



**FUNDAȚIA „ALĂTURI DE VOI”  
ROMÂNIA**

Cristina VAMEȘU  
Simona BUTU  
Ștefania RĂDULESCU

**GHID DE ASISTENȚĂ PSIHOLAGICĂ  
A PERSOANELOR INFECTATE  
ȘI AFECTATE HIV/SIDA**

**Iași, 2004**

## CUPRINS

<b>PREFAȚĂ</b> .....	3
<b>CAPITOLUL 1</b>	
<b>HIV/SIDA – O BOALĂ PENTRU TOTDEAUNA ?!</b>	
1.1. Contextul HIV/SIDA în România .....	4
1.2. HIV/SIDA – Implicații psihosociale .....	6
<b>CAPITOLUL 2</b>	
<b>ASISTENȚA PSIHOLGICĂ –</b>	
<b>UN DEMERS EFICIENT CU SOLUȚII CONCRETE</b> .....	13
<b>CAPITOLUL 3</b>	
<b>INTERVENȚIA PSIHOLGICĂ ÎN CAZUL PERSOANELOR INFECTATE</b>	
<b>ȘI AFECTATE HIV/SIDA</b>	
3.1. Evaluarea psihologică. Specificitatea definirii și incidențe asupra practicii.....	19
3.2. Conceptualizarea. Caracteristici de bază și tipologii .....	25
3.3. Consilierea ca suport emoțional .....	29
3.3.1. Elemente specifice și componente structurale .....	29
3.3.2. Tehnici și abilități de consiliere .....	31
3.3.3. Consilierea pre și post-testare HIV .....	33
3.3.4. Consilierea în problematica sexualității .....	40
3.3.5. Consilierea de doliu .....	47
3.4. Psihoterapia. Repere teoretice și practice .....	53
3.4.1. Definiție, rol și scop .....	53
3.4.2. Situații în care este necesară intervenția psihoterapeutică .....	54
3.4.3. Particularizări psihoterapeutice .....	55
3.4.4. Tehnici de intervenție psihoterapeutică specifice .....	65
3.5. Relația terapeutică .....	76
<b>CAPITOLUL 4</b>	
<b>DEZVĂLUIREA DIAGNOSTICULUI PERSOANEI INFECTATE HIV/SIDA</b>	
4.1. Particularități în dezvăluirea diagnosticului .....	80
4.2. Reacții la aflarea diagnosticului .....	85
4.3. Rezistența la dezvăluirea diagnosticului .....	96
<b>CAPITOLUL 5</b>	
<b>ETICĂ ȘI DEONTOLOGIE PROFESIONALĂ</b> .....	99
<b>BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ</b> .....	104

## PREFAȚĂ

O apariție îndelung așteptată în peisajul „ghidurilor” de specialitate, Ghidul ne atrage atenția de la bun început prin curajul autorilor de a remarca condițiile specifice de apariție, menținere și evoluție a HIV/SIDA în România. Este de remarcat și sublinierea aspectelor particulare de excluziune socială care însoțesc persoana și apropiații celor purtători de HIV sau SIDA. Capitolul întâi se încheie cu un excurs asupra impactului psihologic al infecției și afectării HIV/SIDA, pregătind derularea celorlalte cinci capitole.

Capitolul al doilea creionează, în câteva tușe, caracteristicile programului de asistență psihologică realizat la ADV – pregătirea adulților spre a dezvălui diagnosticul copiilor, asistența psihologică de suport pentru copii, și intervenția psihologică pentru adulți.

Pe parcursul capitolului al treilea se trec în revistă aspectele definitorii ale intervenției psihologice de specialitate pe patru paliere acționale, evaluarea psihologică, conceptualizarea, consilierea și psihoterapia. Parcurgerea materialului tehnic este ușurată și înnobilită de prezența micilor studii de caz însoțite de imagini clarificatoare și a exemplelor de dialog terapeutic. Subiectele tematice exemplificate de consiliere și psihoterapie, fără pretenția de exhaustivitate, adaugă substanță și direcție – consilierea pre- și post-testare HIV, consilierea în problematica sexualității și consilierea de doliu, psihoterapia individuală și de grup.

Autorii subliniază esența intervenției psihologice - fie ea de consiliere sau psihoterapie - prin plasarea, relației terapeutice ca subiect distinct în cadrul acestui capitol. Parcurgându-l se ajunge implicit și la necesitatea existenței unui sistem de suport profesionalizat al terapeutului, prin formare inițială și continuă și prin mecanisme de supervizare clinică, subiecte care vor fi desigur, dezvoltate în publicații viitoare.

Capitolul patru se dovedește a fi o aplicație practică cu detalii ilustrative descriind aspectele esențiale legate de dezvăluirea diagnosticului. Aici se întrezărește cu deosebită claritate experiența echipei de asistență psihologică a ADV.

Finalul ghidului este fericit înnobilit cu aspecte de etică și deontologie profesională, un capitol deschis schimbărilor care vor apărea curând în peisajul de specialitate profesional, ca urmare a apariției, de curând, a Colegiului Psihologilor din România.

Ghidul este o excelentă invitație la lectură profesională fără a fi ermetic și supra-specializat. Cu un limbaj accesibil, cu atenție pentru inteligibilitatea textului prin exemple și explicații, ghidul intră în pachetul de instrumente de lucru pentru toți cei care se află aproape de persoanele infectate sau afectate de HIV/SIDA.

**Lector dr. Ovidiu GAVRILOVICI**  
**Catedra de Psihologie Medicală și Psihopedagogie Specială**  
**Facultatea de Psihologie și Științele Educației**  
**Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” Iași**

## CAPITOLUL 1

### HIV/ SIDA - O boală pentru totdeauna?!

Motto:

„Cât soarele va fi pe cer,  
Cât va fi luna și pământul,  
Voi face tot ce-mi cere gândul,  
Voi continua mereu să sper!”  
(„Dorința”, autor: Sero - Suceava)

#### 1.1. Contextul HIV/SIDA în România

În prezent România ocupă un nedorit prim loc între țările europene în privința numărului copiilor și tinerilor infectați HIV/SIDA, aflându-se astfel mai aproape de țările occidentale decât de cele din arealul central și est european.

Dacă în perioada 1985-1989 au fost raportate la Organizația Mondială a Sănătății doar 43 de cazuri de SIDA în România, o adevărată explozie a acestei cumplite boli s-a produs însă după anul 1990, afectând în special copiii născuți între 1988-1991, efect al degradării generale a sistemului sanitar, având ca principale repere:

- politica dezastruoasă de negare a existenței bolii;
- respingerea ofertelor dezinteresate de asistență și ajutor calificat ale organizațiilor și organismelor internaționale specializate;
- lipsa unui program național, unitar coordonat pentru prevenirea și lupta împotriva SIDA;
- inechitatea în folosirea și distribuția îngrijirilor de sănătate;
- suportul logistic insuficient și tehnologia medicală învechită;
- nivelul insuficient de pregătire specifică al personalului medical;
- utilizarea unui instrumentar depășit, incorect sterilizat;
- efectuarea transfuziilor cu sânge netestat (obligativitatea testării donatorilor a fost introdusă abia după 1990);
- lipsa materialelor educaționale, informativ-preventive despre HIV/SIDA;
- inexistența unor strategii de orientare inițială și de instruire continuă a lucrătorilor sanitari în privința prevenirii infecției cu HIV.

Pentru părinții acestor copii, dar și pentru noi toți, valul epidemic aparent imposibil de oprit poate constitui dovada eșecului instituțiilor care potrivit constituției, aveau obligația de a proteja viața și sănătatea viitorului țării, copii: *instituțiile guvernamentale și un sistem sanitar centralizat, arbitrar manageriat.*

Pe baza statisticilor epidemiologice experții în domeniu susțin în consens ipoteza vinovăției sistemului sanitar românesc în privința transmiterii infecției la copii (și nu numai!).

Sunt în dezbateră două întrebări fundamentale:

1. Ce raport de cauzalitate se poate stabili între procedurile medicale și transmiterea accidentală a virusului?
2. Care proceduri medicale ar putea fi incriminate ca responsabile de răspândirea acestuia?

Răspunsuri sigure la aceste întrebări nu există. Există doar supoziții, ipoteze. Până la demonstrarea științifică a cauzalității, sub rezerva probabilității se pot nominaliza doar ca vectori potențiali:

a) unele proceduri medicale și b) factorii favorizanți din sistemul sanitar.

a) proceduri medicale ca vectori potențiali:

- transfuziile cu sânge neverificat contaminat, tratament aplicat în malnutriție (distrofie) și anemie;
- utilizarea seringilor de multiplă folosință, sterilizate incorect și superficial;
- utilizarea aceluiași instrumentar, ac sau seringă, la mai mult de un singur pacient, fără sterilizare;
- utilizarea repetată a instrumentarului de unică folosință;
- reutilizarea tubulaturilor pentru perfuzii.

b) factori favorizanți:

- condițiile igienice improprii din mediul spitalicesc cu aglomerări sau supraaglomerări de pacienți;
- dezinteresul în identificarea și cuantificarea exactă a potențialului infecțios;
- adoptarea și utilizarea unor proceduri de investigație și tratament cu risc de infecție;
- comportamentul igienic inconstant al personalului sanitar;
- inconsecvența aplicării tehnicilor aseptice și a măsurilor de antisepsie;
- nesterilizarea instrumentarului ori nerespectarea normelor tehnice și instrucțiunilor de sterilizare;
- eludarea obligativității testelor de control ale sterilizării, menținerii sterilității materialelor sanitare și a soluțiilor injectabile sau superficialitatea testărilor;
- transmiterea de la un pacient la altul în mediile sanitare.

La mai bine de un deceniu de la recunoașterea existenței caracteristicilor epidemiologice de flagel ale bolii în România, copii și părinți laolaltă au continuat să se confrunte cu insensibilitatea și superficialitatea, uneori chiar cu dezinteresul acestorași instituții care le-au provocat cea mai mare dramă a vieții, de data aceasta pentru dreptul fundamental al fiecăruia la tratament antiretroviral neîntrerupt și sprijin social minim. Acest fapt s-a petrecut cu precădere în perioada 1999 – 2000, când au existat probleme în asigurarea continuității tratamentului medicamentos pentru persoanele infectate HIV/SIDA.

Unii părinți cunosc cu exactitate momentul infectării copilului, modalitatea, procedura, împrejurările în care s-a produs. Cu toate acestea, din datele cunoscute,

pînă în prezent nu s-a efectuat nici o anchetă în scopul tragerii la răspundere a inovatorilor. Deși din statisticile oficiale rezultă că a fost practic eliminată transmiterea nozocomială a HIV/SIDA, în fiecare an se înregistrează la nivel național noi cazuri de copii seropozitivi, care au fost infectați în acea perioadă.

Îngrijorătoare este și creșterea numărului de cazuri de transmitere verticală a virusului (ante partum, intrapartum și postpartum - de la mamă la copil) datorită incidenței ridicate a infecției HIV la femeile tinere cu un scăzut nivel educațional, a lipsei noțiunilor elementare de prevenție a infecției, dar și sporirii alarmante a numărului utilizatorilor de droguri injectabile.

În ultimii 2-3 ani se remarcă afectarea tot mai frecventă a adulților, principalul vector HIV fiind contactul sexual infectant, prin raporturi sexuale neprotejate. Se estimează că numărul cazurilor de infectare HIV este foarte mare, dar sunt încă nemanifeste și/ori neconfirmate clinic pentru a putea fi evaluate corespunzător.

## 1.2. HIV/SIDA – Implicații psihosociale

SIDA sau infecția cu HIV nu reprezintă doar *probleme medicale*, așa cum eronat mai sunt încă percepute. În interiorul microgrupurilor afectate se manifestă relații certe de determinism între aspectele medicale, socio-economice, psiho-emoționale și cultural-educaționale.

Infecția HIV îndeplinește criteriile de încadrare în rândul bolilor cronice. Ca în orice boală cronică, suferința persoanei infectate interferează viața propriei familii, cu importante consecințe extrafamiliale. Insidios, sindromul perfid distruge progresiv atât sistemul imunitar, cât și imunitatea psihologică a persoanei infectate și a familiei sale. Persoanele infectate și afectate HIV/SIDA sunt nevoite să facă față unor situații greu de suportat cu grad ridicat de stres emoțional, care determină apariția și amplificarea unor devastatoare trăiri negative cu efect distructiv asupra stării de sănătate psihică, dintre care amintim:

- discriminarea;
- stigmatizarea ori frica de a fi stigmatizat;
- absența confidențialității;
- culpabilizarea și autculpabilizarea;
- incertitudinea;
- izolarea fizică și psihică;
- excluderea ori/și marginalizarea comunitară sau familială;
- slaba integrare socială, școlară și profesională;
- diminuarea până la dispariția relațiilor interpersonale;
- teama pentru ziua de mâine;
- procedurile medicale dureroase și tratamentul medicamentos continuu etc.

Conștientizând impactul psihosocial, adultul reușește, în cele mai multe situații, să înțeleagă și să accepte în extremis atât boala cât și durerea. Niciodată însă,

suficient! Cu o înțelegere limitată asupra vieții, bolii și a morții, copilul se va manifesta diferit, va accepta cu dificultate deteminările psihologice ale statutului său social, suportând greu atitudinea celor din jur.

Iată de ce sunt justificat necesare continuarea și amplificarea demersurilor psihosociale destinate ajutorării acestor persoane, ca un semn al adeziunii față de ele, al încrederii în posibilitatea ameliorării stării lor, ca expresie a încrederii în șansa vieții.

Putem afirma fără teama de a greși, că *implicațiile psihosociale* în cazul infecției cu HIV sunt la fel de copleșitoare ca și *aspectele medicale*. Pentru cel infectat, dar și pentru persoanele care îngrijesc o persoană seropozitivă, incertitudinea înconjoară prognozele medicale. Toate efectele care apar sunt fondate: *pierderea încrederii, stigmatizarea, izolarea, abandonarea de către familie, prieteni, vecini și colegi de școală/serviciu.*

Copilul mic infectat HIV nu realizează dimensiunea dramei, dar pe măsură ce escaladează treptele dezvoltării cognitive, din multiplele mesaje directe sau indirecte va intui că suferă de o boală care-i va limita posibilitățile de afirmare școlară și socială într-un viitor mai mult sau mai puțin îndepărtat. El poate constata limitarea propriilor relații psihosociale, chiar dacă pentru o bună perioadă de timp nu se deosebește prin nimic de colegii și prietenii săi.

Această *frustrare cronică* determină apariția unor *sentimente negative: auto-culpabilizarea, incertitudinea, disperarea, furia, rușinea, dezvoltând tulburări de comportament, emoționale și funcționale, complexe de inferioritate, inadaptare socială, anxietate, scăderea stimei de sine, chiar conduită suicidară și tentativă de suicid.*

Impactul cu boala, reacțiile la dezvăluirea diagnosticului sunt similare celor exprimate în oricare altă stare terminală, dar există și anumite caracteristici unice care fac din recepționarea diagnosticului o dificultate particulară.

Descoperirea seropozitivității la un copil constituie o situație stresantă care conduce implicit la o stare de criză. Cel mai frecvent, climatul socio-psiho-afectiv al acestuia este afectat de starea de sănătate care influențează și modifică stilul de viață și activitățile lui viitoare.

Investigarea aspectelor psihosociale ale copiilor și adulților care au supraviețuit pe termen lung infecției cu HIV au evidențiat unele caracteristici comune cu bolile cronice (*cancerul, anemiile celulare sau fibromul chistic*):

- necesitatea îngrijirii de specialitate;
- deteriorarea treptată a sănătății;
- durerea și disconfortul;
- spitalizarea îndelungată;
- impactul psihologic și emoțional asupra familiei și copilului;
- cheltuieli financiare mari;

- perturbarea activităților obișnuite (școală, serviciu);
- izolarea socială;
- interacțiunea cu problemele familiale anterioare (sărăcia, consumul de alcool și dependența de droguri).

Datorită modului în care este privită boala în societate, **confidențialitatea** este considerată o condiție necesară în abordarea cazurilor HIV/SIDA. Dacă în cazul profesioniștilor care lucrează cu astfel de persoane confidențialitatea este obligatorie, în situația persoanei infectate și a familiei sale există atât avantaje, cât și dezavantaje în ruperea confidențialității. Apar întrebări privind comunicarea acestui diagnostic persoanelor apropiate. Acest lucru declanșează o stare de tensiune care are reacții diferite. Să declari altora că tu ești infectat, ori că ai un copil infectat cu HIV sau că cineva apropiat are SIDA este dificil.

**Avantajele** ruperii confidențialității pot fi legate de un mai mare sprijin din partea familiei, obținerea unor drepturi legale din partea statului sau a unor persoane specializate, profesioniste care pot oferi sprijin în acest sens.

**Dezavantajele** sunt de regulă, mai mari. Statusul de seropozitivitate presupune și o serie de adaptări emoțional-afective, solicitări la care rudele și persoana infectată „trebuie” să facă față. Cuprinși de anxietate, apare tentația de a împărtăși aceste sentimente și trăiri tocmai dintr-o nevoie imperioasă de a fi înțeleși, sprijiniți, protejați și ajutați să facă față presiunilor bolii. Numai că în foarte multe situații, după o primă reacție de acceptare, înțelegere și chiar compasiune față de persoana infectată, se instalează (treptat sau cu brutalitate) o atitudine de retragere, asociată cu diminuarea relațiilor interumane, de izolare și stigmatizare a persoanei seropozitive și a familiei acesteia. Se poate ajunge la respingerea persoanei infectate din rândul familiei lărgite de către prieteni, vecini, rejecția din comunitate, școală, grădiniță.

**Izolarea socială** a celor infectați cu HIV și a familiilor lor este un fapt des întâlnit, constituind o caracteristică particulară a bolii. Persoana seropozitivă este tratată de multe ori de cei din preajma ca fiind „altfel” (atât în sens pozitiv, prin grija manifestată față de cel bolnav, dar mai ales în sens negativ, de cei care cu ușurință îl etichetează: „*persoană cu SIDA*”). Sunt cazuri frecvente de familii care își abandonează copilul infectat cu HIV în spitale sau în centre de plasament în ideea protejării celorlalți membri ai familiei de transmiterea virusului. Alimentată de frică și prejudecăți, imaginea copilului HIV într-o colectivitate este mult modificată. Ceilalți consideră că acesta nu mai poate face anumite lucruri la fel ca o persoană sănătoasă și atunci apare nevoia unui tratament special: este plasat în ultima bancă, în pauză nu este lăsat să se joace cu ceilalți copii de frica lovirii și sângerării, nu mai este solicitat la lecții, părinții îl supraprotejează prin retragerea de la școală sau prin neimplicarea în treburile casnice. Frecvent, apar și reacțiile exagerate: folosirea unor tacâmuri și veselă separate, fierțe și dezinfectate după fiecare utilizare.

Răspunsul vârstei tinere (și nu numai) la o boală cronică sau terminală înseamnă: mânie, ostilitate, confuzie, angoasă. Aceste sentimente pot fi însoțite de deznădejde



și resemnare legate de rapiditatea regresului către SIDA și iminenta moarte. Anunțarea diagnosticului de HIV/SIDA generează reacții diverse, de la stări de șoc la refuzul de a-l crede și mai ales de a-l accepta.

V-ați întrebat vreodată ce este în sufletul unui copil/adolescent bolnav? Dacă nu, atunci vom încerca să vă descriem o parte din viața „normală” a unui copil infectat cu HIV, care este presărată cu multe vizite la spital, cu multe internări, ace, seringi, perfuzii, multă durere... și multe întrebări chinuitoare, de genul:

- „Sunt sau nu bolnav?”
- „De ce eu? ”
- „De ce nu mă pot juca precum alți copiii?”
- „De ce se feresc copiii de mine?”
- „Voi muri? De ce voi muri? Când voi muri?”
- „Mă va dura?”
- „De ce Dumnezeu mă face să trec prin asta?”
- „Dacă nu pot fi vindecat, nu ar fi mai bine să renunț?”

Dezvoltarea armonioasă a personalității copilului/adolescentului apare atunci când el beneficiază de dragoste și securitate, de experiențe noi, de apreciere și stimă, de responsabilitate și autonomie. Pentru a se dezvolta normal copiii au nevoie de siguranță, idealuri ferme la care să aspire, linii directoare care să le conducă viața. Componentele stării de bine sunt:

- acceptarea de sine, realizată printr-o atitudine pozitivă față de propria persoană;
- acceptarea calităților și defectelor personale;
- percepția pozitivă a experiențelor trecute;
- conștientizarea sensului vieții, direcționat de scopuri pe durată medie și lungă;
- convingerea că merită să te implici.

Trebuie adăugat că pentru a se accepta, copilului îi sunt necesare *gândire pozitivă* și *stimă de sine crescută*. Însă existența ca atare ne arată că lumea este încărcată de incertitudine iar datorită bolii, totul se poate modifica în orice clipă.

Din nefericire situațiile limită prin care trec cei infectați cu HIV au adesea efecte negative și traumatizante asupra psihicului, *modificarea imaginii de sine* fiind un astfel de efect.

Este cunoscut faptul că în dezvoltarea personalității și în procesul adaptării și integrării psihosociale, un element esențial este imaginea de sine. Aceasta începe să se formeze în primul an de viață, odată cu debutul primelor interese perceptiv referitoare la părțile propriului corp. Prin imaginea de sine înțelegem un „autoportret”, atât fizic cât și psihosocial, concretizat în totalitatea părerilor fiecăruia despre sine, adică o apreciere complexă și intimă. Pe parcursul vieții imaginea de sine se schimbă, „se ajustează” și e normal să se petreacă astfel, atâta vreme cât omul însuși se schimbă. Ea corespunde într-o măsură mai mare sau mai mică cu realitatea. Modificările imaginii de sine sunt generate de evenimente pozitive sau negative ce intervin la orice vârstă în viața oricărei persoane.

În cazul persoanei seropozitive HIV, imaginea de sine capătă o serie de trăsături accentuate de relațiile sale speciale cu lumea înconjurătoare, generate de starea și statutul său de persoană infectată. La aceasta contribuie esențial „imaginea comună”, răspândită în societate, asupra categoriei de persoane infectate cu HIV și asupra celor apropiați acestora.

Există câteva particularități ale **imaginii de sine** la copilul seropozitiv. Relațiile acestuia cu lumea în care trăiește determină modificări ale acesteia în funcție de două situații distincte:

- 1) *copilul cunoaște diagnosticul bolii de care suferă;*
- 2) *copilul nu cunoaște natura infecției, dar unii dintre cei apropiați lui o știu.*

1) În prima situație, modificarea imaginii de sine începe de la perceperea noului său statut social: *infectat HIV, deci bolnav incurabil*. Reacțiile psihocomportamentale, uneori impulsive și periculoase ale copilului seropozitiv se datorează modificării rapide și radicale a imaginii de sine, care este deseori distorsionată. În virtutea unei imagini de sine „catastrofale”, apar tulburările sufletești, crizele de disperare, de „debusolare”. Copilul devine mai inactiv, lipsit de inițiativă, retras, trist sau anxios. Intervenția psihologului, a asistentului social, concomitent cu participarea la un grup de suport îi pot ameliora suferințele sufletești, îmbunătățindu-i imaginea despre sine.

2) În a doua situație, imaginea de sine va suferi modificări determinate de comportamentul celor din jur (hiperprotectiv, neglijent etc.). Se știe că în fața bolii oamenii reacționează diferit, pot gândi pozitiv sau dimpotrivă, negativ. A gândi pozitiv înseamnă ca părinții să poată spune: „*Asta e situația. Să vedem ce se poate face*”. Cei care gândesc negativ se lamentează, în loc să încerce să caute soluții: „*Orice aș încerca nu are rost*”. Părinții sunt adesea încordați, tensionați, neliniștiți, se tem de viitor, fapt observat mai devreme sau mai târziu de către copil și care are repercursiuni și asupra imaginii de sine a acestuia.

O altă consecință psihologică a faptului că suferă de o boală incurabilă este **manifestarea frustrării**. Aceasta poate îmbrăca aspectele cronice ale **stresului psihic** și aspectele acute ale **crizei**.

- **Stresul psihic** – este rezultatul confruntării persoanei cu o situație care îi amenință integritatea. Subiectiv sau obiectiv, aceasta îl solicită până la sau dincolo de limitele posibilității de a-i face față. Izolate sau grupate, formele de manifestare ale stresului vizează de regulă: tulburările comportamentale (fuga de acasă/de la școală, furtul, vagabondajul, actele de violență etc.), izolarea și îndepărtarea de oameni, lipsa de interes pentru activitățile zilnice, izbucnirile neașteptate de furie, iritabilitatea, ostilitatea etc.
- **Criza** - se concretizează în manifestări violente și agresive cu frecvență și intensitate crescute, îndreptate atât spre propria persoană cât și spre

ceilalți; complexe de inferioritate și frica de societate pot determina automarginalizare socială, chiar autoexcludere. Copiilor seropozitivi le sunt caracteristice stările afective acute (*crizele de afect sau de mânie*). Astfel într-o situație acut frustrantă, copilul țipă, lovește, bate din picioare, se aruncă pe jos, într-o agitație dezordonată urmată de obicei, de epuizare. Crizele de mânie sunt întâlnite la copii cu curențe educaționale sau când persoanele care îi îngrijesc nu consimt la îndeplinirea instantanee a dorințelor lor.

Imposibilitatea de a se vindeca, stresul, anxietatea, stima de sine scăzută, marginalizarea socială, sentimentul neputinței în fața bolii pot determina apariția *depresiei*. Refuzul alimentației și al medicației, scăderea tonusului general, sentimentele de inferioritate, tulburările de comportament, rezistența scăzută la frustrare sunt tot atâtea semne care prevestesc depresia. Se asociază cu o simptome somatice, comportamentale, cu dureri abdominale inexplicabile, cefalee, pierderea interesului și a capacității de concentrare.

De asemenea, internările prelungite, efectele secundare ale tratamentului cu antiretrovirale și instalarea fazei simptomatice a bolii contribuie în multe cazuri și la apariția unor *manifestări agresive*.

*Agresivitatea* poate fi dirijată spre ceilalți (*heteroagresivitate*) sau spre propria persoană (*autoagresivitate*). Este cunoscut faptul că depresia se constituie într-un risc autoagresiv major. Chiar dacă la copilul mic (până la vârsta de 7–8 ani) conștiința morții, cunoștințele și percepțiile asupra acestui fenomen sunt parțiale și confuze, suicidul având o slabă incidență, pe măsura apropierei de pubertate și adolescență riscul de a avea o tentativă de suicid crește. Atunci suicidul este privit ca o cale de a evita durerea, disconfortul fizic și psihic, devenind argumentul ultim de depășire a situației prin care trece. Cu toate acestea riscul suicidar la copii și adolescenții seropozitivi este scăzut, crescând însă pe măsură ce individul se apropie de maturitate.

Combaterea stresului persoanei infectate, evitarea apariției situațiilor de criză solicită apropiere sufletească, înțelegerea gândurilor sale, înlăturarea tendințelor de subestimare, sprijin în selectarea și stabilirea unor scopuri exclusiv realiste.

Specialistul poate contribui substanțial la atingerea acestor obiective, prin crearea unei relații de încredere, încurajând exprimarea liberă, deschisă a emoțiilor și sentimentelor.

*Interacțiunea cu problemele sociale* este o particularitate specifică infecției HIV/SIDA. Sărăcia, șomajul, consumul de alcool, dependența de droguri sunt aspecte sociale care pot agrava situația de criză în care se află persoanele infectate și afectate de HIV/SIDA. Infecția are, de asemenea, *consecințe majore asupra întregii societăți*.

Dacă până acum rata mare a infecțiilor HIV/SIDA s-a înregistrat în rândul copiilor născuți în perioada 1989-1992 în prezent, așa cum am specificat anterior, numărul infecțiilor începe să crească în rândul tinerilor, principala cale de transmitere fiind cea sexuală. Astfel se înregistrează o creștere globală a numărului persoanelor

HIV pozitive care solicită îngrijire medicală și tratament, servicii costisitoare pentru a acoperi toate nevoile. Nu este de neglijat nici suma care se cheltuie lunar pentru o persoană care se află în tratament (aproximativ 700\$). Dacă adăugăm celelalte drepturi cuvenite conform legislației în vigoare, statul român cheltuie aproape 900\$/lună pentru îngrijirea unei persoane seropozitive HIV. Apreciem că evoluția galopantă a incidenței cazurilor noi poate determina în anumite limite și o posibilă stare generală de sărăcie în extindere la nivelul întregii populații (crescând peste un nivel maxim acceptat, proporția membrilor suferinzi de anumite boli cronice influențează nivelul de trai). Dacă numărul infecțiilor cu HIV va crește în rândul populației active, atunci forța de muncă existentă va înregistra tendințe de scădere. De aceea prevenirea apariției noilor cazuri de infecție HIV/SIDA trebuie să devină strategie națională, specialiștii din domeniul psihosocial situându-se, prin specificul profesiei, în primele rânduri ale bătăliei.

## CAPITOLUL 2

### Asistența psihologică - un demers eficient cu soluții concrete

Datorită caracteristicilor și implicațiilor bolii, este evident faptul că persoana seropozitivă HIV nu are nevoie doar de o atentă supraveghere și îngrijire medicală pentru a-și îmbunătăți calitatea vieții. Ea are nevoie și de sprijin în rezolvarea problemelor sociale cu care se poate confrunta la un moment dat. Și acesta nu e totul. Ea are nevoie de mult mai mult.

Pornind de la identificarea nevoilor persoanelor seropozitive, Fundația „**Alături de Voi**” România a inițiat programul de asistență psihologică profesionistă adresat exclusiv persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA. Programul a debutat în luna aprilie 2003 ca răspuns pe de o parte, la solicitarea unor categorii largi de persoane care au în responsabilitate copii seropozitivi (părinți, bunici, asistenți maternali, personal de îngrijire) de a fi sprijiniți pentru realizarea și îmbunătățirea comunicării cu copilul seropozitiv, iar pe de altă parte, ca urmare a faptului că asistenții sociali ai fundației au semnalat manifestarea unor comportamente atitudinale situate la polul opus, de respingere a comunicării între anumite categorii de părinți și copii acestora pe tema HIV/SIDA.

Studiile întreprinse în mediile existențiale ale cazurilor aflate în evidența sau grija instituțiilor de profil, a familiilor și altor categorii de persoane abilitate, au confirmat existența situațiilor în care se manifestă reținere și chiar refuz în a le vorbi copiilor despre seropozitivitatea lor. Majoritatea părinților spre exemplu, considera justificată păstrarea tăcerii asupra diagnosticului, invocând fie vârsta prea fragedă pentru a înțelege ADEVĂRUL, fie dorința de protecție a copilului, care nu ar putea suporta duritatea impactului cu realitatea.

Investigațiile au pus în evidență faptul că aceste atitudini sunt determinate de un complex evantai motivațional, construit pe următoarele elemente comune:

- contextul particular al bolii, șocul psihologic cauzat de înțelegerea gravității acesteia;
- gradul insuficient de informare asupra specificității HIV/SIDA;
- receptarea incorectă/incompletă a efectelor;
- diferențele culturale, nivelul educațional redus;
- pierderea încrederii, gradul redus de conștientizare a resurselor interioare și exterioare;
- sentimentul autoculpabilizării, dorința de supraprotejare;
- lipsa coeziunii familiale, alterarea rolului parental, destructurarea familiei.

După opinia noastră, copilul, în concordanță cu nivelul și posibilitățile sale de înțelegere (de regulă începând cu stadiul gândirii formale, corespunzătoare vârstei de 6-11 ani), are dreptul elementar la informare, pentru a cunoaște situația în care

se află, pentru a conștientiza cauzele durerii și diferențele dintre el și ceilalți copii aparținând grupului de referință din care face parte.

Doar astfel poate fi cooptat în cunoștință de cauză la efortul comun pe care îl presupune programul de asistență psihologică, garantând prin participare eficiența acestuia, deschizându-și voluntar canalele de comunicare destinate receptării mesajului terapeutic, acceptându-l și supunându-se influențelor lui benefice.

Toate aceste motive, precum și faptul că punerea copilului în fața unei realități dureroase nu se poate face oricum și de către oricine, au determinat centrarea programului de asistență psihologică pe trei paliere acționale principale:

**1) Încurajarea și pregătirea părinților și persoanelor care au în îngrijire copii seropozitivi în vederea dezvoltării diagnosticului, a consecințelor și implicațiilor ce decurg din aceasta.**

Ca urmare a implicării în program, părinții au conștientizat importanța comunicării pe tema bolii cu copilul seropozitiv HIV, ca etapă fundamentală în acceptarea voluntară de către acesta a statutului de subiect activ în cadrul unui program terapeutic. Au învățat că hotărârea de a dezvălui diagnosticul asigură controlul circumstanțelor în care copilul învață despre boala sa și că este important să poată decide ca părinte când să-i spună, ce să-i spună și cum să o facă, ținând seama de fragila construcție afectiv - emoțională a acestuia.

**2) Asigurarea suportului psihologic copilului seropozitiv în vederea diminuării efectelor impactului cu adevărul despre boala sa și controlului reacțiilor emoționale.**

Pe măsura nivelului specific de dezvoltare cognitivă, receptând informațiile despre HIV/SIDA, copilul conștientizează boala, dezvoltă pas cu pas un proces adaptativ continuu, acceptă situația existentă, devine parte activă interesată în secvențele terapeutice de grup sau individuale, contribuie la activitățile comune în grupuri de suport.

**3) Intervenția psihologică adresată adulților; includerea acestora în programe de psihoterapie.**

Procesualitatea natural - evolutivă a trecerii de la statutul de copil, prin adolescență, spre statutul de adult, aduce în planul preocupărilor firești, inclusiv al copiilor seropozitivi HIV, interesul pentru sexul opus. Din această perspectivă, având în vedere și creșterea alarmantă a numărului adulților infectați cu HIV, am considerat necesară extinderea serviciilor psihologice și la nivelul acestora.

În ceea ce privește modalitatea de recrutare a cazurilor, aceasta se face prin:

- referințe directe de la:
  - personalul din serviciile publice de sănătate specializate (medici infecționiști, asistente medicale);
  - asistenții sociali ai Fundației „Alături de Voi” România;

- personalul asociațiilor persoanelor afectate și infectate HIV/SIDA, care își desfășoară activitatea pe raza celor 3 județe în care există centre ale fundației, dar și de la alte asociații din țară.

- **autoreferințe.**

Și pentru ca efortul psihologilor implicați în acest program să fie încununat de succes, el este completat și de munca echipei de asistenți sociali pe care o are Fundația „Alături de Voi”. În acest context, devine evidentă necesitatea unei echipe pluridisciplinare care să acopere nevoile biopsihosociale ale persoanelor infectate/afectate HIV/SIDA. O astfel de echipă este formată de obicei din medicul infecționist, asistentul social, psihologul, medicul de familie (în unele cazuri). Poate fi necesară și colaborarea cu alți medici: kinezoterapeuți, nutriționiști, stomatologi, dermatologi, etc. O bună colaborare între specialiști și un mesaj omogen din punct de vedere informațional **vor avea un impact pozitiv asupra calității vieții persoanei HIV+**, vor încuraja aderența la tratament și o vor ajuta să recapete controlul asupra propriei vieți. În caz contrar, persoana infectată HIV se va simți derutată, iar încrederea sa în specialiștii cu care colaborează va avea de suferit, această situație, având în ultimă instanță consecințe negative asupra complianței la tratament și altor comportamente adaptative legate de boală.

Având în vedere că un mijloc foarte bun de explicare a comportamentelor umane și de identificare a factorilor care le determină este considerat a fi chestionarul, **rezultatele** programului de asistență psihologică derulat de Fundația „Alături de Voi” România au fost evaluate printr-o **investigație sociologică**, care a avut drept bază chestionarul de opinie, administrat la 2 grupuri de subiecți:

- Primul grup a fost constituit din subiecți (copii și persoane de îngrijire) care au fost incluși în programul de asistență psihologică și care au beneficiat de introducerea unor factori de progres în vederea schimbării comportamentului;
- Al doilea grup a fost format copii infectați HIV și persoane de îngrijire (părinți, bunici, ș.a.m.d.) care nu au beneficiat de intervenția psihologului.

Investigația sociologică a pornit de la formularea următoarelor ipoteze de lucru:

**1. Atunci când copiii participă în mod activ și constant la programul de asistență psihologică, atunci:**

- acceptă cu mai multă ușurință diagnosticul bolii;
- obțin mai multe informații despre boală;
- comunică cu părintele mai eficient pe tema bolii;
- se integrează mai ușor în mediul social.

**2. Atunci când persoanele de îngrijire ale copiilor seropozitivi HIV, beneficiare ale programului de asistență psihologică, participă în mod activ și constant la program, atunci:**

- comunică cu mai multă ușurință diagnosticul bolii copilului;
- comunică mai eficient cu copilul despre boală după aflarea diagnosticului;

- obțin mai multe informații despre boală;
- fac față cu mai multă ușurință stresului provocat de implicațiile bolii.

