratelui nu face decât să izoleze pacientul identificat de familia sa.

De asemenea, în diagnosticarea cazului familiei Hernandez trebuie luate în considerare probleme culturale. Membrii familiei au început să se dezbine de când au sosit în SUA din Columbia, cu 3 ani în urmă. Isabela a început să învețe limba engleză și să socializeze cu grupuri americanizate, în timp ce mama sa a rămas izolată din punct de vedere social și cultural. Treptat, mama a început să fie foarte nemulțumită de comportamentul antisocial al Isabellei și de prietenii pe care și i-a ales, dar abisul existent între ea și fiica sa a împiedicat-o să discute aceste probleme. Când Isabela a fost trimisă la terapie, sistemul familial devenise total disfuncțional, iar mama își pierduse aproape în totalitate autoritatea în fața fiicei sale.

Planificarea terapiei în urma diagnosticării

Pentru a putea angaja familia în terapie, pacientul puternic identificat este de regulă primul abordat. Cu toate acestea, Isabela nu a prezentat probleme de implicare în terapie. Deși are un comportament rebel și furios, s-a prezentat la terapie și s-a arătat dornică să verbalizeze plângerile și să-și exprime sentimentele și astfel, consilierul a început să le unească pe mamă și pe fiică. Este important ca, încă din faza inițială a terapiei, să se înceapă restructurarea ierarhiei disfuncționale din cadrul familiei. Acordându-i sprijin mamei, consilierul trebuie să o ajute să distrugă ciclul de conflicte dintre ea și fiica sa, astfel încât mama să înceapă să preia o parte din control. Cel mai important, consilierul trebuie să o ajute pe mamă să-și modifice statutul parental într-unul corespunzător. Încercările fratelui de a acționa trebuie stopate, permițând mamei și fiicei să-și rezolve problemele în mod direct, fără intervenții. Acest lucru i-ar permite fratelui să-și găsească activități potrivite vârstei lui. Isabela trebuie să-și schimbe comportamentul neascultător, pentru a putea ameliora relația dintre ea și mama ei, îmbunătățindu-se astfel interacțiunea dintre ele.

Planul terapeutic formulat în cazul familiei Hernandez, a vizat toate cele șase dimensiuni structurale discutate în capitolul 3:

- *Organizarea:* Există o ierarhie disfuncțională în care fiica deține autoritatea, mama fiind copleșită și subminată. Autoritatea trebuie să-i revină mamei.
- *Organizarea:* Fiul triangulează între mamă și fiică. Încercările sale de acțiune trebuie stopate.
- *Rezonanța afectivă:* Mama și fiica sunt blocate într-o relație conflictuală și explozivă; comportamentul fiicei trebuie schimbat pentru a reduce din negativitate.
- *Stadiul de dezvoltare:* Comportamentul fiicei acasă este imatur și pretențios, fiul joacă rolul partenerului mamei sale, iar mama nu își asumă rolul parental corespunzător de cap al familiei. Fiica trebuie să învețe cum să își exprime sentimentele, mama trebuie încurajată să provoace ieșirea la iveală a sentimentelor fiicei și să le examineze, iar fiul trebuie îndemnat să participe la activități sociale corespunzătoare vârstei sale.
- *Pacientul identificat:* Fiica este considerată sursa problemelor din această familie. Problemele trebuie ilustrate pe fondul întregii familii și rezolvate prin schimbarea modelului de interacțiune din cadrul familiei.
- *Contextul social:* Diferențele de culturalizare (integrarea în cultura americană) duc la certuri între părinte și adolescent și accentuează distanța dintre mamă și fiică. Consilierul trebuie să le ajute pe amândouă să „cadă de acord” în interacțiunile lor.
- *Contextul social:* Fiica s-a asociat cu grupuri foarte periculoase. Pe măsură ce mama preia autoritatea, trebuie pusă problema selectării grupurilor de prieteni, iar mama trebuie să încurajeze fiica să-și aleagă alți prieteni.
- *Contextul social:* mama și fiul sunt izolați din punct de vedere social. Mama trebuie să se familiarizeze cu limba engleză și cultura americană, iar fiul trebuie să socializeze cu copii de vârsta lui.
- *Rezolvarea conflictului:* Mama și fiica au tendința de a striga una la alta și de a se insulta reciproc, fără a rezolva ceva. Familia trebuie să învețe să rămână la subiect și să-și rezolve problemele fără să părăsească camera sau să recurgă la atacuri personale.