Astfel, au fost concepute 4 tipuri de chestionare adresate:

- copiilor care beneficiază de program;
- copiilor care nu beneficiază de program;
- persoanelor de îngrijire – beneficiare ale programului;
- persoanelor de îngrijire care nu beneficiază de program.

S-a încercat omogenizarea grupurilor atât din punctul de vedere al vârstei, cât și din punctul de vedere al condițiilor externe (nivel de pregătire, posibilități materiale): selecția copiilor investigați a ținut seama de vârsta, sexul, școlarizarea, precum și de perioada integrării lor în programul de asistență psihologică, iar la nivelul persoanelor de îngrijire s-a inventariat vârsta, sexul, nivelul de educație și data intrării în program.

**1.** Prima parte a investigației a urmărit studierea impactului unui demers psihoterapeutic complex asupra copiilor seropozitivi HIV și persoanelor de îngrijire a acestora care au beneficiat de programul de asistență psihologică.

- Astfel, 53,3% dintre copiii chestionați au conștientizat că participarea la activitățile desfășurate pe programul de asistență psihologică le-a îmbunătățit relațiile intrafamiliale. Acest lucru ne indică faptul că discuțiile purtate în cadrul programului de asistență psihologică și-au atins scopul în ceea ce privește comunicarea dintre părinți și copii despre boală.
- Pe de altă parte, 100% dintre persoanele de îngrijire chestionate au recunoscut și apreciat importanța acestui program, argumentele aduse în favoarea acestuia referindu-se la faptul că le ajută să accepte boala și să gândească pozitiv, să comunice mai bine cu copilul și să obțină informații corecte despre boală.
- Pentru 96,7% dintre persoanele care au în îngrijire copii infectați cu HIV cuprinse în cercetare, comunicarea pe tema bolii s-a îmbunătățit vizibil și doar pentru 3,3% relația cu copilul a rămas la fel ca înainte de participarea la activitățile programului. Procentul ridicat al persoanelor care au răspuns că relația cu copilul s-a îmbunătățit pe tema bolii ne indică faptul că programul și-a atins scopul pentru care a fost inițiat.
- Nevoia de comunicare și deschidere față de ceilalți membri ai grupului a creat, ca și în cazul copiilor, cadrul optim de interacțiuni și schimburi interpersonale complexe pentru un procent de 100% dintre persoanele de îngrijire. Oferirea de suport reciproc și permanent în cadrul întâlnirilor de grup a fost percepută ca o necesitate pentru cei care au în îngrijire un copil seropozitiv HIV. Cu atât mai mult cu cât, constituirea unor astfel de grupuri în cadrul programului de asistență psihologică a reprezentat o modalitate eficientă de a discuta despre ceea ce simte fiecare, de a exprima emoțiile



și sentimentele despre cei bolnavi, de a împărtăși unuia realizările și insatisfacțiile, bucuriile și nemulțumirile legate de viața personală.

2. A doua parte a investigației a urmărit să evidențieze necesitatea derulării unui astfel de program pentru copiii seropozitivi HIV și persoanele de îngrijire care nu au beneficiat de servicii de asistență psiho-socială.

Aspecte semnificative ale evaluării copiilor seropozitivi HIV cuprinși în cercetare:

- 90% dintre copiii chestionați și-au manifestat intenția de a se implica în activități de grup împreună cu alți copii întâlniți la spital;
- **Teme de discuție** în cadrul întâlnirilor de grup: 40% dintre copii au indicat ca principală temă de discuție cu ceilalți copii boala și aspectele legate de aceasta. Corelativ cu tematica bolii există dorința de a afla mai multe lucruri despre modul de reacție al celorlalți copii la aflarea diagnosticului. Școala reprezintă o altă temă de discuție având în vedere faptul că cei mai mulți copii au întrerupt cursurile din motive medicale sau au renunțat de teama de a nu fi marginalizați și excluși. În cazul copiilor care își cunosc diagnosticul și implicațiile pe termen lung ale bolii, viitorul reprezintă un subiect de discuție pe care ar dori să-l abordeze, fiind perceput ca o situație de incertitudine și nesiguranță. Timpul liber și familia reprezintă alte subiecte de interes pentru copii, acestea fiind de altfel specifice vârstei. Ultimele două teme au fost desemnate drept subiecte de discuție mai ales de către copiii care nu își cunosc diagnosticul.
- Dintre **problemele care îi preocupă pe copii**, 22% dintre ei situează pe primul loc boala, urmând reacția colegilor de clasă la aflarea diagnosticului, dorința de a merge la școală în cazul celor care au întrerupt cursurile pe motive de sănătate sau au renunțat datorită comportamentelor discriminatorii ale profesorilor sau colegilor de clasă, prietenia cu sexul opus, posibilitățile de vindecare a bolii și, nu în ultimul rând, problema viitorului.

La nivelul persoanelor de îngrijire s-au evidențiat următoarele aspecte semnificative:

- 66% dintre aceștia nu au discutat cu un psiholog despre problemele inerente bolii;
- 81% și-au exprimat dorința de a discuta cu un psiholog despre aceste probleme;
- Din totalitatea părinților investigați, 27% au recunoscut că propriul copil nu își cunoaște diagnosticul, restul persoanelor considerând că deși copilul lor știe diagnosticul, informațiile despre boală fie sunt minime și deformate, fie nu cunoaște implicațiile pe termen lung ale acesteia;
- În cazul părinților care nu au comunicat diagnosticul copilului, motivele principale au fost: teama de reacția la diagnostic a copilului în procent de 67% și teama de reacția comunității (33%).
- 75% dintre persoanele de îngrijire investigate sunt de părere că este bine pentru copil ca acesta să-și cunoască diagnosticul;

- 78% dintre respondenți ar dori să se întâlnească cu alte persoane aflate în aceeași situație, indicând ca teme de discuție: boala, tratament, alimentație, probleme specifice vârstei copiilor, drepturi, marginalizare.

#### Concluzii ale investigației:

- Dacă în cazul copiilor care au beneficiat de programul de asistență psihologică, golul informațional privind infecția HIV/SIDA a fost acoperit în cadrul întâlnirilor individuale și de grup, copiii care nu au fost incluși în program dețin informații incomplete și incorecte despre aceasta. În această ultimă situație, copiii nu vor acorda importanța cuvenită nici tratamentului și nici protecției;
- Dacă în prima situație relațiile și comunicarea intrafamilială s-au îmbunătățit în urma includerii în program, în cea de-a doua situație există o acută nevoie a copiilor de a discuta cu părinții despre boală și o nejustificată teamă a părinților de a aborda acest subiect;
- Reunirea copiilor seropozitivi și a persoanelor de îngrijire în grupuri de terapie și suport a condus la formarea unei coeziuni puternice între ei, dorința de interacțiune fiind resimțită și de copiii, respectiv familiile care nu au avut posibilitatea să participe la astfel de acțiuni;
- Atât persoanele de îngrijire care au fost incluse în activitățile individuale și de grup, cât și cele care nu au beneficiat de un astfel de program, consideră intervenția psihologului ca un suport necesar și permanent în îmbunătățirea calității vieții celor afectați de HIV/SIDA.

## CAPITOLUL 3

# Intervenția psihologică în cazul persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA

### 3.1. Evaluarea psihologică. Specificitatea definirii și incidențe asupra practicii

*Intervenția psihologică* este definită în general drept acțiunea profesională fundamentată din punct de vedere științific și evaluată empiric care operează cu mijloace și metode psihologice la nivelul experienței trăite și a comportamentului, având ca scop dezvoltarea sau reabilitarea unei persoane, prevenirea sau tratamentul tulburărilor de natură psihică.

Este important să subliniem că trăsătura esențială a intervenției psihologice în cazurile persoanelor infectate/afectate HIV/SIDA nu este aplicarea sa la caracteristici sau procese psihice, ci mai curând utilizarea mijloacelor psihologice care pot fi folosite, de altfel, în aceeași măsură și pentru a modifica fenomene și stări somatice.

Tipul de intervenție instrumentat în comportamentele psiho-clinice adoptat în corelația cu pacientul seropozitiv, se distinge de altele prin plaja opțională redusă a scopurilor pe care și le poate propune, determinate de capacitatea binomului psihoterapeut - entitate umană seropozitivă de a le atinge efectiv și probabilitatea respectării promisiunilor.

Din această perspectivă șansele de reușită atribuite intervenției psihologice în cazul particular HIV/SIDA sunt direct proporționale cu nivelul de optimism al scopurilor propuse.

Tipologia generală a scopurilor reține în principiu următoarea clasificare:

- pe termen scurt sau metodice;
- pe termen mediu;
- pe termen lung;

Pentru realizarea optimului intervenției psihologice în cazurile persoanelor infectate/afectate de HIV/SIDA obiectivele vizează ca sfere de aplicare, diferite *niveluri de complexitate psihică*.

Astfel, în *sistemul intrapersonal* ne preocupă doar nivelul *configurațiilor de funcții* (care cuprinde personalitatea ca sistem de funcții și sindroamele psihopatologice clasice). Intervențiile la acest nivel au ca target operațional diferitele aspecte, acoperind experiența personală trăită, controlul stresului, terapia depresiilor și

diminuarea tensiunii interne, proceduri intensive dirijate spre acceptarea și înțelegerea situației, învățarea unor comportamente noi, în compensație, restructurarea competențelor de tratare psiho-clinice a bolilor incurabile.

Necesitatea operativității și eficacității demersului psihologic, reclamă o construcție procedurală sistematizată pe următoarele paliere acționale:

- *etapa I – evaluarea (inițială, periodică, finală);*
- *etapa II - conceptualizarea;*
- *etapa III - consilierea;*
- *etapa IV – psihoterapia.*

Reușita intervenției psihologice se fundamentează decisiv pe *calitatea contactelor* cu subiectul, în mod deosebit *a primei întrevederi*, cheia fiind stabilirea unei relații eficiente. Foarte puțini oameni vor accepta încercarea cuiva de a-i schimba, dacă nu simt că acel cineva îi înțelege și acceptă așa cum sunt.

Operațional, evaluarea inițială subsumează de regulă următoarele componente:

- 1 ) *Interviul clinic de evaluare*
- 2 ) *Psihodiagnosticul*

### 1 ) *Interviul clinic de evaluare*

a) **Din punctul de vedere al obiectivelor**, în cadrul acestei prime întâlniri explorative cu copilul/adultul seropozitiv sau persoana de îngrijire, se urmărește:

- *diagnosticarea* - identificarea, clarificarea și analiza problemei;
- *orientarea strategiei terapeutice* - stabilirea sistemului corelațional cu pacientul, fundamentarea punctului de plecare, selecția și fixarea reperelor principale ale parcursului psihoterapeutic ulterior, prin elementele diagnostice primare pe care le oferă.

b) **Din punctul de vedere al conținutului metodologic**, interviul clinic cu un copil seropozitiv are următoarea structură:

- *Interviul cu părinții*

Prima întrevvedere cu familia copilului are o importanță deosebită, scopul fiind inițierea comunicării și a unei relații eficiente. Sentimentele exprimate pot fi intense și invadatoare, de aceea în această fază discuția este concentrată asupra aspectelor concrete de anamneză, iar în funcție de nivelul cunoștințelor despre HIV/SIDA, despre modul cum s-a descoperit diagnosticul, când bănuiesc părinții că s-a produs infectarea, despre nivelul de cunoștințe al copilului despre boală, despre statutul serologic al celorlalți membri ai familiei. Uneori convorbirea continuă cu repetarea unor informații asupra igienei, prevenției, tratamentului, pe care părinții simt nevoia să le audă din nou. Dacă părinții exprimă teamă în a iniția o discuție cu copilul despre boală, psihologul aduce argumente în favoarea dezvoltării diagnosticului.

### • *Interviul cu copilul*

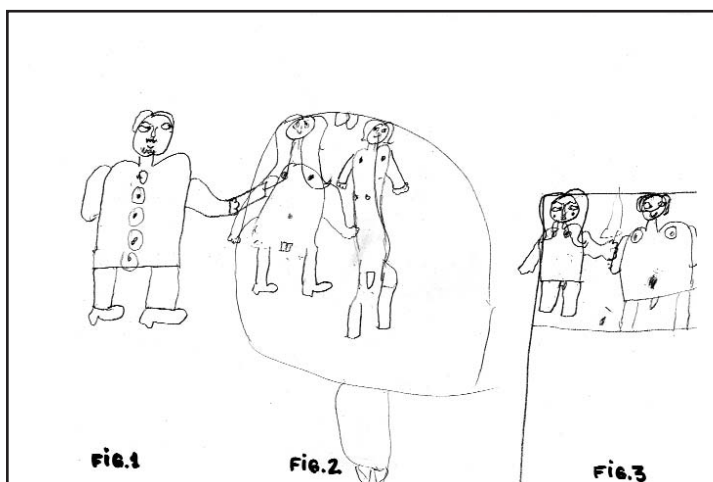
Este inițiat printr-o *convorbire* în care i se oferă copilului un context, o atmosferă securizantă pentru o bună comunicare.

Sunt copii care se înhibă atunci când ajung pentru prima oară în cabinetul psihologului. S-a constatat că în astfel de circumstanțe se stabilește mult mai ușor o relație de comunicare cu aceștia dacă psihologul apelează la *tehnici expresive de lucru*. În acest sens, desenul este foarte util în lucrul cu copiii, care de regulă mai au încă probleme privind utilizarea limbajului vorbit, îl stăpânesc greu și relația psiholog – client, care este fundamentul psihoterapiei, nu ar putea să se stabilească. În schimb, desenul (un limbaj prin el însuși) devine astfel o tehnică de comunicare foarte utilă. Copilul narează grafic ceea ce nu poate exprima prin cuvinte și primește cel mai adesea cu bucurie sarcina de a desena. Evident, un desen are o valoare informativă redusă, dacă nu este completat de o discuție pe marginea celor desenate. Pentru a întări aceste afirmații, prezentăm în continuare cazul Ioanei:

*Are 15 ani și a fost diagnosticată ca seropozitivă HIV în 1998. Fiind spitalizată pentru investigații medicale de rutină periodice, Ioana a acuzat dureri abdominale frecvente. A fost supusă unui control ecografic și s-a descoperit drept cauză a acestora o sarcină în luna a III-a. Cu acordul tatălui, s-au efectuat întreruperi de sarcină. Acesta a fost momentul în care medicii au solicitat intervenția psihologului, deoarece bănuiau că ar fi vorba despre un incest.*

*În urma evaluării psihologice a reieșit că Ioana are deficiență mintală ușoară, hipomnezie, tulburări de limbaj (dislexie), instabilitate afectivă, labilitate a atenției, adaptare scăzută la mediu, prezintă o percepție eronată a timpului, și o stimă de sine scăzută.*

*Deoarece medicii nu i-au explicat ce înseamnă o întrerupere de sarcină, Ioana nu a realizat faptul că în urma chiuretajului nu mai este gravidă și, deși cunoștea că este seropozitivă HIV, nu avea nici o informație despre modalitățile de transmitere a infecției. În consecință, nu știa că, prin intermediul relațiilor sexuale neprotejate se poate transmite infecția.*



*Pentru a obține informații relevante de la Ioana cu privire la sarcină și ținând cont de caracteristicile psihice ale acesteia, psihologul a încercat să găsească o modalitate potrivită de comunicare, astfel încât copilul să nu opună rezistență. Prin intermediul desenului, Ioana a furnizat câteva repere despre viața ei intimă: a desenat ceea ce este reprezentat în figura*

alăturată, iar apoi a povestit că are doi prieteni (George și Mihai). A identificat două locații în care au avut loc raporturile sexuale. Prima întâlnire s-a petrecut într-o magazie de lângă casa Ioanei, într-o roabă, George fiind primul băiat cu care a avut relații sexuale (fig. 2). După ce a plecat George, a venit tatăl Ioanei (fig. 1) care a întrebat-o ce caută în magazie. Avea un băț în mână, așa cum este reprezentat în desen. Al doilea contact sexual l-a avut cu Mihai într-o cameră din casa în care locuiește (fig. 3).

- *Interviul cu familia reunită*

Psihologul explorează procesele de interacțiune familială, prin observarea modului în care membrii familiei relaționează și comunică:

- *la nivel nonverbal* – repartiția persoanelor în spațiu, spre cine se îndreaptă copilul, ordinea în care se ia cuvântul, gesturile, mimica;
- *la nivel verbal* – calitățile formale ale discursului, conținut, ruptura de stil sau logică.

**Notă:**

*În cazul adultului infectat HIV, interviul clinic comportă o altă structură, dat fiind faptul că, spre deosebire de copilul seropozitiv (situație în care diagnosticul este comunicat părinților, urmând ca aceștia să decidă care este momentul potrivit pentru a-și informa copilul), adultul își cunoaște statutul de seropozitivitate. De aceea, decizia de a discuta și cu ceilalți membri ai familiei este determinată de aspectele identificate în cadrul procesului de evaluare.*

Evaluarea periodică este determinată de *caracteristicile* pacienților care apelează la serviciile fundației, respectiv:

- suferă de o boală cronică sau sunt afectați indirect de această boală;
- pot trece cu ușurință de la faza de acceptare a bolii la cea de negare sau depresie și invers;
- pot manifesta o serie de tulburări psihice generate de agravarea bolii;
- se pot lovi adesea de marginalizarea și respingerea socială etc.

**Notă:**

*Fiind vorba despre cazuri care sunt în atenția Fundației „Alături de Voi” pentru mai mult timp, este necesar ca periodic beneficiarii programului să fie din nou evaluați.*

**2 ) Psihodiagnosticul** - componentă operațională secundă a evaluării, implică:

- **aplicarea mai multor metode de psihodiagnostic** (singularitatea metodei nu asigură suficiența și relevanța informațională);

- **selecția optimului psihoterapeutic, organizarea procedurală** (în vederea particularizării tipului de terapie - individuală sau de grup); desemnarea partenerilor de dialog – numai copilul; copilul și părinții; familia reunită, părintele/adultul singur, adultul împreună cu partenerul de viață etc.;
- **administrarea, cotarea și interpretarea instrumentelor psihologice de evaluare diagnostică** (a structurii, dinamicii și trăsăturilor de personalitate, a proceselor cognitive, afectivității, a gradului de integrare psihosocială etc.);
- **realizarea profilului psihologic al subiectului.**

Prezentăm în continuare studiul de caz al unui copil seropozitiv HIV care se află în prezent plasat în regim de asistență maternală:

#### Scurt istoric:

- V. este băiat și s-a născut în 1990;
- imediat după naștere a fost abandonat de către părinți într-un spital de pediatrie;
- în 1993 a fost diagnosticat ca fiind seropozitiv, iar în 1994 a fost instituționalizat într-un centru de plasament;
- în septembrie 2003 a fost plasat la un asistent maternal al Fundației „Alături de Voi”;
- din punctul de vedere al stării de sănătate se află în stadiul de boală SIDA (stadiul C3), cu TBC pulmonar;
- informațiile despre boală sunt minime și deformate, reducându-se la denumire și la faptul că este letală;
- recomandarea pentru includerea în programul de asistență psihologică a fost făcută de asistentul social care instrumentează cazul.

#### Caracteristici psihologice:

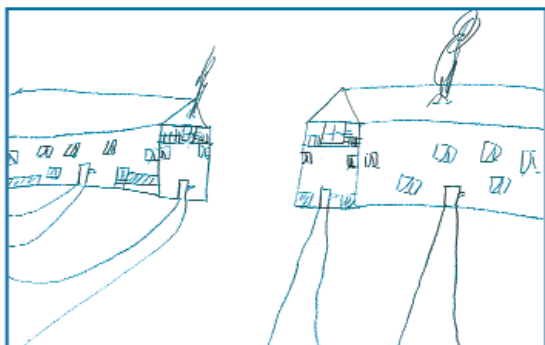
Rezultatele evaluării psihologice au pus în evidență următoarele:

##### a. Procesele de cunoaștere

Intelect de limită (Q.I.=80), atenție instabilă, hipomnezie (nu face asocieri, învață mai mult mecanic), tulburări în formularea limbajului abstract, dislexie-disgrafie.

##### b. Dezvoltarea afectiv emoțională

- V. este un copil imatur din punct de vedere afectiv și instabil emoțional, carențe dezvoltate pe fondul lipsei de afectivitate și a instituționalizării;



- frecvent apar manifestari ale sindromului de instituționalizare (negativism, rezistența scăzută la frustrare);

- complexe de inferioritate, stima de sine scăzută (subestimarea este determinată preponderent de autodeprecierea competențelor sociale, de neîncrederea în aptitudinile școlare și în capacitatea de control a emoțiilor) performanțe școlare slabe, reacții de demisie în fața eforturilor;

- copil frustrat, mai ales în prima copilărie, de relația cu mama, fapt ce se observă și în reprezentarea prin schema casei: apariția unor case multiple, a unor drumuri frecvente, ferestre disproporționate lipite de margini.

#### *Observații făcute în timpul ședințelor de evaluare:*

Absența modelelor, insecuritatea psihică, abuzurile verbale și fizice la care a fost supus în centrul de plasament au determinat o diminuare a încrederii în sine, a stimei de sine, o percepție greșită a propriei imagini, a informațiilor despre boală, performanțe școlare slabe, complexe de inferioritate legate de performanțele sale intelectuale.

Una dintre ședințe a urmărit identificarea sentimentelor trăite de copil în noul mediu psihosocial (familia de asistență maternală, școală, comunitate) și modul în care se raportează la viitor.

Tehnicile utilizate: desenul și povestea – ca mijloace provocative.

#### *Descrierea tehnicii:*

*„Desenează cum crezi tu că va fi ziua de mâine și peste 3 ani, după care încearcă să construiești o poveste.”*

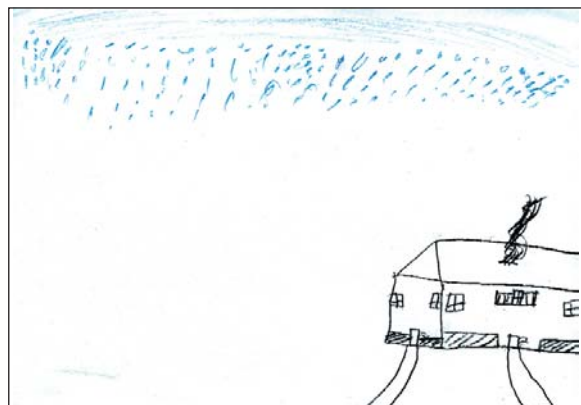
Interpretarea de către subiect a primului desen, care reprezintă viitorul apropiat: *„Este primavară și este cald, soarele strălucește, încerc să ajung la un copac care este pe vârful unui deal. Eu sunt într-o vale și trebuie să urc ca să ajung la el”.*

Copilul a desenat un cer luminat de soare, iar cerul este simbolul aspirațiilor, al ascensiunii. Soarele pe care V. l-a reprezentat în desen semnifică influența paternă și faptul că are relații bune cu soțul asistentei maternale, căruia copilul îi spune „tată”.

Dar personajul V. este mic, plasat în colțul din dreapta jos al foii, ca și cum ar vrea „să intre sub pământ”, ceea ce pune în evidență încă o dată complexe de inferioritate ale copilului. În plus, V. se află într-o vale și trebuie să urce un deal pentru a ajunge la copac, semn că încă nu este adaptat total la noul mediu (școlar și familial).

Tema celui de-al 2-lea desen este *„Eu peste 3 ani”*, deci viitorul îndepărtat așa cum și-l imaginează copilul.

V. nu poate spune prea multe despre semnificația desenului: *„Afară plouă și e frig. Eu sunt în casă.”*





Evident, proiecția lui V. este negativă, copilul nu știe exact ce se va întâmpla cu el în viitor.

Este nesigur atât cu privire la situația lui familială (casa este mică, așezată în colțul foii, conturul casei este negru și tradează angoasa copilului), cât și cu privire la starea de sănătate (ideea morții poate fi legată de cer și poate să îi traducă angoasa – „afară plouă” – reprezentarea ploii este și un semn al anxietății copilului).

### 3.2. Conceptualizarea. Caracteristici de bază și tipologii

În urma *evaluării inițiale*, desfășurate pe parcursul primelor întâlniri cu beneficiarul, este necesar ca psihologul să își construiască o „teorie” a cazului pe baza căreia să poată concepe un plan de intervenție inițial. La baza unei astfel de „teorii” stă o înțelegere profundă a structurii psihice a subiectului și a elementelor exterioare ce acționează asupra lui. Odată construită, această „teorie” de pornire va trebui explicată subiectului în termeni corespunzători, astfel încât acesta să o înțeleagă și, lucru foarte important, să o accepte. Această provocare reprezintă un pas extrem de important pentru succesul intervenției. Pentru că:

- **Transformă incomprehensibilul în comprehensibil**

Cu alte cuvinte, psihologul trebuie să umple spațiile goale din „povestea” cazului, să traducă și explice acele aspecte care sunt neclare, să exploreze pattern-ul cognitiv al persoanei printr-o procedură ce amintește de cea construirii unui puzzle. La finalul acestui procedeu stă o înțelegerea complexă și completă a CAZULUI.

- **Facilitează acceptul subiectului la prezentarea cazului**

O formulare completă și corectă a cazului nu este suficientă. Ea poate chiar deveni inutilă în cazul în care subiectul nu o va accepta. Acest lucru depinde de abilitatea specialistului în a-l determina pe subiect să accepte interpretarea sa și poate fi evitat respectând caracteristicile legate de nivelul de înțelegere, vârstă, sex, educație, convingeri religioase, etc. ale subiectului, precum și găsind o modalitate de expunere care să nu declanșeze defense puternice din partea acestuia.

Un exemplu grosier: modul în care vom explica conceptualizarea cazului unui copil de 7 ani va fi diferit de modul în care vom discuta cu un adolescent. În cazul copilului - vom da o atenție deosebită utilizării unui limbaj cât mai ușor inteligibil și eventual vom uza de desene, poze sau alte modalități de prezentare intuitive. În cazul adolescentului - vom sublinia aspectele formale. Așa cum ne demonstrează atât teoria cât și practica, adolescentul este „o ființă dublă”. În el se duce o luptă continuă între copil și adult. Pe copil dorește să îl lase în urmă pentru a putea atinge maturitatea. „*Cea mai bună comunicare cu el este de a viza, cum ar spune Vîgotski, zona proximei dezvoltări, adică de a discuta cu adultul, nu cu copilul din el.*”

Interpretarea nu trebuie niciodată impusă, ci sugerată de pe poziția specialistului la modul: „*din ceea ce am discutat până în prezent, mie mi se pare că .../ părerea mea este că...; ...d-voastră ce părere aveți despre această ipoteză?...*”

- **Sugerează o schemă de tratament**

Categoriile psihologice și etichetele lingvistice pe care le utilizăm în limbajul curent, precum și categoriile psihodiagnostice, reprezintă „*descriptori cu valoare predictivă*”<sup>1</sup> ce ne sunt suficienți pentru nevoile vieții sociale cotidiene.

Din păcate însă, aceste etichete devin insuficiente atunci când ne confruntăm cu necesitatea de a explica un comportament sau de a schița un plan de intervenție în terapie sau consiliere. Iată principalele lor *carențe*:

- **Ambiguitatea** – „*descriptorii psihologici naturali (etichete verbale referitoare la fenomene psihice, așa cum se găsesc ele în limbajul natural) au o dublă ambiguitate: se utilizează cu înțelesuri diferite și nu precizează contextele în care sunt valide/invalide.*”<sup>1</sup> Cea mai bună modalitate de a dezambiguiza descriptorii este cea de a-i transforma în comportamente observabile și măsurabile.
- **Circularitatea explicației** – Exemplu: T., 16 ani, înjură frecvent, adresează cuvinte ofensatoare, agresează fizic persoanele cu care intră în conflict pentru că „*este agresiv*”. Agresivitatea însă, la rândul ei, se definește prin aceste simptome. Ca urmare, explicația devine falsă - o explicație circulară: T. are anumite simptome pentru că este agresiv, iar agresivitatea înseamnă exact acele simptome. „*În mod eronat comportamentele sunt văzute ca efecte ale unei cauze care, de fapt, e simpla lor etichetă verbală [...]. A explica un comportament înseamnă a stabili factorii care îl fac să varieze, adică relațiile funcționale dintre variația comportamentului respectiv și alți factori care produc variația.*”<sup>2</sup>
- **Utilitatea** – descriptorii psihologici naturali nu pot să ne spună nimic despre factorii care determină anumite simptome sau comportament și prin urmare, nu ne pot ajuta în schițarea unui plan de intervenție. „*Ținta unei intervenții psihologice eficace este un comportament – sau o clasă de comportamente corelate – nu o categorie nosologică.*”<sup>2</sup>

Prin urmare, intervenția presupune:

- transformarea unei categorii în comportamente observabile și măsurabile;
- evaluarea acestor comportamente din punctul de vedere al frecvenței, intensității, duratei, latenței, etc.;
- evidențierea factorilor care influențează aceste comportamente.

<sup>1</sup> Miclea, M., *Note de Curs*, Cluj-Napoca, 2002.

<sup>2</sup> Miclea, M., *Note de Curs*, Cluj-Napoca, 2002.

Din acest moment putem să determinăm **CE** anume trebuie schimbat (comportamente deficitare sau excesive) și **CUM** putem să schimbăm (care sunt factorii ce trebuie schimbați).

Iată de ce, pentru formularea cazului în termeni corespunzători, este necesar să depășim carcasa lingvistică și să acționăm asupra procesului psihologic real.

Dar dacă „*ținta unei intervenții eficiente este comportamentul*”, atunci se pune întrebarea „*ce este comportamentul?*”. Pentru a răspunde la această întrebare putem face referire la două definiții: *una vizând comportamentul în sens larg (a), iar cealaltă în sens restrâns (b)*:

- (a) Comportament este orice activitate internă sau externă, pe care o efectuează un organism, care este observabilă și măsurabilă. E ceea ce FACE un organism. În acest sens larg, chiar și o bună parte din cogniție – cea observabilă și măsurabilă – este un comportament (intern, privat).
- (b) Comportament reprezintă o acțiune, o activitate externă, măsurabilă și observabilă, care are impact direct asupra mediului fizic sau social.

Deși în general conceptualizarea are la bază aceleași caracteristici, se cuvine să amintim faptul că modalitatea în care ea se realizează diferă în funcție de orientarea psihologului. Spre exemplu, efortul depășirii carcasei lingvistice și accentul pus pe operaționalizarea și evaluarea comportamentelor sunt elemente caracteristice în primul rând *orientării cognitiv – comportamentale*. În continuare, vom prezenta succint câteva repere legate de acest aspect.

### a) Conceptualizarea cognitiv – comportamentală

Ținând cont de tipurile ei (nosologică și funcțională), prezentăm un studiu de caz:

*Daniel, 17 ani, diagnosticat HIV+ cu 5 ani în urmă, s-a prezentat la cabinetul psihologului acuzând stări de tristețe și deprimare care au început să fie din ce în ce mai intense în ultimul timp. Lucrul care îl îngrijora cel mai mult era deteriorarea relațiilor cu apropiații și faptul că situația sa școlară se înrăutățea accelerat. „Simt că m-am schimbat și nu știu ce se întâmplă cu mine.”*

#### a) Lista de probleme a lui Daniel:

1. stări de tristețe/deprimare;
2. amânarea sarcinilor;
3. insomnii frecvente;
4. situație de corijență la două materii;
5. relații conflictuale cu părinții;
6. izolare socială;
7. apetit alimentar diminuat.

### b) Factori etiologici ai problemei/problemelor

Daniel s-a implicat sentimental extrem de puternic într-o relație cu o adolescentă sănătoasă. Aceasta a cunoscut încă de la începutul relației statutul serologic al lui Daniel, iar între cei doi nu au existat relații sexuale. După aproximativ 3 luni, fata a rupt relația fără explicații, iar Daniel nu a avut curajul să i le ceară. Pe acest fond, a început să neglijeze școala și să aibă rezultate din ce în ce mai slabe la învățătură (factori precipitanți).

Dificultatea de a discuta despre propriile sentimente, diagnosticul HIV+, precum și faptul că Daniel se afla în stadiul de negociere a bolii, au constituit factori predispozanți pentru reacțiile sale la evenimentele descrise mai sus, iar suportul social insuficient și comunicarea defectuoasă cu familia au acționat ca factori favorizanți. Momentele în care își amintea că fosta prietenă l-a părăsit și întâlnirile întâmplătoare cu aceasta erau factori activatori pentru stările de tristețe.

### Evaluarea cognițiilor și comportamentelor actuale

În urma unei evaluări amănunțite a cognițiilor și comportamentelor actuale s-a ajuns la concluzia că asumțiile iraționale ale lui Daniel erau de tipul:

„Dacă nu am pe cineva care să mă iubească, nu am nici o valoare”.

„Dacă fac totul pentru ceilalți și îi mulțumesc mă vor iubi”.

„Dacă fac totul perfect, înseamnă că sunt valoros”.

Credințele lui centrale (schemele cognitive - de adâncime) erau „Nu pot fi iubit” și „Sunt un ratat și nu am nici o valoare”. Acestea erau evaluate absolutist: „Trebuie să fiu iubit, altfel e groaznic” și „Trebuie să reușesc în ceea ce fac” (credințe evaluative de adâncime).

Solicitându-i lui Daniel să descrie câteva incidente din cadrul unor experiențe timpurii, psihologul a putut urmări dezvoltarea schemelor și a evaluărilor dezadaptative. Valorile promovate în mod implicit de către membrii familiei au reprezentat punctele de origine ale acestor scheme și evaluări.

### Ipoteza de lucru

Despărțirea de prietenă a activat credințele lui Daniel referitoare la valoarea acestuia ca persoană. Acest eveniment i-a declanșat stările de tristețe și comportamente de evitare a interacțiunilor cu ceilalți. Pe acest fond, a început să neglijeze școala și să aibă rezultate slabe la învățătură. Acumularea notelor proaste și faptul că nu se putea pregăti suficient au activat credințele referitoare la performanță, ducând la amânarea sarcinilor și la accentuarea stărilor de deprimare. Astfel, s-a creat un cerc vicios. Modificarea acestor credințe îl poate ajuta pe Daniel să-și reducă stările de deprimare, să-și corecteze situația școlară, să-și accepte diagnosticul și chiar să înceapă o nouă relație.

### Resurse personale

Resursele pozitive de adaptare ale lui Daniel au fost utilizate în mod activ pe tot parcursul procesului intervenției psihologice. În cazul acestuia, resursele personale

*au fost: nivelul de inteligență ridicat, starea foarte bună de sănătate, popularitatea în rândul colegilor și prietenilor, motivația crescută pentru schimbare.*

*Odată finalizată conceptualizarea, s-a putut prefigura cu o mai mare claritate și ușurință un plan de intervenție. În același timp, discutarea ipotezei de lucru cu clientul, i-a putut oferi acestuia o imagine de ansamblu și un sentiment de control asupra problemelor cu care se confrunta și a modalităților în care le poate depăși, consolidând în același timp relația client – terapeut.*

### **b) Conceptualizarea dinamic-psihanalitică**

Are la bază „*triumphiul conflictului*” compus din pulsione, anxietate și defensă. Acestea se declanșază în mod similar în cele trei contexte: trecut, situație prezentă și relație terapeutică. În acest context apare nevroza de transfer, moment în care terapeutul inițiază confruntarea: corelarea dintre reacțiile ce au apărut în relația terapeutică și trecut, după ce fiecare dintre acestea au fost explicate. După recunoașterea analogiei se realizează întoarcerea la situația prezentă, care este explicată prin conflictul din trecut. Clientul este ajutat să raționalizeze singur faptul că, în prezent, comportamentul său nu mai este justificat.

### **c) Conceptualizarea umanist-experiențială**

Ceea ce caracterizează în primul rând acest tip de conceptualizare, este faptul că terapeutul este mai nondirectiv. Cazul este formulat în termeni de manifestări cognitive și manifestări comportamentale și toate conexiunile pe care terapeutul le efectuează, trebuie realizate prin reflectări empaticе. Conceptualizarea este una indirectă, sugerată, iar accentul se pune pe latura afectivă.

Ca o concluzie, putem afirma că, indiferent de orientarea psihologului sau de problema subiectului, conceptualizarea reprezintă o etapă importantă a oricărui demers psihoterapeutic. Desigur, ea este aplicabilă și în cazul persoanei seropozitive cu condiția să se țină cont de toate variabilele legate de situație (problemele cu care subiectul se confruntă) și individ (nivelul de înțelegere, vârstă, sex, educație, convingeri religioase).

## **3.3. Consilierea ca suport emoțional**

### **3.3.1. Elemente specifice și componente structurale**

Cererea de consiliere este întotdeauna o cerere de ajutor. Între consilier și client se stabilește o relație (cognitivă, morală, afectivă) concentrată pe aspecte precum:

- *soluționarea unei probleme, traversarea/controlul unei situații de criză;*
- *luarea unei decizii;*
- *aport de informații;*
- *susținere psihoafectivă;*
- *autocunoașterea și dezvoltarea optimă a resurselor persoanei consiliate.*

Metoda consilierii face parte din același cadru de tehnici terapeutice ca și psihoterapia, motiv pentru care, de regulă, sunt studiate împreună. Aceasta pentru că nu se poate trasa o linie de demarcație clară între consiliere și psihoterapie, ci doar un punct în care acestea se întâlnesc. Astfel, ambele tehnici au la bază un dialog dinamic și continuu între client și psiholog. Dar consilierea presupune un număr mai redus de ședințe față de psihoterapie și abordează tulburări mai puțin severe. Se consideră că în procesul consilierii psihologul intervine pentru a ajuta clientul să depășească anumite dificultăți de ordin situațional ale vieții curente, care sunt de intensitate medie și nu au caracter patologic.

Consilierea este:

- un proces structurat planificat și limitat în timp;
- cu componente de intervenție strategică și cu componente de evaluare;
- cu scopul unei *adaptări superioare* la situația de viață trăită.

Ea se poate iniția și dezvolta:

- *înaintea efectuării testului HIV și după primirea rezultatului;*
- *în toate etapele pe care le parcurge individul până la acceptarea diagnosticului;*
- *în confruntarea cu agravarea bolii sau cu respingerea socială;*
- *când survine decesul persoanei seropozitive HIV (consilierea persoanelor de îngrijire).*

După L. M. Brammer și E. L. Shostrom, în procesul consilierii există câteva *etape* care trebuie parcurse:

- **reflecția** – presupune explicarea de către client a problemelor pentru care a solicitat consiliere; atenția ambilor este circumscrisă asupra acestei teme;
- **clarificarea** – psihologul stimulează conștiința clientului, orientându-l către soluționarea problemei;
- **reflectarea** – ghidarea clientului în direcția căutării active a unei soluții posibile în concordanță cu nevoile sale și circumstanțele externe, pentru a-l ajuta în confruntarea cu problema și să nu o evite;
- **confruntarea** – soluția acceptată ca fiind cea mai potrivită circumstanțelor și favorabilă clientului este admisă.

Principii ale consilierii:

- identificarea și activarea resurselor clientului ⇔ restructurarea modului de percepere a realității;
- oferirea unui mediu de acceptare neconditionată, suport și ascultare;
- conștientizarea (de către consilier) a dificultăților legate de explorarea unor subiecte cu mare încărcătură afectivă (perspectiva morții, lipsa de siguranță legată de viitor, vinovație).

### 3.3.2. Tehnici și abilități de consiliere

Pentru ca aceste etape să se deruleze conform schemei de mai sus, psihologul trebuie să utilizeze o serie de *tehnici* și să dețină unele *abilități*, fără de care nici o intervenție psihologică nu-și poate atinge scopul.

- *ascultarea activă* - acordarea temporară a punctului de vedere al psihologului la cel al clientului;

*Exemplificarea unui caz de ascultare activă:*

*Consilierul:* Ei, cum îți mai merge?

*Clientul:* Păi, nu prea bine.

*Consilierul:* Se pare că ai ceva probleme. E ceva fizic sau emoțional?

*Clientul:* Și una și alta.

*Consilierul:* Îmi pare rău să aud asta. Ce s-a întâmplat?

*Clientul:* Mă dor foarte tare încheieturile și îmi simt mâinile și degetele foarte amorțite.

*Consilierul:* Hm, asta nu sună a bine. Poate ar trebui să discuți cu medicul despre asta. Dacă vrei putem stabili chiar acum o întâlnire cu el.

*Clientul:* Da, am putea face asta.

*Consilierul:* Și cu partea emoțională ce e? Ce se întâmplă?

*Clientul:* Simt că nimeni nu mă înțelege. Mama nu-mi spune decât că ar trebui să fiu mai vesel.

*Consilierul:* Aha...

*Clientul:* Și prietenii mei sănătoși vor mereu să ies cu ei, dar sunt așa de obosit, că nu pot.

*Consilierul:* Trebuie să-ți fie tare greu. Îmi dau seama că ți-ar plăcea să ieși dacă ai putea.

*Clientul:* Da, mi-ar plăcea.

*Consilierul:* Putem face ceva azi să te ajutăm?

*Clientul:* Mă gândeam că poate ar fi bine să vorbesc și cu alte persoane care au HIV.

- *adaptarea comportamentului psihologului la limbajul verbal și nonverbal al clientului* - copierea poziției acestuia, adaptarea tonului vocii și ritmului vorbirii la cele ale clientului, ponderarea contactului vizual. Un lucru important de reținut aici este că „*mintea se exprimă prin cuvinte, dar sufletul folosește limbajul trupului*”.
- *generalizarea* - această tehnică de comunicare eficientă poate fi folosită pentru a normaliza sentimentele exprimate de client. Exemplu: „*Uneori oamenii nu sunt siguri dacă vor să-și facă testul HIV. E greu pentru noi să vorbim despre lucruri personale cu o persoană pe care nu o cunoaștem prea bine.*”

- **formularea întrebărilor deschise** - asigură explorarea conținutului sentimentelor și a emoțiilor relevante manifestate de client, îi permit să vorbească despre lucrurile cu adevărat importante pentru el, nu cele importante pentru consilier. Totuși o întrebare care începe cu „de ce” este de cele mai multe ori neproductivă, pentru că poate genera atitudini defensive dacă este pusă într-o manieră negativă (exemplu: „De ce nu folosești corect prezervativul ?”). Acest lucru poate fi totuși îndreptat prin folosirea lui „de ce” într-un mod pozitiv, ca de exemplu: „De ce crezi că ai reușit așa de bine să te ferești de HIV ? ”
- **parafrazarea** - le dă de înțeles clienților că au fost ascultați și înțeleși de către consilier. Parafrazarea nu înseamnă repetarea mecanică a vorbelor clientului, ci mai ales folosirea unei exprimări diferite pentru a întări spusele acestuia. Pentru a parafraza în mod eficient, trebuie mai întâi să AUZIM și să ne dăm seama despre ce e vorba. Dacă atunci când clientul vorbește ne gândim la răspunsurile pe care urmează să le dăm, înseamnă că nu ascultăm ce ne spune. Un alt avantaj al parafrazării este acela că îi permite clientului să ne corecteze dacă l-am înțeles greșit. Parafrazarea eficientă poate facilita comunicarea cu clienții mai bine decât întrebările deschise.
- **sumarizarea** - rezumarea și încheierea sesiunii de lucru cu clientul descrie pe scurt ce a discutat consilierul cu acea persoană. Acest lucru îi amintește clientului pe viitor de promisiunea de a-și schimba comportamentul. În această situație e cel mai bine să se folosească întrebări închise, la care se poate răspunde prin „da” sau „nu”. Rețineți totuși că dacă răspunsul clientului e „nu”, s-ar putea să fie nevoie să reluați lucrurile discutate. De exemplu: „Acum ești de acord cu folosirea prezervativului ?”.

Prezentăm în continuare o exemplificare a unor tehnici folosite în procesul de ascultare activă: parafrazarea, reflectarea sentimentelor, folosirea încurajării, sumarizarea.

I.F., recent diagnosticat cu HIV, se prezintă la cabinetul de consiliere, spunând că este disperat, că viața lui nu mai are sens, că nu mai vrea să știe de nimeni și de nimic, pentru că va muri în curând.

*Client:* Nici nu știu de ce am venit. Oricum, acum nimeni nu mă mai poate ajuta. Viața mea s-a sfârșit.

*Terapeut:* Să înțeleg că sunteți foarte supărat, datorită faptului că ați aflat că sunteți infectat cu HIV. Așa este?

*Client:* Sunt supărat, dar și furios. Nu cred că merit asta. Sunt un om obișnuit. De ce să mi se întâmple tocmai mie asta? Ce voi face eu acum? Ce se va întâmpla cu familia mea, cu locul de muncă? Cum le voi spune că am această boală?

*Terapeut:* Înțeleg ce spuneți. Sunteți foarte îngrijorat pentru viitorul dumneavoastră.



*Client:* Așa este. Mi-e teamă că dacă vor afla ce boală am, mă vor respinge și vor simți repulsie față de mine.

*Terapeut:* Repulsie?

*Client:* În cazul în care le spun...

După câteva zile sau chiar săptămâni de la aflarea diagnosticului, când clientul a depășit faza de șoc, consilierul îl va informa cu privire la toate aspectele infecției HIV/SIDA:

- *Diferența dintre HIV și SIDA*
- *Modalități de transmitere a infecției*
- *Modalități prin care nu se transmite HIV*
- *Necesitatea tratamentului antiretroviral*
- *Implicațiile psihosociale ale infecției HIV etc.*

Este necesar să se insiste pe educarea clientului în scopul reducerii riscului de transmitere a infecției, responsabilizarea acestuia față de acest lucru. Această etapă va clarifica nedumeririle de orice fel ale persoanei infectate, iar ședintele vor permite exprimarea tuturor emoțiilor și angoaselor.

După ce clientul a înțeles ce înseamnă HIV și SIDA și se simte mai confortabil, va fi ajutat să reia contactele interpersonale și să învețe treptat să trăiască cu boala.

### 3.3.3. Consilierea pre și post-testare HIV

*Consilierea pre și post-testare HIV reprezintă o etapă importantă și necesară ca intervenție psihosocială ajutând persoana care se testează la clarificarea problemelor și luarea unor decizii de viitor. Prin consilierea pre și post-testare se face pregătirea psihică pentru ceea ce va urma, respectiv ceea ce înseamnă efectuarea testului HIV și rezultatul testului ce poate genera efecte în plan social, emoțional și comportamental.*

Serviciul de consiliere se acordă în locații corespunzătoare, care conferă un anumit grad de intimitate și confort psihic pentru a veni în întâmpinarea nevoilor de exprimare a emoțiilor celor consiliați precum și pentru a le câștiga încrederea referitor la confidențialitatea informațiilor transmise. În unele spitale există cabinete de consiliere în care își desfășoară activitatea psihologi, asistenți sociali sau asistenți medicali consilieri.

Consilierii Fundației „Alături de Voi” din toate cele 3 centre (asistenți sociali și psihologi) își desfășoară activitatea în cadrul unor cabinete special amenjate în clinicile de boli infecțioase, acolo unde persoanele seropozitive HIV se adresează pentru tratament și investigații medicale de specialitate. Tot în cadrul acestor clinici sunt îndrumate persoanele ce doresc să-și efectueze un test HIV sau persoanele care deja au fost testate și sunt în așteptarea unui rezultat. În astfel de situații, atât

pentru consilierea pre testare HIV, cât și pentru comunicarea diagnosticului, medicii îndrumă pacienții către Fundația „Alături de Voi” pentru ședințele de consiliere. Vă prezentăm în cele ce urmează caracteristicile consilierii pre și post testare HIV și pașii ce trebuie urmați în cadrul unei ședințe de consiliere.

### Consilierea pre-testare

Scopul principal al consilierii pre-testare este de a oferi și clarifica informațiile despre infecția cu HIV și boala SIDA, prevenirea infectării și reducerea riscului de infectare, implicațiile psihologice, sociale, medicale și chiar juridice pe care le presupune noul statut de persoană seropozitivă HIV. Persoanele care solicită intervenția consilierului sunt îndrumate în majoritatea cazurilor de medicii specialiști la care ajung pentru diagnosticarea unei probleme de sănătate. În general, acestea sunt foarte îngrijorate de starea lor de sănătate, mai ales atunci când momentul în care în urma investigațiilor repetate nu se identifică cauzele alterării stării generale și de scădere a imunității organismului la unele afecțiuni intercurrente.

Având la bază un astfel de istoric, susținut și de antecedentele unui comportament la risc, medicul de familie sau specialistul poate recomanda și efectuarea testului HIV. Această recomandare trebuie făcută cu tact și delicatețe în așa fel încât pacientul suspect de infecție HIV să înțeleagă că este doar o procedură de rutină în îngrijirea medicală și în educația pentru sănătate, scopul urmărit fiind reducerea riscurilor de contaminare și prevenirea transmiterii acestei infecții. La femeile gravide cunoașterea statusului serologic HIV are o mare importanță în reducerea riscului de transmitere a acestei infecții la copil prin administrarea unui tratament specific încă din perioada sarcinii. Prin respectarea recomandărilor de specialitate, copilul născut din mamă infectată are mari șanse ca în primul an de viață să devină negativ.

### Etapele consilierii pre-testare HIV

Legalmente, orice persoană care solicită efectuarea unui test HIV trebuie să fie în prealabil consiliată și să i se furnizeze informațiile necesare privind infecția cu HIV. Personalul medical nu poate recolta probe biologice în vederea efectuării testului HIV dacă, în prealabil persoana nu a fost informată și consiliată în vederea acestui lucru. ***Nimeni nu poate fi obligat să efectueze testul HIV!***

Prezentăm în cele ce urmează etapele pe care trebuie să le parcurgă consilierul în discuțiile cu clienții care solicită efectuarea unui test HIV.

- ***Prezentarea la cabinetul consilierului***

Ajuns la cabinetul consilierului, se deschide ședința printr-o discuție despre importanța sănătății, despre faptul că în general se abordează cu toți clienții subiectul despre infecția cu HIV și SIDA și avantajele descoperirii cât mai timpurie a acestei infecții (existența tratamentelor terapeutice). De asemenea, se explică că această

discuție și toate informațiile transmise vor rămâne strict confidențiale. Precizarea facilitează în următoarele etape o relaționare optimă și avantajează construcția încrederii, încurajând clientul să dezvăluie problemele neclare în legătură cu infecția cu HIV și SIDA.

- *Informarea clientului despre transmiterea și prevenirea infecției cu HIV*

Se continuă ședința încercând obținerea unor informații privind nivelul de cunoștințe al clienților despre HIV și despre SIDA. În funcție de acest aspect se dirijează consilierea oferind informații în mod diferit, nuanțarea lor adaptându-se nivelului de înțelegere și percepție al celor consiliați. Se explică foarte clar și concis pornind de la denumirea termenilor, care este diferența dintre HIV (Virusul Imunodeficienței Umane) și SIDA (Sindromul Imunodeficienței Dobândite), cum acționează în organism (atacă sistemul imunitar), care sunt complicațiile ce pot apărea în momentul instalării bolii (complex de afecțiuni oportuniste), importanța testării HIV și eficacitatea tratamentului specific cu antiretrovirale (ARV) existent în prezent (la persoanele cu infecție HIV aceste posibilități terapeutice conduc la prelungirea vieții și menținerea organismului în condiții acceptabile de sănătate).

Pornind de la căile de transmitere (parenterală = sânge infectat, verticală = de la mamă la făt, contact sexual neprotejat cu o persoană infectată) se abordează în detaliu cu exemple concrete condițiile în care HIV se transmite și condițiile prin care virusul nu se transmite.

Este extrem de important să convingem clientul de necesitatea respectării condițiilor pentru evitarea contactării virusului și a altor infecții cu transmitere sexuală, obligativitatea adoptării unui comportament sexual stabil cu un partener, evitarea relațiilor sexuale neprotejate cu parteneri multipli.

- *Pregătirea clientului pentru efectuarea testului HIV*

Următorul pas în consiliere îl reprezintă pregătirea clientului pentru actul medical de recoltare a probei de sânge necesară efectuării testului HIV. Prin acest test se determină anticorpii anti-HIV din ser. Se informează despre cele două tipuri de teste (Elisa și Western Blot) și importanța efectuării testului în etape pentru confirmarea rezultatului (se va ține cont și de perioada de „fereastră imunologică” situată între 3 și 6 luni). Un rezultat pozitiv descoperit în stadiul de infecție HIV ajută organismul să-și recapete rezistența cu ajutorul medicamentelor antiretrovirale și asistenței medicale periodice (lunare) pentru prevenirea suprapunerii infecțiilor oportuniste. În cazul gravidelor cu un rezultat pozitiv HIV în primele luni de sarcină, prin instituirea unui tratament specific și continuarea lui după nașterea copilului, se scade riscul transmiterii infecției HIV la copil până la 5%.

Se explică clientului în detaliu care este diferența dintre testarea în condiții de confidențialitate și cea în condiții de anonim, evidențiindu-se avantajele celei dintâi.

După clarificarea informațiilor de bază privind infecția HIV/SIDA și convingerea persoanei consiliate de necesitatea efectuării testului, înainte de a fi testat, este nevoie și de consimțământul scris al acesteia.

În situația minorilor sau a persoanelor cu afecțiuni psihice consilierea va fi făcută și tutorelui, care va și semna, în cunoștință de cauză, consimțământul.

Se vor oferi informații despre persoanele ce urmează să aibă acces la acest formular, ce înseamnă un rezultat pozitiv, respectiv un rezultat negativ și importanța lor în rețeaua sanitară. De asemenea, se va preciza faptul că persoanele ce au acces la aceste informații sunt autorizate și instruite în ceea ce privește respectarea confidențialității.

- **Încheierea consilierii**

În finalul consilierii se punctează informațiile de bază privind modalitățile de transmitere a infecției cu HIV și măsurile de reducere a riscului de infectare, avantajele cunoașterii statusului HIV. Se recomandă programarea unei întâlniri pentru a afla rezultatul testului (consilierea post-testare), și concomitent pentru evaluarea în vederea instituirii unor servicii medicale speciale inclusiv de asistență psihologică și socială gratuită (dacă este nevoie). De asemenea, clientul poate primi din partea consilierului informații utile privind îngrijirea și alimentația, răspunsuri calificate la întrebările pe care și le-ar putea pune.

În final se va evidenția faptul că starea de îngrijorare și teamă sunt normale pentru orice persoană care așteaptă rezultatul testului HIV. În același timp se va evalua capacitatea persoanei consiliate de a face față solicitărilor emoționale și dacă a mai încercat sentimente de frică, depresie, etc. Se încearcă să se identifice o persoană apropiată în care poate avea încredere și cu care ar fi posibil să discute informațiile pe care le primește.

Clientul va fi încurajat să dezvolte informațiile pe care le-a primit pe parcursul consilierii și în același timp să lămurească noțiunile mai puțin clare, la care să-i răspundă consilierul. Sfaturile acestuia vor fi pozitive, de încurajare în legătură cu posibilitățile de consiliere și testare a partenerilor și de a beneficia de sprijin medical, psihologic și social. De asemenea, îi vor fi oferite materiale informative referitoare la reducerea riscului de transmitere a infecției cu HIV.

În situația în care persoana consiliată refuză testarea se reamintesc modalitățile de transmitere a infecției cu HIV și măsurile ce se pot lua pentru a preveni infectarea. La gravide se atenționează că evaluarea nou-născutului este foarte utilă în determinarea evoluției intrauterine și reducerea riscului de transmitere verticală. Se oferă materiale de informare cu numere de telefon accesibile pentru consiliere, locurile unde se poate efectua testarea și importanța ei.

### **Consilierea post-testare**

În funcție de rezultatul testării, consilierea post-testare are ca scop:

- **întărirea informațiilor care să-i permită persoanei testate adoptarea unor comportamente cât mai puțin riscante și motivarea acestora pentru schimbarea modului de viață (în cazul unui rezultat negativ);**

- acceptarea noului status serologic, conștientizarea implicațiilor infecției și evoluției bolii, precum și informarea cu privire la căile de prevenire a transmiterii infecției cu HIV (în cazul unui rezultat pozitiv).

Consilierea post testare subsumează două tipuri:

**a. Consilierea post-testare la seronegativi**

**b. Consilierea post-testare la seropozitivi**

**a.**

*- Rezultatul testului*

Rezultatul testului se comunică personal celui testat, în cabinetul consilierului în timp ce primește și buletinul medical (propriu-zis). Este lăsat câteva clipe să înțeleagă și să reacționeze. Va fi încurajat să-și exprime gândurile.

*- Semnificația testului*

Un test negativ certifică faptul că persoana testată nu este infectată. Se reamintește că acest rezultat poate fi luat în considerare ca fiind corect în condițiile în care, în istoricul persoanei consiliate nu există în ultima perioadă de 3-6 luni, expuneri la comportamente cu risc de infectare. La cei cu un istoric cu risc se va propune retestarea pentru confirmarea rezultatului. Este important de precizat că un rezultat negativ la testarea HIV nu conferă imunitate la această infecție. De aceea, trebuie să se protejeze evitând întotdeauna comportamente la risc.

*- Reducerea riscului de contaminare cu HIV*

Consilierul se asigură că persoana consiliată a înțeles ce reprezintă rezultatul negativ al testului, în conformitate cu riscul personal de infectare. În situația în care este posibil, se poate include în consiliere și partenerul celui consiliat.

*- Recomandări*

Antecedentele în comportamentul sexual sau utilizarea de droguri, conduc la recomandări privind utilizarea prezervativului. Se recomandă testarea ambilor parteneri pentru a fi siguri că nici unul nu este infectat și evitarea în continuare a expunerilor la riscul de infectare, printr-un comportament sexual corect, protejat.

Persoana care are ca misiune comunicarea unui rezultat pozitiv trebuie să aibă o pregătire specială experiență în domeniu și în consiliere, pentru a face față unor situații de criză. Comunicarea unui rezultat pozitiv este o etapă extrem de dificilă, stresantă și dureroasă atât pentru consilier cât și pentru cel consiliat. Consilierea trebuie să aibă un caracter privat, confidențial și să ofere timp celui în cauză pentru a realiza și a reacționa la aflarea rezultatului.

*b.*

*- Rezultatul testului*

Rezultatul testării trebuie înmănat și comunicat personal. Reacțiile pot fi diferite de la stări de a „nu auzi” și înțelege semnificațiile acestui rezultat până la a răspunde prin reacții firești și foarte variate de incertitudine, teamă, regret, vinovăție, depresie, mânie, negare, etc. Încă din prima fază a acestei consilieri clientului trebuie să i se răspundă cu empatie și respect, ajutându-l să accepte realitatea, determinându-l să coopereze și să negocieze cu această schimbare.

*- Semnificația testului*

I se explică clientului că un buletin medical cu rezultatul testului pozitiv confirmă prezența anticorpilor anti-HIV în organism și că această persoană poate transmite infecția prin căile specifice.

*- Sprijin moral și psiho-emoțional în acceptarea realității*

Nu este deloc ușor să primești vestea că ești infectat cu HIV, de aceea cel în cauză are mare nevoie de mult sprijin din partea consilierului pentru a putea face față reacțiilor emoționale firești aflării diagnosticului. Pentru a-i veni în ajutor trebuie adoptat un ton încurajator, pozitiv, în vederea normalizării sentimentelor și atitudinii negative care se instalează încă din momentul aflării diagnosticului.

Clientul va fi încurajat să-și exprime fără rețineri emoțiile și să abordeze o comunicare directă, sinceră referitor la viitorul apropiat. I se aduce la cunoștință posibilitatea de a apela și la alte persoane (asistent social, medic de familie, membrii ai familiei, etc) pentru a beneficia de sprijin și de suport. În același timp, trebuie să atragem atenția clientului cui nu este indicat să i se destăinuie, pentru a nu atrage o serie de discriminări, cum ar fi: pierderea locului de muncă, a locuinței cu chirie la un proprietar privat (în cazul adulților HIV+), excluderea din școală, din grupul de prieteni (în cazul copiilor sau adolescenților HIV+), etc.

De asemenea, părinții copiilor infectați cu HIV au nevoie de echilibrare emoțional-afectivă, pentru a nu permite ca această nouă situație să le dezorganizeze complet viața. Ei sunt încurajați să-și respecte obiceiurile și rutina cotidiană, să se ocupe în egală măsură și de problemele celorlalți membri ai familiei.

În cazul femeilor gravide diagnosticate cu infecție HIV, se va accentua pe implicațiile asupra sarcinii și deciziei ce trebuie luate, ținând cont de faptul că există riscul de transmitere și la copil. De asemenea, se va aborda problema îngrijirii speciale a nou-născutului și dacă această situație are influență asupra vieții de familie. Nu se neglijează subiectul despre dezvoltarea diagnosticului partenerului și despre necesitatea testării acestuia. Este important ca decizia finală să fie luată în cuplu și să conștientizeze dacă au resursele necesare pentru a depăși perioadele de criză și incertitudine cu privire la ceea ce se va putea întâmpla într-un viitor pe care nu știu cât de departe să îl plaseze.

În cazul mamelor singure, este important de stabilit pe cine dintre persoanele apropiate se va putea sprijini (prieteni, membrii familiei: părinți, frați, etc), pentru a

prelua îngrijirea copilului și toate celelalte responsabilități în momentele de spitalizare îndelungată a mamei sau în caz de deces.

#### *- Recomandări privind supravegherea medicală*

Consilierul va explica clientului importanța luării în evidență de către medicii specialiști, cât mai curând posibil. Investigațiile de laborator permanente pot oferi informații despre gradul de afectare al sistemului imunitar, și prezența unor afecțiuni oportuniste. În funcție de acestea se va stabili o schemă de tratament corectă, care poate vindeca sau preveni infecții, poate rezolva o serie de alte manifestări.

Se subliniază importanța colaborării permanente cu medicul specialist în vederea asigurării asistenței medicale gratuite și a tratamentului antiretroviral (ARV) neîntrerupt, necesar pentru menținerea unei stări generale de sănătate în limitele normalului. Și nu în ultimul rând se evidențiază necesitatea testării partenerului (chiar a tuturor membrilor familiei) pentru a fi luați în evidență și supraveghere medicală, dacă sunt depistați seropozitivi, în stadiul inițial al bolii.

#### *- Recomandări privind serviciile psiho-sociale*

În funcție de nevoile identificate se recomandă specialiști (asistenți sociali, medici, psihologi, etc) care își desfășoară activitatea în unități specializate din localitatea de domiciliu sau din cele vecine, apelarea la serviciile psiho-sociale oferite de organizațiile neguvernamentale cu programe în acest sens, numere de telefon pentru informații și suport psihologic în regim confidențial. Pentru utilizatorii de droguri se recomandă specialiști cu experiență în domeniu pentru tratament sau programe speciale pentru renunțarea la acestea.

#### *- Reducerea riscului de a transmite infecția cu HIV*

Se informează clientul de posibilitatea transmiterii infecției cu HIV, chiar dacă nu sunt prezente semnele de boală, că poate transmite infecția prin contact sexual neprotejat sau utilizare incorectă a prezervativului, acelor sau seringilor în comun pentru injectarea de droguri sau în cazul femeilor gravide, în timpul sarcinii, nașterii sau alăptării.

Pentru a reduce riscul transmiterii infecției HIV prin contact sexual se recomandă abținerea sau utilizarea corectă și schimbarea la fiecare contact sexual a prezervativului.

În cazul utilizatorilor de droguri se recomandă renunțarea la această practică și apelarea la tratamente specializate în acest sens, sau folosirea seringilor de unică folosință de către o singură persoană.

Dacă se identifică clienți donatori de sânge, spermă sau cu astfel de intenții se recomandă renunțarea la aceste practici. De asemenea, va fi sfătuit clientul să nu împrumute obiecte de uz intim (periuțe de dinți, lama de bărbierit sau de epilat, instrumente de manichiură, pedichiură, etc). I se recomandă și studierea literaturii de specialitate, pliantelor, broșurilor cu privire la tot ceea ce presupune infecția cu HIV.

- *Recomandări privind adoptarea unui stil de viață sănătos (atât pentru el cât și pentru familie)*

Infecția cu HIV impune atât persoanelor infectate cât și celor afectate noi moduri de a face față situației și, în general, o lungă perioadă de adaptare. De aceea, au mare nevoie de îndrumare, încurajare și suport pentru ca să se realizeze adaptarea cu eforturi emoțional-afective minime pentru a conștientiza și construi un comportament de viață cu riscuri reduse pentru sănătatea persoanei infectate și a familiei sale. Aceste schimbări imperios necesare se produc eficient în momentul acceptării unei colaborări permanente cu specialiștii (asistenți sociali, psihologi, medici, etc.) care vin în întâmpinarea nevoilor psiho-socio-emoționale și previn instalarea unei stări de criză.

Din punctul nostru de vedere, consilierea HIV ar trebui să însemne mai mult decât furnizarea unor informații de rutină. Ea ar trebui să aibă ca rezultat un **plan personalizat și negociat** cu clientul, pentru reducerea riscului de transmitere/infecție HIV.

Acest plan ar trebui să se bazeze pe abilitățile, necesitățile și situația particulară a fiecărui client și ar trebui să corespundă intențiilor implicite sau explicite ale clientului de a-și schimba comportamentul. Consilierea HIV nu trebuie să se transforme într-o ședință în care consilierul îi spune clientului ce trebuie să facă pentru a preveni infecția/transmiterea HIV, ci ar trebui să ofere o varietate de opțiuni specifice disponibile clientului pentru a reduce riscul propriu de infecție/transmitere HIV. Consilierul trebuie să aibă și să ofere confirmarea faptului că planul de reducere a riscului este realist și realizabil, altfel e posibil să eșueze. Când negociază un plan personal de reducere a riscurilor, consilierul trebuie să fie foarte atent la informațiile oferite de client, mai ales informațiile despre încercări nereușite de comportament preventiv din trecut. (de ex: intenții nerealizate de a folosi prezervativul), cât și despre încercările încununate de succes. Identificarea și discutarea eșecurilor anterioare în materie de prevenire ajută la asigurarea faptului că planul de reducere a riscurilor conceput în perioada de consiliere dinaintea testului le oferă clienților informații adecvate despre prevenire chiar înainte de a afla rezultatele testelor. Consilierul poate folosi așteptările clientului în ceea ce privește rezultatele testului pentru a facilita dezvoltarea unui plan personalizat de reducere a riscurilor. (de ex. „*Ce rezultate te aștepți să primești? Ce vei face dacă ești depistat seropozitiv HIV? Vei face vreun lucru altfel dacă ești seronegativ?*”).

### 3.3.4. Consilierea în problematica sexualității

#### a) Scop

Un element important în consilierea persoanei seropozitive îl constituie educația sexuală. Pe de o parte, diagnosticul seropozitivității induce modificări profunde în viața sexuală a persoanei și în ceea ce privește valorile și concepțiile acesteia despre sexualitate. Pe de altă parte, un comportament sexual la risc din partea celui infectat constituie un pericol pentru sănătatea celorlalți. Cu toate acestea, ținem să subliniem convingerea noastră că realizarea unei educații sexuale corespunzătoare în rândurile **întregii** populații este indispensabilă prevenirii infecției cu HIV, a infecțiilor cu transmitere sexuală, a sarcinilor nedorite, a abuzului sexual, etc.



Dacă acum câțiva ani, România era considerată țara cu cei mai mulți copii infectați HIV din Europa, în prezent lucrurile s-au schimbat. Așa cum era de așteptat, odată cu trecerea timpului, medicamentele au devenit din ce în ce mai eficiente, crescând durata și calitatea vieții persoanelor seropozitive, iar copiii au devenit acum adolescenți, aproape de vârsta începerii vieții sexuale. Prin urmare se înțelege de ce acum mai mult ca oricând, educația sexuală joacă un rol important în prevenirea unui nou val de infectări HIV.

## b) Obiective

În acest capitol vom trata tema educației sexuale la persoana seropozitivă, punând accentul în special pe particularitățile acesteia în cazul adolescenților. Însă atunci când avem ca obiectiv educația sexuală a adultului seropozitiv, trebuie să ținem cont de câteva diferențe în comparație cu cea a adolescentului.

Deși este important să atingem aproximativ aceeași tematică, modul de abordare trebuie să fie diferențiat. Este bine să se aibă în vedere faptul că personalitatea adultului și sistemul său de valori au fost deja formate, iar a încerca să le modificăm într-un timp scurt este inefficient și contraproductiv. Se recomandă, în schimb, să punem mai mare accent pe furnizarea de informații clare și să prezentăm situația în termeni de costuri – beneficii, acțiuni și consecințe.

Sexualitatea umană este un proces complex care însumează numeroase aspecte psihologice, biologice și sociale. Rolul ei în conturarea identității de sine și sociale a individului nu trebuie neglijat. A pune semnul egal între relațiile sexuale și sexualitate este greșit. Ceea ce este relevant în dezvoltarea unei sexualități armonioase este modul în care copilul sau adolescentul înțelege valorile de bază legate de prietenie, afecțiune, iubire, intimitate și nu în ultimul rând capacitatea acestuia de a lua decizii responsabile legate propria persoană.

Scopul primordial al educației sexuale este acela de a promova sănătatea sexuală și implicit sănătatea individului la toate nivelurile: fizic, psihic, emoțional și social. Așa cum se știe, în trecut educația sexuală se focaliza pe furnizarea unor informații primare despre reproducerea umană, se adresa adolescenților de vârstă mare și avea ca scop evitarea unor situații nefericite, cum ar fi sarcina nedorită, infecțiile cu transmitere sexuală, violul, etc., prin menținerea unor sentimente de culpabilitate și teamă față de acest subiect. Se evita discutarea temelor considerate jenante (masturbare, homosexualitate, etc.), iar aspectele pozitive ale sexualității erau desconsiderate. Astfel de demersuri s-au dovedit a fi inefficiente, așa încât astăzi tema sexualității este tratată ca o realitate firească și naturală a vieții oricărui individ.

Intervențiile trebuie integrate într-un proces de dezvoltare armonioasă a întregii personalități a individului, cu toate aspectele sale, proces ce se derulează pe toată perioada existenței sale, cu anumite caracteristici legate de vârstă și de particularitățile intelectuale și emoționale.

Atunci când consilierea are ca scop educația sexuală, unul din obiectivele principale este acela de a **preveni** sau a **schimba unele comportamente la risc**.

Ca în orice altă problemă de ordin practic și în privința comportamentelor sexuale la risc este mai ușor și mai puțin costisitor să previi (nu numai din punct de vedere financiar, dar și din perspectiva numărului de vieți puse în pericol). În ceea ce privește prevenția, un rol extrem de important îl joacă familia și modul în care aceasta reușește să transmită copilului sau adolescentului anumite valori. De aceea este recomandabil ca, ori de câte ori aveam ocazia, să lucrăm în paralel atât cu părintele, cât și cu copilul. **Părintele va fi încurajat ca, oricât de greu i s-ar părea la început, să discute deschis cu tânărul despre sexualitate.** Cantitatea de informații pe care acesta le primește de la părinți are mai puțină importanță. Ceea ce este relevant este mesajul că familia este și trebuie să fie un loc în care copilul poate vorbi deschis și fără teamă împreună cu părintele, despre una din componentele personalității sale. În acest mod sexualitatea nu va mai fi echivalată cu un subiect tabu, care nu poate fi discutat împreună cu adulții. *„Elementul esențial în procesul de educație pentru sănătatea sexuală este promovarea unor valori adecvate privind sexualitatea proprie și a celorlalți.”*<sup>1</sup> Iată câteva dintre aceste valori:

- *Sexualitatea este o componentă naturală și sănătoasă a vieții oricărei persoane.*
- *Sexualitatea include aspecte fizice, psihologice, emoționale, etice și spirituale.*
- *Toate persoanele au dreptul, dar și obligația de a lua decizii responsabile în ceea ce privește sexualitatea.*
- *Toate deciziile legate de sexualitate au consecințe emoționale, comportamentale sau de sănătate.*
- *Indivizii și comunitatea câștigă când copiii discută despre sexualitate ca despre un proces natural în atingerea maturității psihice.*
- *Implicarea precoce în comportamente sexuale este însoțită de riscuri.*
- *Acei tineri care s-au implicat într-o relație sexuală sau au decis să facă acest lucru, au nevoie de acces la informații despre planing-ul familial și îngrijirea medicală.*
- *Indivizi diferiți își exprimă sexualitatea în mod diferit.*
- *Oamenii ar trebui să respecte și să accepte diversitatea valorilor și credințelor despre sexualitate existente în comunitate.*
- *Abstinența sexuală este cea mai eficientă metodă de a preveni sarcina nedorită, infecția cu HIV și alte ITS-uri (infecții cu transmitere sexuală).*

### c) Implicarea părinților

Știm din experiență că majoritatea părinților ar vrea să discute deschis despre sexualitate cu copiii lor însă de cele mai multe ori se simt nepregătiți să înceapă o astfel de discuție. Diagnosticul seropozitivității copilului face cu atât mai dificilă discuția și mai delicată abordarea subiectului. Uneori, mecanismele defensive ale părintelui sunt atât de puternice încât acesta refuză să creadă că cel ce nu demult era doar un copil, astăzi a ajuns la vârsta pubertății, când abordarea subiectelor „delicate” devine inevitabilă. *„Când să încep?”, „Ce să spun?”, „Cum să exprim mai bine valorile familiale pe care doresc să le discut cu copiii mei?”*. Acestea sunt doar o parte din problemele discuției despre sexualitate în familie...