După o săptămână, consilierul a revenit pentru a doua ședință și a întâlnit exact aceeași situație; Isabela sosind târziu, aflându-se în mod clar sub influența drogurilor. Consilierul stabilise deja o relație terapeutică cu întreaga familie. În timp ce consilierul stătea cu d-na Hernandez așteptându-o pe Isabela, i-a explicat acesteia modul diferit în care ar putea reacționa când aceasta avea să ajungă acasă (unul total opus). În cadrul intervenției, terapia cu membrii familiei poate decurge și în lipsa pacientului identificat, ca în acest caz. Consilierul a sfătuit-o pe d-na Hernandez să-și păstreze calmul, să nu-i permită Isabellei să țipete și să nu-i servească masa. La sosirea Isabellei, porția sa de mâncare se afla în frigider. Isabela, ca de obicei, s-a repezit în bucătărie și a cerut de mâncare. Încurajată de către consilier, d-na Hernandez, a rămas în sufragerie, camera alăturată bucătăriei. Isabela a venit în sufragerie și a început să țipe la mama sa că îi e foame. Mama a

strigat la Isabela: „ești o drogată”, fapt care a reînceput ciclul de învinovățiri și acuzații reciproce. Consilierul s-a ridicat în picioare, s-a îndreptat către d-na Hernandez, i-a pus mâna pe umăr și i-a spus: „trebuie să rămâneți calmă și să nu-i permiteți să vă controleze prin ceartă”. După mai multe intervenții de tipul acesta, d-na Hernandez a privit în cele din urmă către consilier și a spus: „încerc să fac asta, dar este foarte greu”. Această afirmația a reprezentat primul pas al d-nei Hernandez în acceptarea ajutorului oferit de consilier pentru a se detașa de conflictul cu fiica sa. Mai mult, când fiul a intervenit, consilierul a încurajat-o pe mamă să îl țină de asemenea sub control.

Isabela a continuat să strige la mama sa, fără a primi răspuns timp de 15 minute, după care s-a năpustit furioasă către dormitorul ei. Nereușind să-i provoace pe mama și fratele ei la ceartă, s-a simțit frustrată și a renunțat. După ce i-a acordat mamei sprijinul necesar și a lăudat-o pentru felul în care a controlat situația și a evitat scandalul, consilierul a direcționat conversația către pasul următor. A adus în discuție alte modalități prin care Isabela ar putea s-o enerveze pe mama sa și i-a dat mamei sarcina de a utiliza noile tactici învățate și cu acele ocazii.

A fost o mare realizare pentru o singură ședință și era clar că aceste progrese trebuiau să continue și să se amplifice cât mai repede posibil. Consilierul i-a spus mamei „putem continua să îndreptăm lucrurile dacă ne vom întâlni din nou peste câteva zile”; iar fiicei i-a spus: „Vezi, nu e necesar să te cerți cu mama ta. Dacă ești de acord să revin săptămâna viitoare, am putea să-ți facem viața mai ușoară”. Ca urmare, atât d-na Hernandez cât și Isabela au fost de acord să participe la o nouă ședință în săptămâna următoare.

La începutul următoarei ședințe, consilierul a subliniat realizările anterioare, trecând în revistă progresele făcute de mamă și de Isabela în privința certurilor. Consilierul a intervenit pentru a stopa încercărilor fratelui de a se amesteca în interacțiunea dintre mamă și fiică. Pe parcursul ședinței, consilierul a lăudat-o pe mamă de fiecare dată când a reușit să evite o ceartă, și i-a fost alături atunci când nu a reușit să o facă („Înțeleg cât este de greu, dar știi că ați încercat”). De asemenea, consilierul a lăudat-o și pe Isabela pentru efortul de a evita certurile la fel ca și mama sa. Așadar, atât mama cât și fiica au fost lăudate pentru schimbările efectuate în relația lor. Redându-i controlul mamei în interacțiunile cu fiica sa, un pas important în terapie, consilierul a putut trece la nivelul următor: **negocierea regulilor și a consecințelor**. Consilierul a început de asemenea să implementeze anumite schimbări în comportamentul fiicei, indiferent cât de mici, arătându-i empatie și înțelegând-o cât de greu trebuie să-i fie. Consilierul a ajutat-o pe mamă să dobândească un rol parental corespunzător, lăudându-i fiecare încercare de a impune limite fiicei sale. De asemenea, consilierul a ilustrat comportamentul nerespectuos al Isabelei ca un strigăt de ajutor, reprezentând modalitatea sa de a-și exprima durerea.

Treptat, odată cu trecerea timpului, comportamentul necontrolat al Isabelei și dependența sa de droguri s-au diminuat, iar mama a învățat să se împrietenească cu fiica sa și să-și păstreze calmul, fără a da curs conflictelor, ori de câte ori Isabela încerca să o provoace. Isabela a învățat să-și exprime plângerile cu respect și nu sub forma unor atacuri ostile. Fratele, simțind că tensiunea dintre sora și mama sa a scăzut, s-a retras și a început să-și caute ocupații personale.