Părintele trebuie să înțeleagă că deși educația sexuală a copilului poate fi o sarcină dificilă, el este persoana ideală pentru asta, singura care exprimă cel mai bine valorile familiale.

<sup>1</sup> Băban, A., „Consiliere educațională”, Ed. Ardealul, Cluj-Napoca, 2001.

lată câteva sfaturi pe care consilierul i le poate oferi părintelui:

- *Vorbiți unul cu altul despre mesajele pe care doriți să le transmiteți copilului;*
- *Anticipați întrebările și comportamentul legat de sexualitate. Planificați și exersați răspunsurile;*
- *Răspundeți la întrebări pe măsură ce sunt formulate. Răspunsuri ca „Nu acum” sau „Nu trebuie să știi tu asta” învață copiii că este greșit să vă mai întrebe. Puteți amâna discuțiile spunând „Acum nu e momentul potrivit. Hai să vorbim după cină”. Și apoi țineți-vă de cuvânt!*
- *Spuneți-i copilului dacă sunteți jenat. Un răspuns simplu precum „Mi-e greu să-ți vorbesc despre asta, dar vreau să încerc” va fi foarte apreciat!*
- *Răspundeți simplu și sincer, lăsând ușa deschisă unor discuții viitoare;*
- *Inițiați discuția despre sex. Întrebați „Te-ai întrebat vreodată cum te-ai născut?”; folosiți cărțile cu poze, vizitați o prietenă însărcinată;*
- *Folosiți-vă de evenimentele de zi cu zi ca „ocazii potrivite” pentru a vă transmite mesajele.*

Cu siguranță anii adolescenței sunt cei mai grei... pentru toți. Este timpul când conversațiile de orice fel dintre copii și părinți sunt din ce în ce mai dificile... iar conversațiile despre sex... *imposibile!*

Pentru părinți există tentația de a fugi de subiect. Revin temerile din trecut, „*Poate discuția despre sex cu copiii nu este foarte bună. Nu vreau să-i încurajez, să le dau idei*”. Sau: „*Este greșit să vorbim atât de deschis cu copiii. De ce să nu-i lăsăm așa inocenți cum sunt? Au timp să afle despre toate problemele adulților.*”

Părinții sunt sfătuiți să nu se îngrijoreze de „*ideile*” pe care le dau copiilor. Realitatea e că la pubertate copilul este expus la o „*avalanșă*” de mesaje sexuale, de la prieteni și mass media. Mesajele sunt de cele mai multe ori inadecvate, iresponsabile și exploatare. Ca părinți ei au ocazia să clarifice situația. „*Ideile*” pe care le vor da copiilor vor fi despre valorile familiale legate de sexualitate, informații corecte, atitudine pozitivă, respectuasă față de sexualitate și despre dragoste, încredere și sprijin.

Dar frica că aceste cunoștințe echivalează cu activitatea – că dându-le copiilor aceste informații îi încurajază la experimentarea sexuală?

Cercetările ne arată că nu este cazul să ne alarmăm. De fapt adolescenții au tendința de a experimenta ceea ce nu cunosc, sau nu au avut ocazia să discute cu adulții și mai ales dacă educația lor sexuală a fost lăsată în seama mass mediei.

Sigur că nimeni nu dorește să lase la voia întâmplării educația sexuală a copilului. Rezultatele unei astfel de educații nu pot fi decât dezastruoase, de multe ori devastatoare: activitate sexuală prematură, sarcină prematură, infecții transmise sexual. Iată doar câteva consecințe.

Atunci când părintele nu știe ce să spună este încurajat să fie sincer: „*Știi, îmi este foarte greu să vorbesc despre sex. Și îmi imaginez că e greu și pentru tine. Dar cred că e important să vorbim, așa că ne putem ajuta unul pe altul, da?*”

Părintele poate ușura trecerea copilului seropozitiv prin pubertate furnizându-i informațiile de care are nevoie, sprijinul și oportunitatea de a-și împărtăși gândurile, sentimentele și întrebările. Tăcerea copiilor nu înseamnă că nu doresc să vorbească. Câteodată confuzia lor e atât de mare, încât nici nu știu ce să întrebe sau cum să înceapă. Părinții pot clarifica multe din temerile copiilor dându-le informațiile de care au nevoie.

Din păcate oricât de mult ne-am dori, nu întotdeauna este posibil să prevenim comportamentele sexuale la risc. Atunci când se pune problema să modificăm unele comportamente dezadaptative legate de sexualitate, este important să avem o imagine cât mai clară cu privire la factorii ce pot influența într-un fel sau altul schimbarea. Cunoașterea acestor factori ne poate ajuta în ghidarea unei intervenții cât mai eficiente.

#### d) Modelul concepțiilor despre sănătate

A fost dezvoltat în SUA ca urmare a insuccesului evident pe care majoritatea programelor de prevenție îl aveau până în anii '50. Mai târziu modelul a fost extins pentru a explica comportamentul indivizilor cu privire la diagnosticul medical și mai ales complianța terapeutică. În prezent acesta este unul dintre cele mai utilizate modele pentru explicarea comportamentelor de sănătate.

Iată asumpțiile ce stau la baza modelului concepțiilor despre sănătate și concretizarea fiecărui element al modelului, având ca punct de plecare exemplul încurajării sexului protejat în rândul adolescenților seropozitivi HIV:

- **Gravitatea problemei** – un individ va acționa în problemele legate de sănătate, dacă va considera că acestea sunt suficient de grave (riscul reinfectării sau a contactării unor ITS – infecții cu transmitere sexuală - care pot accelera evoluția bolii, având consecințe letale).
- **Percepția subiectivă a riscului** – dacă un individ are convingerea că se află într-o situație cu risc și că este vizat de boală, atunci el își va schimba comportamentul (orice persoană seropozitivă activă sexual poate contacta ITS sau se poate reinfecta HIV, și, având în vedere contextul actual din România, tinerii sunt cu atât mai expuși).
- **Percepția beneficiilor acțiunii** – dacă un individ are convingerea că poate să obțină unele avantaje, atunci e mai probabil ca el să-și schimbe comportamentul (avantaje în ceea ce privește protecția, sănătatea, libertatea, bunăstarea personală, creșterea stimei de sine și chiar liniștea sufletească, evitarea sentimentului de culpabilitate).
- **Percepția obstacolelor** – percepția subiectivă a costurilor ca fiind mai mari decât beneficiile poate funcționa ca un obstacol în calea modificării comportamentului (sexul protejat prezintă anumite costuri de ordin social, financiar, fizic și psihologic).
- **Autoeficacitatea (self – efficacy)** – este mai probabil ca un individ să adopte un nou comportament dacă el consideră că este capabil, că are puterea să facă acest lucru (chiar dacă este seropozitiv, un tânăr are capacitatea de a lua decizii responsabile și poate dobândi competențe pentru a realiza și menține alegerea sa).

Pentru a modifica un comportament este necesar să îl înțelegem, iar pentru a-l înțelege trebuie să identificăm funcțiile pe care le îndeplinește. Ne întrebăm, deci, care este rolul comportamentului sexual la risc pentru tânărul seropozitiv? Pentru a răspunde la această întrebare trebuie să ținem cont de faptul că, **atunci când vorbim despre adolescentul seropozitiv, vorbim în primul rând despre... adolescent!** Care sunt deci, funcțiile comportamentelor sexuale la risc pentru tineri în general? Iată câteva răspunsuri:

- *exprimare a rezistenței față de autoritatea adultului și normele sociale;*
- *modalitate de a fi acceptat de grup;*
- *dovadă a maturității prin adoptarea unor comportamente adulte;*
- *mecanism de coping, de adaptare la situații de stres, frustrare, eșec sau anticipare a eșecului;*
- *funcție de recreere, distracție, satisfacere a curiozității.*

În plus, comportamentul sexual la risc reprezintă o modalitate de negare a bolii sau de concretizare a furiei, a resentimentelor față de lume și viață (prin infectarea unor persoane sănătoase).

Ținând cont de faptul că orice comportament dezadaptativ are o funcție pentru individ, este important ca ori de câte ori dorim să eliminăm un astfel de comportament să oferim alternativa cu care el poate fi înlocuit. Iată un exemplu:

*O tânără infectată cu HIV se angajează în relații sexuale nu întotdeauna protejate cu diverși necunoscuți ori de câte ori simte nevoia să-și afirme independența față de familia hiperprotectoare. Pentru a descuraja acest tip de comportament este bine ca, printre altele, să o încurajăm să-și exprime în alt mod frustrarea: discutând deschis cu familia, angajându-se în diferite activități pozitive pe cont propriu, etc.*

#### e) Educația sexuală individuală și în grup

În situații diferite se recomandă abordări diferite. Ca recomandare generală, este bine ca accentul să se pună pe *activitățile în grup*. Prin dinamica sa, grupul facilitează comunicarea, schimbul de idei, formarea de noi atitudini, eliberarea de inhibiții, iar subiecții asimilează mai ușor ideea că abordarea în mod deschis a subiectelor despre sexualitate este un lucru sănătos și normal. Există însă și situații în care este recomandabil să alegem întâlnirile individuale:

- *în cazul lucrului cu adulții, atunci când accentul se pune pe informare și confidențialitate;*
- *în cazul tinerilor excesiv de introverși – în acest caz primele întâlniri vor fi individuale apoi vom încerca să integrăm persoana într-un grup;*
- *atunci când persoana refuză să participe la întâlnirile de grup din diverse motive.*

În grup, activitățile interactive ajută tinerii să înțeleagă mai bine și să personalizeze consecințele și facilitează conectarea la resursele comunitare. Când prezentăm informații despre sexualitate nu este neapărat necesar să furnizăm prea multe detalii. Tinerii au nevoie să știe despre metodele contraceptive pe care le au la

dispoziție, cum funcționează acestea, cât de eficiente sunt, cum pot face rost de ele și câteva avantaje și dezavantaje de bază. Desigur că, atunci când i se cer mai multe detalii, consilierul trebuie să fie în măsură să le furnizeze. În nici un caz nu este acceptabil refuzul de a discuta o anumită temă pe motive de pudoare sau jenă. Există modalități simpliste de a explica orice lucru unei persoane, indiferent ce vârstă ar avea ea.

Informațiile despre riscuri și despre cum să la minimizăm trebuie prezentate într-o manieră care să-i ajute pe tineri să ia decizii responsabile și sănătoase. Rolul nostru este acela de a furniza aceste informații, de a ajuta tinerii să se gândească mai mult la valorile și atitudinile lor și să ia în considerare unde aceste atitudini și valori pot să-i conducă. Eforturile noastre trebuie să se concentreze asupra declanșării unui proces de gândire și nu asupra oferirii de sfaturi.

Este bine să le amintim clienților noștri faptul că mulți tineri, chiar sănătoși fiind, au ales ca, pentru moment, să nu aibă relații sexuale. Mulți adolescenți au sentimentul ca a fi inactivi sexual înseamnă să faci parte dintr-o minoritate, să fii anormal. Trebuie să îi ajutăm să înțeleagă faptul că este normal și să nu faci sex, fără a-i îndepărta pe aceia care deja sunt activi din punct de vedere sexual. Uneori, în eforturile noastre de a furniza informații despre sexul (mai) sigur, transmitem în mod neintenționat mesajul că ne așteptăm ca toți tinerii să fie deja activi sexual. Încercați să utilizați un limbaj care să-i facă pe toți să se simtă „normali” și incluși în discuție. De exemplu: „...pentru tinerii care au decis să aibă relații sexuale, este important să...”.

În ceea ce privește activitățile care se pot organiza și desfășura cu grupul, acestea sunt limitate doar de imaginația organizatorului și trebuie să respecte câteva principii de bază:

- nu vorbesc două sau mai multe persoane în același timp;
- fiecare ascultă ce spun ceilalți;
- nimeni nu este obligat să participe;
- participanții nu trebuie să se simtă judecați.

În general, *tehnicele de lucru* se încadrează în rândul celor utilizate la grupurile de alte tipuri: lucrul în cerc, discuțiile pe perechi, brainstorming, etc. Modul în care ele sunt utilizate constituie o provocare pentru creativitatea specialistului.

*Tematica ședințelor* de educație sexuală este extrem de vastă.

Iată o listă cu principalele subiecte ce trebuie discutate:

- *Pubertatea – cunoaștere de sine; stare de bine; schimbări fizice și emoționale; relația cu părinții; sănătate fizică, psihică, socială, emoțională, spirituală, sexuală.*
- *Anatomia, fiziologia aparatului reproducător; contactul sexual; sarcina și nașterea.*
- *Planin-gul familial – contracepție, sarcină, avort; comportamente sexuale la risc.*
- *Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS).*
- *HIV/SIDA*
- *Dragoste, prietenie, valori, mituri – comunicare și relații interumane; valori și modele; presiunea grupului, mass-mediei, partenerului; încredere în sine și*

asertivitate; decizie și responsabilitate; dragoste și încredere; negociere și stabilire de limite; mituri sexuale (ex: „prezervativele diminuează spontaneitatea și plăcerea actului sexual”, „după ce un băiat se excită, el nu se mai poate controla”, „contactul fizic trebuie să ducă întotdeauna la sex”, etc.); manipulare și influențare; abuz; orientare sexuală; planuri de viitor.

- Familia și viața sexuală a persoanelor infectate cu HIV. Drepturi, responsabilități, prevederi legale.

### 3.3.5. Consilierea de doliu

În prezent, SIDA este considerată o boală cronică, deoarece speranța de viață a persoanelor atinse de aceasta a crescut simțitor în ultimii ani. Dar, cu toate că există un tratament pentru a-i încetini evoluția, încă nu s-a descoperit modul de vindecare. Astfel că, prin evoluția ei și apariția unor infecții oportuniste, SIDA rămâne încă o boală incurabilă, iar decesul persoanei bolnave – previzibil. Infecția cu HIV reprezintă încă echivalentul unei condamnări la moarte. Cuvântul „doliu” vine din latină și înseamnă „dolare=durere”, fiind o suferință ce descrie profunda rană sufletească pe care o încearcă orice om la pierderea unei ființe dragi. Statisticile despre incidența factorilor de stres situează moartea partenerului de viață pe primul loc, iar moartea unui părinte sau a unei persoane apropiate pe locul cinci<sup>1</sup>.

*Consilierea de doliu* este parte a procesului de susținere emoțională a persoanelor care au suferit pierderea unui copil infectat cu HIV, a unui membru al familiei sau a unei persoane apropiate.

Există concepția, greșită spunem noi, că cineva care are în familie o persoană seropozitivă și știe de mult timp acest lucru este pregătită pentru pierdere. Niciodată cineva nu este cu adevărat pregătit pentru asta, nici chiar când stă în spital alături de persoana bolnavă pentru lungi perioade de timp, nici chiar când înțelege de la medici și din rezultatul analizelor că nu mai există nici o speranță pentru vindecare.

Uneori decesul se poate produce destul de repede, prin apariția unei boli cu evoluție galopantă, lăsându-i pe ceilalți într-o stare de șoc. Alteori, poate surveni după o suferință mai îndelungată, timp în care li se comunică părinților sau partenerului vestea unui deces iminent, care poate surveni oricând.

Indiferent de situație, pierderea este însoțită de suferință profundă. Atunci când moartea se produce, vechile suferințe ale unor pierderi trecute sunt reactivate, reapar în prezent, suprapunându-se durerii actuale. Membrii familiei și prietenii încep să se întrebe de ce nimeni nu i-a învățat cum să facă față pierderii. Aceștia pot experimenta sentimente de anxietate, furie, disperare. Starea de doliu care se instalează este deci agravată, iar intervenția terapeutică trebuie să aibă în vedere și evenimentele din trecut, care nu au fost depășite. De aceea, în perioada premergătoare decesului, este important ca persoanele afectate de această boală să vorbească despre ceea ce simt cu privire la despărțire, de a-și descărca sentimentele pe care le experimentează în fața inevitabilei pierderi.

<sup>1</sup> Recent Life Change Rating Scale - Scala Holmes & Rahe (1967).

Orice individ care se confruntă cu decesul unei persoane apropiate trece prin mai multe faze ce se constituie în așa numitul „*travaliu de doliu*”:

### 1. *Faza de recunoaștere efectivă a morții*

- este o realitate care are nevoie să fie concretizată pentru a se putea trece la alte etape;
- este de fapt o fază de șoc și negare, ce presupune:
  - refuzul de a recunoaște realitatea;
  - anestezia emoțiilor;
  - nevoia de a vedea pentru a crede;
  - agitația care precede liniștea;
  - prima confruntare cu absența;
  - episoade de descărcare emoțională .

*Sunt persoane care trăiesc această etapă de negare pentru mult timp. Și asta pentru că au plasat momentul despărțirii într-un viitor îndepărtat (orice speranță a unei terapii eficiente, orice semn că starea de sănătate a bolnavului ar fi bună i-a ajutat până în acel moment să se îndepărteze de realitate).*

### 2. *Faza de căutare*, care presupune:

- fuga;
- căutarea;
- reacțiile anturajului;
- perioada căutării;
- percepția defunctului.

### 3. *Faza de recunoaștere și acceptare deplină a durerii*

- durerea nu poate fi evitată;
- cea mai eficientă modalitate de a depăși durerea este chiar trăirea ei;
- recunoașterea, validarea și exprimarea tuturor emoțiilor.

### 4. *Faza de restructurare*

- redefinirea relației cu celălalt și cu lumea;
- redefinirea relației cu defunctul;
- redefinirea relației cu sine însuși.

Infecția cu HIV nu este apanajul vârstei adulte sau doar a unor categorii de persoane cu comportament la risc. Această maladie nu ține cont de vârstă, rasă, religie, etnie, etc. Sunt deopotrivă copii și adulți infectați. Drept urmare și decesul poate să apară la orice vârstă.

Atunci când în procesul de doliu sunt implicați și copii (fie că trebuie să accepte decesul unui părinte, fie că este vorba să accepte propria soartă) persoanele care-i au în îngrijire trebuie să dețină informații despre **evoluția conceptului de moarte la copii**.

Un aspect comun în studiile asupra pierderii este acela că mulți părinți nu sunt conștienți de gândurile și sentimentele copilului în momentele ce preced despărțirea.



Nu numai că subestimează nevoia copilului de a fi informat, dar ei subestimează intensitatea, întinderea și adâncimea reacțiilor copilului. Astfel că, se poate ajunge la retragerea emoțională a copilului în fața durerii părinților, a disperării exprimate verbal și nonverbal. Copilul se poate simți confuz în fața reacțiilor intense ale părinților, reacții pe care nu este capabil să le prelucreze.

Am mai spus, copilul mic infectat cu HIV nu realizează dimensiunea dramei, începe prin a nu ști ce este moartea, apoi – pentru că nu o înțelege – o neagă. În a doua etapă, moartea este asimilată cu o boală lungă, cu o dispariție provizorie. Astfel, între 3 și 5 ani moartea este văzută de către copil ca temporară și reversibilă. Copilul la această vârstă consideră moartea ca o continuare a vieții. El crede că persoana moartă aude, gândește, mănâncă. Până la vârsta de aproximativ 9 ani copilul personifică moartea, și-o imaginează ca o ființă întunecată, înfricoșătoare și scheletică, dar nu se vede pe el mort. Copilul la această vârstă se poate gândi la moarte ca la un trup mort, fără să facă distincție între cele două concepte. El nu poate înțelege conceptul, pentru că moartea nu există în propriile lor gânduri. Putem spune, deci, că în copilărie problema morții este ignorată și, când are loc, moartea nu este înțeleasă. Încetul cu încetul, survine înțelegerea procesului biologic, reprezentarea bazată pe fapte sociale, ultimul element achiziționat – după vârsta de 9 ani - fiind tocmai caracterul ireversibil și universal. Fără o experiență personală, copilul nu poate înțelege moartea. În adolescență ideea morții se conturează ca o anomalie pe seama căreia se constituie marea teamă și marile iluminări launtrice. Adolescentul nu are cum să-și dezvolte atitudini mature despre moarte, nu are în vedere pericolul, deși înțelege că moartea este un fenomen prin care trece orice individ.

### 1) Decesul partenerului de viață

O modalitate eficientă de intervenție este reprezentată de grupurile de suport de tip închis, cu un număr mic de participanți.

Deoarece în condițiile de doliu, persoana care a suferit pierderea are tendința de izolare și reducere a contactelor interpersonale, aceste grupuri îi oferă sentimentul de securizare, cadrul propice pentru a-și exprima emoțiile și sentimentele. Etapa de durere și depresie este inevitabilă, dar pentru a fi depășită, trebuie trăită.

Prin participarea la ședințele de grup, fiecare învață să trăiască cu acest lucru, să facă față zi de zi acestei situații, să-și fixeze repere personale pentru depășirea momentului de criză.

Legăturile cu defunctul sunt rupte una câte una, persoana trebuie să învețe să se desprindă de cel care a decedat și să înțeleagă că acest lucru nu are semnificația de a-l fi uitat. Amintirile legate de persoana decedată nu trebuie refulate, ele trebuie reținute, fiind adusă în prim plan emoția aferentă aceluia eveniment, fie ea negativă sau pozitivă. Acest exercițiu determină eliberarea treptată de defunct, urmând ca evocarea sa ulterioară să nu mai fie sursă de durere.

Există persoane care refuză să-și trăiască durerea în public, ca și când această dezgolare de emoții și sentimente ar aduce în prim plan slăbiciunea sa. Aceștia trebuie conștientizați de importanța exprimării durerii, pentru a evita viitoare

depresii sau angoase. Chiar dacă nu doresc să participe la ședințele de grup, consilierea se poate face individual. Este posibil ca, odată relația terapeutică stabilită, pacientul să se deschidă spre comunicare. În caz contrar, este încurajată exprimarea a ceea ce simte prin forme alternative: desen, pictură, modelaj etc.

Ceea ce simte persoana în situația de doliu se poate traduce prin: anxietate, depresie, furie, neputință, pierderea interesului pentru viață, vinovăție. Toate acestea, persoana în stare de doliu trebuie să învețe să le recunoască, să și le explice și trebuie lăsată să și le trăiască, pentru a nu lua forme ascunse, mai greu de depistat și de tratat.

## 2) Decesul unui părinte seropozitiv

De multe ori această pierdere este însoțită de manifestări puternice de plâns, dublate de sentimentul vinovăției. Copilul de vârstă mică se simte vinovat de pierderea unui părinte, deoarece pentru el moartea este asimilată unei plecări, pe care o percepe inconștient ca o ruptură a cărei cauză a fost el.

Alteori, durerea este mascată de nepăsare, ca și când copilul nu realizează ce s-a întâmplat sau nu îi pasă.

Oricum, durerea există și copilul trebuie încurajat să o exprime, la fel ca în cazul adultului, accentuându-se faptul că nu este în nici un fel vinovat, nici de boala părintelui, nici de decesul acestuia. În cazul copilului, acest lucru se face mai puțin prin comunicare verbală, mai ales în cazul copiilor mai mici, și mai mult prin proiecțiile acestuia, în desen, pictură, joc, dramatizarea conflictelor interioare etc.

Pierderea copilului este diferită de pierderea pe care o resimte adultul. El este mai puțin pregătit din punct de vedere al dezvoltării personalității; experiența și deprinderile sale cognitive sunt limitate.

Wolfelt (1992) descrie câteva **mituri** comune referitoare la durere:

- Durerea unui copil este de scurtă durată;
- Experiența durerii și a jelierii este predictibilă;
- Scopul ajutorului acordat copiilor este depășirea durerii și a jelierii.

În cazul copiilor, durerea poate fi însoțită de **regresie**, care poate dura chiar și luni de zile, cu potențialul apariției chiar și după mulți ani, când durerea poate fi activată de anumite evenimente stresante în viața subiectului. Trebuie înțeles că regresia poate fi parte a procesului de vindecare și tratată ca atare.

O altă manifestare care poate să apară este **furia**. Odată exprimată, copilul își poate „permite” să revină la normal. Atunci când furia nu este exprimată, ea este interiorizată și poate duce la apariția unor disfuncționalități: incapacitate de concentrare a atenției, comportament antisocial, rezultate școlare sub nivelul subiectului.

**Teama** este o altă reacție care poate apărea la copii, având ca obiect pierderea celuilalt părinte.

Deoarece pierderea unei persoane iubite este asimilată unui risc fizic, copilul poate reacționa ca în cazul unei amenințări la propria viață, cu **manifestări somatice**, însoțite de **anxietate**.

Există cazuri când copilul își aplică tratamente **autopunitive**, pentru faptul că se simte vinovat. Alteori, el îi **pedepsește** pe cei din jur pentru decesul părintelui, situație în care refuză dialogul cu aceștia, este agresiv verbal sau comportamental, nu se alimentează.

Nu există un tipar pentru trăirea stării de doliu. Copilului trebuie să i se explice că toate aceste manifestări, care uneori îl sperie și pe el, sau pe care uneori nu le conștientizează, sunt normale, că durerea și formele pe care le poate lua sunt normale, că procesul refacerii în urma unei astfel de pierderi este dureros, dar că acestea vor trece!

Familia va fi consiliată pentru a sprijini acest proces, prin încurajarea copilului de a-și exprima orice fel de sentiment: teamă, revoltă, furie, supărare etc.

### 3) Decesul unui copil seropozitiv

În cazul decesului unui copil seropozitiv, odată cu pierderea celui drag, părinții resimt și pierderea idealurilor, dorințelor, speranțelor proprii, pe care inconștient le-au proiectat asupra copilului și care nu vor mai putea fi realizate. Astfel pierderea pe care o suferă este dublă: a copilului și a unei părți din propria persoană. Fiecare persoană își trăiește în felul său unic durerea, conform nivelului de dezvoltare, a temperamentului, a experienței de viață, a relației pe care a avut-o cu defunctul. Cu cât relația cu defunctul a fost mai apropiată, cu atât pierderea este resimțită mai mult.

*De exemplu, un părinte a contactat telefonic psihologul, solicitându-i acestuia o întrevvedere într-un parc din apropierea spitalului de boli infecțioase unde psihologul avea cabinetul. Explicația a fost că, deși vrea să mulțumească personalului medical pentru modul în care i-a îngrijit fetița bolnavă de SIDA, nu mai poate intra acel spital în care copilul său a petrecut o lungă perioadă de timp înainte de a deceda.*

Atunci când în familie există și alți copii, comportamentul părinților față de aceștia poate lua două forme nedorite, care sunt nefavorabile, atât pentru copii, cât și pentru familie:

- **supraprotecția** - determinată de frica de a nu îi pierde și pe aceștia;
- **neglijarea**, ca și când decesul copilului seropozitiv ar fi eliberat părintele de orice fel de îndatorire parentală. Acest lucru este foarte dăunător pentru cei rămași în viață, care și-au pierdut fratele și simt că își pierd și părintele sau părinții.

#### Exemplu:

*I.S., 15 ani, a decedat în urma unei internări prelungite (3 luni) prin agravarea stării de sănătate și apariția unor complicații severe. Bunica era cea care îngrijise copilul, avându-l în încredințare, împreună cu alți 2 frați mai mici. După decesul lui I.S., bunica l-a căutat zile în șir prin casă, vorbind cu el ca și când acesta ar fi fost în*

viață. Cei doi frați mai mici au fost duși la o rudă, fără a primi foarte multe explicații, în afară de aceea că I.S. a decedat și că ei trebuie să stea acum la acele rude. Bunica afirma că ea nu mai poate avea grijă de ceilalți copii, deoarece S. a fost sufletul său și nu mai poate simți nimic pentru ceilalți. Ea era atât de focalizată asupra propriei dureri, încât a pierdut din vedere suferința celorlalți.

În ședințele de consiliere, ea a fost încurajată să povestească despre înmormântarea copilului, din două motive:

- pentru a conștientiza decesul copilului;
- pentru a-și exprima emoțiile și sentimentele legate de acel eveniment.

Dacă la început bunica nu făcea decât să se autocompătimească, spunând că viața ei nu mai are rost, neglijând existența celorlalți doi copii care aveau nevoie de ea, în scurt timp a început să-și amintească momente petrecute împreună cu S. și emoțiile aferente respectivelor evenimente. S-a produs și catharsisul, la una din ședințe plângând foarte mult, mărturisind că se simte eliberată.

Treptat, momentul de criză a fost depășit. În prim plan a apărut necesitatea de adaptare la noua situație. Sentimentul acut al durerii și inutilității a fost convertit în conștientizarea că cei doi copii au nevoie de ea. Bunica a luat hotărârea de a merge să locuiască un timp cu rudele la care dusesse copiii, până când se va simți în stare să meargă să locuiască din nou toți, în casa unde a locuit și S.

Doliul este un proces normal. El este trăit individual și are ca efect cicatrizarea rănilor sufletești produse de dispariția unei persoane dragi și mobilizarea resurselor interne, în scop adaptativ. Persoana va învăța să trăiască fără celălalt, iar energia emoțională dezinvestită din relația cu defunctul va fi reinvestită pentru reorganizarea vieții. Concluzionând, pentru a depăși această situație dramatică, clienții sunt îndrumați:

#### 1. Să accepte reculul.

Ceea ce aceștia trăiesc este deosebit de dramatic și este normal, omenesc să se cramponeze de ceea ce îi provoacă amintiri despre persoana pierdută. Treptat, va putea să se detașeze și să revină la viața normală.

#### 2. Să-și exprime emoțiile.

Nu e bine ca emoțiile să fie refulate! Plânsul, de exemplu, este un mijloc sigur de a diminua durerea.

#### 3. Să comunice cu ceilalți.

A vorbi despre ceea ce simte sau a evoca amintirea celui dispărut permite o mai bună adaptare la situație

#### 4. Timpul vindecă.

Viața își urmează cursul, rana are nevoie de timp pentru a se vindeca.

#### 5. Să manifeste grijă față de propria persoană.

Stresul, în astfel de situații, consumă multă energie. Este normal să se caute solitudinea și izolarea sistematică, cum este la fel de firesc ca persoana afectată să vorbească despre ceea ce simte cu cei apropiați. Totuși, nu de puține ori, aceștia sunt debusolați: ei se tem să nu fie indiscreți și nu știu ce să spună. De

aceea, este utilă reluarea activităților obișnuite și participarea la ședințe de consiliere sau psihoterapie.

#### 6. Să-și reorganizeze viața.

În funcție de ceea ce s-a schimbat, persoana afectată HIV învață să trăiască în noile condiții, să-și asume noi responsabilități în munca și în viața cotidiană.

### 3.4. Psihoterapia. Repere teoretice și practice

#### 3.4.1. Definiție, rol și scop

*Psihoterapia* este o formă de tratament psihologic în cadrul căreia terapeutul intervine în vederea modificării pozitive a comportamentului, emoțiilor, modului de a gândi al unui client sau unui grup de clienți. Sarcina de bază a terapeutului este aceea de a stabili un cadru terapeutic adecvat care să permită găsirea soluției optime la problema/problemele cu care se confruntă clientul/clienții. Psihoterapia este utilă nu doar în situațiile critice, ci și atunci când se urmărește dobândirea unei mai profunde înțelegeri cu privire la anumite aspecte legate de personalitatea clientului. Psihoterapia folosește metode și tehnici specifice clar precizate și nu se poate confunda cu discuțiile calde și amicale pe care le realizează la nivel empiric o rudă, un prieten, un profesor sau un preot.

Deși există multe sisteme terapeutice care se deosebesc atât în ceea ce privește baza teoretică, cât și prin modul în care funcționează relația și comunicarea dintre terapeut și client, în toate tipurile de psihoterapie este importantă înțelegerea semnificației unui anumit tip de comportament și învățarea pacientului să facă mai bine față problemelor sale de natură psihică.

Psihoterapia se bazează pe colaborarea voluntară dintre psihoterapeut și pacient. Ea se asociază uneori cu tratamentul farmaceutic și/sau cu măsuri de asistență socială și pedagogică. În aceste situații psihoterapeutul își desfășoară activitatea în colaborare cu medicul specialist și cu persoane implicate în asistența socială și pedagogică.

Ca demers științific, psihoterapia trebuie să aibă la bază niște ipoteze, derivate din concepția teoretică a școlii psihoterapeutice respective asupra personalității umane și a tulburărilor psihopatologice din sfera acesteia.

Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcționării subsistemelor personalității, să-și formeze clar obiectivele și treptele necesare atingerii acestora, cât și metodele de acțiune adecvate ale fiecărui pacient în parte. În general, sunt vizate următoarele aspecte (Holdevici și Vasilescu, 1993):

- scoaterea pacientului din criza existențială;
- reducerea sau eliminarea simptomelor;
- întărirea eu-lui și a capacităților integrative ale personalității;
- rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice;
- modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;

- reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptiv;
- modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;
- dezvoltarea unui sentiment clar al identității personale.

### 3.4.2. Situații în care este necesară intervenția psihoterapeutică

Suferința psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, stări, comportamente sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze. Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalității pacientului, modificări care îl vor ajuta să realizeze o adaptare mai eficientă, mai puțin dezgreadabilă și mai stabilă la mediu. Deși psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultățile, tulburările și deadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, o restructurare de profunzime a personalității, precum și o mai eficientă reglare și autoreglare a stărilor psihice ale acesteia, să fie preventivă și autoformativă, să urmărească evoluția omului, actualizarea disponibilităților sale latente și a potențialului sau maximal, atât pe plan fizic, cât și spiritual.

Psihoterapia își găsește aplicare în tratamentul majorității bolilor psihice, în cazul unor boli somatice cu o importantă componentă psihică, precum și în situațiile de normalitate în vederea optimizării proceselor volitive, afective, comportamentale, ca și performanțelor fizice, psihice sau intelectuale.

În cazul persoanei seropozitive, se conturează două situații:

- *Clientul tocmai a aflat că este seropozitiv;*
- *Diagnosticul este cunoscut de mult timp, dar clientul solicită intervenția psihoterapeutică deoarece se confruntă cu situații sau probleme de natură psihopatologică pe care nu le poate rezolva singur.*
- *Clientul tocmai a aflat că este seropozitiv*

Primirea veștii de infecție cu HIV este un șoc. Adeseori, persoanele cărora li s-a comunicat acest diagnostic intră în criză, au sentimente exacerbate de teamă, mânie, vinovăție și rușine. De asemenea, manifestă tendințe de izolare și de reducere sau renunțare la contactele interpersonale.

De aceea psihologul joacă în această perioadă un rol foarte important, îndeplinind în prima faza funcția de suport emoțional. El ajută clientul să-și accepte problema și să se adapteze la noua situație, toate acestea desfășurându-se gradual, în funcție de etapele prin care trece persoana recent diagnosticată cu HIV (a se vedea cap. „Reacții la aflarea diagnosticului”). Următoarea sarcină este de informare cât mai detaliată asupra problemicii HIV/SIDA, în vederea reducerii riscului de transmitere a infecției. Oferirea acestor informații nu trebuie să se facă la scurt timp după aflarea rezultatului pozitiv la testul HIV, deoarece starea

emoțională a persoanei nu permite asimilarea lor. Deși clientul pune adesea întrebări despre boală și pare capabil să rețină informațiile, am constatat că de fapt, la sfârșitul discuției, persoana respectivă nu știe aproape nimic din ceea ce am dorit să îi transmitem. De aceea terapeutul poate doar să asiste clientul în identificarea resurselor proprii și a persoanelor de încredere, care îi pot fi alături în această perioadă.

În ceea ce privește asistarea clientului în identificarea unor persoane care să-l ajute să depășească starea de criză, Coleman și Miller (1999) au afirmat că cea mai în măsură să facă acest lucru este un alt seropozitiv, care a depășit această fază, care are cunoștințele necesare despre boală și știe ce simte o persoană în momentul în care află că este infectată cu HIV. Autorii afirmă că rudele, prietenii sau alte persoane apropiate care nu au informațiile necesare despre această boală și nu au intrat până în acel moment niciodată în contact cu un seropozitiv, se pot speria și intra în panică, nefiind de nici un ajutor celui infectat. Dacă cel în cauză nu se simte confortabil (de exemplu, din dorința de a păstra confidențialitatea asupra bolii), persoana apropiată, care ar putea fi sprijinul celui infectat poate să fie introdusă și ea în procesul de consiliere, pentru a reuși să îndeplinească rolul de suport.

- *Diagnosticul este cunoscut de mult timp, dar clientul solicită intervenția psihologului deoarece se confruntă cu situații sau probleme de natură psihopatologică pe care nu le poate rezolva singur.*

La prima întâlnire terapeutul prezintă regulile impuse de cadrul psihoterapeutic. Astfel vor fi clarificate aspecte legate de confidențialitatea în psihoterapie, tehnicile și metodele utilizate, natura relației terapeutice, durata ședințelor, frecvența lor. Clientul nu este obligat să continue terapia după prima ședință introductivă și poate întrerupe programul în orice moment. În mod obișnuit, terapeutul și clientul lucrează din timp asupra etapei de încheiere a terapiei. Acest moment se stabilește în funcție de gradul în care au fost atinse obiectivele terapeutice fixate anterior. Și pentru că majoritatea persoanelor seropozitive HIV suferă o alterare accentuată a stării fizice pe măsură ce boala avansează, se impun folosirea unor tehnici de management al durerii. Copiilor, de exemplu, li se pot adresa întrebări de genul: Ce te doare? Ce faci când te doare? Spui cuiva? Ce vrei să faci altcineva pentru tine când te doare ceva? Ce nu vrei să faci? etc.

### 3.4.3. Particularizări psihoterapeutice

Abordarea psihoterapeutică a persoanelor infectate sau afectate HIV/SIDA poate fi:

#### A. Individuală:

1. a persoanelor infectate HIV/SIDA (copii și adulți);
2. a persoanelor afectate de HIV/SIDA (rude, prietenii).

## B. De grup:

1. cu persoanele infectate HIV/SIDA;
2. cu persoanele afectate HIV/SIDA.

### A. 1. Psihoterapia individuală a persoanelor infectate HIV/SIDA:

Este cea mai importantă și este indicată mai ales când avem de-a face cu o tulburare emoțională datorată conflictelor interioare pe care le are clientul sau a stresului psihic determinat de boală și despre care clientul simte că nu le poate face față. În funcție de vârsta clientului, terapia se structurează pe două componente diferite:

- psihoterapia individuală a copiilor infectați HIV/SIDA;
- psihoterapia individuală a adulților infectați HIV/SIDA.

Dat fiind contextul din România, unde până nu demult principala metodă de infecție cu HIV a fost nozocomială, cei mai mulți dintre clienții noștri la terapie au fost copiii, care acum au devenit adolescenți. În psihoterapia adolescentului seropozitiv, *scopul principal* este acela de a promova formarea și dezvoltarea unei personalități armonioase prin sprijinirea maturizării, încurajarea gândirii pozitive și susținerea capacității de a da sens propriei persoane.

Adolescența reprezintă o perioadă a dezvoltării personalității caracterizată prin schimbări dramatice. Integrarea corespunzătoare a acestor schimbări are la bază facilitarea dialogului dintre adolescenți și celelalte persoane implicate, în contextul în care ei se dezvoltă. Adulții sunt întotdeauna în exteriorul dezvoltării copilului. Totuși, în acest stadiu, a fi în exterior poate duce la multe neînțelegeri, distorsiuni, interpretări eronate, și poate chiar ajunge la ignorarea totală a ceea ce tânărul încearcă să înțeleagă, să facă, să simtă, să fie. O abordare eficientă a psihoterapiei adolescentului seropozitiv presupune explorarea și înțelegerea contextului personal și social al vieții persoanelor infectate, a legăturilor pe care indivizii le au cu rețelele lor de suport social, precum și a constrângerilor care pot inhiba adaptarea persoanei și a rețelei sale de suport la factorii de stres existenți. Consecințele unei astfel de abordări orientate spre patternurile de interacțiune socială rezidă într-un accent mai redus asupra interpretărilor, insight-ului, transferului și contratransferului între terapeut și client. În schimb, accentul se mută asupra aspectelor mai pragmatice, prin care clienții sunt ajutați să-și identifice și să-și rezolve problemele.

Asemeni terapiei adulților seropozitivi, în munca cu copiii sau adolescenții infectați cu HIV o primă etapă foarte importantă, este formarea relației terapeutice, care



trebuie să fie una de încredere, flexibilă și permisivă. Rezultatele pozitive ale relației terapeut-copil vor fi interiorizate de acesta din urmă și apoi proiectate asupra relației cu ceilalți. Rutter (1990) afirmă că terapeuții reci, distanți și care nu sunt deschiși pot să-i facă pe pacienții copii/adolescenți să se simtă mai rău decât înainte.

Chiar dacă este vorba despre copii sau adulți, o problemă des întâlnită la persoanele infectate HIV/SIDA este reprezentată de deprecierea valorii personale. De aceea, **creșterea stimei de sine** este un obiectiv important și comun al terapiei copilului/adultului seropozitiv, deoarece adesea, după aflarea diagnosticului, acesta se confruntă cu frecvente complexe de inferioritate. Diagnosticul de infecție HIV sau boală SIDA îl situează brusc într-o altă categorie decât cea din care făcea parte înainte.

La această stare concură mai mulți factori:

- *supraprotecție din partea anturajului;*
- *medicația antiretrovirală, care în unele cazuri constă într-un număr mare de medicamente în fiecare zi, fapt care conduce la conștientizarea stării de boală;*
- *recomandarea de a evita unele activități care implică efort fizic susținut;*
- *spitalizare frecventă și îndelungată;*
- *compătimire din partea celorlalți;*
- *autocompătimire;*
- *marginalizare socială.*

Toate acestea duc la o depreciere a valorii personale. Din această cauză, este importantă menținerea unei relații normale cu seropozitivul. El trebuie să simtă că este la fel cu ceilalți, că poate duce o viață normală, dacă respectă unele precauții. Terapeutul trebuie să minimalizeze aspectele negative, aducându-le în prim plan pe cele pozitive: ceea ce poate face, nu ceea ce nu poate să facă, îndemnându-l să vadă jumătatea plină a paharului și nu pe cea goală. O persoană cu un puternic simț al valorii de sine este mai probabil să îndrăznească să dezvolte noi mecanisme de coping, să facă ajustări pozitive de schimbare și mai capabil să facă față stresului. În final, sentimentul competenței personale este realizat când clientul crede că este în măsură să facă față problemelor sau să-și îndeplinească țelurile. Sentimentul competenței personale se dezvoltă prin experiențe de succes. Putem asista clienții ajutându-i să aleagă între opțiunile disponibile, susținându-i prin încurajare și suport și oferindu-le feedback cu privire la progresele lor.

Este normal ca orice persoană, fie ea copil sau adult, care află că are o boală gravă care-i amenință viața să se simtă speriată și dezorientată. Persoanele infectate cu HIV/IDA suferă foarte des de **depresie**, de diferite grade. Sentimente ca: tristețea, mânia, îngrijorarea însoțesc adesea această boală. Exacerbate, acestea nu fac decât să accelereze evoluția bolii. Ele pot lua o formă foarte gravă, în care riscul major este suicidul. Identificate, gândurile suicidare sunt primele care trebuie rezolvate, fiind prioritare tuturor problemelor care se află pe lista de probleme. De multe ori, psihoterapia depresiei este însoțită de medicație

antidepresivă. În aceste cazuri, psihologul va colabora cu medicul, pentru a cunoaște exact efectele medicației și a nu confunda efectele psihoterapiei cu efectele pe care le pot avea medicamentele care îi sunt administrate clientului. Altfel putem cădea în capcana de a aprecia evoluția clientului ca fiind pozitivă în urma psihoterapiei, când de fapt problemele sale nu sunt rezolvate, ci doar „adormite” de medicamente.

De aceea, un aspect important este cel de *diagnostic diferențial* între *depresia apărută* la persoanele infectate cu HIV în procesul de acceptare a bolii, în care predomină tristețea, izolarea, pierderea interesului pentru viață, incertitudinea, îngrijorarea și *depresia clinică*, în care apare o pierdere semnificativă în greutate, insomnie, fatigabilitate, pierderea majoră a capacității de concentrare și de gândire, ușor observabilă de către ceilalți, diminuarea interesului pentru majoritatea lucrurilor<sup>1</sup>.

În diagnosticul diferențial, trebuie să avem în vedere că unele aspecte somatice și biologice caracteristice depresiei pot fi doar efectele medicației antiretrovirale sau a celei indicate în bolile oportuniste (de exemplu, inapetență, pierderea în greutate, fatigabilitate, energie redusă). De aceea, terapeutul care lucrează cu persoanele seropozitive trebuie să se informeze despre efectele acestor medicamente. Ca tehnici terapeutice utilizăm *modele terapeutice combinate, tehnici de autoreglare a stărilor psihice și de creștere a rezistenței la stres prin intermediul antrenamentului autogen Schultz, tehnici cognitiv-comportamentale, de relaxare și hipnoză, psihoterapii experiențiale etc.*

Prezentăm, în continuare **studiul de caz** al unei adulte seropozitive, care a beneficiat de psihoterapie:

*C.A. 39 de ani, infectată HIV probabil pe cale nozocomială (instrumentar medical nesterilizat). Diagnosticată HIV+ în 1998 și pensionată pe caz de boală. Este căsătorită și are un băiat în vârstă de 14 ani. Soțul și copilul sunt seronegativi. În prezent, este în ultimul stadiu al bolii. Prima întrevvedere s-a consumat la solicitarea medicului infecționist, care medicul considera că pacienta manifesta un comportament depresiv accentuat.*

*După interviul de evaluare s-au evidențiat următoarele aspecte semnificative:*

### **1. În domeniul comunicării interpersonale**

*- dificultăți în inițierea unei conversații pe tema problemelor sale și de adaptare socială.*

### **2. În privința relațiilor interpersonale**

*- este foarte exigentă și moralizatoare în relațiile cu soțul și copilul său, relaționarea intrafamilială este defectuoasă, sexualitatea este restrânsă în cuplu; afirmă că de când este bolnavă este mai nervoasă, soțul și copilul reproșându-i adesea că este rea;*  
*- diminuare marcantă a interesului pentru majoritatea activităților și relațiilor interpersonale.*

<sup>1</sup> Fleisman, J.A. & Fogel, B., *Coping and depressive symptoms among people with AIDS*, Health Psychology, 1994.

### 3. În domeniul obiectivelor existențiale

- este lipsită de scopuri și sens ale existenței, se gândește deseori la moarte, având o dispoziție depresivă în cea mai mare parte a zilei.

### 4. În plan profesional

- cariera clientei a fost întreruptă brusc în 2002, când a trebuit să se pensioneze pe caz de boală; acela a fost și momentul în care colegii de serviciu au aflat despre boală, reacția lor imediată fiind întreruperea relaționării cu clienta; așa că – spunea ea – „din pușinii prieteni pe care-i aveam, am rămas fără niciunul”.

În urma evaluării cazului, terapeutul a considerat că este vorba despre o **tulburare afectivă cu elemente depresive, determinată de boala infecțioasă de care suferă**. S-a utilizat o psihoterapie de scurtă durată (14 întâlniri), frecvența fiind o ședință pe săptămână.

Obiectivele psihoterapiei:

- îmbunătățirea comunicării intrafamiliale;
- reabilitarea imaginii de sine și întărirea eu-lui;
- valorizarea evenimentelor pozitive din viața sa (care s-au întâmplat și care se pot întâmpla).

Problemele identificate de clientă la începutul terapiei:

- consideră că este lipsită de valoare, ignoră aspectele pozitive ale vieții și exagerează detaliile negative (fenomenul de abstragere selectivă);
- ar dori să comunice mai ușor și mai deschis, atât în familie cât și în afara ei (vrea să fie mai înțelegătoare), pentru că, spune ea, „îi dezamăgesc pe toți” (suprgeneralizarea);
- clienta vrea să fie mai pasivă, să-și schimbe modul de a se comporta (mai naturală, mai veselă, mai pasivă);

Principiile care au stat la baza intervenției psihoterapeutice:

- schimbările din viața psihică a clientei se produc permanent, iar schimbările minore aduc în cele din urmă schimbări majore.

Deoarece clienta a identificat drept calitate faptul că este o bună gospodină, psihologul a ales pentru început o activitate de rutină, abandonată de mult timp (de a găti o prăjitură pentru familie). Sarcina clientei a fost de a-și monitoriza activitatea și de a nota, de la 1 la 10, gradul de satisfacție. Nota pe care și-a acordat-o a fost 4.

La următoarea întâlnire sarcina s-a complicat: a trebuit să organizeze un pick-nic pentru familie și să creeze un cadru pentru comunicarea intrafamilială, acordând atenție și calității discursului. Deși inițial a spus că nu are nici un rost această sarcină, clienta a fost de acord să o realizeze.

În ședința ulterioară a povestit că, fiind doar ei trei, a încercat să discute mai mult decât de obicei și a fost mulțumită de ceea ce s-a întâmplat (a discutat cu băiatul despre intenția lui de a-și petrece ziua de naștere și i-a promis că îi va face un tort, iar cu soțul despre problemele pe care acesta le avea la serviciu). A fost mulțumită și de faptul că a reușit să se controleze, astfel că a fost „mai puțin cicălitoare decât

de obicei”. Terapeutul a subliniat aspectele pozitive din comportamentul ei. Observând că derularea cu succes a acestei sarcini a funcționat, terapeutul a încurajat clienta să continue și să organizeze și în viitor astfel de evenimente.

A urmat, într-o altă ședință, prezentarea tehnicii antrenamentului autogen și realizarea unor exerciții pregătitoare pentru practicarea acestuia. Clienta a reacționat foarte bine la trainingul autogen, acesta favorizând apariția senzației de relaxare. Pentru a continua reabilitarea imaginii de sine, terapeutul a utilizat în ședința următoare hipnoza. În timpul transei hipnotice s-a utilizat povestea terapeutică a stejarului, pentru a stimula speranța într-un viitor mai bun. Ședința de hipnoză s-a încheiat cu sugestii directe privind imaginea de sine și capacitatea de autocontrol. Acestea au inițiat un ciclu al schimbării, care a condus atât la schimbări de ordin psihic, cât și la ameliorarea stării de sănătate.

Din nefericire, persoanele seropozitive sunt expuse și unei **anxietăți** crescute, la acest lucru concurând mulții factori: discriminarea, stigmatizarea, teama de a nu îi infecta pe alții, îngrijorarea privind rezultatele analizelor periodice, grijile privind infecțiile oportuniste, teama de a avea relații sexuale, de a avea un copil, incertitudini legate de viitor, anticiparea finalului etc. Psihologul va asista persoana seropozitivă în descoperirea factorilor cauzatori de anxietate. Simpla ascultare activă a ceea ce spune clientul, însoțită de acceptarea persoanei așa cum este ea, este suficientă pentru ca în scurt timp să se producă „insight-ul”, când clientul identifică ce anume îi produce anxietate. După ce factorii etiologici sunt depistați, se va interveni prin diferite tehnici terapeutice care reduc anxietatea și ajută la îmbunătățirea calității vieții persoanelor seropozitive, cum ar fi: *terapii comportamentale de scurtă durată în tratamentul atacurilor de panică și a anxietății generalizate, a tulburărilor fobice prin intermediul desensibilizării sistematice și a tehnicii expunerii; tehnici de autoreglare a stărilor psihice și de creștere a rezistenței la stres prin intermediul antrenamentului autogen Schultz, hipnoza, terapii de natură experiențială etc.*

Având în vedere că lipsa asertivității este o problemă cu care se confruntă mulți clienți și că aceasta este considerată a fi una dintre cele mai importante surse de inadecvare socială, fiind de fapt un set de comportamente și atitudini învățate, putem spune că achiziționarea unor **abilități de comunicare asertive** poate ameliora simțitor relațiile sociale ale clientului seropozitiv, poate dezvolta încrederea în sine a acestuia, poate îmbunătăți abilitățile de luare a unor decizii responsabile și, în concluzie, poate îmbunătăți calitatea vieții acestuia.

*Principiile dezvoltării comunicării asertive*, după Adriana Băban<sup>1</sup>, sunt:

- Spune NU atunci când este încălcat un drept sau o valoare personală.
- Motivează-ți afirmația, însă fără să te justifici – nu te scuza!
- Exprimă-ți opiniile personale specific și clar – evită formulările generale.
- Acceptă și oferă complimente.
- Fii direct!
- Cere feed-back – pentru prevenirea greșelilor de interpretare.
- Schimbă discuția sau evită persoana atunci când nu poți comunica asertiv.

<sup>1</sup> Băban, A., *Consiliere educațională*, Cluj-Napoca, Imprimeria ARDEALUL, 2001.

- Fă referiri la comportamentul neadecvat al unei persoane cu o remarcă pozitivă.
- Focalizează-te pe comportament și nu pe persoană atunci când vrei să faci o remarcă.
- Scoate în evidență consecințele negative ale comportamentului interlocutorului asupra ta.
- Precizează comportamentul dorit, oferă alternative comportamentului pe care dorești să-l schimbi.
- Analizează costurile și beneficiile comportamentului.

După aceeași autoare, există și câteva *drepturi asertive*, pe care orice persoană este bine să le conștientizeze, să le cunoască și să țină cont de ele:

- Dreptul de a decide care sunt scopurile și prioritățile personale.
- Dreptul de a avea valori, convingeri, opinii proprii.
- Nu te justifică și a nu da explicații privind viața ta.
- Dreptul de a spune celorlalți cum ai dori să se comporte cu tine.
- Dreptul de a te exprima fără, însă, să-l rănești pe celălalt.
- Dreptul de a spune „nu”, „nu știu”, „nu înțeleg” sau „nu mă interesează”.
- Dreptul de a cere informații și ajutor.
- Dreptul de a face greșeli, de a te răzgândi.
- Dreptul de a fi acceptat ca imperfect.
- Dreptul de a avea uneori performanțe mai scăzute decât potențialul tău.
- Dreptul de a avea relații de prietenie cu persoane cu care te simți confortabil.
- Dreptul de a schimba prietenii.
- Dreptul de a dezvolta viața ta așa cum dorești.

## A. 2. Psihoterapia individuală a persoanelor afectate HIV/SIDA:

Se adresează (doar în cazul copilului seropozitiv) celor care îl îngrijesc: părinți, bunici, soți/soții, alte rude sau prieteni, asistenți maternali. De asemenea, beneficiari pot fi și rudele adulților infectați HIV.

Persoanele afectate de boală (mai ales părinții copiilor seropozitivi) așteaptă o rezolvare miraculoasă pentru problemele psihologice ale copiilor. Problemele unui copil și nu numai, nu țin în totalitate de el, ci și de persoanele de contact. Mulți părinți vin la psiholog și arată spre copil, spunând: „*Noi suntem o familie normală, dar copilul nostru are o problemă*”. Acest gen de enunț este paradoxal. Cum se poate ca o familie să fie „normală” și doar copilul să aibă o problemă? Părinții doresc, cel mai adesea, să schimbe modul de comportare a copilului. „*Nu știu ce să mă mai fac cu el... Este irascibil și vorbește urât, asta dacă îmi vorbește... Nu pot comunica cu el. Îl voi aduce la dvs. pentru a rezolva această problemă.*” spunea un părinte psihologului. Și acesta nu este un caz singular. La intrarea în cabinetul psihologului părinții doresc mai curând să-i schimbe pe ceilalți decât pe sine, ceea ce reprezintă o cerință nerealistă. Dacă părinții nu conștientizează că o parte din problemă poate să le aparțină și lor, aceasta nu se va putea rezolva niciodată. De aceea este esențial ca toți membrii familiei să fie invitați la un dialog cât mai autentic posibil. Pentru a-și găsi răspunsurile, este necesară identificarea

întregii constelații familiale, toate relațiile dintre membrii ei, valorile, atmosfera din familie. Nu putem considera copilul și nici omul de sine stătător, neinfluențat de restul lumii.

În ciuda tendinței naturale a majorității părinților cu copii seropozitivi de a se focaliza doar pe probleme și pe ceea ce le cauzează, considerăm că o terapie de succes se bazează pe punctele tari ale familiei și nu pe slăbiciunile ei. De aceea redirecționăm părinții astfel încât aceștia să descopere că au mai multe resurse decât credeau.

Persoanele afectate de HIV/SIDA, pe lângă controlul propriei conștiințe, trebuie să-și controleze și propria situație, încercând schimbarea circumstanțelor care le determină comportamentul. Astfel vor deveni responsabile activ pentru a-și putea înțelege nevoile, defini problemele și a găsi soluțiile optime pentru rezolvarea acestora, demonstrând că sunt capabile să-și determine propriile destine, să identifice soluții și să-și organizeze propriile vieți.

### Studiu de caz:

*D.C., 45 de ani, sex feminin, a solicitat intervenția psihologului pentru rezolvarea stării depresive prin care trecea, stare determinată, după spusele clientei, de boala băiatului său.*

*Băiatul femeii, C.C., în vârstă de 16 ani, a fost diagnosticat în urmă cu 5 ani ca fiind infectat cu HIV. Acesta urmează cursurile unei școli normale, repetând un an din cauza spitalizărilor frecvente. În prezent, starea lui de sănătate este stabilă, urmând tratamentul antiretroviral.*

*Primele faze ale demersului terapeutic au fost evaluarea și diagnoza. În urma acestora, s-a constatat că este vorba despre o **tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă**.*

Problemele identificate de clientă în cadrul interviului preliminar:

*D.C. spune că băiatul său nu își cunoaște diagnosticul, deși a fost de mai multe ori internat în Clinica de Boli Infecțioase, unde ar fi putut discuta cu alți copii infectați HIV. Doamnei C. îi este foarte teamă ca băiatul să nu afle care este adevărata sa boală și să refuze această situație sau să comită acte necugetate, deși, după cum singură recunoaște, este echilibrat și nu a manifestat niciodată comportamente extreme. În plus, a observat că băiatul a devenit foarte interesat de sexul opus. Prin toate acestea, clienta a conștientizat necesitatea dezvoltării diagnosticului copilului, fapt însoțit de stări depresive: stări de plâns, lipsa speranței pentru viitor, inapetență, insomnie.*

*Psihoterapia a cuprins mai multe ședințe. În prima ședință, s-au făcut exerciții de relaxare și de respirație. Doamnei C. i s-a indus o stare de relaxare cu sugestionare pozitivă.*

*Doamna C. a fost învățată să respire corect, folosind respirația abdominală, nu pe cea superficială, toracică și îndrumată să folosească aceste tehnici în viața cotidiană ori de câte ori se simte obosită sau deprimată.*

*În următoarea ședință, doamna C. a confirmat folosirea acestor tehnici. S-a indus starea de relaxare, iar pe acest fond, s-a urmărit proiectarea pe ecranul mental a unor imagini pozitive. I s-a sugerat să-și vizualizeze propria imagine depresivă pe tot acest ecran, apoi să o micșoreze și să o mute într-un colț, iar în locul acesteia, să proiecteze o imagine pozitivă a propriei persoane, veselă și fericită.*

*Doamna C. a primit pentru acasă exerciții de autoîngrijire: zilnic, să facă un lucru plăcut doar pentru ea (a fost la coafor, a vizionat un film, a făcut o baie fierbinte, și-a făcut gogoși).*

*Pentru creșterea stimei de sine, a trebuit să se gândească la 10 lucruri care îi plac la propria persoană, sarcină pe care a îndeplinit-o destul de greu, dar care a amuzat-o .*

*În continuare, s-a lucrat pe necesitatea dezvoltării diagnosticului, discutând despre posibilele reacții ale copilului, despre urmările dezvoltării. Doamna C. a fost rugată să facă o listă cu efectele pozitive și negative, care ar putea urma dezvoltării diagnosticului.*

*Efectele pozitive au fost mai numeroase decât celelalte: comunicare eficientă cu copilul, conștientizare asupra necesității tratamentului antiretroviral și necesității protecției, informare adecvată a copilului despre boală, pregătire pentru viitor, redobândirea încrederii în părinții săi. Concentrând atenția clienței asupra aspectelor pozitive, psihoterapeutul a facilitat demersul schimbării acesteia în direcția dorită.*

*A fost îndrumată cum să găsească momentul oportun pentru discuția cu băiatul său.*

*Curând, această ocazie s-a ivit, odată cu întrebările copilului despre boală și despre perioada de timp în care va mai trebui să i-a medicamente. Doamna C. a reușit să-i comunice copilului faptul că este infectat HIV.*

*Doamna C. a venit la următoarea ședință mai bine dispusă, eliberată de angoase, deoarece băiatul a primit vestea cu maturitate, mulțumindu-i că a avut încredere în el. Relația băiatului cu părinții săi s-a îmbunătățit, iar mama și-a rezolvat pentru moment dispoziția depresivă.*

*Doamna C. a fost inclusă în grupul de suport al părinților cu copii seropozitivi, iar băiatul participă la ședințele de terapie de grup pentru copii, informându-se despre implicațiile infecției HIV/SIDA.*

## B. Psihoterapia de grup a persoanelor infectate/afectate HIV/SIDA:

Urmărește o mare varietate de aspecte și dispune de mecanisme terapeutice multiple. De aceea se impune armonizarea cu necesitățile practice, respectiv problemele specifice fiecărei categorii de clienți. Se recomandă psihoterapia de

grup unui client mai ales atunci când problema principală a acestuia este inadaptarea psihosocială, refuzul medicației, anxietatea sau depresia. Întâlnirile de grup promovează discuția, exprimarea liberă și deschisă, contactul social, reducând astfel alienarea și izolarea. Este o ocazie pentru interacțiuni și schimburi interpersonale complexe, în sensul că membrii grupului pot schimba informații, pot lua contact cu atitudini și credințe diferite față de aceeași situație, pot constata că nu sunt singuri în fața durerii.

Pentru ca interacțiunea dintre membrii grupului să fie cât mai eficientă, aceștia trebuie să-și arate disponibilitatea de a-i asculta pe ceilalți, de a-și exprima sincer și deschis sentimentele, dorința de a împărtăși celorlalți problemele personale, capacitatea de a-i ajuta pe ceilalți la nevoie.

În general grupurile se constituie din membri egali, ceea ce înseamnă că fiecare membru are drepturi egale asupra sentimentelor lui proprii. Ca număr, grupul este format în general din 5 - 8 membri.

Ei sunt selectați în funcție de:

- *problema cu care se confruntă;*
- *vârstă;*
- *disponibilitatea de a participa la întâlnirile de grup;*
- *nivelul intelectual și de pregătire culturală;*
- *măsura în care vor fi capabili să obțină beneficii personale ca urmare a participării la grup;*
- *aprecierea gradului în care grupul va beneficia de prezența lor.*

După faza de organizare a grupului, se stabilesc obiectivele, se inițiază intervenția, care utilizează tehnici terapeutice precise. La prima întâlnire a membrilor grupului, se fac prezentările, se stabilesc regulile de grup, se concepe un contract terapeutic, se prezintă așteptările grupului. Pentru a contabiliza efectele terapiei asupra grupului, în primele ședințe de psihoterapie, respectiv în ultimele, psihologul studiază relațiile simpatetice dintre membri, *utilizând sociomatricile*. Felul în care acționează participanții la activitățile de grup și modul de interrelaționare este analizat de terapeut și consemnat într-o *fișă de observare a dinamicii de grup*. Aceasta cuprinde informații despre atmosfera generală (cine a preluat inițiativa, detensionat, dominat, retras), gradul de implicare al membrilor, experiența individuală (cine a părut confortabil, jenat, cine a contribuit mai mult/mai puțin), incidente (de exemplu: autodezvăluirea, insight-ul unui membru, o reacție mai importantă etc.).

Dacă în faza inițială participanții pot simți neliniște, tensiune, anxietate determinate de evocarea problemelor personale, rolul terapeutului fiind de a explica ceea ce se întâmplă și de a facilita acceptarea pozitivă a membrilor, treptat grupul se structurează. Astfel, participanții adoptă atitudini de ascultare, comprehensiune, acceptare, se manifestă confruntări/conflicte. Tensiunea interioară scade, participanții se simt liberi să se exprime. Insight-ul este propice descoperirii de sine, modificând și perspectivele personale, dar nu este suficient pentru a produce schimbarea. Pentru ca aceasta să se producă este necesară trecerea la acțiune. Ca metode, utilizăm: jocul de rol, psihodrama, dramaterapia, relaxarea, hipnoza, imagieria



dirijată, poveștile și scenariile metaforice, tehnici din psihoterapia cognitiv-comportamentală sau/și experiențială etc. În etapa terminală, terapeutul încurajează participanții spre experimente în afara grupului și consolidarea achizițiilor. Astfel, aptitudinea de a vorbi despre sine, încrederea în sine, posibilitatea de a lua decizii, acceptarea bolii, întărirea eu-lui sunt tot atâția indicatori ai faptului că psihoterapia se poate încheia cu succes.

Un alt aspect important este generat de faptul că oferirea suportului reciproc și permanent reprezintă o necesitate pentru copiii seropozitivi și pentru cei care au în îngrijire o persoană seropozitivă. Acesta este motivul pentru care după finalizarea terapiei, copilul/părintele/adultul este inclus într-un **grup de suport**, care rezultă din reuniunea mai multor grupuri de terapie (în general se reunesc 3 grupuri). În cadrul unui astfel de grup, în funcție de nevoi, se dezbate subiecte de interes comun, cu accent pe împărtășirea emoțiilor și trăirilor personale, a realizărilor și insatisfacțiilor. Deoarece cei care au în îngrijire un copil sau o persoană seropozitivă se confruntă cu același tip de probleme inerente bolii, grupul de suport reprezintă o sursă de reasigurare emoțională pentru membrii săi. În interiorul grupului fiecare simte că problema lui este înțeleasă, acceptată și împărtășită de ceilalți parteneri de grup.

Totodată, aceste întâlniri au constituit cadrul de dezbateri pentru rezolvării unor probleme comune legate de:

- *respectarea drepturilor legale de care beneficiază persoana seropozitivă și asistentul personal al acestuia;*
- *asigurarea tratamentului cu antiretrovirale;*
- *excluderea copiilor din unitățile școlare ca urmare a aflării diagnosticului de către profesori;*
- *marginalizarea persoanei infectate și a familiei acestuia din comunitate;*
- *apariția bolilor oportuniste;*
- *experiența rejecției;*
- *decesul unei persoane apropiate, infectate cu HIV;*
- *spitalizarea;*
- *faza finală a bolii.*

#### 3.4.4. Tehnici de intervenție psihoterapeutică specifice

În intervenția terapeutică, un rol foarte important îl are relația psihoterapeut - client, formarea acesteia fiind primul obiectiv urmărit. Terapeutul trebuie să câștige încrederea persoanei seropozitive, să manifeste acceptare și toleranță, grijă și preocupare pentru problemele clientului, să creeze un mediu securizant pentru pacient, în care să se simtă bine.

La prima ședință, clientul este informat cu privire la structura intervenției: durata, locația ședințelor etc. precizându-i-se și faptul că psihoterapia necesită muncă și efort susținut atât din partea terapeutului, cât și din partea clientului. În afara

efortului comun depus de ambele părți implicate *în timpul* ședințelor, terapeutul stabilește sarcini precise și clare (așa-numitele „teme pentru acasă”) pe care clientul trebuie să le îndeplinească *între* ședințe. În măsura în care aceste sarcini sunt îndeplinite, progresele în terapie pot fi accelerate. Stephen Lakton (1990) a constatat că orice acțiune (cât de neînsemnată) pe care clientul o realizează între ședințele de terapie și care reprezintă un mic pas în direcția schimbării, amplifică rezultatul ședinței următoare.

În ceea ce privește alegerea tehnicii terapeutice, aceasta depinde de:

- problema clientului;
- particularitățile clientului (vârstă, inteligență, nivel de dezvoltare, stadiul bolii);
- formarea teoretică și experiența psihoterapeutului. (*În legătură cu aceasta M. Erickson ne-a învățat că este important să nu fim prizonierii unei grile de lectură, în mod prealabil determinată. Dacă aderăm prea mult la o teorie nu vom vedea decât prin acea teorie. Practica ne arată că trebuie să observăm tot ceea ce poate fi util schimbării).*)
- alte variabile situaționale.

### Psihoterapia sugestivă și hipnoterapia

„Sugestibilitatea reprezintă capacitatea subiectului de a reacționa la sugestii. Este acea manifestare particulară a influențabilității care asigură transformarea situației sugestive într-un comportament sugerat”<sup>1</sup>. Dacă în viața de zi ci zi utilizăm sugestia pentru a influența reacțiile altora, în hipnoterapie ea devine, după Bernheim, **principalul** principiu explicativ al inducției hipnotice (în hipnoză, alături de sugestie, există și alți mediatorii implicați: expectațiile, procesele imaginative, credința, disocierea etc.).

Hipnoterapia are o utilizare relativ recentă. Nu se știe cu exactitate când a fost întrebuințată pentru prima dată, dar a fost menționată în publicațiile americane după cel de-al doilea război mondial. Părerea lui J.A. Malarewicz este că „hipnoza însăși nu este o terapie. Ea este unul dintre instrumentele pe care terapeutul îl poate utiliza în fața unei situații anume, în funcție de experiența, de specificitatea situației și în funcție de dorința pacientului”.

Este cunoscut faptul că sugestiile pozitive și hipnoza au multiple aplicații practice. Mult timp au fost utilizate cu predilecție în afecțiunile nevrotice, considerându-se că în cazul unor boli cronice succesul lor este limitat de evoluția imprevizibilă a bolii. Dar, așa cum au dovedit doi specialiști germani la Congresul European de Hipnoză din 1990, există date clinice și experimentale încurajatoare la pacienții bolnavi de cancer și SIDA (I. Holdevici). Beneficiile psihologice ale relaxării, autohipnozei, dezvoltarea abilității de disociere sunt esențiale în îmbunătățirea calității vieții unui pacient seropozitiv în fază terminală. Scopul terapiei, în cazul unor astfel de pacienți, nu poate fi, de exemplu, „*Mă voi vindeca total*”, ci se poate concretiza în învățarea pacienților de a-și rezolva problemele de viață, de a-și menține echilibrul

<sup>1</sup> Holdevici, I., *Sugestiologie și psihoterapie sugestivă*, Editura Victor, București, 1995.

sufletesc, de a-și modifica gândurile negative, de a crește stima de sine, încurajarea exprimării emoțiilor, îmbunătățirea aptitudinilor de comunicare, reducerea consecințelor bolii (atât cele din planul dezvoltării psihice cât și a simptomatologiei bolii - de ex. durerea), pregătirea psihică pentru confruntarea cu moartea - terapia de doliu.

Este necesar ca aceste scopuri să fie realiste. Dacă nu sunt suficient de importante pentru client, atunci el nu va reuși să-și mobilizeze forțele pentru a le atinge și, deci, pentru a se schimba.

Cu copiii seropozitivi succes poate avea și abordarea metaforică a bolii. Utilizarea metaforelor este o cale utilă de a-i furniza copilului noi înțelesuri, care, la rândul lor, produc noi schimbări ale atitudinii și comportamentului. Într-un cadru la fel de natural unui copil ca desenele animate, metafora terapeutică își poate îndeplini scopul sub forma unei povești. Copilul este conștient numai de acțiunile și evenimentele care îi sunt descrise. El nu caută înțelesuri ascunse, chiar dacă acestea sunt comunicate. Iată în continuare o astfel de poveste:

### **„Arborele atât de dorit”**

*„A fost odată ca niciodată, într-un sat foarte îndepărtat, numit Hibiscus, un obicei foarte special: tradiția spune că atunci când cineva dorește să planteze un arbore, să înceapă cu sădirea sămânței. Doi tineri îndrăgostiți s-au hotărât să planteze și ei un copăcel în fața casei lor. Au pregătit cu atenție și dragoste terenul înainte, iar în ziua stabilită au mers la înțeleptul satului, care le-a dat prețioasa garanție a dragostei lor, sămânța.*

*Tinerii au avut mare grijă de sămânța sădită, stropind periodic locul și vizitându-l cu regularitate.*

*Dar iată că, în momentul în care copăcelul trebuia să străpungă pământul, a întâlnit un obstacol... Prins sub o movilă de pământ, arborele nu mai reușea să iasă. Îngrijorați, tinerii au chemat un specialist în horticultură care, cu multă grijă, a ridicat movila de pământ și a desprins copăcelul. Specialistul le-a spus tinerilor că, de-acum înainte, arborele va avea nevoie de multă atenție și dragoste.*

*Timpul trecea, copăcelul creștea, dar avea mai multe probleme decât alți copăcei de vârsta lui. A fost examinat de mulți specialiști, dar aceștia nu puteau să facă decât să-i încurajeze pe prietenii noștri. Pentru a-l ajuta să crească frumos și drept, i-au pus araci de toate felurile, dar nici unul nu s-a potrivit. Și atunci copăcelul a rămas strâmb definitiv.*

*Curând prietenii noștri au observat că la un vecin există, de asemenea, un arbore strâmb care părea fericit. Ei s-au hotărât să vorbească cu vecinii lor, pentru a afla care este „rețeta”.*

*Vecinii au spus că la început s-au ocupat foarte mult de copăcel, au depus mult efort, și-au făcut multe griji... Apoi, s-au decis că cel mai bine este să-l lase să crească singur, dar fără să-l abandoneze. Au continuat să aibă grijă de el, dar l-au lăsat și partea lui de autonomie.*

*Prietenii noștri a decis să țină cont de sfaturile vecinilor și, în scurt timp, copăcelul lor a început să crească și să înflorească.*

*Doi ani mai târziu, s-a organizat un concurs la care au participat mai mulți arbori din satul Hibiscus, iar copacul prietenilor noștri a luat premiul pentru cele mai frumoase frunze. Părinții au fost foarte mândri de el...”<sup>1</sup>*

Milton Erickson afirma că fiecare om are în el informația necesară și suficientă pentru schimbare, iar psihoterapeutul nu face decât să faciliteze această schimbare. Iar tehnicile sugestive și hipnoterapeutice nu sunt altceva decât modalități de schimbare ale sistemului de referință prin prisma căruia pacientul privește problema. Hipnoterapia este un loc de întâlnire între pacient și terapeut, unde acesta din urmă, prin sugestiile pe care i le induce pacientului, îi permite să se vindece singur. În această relație nu există dominant/dominat, relația este de colaborare. Hipnoza este o stare naturală de spirit. Nu este vorba despre nimic artificial sau supranatural. Fiecare posedă o capacitate naturală de a răspunde la hipnoza.

Metoda de inducție depinde de: stilul terapeutului, creativitatea și vârsta clientului, precum și de dezvoltarea, interesele și talentul hipnotic al acestuia.

Ținând cont de particularitățile de vârstă ale persoanelor cu care lucrăm, cei mai mulți fiind copiii, dar și de caracteristicile bolii de care suferă, putem afirma că tehnicile bazate pe sugestie sunt bine primite și au rezultate favorabile. În sprijinul acestei afirmații stă și faptul că, în general, copiii reprezintă categoria de vârstă cu cel mai ridicat grad de sugestibilitate, ei sunt cei mai buni subiecți pentru hipnoză, pentru că abilitățile lor imaginative sunt mai repede accesate decât la adulți. La aceasta se adaugă faptul că boala creează o stare de disconfort, slăbiciune, incertitudine, fapt care crește sensibilitatea la sugestie. Zeltzer și Le Baron (1986) consideră că:

- La vârsta preșcolară copii nu sunt capabili să internalizeze implicarea imaginativă - răspund la hipnoză într-o manieră activă;
- Copiii mai mari pot experimenta hipnoza într-un mod mai internalizat, concentrându-și atenția pe fantezii și imagini.

Copiii se bucură de inducțiile fanteziste ce le captează atenția și imaginația, această implicare facilitând degajarea de unele aspecte ale bolii (fizice, psihologice și sociale). Fantezia este lumea interioară a copilului, un proces natural prin care el învață să dea sens lumii din afară. Erickson face o diferențiere interesantă și folositoare între fanteziile conștiente și cele inconștiente. Fantezia conștientă este o simplă formă de îndeplinire a dorințelor: ne vedem obținând performanțe care sunt

<sup>1</sup> Dufour, M., *Allegorie pour guerir et grandir*, Nanterre, Les Editions de L'Homme, Paris, 1997.

irealizabile. Fanteziile inconștiente sunt comunicări ale potențialului actual despre inconștient, ceea ce s-ar putea realiza dacă ar permite conștientul. „*Fanteziile inconștiente sunt constructe psihologice cu grade variate de formulare, pentru care inconștientul este pregătit sau așteaptă pur și simplu o oportunitate să le facă o parte a realității.*” (Erickson, 1954)

Metodele autoritare nu sunt indicate cu copiii. Doar inducțiile permissive îi încurajează copilul să se implice activ. Trebuie utilizat simțul aventurii, curiozitatea, plăcerea schimbării. Astfel, hipnoterapia este utilizată cu succes în: afecțiunile dermatologice, lipsa apetitului alimentar, refuzul medicației, controlul și combaterea durerii, reducerea anxietății, controlul stărilor și dispozițiilor depresive etc.

Metodele de inducție în cazul copilului sunt diferite de cele utilizate în cazul adultului. De exemplu, se pot utiliza **fanteziile televizate**: terapeutul îndeamnă copilul să închidă ochii și să-și imagineze un televizor uriaș, care are culori foarte vii și o telecomandă prin care poate alege programul preferat. Vocea terapeutului poate fi vocea mamei când copilul este foarte preocupat cu privitul la emisiunea favorită și când nu vrea să fie deranjat.

**Întărirea eu-lui** poate fi realizată cerând copilului să-și imagineze fabricarea unui sortiment foarte special de biscuiți: ingredientele sunt aspecte pozitive din viața copilului, cum ar fi amintirile plăcute sau relaționările bune. I se spune copilului că amestecul trebuie să conțină ceea ce fiecare are nevoie pentru a se simți încrezător, calm, relaxat, fericit sau pentru a rezolva o problemă. După ce amestecul a fost realizat, copilul are voie să „mănânce” biscuiții. Pe măsură ce-i mănâncă, el devine mai încrezător, mai bun, mai curajos, etc.

### **Alegoria – metodă de terapie**

Este o tehnică indirectă, bazată pe mecanismul analogiei și proiecției, care permite conștientizarea unor particularități psihofizice și constă în „exprimarea unei idei printr-o figura înzestrată cu însușiri sau printr-o metaforă dezvoltată” (conform „Petit Larousse”).

Utilizarea metaforelor este o cale utilă pentru furnizarea a noi înțelesuri care, la rândul lor, produc noi schimbări ale atitudinii și comportamentului. Metafora poate fi definită ca un procedeu prin care se atribuie unei persoane sau unui lucru o denumire care se potrivește cu o comparație subînțeleasă, o analogie. Astfel, când spunem despre cineva ca „arde de dorință”, de fapt înseamnă că dorința lui este intensă și nu că a luat foc.

Scopul alegoriei și al metaforei este să informeze, să educe, să vindece și să favorizeze dezvoltarea. Obiectivul alegoriei este să atragă atenția conștientă a individului și să-i obtureze mecanismele de apărare favorizând în final contactul cu resursele inconștientului, bogate în alternative și soluții.

Prin intermediul imaginarului, copilul și adultul creează legături cu lumea simbolică, iar apoi interiorizează semnificațiile acestora. După opinia mai multor psihologi,

copii au nevoie de basme cu zâne, de metafore și alegorii pentru a compensa explicațiile logice oferite de lumea școlii. Este deci important să continuăm să hrănim imaginația copilului din noi, să-l uimim, să-l surprindem.

Jeffrey Zeig rezumă avantajele alegoriilor după cum urmează:

- Nu sunt amenințătoare;
- Sunt atractive;
- Favorizează independența;
- Pot fi folosite pentru a îndepărta rezistența naturală la schimbare;
- Pot servi ca mijloc de control al relației;
- Modelează flexibilitatea;
- Pot sensibiliza.

### Antrenamentul asertiv (după David D., 1997)

1. Atunci când, în urma evaluării, constatăm că antrenamentul asertiv este necesar, începem prin a încuraja clientul să examineze mai atent modul în care interacționează cu ceilalți. Este foarte util ca el să înceapă să păstreze un jurnal în care să noteze toate situațiile în care s-a comportat timid, pasiv, cele în care a reacționat agresiv și cele în care consideră că a avut un comportament asertiv.

2. În următoarea etapă vom ajuta clientul să aleagă un singur incident din trecut de acest fel. Cu ochii închiși, el își va imagina cât mai viu această situație, cu toate detaliile legate de sentimentele experiențiale, acțiunile întreprinse și discuția purtată cu cealaltă persoană.

3. Se examinează și se notează caracteristicile comportamentului clientului în ceea ce privește:

- Conținutul mesajului (dacă a fost pasiv, asertiv sau agresiv);
- Credibilitatea mesajului (pentru a fi credibil, printre altele, mesajul trebuie să conțină cât mai multe detalii și să denote o implicare emoțională a vorbitorului);
- Volumul și tonul vocii (volum normal, dar ton hotărât);
- Fluența vorbirii (mesajul trebuie să fie exprimat cât mai clar);
- Contactul vizual (direct, fără a fi evitant sau fix);
- Gestica (să susțină în mod eficient mesajul, fără a exprima nervozitate);
- Postura (este recomandată poziția frontală, cu o distanță potrivită față de interlocutor);
- Timpul scurs între incident și reacție (cu unele excepții, exprimările spontane sunt cel mai indicate).

4. În continuare clientul va selecta una sau mai multe persoane pe care le consideră modele de asertivitate. El va studia comportamentul verbal și non-verbal al acestora în situații relevante. Consecințele comportamentului acestora vor fi comparate cu consecințele comportamentului nonasertiv al clientului. Atunci când este posibil, acesta din urmă va încerca să discute cu modelele alese despre comportamentul asertiv și consecințele acestuia.

5. Întocmirea unei liste cu mai multe variante de comportament asertiv, utile în diverse situații.
6. Efectuarea unor exerciții de imaginerie dirijată în care clientul își imaginează modul în care utilizează fiecare din variantele de mai sus, în situații specifice. El va selecta acele alternative care i se par eficiente pentru propria persoană și le va exersa în imaginar.
7. Împreună cu clientul, vom practica jocul de rol pentru alternativa aleasă de acesta, cu cât mai multe feed-back-uri. Secvențele considerate necorespunzătoare vor fi modificate astfel încât clientul să se simtă confortabil cu ele. Acest rezultat va fi comparat cu caracteristicile generale ale unui comportament asertiv (punctul 3).
8. Pașii 6 și 7 se repetă până în momentul în care clientul și-a format o manieră de comunicare asertivă cu ceilalți.
9. Alternativa aleasă va fi utilizată într-o situație din viața reală (dacă intervine anxietatea și clientul nu reușește să pună în practică ceea ce a învățat, se repetă pașii 4 și 7).
10. Analizăm împreună cu clientul modul în care a reușit să aplice în practică ceea ce a învățat, urmărind elementele sugerate la punctul 3, precum și consecințele noului comportament și trăirile experimentate de subiect. După primele eforturi, ne putem aștepta ca persoana în cauză să aibă un anumit succes, dar nu o satisfacție personală completă. Exersând, cu timpul, rezultatele vor fi din ce în ce mai bune deoarece interacțiunea eficientă reprezintă un proces de învățare continuă.

### Art-terapia

Este cunoscut faptul că desenul, construcția, modelajul sunt mijloace de exprimare tot atât de bogate ca și limbajul verbal, permițând clientului să creeze în realitate ceea ce a văzut, trăit, simțit sau imaginat.

Art-terapia este o metodă de tratament prin intermediul creației artistice. Ea folosește limba expresiei vizuale și plastice. Acest lucru o face să fie un instrument de neînlocuit pentru cercetarea și armonizarea acelor laturi ale lumii interioare a clientului pentru exprimarea cărora cuvintele nu sunt potrivite. Art-terapia apelează la funcția simbolică a artei pentru că acesta este unul dintre factorii procesului psihoterapeutic, ajutând clientul să conștientizeze și să integreze materialul subconștientului, iar art-terapeutului să vorbească despre dinamica acestui proces și despre modificările care au loc în psihicul clientului.

Art-terapia este utilizată cu succes atât în terapia individuală, cât și în cea de grup, cu predilecție în cazul copiilor. Ea realizează detensionarea emoțională prin *exerciții sau activități de expresie grafică* (ex: desen liber/tematic, pictura individuală/colectivă, rotația desenelor, decupaj, colaj, modelaj etc.). Acestea devin modalități de cunoaștere a personalității clientului, a contextului socio-cultural de proveniență, al gradului lui de maturizare psihică, al intereselor și preocupărilor sale. Clientul se simte mult mai relaxat după o astfel de activitate, mai ales dacă

ea este întregită de discuțiile ce se poartă pe marginea conținutului. De asemenea, art-terapia dezvoltă simțul realizării și crește încrederea în sine, dezvoltă diferite deprinderi manuale practice și simțul estetic etc.

În cazul activităților de grup, art-terapia are și rolul de a crește coeziunea și colaborarea. Participanții la o sarcină comună trebuie să pună deoparte toate celelate trăiri, relații și sentimente care îi pot împiedica să atingă scopul. Astfel, putem vorbi deja despre efectul grupului. Copilul privește ce fac ceilalți, cum se comportă aceștia. În grup este foarte important să se studieze capacitatea copiilor de a se concentra, care sunt posibilitățile și interesele lor.



Pictură colectivă

În art-terapie există unele teme care pătrund adânc în subconștientul uman. Omenirea a zugrăvit pe parcursul existenței sale omul, casa, copacul, animalele, mările, pământul, focul, cerul, ziua, noaptea. Copiii reacționează de regulă la aceste teme. Acest lucru nu este întâmplător, pentru că desenele cu aceste teme se fac și cu sufletul, vindeca într-o oarecare măsură, restabilesc echilibrul, dau putere. O tema din această enumerare îi poate fi mai apropiată de suflet copilului. Este bine ca art-terapeutul să îi dea posibilitatea copilului de a alege dintr-o înșiruire de teme. În cazul copiilor seropozitivi, este util să-i încurajăm să verbalizeze ceea ce simt cu privire la boală. De exemplu, i se pot da copilului următoarele indicații:

Realizează un desen despre:

- când erai copil;
- despre durerea ta de copil;
- despre mânia ta;
- despre ce te îngrijorează pe tine;
- locul unde ai dori să fii dacă ai fi vrăjit;
- visurile tale;
- coșmarurile tale.

În general, o temă liberă este destul de greu de ales. Și persoanele adulte au uneori dificultăți în alegerea unei astfel de teme. În acest context sunt foarte importante vârsta și sexul copilului. Băieților de obicei le plac temele despre mașini, armată, transport, televizor, computer. Fetele preferă florile, bijuteriile, obiectele decorative.



## Terapia suportivă

Terapia suportivă (de susținere) este o psihoterapie necodificată, fără o referință terapeutică precisă și fără o tehnică specială. Nu vizează obținerea unor schimbări psihologice profunde, ci mai mult o întărire a capacităților adaptative ale unui client prin punerea în acțiune a mijloacelor de apărare ale acestuia. În calcul concretul, realul, prezentul și mai puțin tipul de personalitate, etiologia bolii etc.

Scopul acestui tip de terapie este de a ajuta clientul să-și dezvolte mecanisme adaptative în momentele dificile sau de criză (momentul aflării diagnosticului de infecție HIV, apariția unor boli oportuniste, durere, deteriorarea stării de sănătate, fenomenul de respingere socială, stadiul final al bolii).

Clientul este ascultat și încurajat, terapeutul având grijă să nu deterioreze imaginea de sine și încrederea în propria persoană. Dacă terapeutul se impune prea tare, conducând clientul spre realizarea unor sarcini pe care acesta nu le poate face, acesta poate fi copleșit de sentimentul neputinței, lucru care duce la scăderea stimei de sine. În cazul în care clientul pune întrebări referitoare la prognosticul bolii, la viitorul său răspunsurile trebuie să fie oneste. Terapeutul nu trebuie să facă aprecieri false privind îngrijorările clientului, dar trebuie să mențină speranța (de exemplu, insistă pe importanța tratamentului antiretroviral, informează copilul despre noutățile în domeniu etc.).

## Terapia cognitiv comportamentală

Anxietatea, fobia, depresia pot fi punctul de plecare pentru o terapie de lungă durată care dezvăluie puțin câte puțin partea ascunsă a emoțiilor contrare care declanșează starea de rău. Terapia cognitiv comportamentală nu se aplică decât pentru partea vizibilă și actuală a aisbergului, cea care cauzează disconfortul psihic și suferința. Clientul este învățat că psihicul omului este constituit sub forma unui aisberg, partea nevăzută sau scufundată a acestuia fiind afectivitatea, ea este cea mai importantă pentru că este baza, iar dacă ceva nu este în regulă în această parte atunci și partea de sus se clatină.

Principiul de bază al terapiei cognitiv comportamentale postulează că modurile în care individul se comportă sunt determinate de situațiile imediate și de felul în care subiectul le interpretează<sup>1</sup>. Pornind de aici, ea este indicată atunci când, ne propunem modificarea răspunsurilor comportamentale și transformarea convingerilor iraționale în convingeri raționale, cu rol adaptativ. În terapia cognitiv comportamentală clientul este ajutat să învețe noi comportamente, plecând de la elaborarea unor noi gânduri, idei, după constatarea că cele vechi nu duc la nimic bun: este vorba de a reuși mâine ceea ce credem că suntem incapabili să facem astăzi, fapt pe care l-am ratat ieri tocmai din aceasta cauză.

Principalele etape în restructurarea cognitivă sunt:

1. Educarea clientului privind relația dintre gânduri, emoții și comportamente;
2. Identificarea și modificarea gândurilor dezadaptative;

<sup>1</sup> Holdevici, I., *Elemente de psihoterapie*, Editura ALL, București, 1996.

3. Formularea unor gânduri adaptative alternative;
4. Aplicarea lor în situațiile de viață.

În exemplul de mai jos, este reliefat modul în care mama unui copil seropozitiv a fost ajutată să facă o restructurare cognitivă, folosind disputa logică și tehnica decatastrofării.

F.F.I. a aflat de un an că fiica sa, în vârstă de 15 ani, este seropozitivă. Din discuțiile pe care le-a avut cu psihologul, a reieșit necesitatea dezvăluirii diagnosticului fiicei sale, deoarece aceasta este adolescentă și are un prieten. De asemenea, fiica sa pare să își bătucască boala și încearcă să inițieze discuția pe această temă cu mama sa. Dar mama are un comportament evitant; de câte ori fata manifestă dorința de a vorbi despre acest lucru, mamei îi vine să plângă, găsește un pretext să plece. I se pare că situația este groaznică, că fiica sa poate să moară oricând și este depresivă, plânge foarte des.

**Gândurile:** Fiica mea va muri, sunt într-o situație fără ieșire.

Dacă vor afla vecinii, vor rupe relațiile cu noi.

**Stări emoționale:** Tristețe, anxietate, depresie, accese de plâns.

Ca modalitate de intervenție, psihologul a utilizat **disputa logică**:

**Consilier:** Din câte îmi spuneți, sunteți speriată că fiica dumneavoastră va muri și la acest gând, sunteți foarte tristă și vă vine mereu să plângeți.

**Client:** Da... plâng tot timpul. Știu că ar trebui să știu ce boală are, dar mă uit la ea și nu pot să văd decât că viața ei s-a sfârșit... (plânge)

**Consilier:** Cunoașteți și alte persoane infectate cu HIV?

**Client:** Da, de când am aflat că este infectată, am cunoscut foarte mulți copii cu HIV.

**Consilier:** Acești copii au murit?

**Client:** O singură fată a murit, dar avea tumoare cerebrală. Acum știu că viața copilului meu nu mai are nici un sens.

**Consilier:** Spuneți că viața fiicei dvs. nu mai are nici un sens. Din câte am înțeles de la dvs., ea merge în continuare la școală, are un prieten, merge la petreceri...

**Client:** Da, este adevărat. Se simte destul de bine de când ia medicamentele antiretrovirale.

**Consilier:** Ce credeți că s-ar putea întâmpla dacă i-ați spune că este infectată ?

**Client:** Cred că ar plânge.

**Consilier:** Credeți că dacă i-ați explica ce este infecția HIV și faptul că poate face în continuare aproape orice, ar înțelege?

**Client:** Da, este o fată inteligentă. Și ea își dorește să povestim despre boala ei, însă, până acum, eu am fost cea reticentă.

**Consilier:** Starea ei de sănătate nu este gravă. Se simte bine, dezvoltarea ei este bună, tratamentul are rezultatele scontate. Își bănuiește diagnosticul și totuși nu este deprimată. Mai mult, dorește să discute despre asta, având chiar ea inițiativa. Credeți că situația ei este chiar atât de disperată și că este într-adevăr în pericol de a muri?

**Client:** De fapt, nu chiar. Sunt mulți alții care au rezultatele analizelor mult mai rele și totuși, se simt destul de bine... Înseamnă că nici fiica mea nu este chiar în pericol.

*Consilier:* Credeți că dacă ați privi situația astfel: „are analize bune, medicii mi-au spus să nu mă îngrijorez, sunt mai multe lucruri pe care le poate face, față de câte lucruri nu poate să facă”, v-ar putea ajuta să gândiți pozitiv și ați putea vorbi deschis cu ea?

*Client:* Da, cred că voi încerca să gândesc astfel.

În continuare, vom prezenta o schemă orientativă a tehnicilor cognitiv comportamentale ce pot fi utilizate, așa cum sunt ele descrise în literatura de specialitate:

- **Metode de creștere a comportamentului:** întărirea pozitivă, întărirea negativă, întărirea diferențială, expunerea la modele potrivite, îndepărtarea condițiilor care interferează cu comportamentul dezirabil, controlul stimulilor.
- **Metode de reducere, stingere a comportamentului:** stingerea, sașietatea, schimbarea stimulilor, pedeapsa, time-out, costul răspunsului, supracorecția, întărirea pozitivă: promovarea unui comportament alternativ, întărirea unui comportament incompatibil, întărirea diferențială a altor comportamente, antrenarea abilităților, eliminarea emoțiilor disfuncționale, modelarea, jocul de rol.
- **Învățare cognitivă și controlul:** restructurare cognitivă, stoparea gândurilor, rezolvarea de probleme.
- **Trainingul autocontrolului:** automanagement - stabilirea standardelor, auto-monitorizare, autoevaluare, autoîntărire, autocontrolul condițiilor anterioare.

### Psihoterapia prin joc dramatic

Are la bază tehnica jocului dramatic, care este:

- metodă de psihodiagnostic – oferă informații cu privire la natura și extensiunea problemei copilului;
- modalitate de instruire – urmărindu-i pe ceilalți cum joacă roluri, copilul învață cum să abordeze diferite situații;
- modalitate de antrenament – angajându-se în jocul de rol, copilul poate obține un insight cu privire la el însuși, poate învăța să-și controleze mai bine sentimentele și să dezvolte noi abilități de a face față existenței.

Această tehnică este utilă atât în psihodramă cât și în dramaterapie. Dar, ce deosebiri există între psihodramă și dramaterapie? Psihodrama facilitează trăirea de către o persoană a unei experiențe veridice, solicitând-o să se joace pe sine în diferite situații cu caracter dramatic, deci încărcătura emoțională la retrăirea situației se amplifică. Dramaterapia, însă presupune retrăirea aceleiași situații dintr-o altă perspectivă. Ea încurajează exprimarea și explorarea conflictelor și dificultăților unei persoane într-o modalitate mai creativă și detașată.

Implicarea terapeutului poate să difere în funcție de scopurile propuse: mulți teoreticieni, cum sunt Anna Freud, Melanie Klein recomandă ca terapeutul să nu devină implicat activ în jocul copilului, ci să rămână un observator. Alții, însă, văd terapeutul ca un participant activ. Dacă un copil poate să mențină activitățile de joc care duc la experiențe cathartice și la insight cognitiv și emoțional fără implicarea terapeutului, atunci acesta poate adopta un rol mai pasiv. Dintre acestea, amintim:

rolul de „deputat/consilier” (observă, nu ia decizii), „absent” (terapeutul desemnează pentru conducerea grupului un membru al acestuia, transformându-se în observator). De regulă, un copil este mai activ și mai interesat de activitatea de joc atunci când se implică și adultul. Pe de altă parte, participarea activă la joc a terapeutului are și avantajul ghidării jocului, acesta putând concentra jocul astfel încât să reflecte probleme emoționale relevante. Dintre rolurile active pe care le poate juca terapeutul amintim: rolul de autoritate, rolul „unul din grup”, „neajutoratul” etc.

### 3.5. Relația terapeutică

Pentru a fi eficientă și profesionistă, orice intervenție psihoterapeutică trebuie să respecte un anumit tipar, să parcurgă anumite etape: evaluarea inițială, conceptualizarea (interpretarea), intervenția propriu-zisă, evaluarea periodică și finală. Însă, de la debut și până de la final, acest demers se sprijină pe un element fundamental de a cărui calitate depinde succesul său: **relația terapeutică**.

Așa cum se va vedea în continuare, importanța ei este recunoscută și subliniată de către toți specialiștii în domeniu. Relația terapeutică poate fi considerată temelia acelei construcții complexe, controversate și provocatoare care este intervenția psihoterapeutică. Acest element din umbră deține o putere capabilă pe de-o parte să uimească un novice și pe de altă parte să devină aliatul unui expert. Ea va solicita în mare măsură un set variat de abilități și cunoștințe ale terapeutului și poate fi definită ca o **interacțiune dinamică autentică între terapeut și client, cu valențe curative, capabilă să faciliteze autodezvăluirea, autocunoașterea, dezvoltarea personală și schimbarea în ceea ce-l privește pe acesta din urmă**.

O caracteristică de bază a relației terapeutice este aceea că funcționează după un set de reguli care diferă de cele ale altor relații sociale. De exemplu, în psihanaliză principala regulă care se referă la pacient este cea a *asociației libere*. Conform acesteia, pacientul trebuie să verbalizeze tot ce gândește. Această regulă se bazează pe afirmația lui Freud că inconștientul conține tendințe spre exprimare în plan conștient prin încercarea de a depăși barierele eu-lui. Dacă în majoritatea interacțiunilor noastre cotidiene suntem nevoiți să avem un comportament care să respecte regulile sociale chiar cu prețul de a nu fi sinceri uneori, în cabinetul terapeutului acest lucru nu mai este valabil: clientul are dreptul, și chiar obligația, să fie cât mai deschis, să-și exploreze propriile trăiri, să-și „pună sufletul pe tavă”. Aici el nu se va simți judecat, criticat, tratat cu dezinteres, etc.

Dar și comportamentul terapeutului trebuie să țină cont de unele reguli: neutralitatea, atenția flotantă, interpretarea etc. Unele manifestări acceptate din punct de vedere social în multe alte contexte, aici sunt complet interzise: manifestările de afecțiune, cadourile, vizitele la domiciliul terapeutului, și multe altele... Anumite tabu-uri sunt dărmate, dar intervin și unele interdicții. Prin aceste coduri diferite, relația terapeutică este izolată de celelalte tipuri de relații sociale. Aceste diferențe sunt atât de profunde încât pun sub semnul întrebării fundamentul social care stă la baza echilibrului psihologic al persoanei. Terapeutul intervine tocmai pe acest fond de insecuritate. Rolurile celor două personaje ale intervenției sunt bine determinate: unul de persoană care îngrijește și celălalt de persoană îngrijită. Iată de

ce este total contraindicată suprapunerea relației terapeutice cu alt tip de relație (de prietenie, de rudenie, etc.).

În ceea ce privește importanța relației terapeutice, studiile în domeniu, dar și experiența practică, ne demonstrează că **raportul client-terapeut nu trebuie niciodată neglijat**. Iată câteva date privind schimbarea terapeutică prezentate de Lambert, în cartea sa, „*The Heart and Soul of Change*” :

30% din schimbare se datorează unor evenimente din afara terapiei;

15% se datorează speranței, expectanțelor, efectului placebo;

15% se datorează tehnicilor și

**40% se datorează factorilor de relație terapeutică.**

Pe de altă parte, unele studii indică faptul că aproximativ 55% dintre cei care renunță la terapie invocă drept motiv convingerea că terapeutul nu-i ascultă (Crane, 1996). Dincolo de experiența practică a fiecărui specialist, aceste date vin să ne confirme necesitatea tratării cu mare atenție și seriozitate a problematicii relației terapeutice.

În stabilirea unei relații terapeutice corespunzătoare, o importanță deosebită o au atitudinile fundamentale ale psihologului. În absența acestora, procesul terapeutic nu își atinge scopul curativ și formativ. Iată câteva repere în acest sens:

- **Acceptarea necondiționată** – se concretizează prin recunoașterea persoanei așa cum este ea, cu defecte și calități, fără a o judeca și fără a condiționa aprecierea. Ea nu trebuie confundată nici cu acceptarea oricărui comportament, nici cu indiferența. Ceea ce individul ESTE nu trebuie să fie umbrat de ceea ce FACE. Treptat el va ajunge să se accepte necondiționat prin faptul că terapeutul îl acceptă necondiționat.
- **Empatia** – aceasta reprezintă o noțiune des utilizată, însă rareori este înțeleasă corect. „Empatia este abilitatea de a înțelege modul în care gândește, simte și se comportă altă persoană. Este atitudinea de a fi CU persoana și nu CA persoana cealaltă.”<sup>1</sup> Atenție, însă! În special în cazul persoanei seropozitive, dar și în general, empatia nu trebuie confundată cu mila sau compasiunea. Empatia are rolul de a încuraja comunicarea și exprimarea emoțională. Dezvoltarea abilităților de comunicare verbală și nonverbală este extrem de utilă pentru stabilirea unei relații empatice (întrebări deschise, evitarea DE CE?-urilor, moralizărilor și întreruperilor).
- **Congruența** – se referă la sinceritatea, autenticitatea terapeutului. Ceea ce comunicăm trebuie să coincidă cu ceea ce simțim. Discordanțele transpar cu ușurință din comportament și reprezintă piedici în stabilirea unei relații de încredere. Congruența reprezintă „acordul dintre convingere, trăirea emoțională și exprimarea verbală și nonverbală.”<sup>1</sup>
- **Colaborarea** – în principiu, reprezintă o atitudine specifică orientării cognitive – comportamentale și se traduce prin funcția de ghidare mai pronunțată a terapeutului, o implicare mai activă și o responsabilizare a clientului. Terapeutul „joacă cu cărțile pe față”, explică, educă, într-o relație de parteneriat, bazată pe respect, cu clientul.

<sup>1</sup> Băban, A., *Consiliere educațională*, Ed. Ardealul, Cluj-Napoca, 2001.

Acceptarea necondiționată, empatia, congruența și colaborarea nu sunt, însă, singurele elemente ce influențează relația terapeutică. Aceasta reprezintă o interacțiune complexă, sensibilă la numeroși factori dintre care amintim: priceperea, competența și interesul terapeutului în a-și ajuta clinții, coeziunea, feed-back-ul, autodezvăluirea, interpretările relaționale, rezistența, stilul de coping al terapeutului, recunoașterea stadiilor schimbării, dependența sau independența, religia sau valorile spirituale și chiar sănătatea terapeutului (de exemplu, rezultatul terapeutic poate fi influențat de problemele emoționale ale terapeutului).

De asemenea, în managementul relației terapeutice, un rol important îl joacă adaptarea abordării terapeutului la particularitățile de sex, educație și vârstă. Știm că în România există un mare număr de adolescenți infectați HIV. Ei reprezintă o categorie aparte de beneficiari ai asistenței psihologice și, ca urmare, se cuvine să ne oprim un moment asupra particularităților în relația terapeutică cu aceștia.

Ca orice altă persoană de vârstă sa, adolescentul seropozitiv dorește să fie independent, să i se acorde atenție, dar și libertate, afecțiune, dar și dreptul la emancipare. O atitudine moralizatoare și infantilizantă a specialistului poate avea deci un efect dezastruos asupra relației terapeutice. „Teoretizările științifice îl dezamăgesc pe adolescent, iar retorica și hiperverbalismul terapeutic îl fac să zâmbească decent sau să caște ostentativ”<sup>1</sup>. Iată de ce psihologul trebuie să facă față sarcinii extrem de dificile de a fi apropiat, fără a deveni complice și de a educa sau a interveni, fără a deveni obositor.

Un alt aspect important în stabilirea relației terapeutice este reprezentat de limbajul nonverbal al terapeutului. Pentru a comunica eficient este nevoie ca acesta să-și descopere un stil propriu și natural. Postura de bază în ascultarea atentă, de exemplu, este cea relaxată, ușor aplecată în față. Mimica și vocea sunt și ele importante. Așa cum se știe, ele pot exprima interes sau dezinteres, aprobare sau dezaprobare, în general o gamă infinită de nuanțe emoționale. De aceea este bine să fim atenți la mesajele pe care le transmitem în acest fel. În plus, un contact vizual corespunzător (nici fix, dar nici evitant) are o influență deosebită într-o comunicare eficientă.

Conform teoriei psihanalitice, în orice interacțiune aducem cu noi în mod inconștient o parte din trecutul nostru. Astfel, într-o anumită măsură, experiența anterioară este **transferată** în situația prezentă. **Transferul desemnează acele reacții afective pe care pacientul le are față de terapeut și care își au originea în trăirile afective ale pacientului față de o persoană semnificativă din trecutul său.** Noțiunea de transfer a căpătat, pentru numeroși autori, o extensie foarte mare, mergând până la a desemna **ansamblul reacțiilor afective pe care pacientul le are față de terapeut.**

Fenomenele transferențiale nu se manifestă, însă, într-o singură direcție. Transferul se realizează și la nivelul terapeutului și, în acest caz, se poate vorbi de **contratransfer** și definirea contratransferului se poate face tot la două niveluri. În sens larg, **acesta desemnează ansamblul reacțiilor afective pe care terapeutul le are față de pacient.** În sens restrâns, **contratransferul se referă la acele reacții afective pe care terapeutul le are față de pacient și ca expresie a unor conflicte emoționale.**

<sup>1</sup> Lupu, V., *Note de curs*, 2001.

Manifestările contratransferențiale pot fi numeroase, însă cel mai frecvent întâlnite se referă la:

- **Reacțiile de anxietate ca răspuns la problematica pacientului.** Pentru rezolvarea problemelor sale, clientul are nevoie de o atitudine neutră și securizantă din partea specialistului. Pentru a evita apariția sentimentelor de anxietate este important ca terapeutul să învețe să păstreze o anumită distanță psihologică care îi va oferi luciditate și putere în coordonarea intervenției.
- **Compașiune și atitudinea hiperprotectoare.** Pe termen lung, o astfel de atitudine poate încuraja dependența afectivă a subiectului.
- **Agresivitatea.** Contratransferul (dar și transferul) implică nu numai reacții afective pozitive, ci și negative. Astfel pot exista situații în care comportamentul clientului induce terapeutului sentimente de respingere și iritare. Aceste trăiri trebuie recunoscute și acceptate. În acest fel și pacientul va învăța să realizeze managementul eficient al propriilor manifestări agresive.
- **Prejudecățile.** Își au originea în valorile ideologice, culturale și spirituale ale psihologului și, în general, persoana seropozitivă este extrem de sensibilă la astfel de atitudini pe care este capabilă să le detecteze cu ușurință.

Dar ce înseamnă, în fond, relația terapeutică cu o persoană seropozitivă? Dincolo de toate reperetele teoretice, înseamnă respect autentic pentru individ, capacitatea de a te alătura acestuia în sentimentele sale de pierdere și suferință și, la acest nivel, abilitatea de a-i da instrumentele de care are nevoie pentru a supraviețui emoțional și social... Nu în ultimul rând, înseamnă puterea de a nu te lăsa prins în capcana durerii sau furiei și de a rezista în fața epuizării resurselor proprii „energii sufletești”.

Pentru a putea realiza toate acestea, pentru început specialistul trebuie să își clarifice propria atitudine față de ideea de suferință, boală și *moarte*. Pe acest teren delicat se întind multe capcane, capabile nu numai să compromită succesul psihoterapiei, ci și să amenințe echilibrul emoțional al terapeutului. Transferul și contratransferul pot ajunge extrem de puternice, iar managementul acestora devine neașteptat de dificil, în special pentru un novice.

Atunci când (așa cum de multe ori se întâmplă), clientul vede în terapeut singura persoană care îl înțelege și față de care poate renunța la o minciună în care a trăit uneori peste 10 ani, încărcătura afectivă de ambele părți poate deveni extrem de puternică, iar cabinetul psihologului poate deveni un refugiu din realitate. După ani de izolare socială și autoculpabilizare, o atitudine nondiscriminatorie și acceptarea necondiționată din partea terapeutului pot uneori căpăta o valoare nebănuită care îl va ridica pe acesta pe un pedestal și îl va face ținta unei valorizări și a unei dependențe afective exagerate. Când toate acestea coincid și cu o motivație crescută a terapeutului de a alina suferința, însoțită de cea mai fină vulnerabilitate emoțională, e ușor de înțeles că apariția unui puternic contratransfer este greu de evitat.

Relațiile transferențiale pot fi utilizate în avantajul psihoterapiei – pentru a cunoaște mai bine subiectul, pentru a diminua nivelul de anxietate al acestuia, pentru a încuraja schimbarea, pentru a aduce la suprafață, în sfera Eului, conflicte inconștiente, etc.. Există, însă, situații în care reacțiile transferențiale sunt atât de puternice încât managementul acestora nu poate fi realizat. În astfel de situații se recomandă recunoașterea propriilor limite, în beneficiul clientului, și încredințarea cazului unui alt specialist.

## CAPITOLUL 4

### Dezvăluirea diagnosticului persoanei infectate HIV / SIDA

#### 4.1. Particularități în dezvăluirea diagnosticului

Diagnosticul de infecție cu HIV crează o criză de viață semnificativă pentru persoana care îl primește și pentru cei apropiați ei. De cele mai multe ori, nepregătiți pentru schimbările pe care le presupune boala, oscilează între perioade de stabilitate, criză sau incertitudine.

Pentru protejarea persoanei infectate modalitatea în care află diagnosticul este de importanță majoră: ea poate afla întâmplător, sau ca răspuns la întrebările pe care le pune, ori i se poate comunica (în acest caz este important de către cine, când, unde și cum). Astfel, dacă adultului seropozitiv HIV diagnosticul îi este comunicat direct de către medic, în cazul unui copil diagnosticat HIV + vestea o primește părintele. Iar decizia cu privire la momentul cel mai potrivit de a comunica diagnosticul copilului îi aparține.

Datorită contextului particular al acestei boli, sunt încă destule cazuri în care părinții manifestă reținere și chiar refuză să-i vorbească copilului despre seropozitivitatea sa. Uneori, ei găsesc explicații atât de plauzibile referitoare la vizitele dese la medic, la medicația zilnică, la regimul de viață al copilului, încât acesta crede ce i s-a spus și nu inițiază un dialog pe această temă. De cele mai multe ori, copilului i se spune că suferă de o altă afecțiune, de regulă asociată infecției HIV: „ai hepatită cronică”, „este vorba de o boală a sângelui”, „este o problemă cu trombocitele”, „ai tuberculoză”, „ai imunitatea scăzută” etc. De obicei, copilul chiar suferă de aceste afecțiuni, așa că este convins de realitatea diagnosticului.

Odată cu această omisiune, familia recurge și la alte minciuni așa-zis „protectoare”, care nu numai că amână momentul dezvăluirii diagnosticului, ci îl și îngreunează. Se intră astfel într-un „cerc vicios”, într-un „hățiș de minciuni” din care nu mai se poate ieși. Nici un părinte nu este atât de abil în arta minciunii, încât să le potrivească pe toate perfect. Putem spune că mai abil este copilul, care își poate da seama că este mințit.

Indiferent de argumentele părinților împotriva deciziei de a comunica diagnosticul, considerăm că este indispensabil să-i i se ofere copilului explicații despre boala sa și că, la un moment dat, este bine să fie denumită. Alegerea de a dezvălui copilului diagnosticul permite familiei ce-l are în îngrijire să dețină controlul circumstanțelor în care copilul învață despre boala sa. Sarcina psihologului este de a conștientiza părintele care refuză să inițieze o discuție sinceră cu propriul copil despre diagnostic și boală, că este important să-i spună acestuia despre diagnostic și cum să prezinte informațiile în modul cel mai sigur.



## DE CE?

Modul cel mai dureros în care copilul poate afla despre faptul că este infectat HIV îl constituie *întâmplarea*. Din bonuri sau fișe medicale, dar mai ales din discuțiile colaterale sau de la unele persoane supărate pe copil sau pe familia sa care „îi aruncă în față adevărul”, descoperirea îl traumatizează.

Copilul trebuie să știe despre starea sa pentru a fi pregătit să reziste remarcilor discriminatorii, fricii, în fața procedurilor medicale și a efectelor dureroase. Discuțiile sincere despre boală vor duce la conștientizarea gravității acesteia, vor permite copilului să-și exprime frica, să pună întrebări și să vă spună când îi este rău și are nevoie de ajutor.

Copilul poate deveni victimă și pentru că *este lipsit de informații esențiale pentru el*, iar această necunoaștere poate determina puternice stări de stres. El își vede părinții triști, aude discuții, în casă, la spital, la școală. Ce poate gândi în asemenea situații un copil? „Părinții mei suferă foarte tare din cauza mea”, și se învinovățește singur – nu știe de ce, nu știe cum să se poarte cu tata și mama, cu frații săi, să nu fie triști și să nu mai plângă. Și apoi, mai devreme sau mai târziu copilul va sesiza existența unei conspirații, căreia îi va da probabil o interpretare greșită. El vede, dar mai ales simte că ceva nu este în regulă: vizite dese la medic, analize repetate, tratamentul continuu pe care este obligat să-l ia, spitalizarea îndelungată, ochii îngrijați și deseori foarte triști ai părinților, faptul că într-o zi se simte foarte obosit și nu mai poate alerga așa cum o făcea până nu demult. Din toate acestea apar întrebări, mirări, îngrijorări, care rar se traduc în cuvinte, pentru că în întâmpinarea lor nu vin decât priviri jenate, înfricoșate sau evitante. De aici – *neîncredere, teamă, anxietate*. Chiar și copiii foarte mici rezonază afectiv cu părinții lor. Funcționează aici principiul absorbirii prin contaminare, copilul preluând starea afectivă a părintelui și internalizând-o. Ulterior, va externaliza aceasta stare preluată nu numai de la părinte, ci și de la alte persoane semnificative pentru el.

Aflarea diagnosticului după o perioadă mai îndelungată de timp produce un *șoc brutal copilului*, care va crede că a fost înșelat și nu va mai avea încredere în părinți. Secretul este nefast. Mai mult, dacă nu știe care este boala sa, copilul *nu va acorda importanța cuvenită nici tratamentului și nici protecției*.

## CÂND?

*Primul criteriu* de care trebuie să se țină seama în dezvăluirea diagnosticului și explicarea bolii de care suferă copilul se referă la *particularitățile de vârstă*. Sunt părinți care păstrează secretul asupra diagnosticului copilului infectat HIV, invocând ca argumente fie vârsta („este prea mic pentru a afla”), fie teama de efectul asupra stării psihice („l-ar afecta foarte mult”).

Luând ca punct de plecare stadialitatea propusă de Piaget, considerăm ca în primele două stadii ale dezvoltării, cel senzorio-motor (0-2 ani) și stadiul preoperațional (2-7 ani), comunicarea informațiilor privitoare la boală este limitată de nivelul de înțelegere al copilului:

- a) Copiii cu vârste mai mici de 7 ani nu pot înțelege conceptul de boală ireversibilă.

- b)** În perioada școlară mică stadiul gândirii este concret, iar informațiile comunicate trebuie să fie în concordanță cu nivelul de înțelegere al copilului. El poate înțelege că boala este localizată în interiorul corpului, iar cauza este exterioară acestuia. La această vârstă copiii asimilează foarte multe informații prin desen. De aceea, este util să-i cereți copilului infectat HIV să desenezi împreună imagini despre microbi (cum pătrund în organism, cum ne aparăm împotriva lor etc.)
- c)** Începând cu vârsta de 12 ani (perioada 12 -15/18 ani este considerată a fi stadiul operațiilor formale) copilul este capabil să înțeleagă mecanismul infectării și coexistența mai multor cauze responsabile. El are nevoie de informații complete: numele bolii, elementele istoricului său. Știind să citească, în spital va vedea scris deseori cuvântul „SIDA”. Va discuta oricum cu alți copii care știu de boală sau va afla de la un coleg de școală „binevoitor”. Sunt și situații în care copilul știe că are SIDA, chiar dacă, de fapt, este doar infectat cu HIV. Pe de altă parte, la aceasta vârstă este cu atât mai necesară informarea cu privire la boală cu cât există posibilitatea ca virusul să fie transmis și pe cale sexuală, în cazul în care persoana seropozitivă și-a început viața sexuală. Preadolescentul și adolescentul vor avea întrebări legate de dezvoltarea corpului și de viața sexuală. Discutând cu el despre sexualitate nu înseamnă că părintele trebuie să-l sperie sau să-l determine să înceapă prea devreme viața sexuală. El este îndrumat să discute cu copilul despre sexualitate în momentul în care observă că acesta este preocupat de subiectele cu caracter sexual. Este absolut necesar să i se spună copilului că un raport sexual complet și neprotejat poate infecta partenerul cu HIV și că este important ca persoana seropozitivă, dacă își respectă partenerul, să-l informeze despre faptul că este infectat cu HIV.

Un doilea criteriu care determină dezvoltarea este și *momentul infectării*:

- a)** copilul s-a născut infectat;  
Copilul născut cu infecția HIV va înțelege multe lucruri privind starea lui de sănătate de la o vârstă foarte fragedă, deoarece observă că merge la vizite medicale mai des decât alți copii de aceeași vârstă și că face tratamente despre care alți copii nu știu nimic. Poate că nu cunoaște denumirea bolii, dar știe, înainte de a-i spune părintele, că este bolnav.
- b)** copilul a fost infectat la vârsta de sugar;  
Cu cât vârsta copilului este mai mică, cu atât informațiile despre boală trebuie să fie mai simple și adecvate nivelului de înțelegere al copilului.
- c)** infecția a survenit la o vârstă mai mare.  
Ținând cont de aceste aspecte, în dezvoltarea diagnosticului, este util să ne conducem după principiul „*mai bine mai devreme decât prea târziu*”. Studiile realizate în domeniu arată că acei copii care au suferit de boli grave și care au știut din vreme diagnosticul s-au adaptat mai bine decât copiii care au aflat adevărul despre ei cu mult mai târziu.

## CINE?

Copiii se simt cel mai bine în prezența celor cu care au o relație continuă bazată pe afecțiune și care oferă siguranță și protecție. Dacă află diagnosticul de la o

persoană în care are încredere și dacă înțelege clar despre ce este vorba ei pot accepta mai ușor situația. De obicei, dar nu în toate cazurile, această persoană este un *părinte*.

Mulți părinți consideră că nu pot să înceapă o discuție cu copilul. Și asta pentru că și ei sunt afectați într-un fel sau altul de boală. În astfel de cazuri este nevoie de ajutorul unui *profesionist cu experiență* care să-l sprijine în astfel de situații și să-l îndrume.

În funcție de persoana care inițiază dezvoltarea, cunoașterea diagnosticului poate să fie făcută din inițiativa copilului (*dezvăluire reactivă*) sau din inițiativa părintelui (*dezvăluire proactivă*):

- a) *dezvăluirea reactivă*: cei mai mulți specialiști sunt de acord că atunci când copilul bănuiește diagnosticul iar întrebările pe care le pune sunt directe, atunci el este pregătit să afle adevărul. Chiar dacă dezvoltarea este un răspuns la preocupările copilului, diagnosticul trebuie totuși comunicat cu precauție, nefiind excluse reacții „imprevizibile”;
- b) *dezvăluire proactivă*: dezvoltarea va fi făcută gradual și progresiv, prin pași mărunți, fiecare pas arătând puțin câte puțin din conținutul informațiilor pe care părintele i le va da copilului. Este importantă asigurarea sprijinului emoțional verbal și nonverbal (gesturi, mimică, postura corpului etc.).

## UNDE?

În cazul în care comunicarea diagnosticului este planificată și inițiată de către adult (deci, este proactivă), dezvoltarea este preferabil să fie începută într-un *mediu securizant*, familiar copilului (cel mai bine ar fi acasă), în care el să aibă multe lucruri personale la îndemână (jucării, cărți etc.). Astfel, locul unde va începe dezvoltarea nu va inhiba copilul în exprimarea sentimentelor, a neliniștilor și în problematizarea situației, contribuind la confortul emoțional al acestuia.

Un alt motiv pentru care copilul este bine să se afle într-un mediu familiar la aflarea diagnosticului este că cei implicați (familia) sunt capabili să stea împreună, cel puțin în perioada imediată, fără să fie perturbați în nici un fel. Prezența familiei este un suport în sine, deși unii copii mai mari ar putea să fie lăsați singuri în camera lor sau să meargă la plimbare.

## CUM?

Procesul dezvoltării diagnosticului poate fi structurat în mai multe etape:

### *Etapa 1: descoperirea a ceea ce copilul știe sau suspectează*

Atunci când există indicii că diagnosticul este bănuț sau cunoscut de către copil, psihologul recomandă părintelui să recunoască și să-l invite la o discuție: *„În ultimul timp am remarcat că ai pus multe întrebări despre vizitele tale la spital. Este bine că te interesează acest lucru...”*

Alinierea la dorințele și nevoile copilului este necesară la începutul unei dezvoltări reactive (inițiate de către copil), adultului revenindu-i sarcina de a răspunde și comenta întrebările acestuia.

În cazul în care copilul nu știe nimic despre ceea ce urmează să fie spus, dezvoltarea poate începe cu următoarea etapă.

### *Etapa 2: povestind copilului despre boala pe care o are*

Se dau informații factuale despre: ce s-a întâmplat, ce se întâmplă, ce este de făcut, ce se va întâmpla. Pentru copil este imperios necesar să obțină un sens al situației în care se găsește și să înceapă să facă față acestei situații.

Informația trebuie comunicată într-un mod cât mai simplu și mai delicat, folosind abordarea narativă. Se dau informații scurte și simple, pas cu pas, cronologic. Se poate începe de la experiența personală a copilului, de la ceea ce un copil știe, vede, aude și simte: „În ultimul timp ai fost destul de bolnav și medicii ți-au făcut unele analize...” Știind ce s-a întâmplat și ce urmează să se întâmple, copilul este pregătit să mediteze la aceste evenimente și la felul în care s-ar putea simți: poate avea loc o suferință anticipatorie.

În această etapă apare o problemă: *cât de mult din ceea ce urmează să se întâmple ar trebuie dezvoltat la un moment dat?*

- Explicațiile se vor formula în concordanță cu vocabularul și capacitatea sa cognitivă. Unii termeni (cei medicali în special) au nevoie de explicații mult mai prudente, știut fiind că stresul poate determina distorsiuni, neclarități, înțelegerea eronată a mesajului. De aceea, adultul trebuie să rămână receptiv la expresivitatea verbală și nonverbală a copilului.
- Informația parțială este un nivel intermediar de comunicare foarte utilizat de către părinți pentru a începe să vorbească unui copil despre infecția sa. În acest mod se realizează un compromis între necesitatea copilului de a avea un minimum de repere asupra a ceea ce se întâmplă cu organismul său și preocuparea părinților de a menaja copilul. Este, de asemenea, un mijloc comod de a amorsa dialogul cu prudență, pentru a evalua mai întâi reprezentările copilului despre boală.

### *Etapa 3: Explicând copilului orice altceva ar vrea să știe*

Copilul trebuie întrebat dacă există orice altceva ce ar vrea să știe și să i se dea posibilitatea de a vorbi despre gândurile și sentimentele sale. Pentru aceasta, el trebuie să dispună de timp suficient pentru a medita la vestea pe care tocmai a aflat-o și apoi pentru a vorbi cu adultul.

### *Etapa 4: Venind în întâmpinarea nevoilor și dorințelor copilului*

Toate informațiile și explicațiile date unui copil infectat HIV trebuie să fie răspunsuri la nevoile și dorințele lui. Toți copiii se simt vulnerabili, dar cu atât mai mult copilul care tocmai a aflat că este seropozitiv. De aceea, prezența părintelui reprezintă o asigurare a apartenenței și securității emoționale. Atenția, mângâierile sunt extrem de confortabile, dar nu pot deveni un substitut al discuției.

A povesti copilului despre alți copii care s-au descurcat bine într-o situație similară poate fi de ajutor, determinându-l să gândească la ceea ce ar trebui să facă el însuși, dar poate de asemenea crește stresul. Mulți părinți sunt tentați să insuflă un

optimism exagerat copilului sau manifestă tendința de a discuta doar aspectele mai bune ale situației. Acestea trebuie evitate. De asemenea, strategia de a răspunde copilului cu unele speranțe nerealiste sau cu anumite părți din adevăr este de cele mai multe ori ineficientă, pentru că poate deveni o sursă de stres și motiv de îndoială și de neîncredere în oameni. *Copilul nu trebuie să primească asigurări false! Remarcile pe care le face nu trebuie ignorate!*

Este de preferat ca în convorbirea cu copilul părintele să nu aleagă termeni emoționanți sau supărători, ținând cont și de faptul că ambiguitățile și subtilitățile produc confuzie. De exemplu, atunci când un părinte se simte incapabil să răspundă cu onestitate la întrebările copilului său să de răspunsuri de genul: „*Îți voi spune într-o zi...*” sau „*Ești prea mic pentru a înțelege...*”, răspunsuri care trebuie evitate. Mult mai util este să-i spună copilului: „*Văd că ești foarte îngrijorat, dar cred că este dificil să vorbim despre asta acum*” sau „*Este extrem de important ceea ce mă întrebi, dar nu știu răspunsul acum*”. În astfel de circumstanțe este recomandat să fie reasigurat copilul că problema nu va fi amânată sau evitată.

Atunci când copilul s-a obișnuit cu ideea de boală, părintele îl poate provoca la o nouă discuție: „*Știi, am vorbit acum câțiva timp despre boala ta. Dorești să afli mai multe despre ea? Dacă nu vrei să discutăm acum, putem face asta atunci când vei simți nevoia.*” În acest mod, este lăsată o poartă deschisă comunicării între părinte și copil, iar atunci când acesta dorește să cunoască mai mult sau când se simte pregătit să meargă mai departe cu întrebările, nu va avea rețineri să o facă.

## 4.2. Reacții la aflarea diagnosticului

În literatura de specialitate sunt descrise câteva etape ale procesului de acceptare a unei boli cronice și incurabile. Aceste etape pot dura uneori timp îndelungat, nu au granițe fixe, iar trecerea nu este liniară. Ele se concretizează în:

### 1. Șocul inițial

Mergând de la surpriză la tulburare profundă, infecția HIV este receptată ca o amenințare de catastrofă. Șocul psihic este un răspuns normal atunci când așteptările realiste despre viață și viitor sunt sfărmate. Pentru început, persoana este zdruncinată de neașteptata veste. Confruntarea cu diagnosticul și șocul aflării adevărului sunt atât de intense, încât pacientul nu poate accepta cognitiv și emoțional această situație. Un pericol neștiut care nu a putut fi eliminat, iată-l produs acum. Pacientul infectat cu HIV se simte confuz. Dacă unii par puțin afectați, acest lucru se datorează faptului că, pentru o anumită perioadă de timp, nu realizează dramatismul veștii. În fapt, toate aceste expresii emoționale corespund unor mecanisme de apărare ale eu-lui și sunt destinate atenuării durerii resimțite la aflarea veștii. Această fază este de scurtă durată, pentru că spitalizarea, investigațiile și analizele medicale, rigorile privind tratamentul se impun ca o realitate inevitabilă.

## Cum poate psihologul să ajute persoana infectată HIV în această etapă?

În faza reacției inițiale este inutil să i se ofere persoanei prea multe informații pe care nu este în măsură, la momentul respectiv, să le înregistreze. Este mai convenabil ca bolnavul să fie ajutat să se regăsească în noua situație, susținându-l și încurajându-l. În ceea ce privește furnizarea de informații – acestea trebuie să fie cât mai succinte (pentru a nu încărca prea mult pacientul) și adaptate fiecărei persoane în parte, ținând cont de nivelul de înțelegere și evitând atât banalizările, cât și punerea în gardă autoritară. Din motive ușor de înțeles în acest stadiu, este total contraindicată luarea oricăror decizii, de ordin personal, medical, profesional, etc.

## 2. Negarea

„Nu, asta nu mi se întâmplă mie!” este una dintre cele mai frecvente prime reacții și apariția ei este inevitabilă. Negarea a fost inițial descrisă de Sigmund Freud care a considerat negarea drept un mecanism de apărare al Eu-lui (mecanismul de apărare al Eu-lui este un procedeu inconștient pe care Eul individului îl utilizează în funcție de circumstanțe pentru a diminua anxietatea produsă de un conflict interior).

Negarea (sau denegarea, cum o numește Freud) este un procedeu prin care individul se apără de sentimentele și gândurile care-l apasă, negând că i-ar aparține. De fapt, reprezintă negarea inconștientă a adevărului: „Nu poate fi adevărat, mă simt atât de bine...”, „Medicul trebuie să fi greșit...”. Vestea îl dezorientează. Ea anunță o schimbare bruscă și dramatică a întregii vieți, așa cum nu a fost cunoscută până în momentul aflării veștii. Negând existența bolii bolnavul crede că astfel va avea o viață normală și fără probleme. Practic, el pretinde că problema sa pur și simplu nu există și se comportă într-o manieră detașată, banalizează boala, declarând de cele mai multe ori că nu-i ridică probleme. De regulă, va neglija controalele medicale, mai ales atunci când lipsesc simptomele. Ceilalți se lasă deseori înșelați, pentru că pot considera atitudinea individului drept nepăsare și se străduiesc să-l determine să fie conștient de ceea ce se întâmplă cu el. Însă, nu fac decât să prelungească negarea bolii, care riscă să se instaleze pentru o durată mai lungă de timp.

Inițial, negarea are un efect pozitiv, atenuând șocul dezvoltării diagnosticului, dar, într-un timp foarte scurt, întreaga realitate a individului și planurile sale de viitor sunt spulberate. Prin intermediul acestui mecanism, persoana în cauză are timpul necesar să se recompună și să-și adune resursele pentru a putea lupta eficient mai târziu. Această evitare poate fi considerată pozitivă atâta timp cât este doar o formă de scurtă durată de adaptare la situația de criză. Dacă persistă, poate avea ca efect refuzul diagnosticului, tratamentului și implicațiilor bolii, conducând, astfel, spre consecințe letale. În acest caz, psihologul trebuie să lucreze în vederea modificării modelelor comportamentale. *Exemplu: Nu este neobișnuit ca un părinte să accepte boala și să înceapă să-i facă loc în viața lui, iar celălalt să considere această acceptare ca o trădare.*

La unii pacienți, negarea se poate manifesta în ciuda evidențelor prin solicitarea de noi investigații, schimbarea clinicii, medicilor sau laboratoarelor cu certitudinea unor erori de diagnostic. Această atitudine are ca efect întârzierea stabilirii unei scheme de tratament și a administrării acestuia. O altă consecință a blocajului în stadiul negării este adoptarea unui comportament care poate pune și sănătatea celorlalți în pericol (este vorba în special de comportamentul sexual). O formă mai subtilă de negare o reprezintă și evitarea cuvintelor „HIV” sau „SIDA”, ca și cum aceste cuvinte ar putea face rău prin ele însele.

### De reținut !

Reacțiile de negarea bolii sau a tratamentului pot să apară oricând, dar mai ales în situațiile de criză.

#### Cum poate psihologul să ajute persoana infectată HIV în această etapă?

În fața negării, psihologul trebuie să fie circumspect și să încerce să instaureze un climat de încredere, pe fondul căruia să poată discuta deschis despre motivele pentru care individul se simte amenințat. Abordarea negării nu se face niciodată brutal. Așa cum susțin specialiștii în psihologia cognitiv-comportamentală, modificarea nu începe întotdeauna din interior. Demersul schimbării merge în multe cazuri de la comportamental, la cognitiv. Prin urmare, se poate începe prin discuții despre boală și sănătate și mai apoi despre HIV/SIDA la modul foarte general. Atingerea punctului în care pacientul reușește să pronunțe cuvintele HIV și SIDA, chiar dacă nu în contextul propriei boli, poate fi considerată un important pas înainte. La fel poate fi și acceptarea de a lua tratamentul prescris, inițial la insistențele medicului sau familiei și apoi din obișnuință. În continuare, informațiile pozitive, încurajatoare, întărite de o comunicare empatică, pot avea un efect favorabil. Aceste demersuri nu sunt prescriptive, ele având valoare de sugestii și reprezintă doar primele mici victorii în depășirea stadiului de negare.

### 3. *Revolta (furia)*

„De ce eu?”. Situată între șocul inițial, negare și târzia acceptare a realității, această fază începe pentru mulți printr-un sentiment de totală neajutorare și nefericire.

De cele mai multe ori, atunci când negarea nu mai poate fi menținută, iese la suprafață indignarea, revolta. Persoana care tocmai a aflat că este seropozitivă este invadată de anxietate și caută un vinovat pentru situația sa. Însă nu există o cale pentru a afla de ce unii se îmbolnăvesc și mor, iar alții trăiesc – există doar o mulțime de presupuneri. Destrămarea bruscă a așteptărilor produce teamă, pesimism, disperare, senzație de insecuritate sau culpabilizare.

Furia este un mecanism de apărare mai elaborat, fiind dovada unui început de integrare (persoana începe să înțeleagă că are o boală incurabilă). Boala este percepută ca o pedeapsă nedreaptă și nemeritată, iar pacienții devin iritabili, pretențioși și excesiv de critici; furia poate fi canalizată spre propria persoană, spre specialiști, familie, prieteni sau Dumnezeu și poate determina un comportament

non-compliant față de tratament și de indicațiile medicale cu privire la renunțarea la unele comportamente de risc (ex.: fumat, consum de băuturi alcoolice, etc.). Dacă se manifestă agresiv este pentru că au început o luptă, fără îndemânare, împotriva anxietății cu sentimentul că au fost pe nedrept atinși de boală, unii dorind chiar ca infecția să-i atingă și pe alții. Sunt adolescenți care cedează impulsului de a dezvălui diagnosticul și altora aflați în aceeași situație cu ei (copii și tineri infectați HIV pe care i-au cunoscut în spital, dar căroro părinții încă nu le-au dezvăluit adevărul despre boala lor).

Copilul și adolescentul seropozitiv HIV resimte constrângerile tratamentului ca pe o pedeapsă și refuză mai ales discursurile de tipul: „*Dacă îți spun să faci asta, este pentru binele tău...*”. De multe ori, când pacientul traversează această fază, personalul medical consideră că acesta are un comportament arogant și inresponsabil, de pacient „incomod”, și mai mult sau mai puțin conștient, calitatea îngrijirii care i se acorda va scădea.

Și incertitudinea medicilor adesea alimentează furia pacienților, deoarece ei pot crede în mod corect sau greșit că nu se face chiar tot ce este posibil pentru ei. Deseori, este prezent sentimentul de furie refuțată referitor la persoana care i-a infectat sau față de unii membrii ai familiei care au reapărut în viața lor. Mânia mai poate fi îndreptată spre guvern, în special la pacienții care au fost infectați HIV prin instrumentar medical nesterilizat.

#### Cum poate psihologul să ajute persoana infectată HIV în această etapă?

Răspunsul poate fi: „*prin recunoaștere și acceptare*”. În măsura în care familia realizează că manifestările agresive se adresează de fapt bolii, va încerca, împreună cu psihologul, să stimuleze individul și îl va încuraja să-și dezvolte capacitatea de a căuta și găsi soluții acceptabile. Cel mai important, în această fază, este ca furia să fie acceptată și să se încurajeze exprimarea ei într-un mod cât mai puțin distructiv pentru persoana în cauză și pentru ceilalți. Faza de revoltă reprezintă totuși o evoluție necesară, pentru că persoana infectată arată astfel că boala devine pentru ea o realitate. Este o etapă care poate fi considerată drept un semn că bolnavul și familia se mobilizează pentru a ieși din neputință.

#### De reținut!

Psihologul nu trebuie să fie combativ în cazul în care furia este îndreptată spre el și să-i de-a pacientului posibilitatea de a-și exprima revolta.

#### 4. Negocierea

Această fază apare la copiii mai mari și la adulți. Este o încercare de a amâna moartea și este generatoare de speranță.

Atunci când persoana infectată HIV își dă seama că revolta și furia nu îi pot aduce înapoi sănătatea, negocierea, învoiala, devin reacțiile tipice de adaptare la boală.



Asemeni copilului care promite un comportament bun pentru a obține o favoare și bolnavul speră astfel amânarea deznodământului nefericit. Pacienții ar dori să li se spună că dacă vor face un anumit lucru – alimentație corespunzătoare, comportament exemplar, renunțare la fumat, etc. – atunci boala se va vindeca. Negocierea se face adesea în taină, cu Dumnezeu, recunoscut ca autor al vieții și este o etapă în care persoana reinvestește în diverse proiecte de viitor. În această etapă are loc acceptarea ideii de moarte, dar și negocierea pentru a mai trăi.

Această fază are atât elemente negative cât și pozitive. Negocierea poate fi o modalitate de a evita situația și nevoia de a lua o decizie realistă. Unii copii și adolescenți se manifestă adesea prin tentative de manipulare față de exigențele tratamentului. Mai puțin „zgomotoasă”, decât revolta, această manieră de a face față bolii corespunde dorinței de a „ieși mai ieftin”, căutând posibilități de acomodare. Bolnavul pornește o strategie prin care exploatează diferențele care apar între opiniile membrilor familiei și specialiștilor. Mulți pacienți întorc spatele neputinței pe care o citesc în ochii medicilor și se îndreaptă spre tratamentele experimentale sau medicina alternativă, care le secătuesc repede resursele financiare. Pe de altă parte negocierea poate lua forma luptei împotriva bolii. Persoana infectată HIV își mobilizează resursele pentru a-i putea face față. Ea devine cooperantă și plină de speranță în recuperare.

#### Cum poate psihologul să ajute persoana infectată HIV în această etapă?

Pentru a contracara efectele negative ale acestui stadiu, specialiștii implicați și familia trebuie să manifeste tact și să descurajeze comportamentele dezadaptative. Din punct de vedere psihologic, aceasta poate fi considerată una dintre cele mai potrivite etape pentru a încuraja optimismul și gândirea pozitivă.

### 5. Depresia cu speranță

În această fază pacientul înțelege în totalitate ceea ce i se întâmplă. Sub amenințarea pierderii vieții, se poate instala un sentimentul tristeții profunde. Este o decompensare reactivă a mecanismelor de apărare ale Eu-lui și în același timp o reacție obișnuită și de înțeles. Persoanele devin adesea retrase, izolate, cuprinse de sentimente de deznădejde, se simt inutile, fără viitor, fără dorințe. În contextul ajustării la boală, depresia poate fi văzută și ca o epuizare temporară a resurselor. Depresia survine atunci când persoana conștientizează pierderile pe care le aduce această boală: ceea ce deja a pierdut (sănătate, independență, capacitatea de a face față responsabilităților, muncă neterminată - tot ceea ce face parte din viață) și ceea ce urmează să piardă (familia, prietenii, viitorul).

Aceasta este o etapă importantă, al cărei pericol constă în faptul că poate trece neobservată. Fiind o etapă a procesului de acceptare, această depresie are de obicei un prognostic bun. Este momentul în care persoana infectată își adună forțele pentru a înfrunta viitorul.

Atenție însă, această fază nu trebuie confundată cu depresia clinică, în care individul este atins de un fel de cădere interioară, descurajare, insomnie, cu

incapacitatea de a face față problemelor. Acesta poate fi și o ocazie pentru apariția unor idei suicidare, determinate de faptul că persoana se simte inutilă, fără viitor și fără dorințe.

### Cum poate psihologul să ajute persoana infectată HIV în această etapă?

În fața depresiei cu speranță trebuie acordat interes mai ales identificării și discutării momentelor depresive. De asemenea, în această perioadă, individul are nevoie de mult interes și suport din partea celor apropiați. S-a dovedit a fi foarte utilă participarea persoanei infectate HIV și a familiei la grupuri de suport formate din persoane care se confruntă cu același tip de probleme. În cadrul grupului ei află că nu sunt singuri.

În cazul diagnosticării unei depresii clinice, s-a dovedit a fi utilă atât terapia caracteristică acestei tulburări, cât și farmacoterapia. Unii specialiști presupun, în mod incorect, că demoralizarea globală, sentimentul profund de lipsă de speranță și scop ce se întind pe lungi perioade de timp (toate – simptome ale depresiei clinice) sunt răspunsuri emoționale normale la problemele pe care le ridică diagnosticul seropozitivității HIV și deci, nu necesită tratament. Avînd în vedere faptul că această convingere eronată este destul de des întîlnită, ținem să subliniem faptul că depresia cronică nu poate fi niciodată considerată normală.

## 6. Acceptarea

Unele persoane infectate HIV evoluează până la stadiul acceptării și sunt capabile să funcționeze, menținându-și un foarte bun echilibru psihic. Încep treptat să-și regăsească echilibrul și chiar au puterea să evoce ceea ce li s-a întîmplat. De multe ori, adoptă un stil de viață mai sănătos, evită comportamentele la risc și își recapătă un tonus psihic normal, grație căruia sunt în măsură să se canalizeze spre implicarea în activități și acțiuni personale și sociale. Alte persoane ajung să-și refacă relațiile cu părinții, familia sau prietenii. În ciuda faptului că unii încearcă să-și abată gândurile supraîncărcându-se cu activități sau să se apere cu îndemnuri de genul: „*Trebuie să mă stăpînesc... plînsul nu mă ajută la nimic*”, durerea nu poate fi anulată, este inevitabilă, doar că poate varia ca intensitate și ca durată.

Realizarea faptului că boala nu mai poate fi stopată sau eliminată reprezintă cel mai mare avantaj al acestui stadiu. Persoana infectată HIV ajunsă în această fază își permite să-și exprime deschis furia și temerile, sentimentul de neputință împotriva bolii de care suferă și împotriva societății care discriminează. Acceptă să trăiască cu HIV și dorește să profite de fiecare clipă a vieții: „*Ce lucruri bune aș putea face?*”, „*Ce medicamente m-ar putea ajuta mai mult?*”. Una dintre caracteristicile acceptării este recunoașterea că boala implică constrângeri, că implică riscuri de care trebuie să fie totdeauna conștient, fără însă a deveni obsedat de ele.

### De reținut!

Această fază nu este întotdeauna definitivă. Apariția complicațiilor poate însemna o nouă pierdere a încrederii, procesul acceptării trebuind reluat.

Nu toate persoanele infectate și afectate HIV/SIDA ating toate aceste stadii. Sunt puțini cei care ajung la acceptarea reală. Un pacient poate prezenta aspecte ale tuturor stadiilor pe parcursul unui singur interviu, sau poate fluctua între stadii. Mai mult, la unii pacienți pot fi prezente alte metode de coping – cum ar fi umorul sau compasiunea – pentru a contrabalansa fiecare stadiu. La alte persoane se poate observa o tensiune dinamică între acceptare și negare. În acest caz, trăirile emoționale sunt extrem de variate și de puternice. Însă, în majoritatea cazurilor, pacienții au nevoie să se redefiniească în ceea ce privește munca, familia, religia, situația financiară, stima de sine, incapacitatea și vulnerabilitatea. Iluzia supraviețuirii și frica de moarte pot să fluctueze, ajungându-se la diferite grade ale negării și acceptării.

Specialiștii recunosc în unanimitate importanța menținerii unei forme de speranță care să nu evite adevărul legat de diagnostic, șansele de supraviețuire sau stadiul bolii. Speranța de însănătoșire se poate transforma în speranța de a-și păstra curajul și de a întâmpina moartea (atunci când va fi cazul) cu demnitate și liniște sufletească.

În lucrarea „*Let's talk about AIDS – a book of stories*”, editată de World Health Organization, sunt prezentate câteva povestiri referitoare la HIV/SIDA. Iată una dintre acestea, care reflectă foarte clar etapele acceptării diagnosticului:

### **Dănuirea luptătorului**

„... Sumarno a murit noaptea trecută. Eu sunt Utama. Am fost prietenul lui, colegul de echipă și tovarășul lui pentru mulți ani. Chiar de când eram până la genunchi de înalți și băteam mingea pe peticul verde din fața caselor noastre. Eram amândoi nebuni după joc și îmi aduc aminte cum eram certați pentru că ajungeam târziu acasă sau pentru că nu ne făceam tema... cumva fotbalul a făcut ca toate acestea să merite! Îmi amintesc cum stăteam până noaptea târziu pentru a ne uita la meciurile pe TV, câteodată chiar în timpul examenelor – a fost o nebuneală!

Sumarno a fost selectat pentru echipa Statelor, pe când era la colegiu. Eu a trebuit să mă mulțumesc ca fiind unul din apărători în echipa colegiului. Pentru o vreme, lumile noastre au fost foarte diferite și ne-am îndepărtat. Dar scrisorile lui, deși rare, erau pline de energie și pasiune. În mod ciudat, sau poate că nu, o scrisoare părea întotdeauna să însemne că era într-o încurcătură sau avea nevoie să se destăinuie, dar niciodată nu s-a lăsat doborât.

Îmi amintesc că și-a rănit genunchiul foarte rău și, pentru a înrăutăți lucrurile, s-a îmbolnăvit și de malarie. Aceasta s-a întâmplat chiar înainte de meciul ligii. Colegii săi de echipă erau speriați – Sumarno era „coloana vertebrală” a echipei. Mi-a scris: „Doar așteaptă și ai să vezi – voi fi în acel meci – nu există dubii cu privire la asta!” Și surprinzător, așa a fost! Avea acea incredibilă energie, curaj, putere interioară, determinare, toate adunate într-o formă umană! O persoană minunată!

Cea mai mare schimbare din viața lui a venit atunci când s-a testat pentru HIV. Rezultatul a fost pozitiv. Aceasta i-a zdruncinat credința că era rezistent, puternic și imun la boli și infecții. Brusc, a început să se îngrijoreze cu privire la propriul său

stil de viață. După ce s-a gândit o vreme, s-a hotărât să meargă din nou să se testeze pentru infecția HIV. A fost consiliat de medici, după care a decis să facă testul. Spre neîncrederea lui totală, testul a ieșit din nou HIV Pozitiv. Era ca și cum ceva i-a spart întreaga lume în bucăți. Refuza să accepte acest diagnostic. Colegii săi de echipă au spus că și-a făcut testul de trei ori. Continua să spună: „Medicii sunt nebuni, ei nu știu nimic despre aceasta...mă simt atât de puternic.” Nu voia să accepte. „Sunt atât de rezistent... atât de puternic. Mă simt în vârful lumii... nu poate fi adevărat!” Era furios, credea că era o greșeală. Undeva în adâncul său, se credea invincibil, iar această veste era prea mult pentru el de suportat... În același timp, continua să se gândească la câteva legături amoroase pe care le-a avut cu femeile pe care le întâlnea în călătoriile sale. Poate atunci a luat virusul.

Încetase să mai joace fotbal când m-am dus la el să-l văd. Am fost chiar șocat. L-am găsit speriat. Continua să încerce să se înțeleagă cu Dumnezeu. A început să meargă regulat pentru rugăciuni la biserică. Mi-a spus că îi era frică că-și va pierde toți prietenii. „Nu vei crede asta”, mi-a spus el, aproape într-o șoaptă, „mi-e frică de moarte”. Ciudat, el se gândea că acum mă va pierde și pe mine. Era îngrijorat că nu mă voi duce să-l văd.

M-am simțit foarte vinovat când mi-a spus asta, pentru că gândul mi-a trecut de fapt prin minte și am fost mai degrabă nervos că-l voi întâlni. Îmi amintesc că mă simțeam foarte nesigur. Nimeni din familia mea nu a știut că am plecat să-l întâlnesc. Un sentiment interior îmi spunea că nu pot să-l părăsesc într-un moment când el avea cu adevărat nevoie de mine. L-am găsit pierdut, singur și dărâmat. Părinții lui arătau atât de speriați.... Mi-au spus că era extenuat și că nu se simțea în stare să se întâlnească cu nimeni. Era obosit să se uite la fețele anxioase ale părinților săi. Mi-era greu să cred că acesta era același băiat puternic pe care-l cunoșteam... iată-l prăbușindu-se ca o casă de cărți! Eram tulburat și nu eram sigur ce trebuie să fac... dar, pe neașteptate, totul s-a schimbat!

M-am trezit în dimineața următoare și l-am găsit bărbierit, îmbrăcat, părând pregătit să accepte lumea. „Hei, ce se întâmplă?” l-am întrebat eu, era prea frumos să fie adevărat! Nu-mi venea să cred transformarea! „Este doar pentru că ai venit tu, Utama”, mi-a spus el. „M-am trezit noaptea trecută și mi-am spus că nu este sfârșitul lumii. Nici măcar nu știu ce este cu această boală și am lăsat-o să mă doboare. Va fi o nouă provocare pentru mine și am de gând s-o accept precum sportul care am fost mereu!” Așa mi-l amintesc, pregătit să lupte, să accepte noile provocări din viața sa și să înceapă din nou să joace fotbal.

A început să caute sprijin profesional din partea medicilor și consilierilor și să afle mai multe despre SIDA. Ei i-au spus că, atunci când o persoană devine infectată cu HIV, virusul începe să trăiască și să se reproducă în celulele albe ale corpului. Aceste celule încep să producă anticorpi împotriva infecției HIV, care poate fi găsit în sânge de la 6 săptămâni la trei luni de la infecție. Când un test de sânge detectează acești anticorpi, se spune că persoana este HIV Pozitiv. Din nefericire, acești anticorpi nu pot ucide virusul. Virusul distruge gradual celulele albe ale corpului astfel încât, în 8-10 ani, ele nu mai pot proteja corpul de infecții, pe care în mod normal, oamenii sănătoși le respinge fără probleme. Când aceste infecții se manifestă, SIDA se instalează.

Din aceste ședinte, Sumarno a realizat că, de cele mai ori, oamenii infectați cu HIV sunt sănătoși și de obicei nu știu că este ceva în neregulă cu ei. Medicii i-au spus că nu era neobișnuit că oamenii să trăiască până la 10 ani sau chiar mai mult după ce au fost infectați. Aceasta i-a dat atât de multă speranță! În același timp, și-a dat seama de importanța educării celorlalți și protejării lor de SIDA.

„Se va găsi un leac mai devreme sau mai târziu, sunt convins de aceasta”, obișnuia el să le spună părinților săi. „Ce pot să fac pentru ca restul vieții mele să fie cel mai bun?” sau „Ce mâncare ar trebui să mănânc pentru a mă ajuta să rămân sănătos? Ce ar trebui să fac în cazul în care mă îmbolnăvesc? Ce ar trebui să fac pentru a preveni infectarea celorlalți? Ce planuri ar trebui să fac pentru ca părinții mei să fie asigurați?”

Am descoperit că începuse să se schimbe în multe privințe. Fotbalul a fost singura pasiune în viața lui. Mânca, dormea, visa fotbal. Căuta constant tehnici noi, abilități noi ale lucrului cu piciorul, care făceau jocul aproape o formă de artă. Deși continua să joace, lumea lui devenise mai sensibilă. Prietenii lui au spus că începuse să spună lucruri precum „Lăsați-mă să fiu recunoscător pentru fiecare zi” sau „Lăsați-mă să apreciez familia și prietenii mei și să le arăt cât de mult țin la ei.”

A redevenit aceeași persoană plină de energie, încercând să se pregătească el însuși în cel mai bun posibil pentru noile provocări din viața sa. Dorea să ajute și alți oameni ca el și să încerce să le dea putere prin împărtășirea propriei sale experiențe. Dorea ca oamenii să înțeleagă ce este SIDA. Obișnuia să-mi spună: „Sunt atât de norocos că am persoane care mă înțeleg și mă sprijină, iată de unde vine puterea mea.”

A format un grup de suport antiSIDA, deoarece simțea că împărtășirea de experiențe pozitive era o sursă substanțială de tărie psihologică și suport social. Obișnuia să spună: „Deseori ajutorul necesar pentru a îngriji pe cineva cu SIDA și a-i îngriji pe cei care îi iubesc este foarte simplu. Oferind ajutor la treburi casnice, cântând, gătind, jucând, citind împreună sau doar ascultând – acestea sunt simple acțiuni cu mesaje puternice de speranță și sentimentul că ești de folos.”

Petrecea mult timp cu comunitatea formată din grupuri care au creat mesajul antiSIDA. Încet, fotbalul a trecut pe planul al doilea, iar pasiunea lui pentru a educa oamenii cu privire la SIDA a devenit țelul său în viață. „Vreau să le spun oamenilor că dacă ai HIV sau SIDA, este vital să încerci să te păstrezi puternic.”

L-am observat ca fiind foarte precaut. Întotdeauna făcea eforturi mari pentru a evita orice fel de infecție. Știa că aceasta îl putea ucide. De asemenea, era foarte minuțios pentru a nu transmite infecția la alții. A decis să nu se însoare, chiar dacă iubita sa a încercat din greu să-l convingă că pot avea o viață plină împreună. Doar trebuiau să fie precauți. El a rămas foarte apropiat de ea, dar nu s-au căsătorit.

Ultimii doi ani au fost foarte obositori pentru Sumarno. Corpul său începea - încet să cedeze, pe măsură ce boala avansa. Obosea ușor și arăta semne de iritabilitate. A pierdut mult din greutate. Energia parcă i se scurgea din corp. Deseori îl duceam pe verandă... îi plăcea foarte mult să se uite la cer și la lumea de afară. M-am mutat la el și am petrecut mult timp împreună.

Mintea lui era foarte alertă și șahul devenise distracția favorită. Dar viața i se retrăgea încet. Contacta infecțiile ușor și ele îl epuizau. Îl linișteau doar medicamentele și calmantele, așteptând leacul miraculos. Dar acesta nu a venit niciodată.

Nu și-a revenit niciodată din febra virală pe care a luat-o. A plecat în pace...

Sumarno m-a învățat atât de multe! Am învățat cât de important este să nu renunți la speranță și să-ți păstrezi spiritul viu. „Viața este atât de nesigură,, obișnuia el să spună. „Uită-te la Noor, ucis doar într-o clipă, într-un accident de mașină; iar eu mă simt puternic și sănătos.”

Sumarno m-a învățat că trebuie să ne pregătim atât pentru moarte, cât și pentru viață. Trebuie să apreciem frumusețea vieții și să trăim fiecare zi care vine. Voi simți întotdeauna forța sa. Voi continua să găsesc alte persoane și să duc mai departe mesajul antiSIDA pe care l-a început. Sunt foarte convins că asemenea eforturi trebuie să înceapă în școli. Îmi voi da silința să văd că aceasta se întâmplă.

Desigur, îmi va lipsi mult, dar în cel mai bun mod posibil, pentru că, știind că Sumarno a murit în pace sufletească, aceasta îmi va da inspirația de a-i ajuta pe alții să înfrunte astfel de pierderi....”

În continuare, prezentăm cazul unei adolescente de 15 ani, care s-a caracterizat prin traversarea tuturor fazelor specifice procesului de acceptare a diagnosticului:

*M. L. este elevă în clasa a IX la un liceu teoretic și a fost diagnosticată HIV+ în mai 2002. A fost adusă la psiholog de către mama sa, acuzând stări de tristețe și deprimare care au început să fie din ce în ce mai intense în ultimul timp. „Mă gândesc tot timpul că voi muri și nu mai am putere să lupt...”*

*În urma celor discutate în cadrul ședințelor la care M. L. a participat, a devenit evident faptul că trăirile adolescentei erau o reacție la diagnosticul său, iar psihologul a stabilit că se afla în stadiul de depresie. Investigând traseul emoțional urmat de M. L. din momentul dezvoltării diagnosticului și până în prezent, psihologul a putut izola modul în care clientul a traversat fiecare fază a procesului de acceptare a diagnosticului astfel:*

#### • Șocul inițial

*În urma unei răceli puternice, care refuza să răspundă la tratament, medicii i-au făcut lui M. L. testul HIV. În momentul în care diagnosticul seropozitivității s-a confirmat, atât M. L. cât și mama acesteia au fost chemate în cabinetul medicului unde li s-a explicat despre ce este vorba. Prima reacție a fost aceea de șoc. „Auzeam tot ce-mi spunea domnul doctor, dar parcă totul trecea pe lângă mine, parcă nu mai înțelegeam nimic,... parcă m-ar fi lovit cineva cu ceva în cap...”. „Nici nu știu cum am ajuns acasă,... îmi aduc aminte doar de lacrimile mamei...”*

#### • Negarea

*La puțin timp după aflarea diagnosticului, M. L. a trecut în faza de negare. „Cum să am eu HIV, e o greșală!!! Medicii au greșit! Nici măcar nu mi-am început viața sexuală!” În mod inconștient, M. L. a respins explicațiile date de medic, legate de*

calea de transmitere nozocomială, uitând aproape în întregime informațiile primite. Ea refuza să discute cu oricine despre boală, iar părinții nu au avut curajul să mai deschidă subiectul. De asemenea, M. L., deși convinsă că este o greșală a medicilor, nu și-a pus niciodată problema să verifice diagnosticul efectuând încă un test.

Odată cu trecerea timpului, adolescentei i s-a prescris un tratament antiretroviral. Din păcate, însă, toate explicațiile medicilor și insistențele familiei treceau pe lângă ea fără să o atingă: M. L. a refuzat tratamentul pentru o perioadă de aproximativ un an. „Mă gândeam că ce nevoie am eu de medicamente? Eu nu sunt bolnavă!!! Oricum, pastilele astea au prea multe efecte secundare!” Iată, deci, cum prin filtrul negării treceau doar anumite informații, acelea care erau compatibile cu mecanismul de apărare la care M. L. apela în mod inconștient în acel moment.

Treptat, la insistențele familiei, M. L. a început să ia tratamentul, iar după un timp făcea acest lucru de bună voie, fără să mai fie cazul să i se atragă atenția, sau să fie însoțită la controlul lunar la medicul specialist.

#### • **Revolta (furie)**

Aproape consecutiv cu acceptarea tratamentului, și pe fondul vârstei dificile pe care o traversa, comportamentul lui M. L. s-a schimbat dramatic: rezultatele școlare au început să scadă, a început să asculte muzică rock, se declara a fi satanistă, utilizând simbolurile și îmbrăcămintea caracteristică, dar fără a cunoaște prea multe lucruri despre acest domeniu, avea o atitudine sfidătoare față de membrii familiei și autoritate, etc. „Pe atunci simțeam că nimeni nu mă înțelege! Și vroiam să le arăt că nu-mi pasă!”.

#### • **Negocierea**

În paralel cu aceste manifestări, M. L. a început să participe la din ce în ce mai multe activități organizate de diverse ONG-uri, special pentru adolescenții seropozitivi. Astfel, ea și-a făcut un cerc de prieteni printre cei ce-i împărtășeau problemele. Formarea acestei alianțe a declanșat stadiul negocierii. M. L. și-a atribuit rolul de sprijin pentru ceilalți, făcând tot posibilul să-i încurajeze și să-i ajute pe toți adolescenții sau copiii infectați HIV pe care îi cunoștea. Făcând acest lucru, însă, ea întotdeauna evita să vorbească despre propria persoană. În scurt timp și relațiile cu familia s-au ameliorat, la fel ca și manifestările de revoltă. În mod inconștient, M. L. negocia cu Dumnezeu: „Poate dacă îi voi ajuta pe alții și mă voi comporta bine, voi rămâne sănătoasă până în momentul în care se va găsi un leac pentru boala mea!”...

#### • **Depresia**

M. L. începuse să acuze dureri ale abdomenului și, în urma controlului medical, s-a concluzionat că are nevoie de o operație de apendice, operație pe care adolescenta o refuza. Teama de intervenția chirurgicală a declanșat stadiul depresiei, când M. L. a fost adusă la psiholog. În urma consilierii individuale, a întâlnirilor cu un grup de suport, precum și a suportului emoțional furnizat de familie, M. L. a acceptat intervenția chirurgicală, care a decurs fără probleme.

*Atât pe perioada recuperării cât și după aceasta, M. L. a continuat să beneficieze de asistență psihologică și să participe la întâlnirile cu grupul de suport, fiind ajutată să ajungă în faza de acceptare a diagnosticului.*

### 4.3. Rezistența la dezvăluirea diagnosticului

Problema dezvăluirii diagnosticului, în mai multe sensuri: părinte–copil seropozitiv, adult infectat-familie, poate fi subiectul unei controverse, deoarece motivul invocat în susținerea ideii de nedeazăluire a diagnosticului este protecția celorlalți. În primul caz, părintele dorește să își protejeze copilul, pentru ca aflarea diagnosticului de infecție HIV/SIDA să nu aibă repercusiuni asupra psihicului acestuia, a dezvoltării ulterioare, a continuării școlii etc. În cel de-al doilea caz, adultul poate să ascundă diagnosticul pentru a nu afecta dinamica relațiilor familiale, pentru a aduce o încărcătură negativă în viața de familie, pentru a-și păstra normalitatea vieții, fără supraprotecție.

#### Rezistența părinților:

Este o reacție destul de des întâlnită, în special înainte ca aceștia să beneficieze de consilieri în acest sens. Lucrând pe un proiect de dezvăluire a diagnosticului, ne-am întâlnit cu persoane foarte diferite: părinți care au discutat cu copilul imediat după depistarea bolii, părinți care au abordat această problemă atunci când copilul a inițiat o conversație pe această temă, părinți ai căror copii își bănuiau diagnosticul, dar ei au avut un comportament evitant față de această problemă etc.

Părinții sunt cei care află primii despre diagnosticul copilului, suferind în prima fază o reacție de șoc. După un timp, aceștia cad în depresie, care uneori este foarte greu depășită, iar alteleori, părinții rămân ancorați în această stare. De aceea, le este atât de greu să-i vorbească copilului, pentru că anticipează reacțiile copilului la aflarea diagnosticului ca fiind aceleași pe care le-au suferit și ei.

În consilierea (terapia) individuală, părinții sunt pregătiți pentru diferitele moduri în care pot reacționa copiii, care sunt consecințele pe termen scurt și pe termen lung, care sunt atitudinile cele mai potrivite pentru abordarea situațiilor respective.

Deoarece este foarte clară teama părinților de a avea o discuție deschisă cu copilul, în care să îl informeze pe acesta despre adevărata sa stare de sănătate, una dintre întrebările cheie la care aceștia trebuie să răspundă este: „Care este cea mai mare temere pe care o aveți în a-i spune copilului că este infectat HIV?”, iar gama de răspunsuri este destul de largă:

- teama ca respectivul copil să nu săvârșească un act necugetat și incontrollabil (act suicidal);
- acuzele pe care copilul le va aduce părinților, pierderea încrederii în aceștia;
- lipsa de încredere a părinților în capacitatea de a face acest lucru, aceștia declarând „eu nu pot să îi spun, pur și simplu nu am puterea să fac acest lucru”;
- informarea altor persoane despre diagnostic, având ca rezultat stigmatizarea copilului;
- scăderea stimei de sine a copilului;



- depresia și anxietatea copilului, pierderea interesului pentru viață;
- afectarea situației școlare, a viitoarelor examene (adesea, este vorba de copii aflați în fața examenului de capacitate, care are un rol foarte important în viitorul profesional al copiilor), afectarea relațiilor interpersonale ale copilului.

În consilierea (terapia) de grup și în grupurile de suport, părinții care au discutat cu copiii lor despre diagnosticul de HIV/SIDA au împărtășit din experiența lor celorlalți, punând accent pe schimbarea în sens pozitiv din viața lor:

- comunicarea deschisă cu copilul;
- responsabilizarea copilului în legătură cu medicația antiretrovirală;
- diminuarea nesiguranței copilului, rezultată în urma răspunsurilor ambigue pe care le-a primit când a formulat întrebări despre starea sa, despre dezvoltarea fizică deficitară etc;
- scăderea autoculpabilizării copilului, care era martorul lacrimilor părinților, fără a-și da seama ce se întâmplă;
- eliminarea situației în care copilul își cunoaște diagnosticul, dar nu discută despre acest lucru, din dorința de a-și proteja părinții!
- îmbunătățirea relațiilor intrafamiliale.

Atunci când părintele a fost educat pentru a cunoaște toate acestea, când știe în ce fel ar putea reacționa copilul, ce atitudine este potrivită momentului, cum să-și adapteze propriul comportament la cel al copilului, rezistența sa este învinsă, iar cu sprijinul consilierului/terapeutului, poate lua decizia de a dezvălui diagnosticul.

Dacă rezistența nu a fost învinsă în totalitate, ea suferă oricum un proces de transformare, în care părinții sunt convinși de necesitatea de a face acest pas, ca un lucru firesc în relația cu copilul și de beneficiile acestei situații, dar amână momentul, din diferite motive: copilul are o infecție oportunistă, care îi afectează starea de sănătate și nu este cel mai bun moment pentru a afla acum despre infecția HIV; copilul se află în fața unui eveniment de o importanță majoră, cum ar fi un examen; nu cu mult timp în urmă, a trecut printr-o traumă sau alte situații, care odată depășite, se va găsi momentul oportun pentru a se discuta cu copilul.

Deși cea mai în măsură de a discuta cu copilul este persoana cea mai apropiată de acesta (adesea, părintele), uneori părintele simte nevoia de a fi sprijinit nu doar în mod indirect, ci prin prezența la discuțiile cu copilul. În acest caz, psihologul vine în întâmpinarea acestei dorințe, pentru că există șansa ca în caz contrar, dezvăluirea să fie amânată pentru o perioadă foarte lungă de timp, efect negativ asupra copilului fiind evidente.

*Exemplu: cazul copilului B.C., în vârstă de 15 ani, mama având probleme cu alcoolul, instabilitate emoțională, teama exagerată privind viitoarea reacție a copilului, în condițiile în care era aproape sigură că acesta își cunoaște diagnosticul - lucru care s-a dovedit adevărat. Mama a dorit ca psihologul să discute primul cu copilul în lipsa ei, iar după discuție a venit și ea în aceeași încăpere, mărturisind că dacă ar fi trebuit ea să îi comunice diagnosticul, nu ar fi făcut niciodată acest lucru.*

Uneori, psihologul identifică și alți factori care pot sprijini familia în procesul de dezvăluire a diagnosticului. Unul dintre aceștia este credința religioasă, sau chiar

un preot, care este apropiat de familie și care le este alături când copilul pune inevitabilă întrebare: „Voi muri?”. Acești factori trebuie identificați și valorificați, fiind de un real folos pentru părinți.

*Exemplu: Cazul D.Ș., 14 ani: atât copilul, cât și părinții fac parte dintr-un cult religios, a cărui membri au fost foarte suportivi cu familia și i-au ajutat să treacă cu bine peste momentele de criză.*

### **Rezistența adulților:**

Atunci când un adult este depistat seropozitiv, el este cel căruia i se comunică acest lucru, spre deosebire de copii, când cei care află despre acest lucru sunt părinții. Beneficiind de consilierea pre și post testare HIV, adultul află care sunt consecințele statusului său de persoană seropozitivă.

Dacă în cazul copiilor, infectarea s-a produs de cele mai multe ori pe cale nozocomială, la adult, căile prin care acesta ar fi putut să se infecteze sunt variate. Adesea, adultul se simte vinovat și responsabil de starea sa. Uneori, el poate avea un stil de viață, un comportament sau atitudini care contravin convingerilor familiei sale (exemplu: libertinaj, homosexualitate etc). În această situație, consilierea va merge în două direcții:

- consilierea persoanei seropozitive, pentru a-și accepta identitatea și pentru a reuși să depășească barierele de comunicare cu familia.
- consilierea familiei, pentru acceptarea persoanei seropozitive, cu propria identitate și cu noul status, de persoană infectată HIV.

Persoanele căsătorite sunt conștiente de cele mai multe ori de necesitatea dezvăluirii diagnosticului partenerului, deoarece acesta poate fi contaminat și trebuie luată în considerare testarea acestuia. Partenerul va beneficia în acest caz de consiliere pre și post testare, deoarece în aceste situații, de obicei și el este depistat seropozitiv. Rezistența poate apărea față de dezvăluirea diagnosticului copilului sau copiilor, dacă aceștia există. Într-adevăr, procesul de dezvăluire a diagnosticului nu este neapărat necesar, deoarece copilul nu trebuie să poarte această povară, atunci când acest lucru poate fi evitat.

Deși există specialiști care afirmă că este mai bine copilul să nu își cunoască diagnosticul, din diverse motive, poziția noastră, așa cum am mai afirmat anterior, se află la polul opus: copilul are dreptul să cunoască situația în care se află. De aceea, activitatea noastră de consiliere aprofundată cu persoanele seropozitive are ca obiectiv dezvăluirea diagnosticului, în funcție de particularitățile de vârstă și de personalitate. Atunci când anticipăm necesitatea acestui lucru, pentru pregătirea copilului pentru viitor, îndeplinim și o altă funcție: aceea de a reda încrederea în faptul că acea persoană va trăi, că HIV/SIDA nu înseamnă sfârșitul!

## CAPITOLUL 5

### Etică și deontologie profesională

Ca în orice meserie, în asistența psihologică a persoanelor infectate și afectate HIV/SIDA există un cod deontologic, care urmărește prescripțiile generale ale eticii și deontologiei profesionale, dar are și componente specifice pentru munca cu această categorie de persoane.

Luând în considerare principiile generale, vom ține cont de următoarele aspecte:

1. **Confidențialitatea** – ca nevoie de a păstra secretul referitor la datele culese de psiholog pentru a-și planifica intervenția;
2. **Respectul confidențialității** - fiecare beneficiar este o persoană care are dreptul la respect și înțelegere, la acceptarea sa așa cum este și este îndreptățit să se aștepte ca relația client – psiholog/terapeut să fie în concordanță cu legile, politicile și standardele etice referitoare la confidențialitate;
3. **Sinceritatea** – cere o imagine cât mai clară și mai limpede a problemelor întâmpinate, abordarea cât mai realistă a situațiilor;
4. **Recunoașterea propriilor limite** – este tot o formă de sinceritate și cere ca profesionistul să apeleze la alți specialiști, atunci când cazul nu este de competența sa, sau când aceasta îi este depășită;
5. **Negocierea soluțiilor și respectarea deciziilor beneficiarului** – se referă la nevoia de a face persoana asistată să înțeleagă deciziile și să le accepte, să-și dea acordul de a aborda acele probleme și să-și rezerve dreptul de a refuza anumite soluții, care contravin convingerilor personale;
6. **Nediscriminarea** – se referă la respectul identității etnice, culturale, sociale, religioase sau de orice altă natură a beneficiarului consilierii (în cazul nostru, statusul de seropozitivitate).

Dintre principiile enunțate mai sus rezultă o serie de responsabilități ale psihologului:

#### I. Responsabilități față de client:

1. Prima responsabilitate este de a trata clientul cu respect, ca individualitate;
2. Psihologul trebuie să fie preocupat de nevoile de orice fel ale clientului, încurajându-l să-și dezvolte potențialul;
3. Nu trebuie încurajată ralierea în mod conștient a clientului la convingerile, stilul de viață, opțiunile, valorile psihologului;
4. În construirea relației de ajutor, clientul va fi asigurat de confidențialitatea a tot ceea ce se întâmplă în timpul ședințelor de consiliere/terapie;
5. Psihologul păstrează confidențialitatea informațiilor, cu excepția cazurilor în care comunicarea lor unei terțe persoane este necesară pentru a preveni un pericol clar și iminent sau când reglementările legale o cer. În acest caz, psihologul se va sfătui și cu alți specialiști, atunci când nu îi este clară excepția de la clauza confidențialității;

6. Psihologul trebuie să ceară instanței să nu îi fie impusă dezvăluirea informațiilor confidentiale, când aceste informații făcute publice fără acordul clientului pot afecta poziția acestuia;
7. În cazul terapiei (consilierii) de grup și a grupurilor de suport, stabilește norme clare de confidențialitate, dar nu poate garanta păstrarea confidențialității.

## II. Responsabilități privind colaborarea cu alți specialiști:

1. Psihologul trebuie să cunoască și alte resurse disponibile (specialiști, instituții) care îl pot ajuta în obținerea informațiilor specifice sau care pot prelua cazul atunci când nu are competența necesară rezolvării acestuia sau când este necesar ca persoana consiliată să fie îndreptată către alți specialiști (ex: relație terapeutică deficitară, cazuri în care relațiile duale cu beneficiarul pot afecta obiectivitatea și implicit eficiența consilierii, etc);
2. Psihologul lucrează în cadrul unei echipe pluridisciplinare, obținând informații utile consilierii/terapiei, fie generale, fie specifice cazului, în limitele păstrării confidențialității;
3. Persoana consiliată are dreptul de a rupe relația de ajutor în orice moment.

## III. Responsabilități privind comunitatea:

1. Psihologul informează comunitatea despre anumite riscuri, urmărind prevenirea răspândirii unor fenomene, păstrând confidențialitatea;

*Exemplu specific:* creșterea riscului transmiterii infecției HIV la adolescenți, prin infectarea pe cale sexuală; răspândirea infecției HIV/SIDA pe cale verticală, de la mamă la făt.

2. Promovează rolul și funcția psihologului în asistarea nevoilor persoanelor consiliate;

*Exemplu:* asistarea părinților copiilor seropozitivi în dezvăluirea diagnosticului de HIV/SIDA copiilor, cu scopul de a pregăti părinții pentru reacțiile copilului și a le oferi sugestii în depășirea momentului critic;

3. Psihologul utilizează evaluările activității desfășurate pentru a propune autorităților o strategie care să vină în întâmpinarea nevoilor persoanelor consiliate.

*Exemplu:* lipsa informațiilor în domeniul HIV/SIDA poate duce la nerespectarea drepturilor persoanelor infectate. Un copil seropozitiv este marginalizat sau respins la școală, în timp ce un copil cu hepatita C, care este un virus mult mai ușor transmisibil decât HIV, nu întâmpină astfel de probleme.

## IV. Responsabilități față de propria persoană:

1. Psihologul activează în limitele competenței sale profesionale și își asumă responsabilitatea pentru consecințele intervențiilor sale;
2. Psihologul își monitorizează activitatea și eficiența ei;
3. Se dezvoltă profesional pe toată durata carierei, pentru a fi la nivelul standardelor de competență profesională.

## V. Responsabilități față de profesie:

1. Psihologul participă la seminarii, cursuri, întâlniri de lucru, pentru a cunoaște noutățile domeniului în care lucrează, pentru a oferi servicii de cât mai bună calitate;
2. Diseminează informațiile obținute în munca sa, contribuind la dezvoltarea profesiei;
3. Promovează principiile etice și profesia de psiholog;
4. Acceptă politica asociației profesionale referitoare la cazurile de violare a codului etic.

### ASPECTE SPECIFICE PRIVIND CONFIDENȚIALITATEA ASUPRA DIAGNOSTICULUI DE HIV/SIDA

Confidențialitatea este dreptul persoanei infectate HIV și, totodată, obligația celor care la un moment dat lucrează cu aceste persoane.

Psihologii au ca obligație primară respectarea confidențialității informației obținute de la și pentru persoanele pentru care lucrează. Ei dezvăluie astfel de informații numai cu consimțământul persoanei pentru care lucrează sau al reprezentantului legal al acesteia, cu excepția situațiilor neobișnuite, în care a nu proceda astfel ar avea ca rezultat un pericol clar la adresa persoanei respective sau a altora.

În acest sens, păstrarea confidențialității privind diagnosticul de HIV/SIDA devine și mai importantă, deoarece de multe ori, persoanele seropozitive HIV sunt supuse stigmatizării din partea celorlalți și discriminării, sub mai multe aspecte. Multe din aceste consecințe decurg din lipsa informării și educării populației despre HIV/SIDA. Din păcate, acest deficit de cunoaștere se întâlnește la toate categoriile sociale, uneori chiar la persoanele care constituie factori importanți de decizie.

Confidențialitatea, respectiv păstrarea ei, se referă la mai multe aspecte:

- Confidențialitatea privind testarea HIV:  
Testarea pentru infecția HIV poate fi **anonimă**, folosindu-se un cod pentru persoana respectivă și **confidențială**, când persoana își divulgă numele, dar îi este garantată păstrarea secretului, atât asupra faptului că s-a testat, cât și asupra rezultatului la test. Testarea va fi însoțită de consiliere pre și post testare. Nimeni nu poate fi obligat să se testeze pentru HIV!
- În urma confirmării diagnosticului de HIV+, persoana seropozitivă nu este obligată să dezvăluie acest lucru nimănui. Totuși, atunci când își cunoaște diagnosticul, ea trebuie să informeze medicul curant și medicul stomatolog. Medicul nu va informa alți medici sau asistenți medicali despre diagnostic, decât cu acordul persoanei respective și atunci când colaborarea între specialiști este necesară.
- Diferiți specialiști care vin în contact cu persoana seropozitivă nu au dreptul să divulge diagnosticul fără acordul persoanei, deoarece constituie secret profesional.

Deși la ora actuală în România nu există o lege specială privind încălcarea confidențialității persoanelor seropozitive, totuși **Codul Penal** vine în sprijinul acestora prin mai multe articole, aplicând sancțiuni persoanelor care ar putea aduce prejudicii morale:

**Art. 196** (*privind divulgarea secretului profesional*): Divulgarea fără drept a unor date de către cel căruia i-au fost încredințate sau de care a luat la cunoștință în virtutea profesiei sau funcției, dacă fapta este de natură să aducă prejudicii unei persoane, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amendă.

**Art. 205** (*privind insulta*): Atingerea onoarei sau reputației unei persoane prin cuvinte, prin gesturi sau prin orice alte mijloace, ori expunerea la batjocură, se pedepsește cu închisoare de la o lună la 3 luni sau cu amendă. Aceeași pedeapsă se aplică și în cazul când se atribuie persoanei un defect, o boală sau o infirmitate care, chiar reale de ar fi, nu ar trebui relevate.

**Art. 206** (*privind calomnia*): Afirmarea ori imputarea în public, prin orice mijloace, a unor fapte determinate, privitoare la o persoană, care dacă ar fi adevărată ar expune acea persoană la o sancțiune penală, administrativă sau disciplinară ori disprețului public, se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 1 an sau cu amendă.

#### RUPEREA CONFIDENȚIALITĂȚII

- a. Uneori, rezultate testului HIV sunt comunicate medicilor de familie înainte chiar ca persoana depistată seropozitivă să se prezinte la acesta. Când cadrele medicale nu cunosc legislația privind confidențialitatea, aceasta se poate rupe ușor la acest nivel. Tot la nivelul autorităților, se poate întâmpla ca angajarea ca asistent personal, (drept al persoanelor cu gradul I de handicap) care se face de către primării în urma unei anchete sociale, să determine aflarea diagnosticului de HIV/SIDA. Din această cauză, mulți renunță la acest drept, evitând ruperea confidențialității, în special în comunități mici, unde toată lumea se cunoaște, iar persoanele seropozitive se tem de rejecția socială.
- b. Ruperea confidențialității de către consilier este o mare dilemă, în care interferează drepturile persoanei cu necesitatea dezvăluirii acestui lucru. În unele situații este necesară și inevitabilă. De exemplu, în cazul unei persoane cu o boală psihică, fără discernământ sau care nu își poate purta singură de grijă. De asemenea, atunci când riscul transmiterii HIV este foarte mare (exemplu: un agresor sexual) sau când persoana seropozitivă infectează cu bună știință alte persoane, lucru pedepsit prin lege.

#### Alte aspecte:

Ruperea confidențialității poate afecta atât persoana infectată, cât și membrii familiei sale sau persoane apropiate. Uneori, părinți ai copiilor seropozitivi sau adulți seropozitivi își pot pierde locul de muncă, deși conform legii 584, art.3, starea sănătății lor nu poate constitui motiv de concediere.

Nu întotdeauna discriminarea este evidentă, expresii precum: „*Te rog să-ți cauți un alt loc de muncă*” sau „*Copilul dumneavoastră nu mai poate frecventa cursurile acestei școli*” par nevinovate, dar datorită deteriorării relațiilor interpersonale, a izolării persoanei în cauză, aceasta va ajunge singură la decizia de a părăsi acel mediu ostil.

Respectarea confidențialității asigură confortul celui aflat în situația de a avea HIV/SIDA, atât la nivel social, cât și la nivel personal, prin sentimentul securizării. Garantarea acestui drept reduce riscul transmiterii infecției, prin încurajarea cât mai multor persoane să se testeze HIV. Siguranța confidențialității, însoțită de consilierea pre și post testare, conduce la depistarea celor infectați și la reducerea riscului de transmitere involuntară.

Persoanele infectate cu HIV+ se confruntă cu stigmatizarea, uneori chiar cu aprobiul comunității. Eticheta de „persoană cu SIDA”, de multe ori primează în stabilirea oricăror contacte interpersonale. Pentru majoritatea populației, SIDA înseamnă tot răul din lume, imagini și grozăvii terifiante, văzute sau auzite și teama de a nu se infecta. Iată motivul pentru care persoanele infectate preferă să păstreze secretul diagnosticului lor, inventând boli ca leucemia, hepatita cronică, TBC, pentru a-și păstra demnitatea. Să respectăm deci decizia lor!

## BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Asociația Română Anti-SIDA**, *Ghidul voluntarului*, Editura MarLink, București, 2000
- Băban, A.**, *Consiliere educațională*, Cluj – Napoca, Imprimeria ARDEALUL, 2001
- Brammer, L. M., Shostrom, E. L.**, *Therapeutic psychology*, Prentice-Hall, 1968
- Brouillette M.- J., Citron K.**, *HIV & Psychiatry: A Training and Resource Manual*, Canadian Psychiatric Association, Trigraphic Printing, Ottawa, Canada, 1997
- Centrul „Expert”**, *Evaluarea și conceptualizarea cognitiv-comportamentală în consilierea psihologică – Modulul II*. Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, 2004
- Dafinoiu, D.**, *Elemente de psihoterapie integrativă*, Editura POLIROM, Iași, 2001
- Dafinoiu, D.**, *Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul*. Editura POLIROM, Iași, 2002
- David, D., Holdevici I., Băban A., Szamoskozi Ș.**, *Intervenție cognitiv-comportamentală în anxietate, tulburări sexuale, psihosomatice și deficiență mentală*, Editura RISOPRINT, Cluj-Napoca, 1997
- David, D.**, *Psihoterapii. Note de curs*, Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, 2001
- Fleishman, J.A. & Fogel, B.**, *Coping and depressive symptoms among people with AIDS*, Health Psychology, 1994
- Gossart, M.**, *Nicăieri nu-i ca acasă pentru... educația sexuală*, Iași: tradus de Simona - Roxana Achiței prin Fundația „Alături de Voi”, 2003
- Holdevici, I.**, *Sugestiologie și psihoterapie sugestivă*, Editura Victor, București, 1995
- Holdevici, I.**, *Elemente de psihoterapie*, Editura ALL, București, 1996
- Lupu, V.**, *Elemente de psihoterapie cognitiv-comportamentală și de hipnoterapie a copilului și adolescentului. Note de curs*. Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj-Napoca, 2000
- Miclea, M.**, *Modificări cognitiv – comportamentale. Note de curs*. Universitatea „Babeș-Bolyai”, Cluj – Napoca, 2001.
- Mitrofan, I.**, *Psihoterapia existențială – o paradigmă a autorestructurării și dezvoltării personale*, Editura InfoMedica, București, 1999
- World Health Organization/SEARO**, *„Let's talk about AIDS – A book of stories”*, Department of Communicable Diseases, Regional Office for South East Asia, 1994



